



HAL
open science

Étude de faisabilité d'une démarche de suivi éducatif à l'officine : application à la migraine

Claire Bocquet

► **To cite this version:**

Claire Bocquet. Étude de faisabilité d'une démarche de suivi éducatif à l'officine : application à la migraine. Sciences pharmaceutiques. 2006. dumas-00803613

HAL Id: dumas-00803613

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00803613>

Submitted on 22 Mar 2013

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

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

AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2006

N° d'ordre :

**ETUDE DE FAISABILITE D'UNE DEMARCHE DE SUIVI
EDUCATIF A L'OFFICINE :
APPLICATION A LA MIGRAINE**

THESE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN PHARMACIE
DIPLOME D'ETAT

Claire BOCQUET

Née le 25 Mars 1981 à ANNECY (74)

Thèse soutenue publiquement à la Faculté de Pharmacie de Grenoble

Le Mardi 14 Novembre 2006

Président du Jury de Thèse :

M. le Professeur J. CALOP, Professeur de Pharmacie, Pharmacie Clinique et Biotechnique

Directeur de Thèse :

M. B. ALLENET, Maître de conférence de Pharmacie, Pharmacie Clinique

Membres du Jury :

Mme F. BONTEMPS, Docteur en Pharmacie, journaliste rédacteur spécialisé pour le Moniteur des Pharmacies
M. JC. TELLIER, Docteur en Pharmacie, conseiller ordinal : Vice-président du Conseil Central de la Section A
et Président du Conseil Régional Picardie

M. M. MARIN, Médecin conseil chef de service - Pôle Prévention Promotion de la Santé, Direction Régionale
du Service Médical Rhône Alpes (CNAMTS)

M. J. BOURDARIAT, Docteur en Pharmacie, Titulaire d'officine

M. D. ROUGIER, Docteur en Pharmacie, Titulaire d'officine

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté : M. le Professeur **P. DEMENGE**
Vice-Doyenne : Mme **A. VILLET**

PROFESSEURS A L'UFR DE PHARMACIE

BAKRI	Abdelaziz	Pharmacie Galénique
CALOP	Jean	Pharmacie Clinique
DANEL	Vincent	Toxicologie
DECOUT	Jean-Luc	Chimie Bio-Inorganique
DEMENGE	Pierre	Physiologie / Pharmacologie
DROUET	Emmanuel	Immunologie / Microbiologie / Biotechnologie (E.M.B.I)
FAVIER	Alain	Biochimie (D.B.I)
GODIN-RIBUOT	Diane	Physiologie – Pharmacologie (HP2)
GOULON	Chantal	Physique
GRILLOT	Renée	Parasitologie
MARIOTTE	Anne-Marie	Pharmacognosie
PEYRIN	Eric	Chimie Analytique
RIBUOT	Christophe	Physiologie / Pharmacologie (HP2)
ROUSSEL	Anne-Marie	Biochimie (N.V.M.C)
SEIGLE-MURANDI	Françoise	Botanique et Cryptogamie
STEIMAN	Régine	Biologie Cellulaire
WOUESSIDJEW	Denis	Pharmacie galénique

PROFESSEUR ASSOCIE (PAST)

CHAMPON	Bernard	Pharmacie Clinique
----------------	---------	--------------------

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté : M. le Professeur **P. DEMENGE**
Vice-Doyenne : Mme **A. VILLET**

MAITRES DE CONFERENCES DE PHARMACIE

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie
ALLENET	Benoît	Pharmacie Clinique
BARTOLI	Marie-Hélène	Pharmacie Clinique
BATANDIER	Cécile	Nutrition et Physiologie
BOUMENDJEL	Ahcène	Pharmacognosie
BRETON	Jean	Parasitologie
BUDAYOVA SPANO	Monika	Biophysique Structurale
CHOISNAR	Luc	Pharmacotechnie et génie de la formulation
COLLE	Pierre Emmanuel	Anglais
DELETRAZ	Martine	Droit Pharmaceutique Economie
DEMEILLERS	Christine	Biochimie
DESIRE	Jérôme	Chimie Bio-organique
DURMORT-MEUNIER	Claire	Virologie
ESNAULT	Danielle	Chimie Analytique
FAURE	Patrice	Biochimie
FAURE-JOYEUX	Marie	Physiologie-Pharmacologie
GEZE	Annabelle	Pharmacotechnie
GERMI	Raphaële	Microbiologie
GILLY	Catherine	Chimie Thérapeutique
GROSSET	Catherine	Chimie Analytique
GUIRAUD	Pascale	Biologie Cellulaire et Génétique
HININGER-FAVIER	Isabelle	Biochimie
KRIVOBOK	Serge	Botanique - Cryptogamie
MORAND	Jean-Marc	Chimie Thérapeutique
NICOLLE	Edwige	Chimie Organique
PINEL	Claudine	Parasitologie
RACHIDI	Walid	Biochimie
RAVEL	Anne	Chimie Analytique
RAVELET	Corinne	Chimie Analytique
RIEU	PAST Isabelle	Qualitologie
SEVE	Michel	Physique
TARBOURIESCH	Nicolas	Biophysique
VILLEMAIN	Danielle	Mathématiques
VILLET	Annick	Chimie Analytique

ENSEIGNANTS ANGLAIS

FITE Andrée
GOUBIER Laurence

POSTES D'ATER

½ ATER

TRAVIER Laetitia

Immunologie

½ ATER

SACCONE Patrick

Mycologie

½ ATER

MICHALET Serge

Pharmacologie

1 ATER

KHALEF Nawel

Galénique

PROFESSEUR AGREGE (PRAG)

ROUTABOUL

Christel

Chimie Générale

REMERCIEMENTS

Un grand merci à notre directeur de thèse Benoît Allenet, qui nous a réunis et qui a su avec précision, sérénité, et disponibilité, diriger ce travail inhabituel.

Je tiens également à remercier Monsieur le président du jury, M. Calop J. , qui nous a montré la voie du « bon pharmacien », un pharmacien performant à proximité du malade.

Merci aux membres du jury, à savoir Mme Bontemps, M. Bourdariat, M. Marin, M. Rougier, M. Tellier, qui se sont rendus disponibles pour évaluer ce travail.

Je tiens à remercier mes 4 compagnons du projet : Cat pour sa perfection, Emeline pour son dynamisme, Elsa pour sa précision, et Julie pour ses vertus apaisantesayant la même volonté : une évolution du métier de pharmacien, et sans qui ce projet n'aurait pas été d'une telle ampleur avec des « coups de speed » et des « bons pétages de plomb ».

Merci également à Mme Lameynardie et à son équipe officinale (Delphine, Séverine, Katel) qui ont contribué au bon déroulement de ce projet et répondu à mes interrogations sur la profession.

Merci aux patients qui ont bien voulu se prêter aux expériences de cinq étudiantes voulant contribuer à la progression de la profession.

Je veux remercier également, Bernard Calvino, pour ses précieux contacts et conseils ; le réseau ALGO 38, tout particulièrement Mme Maindet Dominici et Françoise, pour leurs idées, leurs opinions sur le projet ; Docteur Mick G. , pour ses conseils, et le partage de ses supports pédagogiques ; Docteur Giraud P. pour son invitation à suivre ses consultations.

Un grand merci à mes parents qui m'ont permis de réaliser mes études avec sérénité ; à Yann qui m'a soutenu avec patience, tout au long de ce contre la montre ; à Philippe pour son cyber – café, toujours disponible ; à Marianne, la coach relax pour ses accueils sur Grenoble ; à Audrey, la coach look, détente ; à Delphine pour les grands moments de détente sur le court.....

SOMMAIRE

APPROCHE BIBLIOGRAPHIQUE DU SUIVI EDUCATIF A L'OFFICINE

1.	Contexte et justification.....	13
1.1.	L'iatrogénie médicamenteuse.....	13
1.1.1.	Définition.....	13
1.1.2.	Les chiffres de la iatrogénie.....	14
1.1.3.	Les facteurs favorisant l'iatrogénie	15
1.1.4.	Implication du médicament dans la survenue des Evènements Indésirables Graves.....	21
1.1.5.	Classes médicamenteuses en cause	22
1.1.6.	Types de soins concernés	22
1.1.7.	Progrès émergents	23
1.2.	Contexte économique	24
1.2.1.	Conséquences économiques	24
1.3.	Contexte psychosocial.....	25
1.3.1.	La santé et le bien être	25
1.3.2.	La maladie chronique, un compromis au quotidien	26
1.3.3.	Représentations du patient.....	26
1.3.4.	Le modèle des croyances de santé.....	27
1.4.	Contexte juridique	28
1.4.1.	Implication de l'Organisation Mondiale de la Santé.....	28
1.4.2.	Le Plan National d'Education Pour la Santé et le Schéma Régional d'éducation pour la santé.....	29
1.4.3.	L'éducation thérapeutique du patient : critères de qualité selon l'ANAES ..	30
1.4.4.	Les initiatives dans le domaine de l'Education Thérapeutique du Patient....	30
2.	L' Education Thérapeutique	32
2.1.	Définition de l'Education du patient	32
2.1.1.	L'éducation pour la santé	32
2.1.2.	L'éducation du patient à sa maladie	32
2.1.3.	L'Education Thérapeutique du Patient.....	33
2.2.	Les raisons de la mise en place d'une éducation thérapeutique	34
2.3.	Les dispensateurs de soins dans l'Education thérapeutique du patient	35
2.3.1.	Place du pharmacien dans l'Education Thérapeutique du Patient.....	35
2.3.2.	Les autres acteurs de santé.....	40
2.4.	Les participants.....	40
2.5.	Structures et organisation de l'éducation thérapeutique du patient.....	41
2.6.	Compétences attendues en Education Thérapeutique	42
2.6.1.	Compétences attendues des éducateurs	42
2.6.2.	Compétences attendues du patient.....	43
2.7.	Les étapes d'une démarche éducative	45
2.7.1.	Les techniques de communication.....	46
2.7.2.	Le dossier patient.....	47
2.7.3.	Le Dossier Médical Personnel.....	48
2.7.4.	Le diagnostic éducatif.....	53
2.7.5.	Les objectifs pédagogiques de l'éducation thérapeutique	57
2.7.6.	Le contrat d'éducation	58
2.7.7.	Planification de la démarche éducative	58
2.7.8.	Le suivi éducatif et la reprise éducative	59

2.7.9.	Les supports pédagogiques d'une éducation thérapeutique	59
2.7.10.	Evaluation des interventions.....	61
2.8.	Les critères de qualité d'une éducation thérapeutique.....	62
2.9.	Freins à la mise en place d'une démarche éducative.....	63

REVUE LITTÉRATURE DU SUIVI EDUCATIF DANS LA PATHOLOGIE MIGRAINEUSE

1.	Présentation synthétique avec esprit pharmacie clinique	68
1.1.	Définition.....	68
1.2.	Approche clinique selon les critères diagnostiques de la migraine de l'International Headache Society ¹¹⁷	69
1.3.	Epidémiologie concernant la douleur céphalgique.....	71
1.3.1.	Contexte.....	71
1.3.2.	Le comportement des migraineux	71
1.3.3.	L'automédication dans le cadre de la douleur	72
1.3.4.	L'implication des professionnels de santé.....	73
1.4.	Approche physiopathologique.....	74
1.5.	Les traitements de la migraine.....	74
1.5.1.	Médicaments de la crise	74
1.5.2.	Traitements de crise non spécifiques.....	75
1.5.3.	Traitements de crise spécifiques.....	76
1.5.4.	Le traitement de fond.....	77
1.6.	Critères de choix thérapeutiques.....	78
1.7.	Gestion des points critiques.....	80
1.7.1.	Traitements des populations particulières.	81
1.7.2.	Posologie, plan de prise, effets indésirables, contre-indications des différents traitements de la crise	81
1.7.3.	Posologie, effets indésirables, contre-indications des traitements de fond ...	85
1.7.4.	Interactions médicamenteuses.	87
1.7.5.	Optimisation du traitement	88
2.	Parcours de la littérature sur l'éducation thérapeutique dans la migraine.....	91
2.1.	Outils existants	91
2.2.	Les acteurs de l'éducation	92
2.3.	La consultation dans le cadre des réseaux	92

METHODOLOGIE

1.	Protocole.....	95
1.1.	Le référentiel d'étude.....	95
1.1.1.	Les acteurs de l'étude	95
1.1.2.	Type d'étude choisie.....	96
1.1.3.	Inclusion des patients	96
1.1.4.	Données temporelles.....	97
1.1.5.	Lieux de l'étude	97
1.2.	Outils de l'étude	97
1.2.1.	Information du patient et des professionnels de santé.....	97
1.2.2.	Le dossier patient.....	98
1.2.3.	Le diagnostic éducatif.....	98
1.2.4.	Les séances de suivi éducatif.....	100

1.3.	L'approche pédagogique spécifique à chaque pathologie.....	101
1.3.1.	Objectifs.	101
1.3.2.	Problématique.....	101
1.3.3.	Matériel d'étude.....	102
1.3.4.	Déroulement des séances d'éducation.....	105
1.3.5.	Quand ?.....	107
1.3.6.	Où ?	107
1.4.	Synopsis de l'étude.....	107
2.	Evaluation de la faisabilité du processus éducatif.....	109
2.1.	Objectif des questionnaires.....	109
2.2.	Création et utilisation des questionnaires	109
2.3.	Critères de faisabilité et indicateurs correspondants	110

RESULTATS

1.	Profils des inclusions.....	115
1.1.	Profil des patients	115
1.1.1.	Age	115
1.1.2.	Sexe	116
1.1.3.	Nationalité et culture	116
1.1.4.	Langage et niveaux de compréhension.....	116
1.1.5.	Catégorie socioprofessionnelle.....	116
1.1.6.	Contexte médical et thérapeutique avant l'étude.....	117
1.1.7.	Acceptation de la pathologie / du traitement.....	119
1.1.8.	Respect des critères d'inclusion	120
1.2.	Profil des officines et titulaires – maîtres de stage.....	120
1.3.	Les médecins entourant les patients inclus.....	121
1.4.	Les enquêteurs	123
2.	Critères de faisabilité de la démarche éducative	123
2.1.	Pertinence de l'information apportée aux différents acteurs au sujet de la démarche.....	123
2.1.1.	Information des différents acteurs	123
2.1.2.	Recrutement des patients	124
2.1.3.	Refus.....	125
2.1.4.	Abandons en cours d'étude.....	125
2.2.	Organisation spatio-temporelle	125
2.2.1.	Les lieux des rencontres	125
2.2.2.	Données temporelles de la démarche	126
2.2.3.	Modalités des rencontres	130
2.3.	Les outils du suivi éducatif.....	131
2.3.1.	Le dossier patient.....	131
2.3.2.	Le diagnostic éducatif.....	131
2.3.3.	Les séances de suivi éducatif.....	132
2.3.4.	Documents fournis aux patients	134
2.3.5.	Supports pédagogiques utilisés au cours des séances.....	134
2.4.	Le ressenti des différents acteurs.....	135
2.4.1.	Recueil de la satisfaction globale des participants	135
2.4.2.	Relationnel entre les différents acteurs de la démarche	138
2.5.	Impact économique de la démarche	140

DISCUSSION

1.	Les biais méthodologiques inhérents à l'étude.....	141
1.1.	Biais de sélection des patients	141
1.2.	Biais liés au lieu d'étude.....	142
1.3.	Biais liés à la technique d'entretien semi-directif	142
1.4.	Biais liés au statut « étudiant » de l'enquêteur	143
1.5.	Biais liés au dossier patient élaboré.....	143
1.6.	Biais liés aux hospitalisations et décès des patients pendant l'étude	144
1.7.	Biais liés aux questionnaires d'évaluation patient.....	144
2.	La faisabilité de l'étude	146
2.1.	Profil des inclusions	146
2.1.1.	Profil des patients	146
2.1.2.	Profil des officines.....	150
2.2.	Evaluation des critères de faisabilité d'un suivi éducatif à l'officine.....	152
2.2.1.	Pertinence de l'information apportée aux acteurs au sujet de la démarche .	152
2.2.2.	Organisation spatio-temporelle	156
2.2.3.	Outils de suivi éducatif.....	164
2.2.4.	Ressentis des différents acteurs	172
2.2.5.	Relationnel entre les différents acteurs.....	175
2.2.6.	Impact économique de la démarche	177
3.	Les perspectives.....	179
3.1.	La nécessité de formation des acteurs de l'éducation thérapeutique.....	179
3.2.	La nécessité de revoir et faire évoluer l'organisation du modèle officinal .	181

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Listes des Tableaux

Tableau I : Médicaments à surveiller chez la personne âgée	17
Tableau II : Causes latentes et spécifiques des EIG d'après ENEIS ¹⁷	19
Tableau III : Les quatre postulats du modèle des croyances de santé d'après A. Lacroix	27
Tableau IV : Comportements liés aux phases d'acceptation d'une maladie d'après A.Lacroix	56
Tableau V : Critères de qualité des outils d'intervention en éducation.....	60
Tableau VI : Récapitulatif des 5 officines incluses dans l'étude	95
Tableau VII : Référentiel d'évaluation de la faisabilité d'un suivi éducatif à l'officine.....	110

Liste des Tableaux Migraine

Tableau Migraine I : Stratégie thérapeutique dans le traitement de la crise de la migraine	79
Tableau Migraine II : Stratégie thérapeutique dans le traitement de fond de la migraine	80
Tableau Migraine III : Traitement de la crise migraineuse par les antalgiques'.....	81
Tableau Migraine IV : Traitement de la crise migraineuse par les dérivés de l'ergot de seigle	83
Tableau Migraine V : Traitement de la crise migraineuse par les agonistes 5HT1 (triptans)..	83
Tableau Migraine VI : Traitement de fond : posologie, effets indésirables, contre-indications	85
Tableau Migraine VII : Interactions médicamenteuses des médicaments de la crise	87

Tableau Migraine VIII : Séquence pédagogique du programme d'éducation du patient migraineux	104
---	-----

Listes des Figures

Figure 1 : Evolution du nombre de boîte par personne et par an.....	16
Figure 2 : Nombre de boîtes acquises en fonction du nombre maladies déclarées et en fonction de la catégorie d'âge .d'après le CREDES, enquête ESPS 2000	18
Figure 3: Le circuit du médicament.....	19
Figure 4 : Résultats de l'ENEIS ¹	22
Figure 5 : Classes médicamenteuses impliquées dans les EIG, d'après ENEIS ¹	22
Figure 6 : L'éducation santé fait-elle partie du rôle de pharmacien ?	36
Figure 7 : Compétences attendues des soignants en éducation thérapeutique du patient.....	43
Figure 8 : Le second axe de l'éducation thérapeutique, d'après la CNAMTS, DHOS et PERNNS	45
Figure 9 : Fréquence en pourcentage de citation des freins à une démarche de prévention / éducative par les pharmaciens / médecins interrogés en 2003	64
Figure 10 : Les critères de qualité de l'ETP d'après l'IPCEM.....	67
Figure 11 : Le diagnostic éducatif	99
Figure 12: Approche pédagogique d'après Gagnayre et D'Ivernois	101
Figure 13 : Synopsis de l'étude	108
Figure 14 : Répartition des patients selon la catégorie socioprofessionnelle.....	116
Figure 15 : Nombre de fois où le patient se présente à l'officine, par trimestre	117
Figure 18 : Les patients et leurs analyses biologiques.....	119
Figure 19 : Niveaux d'acceptation de la pathologie et du traitement.....	119
Figure 20 : Patients ayant bénéficié d'une éducation thérapeutique avant l'étude	120
Figure 21 : Catégories de médecins inclus dans les données quantitatives.....	121
Figure 22 : Existence ou non d'expériences antérieures en éducation thérapeutique pour les médecins de l'étude	121
Figure 23 : Nature des expériences en éducation thérapeutique pour les médecins de l'étude	122
Figure 24 : Fréquence de travail en collaboration étroite avec d'autres professionnels de santé selon la pratique des médecins de l'étude	122
Figure 25 : Avis des médecins sur la collaboration entre professionnels de santé.....	122
Figure 27 : Répartition des niveaux d'acceptation de participer à l'étude par les patients	123
Figure 28 : Raisons d'accepter de participer à l'étude selon les patients	124
Figure 29 : Répartition des modes de recrutement des patients	125
Figure 30 : Répartition des lieux de rencontres au sein de l'officine	126
Figure 31 : Périodes d'intervention dans le traitement de la pathologie chronique	126
Figure 32 : Nombre de rencontres pour chaque patient.....	127
Figure 33 : Répartition des patients en fonction du nombre de rencontres selon le type de pathologie	128
Figure 34 : Avis des patients sur le nombre de rencontres	128
Figure 35 : Temps moyen consacré pour les 114 rencontres effectuées avec le patient	129
Figure 36 : Avis des patients sur la durée des rencontres.....	129
Figure 37 : Modalités des rencontres.....	130
Figure 38 : Les dirigeants des rencontres	130
Figure 39 : Nombre de séances pour effectuer le diagnostic éducatif.....	132
Figure 40 : Utilisation des thèmes fixés selon le diagnostic éducatif lors des séances éducatives	133

Figure 42 : Relations entre diagnostic éducatif et séances éducatives, pour chaque patient..	134
Figure 43 : Les patients face au tri de boîtes de médicaments	135
Figure 44 : Avis des patients sur la démarche éducative.....	136
Figure 45 : Avis global des patients sur la démarche d'éducation thérapeutique	136
Figure 46 : Réaction du patient face à l'intervention de l'éducateur	138
Figure 48 : Avis des 43 patients sur l'intervention de l'éducateur au cours des séances.....	139
Figure 49 : Techniques de remplissage des questionnaires patients	145
Figure 50 : Comparaison de la répartition de notre population d'étude par tranches d'âge, avec celle de la population française recensée par l'INSEE, Janvier 2006	146

Listes des Annexes

Annexe 1 : Condition de prise en charge par le système de soin australien d'une consultation pharmaceutique prescrite pour au moins 1 des raisons prévues.....	187
Annexe 2 : Extrait de la grille d'évaluation de la qualité de la tenue du dossier du patient d'après l'ANAES.....	188
Annexe 3 : Le Dossier Médical Personnalisé, Matrice de droit (condition d'accès aux différentes catégories d'informations selon la profession ou la discipline).	190
Annexe 4 : Contenu du Dossier Médical Personnel.....	191
Annexe 5 : Ticket pour fixer un rendez-vous pharmaceutique	192
Annexe 6 : Lettre d'information pour le patient.....	193
Annexe 7 : Lettre d'information des médecins	194
Annexe 8 : Présentation officielle de l'étude aux professionnels de santé	195
Annexe 9 : Dossier patient	196
Annexe 10 : Diagnostic éducatif	198
Annexe 11 : Liste des thèmes à aborder	200
Annexe 12 : Tableau de suivi de l'évolution des séances selon les thèmes abordés.....	201
Annexe 13 : Suivi d'évolution des séances éducatives	202
Annexe 14 : Questionnaire PATIENT.....	205
Annexe 15 : Questionnaire TITULAIRE	209
Annexe 16 : Questionnaire MEDECIN	213
Annexe 17 : Questionnaire ETUDIANT	215
Annexe 18 : Tableau des résultats de l'étude.....	218
Annexe 19 : Enquête décennale santé 2002-2003, INSEE, France métropolitaine, population 18 ans et plus, déclarant au moins une maladie chronique, Nombre moyen de maladies déclarées par genre et groupes d'âge	227
Annexe 20 : Nombre moyen de boîtes de médicaments consommés annuellement par patients	227
Annexe 21: Schéma bilan du projet de suivi éducatif du patient	227

Liste des Annexes Migraine

Annexe Migraine 1 : Classification internationale des céphalées par abus médicamenteux (2004).	229
Annexe Migraine 2 : Correspondance entre l'EVA, l'intensité de la douleur et le traitement antalgique	230
Annexe Migraine 3 : Prise en charge diagnostique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques. Octobre 2002.	230
Annexe Migraine 4 : Les médicaments impliqués dans le syndrome sérotoninergique	231

Annexe Migraine 5 : Interactions médicamenteuses liées au cytochrome P450 : principaux inhibiteurs de l'isoenzyme CYP 3A1	231
Annexe Migraine 6 : Extrait de modèle d'agenda de la migraine.....	232
Annexe Migraine 7 : Carnet de suivi du traitement de la migraine.....	232
Annexe Migraine 8 : Paliers antalgiques de l'OMS.....	233
Annexe Migraine 9 : Fiche de conseils aux patients à l'utilisation des triptans	234
Annexe Migraine 10 : Protocole de prise en charge de la crise migraineuse.....	237
Annexe Migraine 11 : Questionnaire servant de trame au diagnostic éducatif	238

Abréviations :

ANAES	Agence nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
AINS	Anti inflammatoire non stéroïdien
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CAM	Céphalée par Abus Médicamenteux
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs sociaux
CYP	Cytochrome P
DHE	Dihydroergotamine
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DMMR	Domiciliary medication management review
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EIG	évènements indésirables graves
ENEIS	Etude nationale sur les évènements indésirables graves liés aux soins
ET	Education thérapeutique
ETP	Education thérapeutique du patient
FAQSV	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
HBM	Health belief model
HTA	Hypertension Artérielle
IHS	International Headache Society
Max	Maximum
OMS	Organisation mondiale de la santé
PERNNS	Pôle d'expertise et de référence nationale de nomenclature de santé
PNEPS	Plan national d'éducation pour la santé
SREPS	Schéma régional d'éducation pour la santé
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
URCAM	Union régionale de la caisse d'assurance maladie
VO	Voie Orale

INTRODUCTION

Un des défis majeurs auquel doit dorénavant faire face le système de soins est celui du vieillissement de la population. Cette évolution démographique va de pair avec une prévalence croissante des affections chroniques. Les réponses du système de soins sont de plus en plus techniques et morcelées, offrant des garanties sous optimales en termes de sécurisation des patients. Les chiffres concernant l’iatrogénie médicamenteuse sont à ce titre éloquentes : la moitié des erreurs médicamenteuses seraient potentiellement évitables (ENEIS 2005). Les enjeux de santé publique sont alors ceux de la rationalisation de la filière patient, grâce au développement de stratégies de diffusion de l’information entre professionnels, médicaux et paramédicaux, de mise en réseau des structures et prestataires de soins, ambulatoires comme hospitaliers et la mise en œuvre d’un véritable accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques ou « suivi éducatif ».

L’objectif de la présente recherche est d’évaluer la faisabilité d’un suivi éducatif à l’officine.

Nous introduisons, dans une première partie, le contexte et la justification d’une telle démarche, au cœur de notre système de soin.

Dans une seconde, nous développons notre approche empirique, les choix méthodologiques qui la structurent, puis les résultats monographiques issus de 5 différents terrains d’application, à savoir :

Pathologie d’inclusion	Educateur	Titulaires, Localisation
Migraine	BOCQUET Claire	Mme LAMEYNARDIE, <i>Anecy le Vieux (74)</i>
Diabète de type II	FORTIN Emeline	Mme BOYER, <i>Grenoble (38)</i>
Asthme et B.P.C.O	GOUDARD-PEYROLON Elsa	M. MODELON, <i>Guilherand-Granges (07)</i>
Anticoagulants oraux	MATHELET Catherine	M. et Mme BOURDARIAT, <i>Pontcharra (38)</i>
Insuffisance cardiaque	RIQUELME Julie	M. et Mme ROUGIER, <i>Saint Martin d’Hères (38)</i>

Nous discutons les enseignements principaux issus de notre protocole d’évaluation de la démarche, pour proposer en définitive, quelques éléments prospectifs.

APPROCHE BIBLIOGRAPHIQUE DU SUIVI EDUCATIF A L'OFFICINE

1. Contexte et justification

En France, la sécurité des soins devient une des priorités des gestionnaires du système de santé. La qualité du circuit du médicament représente un axe majeur de la sécurisation des soins. Une étude prospective conduite en France (ENEIS 2004¹) financée par les pouvoirs publics propose une image fiable robuste de l'épidémiologie de l'iatrogénie, en particulier, l'iatrogénie médicamenteuse.

La lutte contre ce problème de santé publique repose sur la participation de tous les acteurs du système de santé, allant du médecin au patient². Ce dernier doit être considéré comme un protagoniste désormais actif, dont les attentes et les ressentis concernant sa maladie sont personnels et divers. Ainsi, il est nécessaire de donner à ces patients la possibilité de maîtriser leur santé, notamment en valorisant l'éducation thérapeutique comme ceci est déjà proposé tant à l'échelle internationale par l'OMS qu'à l'échelle nationale, voire régionale.

1.1. L'iatrogénie médicamenteuse

1.1.1. Définition

Le terme iatrogénie provient du grecque « *iatros* » = médecin et « *genos* » = origine. Il désigne ainsi ce « qui est provoqué par le médecin »³. L'iatropathologie médicamenteuse est une pathologie liée à l'administration d'un ou plusieurs médicaments prescrits par un médecin³. Le pharmacien délivrant ces médicaments est lui aussi directement concerné. L'iatropathologie comprend les divers accidents thérapeutiques médicamenteux tels que les effets indésirables mais également les erreurs médicamenteuses pouvant survenir tout au long du circuit du médicament³.

Une **erreur médicamenteuse** se définit comme « *l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un médicament, pouvant être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient* ». Par définition, l'erreur médicamenteuse est évitable car elle manifeste ce qui aurait dû être fait et qui ne l'a pas été, au cours de la prise en charge

thérapeutique médicamenteuse d'un patient. Elle peut survenir à différentes étapes de la prise en charge et se subdivise alors en erreur d'administration du médicament, de délivrance, de dispensation, ou de prescription⁴. Les actions visant à la réduction de l'erreur médicamenteuse touchent avant tout la réorganisation du circuit du médicament⁵ et l'amélioration continue des pratiques professionnelles⁶.

Un **effet indésirable** est défini selon le Code de la Santé Publique, comme « *une réaction nocive et non voulue à un médicament, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme pour la prophylaxie, le diagnostic ou le traitement d'une maladie [...] ou résultant d'un mésusage du médicament* ». ⁷

Un **évènement indésirable lié aux soins** peut-être défini comme un évènement défavorable pour le patient, consécutif aux stratégies de traitement, de prévention ou de réhabilitation¹.

Un effet ou un évènement sont considérés comme **graves**, lorsqu'ils sont susceptibles de mettre la vie du sujet en danger, ou bien d'entraîner une invalidité ou une incapacité importante et durable, voire de provoquer ou prolonger une hospitalisation⁸.

1.1.2. Les chiffres de l'iatrogénie

La France se situe probablement, en termes de fréquence et de gravité des évènements indésirables, à un rang comparable à celui des pays développés, qui ont fait de l'iatrogénie une priorité de santé publique⁹.

La survenue d'évènements indésirables graves liés aux soins (EIG) représente une question majeure pour le système de santé. La réduction de ce risque iatrogénique (fréquence et proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un évènement iatrogène) est d'ailleurs l'un des objectifs associés à la loi de santé publique votée en août 2004¹.

L'Etude Nationale sur les Evènements Indésirables graves liés aux Soins (ENEIS) est la première étude prospective française d'envergure menée sur les EIG dans les établissements de soins. Elle a permis de comptabiliser les différents EIG détectés et d'en analyser les causes. Conduite par le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) à la demande du ministère français de la santé et sous l'égide de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), cette

étude multicentrique publiée récemment concerne 71 établissements français, soit 8754 patients (soit 35 234 journées d'hospitalisation). L'échantillon choisi est un échantillon randomisé de séjours effectués par des patients dans 292 unités de médecine et de chirurgie d'établissement de santé publics et privés de courts séjours.

Cette étude différencie les soins en ambulatoire (SA) par l'identification des évènements indésirables graves ayant motivés l'hospitalisation (EIG de type 1) et les soins en hospitalier (SH) à travers les évènements indésirables graves observés lors de l'hospitalisation (EIG de type 2)¹. Etaient associés au médicament, 38,7% des EIG ayant motivé une hospitalisation (1,56% des séjours IC [1,16 ; 1,97]), dont la moitié étant considérée comme évitable et 19,5% des EIG observés lors de l'hospitalisation (1,29 pour 1000 jours d'hospitalisation [0,89 ; 1,69]) dont 42% évitables.

Le caractère évitable était posé lorsque l'on pouvait estimer qu'un événement indésirable ne serait pas survenu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée elle comme satisfaisante au moment de la survenue de cet évènement¹.

1.1.3. Les facteurs favorisant l'iatrogénie

L'étude ENEIS a permis de mettre en évidence les différents facteurs favorisant l'apparition d'un EIG : le type de patient et l'organisation du circuit du médicament au sein des structures de soins ambulatoires comme hospitalières sont incriminés. L'organisation regroupe aussi bien des problèmes de communication que de prescriptions, d'administration, etc.

1.1.3.1. Les facteurs liés au patient

Son état clinique, son comportement ou celui de son entourage ont été jugés comme des facteurs favorisant la survenue de l'effet indésirable grave chez 71,5% des patients¹⁰

L'âge du patient

En 2005, l'INSEE estimait qu'une personne sur cinq avait plus de 65 ans¹¹. L'âge représente un facteur de iatrogénie puisque que les effets indésirables médicamenteux sont deux fois plus fréquents en moyenne après 65 ans et que 10 à 20% de ces effets indésirables conduisent à une hospitalisation¹².

La sensibilité des personnes âgées aux risques iatrogènes s'explique par différents facteurs. D'une part les personnes âgées sont souvent polymédiquées. Cette polymédication est une source de iatrogénie par la potentialisation des interactions, des effets indésirables et par une diminution de l'observance.

La Figure 1 représente l'évolution du nombre de boîtes acquises par un patient en fonction de son âge. Le graphe souligne l'augmentation de ce nombre et donc la polymédication des individus avec l'âge.

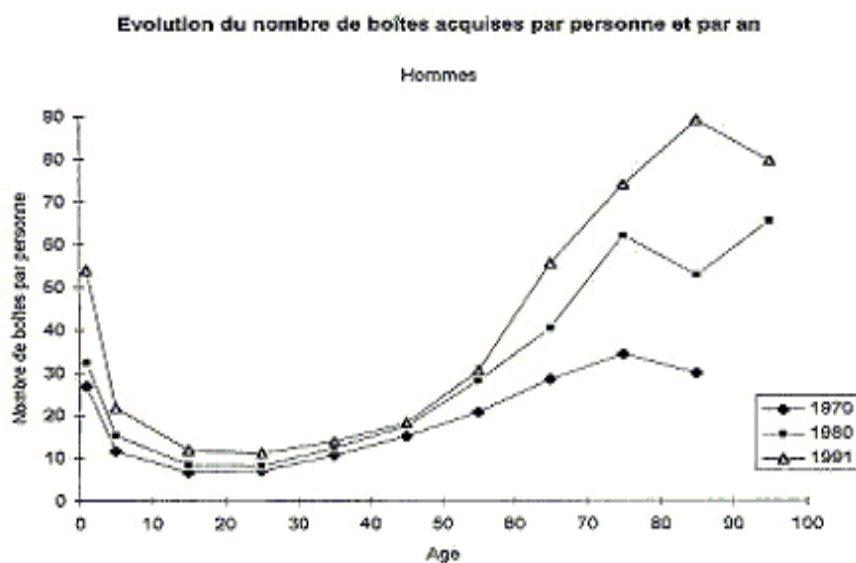


Figure 1 : Evolution du nombre de boîte par personne et par an¹³

D'autre part, les personnes âgées sont plus fragiles sur un plan physiologique à l'iatrogénie médicamenteuse. Lors du vieillissement, des modifications physiologiques s'installent ; elles peuvent alors avoir des conséquences tant pharmacocinétiques que pharmacodynamiques sur le médicament. Une de ces conséquences pharmacocinétiques reconnue est la réduction de l'élimination rénale, la diminution du métabolisme hépatique, nécessitant alors chez le sujet âgé une adaptation posologique. Des précautions sont par conséquent à prendre en compte lors d'un traitement comprenant des médicaments à longue demi-vie d'élimination, des médicaments à marge thérapeutique étroite, des médicaments à élimination rénale, des inducteurs ou inhibiteurs enzymatiques, des médicaments à forte fixation enzymatique³.

Le Tableau I résume les classes médicamenteuses à surveiller de près.

Tableau I : Médicaments à surveiller chez la personne âgée¹⁴

Médicaments à surveiller	
Marge thérapeutique étroite	Anticoagulants oraux, Sulfamides hypoglycémiants, Digoxine, Lithium, Antiépileptiques
Demi-vie longue	Cordarone, formes LP non indiquées chez les personnes âgées
Élimination rénale	IEC, Diurétiques thiazidiques, Antidiabétiques oraux, Antibiotiques, HBPM
Inducteur ou inhibiteur enzymatique	- Inducteurs : Phénytoïne, Carbamazépine - Inhibiteurs : Allopurinol, Amiodarone, Fluoroquinolones
Forte fixation protéique	AVK, AINS, Fibrates, Sulfamides hypoglycémiants

Le vieillissement peut également avoir un effet sur l'action des médicaments : un vieillissement cardiaque par exemple, rend les cellules plus sensibles à certains médicaments entraînant alors des troubles du rythme ; ou des risques d'hypotension induits par certains traitements, favorisant la survenue de chutes ou de fractures¹².

L'état de santé du patient

La fragilité des personnes soignées, dépendant de la gravité de l'affection traitée et de l'état sous-jacent du patient, est un déterminant de la fréquence et de la gravité des événements indésirables. La sénescence et les polyopathologies donnent lieu à des incapacités fonctionnelles et sociales.

La baisse de l'acuité visuelle et auditive, les troubles de la déglutition ou bien encore la réduction des capacités physiques et psychiques (troubles de la mémoire) rendent l'individu plus vulnérable aux effets indésirables qui peuvent alors atteindre un stade de gravité plus important.

Les conditions socio environnementales (isolement social, dépendance) dans lesquelles le sujet évolue, peuvent constituer elles aussi un rôle dans la survenue de ces événements indésirables¹².

La polypathologie, étroitement liée à une polymédication, constitue également un facteur de iatrogénie et cela quelque soit l'âge. La Figure 2 illustre ceci.

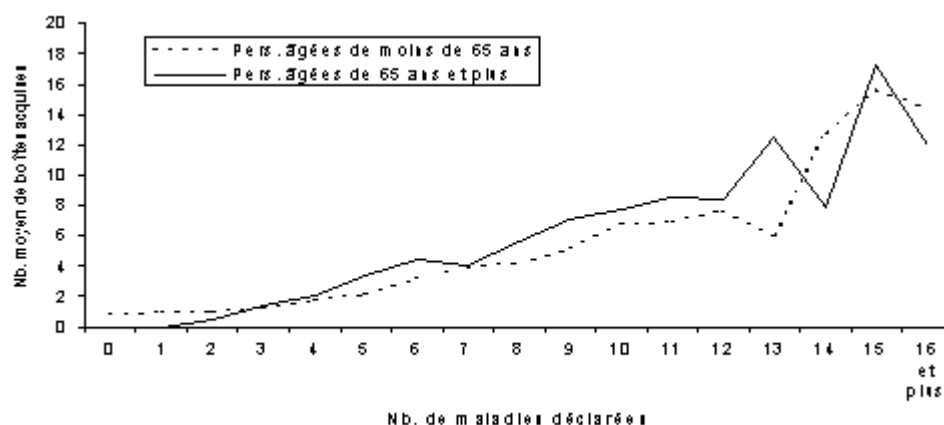


Figure 2 : Nombre de boîtes acquises en fonction du nombre maladies déclarées et en fonction de la catégorie d'âge d'après le CREDES, enquête ESPS 2000¹⁵

Le comportement du patient

Le comportement du patient face à son traitement notamment, constitue un facteur de risque dans la survenue d'évènements indésirables. Un non-respect des posologies prescrites, une automédication inappropriée, une mauvaise observance au traitement ou une surveillance biologique non adaptée augmentent le risque d'évènements indésirables. Les troubles neuropsychiques représentent près de 25% de la symptomatologie iatrogène comprenant les troubles de la vigilance, les syndromes confusionnels voire pseudo démentiels et également les états dépressifs¹⁶. Il convient donc d'être à la fois vigilant aux comportements du patient et à son état psychique.

1.1.3.2. Les facteurs liés à l'organisation des soins

Le fonctionnement des structures de soins influe sur la survenue d'évènements indésirables. La majorité des erreurs sont davantage liées à des mauvais fonctionnements de ces structures qu'à un défaut de performances individuelles. Selon l'étude ENEIS¹, la densité d'incidence des EIG de type II, calculée comme le nombre d'EIG identifiés dans l'unité pendant l'observation rapporté au nombre de jours d'hospitalisation observés, est plus élevée dans les CHU¹⁷.

Deux facteurs expliquent vraisemblablement ce résultat :

- la grande complexité des cas pris en charge ;
- le caractère souvent urgent des cas.

La prescription

Le prescripteur ou médecin en est le principal acteur. On distingue deux types d'erreurs : les erreurs scientifiques et les erreurs techniques.

Les erreurs scientifiques sont définies par une non-conformité aux connaissances scientifiques et médicales actuelles. Les causes peuvent être :

- une erreur de diagnostic
- une inadéquation entre le diagnostic et la prescription
- un non respect des antécédents
- un non respect des contre indications, de l'état physiopathologique
- l'association dangereuse de médicaments, une escalade thérapeutique¹⁴.

Les erreurs techniques sont liées :

- à la nature de la prescription (lisibilité, clarté, références à des protocoles)
- au support (origine de la prescription, information sur le patient, informations sur le médicament)
- au suivi de la prescription du médecin (absence d'évaluation et de reconsidération de la prescription par rapport à l'évolution du patient, d'effets indésirables, d'interactions et absence de surveillance thérapeutique et biologique).

Elles restent le plus souvent, la conséquence d'une erreur de formulation écrite.

La dispensation des médicaments

Elle est le plus souvent effectuée par le pharmacien. Les erreurs d'exécution de l'ordonnance sont :

- des erreurs de lecture
- des erreurs par omission : oubli de consultation de l'historique médicamenteux du patient
- des erreurs de posologie
- des erreurs de fréquences et horaires d'administration : non explication de l'ordonnance, non précision du plan de prise ou des modalités de prise, ainsi qu'une non vérification de l'observance.

L'administration et l'utilisation des médicaments

Réalisée le plus souvent en ambulatoire par le patient, elle peut regrouper :

- des erreurs par omission (oubli de prise)
- des erreurs par administration d'un médicament non autorisé (automédication)

- des erreurs liées à la non application du plan de prise (posologie, fréquence et horaires d'administration)
- des erreurs de voie d'administration (administration au mauvais endroit)
- des erreurs de préparation d'un médicament
- des erreurs de techniques d'administration (utilisation des formes galéniques prescrites).

Le suivi thérapeutique

Les failles dans le suivi concernent l'absence de réévaluation du traitement, de suivi thérapeutique et biologique, la non gestion des effets indésirables, des interactions médicamenteuses, l'absence de contrôle de l'observance. Tous les acteurs énoncés précédemment sont concernés.

1.1.4. Implication du médicament dans la survenue des Evènements Indésirables Graves

L'implication réelle du médicament dans la survenue d'EIG a donc pu être mise en évidence au cours de l'ENEIS, les erreurs liées aux médicaments concernent près de la moitié des effets indésirables des soins médicamenteux à l'origine d'une hospitalisation et plus d'un tiers des EIG des soins médicamenteux hospitaliers. Les médicaments représentent l'essentiel des admissions causées par un EIG des soins liés à un produit de santé.

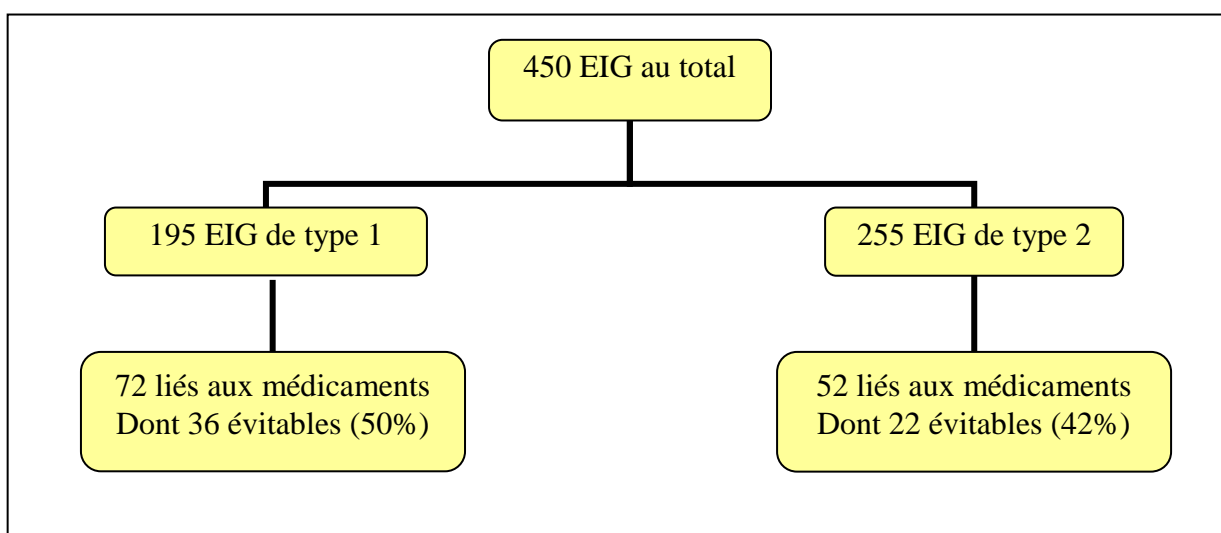


Figure 4 : Résultats de l'ENEIS¹

1.1.5. Classes médicamenteuses en cause

L'étude a permis de dresser un bilan des classes médicamenteuses les plus impliquées dans la survenue d'évènements indésirables médicamenteux graves. Les anticoagulants sont les médicaments les plus cités : ils représentent un tiers des effets indésirables graves des soins médicamenteux, résultant d'erreurs tels qu'un mésusage ou une omission de traitement pour la moitié des cas¹⁷.

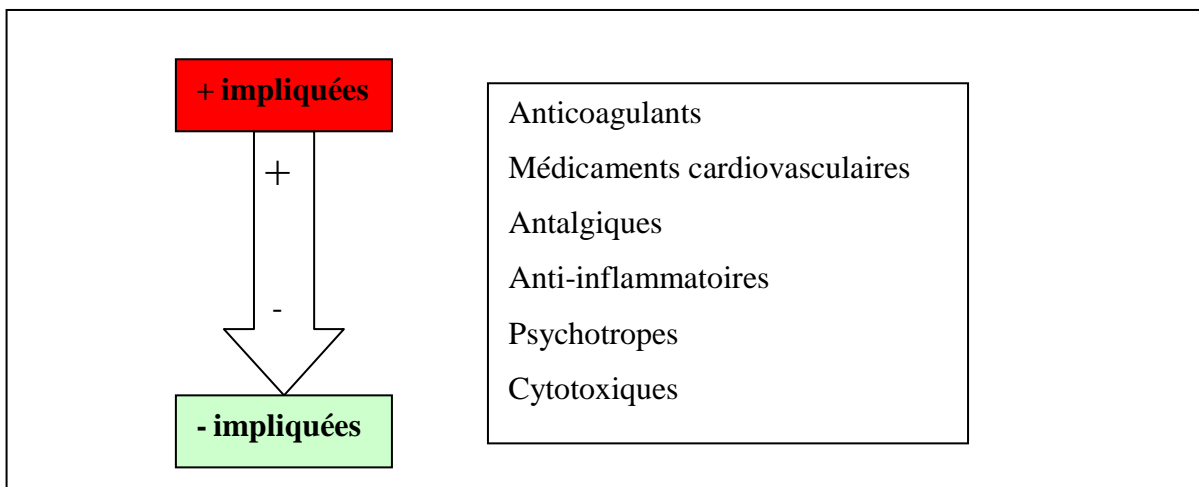


Figure 5 : Classes médicamenteuses impliquées dans les EIG, d'après ENEIS¹

1.1.6. Types de soins concernés

L'étude s'est intéressée aux différents types de soins prodigués aux patients, ainsi qu'à leur implication dans la survenue d'EIG. Quatre types de soins sont différenciés :

- la **prévention** qui vise à éviter la pathologie (ex : prescription d'anticoagulants)
- le **diagnostic** constitué d'ensemble d'actes visant à repérer la maladie (ex : la radiographie)
- la **thérapeutique** formée d'actes traitant la maladie (ex : l'intervention chirurgicale)
- la **réhabilitation** qui doit permettre d'améliorer les conséquences de la pathologie (ex : la kinésithérapie)

D'après l'étude, parmi les 195 EIG de type 1, 151 (78,4%) étaient liés à la phase thérapeutique et 30 (16,8%) à des actes de prévention. Les événements liés à la prévention et

au diagnostic étaient majoritairement évitables, contrairement aux événements liés à la thérapeutique.

Les EIG liés à la phase thérapeutique ont été reconnus évitables pour 36 d'entre eux, les erreurs incriminées étaient liées :

- dans 55,3% des cas à des erreurs de surveillance de soins, ou à des erreurs d'administration de produits, ou bien encore à un défaut d'observance de la part du patient,
- à des indications erronées dans 33% des cas,
- à des retards de mise en route du traitement (11,6%).

1.1.7. Progrès émergents

1.1.7.1. Relatifs au système de soins

Assez paradoxalement, compte tenu des progrès de la médecine et de l'organisation des soins, l'iatrogénie globale devrait augmenter : nouvelles technologies émergentes permettant des interventions sur des sujets de plus en plus âgés et fragiles, dont le nombre s'accroît (vieillesse de la population, allongement de la durée de vie...) ; développement des maladies chroniques²⁰.

Par ailleurs, la typologie des risques et leur répartition entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier tendent à se modifier (transfert d'une partie des soins invasifs ou "à risque" du secteur hospitalier au secteur ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), maintien à domicile (MAD), réseaux de soins, chimiothérapie cancéreuse à domicile...).

1.1.7.2. De la part du patient

Le patient doit également devenir un partenaire dans cette lutte pour un changement du système de soins ; ainsi, l'amélioration de la connaissance de son traitement et l'optimisation de l'observance, tendent à viser deux objectifs :

- une réduction de l'iatropathologie, à l'origine d'une morbidité connue,
- en aval une diminution des coûts liés à ces accidents thérapeutiques médicamenteux²¹.

Il paraît intéressant d'envisager la façon dont le patient appréhende la connaissance et l'intégration de son traitement, de façon plus ou moins consciente et participative (pouvant

s'apparenter à un réel apprentissage), plus particulièrement en ce qui concerne les pathologies chroniques.

Ainsi, depuis quelques années, le patient développe une attitude consumériste face à l'offre de soins, alors considérée comme un service²². On observe de plus en plus de créations d'associations de patients au niveau national et international, qui ont pour objectif de participer activement aux décisions dans le domaine d'organisation de soins et la promotion pour la santé. Les patients sont nettement plus préoccupés par leur santé aujourd'hui que par le passé²³.

Les patients s'informent au sujet de leur pathologie²³, discutent de leur traitement en toutes occasions²³, se posent en tant que partenaires des soignants et veulent être associés aux décisions qui les concernent²⁴. Cette remise en question croissante d'un pouvoir médical absolu et des politiques de santé publique se trouve renforcée par différents évènements fortement médiatisés (sang contaminé, amiante, vache folle, médicaments génériques).

Dans le cadre des maladies chroniques, une évolution des modèles de la relation soignant/patient a été décrite : le patient n'est plus objet de soins mais sujet de sa santé, il doit prendre en charge sa santé, son traitement et l'adapter aux différents évènements de sa vie quotidienne ; pour cela, il doit acquérir des compétences spécifiques²⁵. Cette nouvelle relation conduit à un déplacement de la notion d'observance vers celle de participation et d'activité du patient²⁶. La prise en compte de cette véritable révolution qui est en train de se mettre en place est essentielle²⁴.

1.2. Contexte économique

1.2.1. Conséquences économiques

Les résultats de l'ENEIS confirment l'importance du problème de santé publique posé par l'iatrogénie médicamenteuse et montrent que celle-ci est en partie évitable. Cette étude n'a pas effectué de chiffrage de l'impact économique des EIG liés aux soins ; seul le nombre de séjours hospitaliers et de journées d'hospitalisation évitables ont été évaluées. Cependant, la fréquence et la gravité des effets indésirables étudiées rendent cet impact économique évident. Pour donner un ordre d'idée, sur base d'une expertise croisée de plus de 4000 séjours hospitaliers, Bates *et al*²⁷ estiment à \$3244 le coût de prise en charge hospitalière d'un

événement indésirable médicamenteux. Bordet *et al*²⁸ estiment, dans le contexte français, un coût du même ordre de grandeur, à savoir €4150 par événement. De même, la Domiciliary Medication Management Review (DMMR)²⁹ est une consultation prise en charge par le système de soin australien dans le cadre d'une prescription pour une indication validée (Annexe 1), les honoraires du pharmacien sont de 77€. Il a été prouvé que cette consultation pharmaceutique conduisait à une économie de 11€ par mois et par patient.

1.3. Contexte psychosocial

1.3.1. La santé et le bien être

Jusqu'à la définition de l'OMS en 1946, la santé était principalement abordée par ses dimensions physiques et psychologiques, toujours de façon très normative. Pour avoir la santé, il fallait répondre à certains critères : poids, capacités visuelles, auditives, respiratoires,... En 1946, l'OMS introduit alors la dimension sociale en définissant la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »³⁰.

L'évolution de la santé va ensuite vers un sujet acteur de sa santé. On prend en compte les besoins du sujet, l'histoire individuelle du sujet. C'est ainsi qu'en 1997, le réseau du Comité Français d'Education pour la Santé (CFES) définit la santé globale comme « *la santé de l'être humain vivant en société, avec ses composantes physiques, psychiques et sociales, tenant compte des implications que peuvent avoir sur sa santé, son histoire personnelle et les différentes dimensions sociales, économiques, juridiques et culturelles de ses conditions de vie et de son mode de vie.* »

L'éducation pour la santé repose donc sur une vision globale de la santé. A l'instar de l'OMS, la santé est considérée comme une ressource pour agir et non pas seulement comme l'absence de maladie. La diversité des déterminants de la santé est reconnue, qu'ils soient génétiques, psychologiques, sociaux, culturels, économiques, politiques, écologiques.

1.3.2. La maladie chronique, un compromis au quotidien

L'état de « bien être » est assez rarement décrit par les patients souffrant de maladies chroniques et s'il l'est dans certaines occasions, il reste fragile face à l'épuisement moral. Les patients, consciemment ou non, doivent faire de nombreux compromis au quotidien. Ainsi, dans une étude³¹, on apprend que 27% des personnes interrogées souffrant d'asthme persistant disent ne plus avoir de vie sociale à cause de leur maladie. Cela comprend l'absence d'activités sportives, la non participation à des événements sociaux, ou encore la non fréquentation de restaurants ou bars enfumés par la cigarette.

Près de 9 migraineux sur 10 disent ressentir un impact négatif sur leur qualité de vie³², cela comprend un impact sur la vie professionnelle (diminution des performances intellectuelles dans 71% des cas, détérioration de la relation avec leurs collègues 38%), mais aussi sur la vie sociale (détérioration des relations amicales dans 48% des cas, moins bonne appréciation des loisirs, diminution des relations intimes).

Divers sentiments tels que la frustration, l'irritabilité ou bien encore l'anxiété naissent de ces multiples compromis et par conséquent, impactent directement sur la vie professionnelle ou personnelle. Difficile alors de parler d'état de « bien-être » chez un patient chronique.

C'est pourquoi il paraît indispensable d'analyser au cours d'une démarche éducative le ressenti du patient et son jugement par rapport à son état de santé.³¹

1.3.3. Représentations du patient

La santé se définit pour chaque individu selon ses propres critères, en fonction de l'idée qu'il se fait de la « bonne santé », dans un contexte socioculturel donné. Cette conception personnelle est ce que l'on nomme une représentation.

Les représentations du patient influent directement sur son comportement, il est donc important pour le soignant de les analyser. Selon Moscovici, les représentations constituent « *le champ des communications possibles, des valeurs ou des idées présentées dans les visions partagées par des groupes, et règlent par la suite, les conduites désirables ou admises* »³³.

Cette définition fut par la suite reprise par d'autres auteurs, ainsi pour Seca les représentations sont « *le système de savoirs pratiques (opinions, images, attitudes, préjugés, stéréotypes, croyances) générés en partie dans des contextes d'interactions inter individus et/ou inter groupaux* »³⁴. Enfin, Abric définit une représentation comme une « *vision fonctionnelle du monde qui permet à un individu de donner un sens à ses comportements et de comprendre la réalité à travers son propre système de références. Elle est un guide pour l'action, elle oriente les actions et les relations sociales. Elle est un système de pré codage de la réalité car elle détermine un ensemble d'anticipation et d'attentes* »

Le soignant doit ainsi initier une relation qui permette au patient d'exprimer et de prendre conscience de ce qu'il croit et de ce qu'il sait. Il s'agit d'une démarche active pour que le patient puisse intégrer son affection et son traitement dans sa vie quotidienne³⁵.

1.3.4. Le modèle des croyances de santé

Le modèle des croyances de santé («Health Belief Model » ou HBM) est un modèle psychologique qui tente d'expliquer et de prédire les comportements de santé des individus à partir de leurs attitudes et de leurs croyances. Il permet de cerner les grands axes qui participent à une action de santé chez un individu³⁶.

De plus, il permet de comprendre le comportement que peut adopter un malade chronique face à sa maladie ; plus précisément, il va permettre de saisir les raisons que peut avoir une personne de suivre ou ne pas appliquer son traitement³⁶.

Ce modèle repose sur 4 croyances, les 2 premières sont relatives à la maladie et à la santé et les 2 autres sont relatives aux traitements.

Tableau III : Les quatre postulats du modèle des croyances de santé d'après A. Lacroix³⁷

<p>Pour accepter de se traiter et pour persévérer dans l'application de son traitement, un patient doit :</p> <ol style="list-style-type: none">1- Etre persuadé qu'il est bien atteint par la maladie2- Penser que cette maladie et ses conséquences peuvent être graves pour lui3- Penser que suivre son traitement aura un effet bénéfique4- Penser que les bienfaits du traitement contrebalancent avantageusement les effets secondaires, les contraintes psychologiques, sociales et financières engendrés par ce traitement.

Les croyances concernant la santé et la maladie sont à considérer comme des représentations ou des conceptions ayant une incidence directe sur la détermination du patient à adopter tel ou tel comportement. Ce modèle a la particularité d'être systémique en ce sens que les postulats sont interdépendants. Ils doivent être tous acceptés par le patient ; si un seul postulat est refusé, cela peut entraîner des négligences, un refus, voire un abandon du traitement³⁶.

Le modèle des croyances de santé a montré son intérêt notamment dans les domaines de l'asthme, de l'hypertension, du cancer et du diabète^{38, 39}.

La gestion quotidienne d'une maladie au long cours implique que le patient contrôle lui-même directement sa maladie. Cette prise en charge par la personne elle-même n'est possible que si celle-ci intègre la notion de contrôle³⁶.

Ecouter et analyser les positions du patient par rapport au modèle des croyances de santé et ses représentations sont deux étapes essentielles pour comprendre dans quel état d'esprit se trouve ce dernier par rapport à sa pathologie, avant même de débiter toute démarche éducative²⁴.

1.4. Contexte juridique

L'éducation pour la santé s'inscrit aujourd'hui dans une politique de promotion de la santé à travers diverses mesures. Elle tend à devenir une véritable responsabilité collective, tant par l'implication de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qu'avec le plan national d'Education pour la santé (PNEPS) et le Guide d'accréditation des hôpitaux de l'ANAES.

1.4.1. Implication de l'Organisation Mondiale de la Santé

La charte d'Ottawa⁴⁰ a été une des premières mesures officielles plébiscitant la promotion de la santé. Elle encourage la mise en place de politiques de santé adaptées permettant de donner aux individus les moyens de maîtriser davantage leur santé.

La Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé réaffirme également cette idée et souligne diverses priorités :

- inviter les gouvernements à aider les réseaux de promotion de santé à se créer ;
- sensibiliser sur l'évolution des déterminants de santé (éléments observés dont on estime qu'ils ont une influence sur la santé) ;
- soutenir le développement de la collaboration et la mise en place de réseaux pour le développement de la santé ;
- mobiliser des ressources en faveur de la promotion de la santé ;
- accumuler les connaissances sur les meilleures pratiques ;
- promouvoir la solidarité dans l'action ;
- favoriser l'apprentissage en commun ;
- encourager la transparence et la responsabilité publique en promotion de la santé⁴¹.

1.4.2. Le Plan National d'Education Pour la Santé et le Schéma Régional d'éducation pour la santé

Le Plan National d'Education Pour la Santé (PNEPS) proposé le 28 Février 2001, par Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé au conseil des ministres réaffirme l'enjeu politique de l'éducation pour la santé.

Ce plan comporte trois axes :

- 1 - la mise en place d'un service public d'éducation pour la santé,
- 2 - le développement de la formation et le développement de la recherche,
- 3 - la valorisation de l'éducation thérapeutique.

Il a pour objectif général de permettre à chaque citoyen d'avoir accès à une éducation pour la santé de qualité.

La circulaire du 22 octobre 2001 présente le projet d'élaboration du Schéma Régional d'éducation pour la santé (SREPS) qui a pour rôle de développer comme le PNEPS, une culture d'éducation pour la santé à partir de concepts validés et partagés. Le SREPS a pour vocation de rassembler et faire rencontrer les acteurs de l'ensemble du territoire dans un souci d'amélioration de la qualité des programmes et actions mises en place pour l'éducation thérapeutique⁴².

1.4.3. L'éducation thérapeutique du patient : critères de qualité selon l'ANAES

Dans son guide d'accréditation des Hôpitaux visant à s'assurer de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients dans les établissements de santé ; l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) désigne l'éducation patient comme un critère de qualité⁴³. Cette dernière semble déjà avoir trouvé sa place au sein des hôpitaux puisqu'en 1999, une enquête nationale sur les pratiques d'éducation du patient dans les hôpitaux montre que 91% des répondants déclarent avoir au moins un programme d'éducation du patient, avec une moyenne de plus de quatre actions par hôpital, dont 72% des actions concernent des maladies chroniques⁴⁴.

Quatre-vingt treize pourcents des responsables hospitaliers considèrent d'ailleurs que l'éducation du patient est un domaine prioritaire et 39% d'entre eux affectent un budget spécifique à son développement.

1.4.4. Les initiatives dans le domaine de l'Education Thérapeutique du Patient

Des recommandations pour l'éducation de patients atteints de maladies chroniques ont été élaborées par l'ANAES, plusieurs expériences voient désormais le jour et sont soutenues par des appels à projets (Circulaire 2002)⁴⁵.

L'inscription au développement de l'éducation du patient au Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) Rhône-Alpes 1999-2004 a abouti à la création d'une base de données des actions disponibles sur Internet^a. Le site Internet est un outil mis en place au service des soignants investis dans des projets d'éducation patient en région Rhône-Alpes. Initialement constitué autour d'actions développées à l'hôpital, il s'est élargi aux actions réalisées en ambulatoire par les réseaux de santé, les centres d'examen de la santé et les associations de patients. Il permet de mettre en relation les acteurs de santé pour faciliter l'échange de compétence⁴⁵.

Dans le cadre du SREPS, le groupe de travail spécifique à l'éducation thérapeutique du patient a émis un certain nombre de recommandations parmi lesquelles figure la mise en place de la formation des acteurs de terrain.

^a Site Internet disponible sur www.ephora.fr, consulté en Octobre 2006

Les initiatives nationales, régionales et locales ne cessent de se développer, toutefois le manque de structuration et l'absence de reconnaissance budgétaire de l'ET maintiennent cette activité dans une absence visibilité et une fragilité importante⁴⁵.

2. L' Education Thérapeutique

La démarche éducative auprès de personnes en traitement médicamenteux de longue durée menée par des professionnels santé, n'existe en France de manière structurée que pour quelques affections chroniques, notamment l'asthme et le diabète, affections « prototypes » qui ont fait l'objet d'études contrôlées visant à apprécier les bénéfices de l'éducation patient^{46,47}. Cette éducation patient regroupe en fait plusieurs concepts et doit être réalisée en respectant certains critères de qualité par un personnel qualifié.

2.1. Définition de l'Education du patient

Il n'existe pas de définition unique de l'éducation du patient. De façon théorique, le terme générique " éducation du patient " recouvre trois niveaux d'activités, lesquels, dans la pratique courante, peuvent s'intriquer. On distingue : l'éducation pour la santé du patient, l'éducation du patient à sa maladie et l'éducation thérapeutique du patient⁴⁸.

2.1.1. L'éducation pour la santé

L'éducation pour la santé regroupe un ensemble d'interventions (actions éducatives de proximité, actions de communication, information des publics, élaboration d'outils pédagogiques et formation des professionnels) qui ont pour objectif de renforcer les compétences de la population à opérer des choix favorables pour sa santé. D'une manière générale, l'éducation pour la santé s'attache à donner des repères éducatifs aux individus, à développer leurs compétences psychosociales et à renforcer chez eux le sentiment de valorisation et d'estime de soi.

Elle s'inscrit donc dans une perspective de promotion de la santé, œuvrant à préserver et à développer ce capital de ressources⁴⁹.

2.1.2. L'éducation du patient à sa maladie

L'éducation du patient est un processus par étapes, intégré dans la démarche de soins. Ce processus comprend un ensemble d'activités organisées, de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale ; concernant la maladie, les traitements, les

soins, l'organisation et les procédures hospitalières, les comportements de santé et ceux liés à la maladie. Toutes ces activités sont destinées à aider le patient (et sa famille) à comprendre la maladie et les traitements, à collaborer aux soins, à prendre en charge son état de santé, et à favoriser un retour aux activités normales⁵⁰. L'éducation du patient à sa maladie se situe cette fois-ci en aval du déclenchement de la maladie et s'adresse aux patients chez qui la maladie est déjà présente. Elle concerne les comportements de santé liés à la maladie, au traitement, à la prévention des complications et des rechutes ainsi qu'à l'impact que la maladie peut avoir sur d'autres aspects de la vie⁵¹.

Il faut viser à une autonomisation du patient dans le cas où celle-ci est acceptable et bénéfique pour sa santé mais celle-ci doit être progressive et respectueuse des désirs et des capacités de la personne et de son environnement⁵².

2.1.3. L'Education Thérapeutique du Patient

L'Education Thérapeutique du Patient (ETP) se définit selon la Direction Générale de la Santé (DGS) comme une éducation s'adressant aux personnes malades et à leur entourage. Elle consiste à « *l'apprentissage d'un ensemble de pratiques visant à permettre l'acquisition de compétences, afin que le patient puisse prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins, sa surveillance, en partenariat avec les soignants* »⁵².

La définition de l'OMS en 1998, est la suivante :

« L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux. La formation thérapeutique du malade comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage du traitement, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement.

*La formation doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants. L'objectif étant que le malade acquiert un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie. »*⁵³

L'ETP se définit, selon l'OMS, en quatre axes:

- 1 - L'acquisition par le malade de compétences pour gérer la maladie au quotidien ;
- 2 - L'accompagnement du malade tout au long de sa maladie par une formation continue intégrée dans les soins ;

- 3 - Le centrage de cette éducation sur le malade par la sensibilisation, l'information et la formation sur le traitement en associant un soutien psychologique ;
- 4 - L'implication de l'entourage dans la maladie et le traitement tout en favorisant la coopération avec les soignants⁵⁴.

2.2. Les raisons de la mise en place d'une éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique est devenue aujourd'hui une nécessité du fait :

- de l'accroissement du nombre des malades chroniques ;
- de la mauvaise observance des prescriptions diminuant de ce fait l'efficacité de la prise en charge thérapeutique. Cette inobservance induit la survenue de complications aiguës ou chroniques de la maladie causale et fait courir un risque de complications liées au traitement lui-même ;
- de l'évolution des attitudes et comportements des patients vis-à-vis de la santé et des professionnels de santé : difficultés face à une diffusion incontrôlée des connaissances médicales, demande d'informations et de participation aux décisions médicales le concernant, acquisition de droits (droits des patients ou droits des usagers), émergence d'une « citoyenneté de santé »⁵⁵ ;
- des effets indésirables imputés aux traitements, rendant indispensable la participation active du patient à la prise en charge de sa maladie.

Tout patient atteint de maladie chronique se trouve devant le défi de prendre en main lui-même son traitement. Une compréhension de sa maladie et son évolution, la gestion de celle-ci par une mesure des paramètres biologiques, ou la connaissance de son traitement sont autant de paramètres que le patient devra acquérir. Il se trouve alors confronté à un processus d'acceptation de sa maladie. La maîtrise de ces divers paramètres lui permettra de conserver une autonomie, ses projets, sa carrière, et ses passe-temps favoris⁵⁶.

L'ETP vise donc à aider le patient et son entourage à « *comprendre la maladie et le traitement, à mieux collaborer avec les soignants et à maintenir ou améliorer sa qualité de vie* » en l'aidant dans sa gestion quotidienne de la maladie⁵⁴.

2.3. Les dispensateurs de soins dans l'Education thérapeutique du patient

2.3.1. Place du pharmacien dans l'Education Thérapeutique du Patient

2.3.1.1. L'éducation du patient, un des devoirs du code de la déontologie du pharmacien

Selon le code de la déontologie, l'éducation du patient par le pharmacien fait partie intégrante des rôles du pharmacien d'officine:

ART.R.5015-3 du code de la déontologie des pharmaciens :

« Le pharmacien exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale. »

Cet article ne précise pas le rôle spécifique du pharmacien dans l'ETP, il définit cependant clairement le rôle global d'éducation du pharmacien d'officine au sein de la communauté comme acteur de santé.

La nouvelle convention du 11 juillet 2006 signée entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine et l'Union nationale des pharmacies de France, conforte le rôle du pharmacien en tant que professionnel de santé grâce aux conseils et aux informations que ce dernier prodigue, et à l'accompagnement ou au suivi thérapeutique qu'il accorde aux patients. Il y est également souligné qu'une recherche permanente de la qualité de la dispensation pharmaceutique repose sur certains éléments dont :

- l'incitation de l'observance au traitement ;
- la prévention des incidents ou accidents iatrogènes ;
- la prodigalité de conseils de prévention ;
- le développement de l'ETP ;
- l'exercice de cette dispensation en coordination avec les autres professionnels de santé.

2.3.1.2. La vision du pharmacien sur ce rôle d'éducateur

Selon une étude Ipsos menée en janvier 2006, 77% des pharmaciens officinaux estiment que leur rôle en tant qu'éducateur de santé fait « tout à fait » partie de leur profession (Figure 6). Cela va dans le sens des attentes des patients qui sont de plus en plus nombreux à les interroger sur des pathologies lourdes et chroniques comme le diabète ou le cancer⁵⁷. Morrow *et al* signale que 78 % de la communauté des pharmaciens est d'accord avec l'idée que l'éducation pour la santé devrait faire partie de leur rôle et 53 % d'entre eux signalent que leurs clients/patients s'attendent à recevoir des informations de la part de leur pharmacien⁵⁸.

Les pharmaciens estiment posséder les moyens nécessaires à la réalisation d'une éducation santé mais dénotent un manque de disponibilité. Pour les patients par contre, le pharmacien est reconnu comme apte à réaliser une éducation, mais ce dernier doit rester cantonné à un rôle d'information, de conseil et d'accompagnement autour du médicament dont il est le spécialiste⁵⁷.

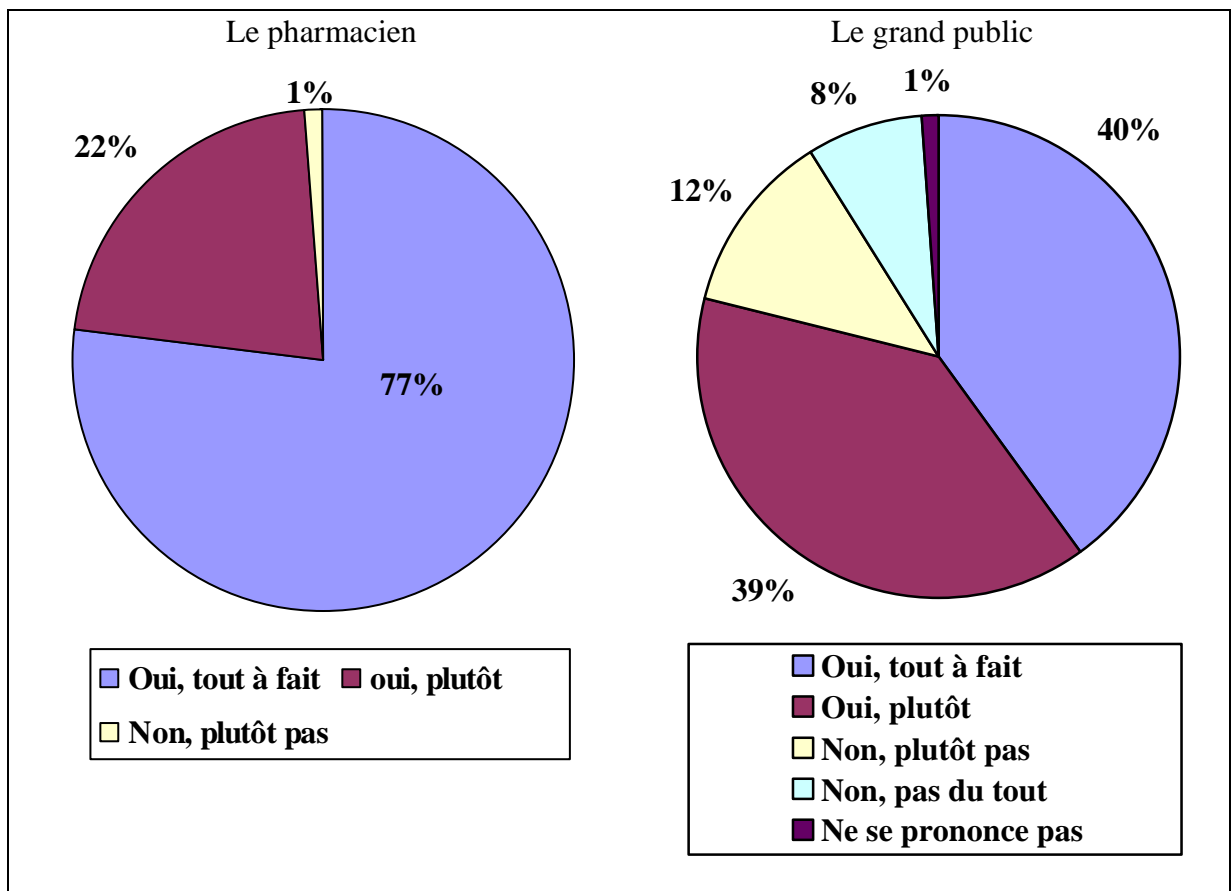


Figure 6 : L'éducation santé fait-elle partie du rôle de pharmacien ?⁵⁷

2.3.1.3. Pharmacien, un éducateur de santé

Ce qui caractérise le mieux les compétences du pharmacien est sa pluridisciplinarité qui prévaut tant par sa formation (sciences physico-chimiques, sciences biologiques, pharmaco-toxicologique...) que par la diversité de son exercice professionnel (officine, hôpital, biologie, industrie). De fait, le pharmacien est particulièrement préparé à être un acteur majeur de santé publique et que la pharmacie constitue déjà un véritable service de santé public de la santé⁵⁹. D'après l'étude de O'Loughlin et Hunter, le rôle des pharmaciens ne se limite pas strictement à l'unique distribution de produits médicamenteux, mais à un rôle beaucoup plus élargi « d'informateur » et de « conseiller » afin de faciliter et augmenter l'adhésion du patient face à la prise (et au respect) du traitement prescrit^{60,61}.

De part ses connaissances et sa proximité, le pharmacien a toujours été naturellement considéré comme un « *pilier de la santé publique* » ainsi qu'un « *éducateur naturel du public* ». Dans des pays comme l'Irlande, l'Angleterre, la Suède, le Danemark, etc, l'information ou l'éducation pour la santé font « traditionnellement partie du rôle du pharmacien au sein de la communauté »⁵⁸. En Finlande par exemple, le Programme « Diabète » destiné aux pharmacies (DPP) est un programme qui complète le Programme de développement pour la prévention et la prise en charge du diabète (DEKHO). Le Programme DEKHO, organisé au plan national par l'Association finlandaise du Diabète, a pour but de répondre à l'accroissement de l'incidence du diabète de type II. Les pharmacies collaborent donc avec les autres dispensateurs de soins de santé et les groupes de patients pour établir les meilleures pratiques. Ce projet a pour but d'assurer une formation continue concernant le diabète dans les pharmacies, de dresser un rapport annuel et d'établir un système de suivi normalisé sur une base annuelle. Il vise également à promouvoir un traitement plus efficace pour le diabète de type II, en mettant l'accent sur la prévention de la maladie et en intégrant la prise en charge du diabète dans la pratique quotidienne des pharmaciens⁶².

2.3.1.4. Spécificité du pharmacien dans l' Education Thérapeutique Patient

Le rôle éducatif du pharmacien ne peut être abordé de la même manière que celui des autres soignants. Dans les lieux de vie des patients, les pharmaciens jouent un rôle préventif important. Ils sont les plus consultés, voient les patients parfois plus souvent que les autres

soignants et notamment au moment de la délivrance des médicaments, moment privilégié pour l'information et l'éducation au bon usage⁶³.

Premier référent de santé consulté et confident neutre, le pharmacien représente proximité, présence, permanence et disponibilité⁶⁸. Il semble nécessaire de mettre en avant que le pharmacien est le seul professionnel de santé de niveau bac⁺6 accessible à l'ensemble de la population sans rendez-vous tout au long de l'année et qui délivre des conseils personnalisés⁶⁴. Cette proximité avec le patient et ses compétences confèrent au pharmacien un rôle particulier dans la prévention ou encore le traitement des maladies chroniques. Son rôle s'effectue à plusieurs niveaux : intermédiaire entre les professionnels de santé et les patients, le pharmacien informe, explique ou clarifie des propos mal interprétés ; intermédiaire entre les pouvoirs publics et la société, il prodigue des conseils de prévention et de dépistage ; enfin il représente, avant le SAMU ou les urgences, le premier recours aux soins⁶⁸. Cette proximité et accessibilité constituent d'ailleurs un potentiel face à la pénurie démographique médicale.

L'ETP consiste actuellement, dans le cadre de l'officine, à expliquer les prescriptions et les posologies des médicaments, à promouvoir le bon usage des médicaments et produits pharmaceutiques, à expliquer et informer sur la maladie et les traitements, soutenir et accompagner humainement le patient, et enfin intervenir dans la gestion des crises. Le pharmacien est reconnu comme un conseiller de référence pour l'usage des médicaments. Il établit une passerelle entre des savoirs et leurs applications dans des gestes et des comportements quotidiens.⁶⁸ Il est amené dans son activité quotidienne à effectuer :

- **des actions d'évaluation pharmaceutique :**

- vérifier la prescription avant de l'honorer ;
- évaluer l'attitude du patient vis-à-vis du traitement notamment par une évaluation de son observance et de ses représentations des médicaments car ceci permet d'orienter les propos du pharmacien pour aboutir à une meilleure observance des patients⁶⁵ ;
- notifier les effets indésirables dans le cadre de la Pharmacovigilance⁶⁶ ;
- orienter le patient si besoin vers un professionnel de santé complémentaire⁶⁶.

- **des apports de connaissances :**

- écouter les patients et répondre à toute question relative aux médicaments ;

- dispenser des conseils sur la prise des médicaments et aider les patients à intégrer leur traitement au quotidien afin de participer à l'amélioration de l'observance ;
- superviser l'apprentissage des outils de surveillance (tensiomètre, lecteur de glycémie,...), des formes et dispositifs médicaux (patchs, stylos à insuline, sprays aérosols...) dans le but d'obtenir une autonomie du patient⁶⁸ ;
- apporter des notions suffisantes sur la pathologie et le rôle de chaque médicament ;
- apporter des notions nécessaires sur l'adaptation de la prise de médicaments quelles que soient les circonstances sur les signes d'alertes et les moyens de réagir⁶⁸.

- **des aides à la prise de décision :**

- négocier avec la personne des actions possibles pour améliorer son état dans son contexte de vie (ex : arrêt du tabac dans le cas de l'asthme ou de l'insuffisance cardiaque).

Le patient reste le principal « gérant » de l'administration de son traitement, l'efficacité de ce dernier dépend alors de sa participation active⁶⁷.

2.3.1.5. Pharmacien, collaborateur dans un « projet thérapeutique »

Les actions éducatives propres au pharmacien ne peuvent s'élaborer que dans la conscience d'appartenir et de collaborer à un réseau pluridisciplinaire et synergique, centré sur le patient et constitué de professionnels de santé et de personnes proches de ce dernier⁶⁸.

Le pharmacien vient ainsi renforcer et étendre l'éducation du patient initiée par le médecin, en évaluant ses connaissances et clarifiant ses doutes, afin d'assurer l'observance du traitement. Le pharmacien joue alors un rôle clé, aux côtés du médecin, pour donner progressivement à la prescription médicale une allure de « projet ». Cette notion de « projet thérapeutique » est centrale dans la construction d'une adhésion du malade à son traitement.

Respectant l'idée d'un projet thérapeutique, le pharmacien doit alors clairement se présenter comme un partenaire compétent et compréhensif de la personne au seuil de cette nouvelle vie⁶⁸. Le pharmacien abordera de nouveau le diagnostic et les traitements, dans la perspective d'un ajout ou de la répétition d'informations scientifiques et médicales, mais aussi pour offrir une écoute compréhensive, pour entendre les mots et les termes utilisés par le patient, ainsi que son ressenti immédiat. Dans ce sens, le pharmacien se plaçant du côté du traitement (le médecin du côté de la maladie), peut apporter un éclairage différent et particulièrement dynamisant⁶⁸.

Le pharmacien représente également un excellent intermédiaire pour repérer le niveau d'adhésion du traitement et le stade d'acceptation de celui-ci (et donc de sa maladie)⁶¹, les changements de mode de vie, les nouvelles pathologies, les altérations de l'état général qui pourrait nécessiter une adaptation du traitement par le médecin (posologie, etc.)⁶⁸.

Ainsi, lors de pathologie chronique, le pharmacien représente un interlocuteur privilégié et joue un rôle d'accompagnateur et de soutien tout en veillant à ne pas se substituer aux autres professionnels de santé.

2.3.2. Les autres acteurs de santé

Tous les professionnels impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques doivent pouvoir participer au projet d'éducation thérapeutique :

- **les soignants** (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, podologues, dentistes, etc.). Ces derniers doivent être formés à dispenser une éducation thérapeutique.
- **les non soignants** (patients, travailleurs sociaux, association de patients)⁵².

Chaque éducateur, avec ses spécificités liées à sa profession, est chargé de faciliter l'implication du patient dans sa maladie, en lui donnant les moyens de devenir lui-même acteur de son ETP⁶².

2.4. Les participants

Les pathologies en cause sont souvent asymptomatiques en dehors de leurs manifestations initiales, mais elles nécessitent au quotidien de la part des patients une adhésion étroite aux diverses modalités du traitement et de la surveillance (prise de médicaments, suivi de régime, auto-surveillance de paramètres biologiques, etc.) afin d'éviter la survenue de complications⁶⁹.

Selon la DGS les patients sont répartis en trois classes, correspondant à des besoins de prises en charge différents⁷⁰. Cette répartition en trois classes mérite probablement des adaptations en fonction de la pathologie.

- La classe 1 correspond aux patients stabilisés, ne nécessitant pas un traitement trop lourd de leur maladie. Leur prise en charge vise à leur permettre d'acquérir une connaissance de la

maladie, une formation à la nutrition, à une hygiène de vie, une information aux droits du patient en rapport à leur pathologie. L'éducation a pour objectif de rendre le patient acteur dans la surveillance de sa pathologie ;

- La classe 2 est représentée par des patients ayant des besoins spécifiques qui complexifient l'éducation thérapeutique, le contenu de l'éducation doit alors être différencié ;
- La classe 3 est constituée de patients présentant un déséquilibre marqué de la maladie, une décompensation, une découverte de la maladie, ou des complications liées à une non observance des recommandations formulées, ou survenant malgré le suivi des préconisations antérieures⁷⁰.

2.5. Structures et organisation de l'éducation thérapeutique du patient

L'ETP est un processus par étape intégré dans la démarche de soins, à l'intention du patient et/ou de son entourage⁷¹.

Tout le monde s'accorde sur la nécessité de mettre l'éducation thérapeutique à portée de tous les patients et de tous les professionnels de santé volontaires. Il est souhaitable que son développement soit équitable notamment entre ambulatoire et hôpital avec si possible un partage des moyens⁵².

Les promoteurs sont quant à eux les organisateurs des programmes d'ETP. Ils cadrent et organisent toute activité liée à l'ETP. Plusieurs promoteurs existent :

- **les structures hospitalières** : des services ou des unités transversales. Elles portent le nom d'Unité de Prévention et d'Education (UPE), ou de Comité Hospitalier d'Education pour la Santé et de Prévention (CHESP). Ces structures existent déjà dans quelques hôpitaux français.
- **les réseaux**, définis comme une coordination formalisée, sur un terrain donné, de professionnels de santé et/ou de tous les intervenants sur le parcours d'un patient dans le cadre de sa prise en charge médico-sociale ou de coopération de ces mêmes professionnels autour du patient⁷², afin de :

- établir des objectifs communs et concrets, orientés vers l'amélioration de la prise en charge du patient ;
- optimiser l'accès aux soins de l'ensemble de la population ciblée ;
- accroître la compétence individuelle et collective des intervenants et des partenaires du réseau ;
- être un lieu d'observation et d'évaluation de santé publique (par exemple pour dépister et mieux comprendre) ;
- faciliter et simplifier la pratique quotidienne de chaque intervenant.

Les objectifs des réseaux visent donc à l'accès aux soins, la coordination, la continuité, l'interdisciplinarité des prises en charge, l'éducation à la santé, la prévention, le diagnostic et le soin. Ces nombreux objectifs montrent la globalité attendue du dispositif⁷³.

Plusieurs types de réseaux de santé sont formés, selon leur orientation vers la médecine libérale ou la médecine hospitalière. On parle ainsi de réseaux ville-hôpital, de réseaux inter hospitaliers ou de réseaux de soins libéraux⁶².

D'autres structures existent également : les associations de patients ; les associations de santé ; les maisons de santé ; les institutions.

2.6. Compétences attendues en Education Thérapeutique

2.6.1. Compétences attendues des éducateurs

Le professionnel de santé doit organiser les soins autour du patient, c'est-à-dire adopter une approche centrée sur ce dernier. Il doit « *rentrer dans le monde du patient et voir la maladie par ses yeux* ». Pour cela, il doit tout d'abord analyser les notions que l'apprenant possède avant de débiter une quelconque information puis savoir « *accepter le savoir provisoire de l'apprenant afin de commencer à négocier avec lui un sens nouveau* »⁷⁴.

L'ETP doit donc être menée comme un véritable apprentissage en continu de la maladie et du traitement en facilitant l'accès aux connaissances par le patient.⁶⁸

La Figure 7 illustre les compétences attendues des soignants en ETP



Figure 7 : Compétences attendues des soignants en éducation thérapeutique du patient⁷⁵

2.6.2. Compétences attendues du patient

Le patient doit devenir, au cours de cette formation un véritable « acteur de sa santé ». Pour cela, il doit tout d'abord acquérir les connaissances intellectuelles (SAVOIR) nécessaires à la compréhension de sa maladie et de son traitement puis acquérir également des compétences ou connaissances gestuelles (SAVOIR-FAIRE) qui lui permettront de gérer au quotidien sa maladie et enfin d'apprendre à maîtriser ou communiquer avec autrui (SAVOIR-

ETRE) tout événement imprévu⁷⁶. Finalement pour être efficace, l'ETP doit impliquer le patient dans la démarche éducative d'optimisation thérapeutique.⁷⁷

En février 2002, les groupes Nomenclature de la Caisse Nationale Assurance maladie des Travailleurs sociaux (CNAMTS), du Pôle d'Expertise et de Référence Nationale des Nomenclatures de Santé (PERNNS), et de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) ont proposé une typologie descriptive de l'activité d'ETP en groupe, dans le cadre de la prise en charge de l'asthme et du diabète.

Deux axes sont mis en avant⁷⁸ :

- Le premier axe décrit les compétences à acquérir par le patient au cours du programme éducatif, la durée moyenne nécessaire à l'acquisition d'une compétence, et la qualité des intervenants. Cet axe insiste sur le fait que l'acquisition d'une compétence doit se faire de manière progressive, sur plusieurs sessions et que les modalités de planification sont variables et dépendantes du patient. Plusieurs compétences à acquérir sont citées :
 - **intelligibilité de soi et de sa maladie**, afin de permettre au patient de comprendre l'origine de sa maladie, son évolution, ses complications, les principes et la logique du traitement, les conséquences du traitement sur la maladie ;
 - **maîtrise des gestes techniques d'auto surveillance et d'auto traitement** ;
 - **compétence d'autodiagnostic**, le patient devant être capable de connaître et reconnaître des prodromes et d'analyser des situations ;
 - **compétence d'autogestion d'une crise**, le patient devant connaître et savoir appliquer un protocole d'urgence en situation critique ;
 - **compétence d'adaptation de son cadre et de son mode de vie à la maladie**, le patient étant ici amené à réaménager sa vie, son environnement, adapter son traitement à son mode de vie dans la perspective de parvenir à un équilibre entre sa vie et le contrôle de sa maladie ;
 - **compétence d'auto adaptation** à une modification des conditions de vie, à l'évolution des thérapeutiques ; le patient doit gérer les changements, intégrer les nouveaux traitements ;
 - **utilisation des ressources d'aide et d'accompagnement du système de soins et de la société** ; cette compétence à la dimension sociale permet au patient de savoir rechercher l'information utile, connaître les associations de malades, etc.

- Le second axe fait mention des circonstances de recours à une éducation thérapeutique. Il y est souligné l'importance d'inscrire cette éducation dans le long terme et la nécessité de répéter les programmes éducatifs à l'occasion d'évènements favorables. Trois grandes occasions ont été décrites⁷⁸ :

- **la prise en charge initiale**, intervenant dans la première année suivant le diagnostic de la maladie est destiné à faciliter l'acquisition par le patient des huit compétences décrites précédemment ;
- **le suivi éducatif**, réalisé dans l'année qui suit une éducation initiale dont les objectifs ont été acquis. Il permet de maintenir, d'améliorer et d'actualiser les compétences déjà acquises ;
- **la reprise éducative**, entreprise lorsque des compétences n'ont pas été acquises, ou bien lors d'une complication. Elle permet alors d'acquérir ou de réacquérir des compétences.

Le second axe est résumé dans la figure ci-dessous :

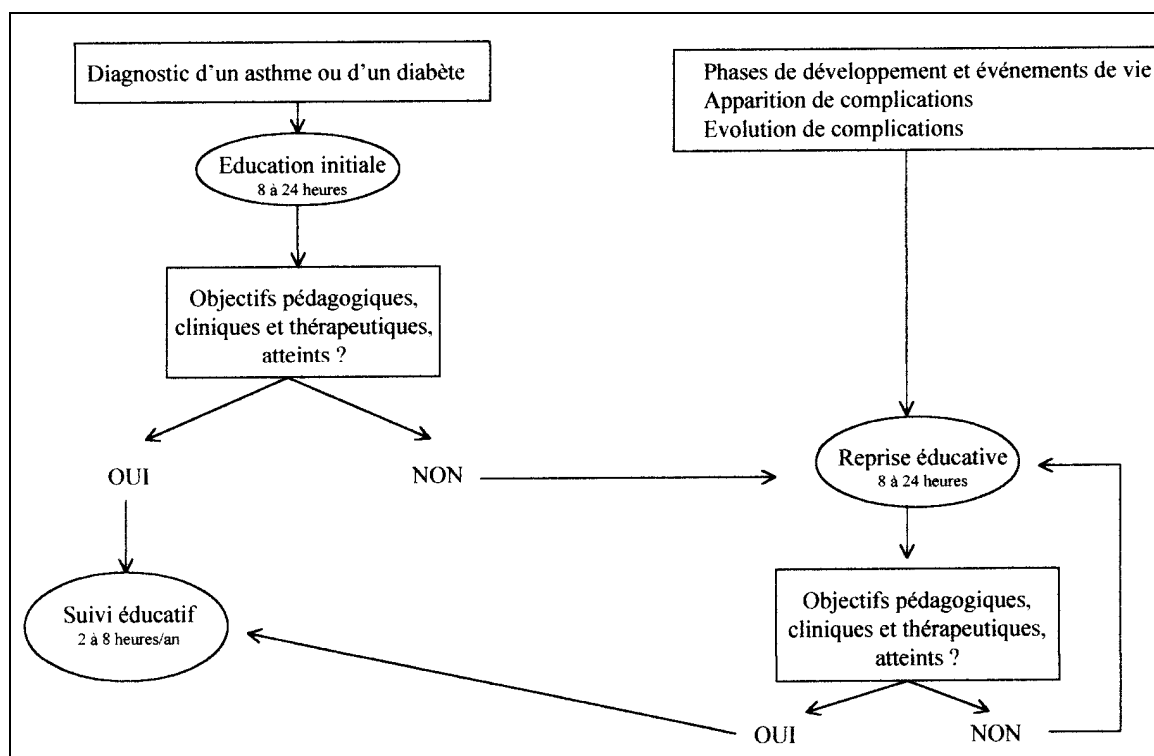


Figure 8 : Le second axe de l'éducation thérapeutique, d'après la CNAMTS, DHOS et PERNNS⁷⁸

2.7. Les étapes d'une démarche éducative

La démarche d'éducation nécessite des informations et des méthodes pédagogiques afin d'apporter au patient des outils, des connaissances et des compétences pour gérer sa

pathologie au quotidien. Les techniques d'échanges sont diverses et peuvent être utilisées tour à tour en fonction des besoins (écoute active, échanges interactifs, supports pédagogiques divers).

2.7.1. Les techniques de communication

Le suivi éducatif doit reposer sur des techniques de communication appropriées et la création de conditions de dialogue permettant de mettre en place une relation de confiance :

- **l'écoute active** : avoir une attitude encourageante, non culpabilisante, faire preuve d'empathie, être attentif au langage verbal et non verbal, être intéressé et encourageant ;
- l'utilisation pertinente de **questions ouvertes** ;
- **la reformulation** pour confirmer la compréhension et l'adaptation entre l'éducateur et la personne éduquée ;
- **la reformulation par la personne** des explications fournies par le soignant permet d'en mesurer la compréhension et l'adaptation entre l'éducateur et la personne éduquée ;
- **l'aptitude à donner à la personne le rôle de décideur**. Le patient doit participer aux décisions qui l'affectent, s'engager davantage dans son traitement afin de faciliter l'accès à son autonomie ;
- **l'aptitude à faire face aux émotions des personnes**, en utilisant l'empathie et la rétroaction (analyser et tenir compte des réactions des personnes). Cette activité requiert de la part de l'éducateur des aptitudes relationnelles et des compétences de communication⁷⁹.

Les questions ouvertes sont privilégiées car elles offrent plus de possibilités. Ces questions favorisent le dialogue pédagogique et donnent une perception personnalisée des patients, non seulement de ce qu'ils savent, mais aussi de certaines caractéristiques de leur histoire et de leur personnalité (exemple : « *Pouvez-vous raconter dans quelles circonstances votre diabète a été découvert ?* »)³⁶

La façon dont l'information (voire la formation) est dispensée au patient ne tient pas forcément compte de ses attentes⁸⁰. En effet, le professionnel de santé se positionne le plus souvent par rapport à un référentiel scientifique professionnel spécifique, sans systématiquement s'enquérir des attentes, des motivations et de la rationalité du patient. Le formateur doit amener les formés à décrire leurs situations, puis à les analyser, puis à les problématiser⁸¹.

2.7.2. Le dossier patient

Face aux impératifs d'amélioration de la qualité et de l'efficacité économique du système de soins, le dossier patient se révélerait être le pivot de ces échanges.

2.7.2.1. Définition du dossier patient

Créé à l'occasion du premier contact avec le patient, il s'enrichit par la suite de la trace des interventions des différents professionnels de santé. Il constitue un lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales propres au patient formalisées et actualisées⁸².

L'ANAES précise dans un rapport de 2003, les critères devant être contenus dans le dossier patient. Ainsi, les données administratives doivent renseigner le nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse, numéro de téléphone, situation professionnelle et profession du patient et situation familiale⁸³.

Les données médicales et paramédicales comportent quant à elles, des informations comme les coordonnées du médecin traitant, mais également des informations de natures diverses, telles que :

- les informations médicales antérieures à la consultation actuelle (identité, anamnèse, allergies, antécédents, traitements, etc.) ;
- les informations relatives à la personne et à ses habitudes de vie ;
- les prescriptions en cours, les examens biologiques pratiqués, etc⁸².

La liste de tous les critères⁸³ est répertoriée en (Annexe 2).

Ce dossier, à la fois personnel et confidentiel, permet un meilleur suivi thérapeutique non seulement au sein de l'équipe pharmaceutique mais aussi avec les différents professionnels de santé qui constituent le réseau de soins (médecins, pharmaciens et infirmiers hospitaliers avec ceux exerçant en ville)⁸⁴.

2.7.2.2. Objectifs du dossier patient

Le dossier patient a pour objectif de :

- suivre la traçabilité de tous les actes pour les professionnels de santé ;

- réduire les accidents iatrogènes et les examens redondants afin de diminuer les coûts inutiles par l'implication dans cette démarche des professionnels de santé et des patients eux-mêmes⁸² ;
- récupérer des données épidémiologiques ;
- à plus long terme, favoriser une meilleure gestion des alertes sanitaires.

2.7.3. Le Dossier Médical Personnel

A l'heure actuelle, chaque professionnel de santé tient à jour pour chaque patient un dossier médical. Ce dossier comprend les informations spécifiques à la prise en charge de ce dernier. De ce fait, plusieurs dossiers distincts co-existent pour un même malade, dispersés en divers lieux.

Dans les jours à venir, ces différentes données pourront être regroupées dans un seul et même dossier, le Dossier Médical Personnel (DMP). Ces informations émaneront de tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient.

«Le dossier médical personnel, en cours de conception en France, constitue une opportunité historique pour la profession », soulignait le président du Conseil national de l'Ordre, Monsieur Jean Parrot dans l'éditorial d'Octobre 2005 des Nouvelles Pharmaceutiques.

2.7.3.1. Définition du Dossier médical personnel

Selon la loi 2004-810 (Article L161-36-1 et suivants)⁸⁵ portant sur la réforme de l'Assurance Maladie du 13 Août 2004, le dossier médical personnel est un « *ensemble des données recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, notamment des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins* ».

Ce dossier médical informatisé et sécurisé, accompagne le patient tout au long de sa vie. Il possède une portée nationale et pourra ainsi être consulté par l'ensemble des professionnels de santé, quelle que soit leur localisation géographique, et toujours sous le contrôle du patient.

Expérimentation du Dossier Médical Personnel

Selon la loi d'août 2004, le DMP devra être disponible pour tous les bénéficiaires de l'assurance maladie en juillet 2007. Afin d'en établir les éléments principaux et efficaces, une phase d'expérimentation effectuée sur 30 000 DMP (débutée en juin 2006 et qui s'achèvera en décembre 2006), permettra de valider avec l'ensemble des acteurs concernés, les éléments indispensables à la réussite de ce dispositif. Son évaluation aura lieu en parallèle⁸⁶.

A la fin de l'expérimentation, le Groupement d'Intérêt Public (GIP), regroupant l'État (Ministère de la santé), l'Assurance-Maladie (CNAMTS), la Caisse des dépôts et consignations (CDC) et s'intitulant « *groupement de préfiguration du dossier médical personnel* » ou GIP-DMP, établira un cahier des charges opérationnel pour la généralisation de la mise en œuvre du DMP⁸⁶.

Cette phase d'expérimentation d'une durée de 5 mois, conduite sur la base du volontariat des patients et des professionnels de santé doit permettre l'ouverture de 30.000 dossiers sur une quinzaine de sites pilotes, à travers toute la France.

Evaluation de la phase d'expérimentation

De cette expérimentation seront évalués divers critères⁸⁶, tels que :

- Des éléments organisationnels du DMP :

- pratique d'usage du DMP, par les professionnels de santé et par les patients (conditions d'acceptation et d'appropriation du DMP) ;
- impact du DMP sur les relations entre les professionnels de santé et sur les relations entre professionnels de santé et patients ;
- méthodes de déploiement national, etc.

- Des éléments fonctionnels :

- mode d'identification du patient ;
- moyens d'accès pour les professionnels de santé ;
- gestion des droits des professionnels de santé et des patients ;
- contenu et types de documents partagés par les professionnels de santé.

- Des éléments techniques, comprenant la sécurité et la confidentialité des données.

Au début de l'année 2007, la publication d'un décret d'application du DMP sera effectuée après l'étude de tous ces critères.

2.7.3.2. Objectifs du Dossier médical personnalisé

Le DMP permettra d'éviter la prescription de traitements ou de médicaments incompatibles avec l'état de santé ou avec un autre traitement en cours, ou encore la prescription d'un examen que le patient aurait déjà réalisé. Il va ainsi contribuer à une meilleure information des différents acteurs de santé qui pourront y avoir accès de façon aisée. Ce dispositif permettra alors au patient de bénéficier d'un suivi mieux coordonné et d'une sécurité diagnostique et thérapeutique renforcée⁸⁷. Il tendra donc à réduire les actes redondants et les interactions médicamenteuses qui peuvent lui être préjudiciables⁸⁷. Ainsi, grâce au DMP, le risque d'éventuelles erreurs ou d'omissions tente d'être minoré

Il comporte également un volet destiné à la prévention. Le patient sera amené à progresser dans la connaissance et la compréhension de sa santé, le DMP jouant par conséquent un rôle pédagogique important pour l'aider à devenir un acteur responsable de sa propre santé⁸⁷.

Le DMP est donc conçu comme un facteur de progrès pour une meilleure prise en charge du patient⁸⁸.

Il n'a pas vocation à se substituer au dossier métier des professionnels de santé, ni au dossier médical partagé des établissements de santé, ou des réseaux de soins dont les objectifs sont différents⁸⁸. En effet, dans les dossiers de réseaux, l'information est partagée entre les membres du réseau qui se connaissent sans nécessairement avoir l'accord préalable du patient. A l'inverse, dans le DMP l'information est partagée entre des professionnels de santé qui ne se connaissent pas nécessairement entre eux, mais à chacun desquels le patient a donné des droits d'accès.

Un des objectifs est donc d'améliorer la communication des informations de santé, sous le contrôle du patient concerné, notamment pour ce qui concerne la confidentialité et conformément aux droits des patients dans le domaine des données personnelles de santé (Loi du 4 mars 2002: Article L1111-7 du Code de la santé publique).

Il a également pour vocation de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, sous le contrôle du patient⁸⁸.

La lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse est l'un des enjeux du DMP, dont une part est évitable, liée à des mauvaises pratiques, au non-respect des référentiels, voire à un

surdosage accidentel. C'est dans ce domaine que le DMP pourra permettre de réduire d'éventuelles conséquences nocives pour les patients, grâce à une meilleure information des professionnels de santé.

Les anticoagulants oraux (AVK) en sont un exemple concret. Ainsi, le spécialiste prescrit, le biologiste fait les analyses ou le pharmacien délivre les médicaments ; tous doivent disposer de la même information pour assurer un suivi de qualité⁸⁹. De même, à l'occasion du séjour d'un patient, les professionnels de santé habilités des établissements de santé reporteront sur le dossier médical personnel les principaux éléments résumés relatifs à ce séjour.

De plus, afin d'éviter des contre-indications majeures dans leur conseil, la proposition est faite qu'une quinzaine de pathologies puissent être portées à la connaissance des officinaux (glaucome à angle fermé, asthme...)⁹⁰. Au comptoir, en effet, le questionnement du patient ne permet pas toujours de renseigner au mieux l'équipe officinale.

Enfin, lorsque les codes intégreront les numéros de lot et les dates de péremption, la traçabilité des médicaments pourra aller jusqu'au patient avec la possibilité de rappel personnalisé en cas d'urgence ou de retrait du marché d'un médicament.

Le DMP permettra aussi aux médecins de savoir si leurs patients sont allés chercher leurs médicaments, ce qui les renseignera sur leur observance et s'il y a eu substitution de leurs ordonnances⁹⁰.

2.7.3.3. Le bénéficiaire

Le DMP s'adresse à chaque bénéficiaire de l'assurance maladie quelque soit son âge (Article L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale)⁸⁸ et qui en exprimera la demande.

2.7.3.4. Les droits du bénéficiaire

Le patient aura un droit de regard sur son DMP qu'il pourra consulter lorsqu'il le désire. Ainsi, chaque professionnel consulté et participant à l'expérimentation, connaîtra immédiatement les éléments importants du parcours de santé de son patient, évitant de lui poser des questions auxquelles il aura déjà répondu.

Le patient pourra également apporter lui-même au DMP des informations médicales qui lui semblent importantes et qui n'auraient pas été inscrites par un professionnel de santé ; un cadre spécifique est prévu à cet effet⁹¹.

2.7.3.5. Les professionnels de santé

Tous les professionnels de santé sont concernés par le dossier médical personnel. L'accès au DMP est cependant interdit aux médecins des compagnies d'assurances et des médecins du travail selon l'article L161-36-3 du Code de la Sécurité Sociale⁸⁸.

Les professionnels de santé exerçant en ville ou en établissement de soins, les médecins traitants ou spécialistes et les professionnels de santé non médecins comme les officines, les plateaux techniques privés comprenant les laboratoires d'analyses et les services de radiologie ont un accès au DMP.

2.7.3.6. Accès aux données

Les professionnels de santé qui auront été autorisés par le patient pourront introduire et consulter les données médicales utiles au diagnostic et à la conduite de la santé de leur patient.

Un tableau croisé présentant les conditions d'accès aux différentes catégories d'informations médicales selon la profession ou la discipline a été établi par les membres du comité d'orientation du GIP-DMP (Annexe 3).

2.7.3.7. Contenu du DMP

Les données contenues dans le DMP seront de tout ordre (Annexe 4)⁹². Ce dernier contiendra des informations provenant des professionnels et établissements de santé participant à l'expérimentation, que le patient aura lui-même désigné : hôpitaux, médecins de ville, pharmaciens, laboratoires d'analyses médicales...

Selon la loi du 13 août 2004, « *chaque professionnel de santé, exerçant en ville ou en établissement de santé, quelque soit son mode d'exercice, reporte dans le dossier médical personnel, à l'occasion de chaque acte de consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge* ». Ainsi avec l'accord formel du patient, le DMP comprendra donc les comptes-rendus et

prescriptions de médecins, la liste des médicaments qui lui ont été délivrés, les comptes-rendus de radiologie, les comptes-rendus d'analyses médicales, et les lettres de sortie d'hôpital.

Afin de renforcer et mettre en valeur la contribution des pharmaciens au développement du DMP, l'Ordre national des pharmaciens a lancé le projet du Dossier Pharmaceutique (DP) qui a pour objectif de réunir en une base de données les médicaments (prescrits ou non) délivrés à l'officine. Ce dernier pourra être consulté seulement par le pharmacien, en présence du patient. Le DP tel qu'il va être testé dans 13 régions de France en juin 2006 est à distinguer du DMP. Le DP sera le volet médicament du DMP, outil de sécurisation de la dispensation, il permettra le partage d'informations sur les médicaments délivrés pour chaque patient dans toutes les officines⁹³.



Le projet du DP vise ainsi à répondre à deux enjeux : sécuriser la dispensation, et alimenter le volet médicament du DMP⁹⁴.

2.7.4. Le diagnostic éducatif

2.7.4.1. Définition du diagnostic éducatif

Le diagnostic éducatif est la première étape de la démarche d'éducation qui permet d'appréhender différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, d'identifier ses besoins, d'évaluer ses potentialités, de prendre en compte ses demandes et ses projets dans le but de proposer un programme d'éducation personnalisé⁹⁵. Tous ces éléments trouvent leur place naturellement dans le dossier médical⁹⁶. L'entretien comporte plusieurs séquences de questionnement permettant d'explorer les différentes dimensions pertinentes par rapport à l'éducation du patient. Par la stratégie de questionnement, l'éducateur distingue ainsi chez le patient ce qui relève du dire ou du faire⁹⁷. Il s'agit également d'amener le patient à une réflexion sur ses actes, sa pensée pour l'aider à prendre conscience de ce qu'il sait et de l'aider à faire des liens qui prennent sens pour lui. Le type de questionnement revêt donc une importance considérable⁹⁸.

Il s'avère être une étape-clé dans la relation entre le professionnel de santé et le patient. En effet, il permet au patient de disposer d'une écoute compréhensive par un professionnel de santé compétent et d'établir une relation de confiance entre le patient et le professionnel de santé.

Le diagnostic éducatif est évolutif et progressif. Il s'avère difficilement établi lors d'un seul entretien car certaines informations ne seront obtenues qu'après l'instauration d'un climat de confiance, plus ou moins long à mettre en place et d'autres informations ne seront jamais obtenues du fait du libre arbitre du patient de ne pas les confier au soignant⁹⁹.

2.7.4.2. Recueil d'informations

Le diagnostic éducatif repose sur une série d'entretiens individuels et structurés, au début de l'éducation et dans son continuum, au cours desquels sont recueillies des informations non limitatives concernant le patient, son comportement et son environnement^{95,100}. Ces entretiens peuvent s'effectuer en tête-à-tête, mais l'expérience montre qu'il peut être réalisé dans le même temps par plusieurs professionnels de santé⁹⁵. Au cours des entretiens, les éducateurs peuvent s'aider d'un questionnaire préétabli. Il s'agit plutôt d'un guide d'entretien que d'un formulaire d'enquête, le but étant de permettre une discussion ouverte et confiante⁹⁵.

Le patient est ainsi amené à exprimer avec ses mots, son ressenti face à la maladie. A ce stade, le professionnel de santé doit pouvoir estimer rapidement les enjeux spécifiques, les compétences à acquérir et la stratégie des rendez vous éducatifs. Les compétences devant être acquises par le patient doivent être hiérarchisées par ordre d'importance et d'acceptation par le patient⁹⁶.

Cette démarche est différente de l'information orale ou écrite délivrée comme une transmission « classique » médecin patient, dont les limites sont mises en évidence par les échecs trop fréquents d'une prise en charge traditionnelle¹⁰¹.

2.7.4.3. Modèle opératoire

Selon l'approche pédagogique de Gagnayre et D'Ivernois⁹⁵, le diagnostic d'éducation doit permettre de répondre à 5 questions concernant le patient.

- *Qu'est-ce qu'il (elle) a ?* c'est l'aspect biomédical : évaluer la gravité de la maladie, son évolutivité. Faire le point sur le traitement prescrit. Identifier d'autres problèmes de santé.

S'assurer aussi que le patient ne considère pas d'autres problèmes de santé plus importants que la maladie pour laquelle il doit être éduqué ;

- *Qu'est-ce qu'il (elle) fait ?* c'est l'aspect socioprofessionnel : Quelles sont ses conditions de vie ? Quel est son environnement ? Préciser les capacités du patient à résoudre seul ses problèmes ;
- *Qu'est-ce qu'il (elle) sait ?* c'est l'aspect cognitif : Que sait-il de sa maladie ? Comment se la représente-t-il ? Que croit-il ? Cette partie permet d'identifier les représentations erronées attribuables à une logique propre au patient ou des connaissances médicales qui étaient vraies autrefois mais ne le sont plus aujourd'hui ;
- *Qui est-il (elle) ?* c'est l'aspect psychoaffectif : Comment vit-il sa maladie ? Pour les patients dont les mécanismes de répression sont particulièrement forts, qui étouffent leur imaginaire et leurs affects, qui intériorisent tout, mettant constamment une barrière entre eux et leurs sentiments, il est indéniable que le programme d'éducation pourrait les amener à verbaliser ou à extérioriser leurs sentiments¹⁰² ;
- *Quel est son projet ?* Formulé par le patient ou proposé par le soignant, le projet va constituer la source de motivation du patient.

La réalisation du diagnostic éducatif peut se présenter selon 6 étapes¹⁰³, dont 3 descriptives de l'état du patient (santé perçue, santé objective et comportement effectif) et 3 potentiellement explicatives du comportement du patient et de son état de santé objectif et subjectif :

- **Description de l'état de santé du patient :**

- **Evaluation de la santé subjective du patient :** perception du malade à l'égard de sa maladie.
- **Evaluation de la santé objective :** un bilan précis de la maladie du patient, en évaluant les facteurs étiologiques, l'ancienneté, ainsi que la gravité et l'évolution de la maladie est établi. Par ailleurs, il est important d'identifier d'autres problèmes de santé qui pourraient influencer sur la démarche éducative tel qu'un handicap visuel, d'ouïe, d'attention faible, une mobilité réduite, ou une fatigue excessive⁹⁵. Un point sur les divers traitements suivis par le patient doit être réalisé.
- **Evaluation des comportements du patient :** évaluation de l'observance thérapeutique et, le cas échéant, de la capacité du patient à résoudre seul des problèmes liés à sa maladie.

- **Recherche des facteurs explicatifs** du comportement et, ainsi, de la santé objective et perçue du patient :

- **Facteurs Internes** : connaissance, attitudes, compréhension, acceptation de la maladie / du traitement par le patient. Le processus d'acceptation de la maladie est décrit en huit phases (Tableau IV)

Tableau IV : Comportements liés aux phases d'acceptation d'une maladie d'après Anne Lacroix¹⁰⁴

STADES	PATIENT	EXEMPLE	ATTITUDE ADÉQUATE
Choc	Surpris et/ou angoissé	« <i>Je ne réalise pas très bien</i> »	Soutien Aider le patient à se retrouver en privilégiant l'écoute, la reformulation
Dénégation	Détaché Banalise	« <i>Il y a des maladies plus graves...</i> »	Instaurer un climat de confiance Chercher en quoi le patient se sent menacé
Révolte	Agressif Revendicateur	« <i>C'est la faute de si...</i> »	Chercher l'objet de la révolte et ne pas s'y opposer
Marchandage	+/- collaborant Manipulateur	« <i>Je n'accepterai pas une 2^e injection</i> »	Négocier sur des points secondaires
Dépression	Triste Méditatif	« <i>Je réalise que je me suis servi de mon diabète pour...</i> »	Renforcer l'écoute active Respecter les larmes Susciter un projet d'avenir
Acceptation	Tranquille Collaborant	« <i>Je vis avec et non pas malgré mon diabète...</i> »	Renforcer la formation personnalisée du patient
Résignation	Passif Docile	« <i>Je m'en remets à vous, docteur...</i> »	Eviter de renforcer la résignation Mettre l'accent sur les comportements positifs du patient Fixer des objectifs modestes
Pseudo-acceptation	Refuse constamment de se sentir malade	« <i>Je refuse d'être un handicapé ...</i> »	Aider le patient à renouer avec ses sentiments

- **Facteurs institutionnels** : ressources disponibles en termes de recours aux soins, compétences. Cette partie concerne l'organisation des soins, c'est-à-dire la capacité, la faculté, les moyens que le patient possède afin de s'organiser dans ses traitements, l'influence de son environnement social et médical ; les ressources disponibles et l'accessibilité aux soins. Exemple de questions posées :

- *Quelles difficultés rencontrez-vous lors de la prise de votre traitement ?*
- *A quel rythme pratiquez-vous vos analyses biologique ?*
- *Quel type d'aide avez-vous ?*

- **Facteurs de renforcement** : dans cette partie est évalué le support social que peut avoir le patient de la part de sa famille, de ses proches, de ses collègues, et de l'équipe médicale. Quelle relation entretient-il avec les autres acteurs de santé et qui sont ces derniers ?

Exemple de questions posées :

- *A quelle personne vous adressez-vous afin de surmonter un problème important ?*

Il s'agit ensuite de hiérarchiser ces informations, pour programmer les sujets des entretiens qui en découleront. Dès lors, il ne reste plus qu'à définir, si possible, avec le patient les objectifs éducationnels (ce qu'il doit acquérir, apprendre ou comprendre) et à les mettre en œuvre selon la méthode et les outils appropriés.

Il convient donc de procéder par étapes, en limitant le nombre d'objectifs, et en évaluant au fur et à mesure leur attente⁹⁵.

2.7.5. Les objectifs pédagogiques de l'éducation thérapeutique

Le diagnostic éducatif permet de formuler des compétences que l'on assigne au patient et qu'il doit pouvoir maîtriser au terme des activités d'éducation. Les compétences que le patient devra atteindre constituent les objectifs pédagogiques du programme d'éducation⁹⁵. Les objectifs pédagogiques, pour remplir leur fonction, doivent répondre à plusieurs impératifs de qualité¹⁰⁵. Le patient doit comprendre qu'il s'agit d'une compétence qu'il doit mobiliser dans sa vie quotidienne. Les objectifs pédagogiques comprennent toujours un verbe d'action et un contenu précisant sur quoi porte l'action. L'objectif doit, en effet, pouvoir être observable et mesurable afin de vérifier que le patient est capable de le réaliser¹⁰⁶. Plus l'objectif est précis, meilleure sera sa compréhension par le patient et plus facile son évaluation⁹⁵.

Selon B. Bloom, on distingue 3 domaines de capacités, à partir desquelles on classe les objectifs pédagogiques¹⁰⁷ :

- Le domaine cognitif : connaissances, raisonnement, décision. Par exemple : être capable d'adapter ses doses d'insuline en fonction des résultats de la glycémie.
- Le domaine sensori-moteur : habiletés gestuelles. Par exemple : être capable de réaliser une auto surveillance glycémique.
- Le domaine psychoaffectif : attitudes. Par exemple : être capable de limiter son stress.

Cette classification a pour but de faciliter la démarche de l'éducateur.

Les objectifs pédagogiques doivent s'articuler autour de 2 qualités fondamentales : la pertinence (contenu adapté aux besoins du patient) et le réalisme (niveau de difficulté adapté à ses compétences). Pour être réalisable, ils doivent être peu nombreux, adaptés, hiérarchisés et progressifs⁹⁶.

2.7.6. Le contrat d'éducation

Le contrat d'éducation est un vrai projet de soin conçu avec le patient. Il permet de proposer une thérapeutique pertinente, valable sur le plan scientifique et adaptée au contexte de vie du patient et de ses projets. Il est garant de la faisabilité du traitement et nécessaire à l'adhésion thérapeutique⁹⁶.

De plus, le contrat d'éducation est négocié, puisqu'il s'agit d'un accord moral entre le patient et l'éducateur. Ceci implique que les moyens à mettre en œuvre (date et horaire des séances, méthodes pédagogiques, critères d'évaluation...) soient également discutés⁹⁵.

Le contrat peut ne pas être atteint dans sa totalité lors d'une première séquence d'éducation. Cela doit conduire l'éducateur à chercher à en comprendre les raisons : complexité excessive des objectifs, manque de réalisme ou de clarté des objectifs, durée de l'éducation trop courte, méthode pédagogique mal adaptée,..⁹⁵.

Le contrat n'est pas figé et doit évoluer avec la demande du patient.

2.7.7. Planification de la démarche éducative

Les activités éducatives comportent des temps de sensibilisation, d'information orale ou écrite, d'apprentissage, de soutien psychologique. Tout dépend des objectifs éducatifs ; l'essentiel est l'interactivité : le patient doit être actif, l'écoute empathique, le langage simple, les messages clairs et positifs. Il faut valoriser le patient et insister sur ses points forts, sans jamais le culpabiliser⁹⁶.

Comme pour toute éducation, il n'existe pas une méthode pédagogique universelle pour l'éducation des patients. La pédagogie de la santé emprunte à la plupart des méthodes connues dans les différents secteurs de l'éducation, mais en crée aussi régulièrement de nouvelles¹⁰⁸. Le choix pédagogique est déterminé par cinq types de considérations⁴⁶. Diverses méthodes peuvent être choisies dans le cadre de l'ETP : la rencontre individuelle, en groupe,

en présence du patient ou par correspondance (Internet, téléphone, etc.). La méthode pédagogique doit respecter les principes de l'apprentissage, en particulier les concepts de participation active, de droit à l'erreur, de rétro information, de progression à un rythme individuel, du respect du style d'apprentissage du patient. De plus, ces méthodes doivent être commodes, c'est à dire d'application aisée et d'emploi régulier⁹⁵.

2.7.8. Le suivi éducatif et la reprise éducative

Une éducation unique ne suffit pas à faire atteindre à un patient tous les objectifs d'apprentissage. Il faut concevoir l'éducation comme un processus continu, dynamique, au cours duquel chaque rencontre est un moment privilégié pour permettre au patient de poursuivre ses objectifs et réaliser avec lui un bilan de ses acquis. Dans le suivi éducatif, l'évaluation et l'éducation du patient sont donc intimement liées, puisqu'il s'agit en permanence d'effectuer des réajustements pour maintenir et améliorer sa maîtrise des objectifs, mais aussi lui apporter de nouvelles connaissances¹⁰⁹.

Ce qui guide principalement l'organisation du suivi est le niveau de « fonctionnement » du patient et la présence à des degrés divers de problèmes ou d'incidents⁹⁵.

Le suivi éducatif peut être déclenché au décours d'un problème ou d'un incident rencontré par le patient. Par exemple, il est possible d'intervenir lors d'un déséquilibre biologique, lors de pathologie intercurrente, lors de problèmes socioprofessionnels ou familiaux.

Lors d'un suivi, plusieurs instruments d'évaluation (questions ouvertes, test...) sont utilisables pour s'assurer de la bonne maîtrise des objectifs.

2.7.9. Les supports pédagogiques d'une éducation thérapeutique

Pour éduquer les patients, il est nécessaire de transmettre des informations précises, appropriées et complètes.

Le choix des outils pédagogiques est laissé à l'initiative de l'éducateur, qui prend en compte les capacités d'apprentissage, les connaissances, la motivation ainsi que les besoins des patients. Les outils pédagogiques les plus performants sont ceux que l'éducateur s'approprie parce qu'il les utilise souvent. Afin de le guider dans ses choix, l'INPES propose

dans le « référentiel des critères de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé »¹¹⁰, une liste de critères de qualité des outils en éducation pour la santé ; une sélection des critères essentiels requis ; et une déclinaison de ces critères de qualité en une grille d'analyse des outils. Ce référentiel peut être aussi bien utilisé par ceux qui produisent les outils que par ceux qui les utilisent pour mettre en œuvre des actions d'éducation pour la santé. Les critères énoncés dans ce référentiel sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Tableau V : Critères de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé d'après le « Référentiel des critères de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé »

1. Critères de qualité du contenu	<p>Les sources utilisées sont identifiées.</p> <p>Les informations sont d'actualité.</p> <p>L'outil ne fait pas la promotion d'un produit ou d'une marque.</p> <p>Le contenu est objectif et nuancé.</p> <p>le contenu est acceptable au regard de l'éthique.</p> <p>Le contenu est pertinent par rapport au thème.</p> <p>Le contenu est pertinent par rapport aux objectifs annoncés.</p>
<p>2. Critères de qualité pédagogique</p> <p>Construction pédagogique</p> <p>Implication du destinataire</p> <p>Implication collective du destinataire</p> <p>Ressorts utilisés par le concepteur de l'outil</p>	<p>Les objectifs sont annoncés.</p> <p>L'émetteur du discours est facilement identifiable.</p> <p>Le discours du destinataire est pris en compte.</p> <p>L'outil évite la mise en échec des destinataires.</p> <p>Le niveau de difficulté est adapté au destinataire.</p> <p>Le destinataire est interpellé, rendu actif, mis en situation.</p> <p>Les connaissances et représentations préexistantes des destinataires sont prises en compte.</p> <p>L'outil propose des activités qui suscitent des interactions entre participants</p> <p>Le(s) sentiments suscité(s) par l'outil (crainte, malaise...) ne produit (sent) pas d'effet négatif.</p> <p>Les ressorts utilisés par le concepteur de l'outil sont tous en accord avec les valeurs de la promotion de la santé.</p> <p>Ces ressorts ne nuisent pas à l'implication des participants.</p>
3. Critères de qualité du support	<p>Le support choisi est pertinent par rapport au destinataire.</p> <p>Le support choisi est pertinent par rapport au sujet traité.</p> <p>Le support choisi est pertinent par rapport aux objectifs annoncés.</p> <p>Les consignes, règles, modalités d'utilisation sont claires.</p> <p>Il y a un guide d'utilisation.</p> <p>En cas d'absence de guide, ce n'est pas un manque.</p> <p>Le guide inclut la ou les méthodes pédagogiques.</p> <p>La navigation est aisée.</p> <p>L'interactivité est réelle.</p>
4. Critères de qualité de la conception	<p>La conception de l'outil se base sur une analyse des besoins des destinataires.</p> <p>La conception de l'outil se base sur une analyse de la littérature.</p>
5. Critères de qualité - synthèse	<p>Il y a adéquation de l'outil avec les objectifs énoncés/ la raison d'être / le public visé.</p> <p>L'utilisation de l'outil est possible dans les conditions prévues par le concepteur.</p>

Il existe de nombreux supports pédagogiques : les meilleurs sont les plus simples, facilement appropriables (schémas, images,...).

Ils participent étroitement à l'apprentissage. Ils captent l'attention, favorisent l'interaction, et améliorent la compréhension. Ils trouvent leur utilité pour :

- **le savoir** : livres illustrés, CD-ROM, posters, modèles réduits (bronches pour la physiopathologie, maison pour l'environnement, pied pour le diabète...), documents d'informations ;
- **le savoir-faire** : placebo, modèles réduits, objets à manipuler, jeux de société ;
- **le savoir être** : carnets de suivi (pour les AVK, pour la glycémie, du patient asthmatique)¹⁰¹ et plans d'action illustrés.

2.7.10. Evaluation des interventions

Toute action d'éducation doit faire l'objet d'une évaluation. L'évaluation consiste à émettre un jugement de valeur porté sur une mesure (la plus objective possible) afin de prendre une décision pédagogique¹¹¹.

L'impact des interventions peut s'évaluer au travers de questionnaires, d'entretiens, d'autoévaluation à des moments adaptés du programme (au cours de chaque nouvelle séance et/ou à l'issue du programme). Plusieurs critères, adaptés à chaque programme peuvent être évalués en fonction de la stratégie développée, l'indicateur global étant l'évolution de la qualité de vie des patients :

- biologiques ou cliniques
- recours aux soins
- acquisition de connaissances
- acquisition de comportements ou d'aptitudes à réagir en situation
- modification de caractéristiques personnelles ou psychologiques
- modification de facteurs sociaux¹¹²

L'évaluation des objectifs nécessite de se reporter aux différents domaines et niveaux taxonomiques. Il existe pour chacun d'entre eux des instruments de mesures spécifiques⁹⁵.

2.7.10.1. Evaluation des compétences d'ordre intellectuel (domaine cognitif)

Elle concerne l'ensemble des savoirs acquis par le patient qu'il s'agisse de la mémorisation de connaissances ponctuelles, de l'interprétation de données (signes, symptômes, valeurs biologiques, situations cliniques), de la résolution de problèmes

complexes et de décisions. Pour évaluer ces compétences, il est possible d'interroger oralement le patient, d'utiliser des questions de type vrai ou faux, d'avoir recours à des documents simulés (carnet de surveillance, résultats biologiques, menus, images...).

2.7.10.2. Evaluation des compétences d'ordre gestuelle et technique

Dans plusieurs maladies chroniques, le patient doit réaliser des gestes d'auto surveillance et d'auto soin. C'est la raison pour laquelle l'évaluation des habitudes gestuelles revêt une grande importance, car des erreurs de techniques répétées peuvent être à l'origine d'incidents plus ou moins graves. L'instrument adapté à l'évaluation des gestes est la grille observation. La commodité d'emploi de la grille doit être prise en considération. Une grille qui comporterait trop de critères de jugement est difficile à manier ; elle décourage les utilisateurs et est rapidement délaissée.

2.7.10.3. Evaluation des compétences d'ordre relationnel

La mesure de ces compétences s'effectue également par des grilles d'observation. Un patient diabétique par exemple, doit pouvoir être capable d'expliquer sa maladie à des tiers, de négocier des conditions de travail avec ces employeurs. Un patient asthmatique doit adopter des comportements d'évitement des situations asthmogènes, et le patient cardiaque doit réduire les contextes de stress. Tous doivent chercher à associer leur entourage à l'application des compétences qu'ils ont acquises par l'éducation.

2.7.10.4. Les questionnaires

Ils recueillent les renseignements pour établir un diagnostic éducatif et objectiver une évaluation (à partir de QCM, de questionnaires semi-ouverts, d'entretien, ou de grilles spécifiques).

2.8. Les critères de qualité d'une éducation thérapeutique

L'ETP concerne prioritairement mais non exclusivement aujourd'hui, les maladies chroniques et associe les professionnels de santé exerçant en établissements de santé et en secteur ambulatoire. En effet, l'Union Régionale de la Caisse d'Assurance Maladie

(URCAM) parle pour cela de « *transversalité* »¹¹³. Par ce terme elle reconnaît que l'hôpital a un rôle clé dans la genèse d'une ETP qui doit à terme concerner l'ensemble du système de santé ; l'hôpital ne pouvant pas s'occuper de tous les patients. Les hôpitaux doivent donc s'ouvrir vers l'extérieur ;

- l'ETP doit bénéficier aux patients suivis par des médecins libéraux ;
- des équipes mobiles composées en partie ou en totalité de professionnels libéraux intervenant à la demande à l'extérieur (centre médico-sociaux, cabinets médicaux de groupe, hôpital local ...) doivent être développées ;
- les structures d'éducation doivent donc travailler en partenariat avec des structures ambulatoires, des réseaux de santé, des associations de patients, d'autres hôpitaux.

2.9. Freins à la mise en place d'une démarche éducative

Pour améliorer l'ETP, il faut analyser les freins qui s'opposent aujourd'hui à sa mise en place. Ils consistent en :

- un manque d'informations et de sensibilisation : beaucoup de généralistes ne s'y intéressent pas ou ne l'ont jamais abordé au cours de leurs études ou de leur vie professionnelle, ou tout simplement n'en voit pas l'intérêt ;
- un manque de formation et d'outils ;
- un manque de temps ;
- un manque de motivation ;
- une absence de financement spécifique ;
- des freins liés aux patients, en effet les patients sont parfois peu sensibilisés, passifs habitués à la médecine directive, à la complexité de la pathologie, à des difficultés de communication (langage, déficience intellectuelle...) ou bien refusent voire dénie leur maladie.

D'après le baromètre médecins/pharmacien de 2006²², les principaux freins à la mise en place d'une éducation thérapeutique ont été demandés aux deux professionnels de santé.

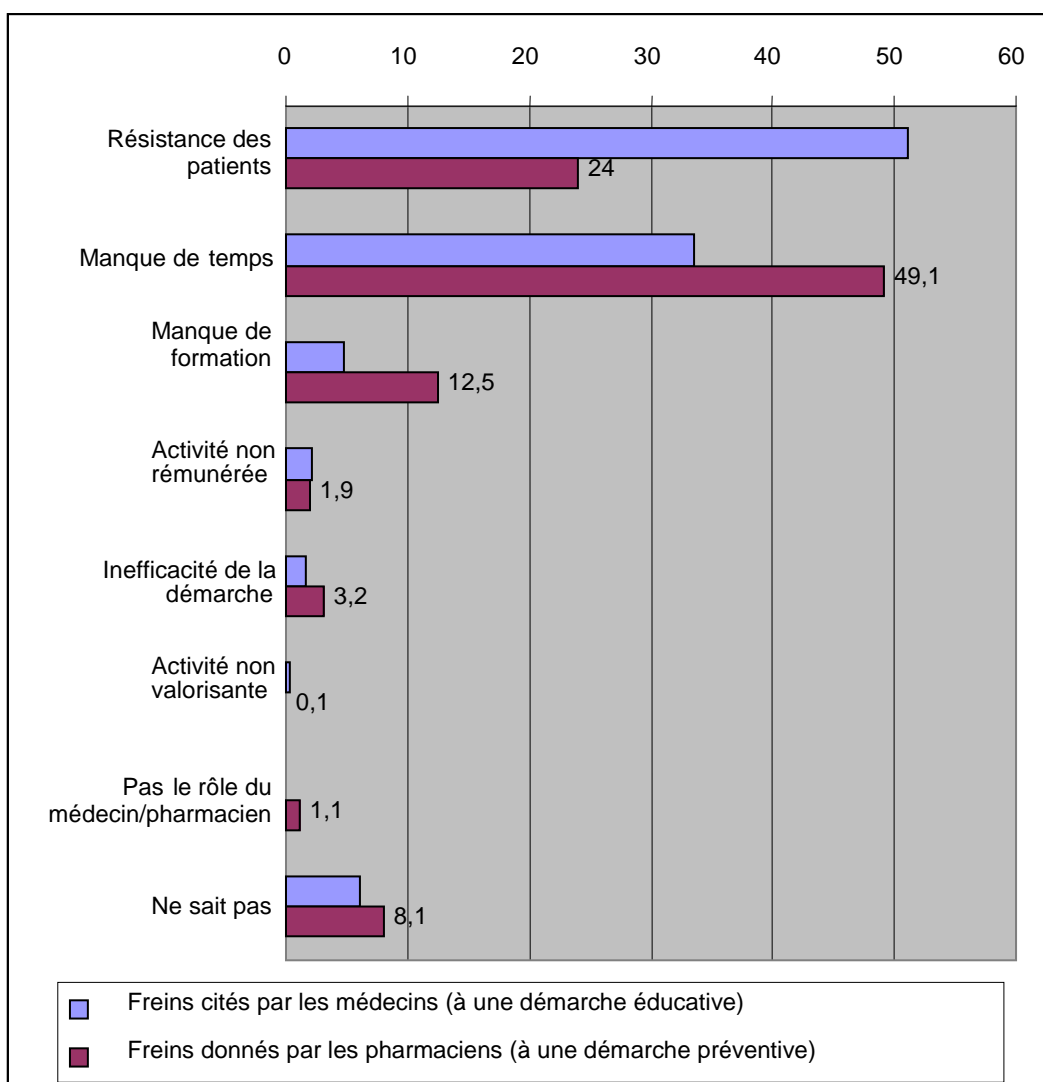


Figure 9 : Fréquence en pourcentage de citation des freins à une démarche de prévention / éducative par les pharmaciens / médecins interrogés en 2003

Contrairement aux médecins interrogés qui mettent en avant une forte résistance des patients, les pharmaciens interrogés sur les freins à une démarche de prévention citent majoritairement le manque de temps (49,0%) puis la résistance des patients. Rares sont ceux médecins comme pharmaciens qui mettent en avant la non rémunération de ces activités. Le manque de formation est le troisième frein cité par les professionnels de santé (1 médecin sur 20 et 1 pharmacien sur 8).

Globalement la rémunération rattachée au manque de temps en pratique libérale et la formation sont deux freins à lever dans les pratiques professionnelles pour faciliter les interventions préventives ou éducatives²².

En Europe certains pays financent déjà l'ETP. Les expériences suisse et allemande sont celles pour lesquelles le financement par l'assurance maladie est le plus ancien en

Europe, cependant, l'existence légale de l'éducation thérapeutique dans ces deux pays est récente et concerne essentiellement le diabète. En 1990, est signé le premier contrat entre les caisses d'assurance maladie et l'Association Suisse du Diabète : le conseil aux diabétiques devient une prestation médicale. Cependant, comme en Allemagne, la prestation n'est pas inscrite dans la loi. Il faudra attendre 1999 pour que l'enseignement aux diabétiques soit définitivement inscrit dans la loi suisse. Il s'agit d'une prise en charge individuelle comprenant un volet médical (médecin généraliste, spécialiste), suivi d'un volet soignant assuré par des infirmières et diététiciennes ayant une certification par l'Association Suisse. L'extension de la prise en charge de l'asthme a été réalisée en 2001 et en 2004. Une nouvelle nomenclature a été adoptée, le TARMED, dans laquelle on retrouve deux libellés d'éducation thérapeutique : « consultation par le spécialiste de premier recours » par période de 5 minutes (exemple consultation diététique, maximum 6 fois par 3 mois) et « instruction spécifique du patient par le spécialiste » par période de 5 minutes pour lui apprendre à gérer les gestes techniques de sa maladie (mesurer certaines valeurs, se faire des injections, se soigner par inhalation, etc. maximum 6 fois par 3 mois)¹¹⁴.

En France coexistent, actuellement, deux nomenclatures d'actes le Catalogue des actes médicaux (CdAM) qui sert au Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) dans tous les établissements de santé, publics et privés et la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) qui définit les honoraires des professionnels de santé du secteur libéral (médicaux et paramédicaux), dans le cadre du paiement à l'acte. Il n'existe, dans ces nomenclatures, aucun libellé pour l'activité d'éducation thérapeutique ; c'est-à-dire qu'il n'existe ni description, ni, à fortiori, valorisation, que ce soit en établissement ou en ville, de cette activité. Pourtant différents travaux ont déjà été menés dans le sens d'une reconnaissance de l'acte éducatif : la Direction des hôpitaux a intégré l'activité d'éducation thérapeutique dans son catalogue expérimental des actes réalisés au cours des hospitalisations de moins de 24 heures (1995), "Projet d'inscription à la NGAP d'un acte spécialisé d'éducation" du Pr. BRUN pour le diabète (1999), rapport de la Direction générale de la santé sur "Education thérapeutique du patient, dans le champ des pathologies chroniques"(2001), recommandations de l'ANAES : "Education thérapeutique du patient asthmatique"; circulaire DHOS/DGS n°2002/215 du 12 avril 2002 relative à l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé reconnaît pour la première fois l'éducation thérapeutique à l'hôpital à travers un appel à projets pour le renforcement des équipes hospitalières en vue du développement de l'éducation thérapeutique de groupe. Les pathologies concernées sont

l'asthme, le diabète, les maladies cardiovasculaires. Mais, il existe indiscutablement un frein au développement de cette activité lié à l'absence de nomenclature et à un financement aléatoire aussi bien en ville qu'à l'hôpital¹¹⁴.

Aujourd'hui en France, seuls les réseaux bénéficient d'un financement permettant indirectement de financer l'ETP dès lors que l'ARH et l'URCAM ont fait le constat qu'ils répondent à des besoins de santé et que leur action est utile. Ces financements sont multiples : pluriannuels sur crédit de l'assurance maladie (notamment au sein de l'ONDAM), subvention de l'Etat et des collectivités territoriales ; financement conjoncturel sur le fond d'aide à la qualité de soins de ville géré par l'assurance maladie et les représentant des professionnels de santé libéraux ; autres financements (dans le respect des règles déontologiques)¹¹⁵.

En conclusion, cette revue de littérature peut être synthétisée par le schéma suivant, spécifiant les critères fondamentaux attendus d'une démarche éducative. Les différents critères de qualité de l'ETP sont représentés dans la Figure 10.

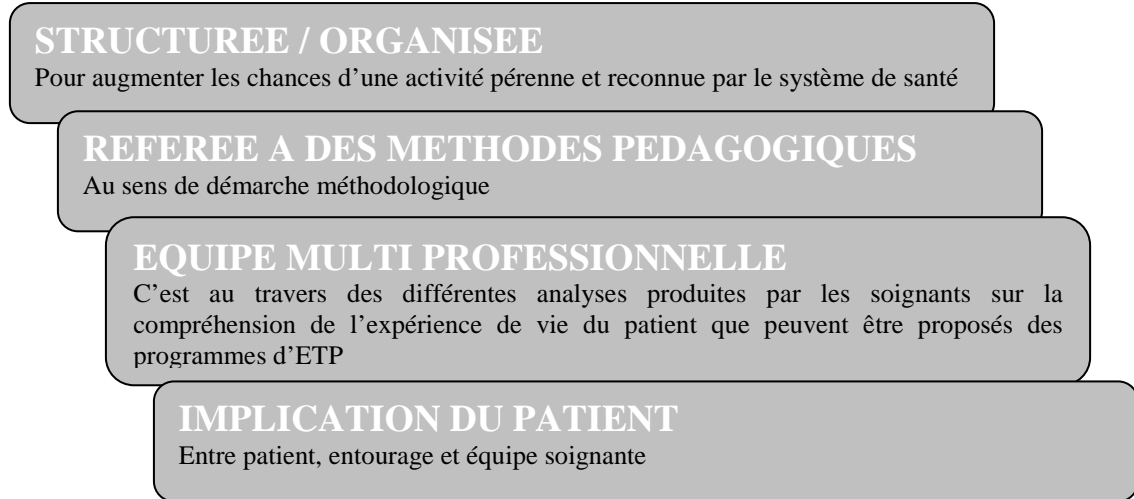


Figure 10 : Les critères de qualité de l'ETP d'après l'IPCEM¹¹⁶

Ce modèle doit être confronté à la réalité de terrain et, spécifiquement dans ce travail, à celle du pharmacien d'officine : quelle ambition de participer à une telle démarche ? Quelle compétence générale à offrir ? Quelles spécificités du métier de pharmacien apporter à un tel modèle collaboratif ? Quelle mise en œuvre possible, au quotidien, compte tenu du contexte existant ?

L'objectif de cette étude est d'évaluer la faisabilité d'une démarche éducative de patients d'officine dans le contexte de traitements de pathologies chroniques. Cette démarche est appliquée pour les pathologies chroniques suivantes :

- les douleurs migraineuses par Mlle BOCQUET Claire,
- le diabète de type II par Mlle FORTIN Emeline,
- l'asthme et la BPCO par Mlle GOUDARD-PEYROLON Elsa,
- les anticoagulants oraux par Mlle MATHELET Catherine,
- l'insuffisance cardiaque par Mlle RIQUELME Julie.

REVUE LITTÉRATURE DU SUIVI EDUCATIF DANS LA PATHOLOGIE MIGRAINEUSE

1. Présentation synthétique avec esprit pharmacie clinique

1.1. Définition

A ce jour, 13 variétés de céphalées sont répertoriées³, elles peuvent être secondaire d'origine neurologique, secondaire d'origine extra neurologique, ou primitive. Les céphalées secondaires sont souvent des urgences, alors que les céphalées primitives, plus nombreuses, souvent banalisées nécessitent un suivi et une vigilance.

Dans cette thèse, nous nous intéresserons uniquement aux céphalées primitives, en particulier la migraine et les céphalées liées à la maladie migraineuse.

La céphalée de tension dont les critères diagnostiques sont définis par la classification de la société internationale¹¹⁷ des céphalées, est liée à un dysfonctionnement des mécanismes centraux de contrôle de la douleur, une tension excessive des muscles péri crâniens et cervicaux, ainsi qu'à des facteurs psychogènes. Elle semble se rencontrer plus fréquemment chez le migraineux, pouvant être source de confusion avec la migraine.

Les céphalées chroniques quotidiennes sont des céphalées présentes plus de 15 jours par mois ; elles touchent en majorité des patients dont la maladie migraineuse s'est aggravée (« migraine transformée »). L'abus médicamenteux semble le facteur essentiel de l'entretien d'une migraine transformée.¹¹⁸

La migraine, ou les migraines ? ; Maladie ou symptômes ? Affection bénigne ou maladie cérébrale progressive ? La migraine a ceci de fascinant que près de 2500 ans après sa description par Hippocrate¹¹⁹, reconnue comme une des affections les plus fréquentes, il n'existe toujours pas de réponse univoque à ces questions, bien que des progrès considérables aient été effectués au cours de ces vingt dernières années.

La migraine est une céphalée chronique paroxystique, évoluant par crises, entre lesquelles le patient ne souffre pas. La fréquence, l'intensité et l'expression des crises varient de façon importante d'un sujet à l'autre, et chez un même individu.

1.2. Approche clinique selon les critères diagnostiques de la migraine de l'International Headache Society¹¹⁷

Il existe 7 formes différentes de crises de migraine, dont les plus fréquentes sont la migraine sans aura et la migraine avec aura.

Migraine sans aura

Elle concerne 80 à 90% des sujets migraineux. La crise de migraine est précédée plusieurs heures avant la céphalée, chez 50% des migraineux, de signes annonciateurs ou « prodromes » (asthénie, somnolence, sensation de faim, troubles de l'humeur (irritabilité, euphorie). Le tableau clinique de la crise est variable, mais certains symptômes sont constants et utilisés pour le diagnostic. La crise dure de 4 à 72h, en l'absence de traitement et revêt au moins deux des caractères suivants :

- pulsatile,
- unilatérale,
- modérée et sévère,
- aggravée lors de l'effort physique.

La céphalée est associée à un signe d'accompagnement : nausées et/ou vomissements ; photophobie, phonophobie et se termine habituellement par une phase de sommeil plus ou moins importante.

Migraine avec aura

Elle se caractérise par la présence de manifestations neurologiques focalisées précédant ou accompagnant la céphalée migraineuse. Ces manifestations sont classiquement controlatérales à la douleur migraineuse. Les symptômes constituant l'aura migraineuse, variables d'un sujet à l'autre, combinés ou non, sont par ordre de fréquence décroissante :

Aura ophtalmique :

Il se traduit le plus fréquemment par un scotome scintillant (point lumineux dans une partie du champ visuel des deux yeux, persistant les yeux fermés, s'élargissant sous forme d'une ligne brisée (aspect de fortifications)) et laissant place à un scotome central, lui-même de régression progressive ; par une hémianopsie latérale homonyme également fréquente,

apparaissant en quelques minutes, parfois précédée de tâches colorées ou lumineuses dans le même hémichamps ; par des troubles unilatéraux (phosphènes, scotome sur un œil) et par des manifestations complexes : vision caléidoscopique, troubles de la perception visuelle (notamment métamorphopsies : déformation de la forme des objets et des individus), hallucinations visuelles élaborées.

Aura sensitive :

Elle se manifeste par des paresthésies non douloureuses touchant typiquement les premiers doigts de la main et le pourtour des lèvres du même côté (cheiro-orales). Elles s'étendent plus rarement à l'ensemble de l'hémicorps.

Une aura entraînant des troubles du langage (manque du mot ou paraphasies) ou de l'équilibre est plus rare. Certaines auras sont exceptionnelles (ophtalmoplégie, hémiplégie).

L'aura migraineuse peut, rarement, ne pas être suivie de migraine, ceci posant des problèmes diagnostiques difficiles, surtout en l'absence d'antécédents identiques.

Autres arguments à apprécier¹²⁰ :

La facilité du diagnostic par les éléments sémiologiques ne doit pas faire oublier d'autres arguments influençant la prise en charge et la comorbidité de la migraine.

- ancienneté de l'histoire : début avant 30 ans dans la plupart des cas, parfois dans l'enfance,
- antécédents familiaux de migraine,
- circonstances de déclenchement des crises,
- intrication d'une maladie migraineuse avec une autre cause de céphalées : la prévalence élevée de la migraine rend cette situation courante.

L'association de céphalées dites de tension (psychogènes) à la migraine est particulièrement fréquente. Elle doit être suspectée en cas de :

- persistance de céphalées de fond (prédominance postérieure) entre des accès migraineux par ailleurs bien identifiés ;
- personnalité anxieuse, le patient se déclarant lui-même « tendu » en permanence ;
- tension musculaire douloureuse des muscles de la nuque.

Une autre association est l'ajout de céphalées induites par la prise abusive de médicaments.

La surconsommation de médicaments (spécifiques ou non de la migraine) induit une accoutumance avec majoration des céphalées, qui pousse à l'augmentation des doses. Le

cercle vicieux peut être difficile à rompre, nécessitant une hospitalisation pour obtenir le sevrage.

- Repérage des facteurs favorisants et déclenchants une crise de migraine.

Certains facteurs sont identifiés par le patient lui-même avant qu'il ne consulte :

- contrariété, situation de stress ou, à l'inverse, situation de détente brutale (« migraine de week-end ») ;
- facteurs hormonaux : règles (migraine cataméniale), contraception orale ;
- facteurs alimentaires : chocolat, alcool (vin blanc) ;
- facteurs sensoriels : lumière clignotante, décor rayé d'une pièce, bruits, odeurs ;
- conditions de vie : sommeil trop prolongé, hypoglycémie de la mi-journée (saut d'un repas) ;
- des facteurs climatiques ont été incriminés.

1.3. Epidémiologie concernant la douleur céphalgique

1.3.1. Contexte

Dans les pays industrialisés, les céphalées de tension affectent deux tiers des hommes adultes et 80 % des femmes. En France, la prévalence des Céphalées Chroniques Quotidiennes est de 3 %¹²¹. La migraine concerne plus de 10 millions de français, soit 12 % de la population, dont 2/3 sont des femmes. Les céphalées par abus médicamenteux (CAM) sont après les migraines, et les céphalées de tension le type de céphalée le plus fréquent. Leur prévalence dans la population générale est estimée à 1-3%^{122,123}. Les CAMs sont le motif de consultation de plus de 7 % des patients céphalalgiques pris en charge par les consultations spécialisées réunies au sein de l'Observatoire des Migraines et Céphalées¹²².

1.3.2. Le comportement des migraineux

Sur les 10 millions de migraineux, seulement 40% des migraineux se savent migraineux, et sur ces patients connaissant leur pathologie, seulement 18% bénéficient d'un

suivi spécifique, dont 8% d'un traitement de crise par triptans, et 6% d'une prophylaxie antimigraineuse.¹²⁴

Une étude américaine¹²⁵ a mis en évidence que sur les patients migraineux, définis selon les critères de l'IHS, et disposant d'une ordonnance pour des médicaments, seulement 89% des patients ont achetés le traitement, et 50% des crises survenues au cours des six derniers mois ont été traitées avec des médicaments prescrits sur ordonnance, qui ont été pris tôt dans 60% des cas. Cette étude montre que l'amélioration de la qualité de vie des migraineux passe par l'amélioration de l'observance. Il est à noter que l'inobservance est surtout observée pour des médicaments délivrés sur ordonnance, qui par leur effets indésirables, le faible nombre de comprimés par boîte, le coût de la boîte, se présentent comme des médicaments puissants et dangereux ; alors que l'observance est importante pour le paracétamol ou l'aspirine très popularisés, en vente libre, peu chers, en quantité importante par boîte se présentant comme des médicaments sans risque.

Selon TNS SOFRES Département Santé¹²⁶, 14% des personnes algiques ne consultent pas et ce, pour diverses raisons :

- La présence de médicaments dans l'armoire à pharmacie dans 36% ;
- Les douleurs jugées supportables dans 29% des cas ;
- Par croyance de l'inutilité de la consultation dans 21% ;
- Autres raisons : existence de Professionnels de santé dans l'entourage, absence de mutuelle, personne refusant la médication.

Les professionnels de santé auront un rôle déterminant sur l'information et sur l'observance en donnant les informations sur les effets indésirables potentiels, sur la façon d'utiliser le traitement, de ce que peut attendre le patient en termes d'efficacité.

1.3.3. L'automédication dans le cadre de la douleur

Dans l'échantillon de patients ne consultant pas pour leur migraine, de l'enquête SOFRES¹²⁶, 53% des patients algiques s'automédiquent. Sous le terme d'automédication, on

distinguera la médication officinale orientée par un pharmacien, représentant 31% des cas, et la médication familiale orientée par un membre d'une famille, un ami...représentant 13%.

Paradoxalement, 46% des personnes ne demandent aucun conseil aux professionnels de santé et à leur entourage, alors que 68% de ces dernières se plaignent d'être mal informées sur les possibilités de prise en charge de la douleur.

Le pharmacien a un rôle important à jouer sur les demandes de médication familiale, notamment en recentrant les symptômes, la fréquence, les circonstances, les facteurs déclenchants et les signes accompagnateurs et les traitements déjà pris, pour pouvoir conseiller le patient de manière pertinente ou bien s'il faut le diriger vers une consultation médicale.

1.3.4. L'implication des professionnels de santé

L'étude SOFRES¹²⁶, met évidence que sur 86% des médecins généralistes prescrivant un médicament, seulement 48% fournissent des informations au patient.

Face aux 60% des migraineux ignorant leur pathologie, le pharmacien d'officine a un rôle important de repérage et de dépistage, puis d'orientation vers une consultation médicale.

Face aux 3% de Français atteints de Céphalées Chroniques Quotidiennes, les professionnels de santé se trouvent confrontés à des céphalées par abus médicamenteux dans 0,8%¹²⁷ des cas de Céphalées Chroniques Quotidiennes. La CAM est définie par la classification internationale des céphalées (Annexe Migraine 1) selon le niveau de consommation des antalgiques : plus de dix jours de prise d'antalgiques ou anti-inflammatoires par mois ou de plus de six à huit jours de prise de triptans par mois. L'abus médicamenteux est d'autant plus sournois qu'il surgit à la suite de prises régulières, sans surdosage. Une consommation excessive en paracétamol ou dextropropoxyfène-paracétamol est notée chez plus de 10% des patients. Près de 20% des patients sous triptan et 38% de patient sous ergotamine sont également en situation de surconsommation¹²⁷.

Ces propos sont confirmés par l'étude multicentrique française¹²⁸, qui concrétise le rôle important du pharmacien dans la prise en charge de la migraine, par le contact, les conseils, et l'orientation des patients vers des spécialistes.

1.4. Approche physiopathologique

Les travaux cliniques et expérimentaux durant ces vingt dernières années ont permis de comprendre les mécanismes de la céphalée et sa pharmacologie ; mais il reste encore beaucoup à découvrir quant aux évènements responsables de l'aura, de la céphalée et des rares complications (accidents vasculaires cérébraux).

La migraine est une maladie complexe, qui est liée à la fois à une susceptibilité génétique et à des facteurs environnementaux. Pour résumer de façon simple les principales hypothèses actuelles, on peut dire que les patients migraineux ont une hyperexcitabilité de certaines structures cérébrales responsable du déclenchement des crises. Les troubles ressentis au moment de l'aura sont liés à une perturbation des cellules nerveuses cérébrales qui s'accompagne d'une constriction des artères, alors que durant la céphalée, certains vaisseaux sont dilatés, expliquant le caractère pulsatile de la douleur.

1.5. Les traitements de la migraine^{129, 130}

Les médicaments utilisés pour le traitement de la migraine se divisent en deux grandes catégories :

- médicaments de la crise,
- médicaments du traitement de fond.

1.5.1. Médicaments de la crise

Il existe quatre groupes de substances ayant une efficacité démontrée dans la crise de migraine :

- Les traitements de crise non spécifiques : antalgiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens ;
- Les traitements de crises spécifiques : dérivés de l'ergot de seigle et triptans.

D'autres substances (caféine, antiémétiques, et psychotropes) sont utiles comme adjuvants.

1.5.2. Traitements de crise non spécifiques

1.5.2.1. Antalgiques périphériques

Les antalgiques périphériques exercent leurs effets par l'intermédiaire de l'inhibition non sélective de la cyclo-oxygénase, enzyme essentielle de la synthèse des prostaglandines et des leucotriènes impliqués dans la nociception et l'inflammation.

L'efficacité de l'**aspirine** est de grade A¹³⁰, à des doses de 500 à 1000mg. La forme galénique utilisée est de forme hydrosoluble, puisqu'elle s'avère plus favorable en terme de vitesse d'absorption et de biodisponibilité.

L'association du métoclopramide à l'aspirine améliore les troubles digestifs, mais ne potentialise pas l'effet antalgique de l'aspirine. Le métoclopramide est un antiémétique et un modificateur du comportement digestif appartenant à la classe des neuroleptiques. Pendant la crise migraineuse, le délai d'atteinte des sites d'absorption de l'aspirine est souvent allongé par réduction de la motilité gastro-intestinale. En restaurant la motilité digestive, le métoclopramide favorise l'absorption de l'aspirine. L'association du métoclopramide et de l'aspirine n'est justifiée que s'il existe des troubles digestifs (grade A)¹³⁰, du fait de la potentialisation des effets indésirables et du coût (5 fois le coût de la crise par ces traitements). L'unité de prise de Migpriv® a un coût de 1,34 €, l'unité de prise de Céphalgan a un coût de 0,86 €, alors que le comprimé d'aspirine 1000mg a un coût de 0.17€.

Le **paracétamol** se révèle peu efficace (grade C)¹³⁰ dans le traitement de la crise migraineuse, ce qui contraste avec sa large utilisation, notamment en automédication. Cette substance présente aux yeux des patients une sécurité, bien que pour des prises supérieures à 10 grammes par jour, ou lors de prises régulières, il y a un risque d'hépatotoxicité¹³¹. Ces doses sont souvent atteintes chez des patients souffrant de céphalées chroniques par abus médicamenteux.

1.5.2.2. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens

Les AINS exercent des effets antalgiques périphériques et seraient par ailleurs capables de limiter le relargage de sérotonine par les plaquettes et d'exercer un effet sur l'inflammation. Les AINS (Naproxène, Ibuprofène, Kétoprofène, Diclofénac) sont efficaces (grade A)¹³⁰ dans les crises migraineuses. Le kétoprofène a obtenu une autorisation de mise

sur le marché en France en Janvier 2004, dans cette indication, mais la commission de la transparence a conclu à une amélioration du service médical rendu V¹³², et selon « La Revue Prescrire », le ketoprofène est une simple opération commerciale¹³³.

1.5.2.3. Antalgiques opiacés

Aucune étude, hormis pour le butorphanol (non disponible en France), n'a démontré l'utilité de ces molécules dans le traitement de la crise migraineuse. D'autre part, leurs effets indésirables sont fréquents, à type de somnolence, sensations vertigineuses, nausées et vomissements, et peuvent aboutir à des céphalées par abus médicamenteux, voire à un comportement d'addiction. Les antalgiques ne sont pas anodins puisque en plus des effets indésirables, ils ont des demi-vies, notamment pour le dextropropoxyphène, longues (12 heures) et risquent une accumulation en cas de prise répétée. Ils doivent être utilisés en dernier recours, avec restriction de huit prises par mois maximum¹³⁴.

1.5.3. Traitements de crise spécifiques

1.5.3.1. Les dérivés ergotés¹³⁴

L'ergotamine et les dérivés ergotés interagissent avec les récepteurs sérotoninergiques (action antagoniste), dopaminergiques (action agoniste), et le système noradrénergique (agoniste α adrénergique). Tous deux inhibent la recapture neuronale de la noradrénaline et ont des effets variables sur les récepteurs adrénergiques. Les effets post-synaptiques dépendent de la molécule, de la voie d'administration et de la dose. Le mécanisme d'action de l'effet antimigraineux de ces molécules n'est pas parfaitement connu ; il est vraisemblablement lié à leur effet vasoconstricteur, associé à une inhibition de l'inflammation neurogène et/ou à une inhibition centrale des voies trigéminales¹³⁵. Cette pharmacologie explique les multiples emplois de cette substance, comme traitement de la crise et comme traitement de fond.

Les dérivés ergotés présentent une biodisponibilité faible per os (d'où leur utilisation par voie nasale ou injectable), un métabolisme hépatique dépendant de l'isoenzyme CYP 3A4 du cytochrome P450, une longue demi-vie à l'origine d'interactions médicamenteuses, de contre-indications et d'accumulation du médicament en cas d'usage fréquent.

Bien que ces substances soient utilisées depuis plus de 50 ans (Graham et Wolff 1938), les études de pharmacologie clinique attestant leur efficacité sont rares et souvent discutables. Seule la DHE en spray nasal a fait l'objet d'essais cliniques récents et de qualité¹³⁶. Le rapport bénéfice/risque semble optimal pour la dose de 2mg.

1.5.3.2. Les triptans

Cette classe a permis d'améliorer considérablement la prise en charge de la migraine. Les triptans sont des agonistes sélectifs des récepteurs à la sérotonine du type 5HT_{1D}, qui agiraient par une vasoconstriction intracrânienne et/ou d'une diminution de l'inflammation neurogène. Les triptans sont métabolisés par différentes voies métaboliques, si bien que lorsque l'une d'elle est perturbée, une autre voie métabolique la compense. Ceci met en évidence la faible probabilité du risque d'interactions pharmacocinétiques¹³⁷. Cette notion n'est pas applicable à l'élétriptan qui est principalement métabolisé par l'isoenzyme CYP 3A4.

Actuellement, il existe un triptan de 1^{ère} génération (Sumatriptan (Imigrane®, Imiject®)) et 8 triptans de 2^{ème} génération dont 4 commercialisés en France (Zolmitriptan (Zomig®), Naratriptan (Naramig®), Eletriptan (Relpax®), Almotriptan (Almogran®). Cette 2^{ème} génération apporte une meilleure efficacité, une sélectivité pour le territoire carotidien, une meilleure biodisponibilité après administration orale et une demi-vie plasmatique plus longue. En résumé, malgré des profils pharmacologiques assez différents, il n'apparaît pas jusqu'à maintenant, de différence majeure d'efficacité parmi les triptans. Le naratriptan (2,5mg) semble moins efficace que le sumatriptan, mais expose à moins de rechutes¹³⁸ ; l'élétriptan¹³⁹ est sensiblement plus efficace, mais avec un peu plus d'effets secondaires sur le système nerveux central, notamment une somnolence et de des interactions significatives. Jusqu'à maintenant, aucune étude ne permet de savoir s'il existe une efficacité ou une résistance croisée pour l'ensemble des triptans.

1.5.4. Le traitement de fond¹³⁴

De nombreux médicaments ont été essayés dans cette indication, seuls les médicaments ayant eu deux études cliniques contrôlées versus placebo sont dits majeurs : certains béta-bloquants, certains antisérotoninergiques (pizotifène, méthysergide, oxétorone), flunarizine, anti-inflammatoires non stéroïdiens (naproxène), valproate de sodium,

amitriptyline. Il existe d'autres substances pouvant être utilisées en traitement de fond, mais leur efficacité est moins bien étayée (Dihydroergotamine, Aspirine, Indoramine, Verapamil, Clonidine, Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la noradrénaline, Inhibiteurs de la monoamineoxydase...). Le médicament de premier choix est le propranolol, ce médicament a une efficacité démontrée, et un profil d'effets indésirables acceptable (somnolence, fatigue, troubles du sommeil, syndrome de Raynaud, bradycardie, hypotension). Les alternatives au propranolol sont nombreuses. Il y a l'antiépileptique, l'acide valproïque qui est efficace à la dose de 500mg à 1,5g par jour. L'acide valproïque a comme effets indésirables : alopecie, nausées, tremblements, asthénie, somnolence, prise de poids et dans de rares cas des atteintes hépatiques et pancréatiques. La seconde alternative est l'amitriptyline, un antidépresseur tricyclique à 30-150mg par jour, avec des effets indésirables atropiniques, une augmentation de l'appétit, une sédation et des hypotensions orthostatiques ; elle est particulièrement efficace dans les migraines, avec céphalées de tension¹³⁴. Les autres molécules antidépresseurs (fluoxétine), inhibiteurs calciques (Flunarizine), agonistes sérotoninergiques (méthysergide, DHE), antiinflammatoires présentent un bénéfice / risque insuffisant compte tenu de leurs nombreux effets indésirables. La dernière molécule, le topiramate¹⁴⁰, a avoir obtenue l'autorisation de mise sur le marché, avec comme indication « traitement prophylactique de la crise migraineuse chez l'adulte » déçoit puisqu'elle se révèle moins efficace que le propranolol, alors que ses effets indésirables sont plus fréquents. Le choix du traitement de fond se fait préférentiellement sur la molécule, ayant le maximum de preuves, mais aussi de l'état physiopathologique du patient.

1.6. Critères de choix thérapeutiques

Actuellement, il est seulement possible de soulager les patients, mais pas de les guérir. La prise en charge de ces patients nécessite une bonne connaissance des traitements, mais aussi d'évaluer (Annexe Migraine 2 ; Annexe Migraine 3) et d'identifier les particularités de la maladie migraineuse de chaque individu. Cette personnalisation de la prise en charge est un enjeu majeur pour une qualité de suivi, qui permettra une adaptation à chaque individu.

Le traitement de la migraine repose sur 3 principes :

- un obligatoire : éradication des facteurs déclenchants des crises ;

- un fréquemment proposé : traitement médicamenteux de la crise ;
- un à discuter au cas par cas : traitement de fond, à visée prophylactique.

Le traitement de la crise a pour objectif de réduire la sévérité et la durée des symptômes installés ou en cours d'installation. D'une manière générale, la stratégie thérapeutique dans le traitement de la crise repose sur le choix du traitement selon l'intensité de la crise migraineuse, mais l'efficacité des traitements étant variable selon les individus, il n'existe pas de stratégie thérapeutique standardisée.

Tableau Migraine I : Stratégie thérapeutique dans le traitement de la crise de la migraine ¹³⁰

Intensité de la crise migraineuse	
Crise légère à modérée	Crise sévère d'emblée ou handicapante ou AINS inefficace ou mal toléré
<p><u>Grade A</u> : AINS, ou antalgiques (Aspirine, Aspirine + Métoclopramide) ou dérivés ergotés (dihydroergotamine en spray)</p> <p><u>Grade B</u> : Dérivés ergotés (ergotamine) en cas d'échec des AINS et des triptans¹²⁹.</p> <p><u>Grade C</u> : Antalgiques (paracétamol)</p> <p>Après 2 heures, réévaluation du traitement : si échec, prise de triptan 2 heures après la prise d'AINS, ou d'antalgiques ; ou 6 heures après la prise de dérivés ergotés.</p>	<p>Triptans en respectant l'aura</p>

L'indication d'un traitement de fond dépend de la fréquence des crises (rarement prescrit à moins de 2 crises par mois), de l'intensité (toujours sévère) et de la demande du patient (retentissement social et professionnel des crises). Le choix de la classe de médicaments se fait en fonction de la sévérité des épisodes migraineux, du terrain du patient, des tentatives précédentes de traitement.

Tableau Migraine II : Stratégie thérapeutique dans le traitement de fond de la migraine

Traitement de 1^{ère} intention	Traitement essentiellement de 2^{ème} intention
<i>Bêtabloquants</i> <i>Antisérotoninergiques</i> (Oxétorone) <i>Antidépresseurs tricycliques</i> (amitriptyline) <i>Anticonvulsivants</i> (Topiramate)	<i>Antisérotoninergiques</i> (méthysergide (réservé aux migraineux sévères résistants au traitement), pizotifène) <i>Antagonistes calciques</i> (flunarizine) <i>α bloquant</i> : indoramine <i>AINS / Salicylés</i> (hors AMM) <i>Anticonvulsivants</i> : Valproate de sodium, Gabapentine(Hors AMM)

Des principes et règles de prescription doivent être connus, pour les traitements de fond. Il sera nécessaire de débiter par les médicaments de fond majeurs, n'ayant pas encore été essayés chez le patient en tenant compte des contre-indications et des pathologies associées (exemple : intérêt des bêta-bloquants chez le sujet anxieux ou hypertendu). Il est important de prescrire un traitement après l'autre, en augmentant progressivement les doses, et de se donner au moins 2 mois de traitement à doses efficaces pour conclure sur le bénéfice ou l'échec. L'évaluation du traitement de fond se fera sur la fréquence et l'intensité des crises, c'est pourquoi il est demandé au patient de tenir un calendrier précis des crises pour juger objectivement de la modification de fréquence.

1.7. Gestion des points critiques

Le passage régulier à l'officine pour se procurer les médicaments est le moment clé pour détecter les mauvaises utilisations. Il est nécessaire que l'équipe officinale insiste sur les posologies, les modes de prises, et soit vigilante sur les contre-indications et les associations médicamenteuses.

1.7.1. Traitements des populations particulières.

Chez l'enfant, les possibilités de traitement sont limitées parce que de nombreux traitements sont contre-indiqués. Le traitement de la crise fera appel en 1^{ère} intention à l'ibuprofène chez l'enfant de plus de 6 mois puis au diclofénac chez l'enfant dont le poids est supérieur à 16 kg, naproxène chez l'enfant de plus de 6 ans ou dont le poids est supérieur à 25 kg, aspirine en monothérapie ou en association au métoproclamide, paracétamol en monothérapie ou en association au métoproclamide, le tartrate d'ergotamine chez l'enfant de plus de 10 ans¹³⁰.

Il est à noter que le paracétamol a une action plus rapide mais la disparition complète de la crise (en 2 heures) survient 2 fois plus souvent avec l'ibuprofène¹³⁴.

Dans le traitement de la crise de migraine modérée à sévère, chez l'adolescent de 12 à 17 ans le sumatriptan spray nasal (10 à 20 mg) est efficace (grade A).

Les données de la littérature ne sont pas suffisantes pour conclure à l'efficacité :

- du sumatriptan par voie orale et injectable chez l'enfant et l'adolescent ;
- du sumatriptan spray nasal chez l'enfant de 5 à 12 ans.

Chez la femme enceinte, la majorité des traitements sont contre-indiqués. Le paracétamol est préconisé, et les anti-inflammatoires non stéroïdien sont, en cas d'échec, envisageable sauf au 3^{ème} trimestre de la grossesse. Le traitement de fond n'est pas préconisé³.

1.7.2. Posologie, plan de prise, effets indésirables, contre-indications des différents traitements de la crise

Tableau Migraine III : Traitement de la crise migraineuse par les antalgiques^{3,141}

Principes actifs	Posologie dans la migraine	Effets indésirables	Contre-indications
Aspirine	<i>Voie Orale Adulte :</i> 500mg -1g / prise Max : 6 g / 24h <i>Enfant < 10ans :</i>	-Troubles digestifs : gastralgies, hémorragies digestives. - Réactions allergiques.	- Ulcère gastro-duodéal - Allergie - Maladies

	10 -15mg / Kg / prise Max : 50 mg / Kg / jour	- Rarement syndrome de Reye.	hémorragiques - Grossesse (relative)
Paracétamol	<i>VO Adulte :</i> 500mg à 1g/ prise Max : 4g / 24h <i>Enfant < 15ans :</i> 15mg / Kg / prise Max : 60mg / Kg/24h	- Rares troubles hématologiques - Rares éruptions cutanées.	- Insuffisance hépatique
Floctafénine	<i>VO Adulte :</i> 200mg à 400g / prise	- Réactions allergiques rares	Allergie Association aux β-bloquants.
Ketoprofène	<i>VO adulte :</i> Initié à ½ comprimé (75 mg) / crise Max : 300mg / 24h	- Troubles digestifs - Céphalées, vertiges, irritabilité, acouphènes, dépression, insomnies, troubles visuels... - Insuffisance rénale	- Hémorragie gastro- intestinale, hémorragie cérébro-vasculaire ou autre hémorragie en évolution. - Ulcère gastrique ou intestinal en évolution. - Insuffisance hépatique sévère. - Insuffisance rénale sévère. - Insuffisance cardiaque sévère non contrôlée. - Hypersensibilité ou intolérance au gluten,

Tableau Migraine IV : Traitement de la crise migraineuse par les dérivés de l'ergot de seigle ^{3,141}

Principes actifs	Posologie dans la migraine	Effets indésirables	Contre-indications
Ergotamine + Caféine	<i>VO Adulte :</i> 2mg / prise, à renouveler si besoin après 30minutes. Max : 6 mg / 24h 10 mg / semaine <i>Enfant > 10 ans :</i> ½ dose	- paresthésies, cyanose, douleurs des extrémités, douleurs thoraciques, ergotisme (HTA, nécrose)	Formelle : Association aux macrolides, triptans.
Dihydroergotamine	<i>Voie per nasale Adulte :</i> 1 pulvérisation dans chaque narine = 1mg, à renouveler 1 fois si besoin après 15-30 minutes. Max : 4 mg / jour 24mg/semaine	- Troubles digestifs bénins - Etat de mal migraineux si non- respect des doses.	Relative : Association aux β bloquants.

Tableau Migraine V : Traitement de la crise migraineuse par les agonistes 5HT1 (triptans) ^{3,141}

Principes actifs	Posologie dans la migraine	Effets indésirables	Contre-indications
Almotriptan	<i>VO orale adulte :</i> 12,5 mg / prise Max : 25 mg / 24 h Délai de 2h entre 2 prises	- Troubles digestifs - Douleurs, fourmillements, chaleurs, lourdeurs, oppression thoracique ou de la gorge	- Enfant < 18 ans - Hypersensibilité aux triptans et aux sulfamides
Eletriptan	<i>VO Adulte :</i> 40-80 mg / prise	- Bouffées de chaleur, vertiges, fatigue et	- pathologie cardiaque ischémique

	Délai de 2h entre 2 prises.	somnolence - HTA transitoire,	ou hypertension sévère bénigne ou modérée non contrôlée.
Sumatriptan	<i>VO Adulte :</i> 100 mg / prise Max : 200 mg / 24 h Délai de 2h entre 2 prises.	tachycardies, arythmies cardiaques - Symptômes vasoconstricteurs - Hémorragies	- Antécédents d'AVC ou pathologie vasculaire périphérique (syndrome de raynaud)
Zolmitriptan	<i>VO Adulte :</i> 2,5 mg / prise Max : 5 mg / 24 h Délai de 2h entre 2 prises.	cérébrales - AVC - Crises d'épilepsie - Troubles visuels - Céphalées auto-	- Insuffisance hépatique sévère
Naratriptan	<i>VO Adulte :</i> 2,5 mg / prise Max : 5 mg / 24 h Délai de 4h entre 2 prises.	entretenues	

1.7.3. Posologie, effets indésirables, contre-indications des traitements de fond¹²⁹

Tableau Migraine VI : Traitement de fond : posologie, effets indésirables, contre-indications

Molécules	Posologie quotidienne	Effets secondaires	Contre-indications
Propranolol*	40-240mg	- Fréquents : asthénie, mauvaise tolérance à l'effort - Rares : insomnie, cauchemars, impuissance, dépression	- Asthme
Métoprolol*	100-200mg		- Insuffisance cardiaque
Timolol	10-20mg		- BAV
Aténolol	100mg		- Bradycardie - Syndrome de raynaud
Nadolol	80-240mg		
Pizotifène*	2mg en une prise le soir	- Somnolence - Prise de poids	- Glaucome - Adénome prostatique
Oxétorone*	120-180mg en une prise le soir	- Fréquent : somnolence - Rare : diarrhées nécessitant l'arrêt du traitement	
Méthysergide*	4-6mg Arrêt nécessaire 1 mois tous les 6 mois	- Fréquents : nausées, vertiges, insomnie - Rares : ergotisme, fibrose rétropéritonéale	- HTA - Insuffisance coronarienne, - Artériopathie - Ulcère gastrique, - Insuffisance hépatique et rénale
Flunarizine*	5 à 10mg le soir. Pas plus de 6 mois d'affilée	- Fréquents : somnolence, prise de poids - Rares : dépression, syndrome extrapyramidal	- Syndrome dépressif - Syndrome extrapyramidal
Amitriptyline	20-50 mg le soir	- Sécheresse de la bouche, - Somnolence	- Glaucome, - Adénome

		- Prise de poids	prostatique
Naproxène	1100 mg	- Troubles digestifs - Baisse d'efficacité du stérilet	- Ulcère digestif
Valproate de sodium	500-1000 mg	- Nausée - Prise de poids - Somnolence - Tremblements - Alopecie - Atteinte hépatique	Pathologies hépatiques
Topiramate*	100 mg	- Paresthésies - Troubles de l'humeur et de la concentration - Perte de poids - Dysgueusie - Néphrolithiase Rares : myopie, glaucome	Hypersensibilité aux sulfamides
* Molécules ayant une AMM dans le traitement de fond de la migraine			

1.7.4. Interactions médicamenteuses.

Interaction contre indiquée

Interaction déconseillée

Interaction à prendre en compte

Précaution d'emploi

Tableau Migraine VII : Interactions médicamenteuses des médicaments de la crise^{137, 141}

Classe thérapeutique	Molécules concernées	Interactions médicamenteuses	Effets de l'interaction
Triptans	Tous	- Dihydroergotamine, ergotamine, méthylergotamine - Méthysergide	Risque d'hypertension artérielle, de vasoconstriction artérielle coronaire
	Triptans métabolisés par MAO	- IMAO sélectifs, non sélectifs - Linézolide	
	Triptans	- Antiangoreux - Antihypertenseurs	Augmentation transitoire de la pression artérielle et diminution de l'efficacité des médicaments antihypertenseurs
	Tous	Médicaments ayant une activité sérotoninergique (Annexe Migraine 4)	Risque de Syndrome sérotoninergique
	Eletriptan	Inhibiteurs de l'isoenzyme CYP3A4 (Annexe Migraine 5)	Risque d'hypertension artérielle, de vasoconstriction artérielle coronaire
Zolmitriptan	Inhibiteurs de l'isoenzyme CYP 1A2 (Cimétidine, fluvoxamines, fluoroquinolones...)		
Alcaloïdes de l'ergot de	Dihydroergotamine,	Alcaloïdes de l'ergot de seigle dopaminergique	

seigle	Ergotamine	Inhibiteurs de l'isoenzyme CYP 3A4	Risque d'ergotisme, avec possibilité de nécrose des extrémités par inhibition de l'élimination hépatique des alcaloïdes de l'ergot de seigle.
		Triptans (délai de 6 à 24h), phényléphrine	Risque d'hypertension artérielle, de vasoconstriction artérielle coronaire
		Sympatomimétiques α , et sympatomimétiques indirects (sauf phényléphrine)	
		Bêtabloquants (propranolol, en voie systémique)	ergotisme : spasme artériel avec ischémie des extrémités Surveillance clinique pendant les premières semaines de l'association.

1.7.5. Optimisation du traitement

1.7.5.1. L'observance.

Pour une prise en charge optimale, il est nécessaire que le patient soit actif dans sa maladie. L'auto-prise en charge permet également d'aller mieux via le carnet de bord du migraineux et la bonne connaissance de la pathologie (distinction par exemple entre crise de migraine et céphalée de tension très fréquente dans la population, et plus encore chez le migraineux pour éviter un abus médicamenteux), connaissances des fluctuations de la fréquence des crises au cours de la vie, distinction entre le traitement de fond et le traitement de le crise. L'observance étant corrélée à la connaissance, les laboratoires pharmaceutiques ont créé des brochures (PFIZER : La migraine de Maman Lion ; Ed Medial Image, 2004 ; PFIZER : Migraine Ecoute Action, 2003, La migraine, une vraie prise de tête ; Dr M. LANTERI MINET GSK, Bien comprendre et mieux soulager... la migraine, 2005), ainsi que

des sites web. La migraine, considérée comme un problème de santé public, fait lieu de débats télévisés confrontant des professionnels de santé avec un public intéressé (débat grand public organisé par la Fondation Recherche Médicale et France Info dans le cadre des "Rencontres santé". Vendredi 25 juin 2004, à la Maison de la Radio Paris).

Pour éviter l'abandon des traitements et un recours à l'automédication, il est souhaitable d'informer le patient sur l'efficacité souhaitée (rapidité d'action, soulagements), ainsi que sur l'existence d'autres thérapeutiques. De plus, il faut lui rappeler que le choix d'un traitement chimique, ses doses efficaces, sa durée d'utilisation nécessitent un processus « essai-erreur ».

1.7.5.2. Prévention de l'iatrologie

Au vu des contre-indications, des effets indésirables, des risques de dépendance, et d'interactions, il semble nécessaire d'impliquer le patient dans la prise en charge de sa pathologie, mais aussi le prescripteur, qui se renseignera au préalable des contre-indications ; et renseignera le patient sur les éventuelles effets indésirables potentiels, mais bénins. Le dispensateur, dernier maillon de la chaîne de soin, contrôle la prescription, donne des conseils médicaux et pharmaceutiques ; et surtout il est nécessaire qu'il analyse et organise avec le patient un quotidien, intégrant naturellement la prise de médicaments. Le pharmacien élimine les contre indications potentielles ou un risque particulier, en posant des questions aux patients migraineux, portant sur l'âge, l'état physiopathologique (grossesse, allaitement, insuffisance rénale), les médicaments associés, les antécédents (ulcère, intolérance...).

Pour éviter un mésusage médicamenteux, le pharmacien devra attirer l'attention du patient sur le bon usage des médicaments :

- Nécessité de respecter les doses maximales des médicaments de la crise ;
- Le risque de somnolence ou de vertiges lors de la prise de triptans, oxétorone... ;
- Le risque associé à un abus médicamenteux (risque de céphalées chroniques) ;
- La nécessité de réduire progressivement les doses lors de l'arrêt du traitement de fond ;
- L'existence de nombreuses interactions médicamenteuses ;
- Les modalités de prise des médicaments :

Quelque soit le médicament de crise choisi, quelques règles d'utilisation sont essentielles à respecter.

- La prise ne doit se faire qu'au moment des crises, ne pas être trop fréquente, et encore moins quotidienne, car elle expose alors à un double risque : le premier, assez rare, est lié à une toxicité propre de certaines substances vues précédemment...Le second, fréquent et sous estimé, est la survenue d'une accoutumance, avec apparition de céphalée de sevrage entre les prises, conduisant à une surconsommation médicamenteuse, et avec l'apparition d'une céphalée chronique quotidienne.

- La prise du médicament de la crise ne doit se faire qu'au moment des crises, le plus précocement possible, en respectant l'aura neurologique pour les antimigraineux vasoconstricteurs.

- l'association à un anti-émétique permet de diminuer les nausées. En cas de nausées ou vomissements violents une autre voie que buccale doit être proposée (nasale, voire rectale ou injectable).

- la prescription ne dispense pas le patient d'une mise au repos dans le calme, parfois l'obscurité.

1.7.5.3. Conseils aux patients.

La migraine aux origines encore incertaines, nous laisse un champ étendu d'action. En effet dans la prise en charge, il sera nécessaire d'intéresser le patient à des mesures d'hygiène de vie, permettant l'éviction de facteurs déclenchants (alimentaire (chocolat, alcool, fromage fermenté) ; psychologique (stress, émotions, contrariétés) ; hormonaux ; environnementaux (luminosité, odeur).

Il est nécessaire d'insister sur les risques d'inefficacité en cas de prise au coup par coup du médicament de fond et des risques de surdosage ou d'accoutumance en cas de prise en continu du médicament de crise.

D'autre part, les patients souvent inquiets n'osent pas ou retardent la prise du traitement, il est utile de rappeler que ces molécules (triptans) sont très bien tolérées, lorsqu'elles sont prescrites dans le respect des contre-indications et que les symptômes thoraciques ne sont pas un signe avant coureur d'un problème cardiaque. Paradoxalement, au vue de la prise de médicaments non anodins (triptans, dérivés de l'ergot de seigle), il semble justifier d'informer le patient des risques d'interactions liées à son traitement. Il n'est pas nécessaire de déclencher une hypertension artérielle ou une vasoconstriction artérielle pour atténuer une crise de migraine. Pour une délivrance de dérivés d'ergot de seigle, nous expliquerons les signes d'alerte liés à un surdosage : fourmillements, douleurs, cyanoses,

pouls périphériques diminués ou absents ; puisqu'une vasoconstriction a des conséquences cliniques graves.

2. Parcours de la littérature sur l'éducation thérapeutique dans la migraine.

La justification de l'éducation thérapeutique pourrait se résumer ainsi : la douleur n'est pas une fatalité, elle doit être au centre des préoccupations de tout professionnel de santé.

Selon Gilles Géraud, président de la Société Française d'Etude des Migraines et Céphalées , un effort important est mené pour essayer de mieux éduquer et impliquer les migraineux dans la prise en charge de leurs troubles. L'idée est d'amener la plus grande partie des 80% de migraineux qui ne sont pas suivis ou mal équilibrés à prendre un avis médical et à modifier éventuellement des habitudes, des comportements et des traitements inadaptés.

L'éducation thérapeutique dans cette pathologie n'a pas trouvé encore sa place, bien que son rôle soit primordial, d'une part pour identifier et orienter les patients, d'autre part optimiser leur suivi clinique et thérapeutique, éviter ainsi le problème majeur de l'automédication, de l'inobservance non contrôlées et de ses conséquences.

2.1. Outils existants

Les céphalées sont incluses dans le plan quadriennal de lutte contre la douleur (2002/2005), ayant pour objectif une meilleure information des patients, un accès à des structures spécialisées, une meilleure information et formation des professionnels de santé. Cette inclusion a traduit un changement de la perception du problème de santé publique posé par la migraine. Ce changement récent résulte notamment de l'obtention d'un nombre considérable de données épidémiologiques depuis quelques années.

Ces constats ont conduit la Société Française d'Etude des Migraines et Céphalées (SFEMC) à élaborer, sous l'égide de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, des recommandations pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine¹³⁰. La société française d'études des migraines et céphalées a lancé dès 2004 une campagne nationale intitulée « Opération Migraine », accompagnée de la diffusion d'une

plaquette « Maux de tête ou Migraine ? Le temps est venu d'en parler à votre médecin et à votre pharmacien », correspondant à une version simplifiée de ces recommandations¹³⁰.

Dans un but de diagnostic, il existe des tests permettant d'évaluer le type de maux de tête, l'impact sur la vie sociale de la personne (« Vous souffrez de migraines ? » ; « Les maux de tête ne sont pas une fatalité » réalisées par le laboratoire GlaxoSmithKline).

Dans un but de suivi de traitement et d'évaluation de la prise en charge, il existe un questionnaire, qui en 4 items, permet de tester l'adéquation de leur traitement à leurs troubles (Annexe Migraine 3)

Pour une évaluation objective des crises migraineuses et des traitements pris, l'ANAES a mis en place un modèle d'agenda de la migraine (Annexe Migraine 6), repris sous différentes formes par les laboratoires (« Carnet de suivi des crises de migraines » par AstraZeneca ; « L'agenda de la migraine » par GlaxoSmithKline ; « Agenda des crises » par Pfizer).

2.2. Les acteurs de l'éducation

Dans un but d'information des patients sur les facteurs favorisants, sur l'utilisation des traitements en distinguant les traitements de crises et de fond, les effets indésirables des traitements, des associations existent qui par divers moyens (réunions ; concours de dessins et de textes ; lettre d'information sur la migraine ; journée sur la migraine) apprennent aux patients ; ce sont le Club des Migraineux, l' Association France Migraine¹⁴², l'Association Action Migraine¹⁴³. Toujours dans un but de mieux répondre aux besoins des patients sur leur douleur, de mieux poser les questions et d'être à leur écoute, des réseaux se mettent place, rassemblant des professionnels de santé, qui se réunissent régulièrement pour discuter de cas, s'informer sur les nouveautés pharmaceutiques en matière de douleur, abordées sous un angle pratique (pose d'un patch anti douleurs), et théorique (revue critique de la littérature), partager des expériences (Réseau « lutter contre la douleur »). Au sein de certains réseaux, les patients peuvent assister à des consultations avec des spécialistes, pour une première prise en charge, ou une réévaluation de leur traitement.

2.3. La consultation dans le cadre des réseaux

Les consultations des réseaux notamment celle du réseau du Centre Hospitalier d'ANNECY, suivent un programme standardisé, dont nous allons nous inspirer pour réaliser les séances de suivi à l'officine.

L'information minimale donnée systématiquement à tout migraineux consultant pour la première fois auprès du spécialiste (neurologue ou autre spécialiste aux compétences spécifiques dans le domaine des céphalées), participant au réseau, concerne en général :

- la prévalence de la migraine dans le monde (de 12 à 20 %) ;
- les mécanismes fondamentaux de la migraine, le déclenchement de la crise au niveau du cerveau, le déroulement de la crise faisant intervenir les vaisseaux crâniens, les mécanismes de la crise ;
- la prévalence des comorbidités aggravant la pathologie migraineuse : anxiété, dépression, pathologie douloureuse chronique ;
- la reconnaissance d'un handicap et d'une altération de la qualité de vie au quotidien induite par la pathologie migraineuse ;
- le développement et la disponibilité depuis 10 ans de nouveaux traitements efficaces tant au niveau de la crise qu'au niveau de la prévention ;
- la stratégie d'usage des traitements (prise précoce après reconnaissance de la crise migraineuse, stratégie stratifiée ou séquentielle des prises des différents médicaments) ;
- l'importance fondamentale de l'usage d'un agenda des crises ;
- l'importance de noter toute prise d'antalgique, même non prescrits ;
- le fait qu'il existe toujours une réponse à un traitement antalgique et qu'il n'y a pas de fatalité ;
- les effets indésirables des traitements prescrits ;
- le lien obligatoire avec le médecin traitant ;
- l'éventuelle nécessité des coprescriptions, en particulier les thérapies corporelles ou psycho corporelles.

L'ensemble de ces informations est délivré de manière séquentielle au cours des 30 minutes minimum que dure la consultation. Elle s'intègre de façon systématique, autrement dit automatique, au cours du discours du praticien lorsqu'il évalue la problématique migraineuse du patient. Lorsque les prescriptions concernent des médicaments ayant potentiellement des effets indésirables fréquents, une explication spécifique est donnée concernant ces effets.

La consultation initiale se termine toujours par la demande au patient de la nécessité ou non d'informations complémentaires à celles fournies systématiquement.

L'évaluation de l'utilité et de l'impact des informations délivrées au cours de la première consultation est faite au cours de la consultation de suivi, en général 3 à 6 mois après la première. Elle se base essentiellement sur l'agenda des crises, qui permet de recenser soit les erreurs thérapeutiques, soit la mauvaise compréhension des instructions.

Les problèmes rencontrés concernent avant tout :

- la prise précoce *versus* tardive des traitements de crise ;
- la persistance de l'usage systématique de traitements non spécifiques et l'usage de traitements spécifiques pour des crises seulement sévères ;
- la non compréhension du phénomène de récurrence (réapparition d'une crise migraineuse 24 heures après que celle-ci ait été significativement soulagée par la prise d'un médicament).

La seconde consultation est le moment où sont déclinés avec le patient les différents facteurs influençant la survenue des crises sous traitement prophylactique ou non, permettant de vérifier que le patient a bien compris les mécanismes en jeu dans la problématique migraineuse. Les possibilités de gestion de la migraine, lorsqu'elles ont été comprises et bien assimilées, sont reconnues par une bonne autogestion généralement inscrite dans l'agenda des crises.

La seconde consultation est enfin le moment où on identifie les résistances du patient vis-à-vis des premières propositions thérapeutiques ou vis-à-vis des nouvelles représentations cognitives induites par l'information donnée par le praticien. On rencontre souvent une lutte implicite du fatalisme contre la rationalité, la non acceptation de l'importance d'une part psychique du problème, la réticence de la prise de traitement spécifique liée aux idées reçues véhiculées par l'environnement (médical ou non médical). Au maximum, dans les situations où il persiste des doutes mettant en jeu une bonne stratégie thérapeutique ou la confiance du patient accordée au spécialiste, des supports écrits sont proposés (ouvrages, articles scientifiques, articles de vulgarisation).

En conclusion, il existe des sources d'informations, une démarche hospitalière, mais pas de démarche éducative construite de proximité ; et prendre le temps de parler d'une maladie, de donner la possibilité de s'exprimer peut valoir de beaux succès.

METHODOLOGIE

1. Protocole

1.1. Le référentiel d'étude

1.1.1. Les acteurs de l'étude

Cinq étudiantes en 6^{ème} année de Pharmacie à l'Université Joseph Fourier ont choisi d'étudier la faisabilité d'une démarche éducative à l'officine, dans le contexte de pathologies chroniques : diabète de type 2, asthme / broncho-pneumopathie chronique obstructive, insuffisance cardiaque, migraine et traitement par anticoagulants oraux.

L'étude est réalisée sur 10 patients pour chaque pathologie (soit 50 patients au total), au sein des officines accueillant chaque étudiant pour leur stage de pratique professionnelle (Tableau VI).

Tableau VI : Récapitulatif des 5 officines incluses dans l'étude

Pathologies d'inclusions	Educateurs	Titulaires, Localisations
Migraine	BOCQUET Claire	Mme LAMEYNARDIE, <i>Annecy le Vieux (74)</i>
Diabète de type II	FORTIN Emeline	Mme BOYER, <i>Grenoble (38)</i>
Asthme et B.P.C.O	GOUDARD-PEYROLON Elsa	M. MODELON, <i>Guilherand-Granges (07)</i>
Anticoagulants oraux	MATHELET Catherine	M. et Mme BOURDARIAT <i>Pontcharra (38)</i>
Insuffisance cardiaque	RIQUELME Julie	M. et Mme ROUGIER <i>Saint Martin d'Hères (38)</i>

L'étudiant, préalablement formé à la démarche éducative (module d'éducation thérapeutique de 5^{ème} année / formation ad hoc pour cette étude) tenait le rôle de référent éducateur pour chaque patient.

Les autres professionnels de santé impliqués dans cette démarche de suivi éducatif étaient :

- le titulaire et son équipe officinale,
- les médecins généralistes et spécialistes entourant le patient.

1.1.2. Type d'étude choisie

Notre étude se divise en deux étapes, une étape d'élaboration pédagogique et organisationnelle ainsi qu'une étape d'évaluation de cette démarche éducative.

L'étape d'évaluation a ciblé deux types d'arguments, issus :

- de questionnaires d'évaluation proposés aux patients, aux titulaires, et aux médecins impliqués ;
- du retour d'expérience des éducateurs, issu des entretiens semi directifs réalisés auprès des patients et des discussions ouvertes avec les autres acteurs de l'étude. Nous revenons sur ces éléments plus loin.

1.1.3. Inclusion des patients

Critères d'inclusion

Les personnes concernées étaient majeures ou accompagnées du tuteur légal, fidélisées, se rendant régulièrement à l'officine, dans le cadre d'une des 5 pathologies chroniques ciblées.

Mode de recrutement de la population

Le recrutement des patients par l'étudiant a été réalisé en collaboration avec le titulaire de l'officine et l'équipe officinale.

Compte tenu de l'approche de type monographique choisi pour cette étude, l'échantillonnage a suivi la règle du choix raisonné¹⁴⁴, visant à inclure des profils de patients les plus hétérogènes possible, en termes d'âge, de gravité de la pathologie et de catégorie socioprofessionnelle.

Aucun engagement n'était fixé avec le patient, en termes pédagogiques. Le patient disposait d'un droit de regard et d'explication quant aux sujets abordés pendant les séances éducatives. Nous insistions sur la confidentialité des informations dégagées des différents entretiens avec le patient.

1.1.4. Données temporelles

L'étude s'est déroulée du 01/01/2006, date de début de l'investigation, au 30/06/2006, date de fin du suivi éducatif. Néanmoins, le recueil des informations tirées des questionnaires s'est poursuivi jusqu'au mois de septembre 2006.

Le nombre et la fréquence des rendez-vous étaient définis selon les besoins et les attentes du patient. Nous proposons aux patients un ticket pour fixer un rendez-vous, à un moment opportun (Annexe 5).

La durée des rendez-vous était fixée à 40 minutes pour la première rencontre (durée estimée pour développer un diagnostic éducatif) et à 20 minutes pour les suivantes, dans un souci de reproductibilité quelque soit l'officine considérée.

1.1.5. Lieux de l'étude

Les officines accueillant les étudiantes se situaient dans des zones économiques et sociales variées. Ainsi la diversité du recrutement était renforcée.

La démarche pédagogique devait se dérouler dans un espace de confidentialité disponible pour l'étude, afin que le patient se sente dans un lieu calme et de confiance.

Il était possible également de proposer le domicile du patient comme lieu de rendez-vous pharmaceutique, selon la convenance de ce dernier.

1.2. Outils de l'étude

1.2.1. Information du patient et des professionnels de santé

L'information du patient se faisait par l'intermédiaire d'un contact téléphonique ou d'une présentation orale effectuée à l'officine et par la remise d'une lettre d'information standardisée (Annexe 6).

Une lettre d'information pouvait être communiquée au médecin référent, pour l'informer de l'inclusion de son patient (Annexe 7). Cette lettre était accompagnée d'une présentation de la démarche, pouvant également être communiquée aux titulaires impliqués (Annexe 8).

1.2.2. Le dossier patient

Un dossier patient simplifié a été mis au point (Annexe 9). Il se limitait à l'essentiel facilitant son emploi dans le cadre de l'activité officinale.

Ce dossier patient comportait 8 parties :

- L'accord de participation du patient,
- Les coordonnées du patient,
- Les personnes de l'équipe impliquées autour du patient,
- L'anamnèse,
- Les données biologiques,
- L'historique médicamenteux,
- L'état physiopathologique du patient,
- La synthèse du diagnostic éducatif.

Ce dossier était rempli grâce aux données informatiques accessibles à l'officine, puis complété lors des rencontres ultérieures avec le patient.

1.2.3. Le diagnostic éducatif

L'étudiant prenait, dans le cadre de cette étude, une place d'éducateur - référent pour le patient. Sa première tâche était de réaliser un diagnostic éducatif, lors du premier contact avec le patient. Cette démarche visait à appréhender les caractéristiques, les besoins, les potentialités du patient afin de mettre en place une éducation individualisée (Annexe 10).

Les différentes étapes du diagnostic éducatif peuvent se résumer selon la figure suivante :

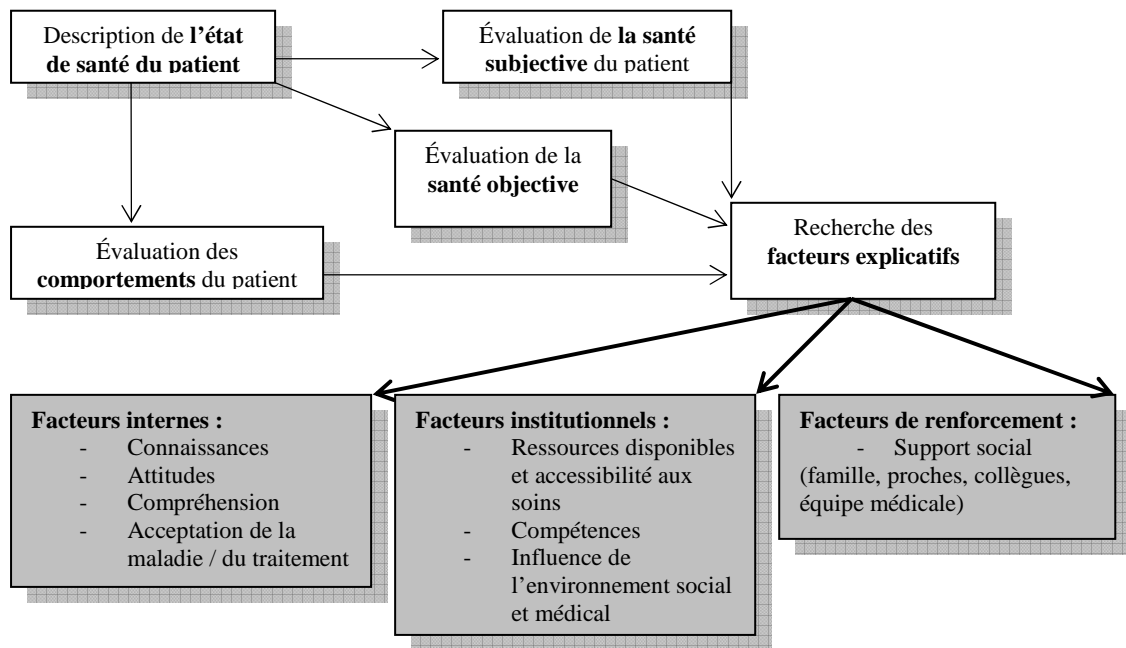


Figure 11 : Le diagnostic éducatif

L'enquêteur adoptait une attitude semi directive, dans un but de laisser s'exprimer le patient, sur les points définis à l'avance dans le diagnostic éducatif, à savoir les critères 1. internes (connaissance, attitudes, compréhension, acceptation de la maladie / du traitement), 2. institutionnels (ressources disponibles en termes de recours aux soins, compétences), 3. de renforcement (support social), potentiellement explicatifs de comportements non adaptés vis-à-vis de la prise du traitement médicamenteux, cette prise non adaptée pouvant induire des conséquences délétères en termes de santé objective et de santé perçue¹⁴⁵.

Ce diagnostic éducatif s'élabore progressivement (potentiellement sur plusieurs séances) et s'avère évolutif. De ce diagnostic pouvait germer une amorce de projet éducatif fixant des objectifs thérapeutiques en fonction des besoins et attentes du patient. Ce projet était alors discuté et négocié avec le patient pour finalement être arrêté, en accord avec ce dernier.

1.2.4. Les séances de suivi éducatif

Ce sont des entretiens personnels, axés sur les objectifs thérapeutiques définis lors du diagnostic éducatif. Nous avons créé une liste des thèmes génériques à toutes les pathologies et pouvant servi de guide lors de l'élaboration du projet (Annexe 11). Cependant, le programme fixé initialement devait tenir compte de la dynamique d'apprentissage du patient et de son mode de vie. Ainsi, les thèmes à aborder pour le programme éducatif étaient discutés et négociés avec le patient. Un tableau de suivi de ces thèmes permettait d'évaluer la progression du patient. (Annexe 12).

Lors des séances de suivi éducatif, les enjeux en termes de communication étaient les suivants :

- Prendre le temps d'expliquer aux patients, en s'aidant si possible de documents visuels et vérifier leur compréhension ;
- Reformuler et compléter les informations incomplètes ou erronées après avoir pris en compte les connaissances du patient ;
- Fractionner les informations ;
- Utiliser un vocabulaire compréhensible (bannir le jargon médical et traduire ou expliquer les termes scientifiques) ;
- Utiliser un langage positif et concret¹⁴⁶.

La réalisation d'un livre de bord résumant chacune des rencontres permettait à l'étudiant de décrire le rendez-vous, sa dynamique, les problèmes posés, et sa perception du déroulement global de la séance. Le suivi de chaque séance permettait d'établir un bilan communicable à tous les professionnels de santé. La fiche de suivi détaillait notamment les objectifs thérapeutiques et les outils proposés pour y accéder (Annexe 13).

L'approche pédagogique, développée notamment par l'équipe de J-F. d' Ivernois et R. Gagnayre,¹⁴⁷ peut être présentée selon la figure suivante.

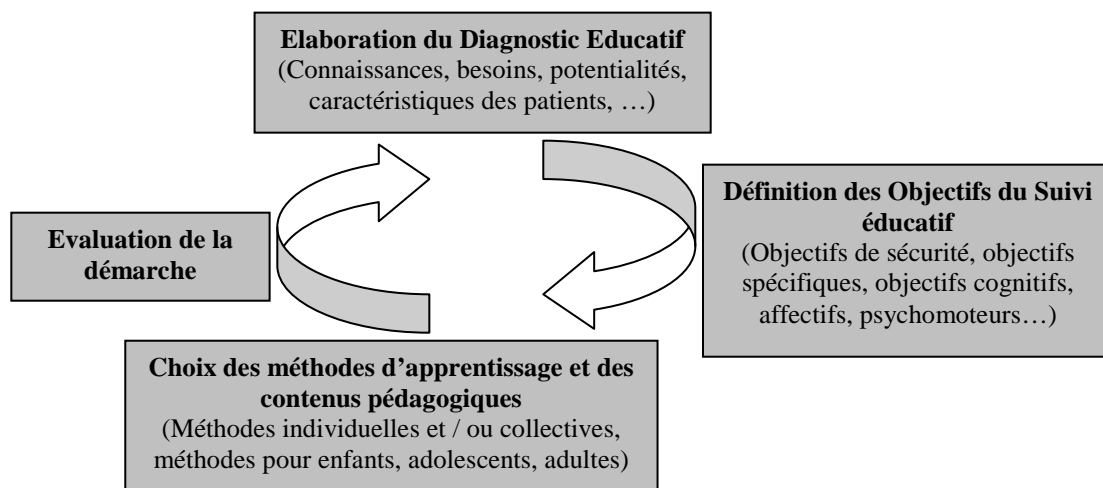


Figure 12: Approche pédagogique d'après Gagnayre et D'Ivernois¹⁴⁷

1.3. L'approche pédagogique dans le cadre de la migraine

1.3.1. Objectifs.

L'éducation thérapeutique du patient est un élément important de la prise en charge médicale, notamment en cas de maladie chronique. « Si l'objectif idéal reste de guérir, d'éradiquer l'affection, l'objectif réaliste concret est en fait de contrôler, autant que faire ce peut, son évolution ou au moins ses symptômes et leurs conséquences ; ainsi prend son sens l'expression de « gestion de la maladie » » (Baszanger 1986¹⁴⁸). L'éducation vise à aider le patient atteint de maladie chronique et son entourage, à comprendre la maladie, le traitement et à le rassurer, dans la perspective d'une meilleure prise en charge. Il est d'autant plus important dans le cadre de la migraine, les patients se trouvent confrontés aux symptômes, sans prendre le temps d'en discuter avec un professionnel de santé. Cette situation est d'autant plus difficile, car il n'existe pas un modèle explicatif unique et clos. Le patient se trouve confronté à l'incertitude de l'origine, ainsi que de l'efficacité du traitement.

1.3.2. Problématique.

Fausse idée reçue, scepticisme, résignations ou négligence de la part des migraineux, manque de formations et de connaissances, désintérêt ou fatalisme, font que la migraine est sous médicalisée alors qu'une crise sur deux est jugée d'intensité forte ou insupportable par les migraineux, 25% présentent un handicap important ou sévère et 71% prennent plus de trois médicaments lors de la même crise sans respecter certaines règles.

Ces chiffres montrent que la migraine peut être une maladie très difficile à soigner et pour diverses raisons. De plus, les patients souvent démotivés par une filière de soins complexe et chaotique, trouvent un bénéfice dans le dialogue (écoute, information, conseils thérapeutiques).

1.3.3. Matériel d'étude

1.3.3.1. La population de l'étude

Les patients étaient sélectionnés dans la base informatique de la pharmacie. Les patients choisis grâce à leur historique médicamenteux, avaient sur leur dossier une observation, qui signifiait qu'il fallait lui présenter le projet lors du prochain passage à l'officine. La présentation était réalisée, soit par une personne de l'équipe, soit par moi-même si j'étais présente.

L'inclusion des 10 personnes s'est réalisée de Janvier 2006 à Avril 2006.

1.3.3.2. Les outils de l'étude

Les outils de l'étude étaient de deux types, un alimentant les rendez-vous pharmaceutiques ; l'autre permettant aux patients de s'y référencer au quotidien.

Les outils utilisés lors des séances étaient les suivants :

- Agenda de la migraine, support d'un suivi objectif des crises avec comme items : date, facteurs déclenchants, durée, intensité, symptômes associés, prise, effets indésirables (Annexe Migraine 7).
- Diaporamas ;

Ils correspondaient à un ensemble de diapositives présentées avec un ordinateur, permettant d'expliquer des notions théoriques. Ces diapositives étaient des supports à la discussion et sources de questions du patient. Ainsi étaient abordés les mécanismes physiopathologiques, le traitement, les bonnes pratiques des prises des médicaments, la crainte des triptans, les céphalées par abus médicamenteux, les facteurs de risque : contraception et tabac.

L'interaction avec le patient était réalisée, en le questionnant sur ce qu'il voyait à l'écran, de façon à savoir si la compréhension était correcte.

- Brochures permettant de visualiser autrement les thèmes précédents ;
- La pyramide de la douleur : elle comportait trois niveaux, permettant de visualiser les différents paliers des antalgiques (I, II, III). L'objectif était de sensibiliser le patient aux différentes appellations d'un médicament contenant le même principe actif, d'apprendre aux patients les dangers liés à la polymédication et le risque de redondance de certains principes actifs (Di Antalvic® et Efferalgan®)(Annexe Migraine 8).
- Discussions permettant d'apprécier le vécu, d'évaluer le retentissement sur la qualité de vie et le comportement face à des situations (crises ne cédant pas aux traitements, ...). La discussion était orientée par des questions, permettant d'évaluer les composantes anxiogènes et dépressives, l'impact sur la vie quotidienne.

Les outils remis en fin de séances :

- Fiche de conseils, concernant tous les triptans, avec les posologies respectives de chacun, cette fiche permettait de résumer les principales caractéristiques de chaque médicament sur laquelle le patient pouvait se référer, s'il avait une interrogation, s'il avait un doute sur la prise du produit (Annexe Migraine 9).
- Fiche de protocole, remplie en interrogeant le patient, sur ce qu'il fait si....., cette fiche individualisée permettait aux patients de savoir que faire et quoi prendre à quel moment ? (Annexe Migraine 10).
- Brochures fournies par les laboratoires, Pfizer, GSK, expliquant certains thèmes vus au cours de la séance, qu'il ne fallait pas hésiter à annoter de manière à personnaliser la brochure. En aucun cas, il fallait remettre une brochure sans l'avoir expliquée au patient.
- Les commentaires sur les craintes du patient semblaient un élément essentiel à une bonne observance.

1.3.3.3. Approche pédagogique des thèmes

Tableau Migraine VIII : Séquence pédagogique du programme d'éducation du patient migraineux

Thèmes abordés	Déroulement	Outils pédagogiques utilisés
La connaissance de la maladie	<ul style="list-style-type: none"> - Sauriez vous expliquer ce qu'est la migraine ? - Avez-vous repérer des facteurs favorisants et déclenchants ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Diaporamas (mécanisme de la migraine, les facteurs favorisants les crises).
La connaissance du traitement	<p>Connaissez vous vos médicaments et leur rôle ?</p> <p>Connaissez vous la différence entre le traitement de la crise et le traitement de fond ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diaporamas (action des médicaments de la crise) - Explications orales du traitement de fond par rapport au traitement de la crise.
Vos craintes	<p>Est-ce que vous avez des préoccupations par rapport à vos crises, à votre traitement ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Commentaires (sur les notices des médicaments) - Informations (rapidité d'action, efficacité, possibilité de récurrence, l'existence d'autre traitement. - Diaporamas avec les risques en pourcentage des patients migraineux.
Traiter une crise migraineuse	<p>Pouvez vous me décrire comment vous opérez quand vous avez mal ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. au quotidien 2. en cas de crise 3. en cas d'amélioration 	<ul style="list-style-type: none"> - L'escalier de la douleur - Diaporamas et discussions résumant les précautions (posologie, effets indésirables, modalités de prise) à prendre avec les

	<p><i>4. en cas de non amélioration.</i></p> <p><i>Les 3 types de traitements médicamenteux symptomatiques utilisables</i></p>	<p>antalgiques, les anti-inflammatoires, les triptans</p> <p>- Fiche protocolaire résumant des bonnes pratiques de prise de traitement</p>
Gérer son traitement de fond	<p><i>Vos migraines ont disparues, le traitement de fond vous semble inutile que faites vous ?</i></p>	<p>- Discussion</p>
Les effets indésirables	<p><i>Appréhendez vous la prise de vos médicaments, pourquoi ?</i></p>	<p>- Discussion</p> <p>- Diaporamas(effets indésirables)</p>
Thèmes divers	<p><i>Avez-vous d'autres interrogations ?</i></p>	<p>- Diaporamas (tabac, contraception, risques sous contraceptif oral et tabac, et les méthodes parallèles).</p>

1.3.4. Déroulement des séances d'éducation

1.3.4.1. Le diagnostic éducatif

L'entretien de diagnostic éducatif permettait d'apprécier le vécu, le retentissement sur la qualité de vie et le comportement, les incompréhensions, les craintes, les modes de prise en charge, les tentatives thérapeutiques précédentes (durée des traitement, posologie, efficacité...), la gestion au quotidien du patient de sa migraine. L'entretien était orienté par un questionnaire profilé grâce à une trame prédéfinie (Annexe Migraine 11) spécifiant le diagnostic commun à la migraine. L'entretien était orienté sur la description, l'évaluation de la douleur, la gestion des crises et leur retentissement sur la vie du patient. Les patients (qui n'en possédaient pas) se voyaient remettre un agenda de la migraine, permettant d'évaluer objectivement la fréquence et l'intensité des crises.

1.3.4.2. Les rendez-vous pharmaceutiques

Déroulement

Ils s'organisaient en trois temps :

- parcours de l'agenda de la migraine, de manière à évaluer l'impact de la migraine, sur la période encourue ;
- discussion avec le patient sur son comportement ; durant la période écoulée par rapport aux crises, aux modes de vie, aux traitements ;
- présentation du ou des thèmes objectivés à la première séance pour une meilleure gestion de la maladie ;
- des brochures étaient distribuées, de manière à ce que le patient possède un référentiel en cas de crises, en cas de questions sur leur migraine, sur le mode de vie à adopter. Les documents étaient proposés si le thème avait été abordé lors de la séance.
- en fin de séance, nous déterminions les nouvelles stratégies pour mieux gérer la maladie (suivre le protocole, détection des facteurs déclenchants, remplir l'agenda de la migraine, diminuer la consommation d'antalgiques, aborder avec le médecin la volonté de changer de contraceptif...), nous décidions ensemble s'il était nécessaire de refaire une séance et, le cas échéant, déterminions les thèmes à aborder.

L'approche pédagogique

L'approche pédagogique visait à laisser le patient s'exprimer, sans placer le patient en position d'accusé, ou d'évalué. Cela permettait de comprendre la situation, les doutes, les interrogations et d'apporter les éléments nécessaires à une meilleure prise en charge. Au fil des entretiens, il était nécessaire de vérifier les acquis par des mise en situation, par exemple, que faites vous en cas de crise ? , des reformulations qui offraient un miroir au patient de ses propres actions, lui permettant de les analyser.

Parfois le patient croyait savoir, mais il s'avérait que les notions étaient fausses, imprécises. Il était essentiel pour l'éducateur d'apporter un déséquilibre, un doute, de manière à ce que le patient se retrouvait face à deux arguments contradictoires. La notion de réflexion impactait mieux et était mieux acceptée qu'un « non » catégorique.

Les supports visuels étaient indispensables pour les séances d'éducation, en permettant « d'accrocher » le patient par un changement de diaporamas, par des schémas essentiels à la compréhension. Les questions des patients étaient les bienvenues au cours de ces séances, dans un but de personnaliser l'information ; d'appropriation de sa maladie.

Pour une rémanence de la séance, le patient recevait des documents auxquels il pouvait se référer, et sur lesquels, nous annotions des commentaires personnels.

1.3.5. Quand ?

Les séances étaient programmées à l'avance (d'une séance à l'autre) et à un moment, où la disponibilité du patient était optimale (souvent les rendez-vous étaient pris en milieu d'après midi, ou vers 17h). Les périodes de crises semblaient incompatibles à une éducation, les rendez-vous étaient donc maintenus ou non selon la volonté du patient. Les patients ayant un fond migraineux, c'est à dire une douleur permanente, venaient, alors que les patients en crise ne se présentaient pas aux rendez vous.

1.3.6. Où ?

Les séances se déroulaient dans la zone « orthopédie », une zone isolée, mais au cœur de l'activité officinale, ce qui était parfois gênant, puisque nous pouvions pas fermé la porte, pour plus de sérénité. Contrairement à beaucoup de rendez-vous, nous étions assis côte à côte et non face à face. Cette proximité mettait le patient en sentiment de confiance. Pour les patients ne souhaitant pas rentrer dans l'étude, ou les séances improvisées en période creuse, les séances se passaient au comptoir sous forme de suivi (demande de nouvelles, demande d'informations brèves...).

1.4. Synopsis de l'étude

Un schéma bilan du protocole d'étude (Figure 13) permet de situer les conditions de la démarche (en bleu), les étapes successives (en rouge) avec les outils mis en œuvre (en noir), ainsi que les éléments d'évaluation par les différents intervenants (en vert).

ACTEURS	CRITERES D'INCLUSION	PERIODE	LIEUX
<ul style="list-style-type: none"> • 5 étudiants en pharmacie • 5 équipes officinales • 50 patients inclus informés et volontaires : 10 par officine (hétérogénéité) 	<ul style="list-style-type: none"> • Patients fidélisés à l'officine concernée • Majeur ou accompagné du tuteur légal • Présentant un traitement chronique dans un des 5 domaines de pathologies chroniques étudiés ¹⁻¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Stage officinal de 6^{ème} année pharmacie • Janvier à Juin 2006 • Durant l'activité officinale 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 officines • Espace de confidentialité • Autre : domicile

¹⁻¹ Diabète, asthme et BPCO, douleur, pathologies cardiaques et pathologies vasculaires

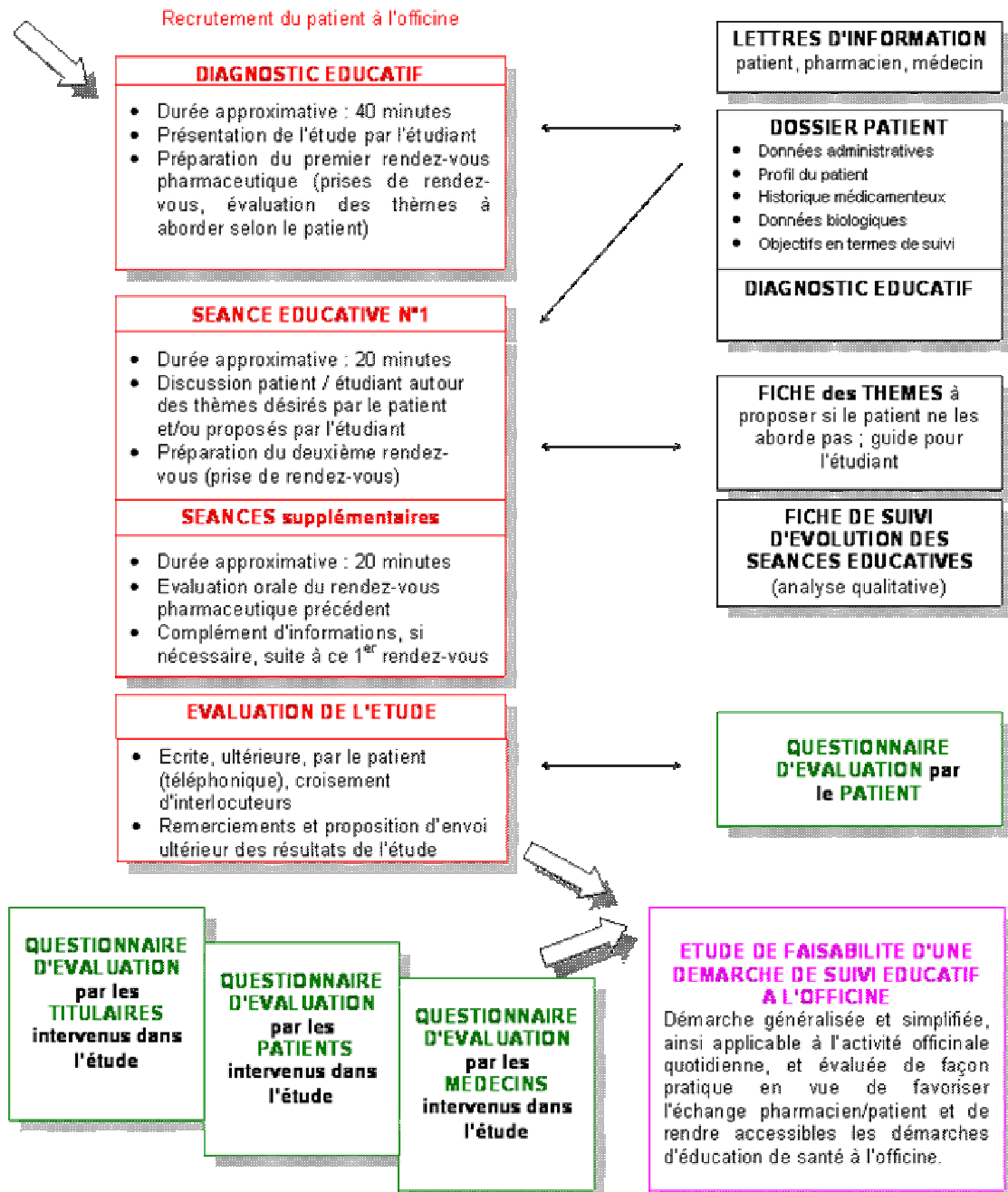


Figure 13 : Synopsis de l'étude

2. Evaluation de la faisabilité du processus éducatif

Nous ne rentrons pas dans le détail de la stratégie d'évaluation formative, qui fait partie intégrante du processus éducatif. A chaque début de séance étaient évalués :

- La biologie et/ou l'état clinique du patient,
- L'acquisition de connaissances,
- L'acquisition de comportements ou l'aptitude à réagir dans diverses situations.

Nous nous focalisons ici sur la faisabilité du processus d'éducation thérapeutique à l'officine.

2.1. Objectif des questionnaires

Les différents questionnaires établis avaient pour objectif principal d'évaluer, auprès de chacun des acteurs de l'étude (patients, titulaires, médecins et étudiants), les aspects organisationnels, la perception ainsi que la satisfaction globale vis-à-vis de la démarche.

2.2. Création et utilisation des questionnaires

Chacun des 4 types de questionnaires identifiait le profil du répondant et évaluait la démarche d'éducation thérapeutique. Nous avons choisi la forme QCM (questions à choix multiples) car c'est un instrument de mesure présentant de nombreux avantages, tels que la souplesse dans l'élaboration des questions (ouverte, fermée), la facilité d'administration, de comparaison et de traitement¹⁴⁹.

A l'issue de l'étude, quatre questionnaires étaient disponibles selon l'acteur concerné :

- Patients (Annexe 14) : QP
- Titulaire (Annexe 15) : QT
- Médecins (Annexe 16) : QM
- Enquêteur (Annexe 17) : QE

En ce qui concerne le questionnaire patient, nous avons favorisé l'appel téléphonique par croisement d'interlocuteur pour le remplir. Un des éducateurs a appelé ainsi les patients d'un autre, afin d'éviter un biais de contamination.

2.3. Critères de faisabilité et indicateurs correspondants

Les critères de faisabilité sont présentés dans le Tableau VII, selon chacun des quatre questionnaires concernés (QP, QT, QM, QE).

Tableau VII : Référentiel d'évaluation de la faisabilité d'un suivi éducatif à l'officine

Critères de faisabilité	Indicateur
PERTINENCE DE L'INFORMATION APPORTEE AUX ACTEURS AU SUJET DE LA DEMARCHE	
Information des différents acteurs	Niveau d'acceptation des patients (direct, indirect..) Raisons d'acceptation Taux de réponse des Médecins % remplissage questionnaires Patient
Recrutement des patients	Répartition du mode de recrutement en % Retour d'expérience de l'enquêteur
Refus	% de refus direct % de refus justifiés Raisons des refus
Abandons	% d'abandons en cours d'étude Raisons des abandons

ORGANISATION SPATIO-TEMPORELLE

Lieux de rencontres	<p>Répartition des lieux de rencontres en % Nombre de titulaires ayant aménagé un espace de confidentialité % de satisfaction du patient (QP) % de patients préférant les rencontres à domicile (QP) Nombre de titulaire acceptant la rencontre à domicile</p> <p>Retour d'expérience de l'enquêteur</p>
Période d'intervention dans le traitement	<p>Répartition des périodes d'intervention en %</p>
Aménagement des plages horaires	<p>Nombre de titulaires ayant aménagé des plages horaires % d'enquêteurs satisfaits des plages horaires % de satisfaction des patients sur les plages horaires</p>
Assiduité aux rendez-vous	<p>Nombre de séances annulées par les patients Nombre de séances annulées par l'étudiant Nombre de patients non rigoureux dans les horaires</p>
Nombre des rencontres	<p>Répartition des patients selon le nombre de rencontres et le type de pathologie Nombre moyen de rencontres / patient % de satisfaction patient (QE)</p>
Durée des rencontres	<p>Temps consacrés aux patients pour les différents types de séances % de satisfaction patient, enquêteur, titulaire (QP, QE, QT)</p>
Modalités des rencontres	<p>Répartition des modalités de rencontres (séances collectives, individuelles, accompagnées) % de présence du titulaire dans les séances</p>

LES OUTILS DU SUIVI EDUCATIF

<p>Dossier patient (Annexe 9)</p>	<p>Nombre d'items rajoutés, item inutiles Temps consacré au remplissage Nombre d'enquêteurs ayant rencontré des difficultés pour le remplir</p> <p>Evaluation de l'outil par retour d'expérience</p>
<p>Diagnostic éducatif (Annexe 10)</p>	<p>Répartition du nombre de séances requises pour sa réalisation Temps consacré pour sa retranscription écrite</p> <p>Retour d'expérience sur sa réalisation (difficultés rencontrées, accessibilité aux informations)</p>
<p>Séances éducatives</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fiche de suivi des séances(Annexe 12) - Fiche des thèmes (Annexe 11) - Evolution des séances (Annexe 13) 	<p>Répartition des thèmes abordés selon chaque pathologie % de recherches nécessaires pour répondre aux objectifs % de patient exprimant l'objectif principal fixé avec l'enquêteur % de séances éducatives ayant répondu aux objectifs fixés % d'intervention des médecins et pharmacien dans la gestion des séances</p> <p>Retour d'expérience de l'enquêteur</p>
<p>Documentations proposées aux patients</p>	<p>% de patients pour qui un document a été proposé % patient ayant refusé les documents % de patients ayant intégré les documents Type de documents proposés (brochures,...)</p> <p>Retour d'expérience de l'enquêteur</p>
<p>Supports pédagogiques utilisés</p>	<p>% de séances ne nécessitant aucun support Type de supports utilisés (impact du tri de boîtes, etc.)</p>

RESSENTI DES DIFFERENTS ACTEURS

<p>Mesure de la satisfaction des patients (QP)</p>	<p>% de patient satisfait % de patient ayant noté des répercussions sur sa maladie % de patient n'ayant pas apprécié des choses désagréables ou contraignantes dans la démarche % de patient estimant avoir une meilleure gestion de leur traitement % de patient ayant communiqué à leurs proches, ayant conseillé à leurs proches cette démarche % de patient referant appel à la méthode pour une autre pathologie</p> <p>Retour d'expérience (QE)</p>
<p>Ressenti global du titulaire (QT)</p>	<p>Étapes clés de la démarche selon les titulaires Nombre de titulaire satisfait Nombre de titulaire estimant avoir aidé l'étudiant Nombre de titulaire pensant que cette démarche a perturbé l'organisation officinale Nombre de titulaire pensant que cette activité est faisable à l'officine Nombre de titulaire pensant qu'une formation est nécessaire Nombre de titulaire estimant que leurs patients sont satisfaits Nombre de titulaire ayant évalué le rapport bénéfice / temps consacré à la démarche</p>
<p>Ressenti global du médecin (QM)</p>	<p>Avis des médecins (mécontentement, satisfaction, encouragement) (questions ouvertes)</p>
<p>Ressenti global de l'enquêteur (QE)</p>	<p>Nombre d'enquêteurs satisfaits Nombre d'enquêteurs ayant une meilleure approche des problèmes du patient, Nombre d'enquêteurs ayant rencontré des difficultés morales, matérielles ou relationnelles (RDV manqué, cancer.) Nombre d'enquêteur estimant le rapport bénéfice /temps consacré (suffisant/faible/non estimable) Nombre d'enquêteurs estimant qu'une formation est nécessaire</p>

<p>Relationnel entre les acteurs</p>	<p>% de patient orienté vers d'autres professionnels de santé % de patient informé de l'existence d'un réseau % de patient ayant intégré ce réseau Répercussion des rencontres dans la relation avec le médecin et le pharmacien selon le patient % de patient considérant que l'enquêteur a pris en compte ses particularités (QP) % de patient ayant parlé à leur médecin de cette démarche % enquêteur ayant pris en compte les particularités des patients (QE) % de rapport final verbal ou écrit transmis aux médecins Ressenti sur la collaboration médecin/pharmacien</p>
<p>IMPACT ECONOMIQUE DE LA DEMARCHE</p>	
<p>Evaluation de l'impact économique de la démarche de suivi éducatif</p>	<p>Coût moyen global par patient Nombre de patients abordant la notion de service payant (QP) Nombre de titulaire estimant qu'une rémunération est nécessaire (QT) Rapport bénéfice / temps passé selon les titulaires et l'éducateur (QT, QE)</p>

RESULTATS

Le tableau récapitulatif des résultats se trouve à l'Annexe 18.

1. Profils des inclusions

1.1. Profil des patients

Compte tenu de l'objectif principal de l'étude, à savoir l'analyse de la faisabilité de la démarche éducative à l'officine, nous avons regroupé les données des 5 officines ayant participé au recueil.

Les données exploitées étaient basées sur le nombre total de patients pour lesquels la démarche était validée dans son intégralité (soit 43 patients) : réalisation d'un diagnostic éducatif ; exécution, ou non, d'une ou plusieurs séances éducatives selon les besoins issus de ce diagnostic éducatif et validation du questionnaire patient (QP) à la fin de la période d'étude. Ainsi, sur les **73 patients sollicités** pour la démarche, seuls **43** (soit 59%) d'entre eux étaient inclus dans la suite des données statistiques (soit 7 pour asthme/BPCO, 8 pour insuffisance cardiaque, et diabète de type II, 10 pour AVK et migraine) ; nous avons exclu les **21 refus** (soit 29%) et les **9 abandons** en cours d'étude (soit 12%) pour une meilleure cohérence des résultats (analyse per protocole), mais nous avons tenu compte des expériences vécues avec l'ensemble des patients lors de la discussion. Notons enfin que nous avons obtenu un taux de remplissage du questionnaire patient de 91% avec 39 questionnaires remplis (1 questionnaire pour 2 patients en couple, 3 autres non effectués car 1 patient décédé en cours d'étude, 1 patient hospitalisé et 1 patient injoignable).

Ainsi, chaque étudiant a rencontré entre 7 et 10 patients pour ce suivi éducatif spécifique.

1.1.1. Age

Les caractéristiques démographiques des 43 patients inclus sur la période d'étude étaient les suivantes :

- âge moyen : 63 ans, écart type : 18,9
- médiane : 70
- extrêmes : 6 - 90 ans

1.1.2. Sexe

Nous avons inclus 47% de patients de sexe féminin. Cela n'est pas représentatif d'un échantillon de population française car les femmes sont majoritaires en nombre (INSEE 2005). Cette proportion dépend évidemment du type de pathologie considérée. Cela n'influe pas sur la démarche éducative – en dehors des relations classiques éducateur / éduqué, homme / femme et de différentes classes d'âge.

1.1.3. Nationalité et culture

95% des patients recrutés étaient de nationalité française.

1.1.4. Langage et niveaux de compréhension

98% s'exprimaient en français. Le niveau de compréhension réciproque était estimé par l'enquêteur comme étant « suffisant » dans 93% des cas, comme étant « médiocre » dans 7% des cas.

1.1.5. Catégorie socioprofessionnelle

On a noté une majorité de patients retraités ayant accepté les rendez-vous à l'officine (Figure 14). Un seul patient exerçait dans le domaine de la santé.

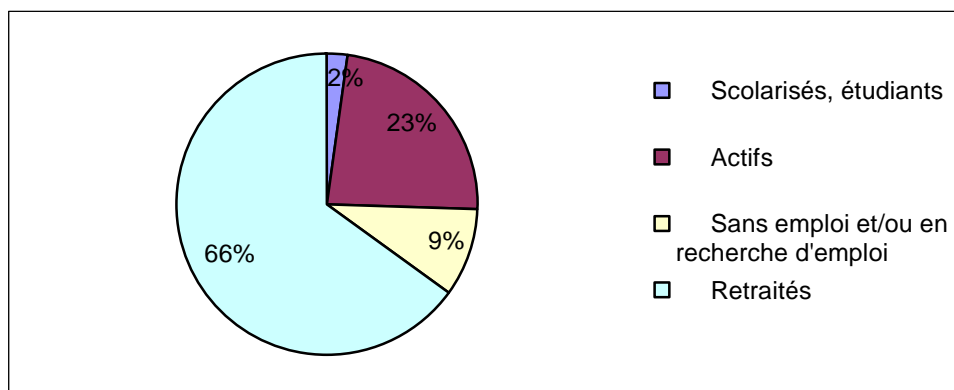


Figure 14 : Répartition des patients selon la catégorie socioprofessionnelle (n = 43)

1.1.6. Contexte médical et thérapeutique avant l'étude

Les patients se présentaient en général 1 fois par mois à l'officine (Figure 15).

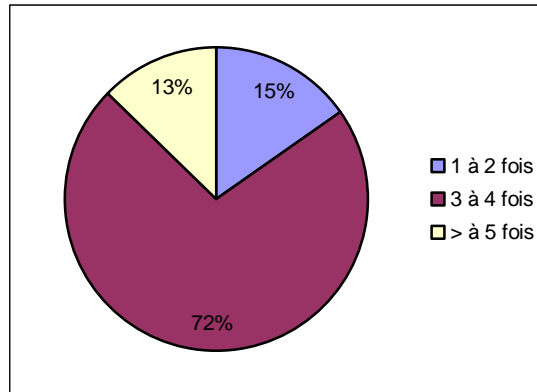


Figure 15 : Nombre de fois où le patient se présente à l'officine, par trimestre (n = 39)

Dans cette population majoritairement âgée, le contexte médical des patients, déterminé lors du remplissage du dossier patient, se caractérisait par un nombre de patients à multiples pathologies (67%), une polymédication (77%) et une faible tendance à l'automédication (74%) (Figure 16) ; cette dernière était considérée comme « moyenne » lorsque le patient prenait des médicaments non prescrits si besoin ou par période. Ce contexte se complétait également par l'entourage médical relatif à la pathologie d'inclusion à l'étude (Figure 17) : 79% consultaient 1 médecin généraliste + un ou plusieurs spécialistes pour la pathologie d'inclusion à l'étude. Soulignons par contre que près de 20% des patients n'étaient pas suivis par un spécialiste. Aucun des patients ne bénéficiaient d'une hospitalisation à domicile (HAD).

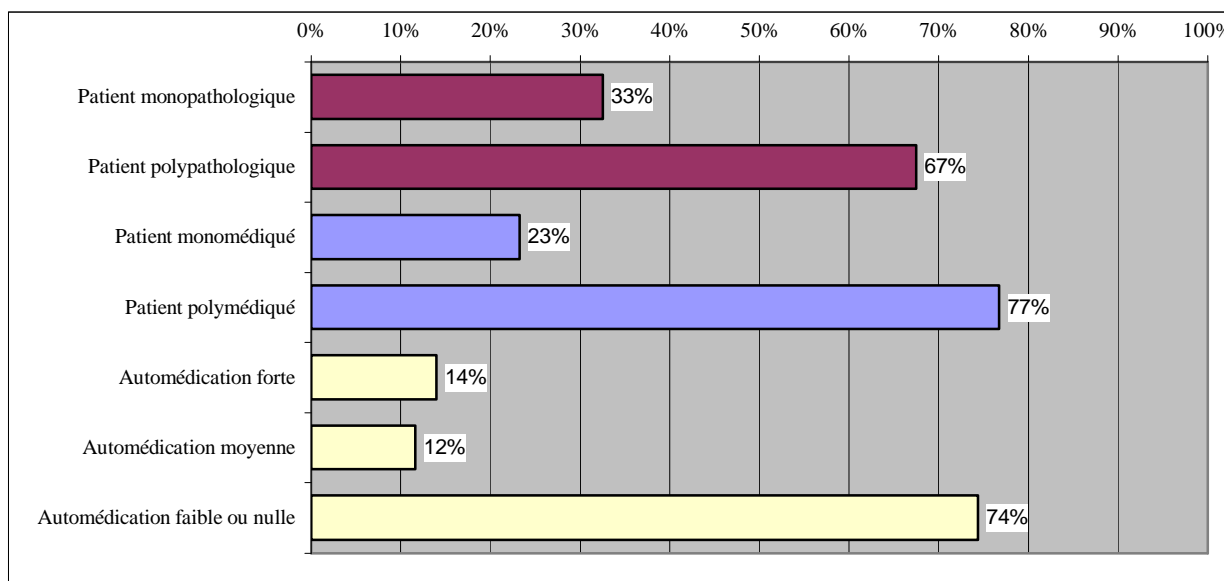


Figure 16 : Répartition des patients selon les nombres de pathologies et le niveau de médication (n = 43)

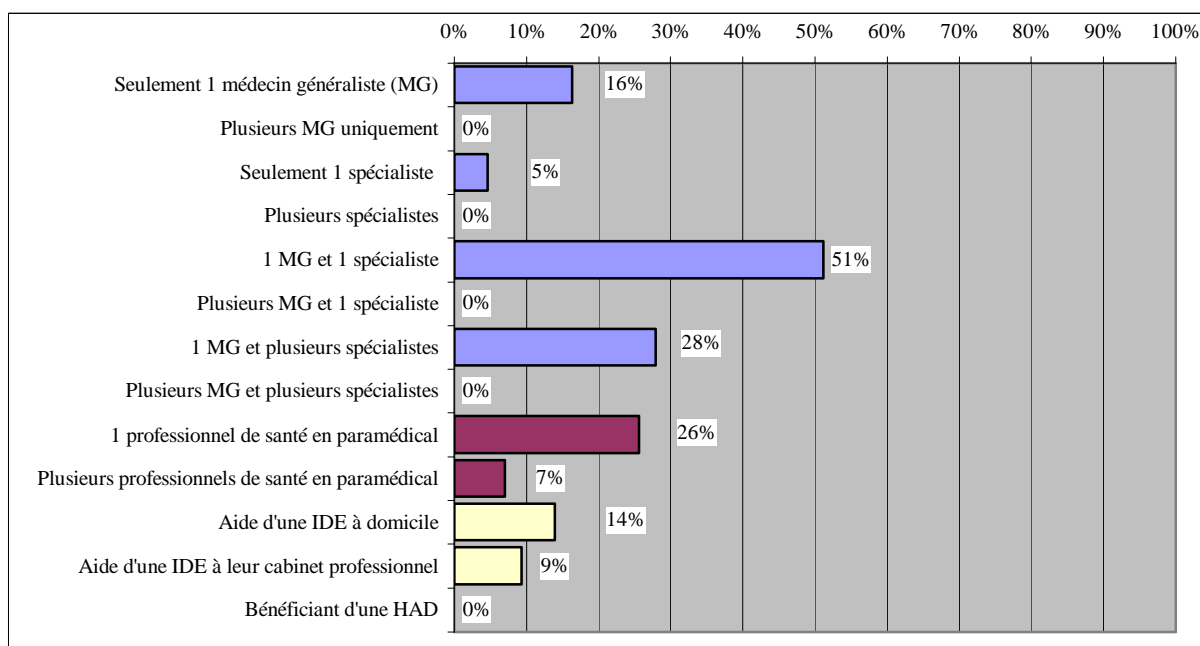


Figure 17 : Entourage médical des patients recrutés (n = 43)

Concernant les pathologies suivies par analyses médicales, nous avons évalué que 88% des patients les effectuaient correctement, à la bonne fréquence et en conservant les résultats (Figure 18).

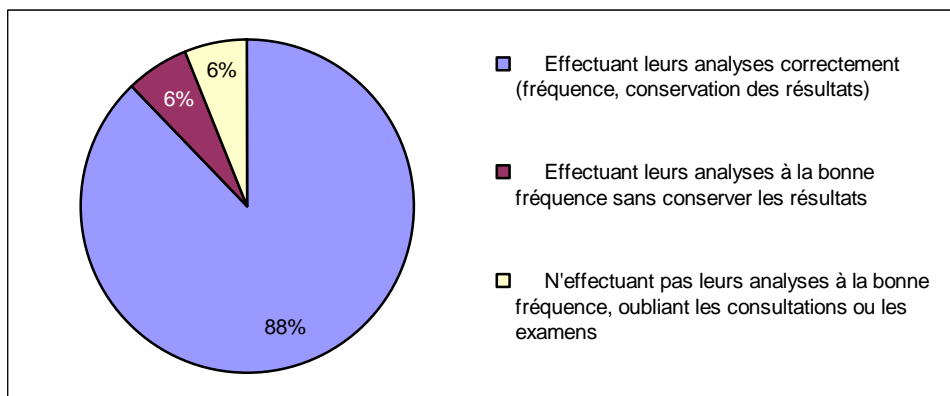


Figure 18 : Les patients et leurs analyses biologiques (n = 43)

Sur les 5 pathologies de l'étude, toutes étaient concernées par l'existence d'un réseau spécialisé. 2% des patients y étaient intégrés avant l'étude.

1.1.7. Acceptation de la pathologie / du traitement

Dans ce contexte médical, on a noté que les patients ayant choisi de participer à l'étude acceptaient déjà de façon globale leur pathologie et leur traitement (Figure 19) selon le diagnostic éducatif établi par l'enquêteur.

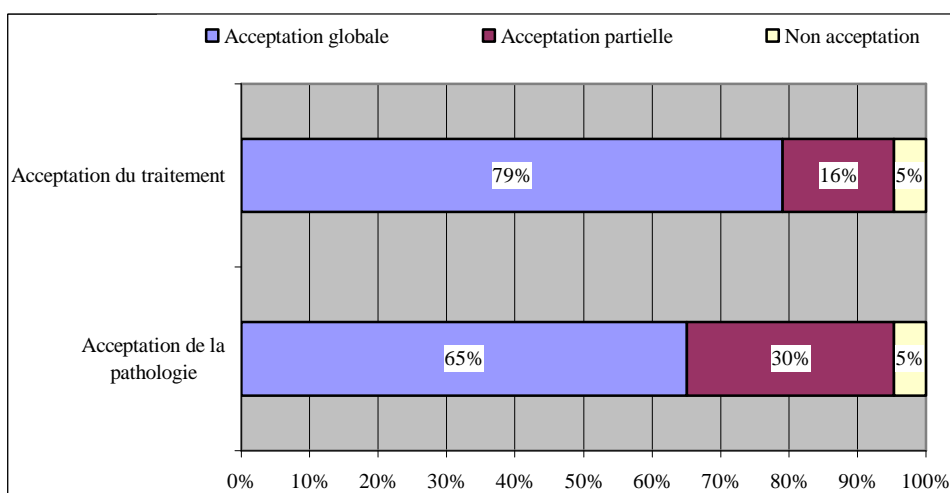


Figure 19 : Niveaux d'acceptation de la pathologie et du traitement (n = 43)

Avant l'étude, 41% des patients se posaient des questions sur leur pathologie ou leur traitement. Une grande majorité n'avait pourtant jamais participé à une offre d'éducation thérapeutique formalisée pouvant leur apporter des réponses nécessaires (Figure 20).

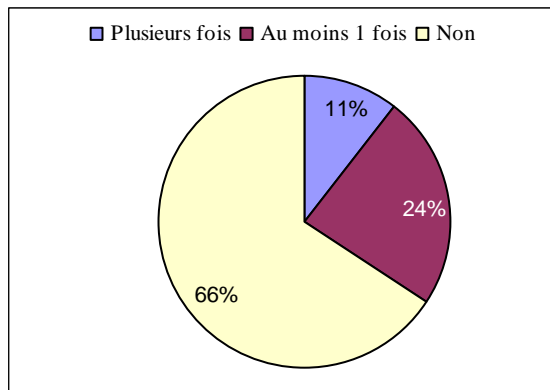


Figure 20 : Patients ayant bénéficié d'une éducation thérapeutique avant l'étude (n = 39)

1.1.8. Respect des critères d'inclusion

La population sélectionnée respectait le choix initial d'hétérogénéité dans les critères d'âge, de sexe, de catégorie professionnelle, de nationalité et de niveau d'expression. Les patients inclus abordaient de façons très différentes leur traitement et leurs pathologies.

1.2. Profil des officines et titulaires – maîtres de stage

Sur les 5 titulaires concernés par l'étude, aucun ne se consacrait à des activités relatives à des associations de malades et deux participaient à des associations de prévention. Seul l'un d'entre eux exerçait une activité de formation continue proposée par une entreprise de grossiste répartiteur. Tous déclaraient n'avoir jamais eu d'expérience antérieure particulière en terme d'éducation thérapeutique formalisée.

Nous avons pris soin de réaliser les rendez-vous pharmaceutiques dans des officines diverses, qui de ce fait ont intégré notre démarche de façon différente dans leur organisation professionnelle. Trois d'entre elles sont situées en milieu urbain, dont une est intégrée en centre commercial avec 20% de clientèle fidélisée et les deux autres sont des officines de quartier à activité mixte (entre milieu rural et urbain). La clientèle fidélisée pour les quatre officines non situées en centre commerciale était majoritaire (80%).

1.3. Les médecins entourant les patients inclus

Les statistiques concernent uniquement les 28 médecins ayant retourné le questionnaire rempli (Figure 21), dont 3 (soit 10%) étaient des médecins spécialistes : pneumo allergologue, neurologue et diabétologue.

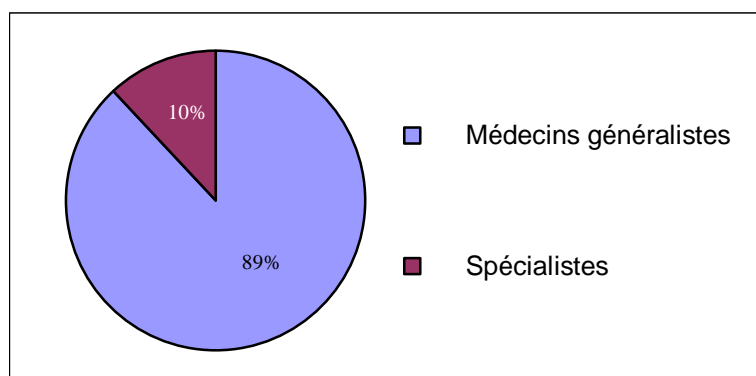


Figure 21 : Catégories de médecins inclus dans les données quantitatives (n = 28)

Suite aux premiers contacts (téléphonique ou courrier), peu de médecins ont demandé des informations supplémentaires (14%) et aucun n'a cherché à contacter le titulaire au sujet de cette étude.

Plus de la moitié (61%) n'avait jamais eu d'expérience particulière en éducation thérapeutique (Figure 22). 13 médecins (soit 46%) se consacraient à des activités de formation (Figure 23) et 3 médecins (soit 11%) participaient à des associations de prévention et des associations de malade. Tous les médecins spécialistes interrogés déclaraient effectuer des éducations thérapeutiques au cours de leurs consultations, versus moins de 20 % des généralistes (faute de temps et de formation adaptée).

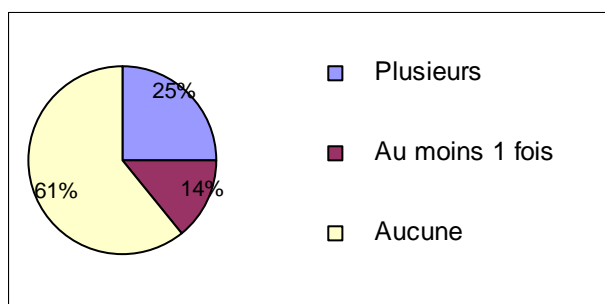


Figure 22 : Existence ou non d'expériences antérieures en éducation thérapeutique pour les médecins de l'étude (n = 28)

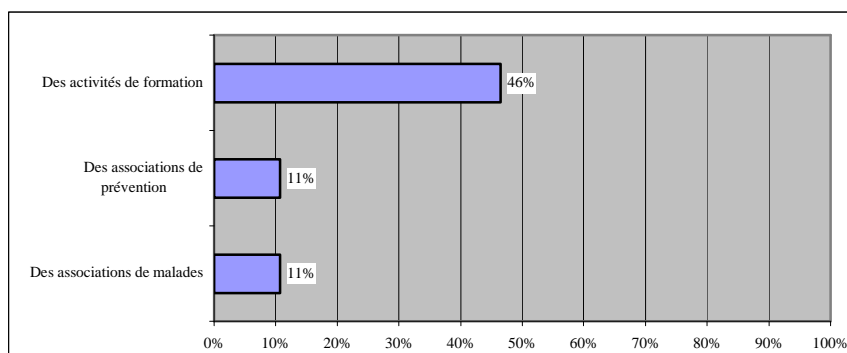


Figure 23 : Nature des expériences en éducation thérapeutique pour les médecins de l'étude (n = 28)

75% des médecins interrogés travaillaient en étroite collaboration avec d'autres professionnels de santé (Figure 24) et la presque totalité trouvaient cette collaboration satisfaisante (Figure 25), ce qui correspond de toute façon aux pratiques actuelles et à une interdépendance croissante entre professionnels¹⁵⁰.

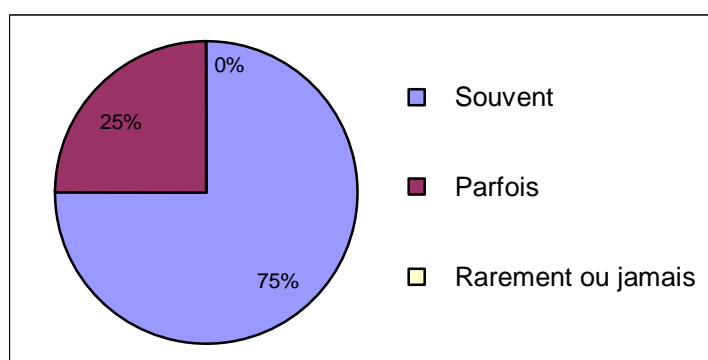


Figure 24 : Fréquence de travail en collaboration étroite avec d'autres professionnels de santé selon la pratique des médecins de l'étude (n = 28)

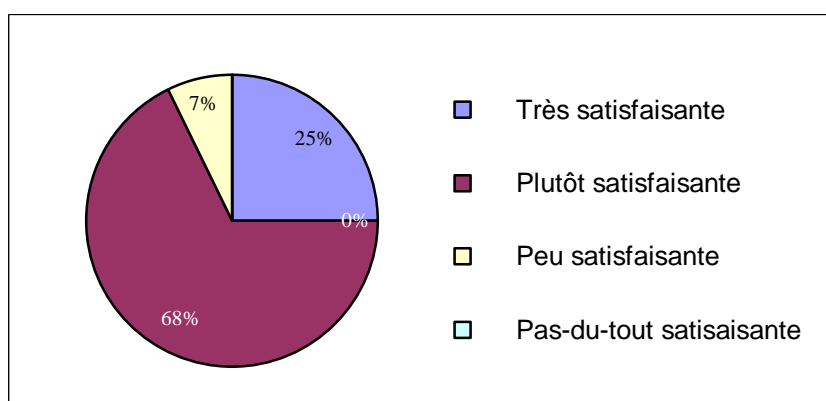


Figure 25 : Avis des médecins sur la collaboration entre professionnels de santé (n = 28)

1.4. Les enquêteurs

Les 5 étudiantes, stagiaires en 6^{ème} année Officine, avaient travaillé en officine plus de 700 heures avant l'étude (de 500 à 1046 heures). Toutes avaient également suivi une formation de base à l'approche éducative. Toutes avaient pratiqué des éducations thérapeutiques avant de réaliser celles pour l'étude, notamment dans le cadre de leur stage hospitalier.

2. Critères de faisabilité de la démarche éducative

2.1. Pertinence de l'information apportée aux différents acteurs au sujet de la démarche

2.1.1. Information des différents acteurs

2.1.1.1. Acceptabilité des patients d'entrer dans le dispositif

Dans la moitié des cas (51%), l'acceptabilité de participer à l'étude a demandé un délai de réflexion au patient, ou un apport d'informations complémentaires de la part du recruteur. Dans les autres cas, l'acceptabilité de cette étude a été jugée « directe ». (Figure 26). Cela a été le cas pour près de la moitié des patients inclus (49%).

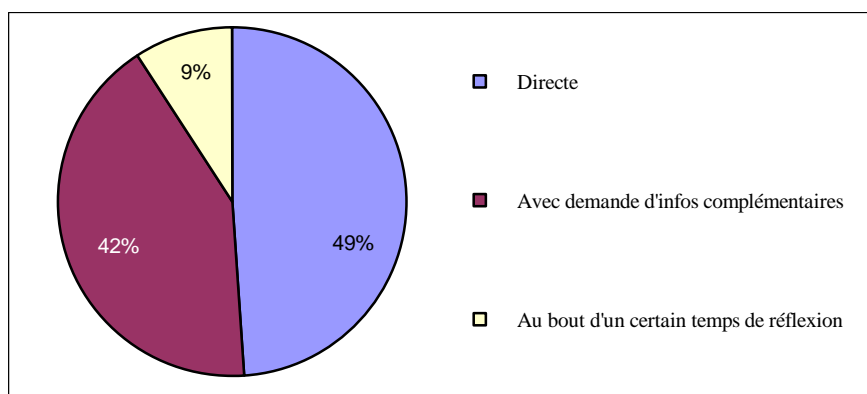


Figure 26 : Répartition des niveaux d'acceptation de participer à l'étude par les patients (n = 43)

Les raisons d'acceptation ont été demandées aux patients et sont exposées à la Figure 27.

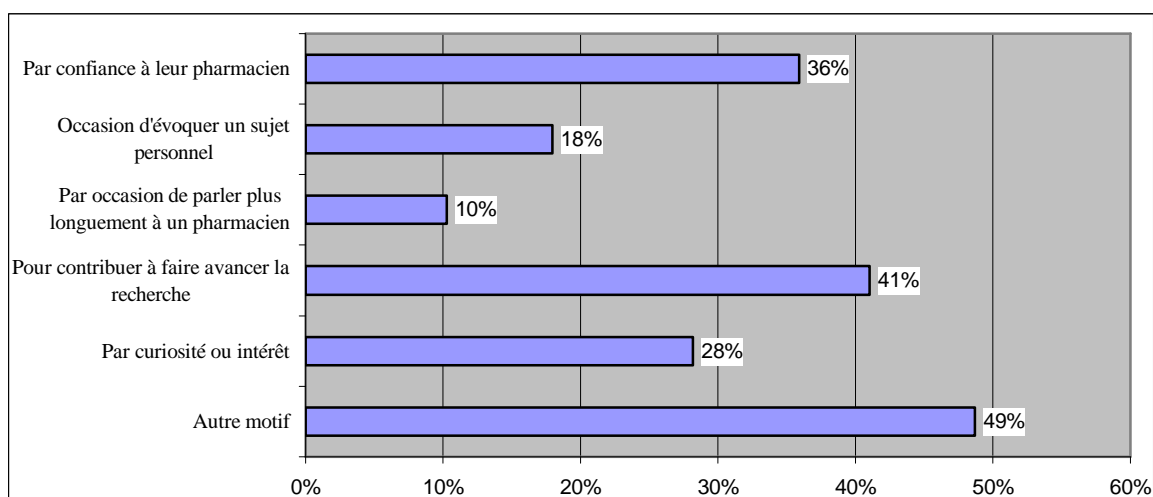


Figure 27 : Raisons d'accepter de participer à l'étude selon les patients (n = 39)

Le taux de remplissage du questionnaire patient était de 91% (39 questionnaires remplis).

67% des patients ont exprimé l'objectif principal qu'ils s'étaient fixés avec l'étudiant, en général, celui de faire plaisir à l'enquêteur.

2.1.1.2. Taux de réponse des médecins

Quatre-vingt-cinq pourcents des 33 médecins sollicités, informés de la participation de leur patient à l'étude, ont retourné le questionnaire rempli.

2.1.2. Recrutement des patients

Les patients fidélisés ont été recrutés directement par le titulaire maître de stage ou par l'étudiant, sur conseils éventuels du titulaire et après consultation de l'historique médicamenteux (Figure 28). Le reste de l'équipe officinale est également intervenu à ce niveau. Enfin, en cours d'étude, certains patients se sont présentés d'eux-mêmes parce qu'ils avaient entendu parler de cette démarche au sein de l'officine.

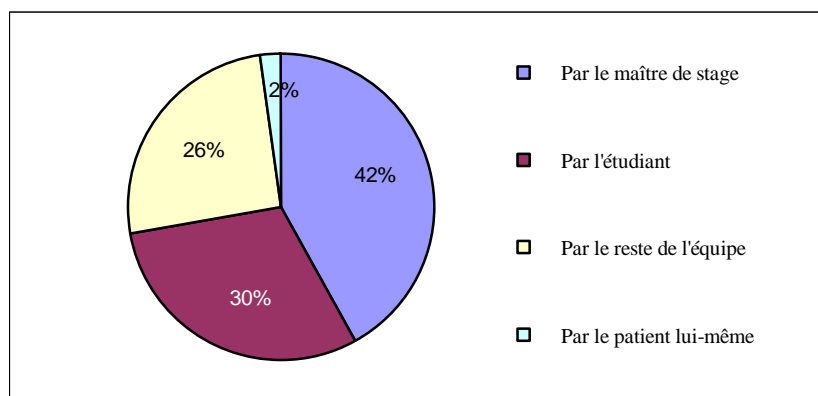


Figure 28 : Répartition des modes de recrutement des patients (n = 43)

2.1.3. Refus

On dénombre 8% de refus directs catégoriques et 21% de refus avec une justification de raison. Nous aborderons les causes précises de refus dans la partie de discussion.

2.1.4. Abandons en cours d'étude

Douze pourcents des patients ont abandonné en cours d'étude. Nous avons choisi de ne pas les inclure dans les données numériques afin d'homogénéiser et de pouvoir interpréter les résultats avec les patients ayant fait l'objet d'une intervention éducative en globalité. Nous aborderons les causes précises d'abandon dans la partie de discussion.

2.2. Organisation spatio-temporelle

2.2.1. Les lieux des rencontres

Les titulaires ont tous accordé aux enquêteurs des visites au domicile pour les patients volontaires. Nous avons ainsi rencontré 3 patients (soit 7%) uniquement à domicile et 40 patients (soit 93%) à l'officine ou de façon mixte. Parmi ces derniers, 6 patients (soit 15%) ont été rencontrés au moins une fois à leur domicile lors du suivi éducatif. La Figure 29 expose les différents lieux de rencontres pour les 40 patients suivis à l'officine. Treize patients (soit 33%) ont été rencontrés de façon mixte entre le comptoir et un espace de confidentialité

prévue à cet effet, mais aucun patient n'a été reçu au comptoir uniquement. Enfin, les 68% restant ont été rencontrés dans un espace de confidentialité uniquement, deux officines sur cinq ont spécialement créé cet espace.

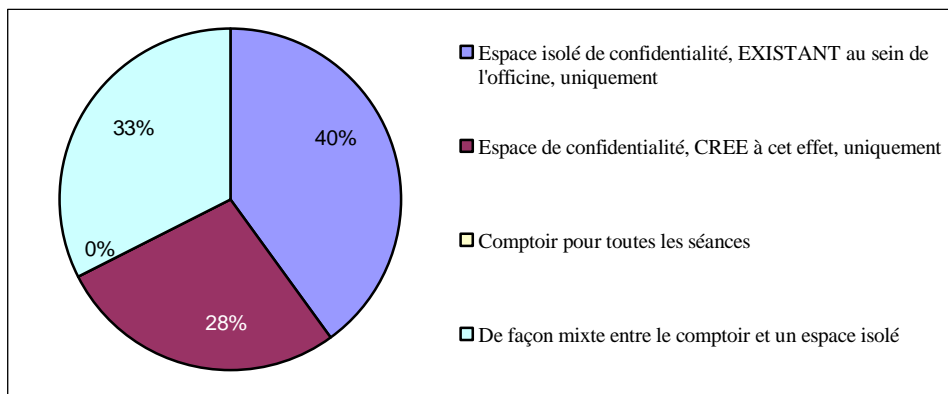


Figure 29 : Répartition des lieux de rencontre au sein de l'officine (n = 43)

97% des patients ont estimé que la zone d'accueil convenait et 24% auraient préféré des rencontres à domicile.

2.2.2. Données temporelles de la démarche

2.2.2.1. Période d'intervention

L'importance de l'éducation apportée variait selon le moment d'intervention dans le traitement du patient : il pouvait s'agir d'une introduction de traitement, d'une période précoce inférieure à 1 an après initiation ou d'un traitement en cours depuis plus de 5 ans (Figure 30).

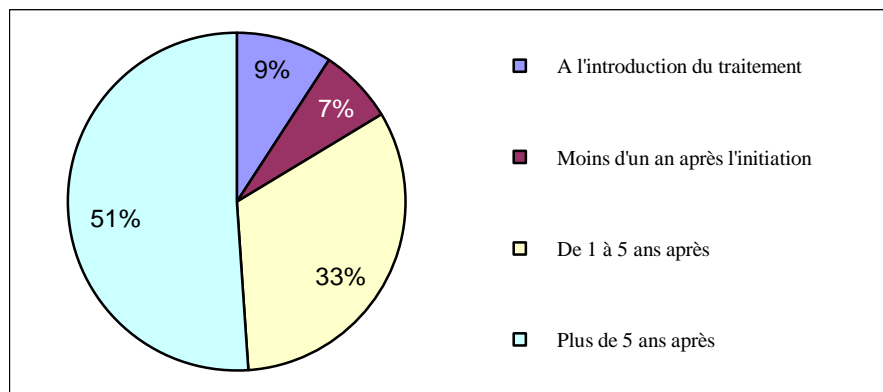


Figure 30 : Périodes d'intervention dans le traitement de la pathologie chronique (n = 43)

2.2.2.2. Aménagement de plages horaires

Deux titulaires sur cinq ont aménagé des plages horaires, et ce de façon aléatoire. Les 5 étudiantes étaient satisfaites des horaires de rendez-vous. L'avis des patients était similaire : 100% étaient satisfaits par les horaires des rendez-vous.

2.2.2.3. Assiduité

L'annulation des séances a concerné 14% des cas quand c'était le patient qui ne s'était pas présenté lors du rendez-vous, et n'était que de 4% quand c'était l'éducateur qui n'avait pas pu être disponible (causes maladie, formation imprévue ou suractivité officinale). Ainsi, nous estimons à 7 (soit 16%) les patients non rigoureux dans le respect des rendez-vous fixés avec l'éducateur, c'est-à-dire les patients qui n'ont pas prévenus de leur absence à presque toutes les séances, ou ceux qui se présentaient à des horaires très différents de ceux fixés, pouvant perturber l'organisation de l'éducateur.

2.2.2.4. Nombre de séances

Les rencontres entre le patient et l'enquêteur se sont surtout effectuées en 1 ou 2 fois car elles correspondaient soit à 1 séance où diagnostic éducatif et séance éducative étaient confondus, soit 2 séances distinctes (Figure 31). Cependant, nous avons constaté des différences sur le nombre de rencontres en fonction des pathologies (Figure 32) : les patients sous AVK ont été rencontrés majoritairement 1 à 2 fois, alors que les patients diabétiques ont été rencontrés 4 à 5 fois. 76% des patients étaient satisfaits du nombre de rencontres qui leur avaient été proposées (Figure 33). En moyenne, chaque éducateur compte 2,7 séances par patient et 22,8 séances au total au cours de ces six mois.

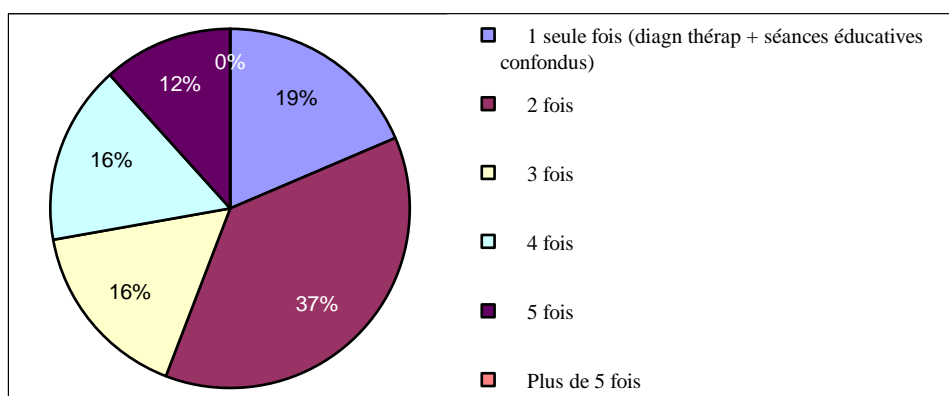


Figure 31 : Nombre de rencontres pour chaque patient (n = 43)

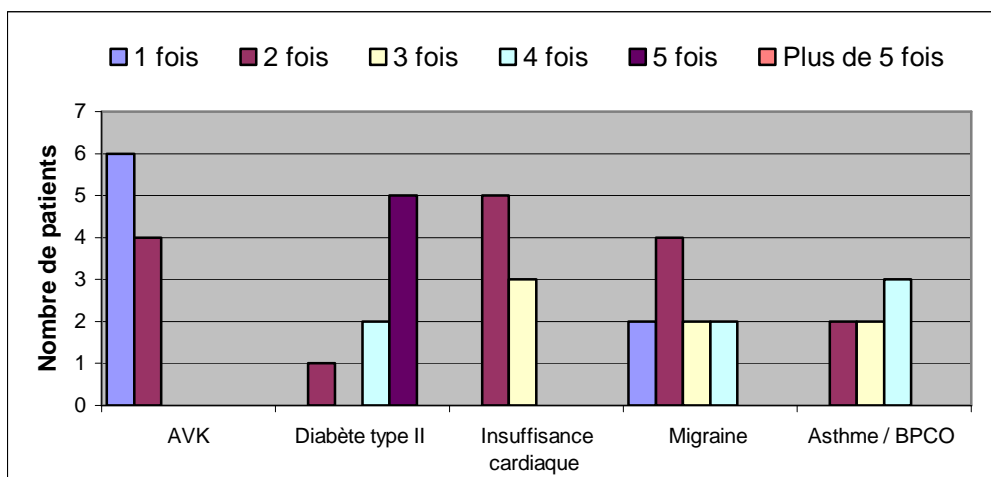


Figure 32 : Répartition des patients en fonction du nombre de rencontres selon le type de pathologie (n = 43)

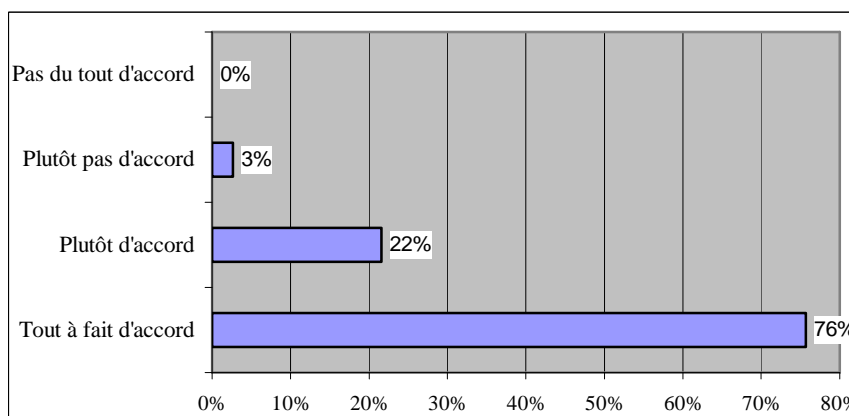


Figure 33 : Avis des patients sur le nombre de rencontres (n = 39)
 « Le nombre de rencontres vous a-t-il convenu ? »

2.2.2.5. Durée des séances

On a constaté que les rencontres pour établir un diagnostic éducatif étaient d'une durée moyenne proche de celle fixée dans le protocole d'étude (44 minutes estimées pour 40 minutes initialement prévues dans le protocole), alors que les séances éducatives étaient plus longues que prévu (28 minutes estimées au lieu de 20 minutes prévues). Les séances mixtes étaient de durée très variable et correspondaient en moyenne au cumul des temps prévus dans le protocole : 53 minutes pour 60 minutes (40 + 20) initialement fixées (Figure 34).

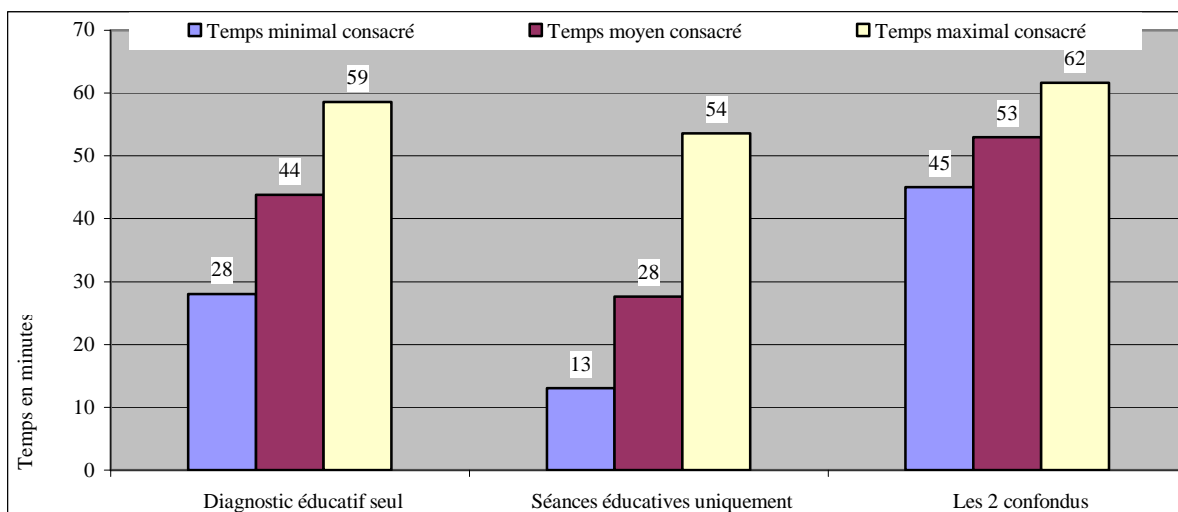


Figure 34 : Temps moyen consacré pour les 114 rencontres effectuées avec le patient (diagnostic éducatif et séances de suivi éducatif pour les 5 enquêteurs)

Plus de 90% des patients ont jugé la durée des séances comme étant adaptée (Figure 35).

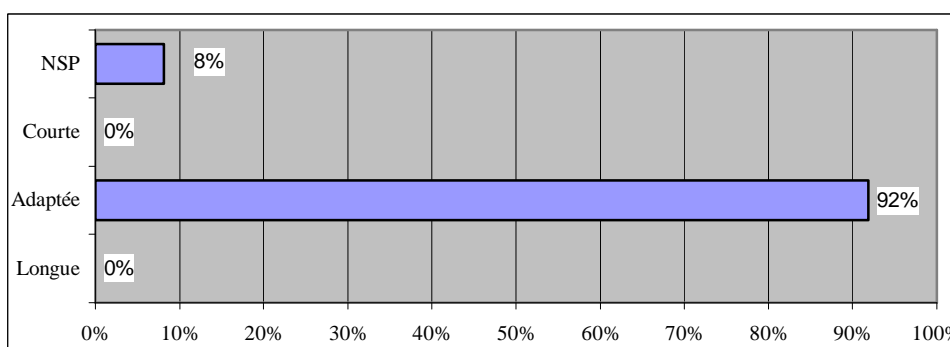


Figure 35 : Avis des patients sur la durée des rencontres (n = 39)

« La durée des rencontres étaient pour vous... »

Enfin, il a paru difficile pour les titulaires d'évaluer la durée des séances et donc d'estimer le rapport bénéfice / temps passé, car aucun n'a participé directement aux rencontres. Seule estimation : aucun titulaire n'a jugé que le temps imparti ait été disproportionné.

2.2.3. Modalités des rencontres

Dans la majorité des cas (93%), le patient s'était présenté seul et a été suivi par l'étudiant enquêteur uniquement (Figure 36). Nous avons considéré comme une séance collective la rencontre simultanée d'un couple de diabétique. Trois patients ont été suivis ou au moins 1 fois suivis par le binôme enquêteur / pharmacien (Figure 37).

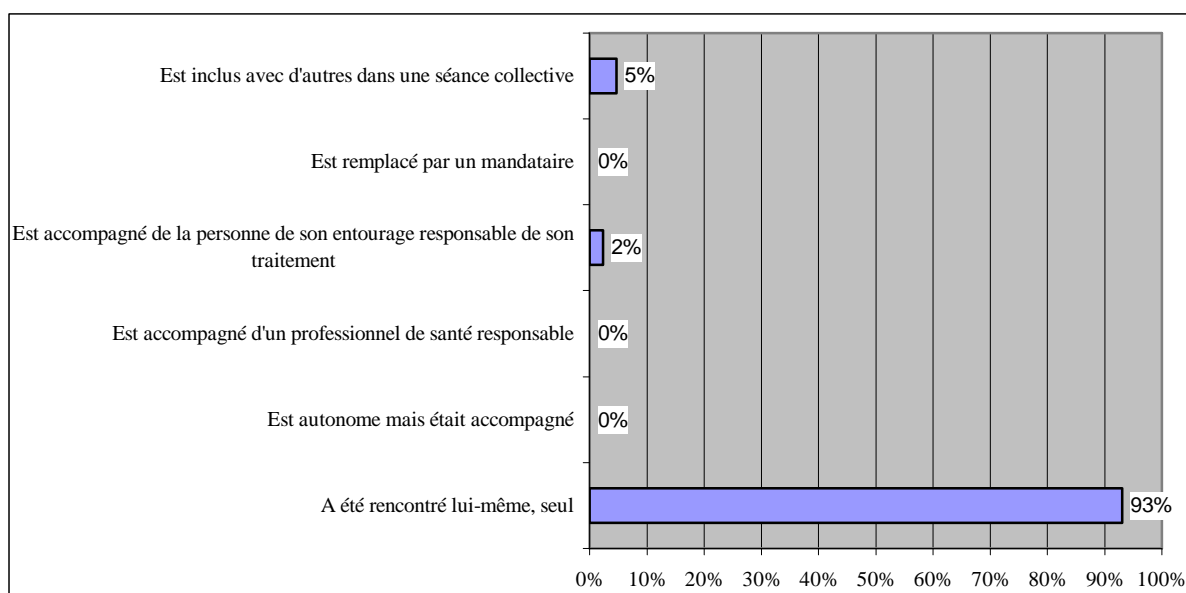


Figure 36 : Modalités des rencontres (n = 43)

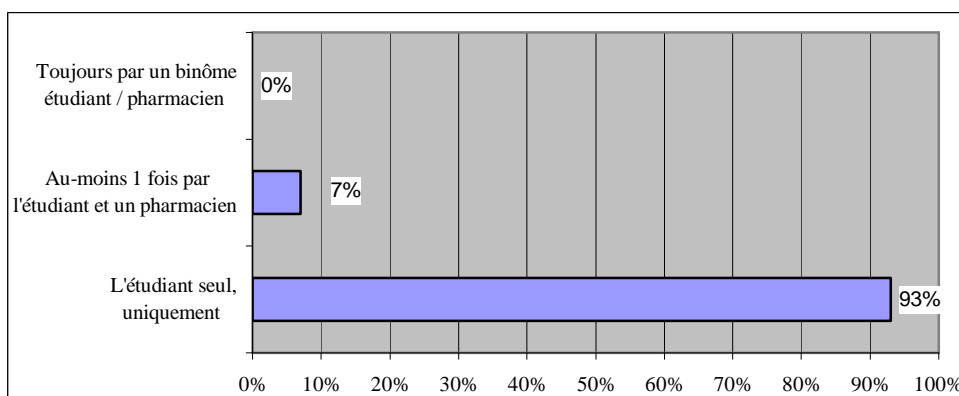


Figure 37 : Les dirigeants des rencontres (n = 43)

2.3. Les outils du suivi éducatif

2.3.1. Le dossier patient

Tous les items ont été utilisés parmi ceux fixés au préalable. Par contre, un item a été ajouté dans le cadre de certaines pathologies : biologie avec les analyses médicales (fréquence des analyses, auto-mesure, réaction face aux résultats).

Des données étaient accessibles directement à l'officine et les étudiantes s'accordaient à dire qu'il était fondamental de pré-remplir le dossier patient avec toutes ces informations accessibles grâce aux logiciels informatiques ou une discussion avec l'équipe officinale. Les 5 étudiantes estimaient qu'il est facile de remplir ce dossier patient en discutant avec le patient. Aucun critère n'apparaissait comme délicat à aborder.

2.3.2. Le diagnostic éducatif

Il a été effectué environ autant de fois en un rendez-vous (53% des cas) qu'en plusieurs fois car il a pu être complété lors des séances éducatives ultérieures (Figure 38). Dans la moitié des cas une synthèse écrite a été réalisée, le temps de réalisation étant très variable d'un enquêteur à un autre (de 5 à 20 minutes en moyenne). En règle générale, les informations récoltées lors de l'entretien ont été retranscrites rapidement après la séance et ont été utilisées pour l'ensemble des séances éducatives. Selon les cinq enquêteurs, la réalisation du diagnostic éducatif s'est avérée complexe. Il a été intéressant de compléter préalablement les données qui étaient accessibles directement à l'officine, notamment en discutant avec l'équipe officinale.

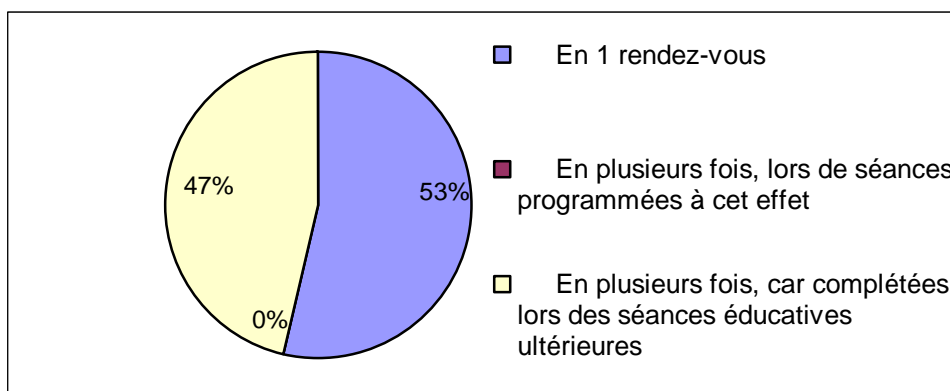


Figure 38 : Nombre de séances pour effectuer le diagnostic éducatif (n = 43)

2.3.3. Les séances de suivi éducatif

Aucun thème n'a été rajouté à ceux déterminés dans le protocole de la démarche (Annexe 11). Ces derniers ont été inégalement abordés si l'on considère toutes les séances (Figure 39). Le suivi des séances, par l'évaluation de la validation de ces thèmes, est différent pour chaque patient, et selon la pathologie. Par contre, certains thèmes ont été abordés plus particulièrement (avec plus de la moitié des patients suivis) dans certaines pathologies (

Figure 40) : appareillage (Asthme BPCO, Diabète), diététique (AVK, Asthme BPCO, Diabète, Migraine), évolution de la pathologie (AVK, Asthme BPCO, Diabète, Migraine), surdosages (AVK, Diabète, IC, Migraine). Le thème des analyses médicales n'a bien entendu pas été abordé dans le cadre de la migraine. Certains thèmes ont été moins abordés (avec moins d'un patient sur deux) : génériques, grossesse / allaitement et inefficacité thérapeutique. En effet, chaque éducateur s'est efforcé de cibler les besoins adaptés à chaque patient et d'aborder les thèmes par ordre de priorité (établi selon le diagnostic éducatif) ; compte tenu du nombre de séances et de leur durée.

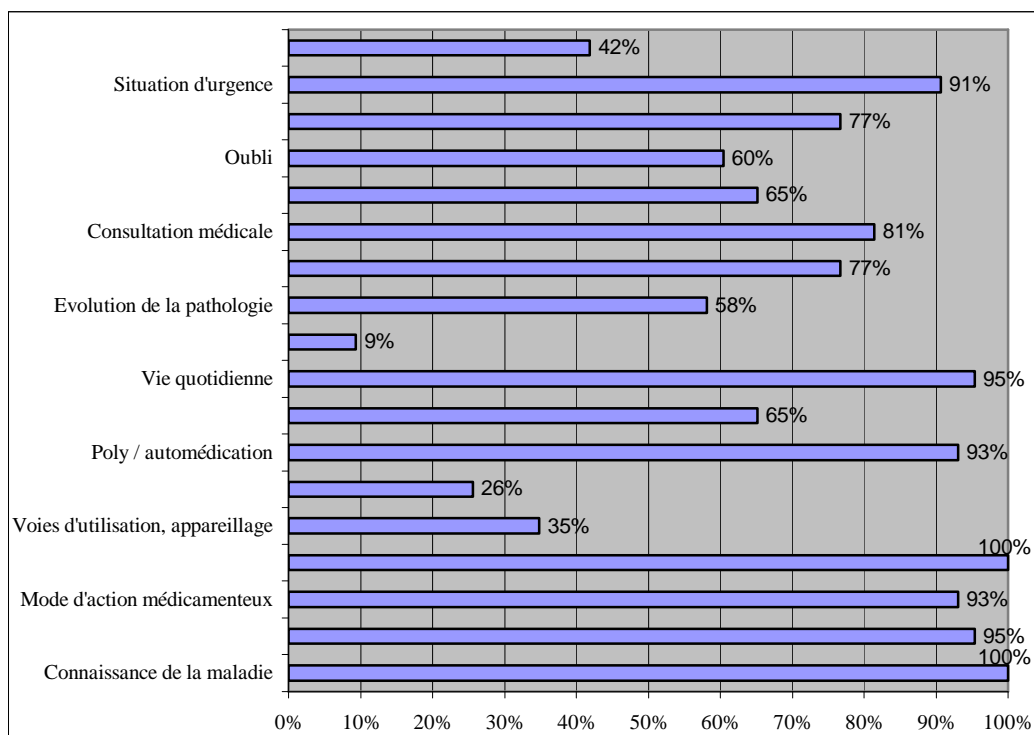


Figure 39 : Utilisation des thèmes fixés selon le diagnostic éducatif lors des séances éducatives (43 patients sur 114 séances)

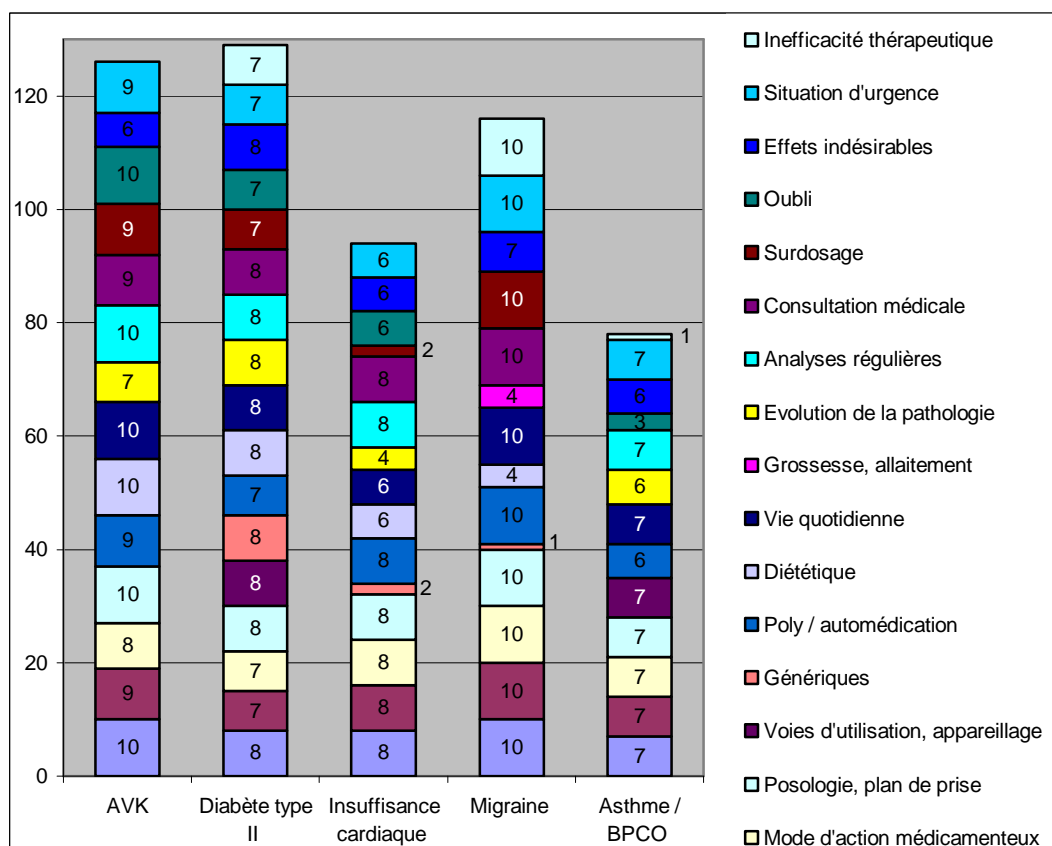


Figure 40 : Nombre de patients pour lesquels ont été abordés les thèmes proposés dans le protocole d'étude, par pathologies

(Rappel : AVK = 10 patients, Diabète type II = 8 patients, Insuffisance cardiaque = 8 patients, Migraine = 10 patients, Asthme / BPCO = 7 patients)

Dans 65% des cas, les thèmes fixés selon le diagnostic éducatif ont été abordés en totalité lors des séances éducatives (Figure 41). De ce fait, 70% des séances éducatives ont répondu totalement aux objectifs thérapeutiques issus du diagnostic éducatif. Dans environ un quart des cas, des recherches supplémentaires ont été nécessaires pour répondre aux objectifs thérapeutiques ou aux questions émanant du patient.

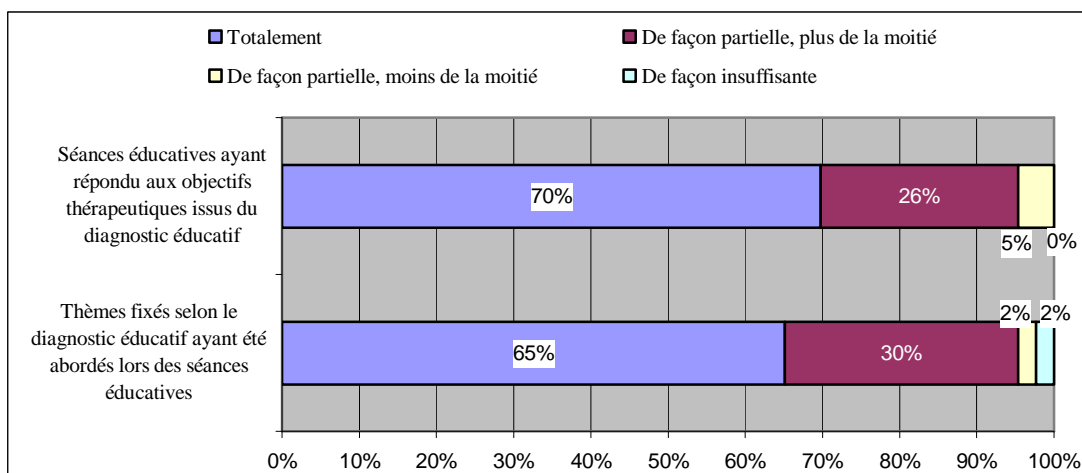


Figure 41 : Relations entre diagnostic éducatif et séances éducatives, pour chaque patient (n = 43)

L'enquêteur a géré seul ses interventions auprès du patient puisqu'un pharmacien ou un médecin n'a dû intervenir que dans respectivement 14% et 12% des cas.

2.3.4. Documents fournis aux patients

Nous avons proposé un document à emporter à 86% des patients. Un patient seulement l'a refusé, affirmant qu'il n'en avait aucune utilité. Six patients sur dix l'ont utilisé et intégré dans la prise en charge de leur traitement.

2.3.5. Supports pédagogiques utilisés au cours des séances

Avant de débiter la démarche de suivi éducatif, chaque étudiant a constitué une « banque » d'outils potentiels à distribuer au patient, inspirés de la littérature et adaptés à chacune des pathologies. Dans seulement 14% des cas, un support pédagogique a été ajouté alors qu'il n'était pas prévu initialement, un enquêteur ayant notamment adapté cet outil à un

usage pédiatrique. Dans moins de 10% des cas, aucun support n'a été utilisé lors d'une éducation patient, ce qui confirme la place centrale de ce type d'outils dans la démarche.

Plus particulièrement, le *tri de boîtes* de médicaments s'est avéré efficace pour déterminer le niveau de connaissance du traitement (Figure 42). En effet, près de 70% des patients ont suffisamment pu distinguer leur traitement et leur rôle. Un quart reconnaît le conditionnement externe seulement et 6% ont commis une erreur sur le choix des boîtes.

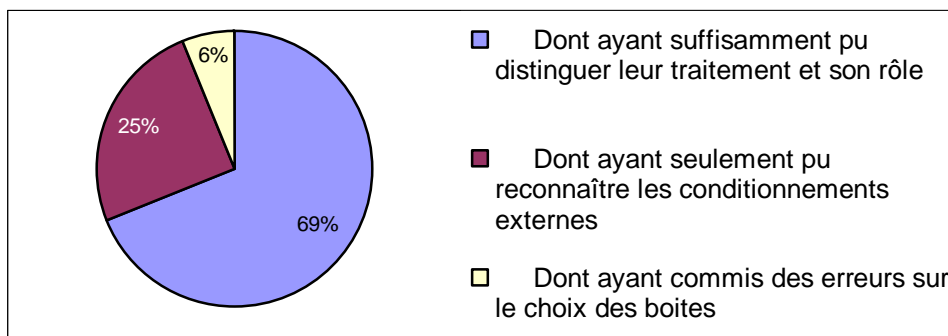


Figure 42 : Les patients face au tri de boîtes de médicaments (n = 43)

2.4. Le ressenti des différents acteurs

2.4.1. Recueil de la satisfaction globale des participants

2.4.1.1. Mesure de la satisfaction des patients

Cette démarche éducative n'a pas eu beaucoup d'impact sur le fait que les patients parlaient plus de leur(s) maladie(s) à leurs proches ou qu'ils communiquaient plus au sujet de leur traitement (un patient sur trois) ; par contre, elle a permis à près de 60% d'entre eux d'accéder à un sentiment de meilleure gestion de leur traitement (Figure 43). Un patient sur deux a noté des changements pour sa santé, 79% referaient appel à cette méthode pour une autre pathologie, 95% conseilleraient ce mode d'échanges à un proche. Au total, 95% des patients étaient satisfaits à très satisfaits par ce suivi (Figure 44). Enfin, 1 seul patient a déclaré n'avoir pas apprécié quelque chose au cours des séances ; il s'agissait du manque de confidentialité de la zone d'accueil.

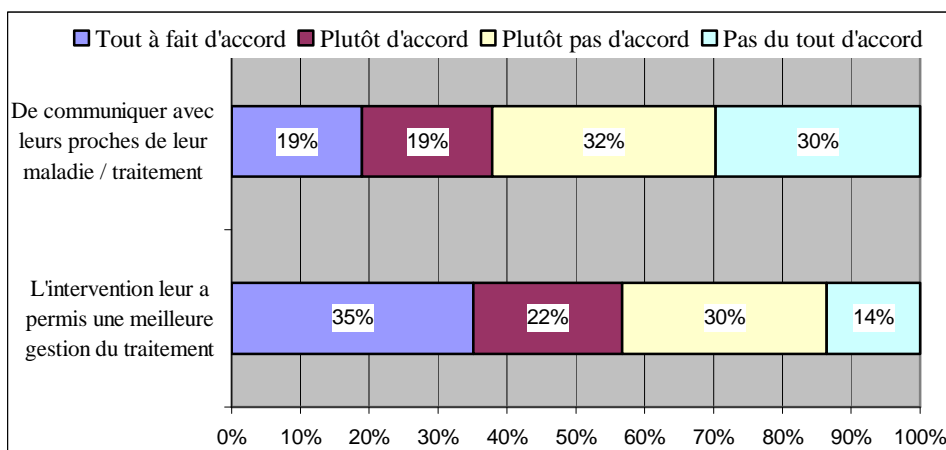


Figure 43 : Avis des patients sur la démarche éducative (n = 39)

« Ces séances vous ont-elles permis de communiquer avec vos proches de votre maladie et/ou de votre traitement ? »
 « L'intervention vous a-t-elle permis une meilleure gestion de votre traitement (plan de prise, surveillance biologique..) ? »

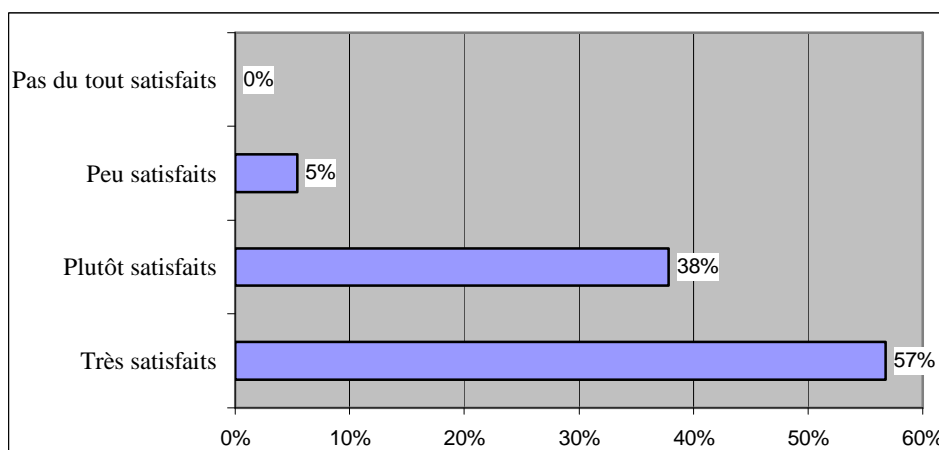


Figure 44 : Avis global des patients sur la démarche d'éducation thérapeutique (n = 39)

« Quelle est votre appréciation globale sur ce suivi ? Etes-vous ... »

2.4.1.2. Recueil du point de vue des professionnels de santé

Pharmacien titulaire

60% des titulaires ont estimé avoir aidé l'étudiant dans son projet. Aucun n'a estimé que ce type d'intervention ait perturbé l'organisation de l'officine. 60% ont pensé que cette activité pouvait aisément se mettre en place au sein de leur officine mais qu'une formation était nécessaire pour développer ce type de service.

Trois titulaires ont pensé que leurs patients étaient très satisfaits par cette démarche, et les deux autres ont jugé qu'ils semblaient plutôt satisfaits. Aucun d'entre eux n'a estimé que la répercussion de ces séances sur leurs relations avec les patients concernés était négative (quatre l'estimaient positive et le dernier ne pouvait l'évaluer). De même, le rapport bénéfice / temps consacré était estimé comme suffisant par les deux seuls titulaires étant parvenu à l'évaluer.

Médecin

Beaucoup des médecins ont encouragé ce type d'intervention. On a dénombré 1 médecin (soit 4%) ayant exprimé un mécontentement au sujet de la démarche : il estimait effectuer l'éducation thérapeutique nécessaire auprès de son patient. Au final, la majorité des médecins concernés par cette étude étaient favorables à ce projet d'éducation thérapeutique à l'officine.

Etudiant enquêteur

L'appréciation globale était positive car les 5 étudiantes étaient satisfaites par la démarche.

L'ensemble des enquêteurs comprenait mieux les problèmes rencontrés par les patients, après cette étude. Des difficultés ont été rencontrées sur un plan moral, relationnel ou matériel (rendez-vous manqués, faire face à un patient en situation difficile à gérer, ...). L'ensemble des enquêteurs pensait qu'une formation était fondamentale pour effectuer ces séances de suivi éducatif. Trois d'entre eux estimaient tout de même qu'un soutien psychologique pour l'éducateur pourrait être nécessaire dans certains cas (patient dépressif par exemple).

Le rapport bénéfice / temps consacré était estimé différemment : deux enquêteurs le trouvaient « suffisant », un l'estimait « faible » et deux le jugeaient « difficilement évaluable ».

2.4.2. Relationnel entre les différents acteurs de la démarche

Les refus ou mécontentements au sujet des notes écrites ou interventions verbales de l'enquêteur étaient rares (1 patient) comme l'illustre la Figure 45. Le patient n'exprimait aucun sentiment au sujet d'éventuelles notes prises pour compléter le dossier patient et le suivi des objectifs thérapeutiques (93% des cas) alors qu'il émettait une satisfaction grâce à la considération que lui procuraient les interventions verbales de l'enquêteur (60%).

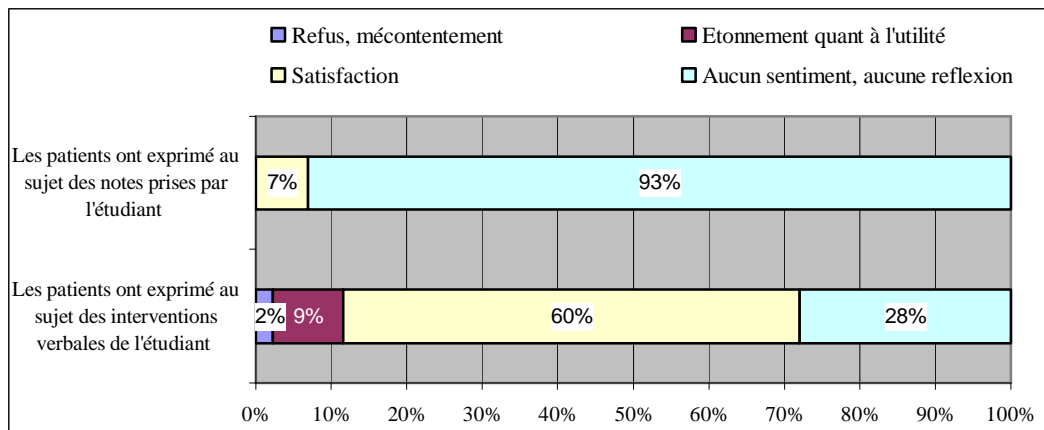


Figure 45 : Réaction du patient face à l'intervention de l'éducateur (n = 43)

Suite au suivi éducatif, 9% des patients ont été orientés vers d'autres professionnels de santé. Nous avons informé 26% des patients de l'existence d'un réseau spécialisé et 27% d'entre eux ont pu intégrer cette structure depuis notre intervention.

Dans la majorité des cas, l'étudiant a eu le sentiment d'avoir pris en compte en totalité les particularités du patient (88%) et d'avoir abordé tout ce qui préoccupait le patient (Figure 46).

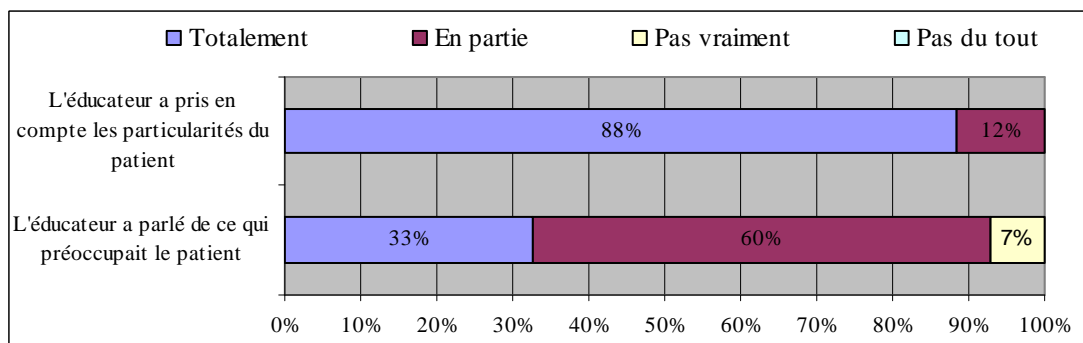


Figure 46 : Ressenti de l'éducateur concernant la manière d'aborder les 43 patients

L'avis des patients va dans le même sens (Figure 47).

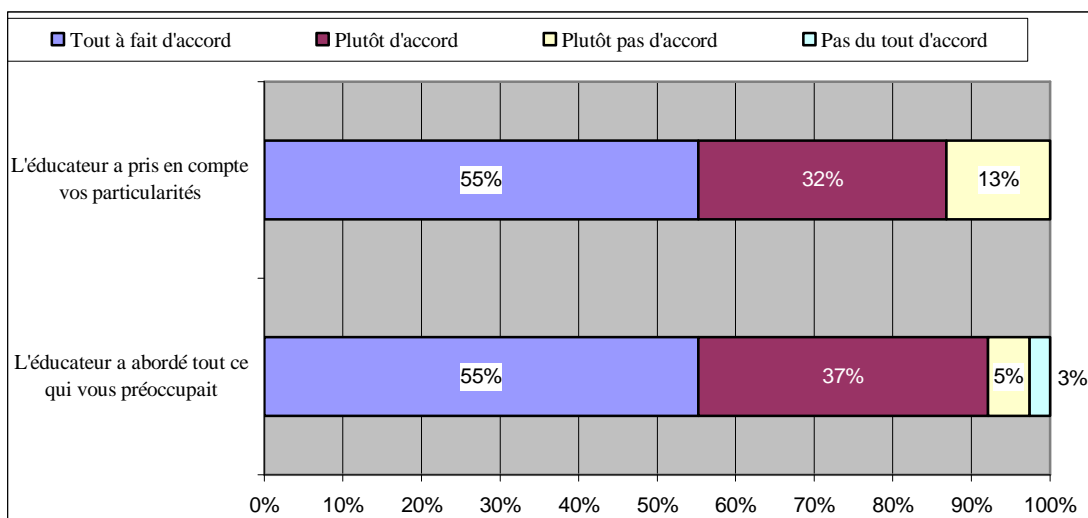


Figure 47 : Avis des 43 patients sur l'intervention de l'éducateur au cours des séances

« Au cours de ces rencontres, a-t-on pris en compte vos habitudes de vie ? »

« Avez-vous pu parler de tout ce qui vous préoccupait ? »

Dans seulement 5% des cas, un rapport final verbal a été communiqué au médecin entourant le patient et concerné par la pathologie de l'étude. L'éducateur « de la migraine » a écrit une synthèse des séances qui a été communiquée au médecin.

Seulement 1 patient sur 5 a parlé de l'étude à son médecin (soit 9 patients). Peu de médecins ont donc pu décrire la répercussion des séances sur leurs patients.

Un patient sur quatre a remarqué des changements dans leur relation avec le pharmacien ou avec le médecin.

2.5. Impact économique de la démarche

La notion de service payant n'a été abordée que par 2% des patients. 3 titulaires sur 5 estimaient que ce service devrait être rémunéré.

Nous avons calculé le coût moyen global par patient (coût horaire réel pour un pharmacien adjoint fixé à 23,06€ au coefficient 500 bulletin de salaire Octobre 2006) : nous comptons 124 minutes (2,1 heures) en moyenne par patient sur les 6 mois d'étude ; nous doublons ce temps pour prendre en compte le temps de préparations des séances (ce doublement est effectué dans le cadre du programme Educ'AVK). Ainsi, nous aboutissons à un coût moyen global par patient qui s'élève à 95,62€.

DISCUSSION

La démarche réalisée de janvier à juin 2006 a pour but d'évaluer la faisabilité actuelle d'un suivi éducatif à l'officine. Dans notre analyse monographique, la détermination des limites et des possibilités à concrétiser dans ce domaine s'effectue de manière structurée, sur base d'un référentiel d'évaluation (ressenti des patients, opinion des professionnels de santé concernés, retour d'expérience de l'éducateur). Dans une première partie, nous présentons les limites de ce travail. Dans une seconde partie, nous discutons les résultats obtenus pour dans une troisième partie, proposer des perspectives d'intégration de la démarche de suivi éducatif à l'organisation officinale.

1. Les biais méthodologiques inhérents à l'étude

Nous analysons ici le processus éducatif développé (sélection des patients, choix de la démarche et des supports...) puis la méthode d'évaluation de la démarche.

1.1. Biais de sélection des patients

Le nombre de patients engagés dans l'étude est de 43, échantillon imposé par la courte période d'inclusion et le choix méthodologique sous-tendant ce travail pilote, à savoir une approche monographique.

Les abandons et refus de participer sont discutés aux points 2.2.1.3 et 2.2.1.4.

Cette démarche pilote favorise la rencontre de personnes volontaires et disposant de temps. L'échantillon est constitué principalement de patients fidélisés, plus faciles à contacter. Ne sont pas incluses les personnes de passage, ou celles se présentant plus rarement à l'officine. La population active est peu représentée (10 patients sur 43).

Quand le titulaire a choisi les patients, il a pu sélectionner des patients ouverts au dialogue, avec un niveau de compréhension suffisant : le suivi éducatif en est a priori facilité dès la sélection du patient.

1.2. Biais liés au lieu d'étude

Nous avons tenté d'établir les critères de faisabilité quelque soit la pathologie concernée et l'organisation officinale dans laquelle s'est effectué le suivi éducatif, afin de rendre la démarche réalisable en toute situation. Cependant, nous étions dans 5 officines différentes, avec une équipe, une pratique et une clientèle différente. Ainsi, chaque expérience vécue a été différente.

Aucune officine ne se situait dans un milieu rural, donc nous n'avons pas pu évaluer la faisabilité de la démarche dans ce type d'officine à organisation différente (acteurs de santé dans un secteur géographique étendu, pratique officinale plus intégrée, liens plus rapprochés avec les patients...).

1.3. Biais liés à la technique d'entretien semi-directif

L'enquêteur peut influencer le patient par ses propres opinions¹⁵¹. L'enquêté peut également modifier son discours de façon à se conformer aux idées supposées de l'enquêteur¹⁵². Ce biais est difficilement mesurable dans notre étude car c'est une notion subjective qui dépend de la personnalité de chaque patient. Pour minimiser ce biais, l'enquêteur doit être ni trop proche, ni trop distant, pour que le patient puisse s'exprimer librement et de façon précise sur le sujet.

La place de l'enquêteur peut influencer ce type d'entretien : notre propre façon de le mener a-t-elle été efficace, n'induisions-nous pas les réponses, avons-nous respecté une neutralité maximale ?

Le patient peut discuter de façon superficielle sur un thème donné soit en affirmant des propos d'ordre très général, soit en dissertant sur le thème¹⁵³. Pour pallier à ce biais, nous avons fixé une liste des thèmes à aborder lors des séances et les objectifs thérapeutiques issus du diagnostic éducatif étaient clairement définis et négociés avec le patient avant chaque séance éducative.

Au final, c'est l'expérience de ce type d'entretien qui permet d'affiner la technique face au patient.

Enfin, la technique d'entretien sélectionnée oblige une retranscription des dires du patient : cette retranscription s'est effectuée après l'entretien avec le patient. Un biais de mémorisation peut aussi fausser la retranscription.

1.4. Biais liés au statut « étudiant » de l'enquêteur

L'étudiant en stage de pratique professionnelle, nouvel arrivé dans l'équipe officinale, est inconnu pour les patients dans la majorité des cas. De plus, l'enquêteur s'est présenté comme un étudiant en 6^{ème} année de Pharmacie préparant sa thèse d'exercice pour être pharmacien. Cette méconnaissance, associée à une faible expérience des techniques d'éducation et d'entretien, peut amener une certaine méfiance de la part du patient.

Chaque éducateur a choisi une attitude différente dans la manière de procéder pour cette démarche. Une première attitude « programmée » proposait aux patients un nombre défini de séances et les objectifs à aborder et fixait des horaires précis de rendez-vous. La méthode était rigoureuse et permettait aux patients de se repérer dans la démarche. Une seconde attitude plus souple et personnalisée, s'adaptant à chaque étape, laissait au patient plus de liberté mais a abouti à une adhésion plus faible de sa part. Ces deux types d'attitudes ont pu provoquer une contradiction ou une divergence des résultats dans certains domaines, ou plus simplement une dualité dans l'évaluation de certains critères de faisabilité. De façon plus large encore, la diversité des cinq retours d'expérience enrichit l'évaluation de la faisabilité et prouve qu'il peut être délicat de formaliser cette démarche de suivi éducatif.

1.5. Biais liés au dossier patient élaboré

Il aurait été intéressant d'ajouter au dossier patient (dans l'item « historique médicamenteux ») une rubrique concernant l'iatrogénie, afin de connaître le nombre de patients ayant déjà été hospitalisés pour effets indésirables graves liés aux médicaments. Sans tenter d'en mesurer l'impact sur la santé des patients, cela aurait permis de justifier de façon plus précise la démarche en tant que relais entre la prescription habituelle pour le patient et l'ordonnance de sortie de l'hôpital après évènement iatrogène. Les statistiques françaises, nous l'avons détaillé en partie bibliographique, mettent en lumière un nombre important d'accidents iatrogènes au sein des structures hospitalières.

1.6. Biais liés aux hospitalisations et décès des patients pendant l'étude

L'hospitalisation des patients pendant la période d'étude a eu des répercussions sur l'organisation des séances et sur la programmation des objectifs fixés. Un des patients insuffisant cardiaque a été hospitalisé au cours de la période de suivi éducatif pour des calculs biliaires. Une forte chute de tension a conduit le médecin à changer son traitement momentanément. Préoccupé par cette modification, le patient a émis le souhait lors de la séance suivante de parler essentiellement de ce nouveau traitement car il avait besoin d'être rassuré et voulait obtenir des informations sur les raisons de ce changement. Lorsque la cause d'hospitalisation était différente de la pathologie d'inclusion, l'enquêteur a été amené à aborder des thèmes non préparés à l'avance pour apporter les informations nécessaires à la nouvelle situation du patient.

L'hospitalisation ou décès pendant la démarche a également perturbé l'évaluation de la démarche car deux questionnaires n'ont pu être remplis pour ces raisons. Un patient insuffisant cardiaque est décédé en cours d'étude (suite à un infarctus du myocarde). Il avait bénéficié d'un diagnostic éducatif et d'une séance éducative. Et un second patient, sous anticoagulants oraux, a été hospitalisé au milieu de la période de 6 mois, donc la seconde séance programmée a dû être annulée, et a été hospitalisé de nouveau à la fin de l'étude donc le questionnaire ne lui a pas été proposé. Les hospitalisations n'étaient pas en rapport avec la prise d'anticoagulant, et n'ont pas modifié le traitement.

1.7. Biais liés aux questionnaires d'évaluation patient

Nous n'avons pas exécuté de pré-test des questionnaires. Ceci aurait été enrichissant car nous aurions vu que certaines questions étaient inexploitable et que le questionnaire était trop long. Le nombre de questions doit être inférieur à 20 pour éviter un effet de lassitude, à l'origine de réponses peu fiables¹⁶³. Par conséquent, les patients se sont lassés et, au bout d'un certain temps, répondaient hâtivement.

Nous avons respecté à 85% la façon optimale de remplir les questionnaires patient : par téléphone avec croisement d'interlocuteurs (Figure 48). 88% des patients ont pu être joints pour répondre au questionnaire.

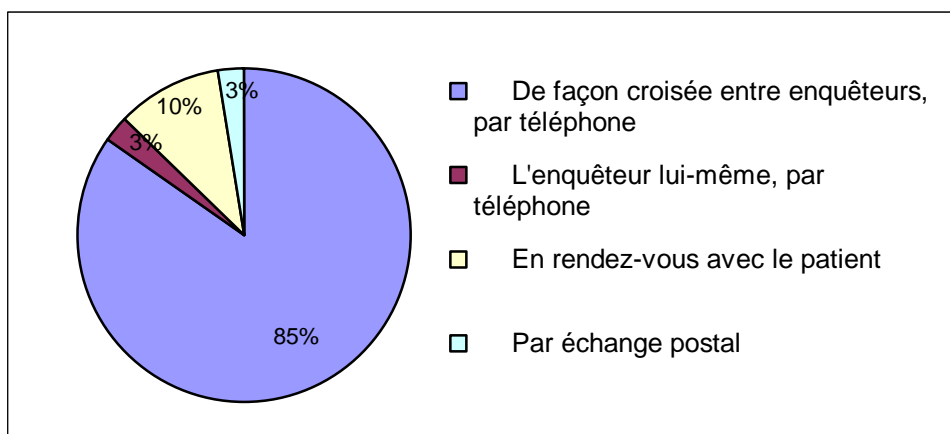


Figure 48 : Techniques de remplissage des questionnaires patients (n = 39)

Les questionnaires ont été remplis à la fin de la période d'étude, or certains patients avaient rencontré l'enquêteur longtemps auparavant. Peut-être la mémoire des détails de ces séances en était moins précise, même si l'évaluation faite à distance des séquences d'éducation a l'avantage de laisser aux patients le temps de la réflexion pour mieux souligner les points forts et les faiblesses de l'éducation¹⁶³. En outre, téléphoner chez le patient créait un risque de le déranger ou de faire appel à sa mémoire dans un contexte différent de celui concernant les séances éducatives. Malgré le croisement d'interlocuteurs lors de ces appels téléphoniques, certains patients répondaient plus courtoisement qu'objectivement.

Ainsi, nous avons constaté une discordance entre les propos recueillis lors des questionnaires patients et la réalité estimée par l'enquêteur. Par exemple certains patients ont affirmé n'avoir reçu aucun agenda de la migraine, n'avoir vu aucun outil éducatif au cours des séances ; d'autres ont donné une définition erronée de l'asthme ou d'un INR supérieur à 5 ; d'autres encore ont sous-évalué la durée et le nombre des séances. Cette discordance est à prendre en considération dans l'évaluation du ressenti des patients.

2. La faisabilité de l'étude

2.1. Profil des inclusions

2.1.1. Profil des patients

Certains facteurs liés aux patients sont à prendre en considération pour évaluer la démarche.

2.1.1.1. Âge

L'échantillon de la population de l'étude n'est pas représentatif de la population française telle que l'INSEE l'a décrite provisoirement en janvier 2006. En effet, plus de la moitié de la population étudiée est âgée de plus de 60 ans, alors que l'INSEE dénombre 20,9% de français dans cette tranche d'âge¹⁵⁴. De même, notre population de moins de vingt ans est beaucoup moins nombreuse que celle décrite par l'INSEE étant donné que nous avons recruté des patients atteints de pathologies chroniques, affectant majoritairement les personnes plus âgées. Selon les données de l'INSEE, la population de moins de 44 ans est affectée par autant de maladies chroniques que de maladies aiguës, alors que chez les personnes de plus de 60 ans, on dénombre deux fois plus de maladies chroniques que de maladies aiguës. Plus précisément, 2 à 3 maladies chroniques en moyenne sont déclarées chez les personnes âgées de plus de 60 ans¹⁵⁵ (Annexe 19). Dans la tranche d'âge des plus de 75 ans, plus de 95 % de la population prend des médicaments (5 à 6 en moyenne par jour chez les personnes de plus de 75 ans)¹⁵⁶ (Annexe 20).

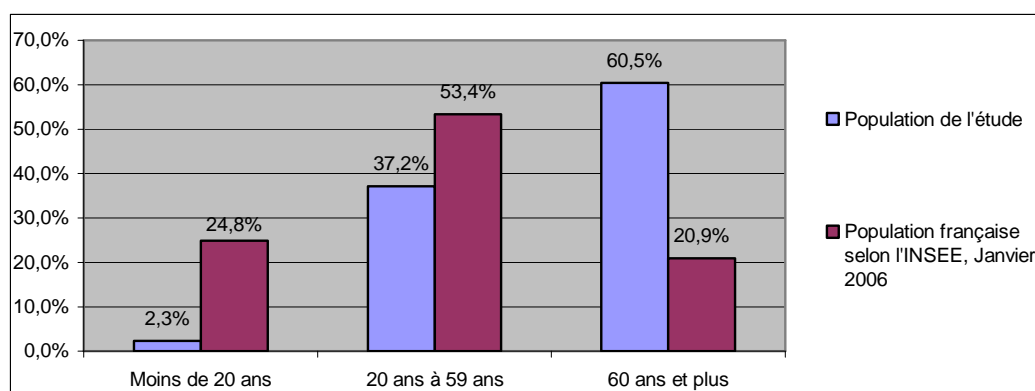


Figure 49 : Comparaison de la répartition de notre population d'étude (n = 43) par tranches d'âge, avec celle de la population française recensée par l'INSEE, Janvier 2006¹⁵⁴

La maladie frappant à tout âge, il est essentiel que l'éducation thérapeutique soit accessible à tous et qu'elle puisse s'adapter aux capacités de compréhension de chacun. Il a été nécessaire dans notre démarche d'éducation, dont l'âge moyen de la population était de 63 ans, de s'adapter majoritairement aux personnes âgées. Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 16% de la population française, et environ 40% de la consommation de médicaments en ville¹⁵⁷. Les effets indésirables médicamenteux sont deux fois plus fréquents en moyenne après 65 ans, 10 à 20% de ces effets indésirables conduisent à une hospitalisation¹⁵⁸. Parallèlement, il est important d'éduquer les enfants à leur maladie ; cette expérience a pu être réalisée dans le cadre de l'asthme, où des outils adaptés ont été réalisés à cette occasion.

Enfants, personnes actives et personnes âgées ont tous été réceptifs aux informations données par l'éducateur à condition que celui-ci sache s'adapter au profil de chacun.

2.1.1.2. Sexe

Le sexe ne semble pas avoir eu de répercussion à l'égard de l'acceptation de l'étude par le patient, ni à son adhésion aux conseils prodigués. Cela n'a pas influencé non plus l'attitude à adopter par l'enquêteur lors des séances éducatives, en dehors des relations humaines entre personnes de même sexe ou de sexe opposé.

2.1.1.3. Nationalité et culture

La nationalité du patient constitue également un élément important à prendre en compte. La barrière de la langue représente un handicap certain pour certaines personnes, qui ont eu plus de mal à assimiler les messages et à poser les questions qui les préoccupaient. Nous avons pu le constater dans le cas de l'insuffisance cardiaque notamment, où un immigré espagnol, très réservé au comptoir et au cours du diagnostic éducatif, s'est réellement impliqué lors des séances d'éducation en participant activement au dialogue. La discussion s'est déroulée en espagnol. Le patient se sentait en confiance et savait que la séance lui était consacrée.

De même, l'éducateur de santé doit faire face aux habitudes culturelles du patient. Il a été délicat d'aborder le thème de l'alimentation avec un patient sous anticoagulant oral

d'origine alsacienne. En effet, ce patient avait une alimentation excessive, notamment en aliments à base de choux. Lui conseiller de réduire et d'équilibrer ses apports en choux, riches en vitamine K, lui est apparu comme un sacrifice.

2.1.1.4. Langage et niveau de compréhension

Pour informer et éduquer, l'éducateur doit absolument adapter son langage au niveau de compréhension de son interlocuteur. Cela nous a paru difficile car il ne faut ni surestimer ni sous-estimer la personne. Dans les deux circonstances, les conséquences peuvent être délicates : dans le premier cas le patient n'ose pas dire qu'il ne comprend pas, et dans l'autre le patient sous estimé se sent rabaissé. Dans le cadre de la migraine, l'éducation a été réalisée auprès d'une dentiste et d'une institutrice : les termes employés ont été difficiles à choisir puisque l'une connaissait les termes médicaux et l'autre connaissait les techniques d'éducation. L'enquêteur a choisi d'utiliser dans un premier temps des termes techniques, puis a adapté son discours en repérant les signes d'incompréhension du patient (expressions du visage, remarques). Cette expérience souligne l'importance de la formation et de l'expérience de terrain en matière de communication.

2.1.1.5. Catégorie socioprofessionnelle

Dans l'ensemble, les patients retraités se sont montrés plus disponibles au quotidien que les actifs. En effet, la prise de rendez-vous pharmaceutiques aux heures creuses de l'activité officinale a été plus aisée chez la population âgée, alors qu'elle a posé davantage de problèmes chez les actifs n'étant disponibles qu'en fin de journée. Cependant, notre étude révèle que les patients intéressés et motivés, quelques soient leur activité et leur âge, font l'effort de se rendre aux séances programmées. Ainsi, dans le cadre de la migraine, où la moyenne d'âge est de 44 ans, les actifs étaient intéressés et, malgré leur manque de temps, trouvaient des disponibilités pour assister aux séances de suivi éducatif. Ceci pose le problème de la programmation des séances dans la routine officinale que nous discuterons dans l'organisation temporelle de la démarche.

2.1.1.6. Contexte médical et thérapeutique du patient

Comme les patients inclus se présentent au moins 1 fois par mois à l'officine, il nous a été plus simple de les rencontrer fréquemment. Nous leur avons proposé de les revoir lors du renouvellement de leur ordonnance.

Il nous a semblé que les patients polypathologiques (67%) et polymédiqués (77%) ont eu plus besoin de ce suivi. La polymédication induite par la polypathologie (Figure 2) est en effet une source de risque iatrogène¹⁵⁵. Les risques liés à la polymédication sont un fait avéré, notamment chez les personnes âgées : pour preuve les accidents médicamenteux sont en moyenne deux fois plus fréquents chez les plus de 65 ans que dans le reste de la population¹⁵⁶. La négociation d'un plan de prise avec le patient a été fondamentale : c'était l'occasion d'aborder d'autres pathologies que celle sélectionnée dans l'étude, notamment pour le travail qui ciblait initialement sur les AVK.

Les patients inclus sont suivis médicalement car ils ont pratiquement tous un médecin généraliste et un ou plusieurs spécialistes. Dans le cas de la migraine où le diagnostic s'avère difficile à poser, les patients sont dans 50% des cas suivis uniquement par un médecin généraliste.

Certains patients, par le biais de réseaux de soins, d'hôpital de jour ou d'autres professionnels de santé, ont déjà suivi une éducation. L'éducateur doit dans ce cas être particulièrement pertinent dans son analyse des besoins du patient, pour pouvoir lui apporter un « plus » ; il doit alors être convaincant pour motiver le patient à adhérer à la démarche car ce dernier pense déjà tout avoir entendu et acquis. Les propos de l'éducateur doivent surtout être congruents avec ce qui a déjà été fait et raconté, d'où l'intérêt de se mettre en réseau. Dans le cadre de l'insuffisance cardiaque, une des patiente venait de suivre une série de séances d'éducation organisées une fois par mois à l'hôpital, en groupe de trois ou quatre personnes. La séance de suivi éducatif réalisée à domicile par l'enquêteur à la suite du diagnostic éducatif a été l'occasion de remémorer avec elle ce qu'elle avait retenue des séances d'éducation à l'hôpital. Ce rappel de connaissances est essentiel car elle met en valeur les acquis du patient, qui se sent alors d'emblée plus impliqué dans la séance.

2.1.1.7. Acceptation de la pathologie / du traitement

Les patients ayant choisi de participer à l'étude acceptent de façon globale leur pathologie et leur traitement selon le diagnostic éducatif établi par l'éducateur. Cependant, c'est une notion très subjective qui a été difficile à évaluer.

Le soignant doit pouvoir identifier le stade du processus d'acceptation de la maladie où se situe le patient au moment de l'identification des besoins éducatifs et tout au long du suivi¹⁵⁹. Ce critère d'acceptation de la maladie / du traitement a un impact sur l'éducation du patient. La motivation à apprendre dépend en grande partie du degré d'acceptation de la maladie et de la façon dont ils se représentent leur affection et leur traitement¹⁶⁰. Ceci s'est surtout révélé lorsque les patients acceptaient mal leur pathologie / leur traitement. Un de nos patients, en déni de sa maladie, a refusé les séances de suivi éducatif. Le déni de la maladie entrave considérablement le suivi et donc l'éducation¹⁵⁹. Un autre patient, qui paraissait résigné, a accepté les séances de la même façon qu'il acceptait sa maladie et son traitement. Dans le cas de l'insuffisance cardiaque, un des patients, résigné et déprimé, acceptait probablement les séances plus pour se distraire que pour sa santé. Il ne participait pas activement aux séances mais plutôt les subissait. Dans ces trois cas, le suivi éducatif était dur à mettre en place et ne nous a pas paru optimal.

Parallèlement, la rencontre a été un moyen d'apporter des réponses au patient pour qu'il accepte mieux sa maladie. Un patient asthmatique, déclarant clairement ne pas accepter sa maladie et espérant « *qu'un coup de baguette magique* » la fasse disparaître, participait quant à lui de manière active aux séances.

2.1.2. Profil des officines

La variabilité des officines en milieu urbain et semi-urbain (taux de fidélisation variable) n'a pas eu d'impact sur la démarche puisque nous recrutons des patients fidélisés. Cependant, dans le cas de l'officine se situant en centre commercial (taux de fidélisation de 20% environ), les premiers patients fidélisés ont été recrutés aisément grâce à l'aide du titulaire, mais par la suite, la forte proportion de « clients » de passage fréquentant l'officine de façon ponctuelle s'est avéré être un frein au recrutement.

L'importance de l'équipe officinale n'a pas influencé notre étude, les pharmaciens volontaires sont intervenus lors du recrutement selon leurs disponibilités.

2.1.2.1. Profil des médecins entourant les patients

Les médecins ont été informés de ce projet de différentes manières selon les enquêteurs : au début ou en cours d'étude, avec la lettre d'information soutenue ou non d'un entretien verbal (téléphonique ou direct) et d'un rappel effectué ou non en fin d'étude pour retourner le questionnaire rempli.

Nous n'avons pas fait intervenir les médecins dans l'évaluation des critères de faisabilité de la démarche, donc nous ne déterminerons pas de profil dans cette partie. En revanche, nous avons attaché de l'importance à leur opinion quant à ce type d'intervention pharmaceutique.

2.1.2.2. Profil des enquêteurs

Durant ses études de pharmacie et l'année hospitalo-universitaire, l'étudiant est sensibilisé à l'éducation thérapeutique au moyen de cours de communication (30 heures) et de formation éducative à l'hôpital (semaine de formation à l'éducation du patient diabétique de type II, éducation de l'insuffisant cardiaque en hôpital de jour, éducation AVK à l'hôpital). Les cinq enquêteurs sont tous des étudiants ayant déjà travaillé au comptoir d'une officine. Cette expérience professionnelle leur a permis d'acquérir une certaine approche du patient et de déterminer les notions essentielles à lui transmettre. De plus, l'enseignement grenoblois de la pharmacie clinique sensibilise les étudiants à placer le patient au centre de leur future pratique professionnelle.

Une formation plus avancée aux techniques de communication et d'éducation serait souhaitable pour ce type de suivi. En effet, il est important de savoir pré formuler les questions afin d'éviter que le patient se sente interrogé, tout en recentrant la discussion avec celui qui aurait tendance à trop parler de sa vie personnelle et de son entourage au lieu des thèmes fixés. Nous avons pu le constater dans le cas de l'insuffisance cardiaque et du diabète de type II où deux patientes avaient beaucoup de mal à parler d'elles-mêmes car elles étaient préoccupées par l'état de santé de leurs enfants atteints d'un cancer. Ces situations ont

rallongé la durée des séances mais parallèlement l'écoute de ces patientes a permis de tisser un lien de confiance entre elles et les enquêteurs.

2.2. Evaluation des critères de faisabilité d'un suivi éducatif à l'officine

2.2.1. Pertinence de l'information apportée aux acteurs au sujet de la démarche

Dans un premier temps, il a été nécessaire de repérer les patients ayant besoin de ce type de démarche. Puis nous les avons informé et recruté sur l'étude. Enfin, ils ont accepté ou non de participer à la démarche.

2.2.1.1. Information des différents acteurs

Acceptabilité des patients d'entrer dans le dispositif

L'acceptabilité de l'étude n'a pas toujours été directe. Pour certains patients, elle a nécessité un délai de réflexion plus ou moins important après un supplément d'informations concernant l'étude. Il a été nécessaire de respecter le cheminement des patients réticents, en les informant plus amplement, en leur expliquant l'intérêt de cette démarche. Dans le cadre de la migraine, une patiente timide, s'automédicant avec des antalgiques, a refusé d'emblée l'étude sans justification particulière. Au fil des visites à la pharmacie, elle s'ouvrait un peu plus au comptoir et les discussions permettaient de lui faire passer quelques informations sur la migraine, démontrant l'intérêt d'une intervention personnalisée. Courant mai 2006, elle est allée consulter pour ses migraines et un traitement adapté lui a été prescrit. A ce jour, son automédication par les antalgiques est interrompue.

Le patient fidélisé à l'officine était en rapport de confiance avec son pharmacien et a plus facilement accepté la démarche par courtoisie que par réel intérêt. Certains même se sont sentis redevables lorsque c'était le titulaire qui leur proposait de participer.

Le patient volontaire doit se sentir impliqué dans sa maladie et libre dans son choix d'accepter de participer : une éducation thérapeutique contrainte est vouée à l'échec. Nous avons constaté que les patients sous AVK sont très demandeurs d'un bilan d'information car ils sont sensibilisés à une certaine dangerosité du traitement et accumulent les sources diverses d'informations. Dans ce cas, l'acceptabilité était souvent immédiate.

Les raisons d'acceptation ont pu être déterminées : confiance accordée à leur titulaire, curiosité / intérêt, contribution à faire avancer la recherche, occasion de parler plus longuement à un pharmacien d'un sujet personnel. L'item « Autre motif » sélectionné par la moitié des patients correspondait surtout à « *faire plaisir à l'étudiant, l'aider dans son projet de thèse* ».

Taux de réponse des médecins

Nous avons obtenu un taux de réponse suffisant pour évaluer un avis global des médecins (28 médecins sur 33). Une discussion avec les médecins volontaires a été réalisée par l'ensemble des enquêteurs.

2.2.1.2. Recrutement des patients

Le recrutement a pu être réalisé d'une part par l'équipe officinale connaissant les patients fidélisés pouvant être intéressés. D'autre part, le recrutement par l'étudiant a souvent nécessité la présentation de l'étude et de l'étudiant par un membre de l'équipe auprès du patient. Le stagiaire n'a pas toujours été perçu comme un professionnel de santé équivalent au pharmacien car les patients ne le connaissaient pas forcément et se méfient, en règle générale, des « débutants ». Le titulaire et l'équipe officinale ont parfois eu plus de crédibilité face au patient. Leur intervention a fréquemment permis de faciliter le recrutement et de rassurer le patient.

La lettre d'information a appuyé la demande orale de participation du patient en officialisant l'étude (avec l'en-tête de l'Université Joseph Fourier UJF) et a permis au patient de connaître le nom de son interlocuteur.

Idéalement, la sélection devrait se faire par le médecin, connaissant les besoins du patient (inobservance, ordonnance supérieure à huit lignes, problèmes rencontrés par le patient...). Il n'est pas toujours évident, à partir d'un simple historique médicamenteux, de définir la pathologie, notamment pour les nombreuses pathologies cardiovasculaires et la migraine. C'est pour ces précisions d'informations et pour une cohésion des messages diffusés par les différents intervenants de la prise en charge du patient.

Le recrutement a eu de l'importance dans notre étude pour la mise en place de la démarche, mais a aucun impact pratique concernant la faisabilité d'un suivi éducatif à l'officine.

2.2.1.3. Refus

On dénombre 6 patients ayant directement refusé et 15 refus avec justification de la raison. Les principales causes de refus qui ont été énoncées par le patient ou supposées par l'enquêteur le cas échéant sont énumérées ci-dessous :

- Dénier de la maladie (4 patients). Le patient peut en être conscient ou non. Il est alors difficile de proposer une éducation alors que le patient ne sait pas (ou ne veut pas) admettre qu'il est malade. Le cas s'est présenté dans l'insuffisance cardiaque, où le patient préoccupé par son diabète était inconscient de sa pathologie cardiaque et ne voyait pas l'intérêt de participer à une éducation patient dans le cadre de son insuffisance cardiaque. Ce refus relance également l'idée qu'une éducation patient, surtout chez un patient polyopathologique, ne peut se résumer à une seule pathologie chronique mais doit concerner l'ensemble des pathologies.
- Le patient dit maîtriser suffisamment son traitement (3 patients). Deux cas de figures se dessinent : soit le patient gère de façon optimale son traitement, soit ça n'est pas le cas. Le pharmacien peut difficilement aller à l'encontre de la volonté du patient. Il peut éventuellement relever les indices lui permettant de conclure à une mauvaise gestion du traitement et proposer au patient des solutions au comptoir.
- Refus car la prise en charge existante a été jugée suffisante par 1 patient (équipe soignante, réseau de santé, traitement efficace).
- Refus à cause de contraintes organisationnelles (manque de temps, refus de se déplacer à la pharmacie) pour 6 patients.

- Refus par réticence envers l'enquêteur (étudiant jeune, nouvellement arrivé à la pharmacie) pour 1 patient.

Enfin, certains refus ont été catégoriques, sans justification. Pour certains patients, il devait s'agir de crainte ou de timidité. Pour d'autres encore, parler de la maladie et du traitement reste du ressort de leur médecin. Nous avons constaté que les refus étaient plus nombreux lorsque c'était l'étudiant qui recrutait plutôt que le titulaire ou un pharmacien de l'équipe. Dans le cas où ce dernier connaîtrait un souci de recrutement (refus de la part des patients), on peut envisager l'intérêt d'une demande de suivi éducatif par le médecin.

2.2.1.4. Abandons en cours d'étude

Neuf patients ont abandonné en cours d'étude en ne se présentant pas aux rendez-vous fixés avec l'étudiant, ou en ne cherchant pas à en fixer un suivant. La première cause d'abandon a été le manque de temps de la part des patients. La période d'étude de six mois a été trop brève pour rencontrer 3 des patients qui manquaient de temps. Cela a été le cas par exemple d'une patiente insuffisante cardiaque qui avait abandonné en début d'étude suite au diagnostic éducatif, prétextant ne pas pouvoir fixer de rendez-vous à cause de ses occupations. Pourtant, lors d'un renouvellement d'ordonnance, dépassée par son traitement, elle a personnellement demandé à l'étudiant de lui rappeler le rôle de ses médicaments. Une séance informelle d'éducation patient a été alors réalisée au comptoir et un plan de prise adapté a été remis à la patiente. Elle a finalement réalisé qu'elle avait besoin d'informations sur son traitement au bout de 5 mois, une étude plus longue aurait permis d'approfondir la démarche d'éducation avec cette patiente.

La participation à un réseau spécialisé en parallèle a constitué une deuxième cause d'abandon pour 1 patient. Il s'agissait d'un patient membre du réseau insuffisance cardiaque ayant décidé d'abandonner l'étude car il pensait que ça ne serait que des redites des informations données par le réseau.

Enfin, après un accord commun, l'éducateur a proposé à un de ses patients d'interrompre le suivi éducatif. Après un diagnostic éducatif prolongé difficile à structurer, l'éducateur s'est rendu compte que la patiente n'était pas prête à ce suivi, d'autres soucis la préoccupaient.

Pour les 4 autres patients ayant abandonné, aucune justification n'a été fournie.

2.2.2. Organisation spatio-temporelle

2.2.2.1. Lieux de l'étude

Le lieu des rencontres est un élément primordial. Il doit mettre en confiance les patients, en créant une atmosphère propice à la confiance.

Un espace de confidentialité

Le pharmacien prévoit dans son officine un espace de confidentialité où il peut recevoir isolément les patients. Selon le Code de la santé publique fixant les conditions minimales d'installation, « *l'accueil et la dispensation doivent s'effectuer dans des conditions de confidentialité qui permettent la tenue d'une conversation à l'abri des tiers* » (CSP R. 5089-9). Cet espace est réputé adapté dès lors qu'il permet un dialogue entre le pharmacien et le patient en toute confidentialité¹⁶¹. Dans la majorité des cas l'éducation s'est déroulée dans la salle d'orthopédie, ou dans un bureau pourvu au minimum d'une table et de chaises. Le lieu de rencontre devait être calme, agréable, propice aux discussions et pourvu de matériel utilisable lors de l'éducation. Cet espace a effectivement pu être utilisé pour ce genre de rendez-vous mais pouvait être sollicité en même temps pour d'autres patients. A l'écart de l'activité officinale, le patient a été satisfait de se sentir écouté, il n'a plus eu l'appréhension de faire attendre les autres clients, il pouvait prendre le temps de parler et de poser les questions qui le préoccupaient.

Dans le cadre de la migraine et de l'asthme, l'éducation s'est déroulée dans une salle orthopédique isolée de la clientèle mais accessible par le personnel. Certaines fois, le patient s'est senti dérangé par la non confidentialité liée aux passages réguliers des membres de l'équipe officinale. Dans le cas de l'insuffisance cardiaque, une salle à l'étage a été utilisée pour les séances de suivi éducatif. Le patient se trouvait totalement isolé de l'activité officinale mais l'inconvénient fut les escaliers. La fatigue et l'essoufflement liés à leur maladie rendent le moindre effort insurmontable. Un bureau à l'arrière de l'officine pouvait être utilisé dans ces cas là mais la séance risquait d'être perturbée par l'activité officinale (téléphone, photocopieuse...). Par conséquent pour les patients insuffisants cardiaques très affaiblis physiquement, la séance à domicile a été privilégiée.

Au domicile du patient

Le domicile s'avère plus approprié pour certaines personnes âgées, pour les personnes se déplaçant difficilement, celles sortant d'une hospitalisation, les mères au foyer ou les personnes jugeant insuffisante la confidentialité à l'officine. Dans le cadre de l'insuffisance cardiaque, le rendez-vous pharmaceutique à domicile a été largement exploité. Plusieurs patients à un stade avancé de la maladie, âgés, fatigués et se déplaçant le moins possible, ont été très satisfaits des rencontres à domicile. Cela a permis de réaliser un suivi éducatif qui n'aurait probablement pas pu avoir lieu à l'officine. Cela a également été l'occasion de leur rendre service en livrant les médicaments.

Le rendez vous à domicile apporte donc des points positifs sur le plan éducatif. Dans le modèle québécois, le pharmacien peut effectuer une visite à domicile afin d'évaluer les difficultés rencontrées, de vérifier l'observance du patient et ainsi de réadapter la prise en charge¹⁶². Il est probable que les patients sont plus réceptifs à des conseils prodigués à leur domicile, parce que mieux adaptés à leur contexte¹⁶³.

Parmi les avantages, la visite à domicile a permis de découvrir la gestion de la maladie et de son traitement : utilisation de piluliers, retrait des médicaments périmés, rencontre de l'aide à domicile. Une relation particulière s'est établie entre son univers et un professionnel de santé sans signe extérieur de statut (blouse blanche). Cette situation a été perçue par certains patients comme une marque d'intérêt du professionnel de santé.

Parmi les inconvénients, le rendez-vous à domicile est apparu pour certains patients comme une atteinte à leur intimité, comme l'avait déjà souligné R. GAGNAYRE¹⁶⁴. Ils ont préféré se déplacer dans un cadre différent pour diverses raisons, parfois tout simplement pour sortir de leur quotidien (le renouvellement mensuel étant l'occasion de voir du monde) ou au contraire parce qu'ils ne voulaient pas dévoiler leur quotidien et leur univers personnel.

D'un point de vue pratique, les rendez-vous à domicile s'avèrent difficiles à mettre en place. Notre étude a mis en lumière que le temps imparti aux rendez-vous pharmaceutiques à domicile est plus long qu'un rendez-vous à l'officine (temps du déplacement, temps du rendez-vous qui parfois s'éloigne de l'éducation souhaitée...). De plus, le matériel d'éducation est à préparer pour tout avoir lors de la séance (historique médicamenteux à imprimer, supports pédagogiques, ...). Lors de l'étude, cette organisation a pu être organisée dans la mesure où l'enquêteur est stagiaire, donc sa présence au comptoir n'est pas

fondamentale. Il est difficile à tenir, aux plans organisationnel et économique, pour une petite officine de quartier de demander à un pharmacien de se déplacer au domicile des patients pendant trois quart d'heures (durée moyenne évaluée des rendez-vous pharmaceutique réalisés à domicile), sa présence à l'officine étant indispensable. En effet, l'exercice personnel auquel est tenu le pharmacien consiste pour celui-ci à exécuter lui-même les actes professionnels ou à en surveiller attentivement l'exécution s'il ne les accomplit pas lui-même (CSP Article R4235-13).

Le comptoir

Ce lieu de rencontre n'était pas inclus dans le protocole d'étude car nous pensions qu'un suivi éducatif nécessitait dans son intégralité une zone confidentielle et spacieuse afin de travailler avec le dossier patient et les outils pédagogiques. Cependant, certains patients ont été revus au comptoir après la séance initiale de diagnostic éducatif. Grâce aux objectifs thérapeutiques fixés, l'enquêteur a pu apporter les éléments nécessaires à la gestion du traitement du patient lors du renouvellement d'ordonnance, ou a pu compléter le dossier patient par certaines informations apportées par le patient à ce moment.

Certaines séances d'éducation se sont ainsi déroulées au comptoir. L'avantage étant que le patient a moins l'impression qu'il va perdre son temps. Moins solennel qu'un bureau, l'éducation au comptoir semble donc être très adaptée aux patients pressés, puisqu'ils n'ont pas l'impression de subir l'éducation, alors que nous profitons de ce moment privilégié pour échanger des informations.

Au fil des renouvellements, nous nous sommes rendues compte que les patients pressés s'ouvraient de plus en plus, et qu'un suivi éducatif pouvait être réalisé. Par exemple, une des patientes insuffisante cardiaque qui avait abandonné l'étude par manque de temps, a finalement demandé que lui soit expliqué son traitement et a volontiers accepté un plan de prise adapté. Le fait que le dialogue ait été réalisé de façon non programmée, au comptoir, au cours d'un simple renouvellement a facilité le dialogue avec cette patiente. Sans aucune séance programmée, certains patients sous anticoagulant se sont préférentiellement dirigés vers l'enquêteur lors du renouvellement d'ordonnance car ils se sentaient connus. L'éducateur était alors considéré comme le pharmacien spécialiste de la pathologie. C'était l'occasion de

questions supplémentaires, de confirmations ou même de révélation de nouveaux problèmes dans d'autres sphères physiopathologiques.

En conclusion, le comptoir n'est pas le lieu adapté à la phase de diagnostic éducatif, nécessitant un espace de confidentialité totale réservé à cet effet, mais les rencontres ultérieures peuvent s'y dérouler en fonction des disponibilités patient / éducateur ou des occasions qui se présentent.

2.2.2.2. Données temporelles de la démarche

Période d'intervention au cours de la maladie

La période d'intervention de la démarche dans la maladie n'a pas été pré-établie dans notre étude. Pourtant son impact sur la démarche éducative est indéniable. Notre démarche d'éducation a été destinée à la fois aux patients en initiation et en cours de traitement. Les objectifs éducatifs en ont été différents. Nous avons pu constater que les 7 patients en initiation de traitement avaient besoin d'être informés sur leur maladie et/ou sur leur traitement, de manière à être confortés dans ce nouveau contexte, alors que les patients traités depuis longtemps avaient besoin d'être stimulés pour rester actifs dans leur thérapeutique. Dans les deux cas, l'objectif final était de donner aux patients la possibilité de s'exprimer face à un professionnel de santé, capable de l'orienter et de lui fournir les informations et les réponses à ses questions.

Idéalement, la démarche éducative devrait être réalisée en phase chronique dès que la phase aiguë de la maladie est terminée.

En phase aiguë, une intervention de l'éducateur pourrait être néfaste pour un patient qui se trouverait déstabilisé par l'annonce du diagnostic de sa maladie et par une trop grande somme d'informations. Dans ce cas, une démarche éducative risquerait alors de l'accabler au lieu de l'aider.

Parallèlement, une intervention trop tardive au cours de sa maladie pourrait être préjudiciable à la démarche. La correction de ses pratiques habituelles est difficile puisqu'il faut persuader le patient qu'il peut encore apprendre. Dans les affections chroniques, le patient doit devenir gestionnaire de son traitement¹⁶⁵. Certaines affirmations, comme « *J'ai toujours fait comme ça et il ne m'est jamais rien arrivé !* » prouvent qu'il a été difficile de

modifier les mauvaises habitudes. Une des patientes en insuffisance cardiaque avait pris l'habitude de ne pas prendre son diurétique lorsqu'elle devait partir en voyage ou rendre visite à quelqu'un. Malgré une connaissance du rôle du médicament, il a été difficile de la convaincre de toujours prendre son diurétique : « *Ça fait des années que je fais comme ça !* ». Lors de l'abord des techniques d'inhalation avec les sujets asthmatiques et BPCO, certains patients décrivaient des effets indésirables persistants qu'ils ne s'expliquaient pas (bouche sèche, raucité de la voix). En les questionnant, il s'avérait que depuis l'instauration de leur traitement, ces derniers ne réalisaient pas un rinçage buccal après la prise médicamenteuse.

De façon pratique, la phase aigüe a été le moment de diffuser les informations pour une bonne prise en charge du traitement, et il nous a également semblé important d'intervenir régulièrement tout au long de la maladie pour réinjecter des notions fondamentales (travail d'accompagnement). Le pharmacien pouvant rencontrer ses patients au moins une fois par mois a la possibilité d'intervenir régulièrement auprès du patient. L'émergence des conditionnements trimestriels nous apparaît comme un frein à cette possibilité car le patient ne se présente plus aussi fréquemment.

Enfin, nous avons pu utiliser une situation prétexte pour enclencher la démarche d'éducation thérapeutique, lorsque le patient se sent dépassé, affronte un élément ou une situation inconnue, source d'anxiété. Lors de cette phase, il a besoin d'aide et de conseils. Ce fut le cas lors du retour à domicile d'un patient insuffisance cardiaque suite à une complication de la maladie (œdème aigu du poumon).

Les plages horaires

Dans un but organisationnel à l'officine, il est important de fixer des plages horaires pour les rendez-vous pharmaceutiques en fonction de la disponibilité des patients et de l'éducateur. Le professionnel de santé doit être totalement disponible lors de ces rencontres, des interruptions fréquentes risquent de rompre le climat de confiance établi avec le patient. Il est difficile pour l'enquêteur de structurer une séance s'il se sent pressé et est sollicité par ses collègues pour d'autres activités officinales.

Les tickets rendez-vous prévus initialement n'ont pas été très utiles, les horaires des rencontres ont été fixés pour la plupart au fur et à mesure des rencontres et étaient inscrites directement sur l'agenda des personnes. Les patients ont l'habitude de prendre des rendez-

vous pour leur santé, le ticket rendez-vous a été utilisé chez certains comme aide-mémoire, mais il n'a pas été indispensable à la démarche.

Les plages horaires ont été choisies en fonction de l'activité officinale, les heures creuses étant privilégiées. Mais, même dans ce cas, l'activité officinale était soumise à une part conséquente d'incertitude quand à la disponibilité des pharmaciens sur une journée. Certaines séances ont été perturbées ou annulées du fait d'une activité officinale élevée. Dans notre démarche, l'hétérogénéité de la population a été un critère d'inclusion, mais il s'avère difficile d'impliquer des personnes actives, compte tenu des plages horaires proposées, notamment lors des horaires d'ouverture de l'officine. Il est vrai que le suivi éducatif nécessite du temps. Les actifs n'ont pas forcément la possibilité de se présenter à ces horaires et apprécient en général moins les contraintes horaires, qui ponctuent déjà leur quotidien.

Une certaine flexibilité a été accordée à certains patients, pour qui des horaires fixes pouvaient poser problème. Il s'agissait de personnes âgées, dans le cas des AVK : certains de ces patients connaissaient le jour exact de renouvellement d'ordonnance le mois suivant, mais ne pouvaient pas prévoir l'organisation de cette journée. Pour que la volonté des patients et l'utilité des séances soient optimales, le patient ne devait pas être pressé par le temps donc aucun horaire n'a été établi au préalable avec ces personnes. Cela fut problématique lorsque les patients se présentaient aux heures d'ouverture (activité forte au comptoir). Pour certains patients incertains de leur programme pour le mois suivant, la date et l'heure du rendez-vous étaient fixées ou confirmées par téléphone la semaine précédant la date de renouvellement de l'ordonnance. Nous avons enfin noté que le taux d'absentéisme était plus élevé dans le cas où un horaire précis était fixé avec le patient, alors que lui proposer une plage horaire dans une journée (par exemple, le matin) a paru favorable à ce qu'il se sente plus libre, donc plus disponible.

Fréquence, nombre et durée des séances

Ces rendez-vous pharmaceutiques ne doivent pas être perçus comme une nouvelle contrainte associée à la pathologie chronique, car ceci risquerait d'amplifier ou de provoquer un sentiment de déni de la maladie ou de renoncement face à un quotidien trop difficile à gérer. C'est pour cela qu'il est difficile de programmer la fréquence, le nombre et la durée des rendez-vous. La démarche doit s'élaborer au fil des séances aux vues de l'évolution du

patient, selon un plan d'action fixé initialement lors du diagnostic éducatif mais réévalué de manière itérative, à chaque contact avec le patient.

Concernant les AVK, l'éducateur a été confronté à deux types de patients : d'une part, des patients âgés qui n'étaient prêts à consacrer du temps pour la démarche qu'une seule fois. Le diagnostic éducatif et les thèmes non acquis ont été abordés lors d'une même séance prolongée ; d'autre part, deux patients plus jeunes, actifs et en initiation de traitement, ont eux même demandé plusieurs rencontres, plus courtes mais ciblées. Dans le cadre de la migraine, les séances étaient de deux pour la majorité des patients, ces séances suffisaient pour apporter les informations et évaluer les conséquences. Ces patients étaient par la suite suivis au comptoir, pour évaluer les nouvelles démarches adoptées. Le nombre de séances n'a pas excédé deux séances de suivi éducatif par patient en insuffisance cardiaque. Toutefois, pour l'asthme et la BPCO, le nombre de séances a pu s'élever jusqu'à quatre, notamment pour la jeune patiente âgée de 6 ans pour laquelle l'éducateur a privilégié des séances plus courtes mais plus nombreuses, afin de garantir une meilleure attention. Par contre, dans le cas du diabète de type II, les patients ont été vus quatre à cinq fois. Le nombre de séances a été fixé dès le début des séances et était plus élevé. L'éducateur avait programmé une séance tous les mois, car il souhaitait aborder tous les aspects d'une maladie particulièrement lourde de conséquences et de complications.

La durée consacrée aux différentes étapes de l'étude a globalement satisfait la majorité des patients, puisqu'ils étaient en permanence alimentés d'informations, d'écoute ; par contre, les enquêteurs les ont trouvés quelques fois trop longues notamment lorsque les rendez-vous étaient réalisés à domicile, ou quand la personne s'évadait de l'objectif principal. La durée des séances paraissait d'autant plus longue pour l'éducateur que l'activité nécessitait sa présence au comptoir. Après 45 minutes d'un exposé, les capacités de mémorisation baissent de moitié¹⁶³.

Il semble essentiel de considérer le temps global passé pour l'ensemble de l'éducation. Le pharmacien, dans le contexte actuel, doit gérer au quotidien une disponibilité au comptoir, auprès des patients, dans ses tâches de dirigeant d'entreprise et de gestionnaire. Introduire une nouvelle activité modifie cet équilibre, notamment celui économique. C'est pourquoi la question de la rémunération de cette activité est centrale.

Modalités des rencontres

Au cours de notre étude, nos patients ont globalement tous été rencontrés seuls, la relation de confiance établie avec l'enquêteur s'en ait ainsi trouvée facilitée. Un dialogue en face-à-face avec le patient a permis de créer une atmosphère propice aux confidences.

Dans certains cas, une tierce personne est intervenue dans la séance, sur demande du patient (aide à domicile). L'entourage a un impact important sur le patient, notamment dans les prises de décisions. Les recommandations de l'OMS soulignent comme essentielle la compréhension de la situation du patient par l'entourage ainsi que le rôle des proches pour le bien-être des patients¹⁶⁶. Plus particulièrement dans une affection chronique, il est nécessaire de former la famille ou l'entourage proche afin qu'ils collaborent à la gestion du traitement¹⁶⁵. Ainsi une des séances réalisées avec une patiente insuffisante cardiaque s'est réalisée en présence de son aide à domicile. Cette séance a été proposée par l'éducateur quand la patiente a révélé un oubli de préparation du pilulier par son aide à domicile. Cette dernière a pris conscience de l'importance du traitement et les conséquences d'une mauvaise préparation des médicaments. La séance a été très intéressante et la patiente, comme l'aide à domicile, ont été très satisfaites.

Initialement, il était prévu que les patients mineurs soient accompagnés de leur tuteur légal ou d'une personne majeure. Ce critère n'a pu être respecté, car une jeune patiente asthmatique (6 ans) souhaitait participer seule à ces séances éducatives. Son choix a ainsi été respecté, mais à la fin de chaque séance, un compte rendu oral de celle-ci était effectué auprès de sa maman infirmière.

Dans le cas du diabète de type II, plusieurs séances collectives ont pu être effectuées. Ces séances regroupaient en fait un couple de patients diabétiques et avaient pour but de créer une interaction plus dynamique. Etant donné que le mari était malentendant, l'information donnée par l'éducateur a pu être relayée et retraduite par sa femme. La formation en groupe évite de répéter plusieurs fois les mêmes messages, mais nécessite d'utiliser des méthodes interactives afin de permettre à chacun d'effectuer les apprentissages nécessaires. Cela permet également de stimuler et confronter les points de vue¹⁶⁵.

2.2.3. Outils de suivi éducatif

2.2.3.1. Le dossier patient

Au cours de notre étude, les informations recueillies sur le patient sont essentielles au bon déroulement de la démarche. Le dossier patient créé et utilisé au cours de l'étude a permis de renseigner l'enquêteur sur les informations générales du patient mais également sur les informations liées à son état de santé. Synthétique et assez général, il a pu être utilisé sans grande modification au cours de l'étude. Tous les items ont été utilisés parmi ceux fixés au préalable. Aussi, on peut considérer le dossier patient comme minimal, ne comportant que les critères essentiels à une bonne gestion de l'éducation thérapeutique.

Le dossier patient a pu être complété lors du diagnostic éducatif. Certains critères sont accessibles au préalable, grâce à l'historique médicamenteux et à la communication avec l'équipe officinale connaissant bien le patient fidélisé. Des éléments complémentaires ont pu être apportés lors des séances éducatives ou lors des rencontres au comptoir. Enfin, l'éducateur a pu s'y référer à tout moment afin d'orienter le suivi éducatif du patient.

La connaissance du diagnostic clinique s'avère essentielle, pour la validation d'ordonnance et le suivi thérapeutique de qualité. Le DMP actuellement proposé ne résout pas le problème puisque le pharmacien n'a pas accès à la rubrique « Pathologies en cours ». De plus, dans notre démarche, il a été nécessaire de demander aux patients d'apporter les résultats d'analyses biologiques (INR (ou carnet de suivi), glycémie, créatininémie, HbA1c, ionogramme, peak flow) pour évaluer le suivi thérapeutique.

2.2.3.2. Le diagnostic éducatif

L'évaluation des enjeux de la prise en charge du patient se réalise à l'aide du diagnostic éducatif par des séries de questions ouvertes. Au cours des entretiens, les éducateurs peuvent s'aider d'un questionnaire pré-établi, le but étant de permettre une discussion ouverte et confiante¹⁶³. Cette technique a permis d'établir un plan d'action et d'éviter une discussion sans fin, tout en récupérant les éléments utiles pour déterminer les objectifs du suivi éducatif. Il a été important que le patient ait pu s'exprimer librement.

Selon les cinq éducateurs, la réalisation du diagnostic éducatif s'est avérée complexe. Dans le cadre de la migraine par exemple, une patiente a raconté l'ensemble de ses problèmes sociaux et familiaux, mais en aucun cas, elle n'a parlé de ses migraines, qui passaient finalement en second plan. La séance s'est révélée plutôt de l'ordre du soutien psychologique. Certaines informations du patient ne seront jamais obtenues du fait de son libre arbitre de ne pas les confier à l'éducateur¹⁶⁸. Les patients craintifs des conséquences de ses pratiques thérapeutiques au quotidien n'ont pas tout révélé, ont pu masquer la vérité. Dans le cas contraire, ils ont voulu montrer leur savoir-faire, en répétant ce qu'ils avaient déjà entendu. Ces deux attitudes inverses ont perturbé la démarche, puisque le niveau considéré de la personne était faussé. C'est pourquoi il est nécessaire que le patient soit dans un climat de confiance, où il ne se sente pas jugé, ni interrogé. Il faut que l'éducation soit ressentie comme une aide et non un moyen de répression.

Le temps consacré au diagnostic est difficile à évaluer, car il a pu être complété au cours des rencontres ultérieures, lors de changements de situation des patients, de l'adaptation des objectifs thérapeutiques aux besoins issus de chaque séance...

Les patients pouvaient être très demandeurs de réponses dès l'élaboration d'un diagnostic éducatif. Si un thème abordé paraissait intéresser particulièrement le patient, il a été délicat de ne pas développer le sujet sur le moment, sous prétexte de lui en parler lors de la séance ultérieure, programmée en vue de répondre aux objectifs éducatifs. C'est pourquoi certains patients ont été majoritairement rencontrés lors d'une seule séance assez longue (45 minutes). Cela souligne la nécessité d'une formation et d'expériences dans le domaine de la réalisation d'un diagnostic éducatif.

Les objectifs pédagogiques nous ont permis d'établir un programme d'éducation. Il semble nécessaire, dans la mesure où le patient doit acquérir des compétences complexes, d'envisager un ordonnancement des objectifs¹⁶³. Une fois qu'ils sont déterminés, nous avons constaté qu'il était nécessaire de les justifier auprès du patient et de négocier avec lui s'ils seront abordés ou non lors de la prochaine séance éducative. En effet, la formulation des objectifs thérapeutiques oblige les éducateurs à traduire une intention en un énoncé clair de la compétence à acquérir par le patient. Deux sortes de difficultés sont rencontrées : la formulation risque d'être à la fois vague et trop ambitieuse et le désir de l'éducateur risque de l'emporter sur les réelles possibilités du patient¹⁶⁵. Dans notre démarche, nous avons

remarqué que cela permettait au patient de se situer dans le programme d'éducation établi et d'avoir des repères dans ce que lui propose l'éducateur.

Dans un souci de relation avec d'autres professionnels de santé, il est souhaitable qu'une synthèse écrite du diagnostic éducatif puisse être communiquée. La synthèse écrite des informations obtenues permet de relever les facteurs facilitant ou limitant l'éducation, mais également les centres d'intérêt du patient qui permettent d'orienter la stratégie d'apprentissage et les aspects sur lesquels l'éducation doit porter en priorité¹⁶⁸. Dans notre démarche, deux enquêteurs ont réalisé cette synthèse : cela a pris du temps, puisqu'il a fallu retranscrire une discussion de quarante minutes en quelques lignes. La retranscription a été quasi immédiate ou, si les contraintes professionnelles ne le permettent pas, l'éducateur a utilisé un dictaphone pour enregistrer la séance. L'expérience a été tentée dans le domaine du diabète de type II : les patients n'ont jamais refusé. La synthèse écrite s'est avérée fondamentale pour transmettre aux professionnels de santé concernés une analyse des difficultés rencontrées par le patient et une suggestion des actions pour les résoudre.

2.2.3.3. Les séances de suivi éducatif

Les séances d'éducation se réalisent aussi en face-à-face. Ces rencontres sont souvent difficiles à interrompre et durent parfois 45 minutes alors que le temps imparti dans le protocole était de 20 minutes. Il paraît important d'apprendre à interrompre une séance sans importuner le patient. Les patients prennent parfois ces séances pour un soutien psychologique ou simplement un lieu d'écoute. L'enquêteur doit recentrer la discussion, sans frustrer le patient, ou risquer de l'empêcher de dire l'essentiel pour sa prise en charge éducative.

Le plan d'action des séances éducatives, plus ou moins développé selon les objectifs fixés par le diagnostic éducatif initial, a été modifié en fonction de l'évolution des séances. Deux attitudes différentes se sont dessinées au cours de l'étude. Une première attitude, directive et programmée, proposait aux patients un nombre défini de séances ainsi que les objectifs à aborder et fixait les horaires précis de rendez-vous. La méthode permettait aux patients de se repérer dans la démarche. Une seconde attitude, plus souple et personnalisée, s'adaptant aux besoins et volontés des patients à chaque étape, laissait à ce dernier plus de

liberté. Cette dernière a abouti à une adhésion plus faible de la part du patient car il pouvait se sentir moins encadré, moins motivé. Trop de libertés pouvaient masquer l'importance de ce type de suivi à l'officine pour leur santé.

Le tableau de suivi des séances selon les thèmes abordés permet de visualiser rapidement le niveau d'intervention de l'éducateur. Nous pouvons ainsi dénombrer les thèmes abordés pour chaque patient, repérer les thèmes les plus abordés, quelque soit la pathologie, ainsi que dans la pathologie spécifique de l'étude, et mettre en évidence l'évolution des connaissances du patient. Afin de tisser une cohérence entre les séances, il était nécessaire de vérifier ce que le patient avait retenu de la séance précédente (retour d'expérience du patient, analyse des informations remplies dans le carnet de suivi, le cas échéant).

Dans la pratique d'une phase de suivi éducatif¹⁶³ (Figure 8)(...), nous n'avons pas disposé d'assez de temps : six mois ne nous ont pas permis de vérifier l'acquisition d'une bonne gestion médicamenteuse au long terme. L'intervention était trop proche pour en mesurer l'impact au long terme. Nous concluons encore une fois sur l'utilité d'un suivi éducatif régulier, sur le long terme et éventuellement à une fréquence moindre que celle imposée par la durée de l'étude. Une fréquence adéquate s'adaptant au profil du patient. Un patient dont la maladie est peu ou mal contrôlée consulte plus fréquemment un médecin. Nous proposons alors que le pharmacien puisse rencontrer le patient soit après chacune des consultations médicales (ce qui permettrait au pharmacien d'être informé d'une quelconque évolution du traitement), soit tous les 2 mois de façon régulière afin qu'il puisse assimiler les informations fournies et que l'éducateur puisse rechercher des supports pédagogiques adéquats. De même, en phase d'éducation initiale¹⁶³, les séances doivent être rapprochées du diagnostic éducatif afin d'apporter aux patients les compétences nécessaires à une bonne gestion du traitement (séances hebdomadaires à mensuelles selon le cas et les patients). Le modèle australien propose le remboursement d'une séance par année¹⁶⁷, ce qui nous paraît effectivement intéressant pour les patients ayant un contrôle optimal de leur maladie et de leur traitement et où toutes les compétences requises sont acquises. Dans ce cas, nous soulignons l'importance de réaliser un nouveau diagnostic. Enfin, il est évident que le suivi doit s'intensifier à chaque événement dans le traitement (introduction / arrêt d'un médicament, hospitalisation...).

Face à des patients polypathologiques, les séances d'éducation ont fait l'objet quelques fois de recherches d'informations supplémentaires de la part de l'enquêteur pour répondre à certaines questions particulières des patients : sites Internet médicaux ou pharmaceutiques, articles médicaux quand il s'agissait de confirmer un mécanisme physiopathologique,...Une séance d'éducation AVK a été réalisée chez un patient insuffisant cardiaque, sur sa demande. Des séances sur les moyens contraceptifs ont été réalisées dans le cadre de la migraine, la patiente devait changer de moyen contraceptif, dans le but de réduire ses migraines. Des recherches sur la relation obésité et asthme ou encore sur l'efficacité de la désensibilisation ont été menées suite à la demande des patients. Un patient asthmatique a ainsi voulu savoir si une surcharge pondérale pouvait avoir un impact sur sa pathologie.

Un pharmacien senior ou un médecin n'a dû intervenir que dans respectivement 14% et 12% des cas. Les pharmaciens sont intervenus pour apporter des informations complémentaires, des conseils sur les outils pédagogiques et leur avis personnel sur le patient et une aide à la gestion d'une erreur de posologie. Les médecins ont été sollicités pour avoir accès à des compléments d'analyses biologiques, pour avoir son autorisation d'aborder les méthodes parallèles des soins de la migraine et pour confirmer une posologie.

2.2.3.4. Les moyens mis en œuvre

Selon les récentes recommandations de l'ANAES, la primauté de l'information orale est mise en exergue, car pouvant s'adapter à chaque patient en particulier¹⁶⁸. Nous avons constaté que l'adaptation des supports pédagogiques selon les patients était nécessaire dans le cadre d'une démarche éducative. Les catégories d'âges du patient ont une grande importance. L'enfant apprend plus volontiers par le jeu. Les adultes recherchent une réponse concrète à leur problème et accordent beaucoup d'importance à leur expérience personnelle. Les personnes âgées attendent une relation plus personnelle¹⁶³.

Documents fournis aux patients

L'objectif principal des documents fournis aux patients leur permettait de conserver un document de référence pour qu'ils puissent prolonger leur apprentissage et les aider à prendre des décisions au quotidien¹⁶⁹. Les patients peuvent se sentir démunis sans le secours d'une documentation à laquelle ils pourraient se référer en cas de doute quant à la conduite à

tenir¹⁶⁵. Il semble que les patients aient plus retenu les images que les mots. Les patients ont par exemple retenu plus aisément les caractéristiques de la broncho constriction par l'image d'une bronche enserrée et fermée que par des propos peu explicites pour eux.

Les documents fournis ont permis d'informer également l'entourage du patient. Dans le cadre de la migraine, un livre pour les enfants a été fourni à des mères migraineuses, afin qu'elles expliquent leur pathologie à leurs enfants.

La remise de brochures informatives n'était pas forcément systématique, elle était justifiée par les besoins du patient.

Les tableaux de plan de prise ont largement été utilisés lors des séances d'éducation des patients âgés ou présentant un niveau de médication élevé. Pour s'adapter aux personnes âgées, des plans de prises en gros caractères ont été réalisés, dans le cadre de l'insuffisance cardiaque, du diabète de type II et des traitements par AVK. L'avantage de cet outil était de pouvoir négocier avec chaque patient les heures et les modalités de prises des différents médicaments.

En plus des documents proposés aux patients, des supports de suivi de leur traitement (carnet de surveillance du patient diabétique, carnet de suivi biologique des anticoagulants, agenda de la migraine, carnet du patient asthmatique) ou des éléments favorisant l'observance (plan de prise adapté avec rôle des médicaments, plaquettes des signes d'alerte dans l'insuffisance cardiaque, flèche d'interprétation des INR) ont été fournis aux patients. Cette documentation nécessite d'être personnalisée par des annotations écrites ou une lecture orale. Au cours d'une séance d'éducation, une patiente insuffisante cardiaque a annoté elle-même sa brochure afin de se l'approprier et d'éclaircir certains termes précisés à l'oral. Dans un autre cas, un patient sous AVK a refusé le carnet de suivi du traitement anticoagulant car il s'organisait déjà de façon optimale : pilulier et fiches personnelles de suivi de l'INR.

Cependant, l'évaluation de ces supports n'a pas été évidente. D'après l'INPES, les outils d'intervention en éducation pour la santé doivent être analysés conjointement par trois personnes au moins ayant des compétences différentes¹⁷⁰. Evaluer le devenir de ces brochures de suivi fut délicat : poser la question au patient a souvent conduit à une discordance entre ce qui s'était passé lors de la séance et ce que le patient révélait. Certains patients ont conservé et

rangé les documents dans un endroit stratégique (avec les documents santé du patient), pour les lire si besoin ; d'autres avouaient les avoir rangés car leur lecture les angoissait ; d'autres enfin déclaraient les avoir mis en évidence dans leur cuisine... Il est difficile de vérifier ces informations qui sont parfois en contradiction avec ce que l'éducateur a pu constater. Nous avons toutefois pu évaluer, dans certains cas, l'intégration des informations véhiculées par ces documents. En effet, lorsque nous avons reparlé de ces documents aux patients (revus en séances éducatives, au comptoir, ou lors de l'entretien téléphonique pour questionnaire patient), certains savaient immédiatement de quoi il s'agissait tandis que d'autres affirmaient ne les avoir jamais reçus. Par exemple, un patient insuffisant cardiaque, en rejet total du corps médical et peu réceptif aux séances d'éducation a déclaré, lors du questionnaire patient, avoir affiché les documents sur son réfrigérateur, à la grande surprise de l'éducateur.

Supports pédagogiques utilisés au cours des séances

Les supports pédagogiques représentent le fil conducteur des séances. L'information écrite (document papier, support vidéo ou multimédia) quant à elle est un complément possible à l'information orale, à condition qu'elle soit hiérarchisée, repose sur des données validées, soit synthétique, claire et compréhensible pour le plus grand nombre de patients et incite le patient à poser des questions¹⁶⁸. Un panel de documents d'éducation a été préalablement sélectionné par les divers enquêteurs : imagiers ou schémas à main levée, carnets de suivi, animations informatiques et exercices éducatifs. Les supports n'ont pas été systématiquement utilisés avec tous les patients ; le choix des supports s'est réalisé en fonction des thèmes identifiés lors du diagnostic éducatif.

Nous avons eu l'occasion de dessiner à main levée de schémas explicatifs. Par exemple, l'éducateur dans le diabète de type II a proposé un schéma de la localisation anatomique du pancréas afin d'expliquer le rôle de l'insuline.

L'outil informatique peut inclure des possibilités de navigation hypertexte par mots clefs donnant accès à des animations vidéo, pouvant être accompagnées de textes, de commentaires vocaux ou de schémas explicatifs¹⁷¹. L'outil multimédia est interactif grâce à la dynamique de diaporamas. Cette dynamique a permis d'appréhender le cheminement de la migraine, en partant des facteurs déclenchants et en aboutissant à la douleur. Dans le cas de l'asthme, un CD-ROM permettait au patient une visualisation en 3 dimensions du poumon, accompagnée de textes explicatifs du rôle de chaque élément de ce dernier. Cependant, le

multimédia peut exclure l'éducateur de la formation, puisque le patient peut évoluer seul dans ce dernier. Il faut veiller à ce que cet outil ne se substitue pas à l'éducateur en l'appuyant par des informations orales. Par contre, ce type de support peut exclure certains patients qui ne manipulent pas ce type d'outils et frustrer ceux qui venaient chercher dans l'éducation une relation humaine d'aide¹⁶³.

Les exercices éducatifs permettaient aux patients d'être plus impliqués et actifs au cours des séances.

Dans le cadre de l'asthme, des supports ont été créés en plus des informations orales prodiguées : modèle du système respiratoire et réalisation d'un jeu de memory afin de faire parler la jeune patiente asthmatique de 6 ans sur sa maladie. Le jeu de cartes consistait à reconstituer des paires de facteurs pouvant déclencher une crise d'asthme. Ce dernier a été apprécié par la jeune patiente et a ainsi permis à l'éducateur de discuter du thème choisi avec l'enfant en l'abordant de manière ludique. La réalisation d'un modèle respiratoire des poumons permettait d'expliquer de façon imagée et pratique la physiologie respiratoire. Adressé en particulier à l'enfant, il lui a permis de manipuler et visualiser le déroulement d'un cycle respiratoire.

Les patients diabétiques ont pu fouiller dans un panier contenant le petit matériel médical et les produits nécessaires pour une hygiène et un entretien des pieds : cela a permis à l'éducateur de connaître les habitudes des patients avec ces produits, et éventuellement de leur signaler les produits déconseillés à remplacer par des produits adaptés aux pieds du diabétique.

Le jeu du tri de boîtes de médicaments a intéressé les patients. Cette méthode permettait de vérifier de façon ludique si le patient reconnaissait son traitement. Nous avons pu vérifier s'il connaissait le rôle de chacun de ses médicaments. Ce jeu peut être une façon de déstabiliser les croyances d'un patient persuadé qu'il sait, qui se trouve alors surpris lorsqu'il ne sait pas, c'est à ce moment là que l'éducateur peut intervenir et apporter son soutien. Il permet également de le sensibiliser à la diversité des médicaments, l'équivalence des génériques, ...

Faire manipuler par les patients les instruments d'auto surveillance (débitmètre de pointe, lecteurs de glycémies, tensiomètre) ou de soins (inhalateurs, stylos injecteurs) peut être très efficace¹⁷². Dans le cas du diabète de type II, les patients ont pu manipuler leur lecteur de glycémie sous le contrôle de l'éducateur pour évaluer la qualité de leur geste.

2.2.4. Ressentis des différents acteurs

2.2.4.1. Les étapes clé de la démarche selon les pharmaciens titulaires

Il est important d'accueillir le patient en lui exposant la démarche, ainsi que de présenter la stratégie à tous les intervenants, et de prévoir un nombre de séances fixe, afin que le patient ait des repères d'évolution. L'étape clé est la première entrevue car elle permet de discuter de la pathologie, de diminuer les réticences liées aux médicaments et d'éviter l'abus médicamenteux, notamment dans le traitement de la migraine.

D'autres étapes déterminantes ont été signalées par certains titulaires :

- Prise de conscience par l'équipe du rôle actif qu'elle a à jouer en relais de la prescription
- Ciblage des patients à inclure
- Choix des objectifs à atteindre et des messages à faire passer au patient

Un des titulaires a remarqué qu'il s'agissait d'« *une expérience double* ». D'une part, elle a fait « *germer dans l'équipe une autre expression du métier possible et permet au patient, dans certains cas, de modifier l'image d'un métier qui ne se résume pas à aller chercher des boîtes* ». D'autre part, il a estimé que dans seulement « *1% des cas, ceci a permis de changer la vision du pharmacien et de détecter des anomalies (nouveaux symptômes par exemple)* ».

2.2.4.2. Les difficultés établies selon les titulaires

Le titulaire souligne qu'il a été « *plus difficile de rencontrer les personnes actives* » dans la pathologie du diabète de type II. Dans la sphère de la migraine, une difficulté supplémentaire concerne la « *dépendance aux antalgiques* ». Ainsi, nous avons dû constater un « *manque d'amélioration pour certains patients, malgré une meilleure compréhension et utilisation* » de leur traitement. A l'officine de centre commerciale, le titulaire a été confronté à un problème organisationnel : « *fixer les rendez-vous en phase avec les horaires de stage* ». Cela laisse à penser qu'il ne sera pas évident de déterminer des dates de rendez-vous dans une équipe officinale où les pharmaciens sont nombreux, ont des horaires fluctuants. On entrevoit la nécessité de centraliser les plannings de disponibilités, charge supplémentaire difficile à concevoir. De plus, lorsque l'officine est située sur un lieu de fort passage, les patients peuvent difficilement programmer à l'avance un horaire de rencontre.

Tous s'accordent pour dire que certaines séances sont trop longues, notamment parce que certains patients sont « *trop bavards* ». Il n'est pas forcément aisé d'apporter une information nouvelle aux patients. Néanmoins, il faut également savoir se contenter de redites, pour fixer les choses dans l'esprit du patient.

L'un d'entre eux souligne qu'il faut être prudent afin de « *ne pas renvoyer le patient à son statut de malade* ». L'éducateur ne doit pas « *se contenter de resituer le rôle de chaque médicament* » mais plutôt « *sortir de la centralisation du médicament* ». « *Cerner les attentes exprimées ou implicites des patients* » est une étape limitante.

« *L'éducation thérapeutique doit se faire régulièrement. Il n'est pas besoin de l'envisager spécifiquement par rendez-vous. Tout pharmacien doit discuter et analyser la thérapie avec son patient, fidélisé ou non, chronique ou pas, quelque soit son problème de santé. Tous les patients de l'officine doivent bénéficier du même accueil et profiter des connaissances des pharmaciens* » précise un titulaire maître de stage. Nous soulignons tout de même que les patients non fidélisés, sollicités par différents éducateurs seraient ainsi confrontés à une multitude d'informations, pouvant les perturber.

2.2.4.3. Les contraintes vécues par les enquêteurs

Les patients âgés ont souvent placé le rôle du médecin au-dessus de celui du pharmacien, et se l'entendre répéter a été lassant. Certains patients ayant accepté de participer par courtoisie envers le titulaire n'ont pas hésité à exprimer leurs doutes initiaux quant à l'utilité de ces séances.

De même, les abandons en cours d'étude, comme les rendez-vous oubliés, laissent un sentiment de frustration à l'éducateur lorsqu'il avait déterminé des objectifs thérapeutiques intéressants et utiles pour le patient.

La pression liée à une forte activité au comptoir officinal a pu perturber certains éducateurs, même s'ils rencontraient leur patient dans un espace clos de confidentialité, car les autres membres de l'équipe officinale réclamaient sa présence en soutien.

Il est du rôle des éducateurs de reconnaître les diverses étapes de l'évolution psychologique du patient, notamment les difficultés psychologiques et sociales rencontrées pour atteindre les objectifs, et d'agir en conséquence (par exemple, analyse des difficultés pour atteindre les compétences définies au départ, et nouvelles négociations des objectifs et des moyens de les atteindre)¹⁶⁶. Ceci dit, lorsque la discussion a trop dévié vers un domaine nécessitant un savoir-faire en psychologie, il a été difficile pour l'éducateur de stopper la discussion. Si le pharmacien ne peut pas se substituer à un professionnel de santé apte à gérer la situation, il doit orienter le patient vers la personne compétente, ce qui renforce l'importance de la collaboration entre les professionnels de santé. Il a été délicat d'aborder certains domaines menant le patient à se confier de façon trop personnelle. La question des antécédents familiaux a souvent été le facteur déclenchant un monologue au sujet des pathologies familiales et des drames qu'il a pu en découler.

Déterminer l'acceptation de la pathologie ou du traitement par le patient n'est pas aisé. La question ne se pose pas directement, est devinée à travers les propos du patient et pose les biais liés à la technique d'entretien semi directif abordés plus haut.

Un suivi sur six mois s'est avéré court car nous nous efforcions alors de rencontrer fréquemment les patients afin d'effectuer le diagnostic éducatif et les séances éducatives qui en découlent de façon rapprochées. Il nous aurait été souhaitable de pouvoir rencontrer ces patients quelques mois plus tard afin d'évaluer l'impact de la démarche sur la gestion de leur traitement.

2.2.4.4. Satisfaction des étudiants enquêteurs

Au cours de la démarche, nous nous étions attachées à ces patients. Nous avons eu l'impression de les délaisser, car un échange particulier s'était créé, ils se sont livrés, ont été réceptifs et nous ont fait confiance. De plus, il nous paraissait dommage de ne pas continuer à les suivre.

Nous avons été agréablement surprises lors des questionnaires téléphoniques par croisement d'interlocuteurs : les patients nous ont bien accueillis et les avis étaient dans l'ensemble très positifs. Les patients semblaient satisfaits par ce suivi effectué sur une période de six mois.

Les encouragements issus des discussions avec les médecins nous ont réconfortées dans le fait de privilégier la communication entre le patient, son médecin et son pharmacien.

L'éducateur et le pharmacien ne font qu'un. On peut être amené à parler d'autres choses que ce qui concerne le suivi éducatif d'une pathologie chronique en fonction des attentes ou besoin du patient.

2.2.4.5. Avis des médecins de l'étude

Le projet d'éducation thérapeutique à l'officine est bien accueilli par 86% des médecins. Ils estiment qu'une nouvelle explication des traitements et des plans de prise par un autre professionnel de santé, utilisant donc d'autres termes, est nécessaire à une bonne prise en charge du patient. La proximité du pharmacien au quotidien, face à une pénurie démographique médicale, a été signalée par une grande majorité des médecins. Cette proximité a été qualifiée selon un neurologue comme « *facilitant le dialogue et le repérage des patients en déviance* » (patients ayant une observance médiocre, ayant une forte automédication...).

Par contre, certains médecins ont été surpris par cette démarche. Pour ces derniers, une discussion sur le rôle des pharmaciens a été mise en place. Elles se sont parfois avérées déroutantes. Certains craignaient que le pharmacien déborde sur leur propre rôle, mais après une explication plus profonde de la démarche, ils ont accepté que le diagnostic éducatif n'affecte pas le diagnostic médical. D'autres ne comprenaient pas l'importance de l'éducation, puisque d'après eux, « ils expliquent déjà suffisamment les choses aux patients ». Enfin, d'autres trouvaient la situation paradoxale, puisque face aux étudiants en pharmacie organisant des séances d'éducation, il y a des confrères qui vendent des produits sans conseil alors que ce ne sont pas des médicaments anodins.

2.2.5. Relationnel entre les différents acteurs

Au cours des six mois, les patients inclus dans l'étude dialoguaient de plus en plus facilement, osent poser les questions sur des sujets variés. Parfois, des séances improvisées se mettaient en place à la demande du patient, suite à un problème rencontré, une évolution de la pathologie ou d'une autre pathologie. Les patients se sentaient reconnus, soutenus et

souhaitaient être suivis par leur « référent » à l'officine. Le pharmacien devenait, au dire de certains, des patients, un spécialiste, « *au même titre qu'un médecin* ».

Pour certains patients, ces rencontres ont été l'occasion : de discuter, de sortir de la routine, d'avoir de la compagnie (personnes seules) ou encore de rendre service à l'enquêteur. Au début de l'étude, la plupart n'était pas conscient du rôle fondamental de notre démarche et ont accepté de participer pour des raisons différentes : avant tout faire plaisir à leur pharmacien ou à l'étudiant, ou encore faire avancer la recherche, par confiance en leur pharmacien, par intérêt, par curiosité ou pour évoquer un sujet personnel face à un pharmacien. Peu à peu, de plus en plus impliqués dans les rendez-vous, beaucoup ont avoué au cours des questionnaires avoir été ravis de ces rendez-vous pharmaceutiques car ils ont été l'occasion « *d'apprendre beaucoup de choses* » (extrait d'un questionnaire patient diabète de type II) sur leur maladie et leur traitement. Nos patients ont reçu un certain nombre d'informations de la part de divers professionnels de santé, le rendez-vous pharmaceutique a été l'occasion de centraliser toutes ces données et de fixer les idées essentielles.

Une patiente a exprimé un mécontentement par rapport aux interventions verbales de l'étudiant, car les questions posées au sujet de son traitement anticoagulant et ses particularités lui semblaient être celles posées par son médecin. Elle ne comprenait pas l'intérêt qu'avait l'éducateur à poser des questions similaires à celles auxquelles elle avait déjà répondu chez son médecin. L'éducateur a dû souligner qu'il n'avait pas accès au dossier médical constitué par son médecin.

Quant aux éducateurs, ils ont acquis plus d'aisance au fil des séances et se sentaient responsables de leurs patients. Dans le cadre de la migraine, une patiente a déclaré un cancer durant la période de l'étude. L'éducateur connaissant la personne, n'a pas hésité à lui demander des précisions sur ce cancer, pour l'épauler dans cette période difficile. La patiente a apprécié cette écoute professionnelle et cet intérêt porté à son égard.

L'enquêteur a pu jouer son rôle d'orientation du patient vers d'autres professionnels de santé. Concernant les réseaux spécialisés existant, nous avons informés 11 patients de leur existence, dont 3 ont pu l'intégrer.

La démarche a permis de développer un nouveau lien entre les médecins traitants et la pharmacie. Une collaboration différente du contact actuel (appels téléphoniques pour difficultés de lecture des ordonnances, interrogations sur des posologies, interactions, ...) a pu s'établir. Les contacts (téléphoniques, par courrier ou visuels) concernaient l'information au sujet de la démarche et, dans certains cas, des discussions au sujet du patient. Dans le cadre de la migraine, l'éducateur a informé le médecin traitant de la forte automédication d'une patiente, il a été discuté pour des patients des moyens pour une meilleure prise en charge notamment un recours à des méthodes parallèles. De même, il a été nécessaire de demander au médecin traitant d'une personne âgée sous anticoagulant oral s'il était conscient d'une autogestion des prises d'AVK en fonction des valeurs d'INR. Après discussion, le médecin, le titulaire et le biologiste ont été unanimes : ce patient a tendance à fabuler, mais il est bien suivi par ces trois intervenants.

Patients comme professionnels de santé doivent travailler plus étroitement ensemble. Le patient n'est jamais vierge d'expérience ni de savoir par rapport à sa maladie. Il n'est pas une page blanche sur laquelle s'écrirait son éducation. Ne pas chercher à connaître cette « culture » du patient, c'est prendre le risque de l'affronter, de la contredire sans succès, tant il est vrai que ces conceptions initiales se sont forgées au cours des années et sont par conséquent très solides¹⁶³.

2.2.6. Impact économique de la démarche

La question de la rémunération de cet acte pharmaceutique est rapidement posée. Nous nous sommes investies en consacrant du temps pour préparer les séances, remplir les dossiers concernant les patients et rechercher la réponse adaptée à chacun de ses besoins. Pendant ce temps, nous n'étions pas disponibles pour prêter main forte au comptoir. Pire encore, nous n'étions pas joignables lors des visites à domicile.

Nous aboutissons à un coût moyen global par patient suivi de 95,62€.

La mise en place d'un suivi éducatif à l'officine sera dépendant de la structure officinale. Le risque lié à la mise en place d'un suivi éducatif est le retrait forcé des officines

non structurées sur un modèle économique puissant capable de développer ce nouveau service¹⁷³.

La notion de service payant n'a été abordée que par un patient, en demandant à la fin de la séance consacrée au diagnostic éducatif combien elle devait à l'éducateur. Elle se sentait redevable du service rendu.

Le rapport bénéfices / temps passé est difficilement évaluable car aucun impact sur la santé des patients n'a été réalisé. Cependant, le temps de mobilisation d'un pharmacien par patient nous a paru trop important par rapport au temps de présence nécessaire au reste de l'activité officinale. Une rémunération de la démarche donnerait sans doute une impulsion à la démarche.

Trois titulaires sur cinq estiment que ce service devrait être rémunéré. Le premier a précisé que c'était un « investissement de temps important », apportant des « conseils personnalisés » et cela « mobilise un pharmacien en consultation qui ne peut pas être au comptoir ». Le second a souligné encore « le temps passé ». « La profession évolue vers une prestation de services et la seule marge commerciale ne pourra pas impliquer suffisamment le professionnel. Parallèlement, le fait de devoir rendre compte dans le cadre d'une rémunération implique davantage le professionnel de santé » a spécifié le dernier. Les deux autres titulaires n'ont pas souligné la nécessité d'une rémunération de ce suivi éducatif. Le premier a relevé que « cela entre dans le débat rémunération à la marge ou à l'acte ». Plus précisément, l'autre titulaire a soulevé que « l'acte pharmaceutique justifiant le monopole d'exercice implique de faire de l'éducation thérapeutique. »

3. Les perspectives

L'objectif de notre travail était de tester la faisabilité d'une démarche d'éducation thérapeutique à l'officine. Cette dernière partie vise à mettre en perspective les idées forces issues de notre analyse pilote.

En préambule, force est de constater que l'activité d'éducation thérapeutique du patient ne tombe pas sous le sens, ne s'improvise pas. Cette activité représente un processus centré sur le patient, continu, planifié et régulier, intégré à la démarche de soins. Ce processus nécessite le recours à des méthodes et des moyens éducatifs structurés. Sont proposées au patient des activités de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale. Ce processus s'effectue entre une équipe multidisciplinaire et le patient et/ou sa représentation (famille, tiers, personne de confiance), dans un contexte institutionnel et organisationnel impliquant certaines ressources et contraintes. Il est impossible d'établir une stratégie idéale d'apprentissage, celle-ci est évolutive en fonction des changements d'attitude du patient et de son adaptation à sa nouvelle situation¹⁶⁸. Cependant, nous proposons un projet type de suivi éducatif à l'officine issu de notre présente expérience (Annexe 21).

Deux grands types d'arguments issus de notre travail sont avancés : 1. la nécessité de se former à une telle démarche ; 2. la nécessité de revoir et faire évoluer l'organisation du modèle officinal, au cœur du système de soins.

3.1. La nécessité de formation des acteurs de l'éducation thérapeutique

La pratique d'une telle démarche a soulevé parmi les 5 étudiants des questions, voire des moments de doute, touchant à la fois la technique utilisée et l'obligation d'une remise en cause personnelle issue de la confrontation avec le patient.

Un nécessaire apprentissage de soi

L'engagement dans une pratique de suivi de patients chroniques exige la prise en compte d'un changement de paradigme, du soignant « tout puissant » au soignant « partenaire » du patient. Ceci nécessite de la part du professionnel de faire évoluer ses

propres valeurs, de reconnaître une certaine perte de pouvoir et d'accepter une prise de risque : le risque de « se faire déstabiliser » par le patient, le risque de devoir négocier, le risque de ne pas forcément aller dans le sens prévu ; ce type de risque a été appréhendé par certains d'entre nous au cours de ce travail.

A l'instar des recommandations de l'OMS, proposant l'écoute comme une des compétences clés que l'éducateur doit acquérir pour exercer une activité d'éducation du patient, nous pensons qu'une capacité d'écoute de soi-même représente un point d'ancrage pour l'éducateur. Une *pratique réflexive* est nécessaire pour faire évoluer notre propre connaissance, clé d'une écoute performante, d'une capacité à « passer la main » lorsque l'on se trouve dans une impasse avec le patient.

Un nécessaire apprentissage du patient

Au fil de ce travail, on tend à considérer le patient au-delà de son rôle de consommateur de santé, comme le *producteur de sa propre santé*¹⁶⁰. L'éducation thérapeutique vise à « catalyser » cette démarche, en proposant un modèle et des outils pour un accompagnement efficace. Pour entrer dans cette démarche, l'éducateur doit acquérir un certain nombre de compétences techniques en termes :

1. d'écoute active, afin d'analyser attitudes et comportements des patients,
2. de capacité de structuration, de synthèse et de programmation d'actions possibles pour le patient et sa santé,
3. de négociation avec ce patient sur les actions à mettre en œuvre,
4. de motivation de ce patient au cours de son suivi, afin de l'aider au mieux à atteindre les objectifs fixés,
5. d'évaluation des progrès réalisés.

L'écoute active représente une technique clairement décrite. Elle associe 3 attitudes clés développées historiquement par Karl Rogers : *Empathie* (développer, par les capacités d'écoute très attentives, une proximité à l'autre, sans pour autant s'identifier à lui) ; *Acceptation inconditionnelle* (essayer d'être conscient de ses propres représentations positives et négatives vis-à-vis de la personne rencontrée) ; *Congruence* (être en contact avec les sentiments que l'on éprouve en temps qu'écouter et les exprimer si l'on juge le moment opportun). Doivent être mises en œuvre derrière ces concepts fondamentaux, des techniques de communication non verbales et verbales qui, pour partie, peuvent faire l'objet d'un enseignement formel.

Concernant *la structuration, la synthèse et la programmation d'actions*, l'approche décrite dans ce travail autour du diagnostic éducatif permet de modéliser le recueil de données, de prendre en compte les valeurs, les préférences du patient, d'identifier ses besoins et les ressources dont il dispose face aux situations-problèmes concernées. C'est la mise en pratique de ce modèle qui permet d'acquérir une expérience de la démarche et de devenir plus efficient dans la programmation des objectifs à proposer au patient.

La négociation d'objectifs avec le patient reste une partie délicate et sans doute très frustrante pour l'éducateur : celui-ci a identifié un ensemble de points critiques lors de l'étape du diagnostic éducatif ; le patient ne va sans doute pas tous les admettre et les accepter pour avancer avec sa maladie. Ce savoir-faire nécessite de pouvoir « jauger » la capacité d'engagement du patient et de mettre au second plan les « urgences » de santé détectée ainsi que ses propres « désirs » de soignant « pour l'autre ».

Une fois un plan de suivi éducatif contractualisé avec le patient, il y a nécessité de *motiver*, d'encourager, de renégocier au fil du temps. L'éducateur endosse le costume de « coach », apprenant à éviter le paternalisme et à formuler les arguments nécessaires au renforcement du patient.

En définitive, l'éducateur doit posséder des capacités d'*évaluation* des progrès accomplis par le patient, afin de rester centré sur la démarche de suivi éducatif et les objectifs négociés avec le patient, et de ne pas « glisser » vers un accompagnement « compassionnel » non structuré qui ne peut s'avérer très contre-productif.

3.2. La nécessité de revoir et faire évoluer l'organisation du modèle officinal

Telle que décrite, l'activité d'éducation thérapeutique fait appel à des compétences ciblées à mettre en œuvre au cœur d'une organisation adaptée.

Deux questions majeures émergent de ce travail : 1. L'officine est-elle la bonne place pour l'éducation thérapeutique formalisée ? ; 2. Si oui, comment intégrer le travail de l'officine à une démarche multidisciplinaire, garantie principale de la pertinence de la démarche éducative ?

L'officine est-elle la bonne place pour l'éducation thérapeutique ?

Les résultats de notre travail mettent en lumière que l'investissement à consentir par un titulaire d'officine pour mettre en œuvre cette pratique est important : organisation spatiale (lieu de confidentialité) et temporelle (programmation des rendez-vous), intégration à la pratique quotidienne de l'officine, allocation de « temps-pharmacien » nécessaire à la démarche, coût de la formation... pour des bénéfices difficiles à évaluer à court terme.

Il semble clair qu'une officine de taille modeste puisse difficilement opérer de tels investissements. Pour ce qui est des officines plus importantes, le choix reste entier. Les résultats de cette étude montrent que la démarche est faisable moyennant quelques aménagements (cibler les patients ; raccourcir le temps des séances éducatives ; programmer les rendez-vous...). La démarche est faisable, sous l'hypothèse d'une insertion forte du projet dans une dynamique collective au sein de l'entreprise. Dans ce cadre, il semble peu réaliste de détacher une personne de l'équipe qui deviendrait « le spécialiste » en éducation thérapeutique. Il semble plus raisonnable de former plusieurs personnes de l'équipe qui, dans le cadre des activités de routine, pourraient devenir « personnes-ressources » pour un champ de pathologie ou une classe thérapeutique donnée. Ces référents pourraient être « consultés » par les autres membres de l'équipe officinale, pour certains patients complexes à gérer (sous l'hypothèse d'une organisation favorisant la qualité du contact et la prise en compte du « temps-patient »). La pertinence de cet investissement sera assurée par l'engagement de l'officine vis-à-vis de ses partenaires extérieurs à l'officine.

Comment intégrer le travail de l'officine à une démarche multidisciplinaire ?

Quelques éléments clés ressortent de ce travail :

- renforcer la stratégie de documentation des actes et des interventions pharmaceutiques dans un dossier structuré (dossier patient informatisé, création d'un dossier de suivi éducatif dans le dossier pharmaceutique du DMP), ce qui représente une des actions historiques notamment de l'Ordre des Pharmaciens (Opinion Pharmaceutique ; Henri Lepage) ;
- a minima, renforcer la stratégie de communication avec les autres acteurs de la prise en charge du patient. La cohérence des messages apportés au patient représente un facteur essentiel de la stratégie. Tout message contradictoire décrédibilise la stratégie et les

professionnels de santé. Nous avons par exemple développé une synthèse écrite de l'action à destination du médecin ;

- a l'optimum, prédéfinir l'action d'éducation thérapeutique de manière concertée : en négociant avec le médecin traitant un projet de consultation pharmaceutique, sur des patients ciblés ; en intégrant un réseau de soins dans lequel l'activité d'éducation thérapeutique serait reconnue à part entière dans l'offre de soin ; en désignant un pharmacien-référent dans le contexte du relais hôpital-ville. Dans ce cadre, le pharmacien endosse tout à tour un rôle d'éducateur « généraliste » (pratique du diagnostic éducatif et rôle de « triage » vers les professionnels les plus adaptés à répondre aux besoins des patients, au sein du réseau) ou un rôle de consultant spécialiste dans la problématique « médicamenteuse » (gestion d'un défaut d'observance, gestion des effets indésirables médicamenteux...).

Au final, la reconnaissance de la démarche d'éducation thérapeutique par l'instance publique et les ouvertures de contrats formalisés passe par : 1. la mise en cohérence et donc la lisibilité globale de l'action en réseau multidisciplinaire ; 2. la mesure de sa pertinence sanitaire et sociale, qui sera acquise au prix de stratégies d'évaluation rigoureuses.

Thèse soutenue par : **BOCQUET** Claire

Titre : **ETUDE DE FAISABILITE D'UNE DEMARCHE DE SUIVI EDUCATIF A L'OFFICINE : APPLICATION A LA MIGRAINE**

CONCLUSION

Un des défis majeurs auquel doit dorénavant faire face le système de soins est celui du vieillissement de la population. Cette évolution démographique va de paire avec une prévalence croissante des affections chroniques. Les réponses du système de soins sont de plus en plus techniques et morcelées, offrant des garanties sous-optimales en terme de sécurisation des patients. Les chiffres concernant l'iatrogénie médicamenteuse sont à ce titre éloquentes : la moitié des erreurs médicamenteuses serait potentiellement évitable (ENEIS 2005). Les enjeux de santé publique sont alors ceux de la rationalisation de la filière patient, grâce au développement de stratégies de diffusion de l'information entre professionnels, médicaux et paramédicaux, de mise en réseau des structures et prestataires de soins, ambulatoires comme hospitaliers et la mise en œuvre d'un véritable accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques ou « suivi éducatif ».

L'objectif de la présente recherche était d'évaluer la faisabilité d'un *suivi éducatif* à l'officine.

Concernant la méthodologie, de janvier à juin 2006, lors de notre stage de pratique professionnelle, nous avons opéré le suivi éducatif de patients ambulatoires, fidélisés à leur officine et concernés par une pathologie chronique parmi les cinq décrites ci-dessous.

Pathologies d'inclusion	Educateurs	Titulaires, Localisations
Migraine	BOCQUET Claire	Mme LAMEYNARDIE, <i>Annecy le Vieux (74)</i>
Diabète de type II	FORTIN Emeline	Mme BOYER, <i>Grenoble (38)</i>
Asthme et B.P.C.O	GOUDARD-PEYROLON Elsa	M. MODELON, <i>Guilherand-Granges (07)</i>
Anticoagulants oraux	MATHELET Catherine	M. et Mme BOURDARIAT, <i>Pontcharra (38)</i>
Insuffisance cardiaque	RIQUELME Julie	M. et Mme ROUGIER, <i>Saint Martin d'Hères (38)</i>

Les patients volontaires étaient informés, recrutés puis rencontrés dans un espace de confidentialité ou à domicile, afin d'établir un *diagnostic éducatif*. Ce diagnostic permettait de

fixer avec le patient des objectifs éducatifs. A chaque entrevue ultérieure planifiée, l'éducateur travaillait avec le patient à un objectif particulier, s'aidant, pour ce faire, d'un ensemble d'outils pédagogiques adaptés.

L'évaluation de la faisabilité de cette démarche s'est effectuée sur 5 types de critères retenus :

- 1.** la pertinence de l'information apportée aux acteurs au sujet de la démarche (acceptabilité de l'entrée dans le dispositif) ;
- 2.** l'organisation spatio-temporelle (prises de rendez-vous, assiduité aux rendez-vous, nombre de rencontres par patient, lieu de l'entretien) ;
- 3.** les outils du suivi éducatif (dossier patient, diagnostic éducatif, thèmes envisagés durant les séances, documentation proposée au patient, supports pédagogiques) ;
- 4.** la satisfaction des différents acteurs (à l'issue de l'expérimentation par des questionnaires et retours d'expériences) ;
- 5.** l'impact économique de la démarche (coût moyen de la stratégie).

Les résultats principaux sont les suivants. Concernant l'entrée dans le dispositif, 73 patients ont été sollicités, 21 ont refusé la démarche et 9 l'ont abandonné en cours de suivi. Les résultats de ce travail concernent donc 43 patients, dont la moyenne d'âge est de 63 ans (de 6 à 90 ans), soit 7 pour asthme/BPCO, 8 pour insuffisance cardiaque et diabète de type II, 10 pour AVK et migraine. Vingt-huit des 33 médecins sollicités ont retourné le questionnaire rempli. Concernant l'organisation de la démarche, le nombre moyen de séances par patient effectuées par chaque enquêteur est de 2,7. Sept pourcent des patients ont été rencontrés uniquement à domicile, 93% à l'officine ou de façon mixte. Parmi ces derniers, 68% ont été rencontrés uniquement dans l'espace de confidentialité, 32% au comptoir ou dans cet espace. La durée moyenne du diagnostic éducatif a été de 44 minutes et celle d'une séance éducative de 28 minutes. Concernant les outils pédagogiques, l'éducateur s'est efforcé de personnaliser les outils pédagogiques qu'il a utilisé lors du suivi éducatif, selon le patient, ses besoins et attentes. Concernant la satisfaction des différents acteurs, la démarche a été appréciée par 95% des patients. Soixante-dix-huit pourcents referaient appel à cette proposition de service pour une autre pathologie et 95% conseilleraient ce mode d'échanges à un proche. La majorité des médecins était satisfaite mais certains relevaient le caractère contradictoire de l'image qu'ils avaient du pharmacien : commerçant et, dans le présent projet, éducateur. Les avis des titulaires divergeaient mais tous s'accordaient sur l'importance du rôle de pharmacien éducateur.

En définitive, l'organisation du milieu officinal doit être remodelée pour déterminer des plages horaires adaptées aux patients et une zone de rencontre isolée, confidentielle et

adaptée au suivi éducatif. Malgré ses bénéfices, la visite à domicile reste complexe à mettre en place. Quelque soit l'âge du patient et le stade d'intervention dans sa maladie, le succès de la démarche d'éducation dépend de la motivation de ce dernier. Le suivi éducatif doit être adapté aux besoins et attentes du patient. Le pharmacien doit non seulement s'appuyer sur la polyvalence de ses connaissances mais aussi se former aux techniques de communication et à l'approche éducative en santé, afin de mener des entretiens structurés et limités dans le temps. Reste que le rapport bénéfice / investissement associé à une telle stratégie est difficile à évaluer. Le temps de présence du pharmacien pour mener à bien le suivi éducatif s'avère difficilement compatible avec l'activité officinale actuelle.

De manière plus fondamentale, la collaboration multidisciplinaire est indispensable pour développer un suivi éducatif cohérent et renforcer les messages délivrés aux patients. Un dossier unique, le dossier patient, permettrait d'établir des objectifs communs au réseau de professionnels. Il permettrait également un relais optimal entre l'hôpital et une pharmacie référente à qui serait confié le suivi thérapeutique. On pourrait envisager une labellisation de cet acte pharmaceutique pour des pharmaciens qualifiés, acte qui pourrait être prescrit par le médecin.

Vu et Permis d'imprimer

A La Tronche, le 13 Octobre 2006

LE DOYEN
Pr. P. DEMENGE

Pr. P. DEMENGE
Directeur UFR Pharmacie

Pr. Jean CALO
Président de l'Association des
Pharmaciens de la Région
Généraliste de la Région
LE PRESIDENT DE THESE
Pr. J. CALO

ANNEXES

Annexe 1 : Condition de prise en charge par le système de soin australien d'une consultation pharmaceutique prescrite pour au moins 1 des raisons prévues.

Le patient ...

- doit prendre régulièrement 5 médicaments ou davantage
- doit prendre chaque jour 12 doses de médicaments ou davantage
- a vu son traitement changer significativement dans les 3 derniers mois
- a des traitements ayant une marge de sécurité étroite ou nécessitant un suivi thérapeutique
- présente des symptômes évoquant un effet indésirable
- ne répond pas bien à son traitement
- n'est peut-être pas bien observant ou a des difficultés à utiliser un dispositif de dispensation
- a du mal à prendre correctement ses traitements par suite de handicaps
- consulte de nombreux médecins
- sort d'une hospitalisation depuis moins de 4 semaines

Annexe 2 : Extrait de la grille d'évaluation de la qualité de la tenue du dossier du patient d'après l'ANAES.

LES INFORMATIONS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES				
L'identité civile du patient est notée et comporte :				
1c - le nom et le prénom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2c - le nom de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3c - le sexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4c - la date de naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5c - le lieu de naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6c - l'adresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7c - le numéro de téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

L'identité sociale du patient est notée et comporte :				
8c - la situation professionnelle et la profession	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9c - la couverture sociale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10c - la situation familiale - <i>marié(e), célibataire, veuf(ve), divorcé(e), pacsé(e)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11c - les éventuelles personnes à charges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

La situation juridique du patient est notée, s'il y a lieu, et comporte :				
12c - la mesure de protection juridique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13c - le mode d'hospitalisation en psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14c - la ou les identités du ou des titulaires de l'autorité parentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15c - Si le patient est majeur sous tutelle ou mineur non émancipé, le dossier contient l'autorisation de soins invasifs signée par le tuteur ou le détenteur de l'autorité parentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

L'identité de la personne à prévenir est notée et comporte :				
16c - le nom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17c - l'adresse et/ou le numéro de téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18c - le lien avec le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CRITÈRES D'ÉVALUATION	OUI	NON	NA	COMMENTAIRES
L'identité de la personne de confiance est notée, si nécessaire, et comporte :				
19c - le nom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20c - l'adresse et/ou le numéro de téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21c - le lien avec le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

22c - L'accord ou le désaccord éventuel du patient à la communication des informations concernant sa santé est noté dans le dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23c - Le dossier permet de retrouver les modalités d'entrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
24c - Le dossier permet de retrouver la date et l'heure d'entrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
25c - Le dossier contient, si nécessaire, la fiche inventaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26c - Le dossier contient, s'il existe dans l'établissement, le bordereau d'enregistrement des pièces versées au dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

LES INFORMATIONS MÉDICALES				
Les informations médicales comportent :				
27c - les coordonnées du médecin désigné par le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28c - les coordonnées du médecin adresseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29c - les coordonnées du médecin responsable du patient au cours de sa prise en charge hospitalière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
30c - le lieu de prise en charge du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
31c - le document médical à l'origine de la prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
32c - les motifs d'hospitalisation ou de consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
33c - les antécédents et facteurs de risque du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
34c - le questionnaire de repérage de la maladie de Creutzfeld-Jacob, si nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35c - les conclusions de l'évaluation clinique initiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Annexe 4 : Contenu du Dossier Médical Personnel

D M P Dossier Médical Personnel Vue Synthétique du contenu

VOLET IDENTIFICATION	Données d'hébergement du dossier
NOM :	
PRENOM	
Date de naissance	
Identifiant	

VOLET DONNEES GENERALES	Données à saisir ou documents à reporter
Antécédents personnels, médicaux et chirurgicaux	
Historique des consultations spécialisées	
Allergies, intolérances, vaccinations	

VOLET SOINS	Documents pouvant être reportés
Résultats d'examens biologiques	
CR d'acte diagnostique	
Bilan autonomie	
Bilan fonctionnel (kiné)	
Conclusions de télé-consultation	
CR d'acte thérapeutique	
CR de séjour hospitalier, lettre de sortie	
Pathologies en cours	
Traitements en cours	
Dispensation médicamenteuse	
Suivi de soins	

VOLET PREVENTION	Documents pouvant être reportés
Facteurs de risques	
CR d'acte diagnostique à visée préventive	
CR d'acte thérapeutique à visée préventive	

IMAGES	Quelques documents sélectionnés
Documents radiologiques ou d'imagerie médicale	

Annexe 5 : Ticket pour fixer un rendez-vous pharmaceutique



PROCHAIN RENDEZ-VOUS PHARMACEUTIQUE
Projet de thèse Université de Pharmacie de Grenoble



DATE : _____ **HEURE :** _____

- Ordonnances conservées au cours des traitements
- Résultats d'analyse, de biologie, comptes-rendus d'examens
- Carnets de suivi
- Appareillage

Merci.

Annexe 6 : Lettre d'information pour le patient

UFR DE PHARMACIE
SERVICE DE PHARMACIE CLINIQUE
ET DE BIOTECHNIQUE



Jean CALOP, Professeur
Benoît ALLENET, Maître de Conférences
Bernard CHAMPON, Professeur Associé

A La Tronche,
Le

Objet : Etude réalisée dans le cadre d'une Thèse en Pharmacie

Dans le cadre d'une thèse pour l'obtention du Doctorat en Pharmacie, à l'UFR de Pharmacie Université Joseph Fourier de Grenoble, un groupe composé de cinq étudiants finissant leurs études de pharmacie (6^{ème} année) souhaite évaluer l'intérêt d'une démarche de suivi thérapeutique à l'officine.

Ainsi, nous vous proposons une série de rendez-vous (au moins 3 sur une période de 6 mois). Chaque entretien avec l'étudiant en pharmacie (dont la durée sera de 20 minutes) visera à faire le point sur vos médicaments, leur utilisation, d'éventuels problèmes rencontrés, des questions que vous pouvez vous poser sur le diabète de type 2.

Cette étude se réalisera dans le respect strict du secret professionnel et en toute confidentialité, sous la tutelle de votre pharmacien d'officine.

Vous remerciant de votre participation.

BOCQUET Claire FORTIN Emeline GOUDARD Elsa MATHELET Catherine RIQUELME Julie	Dr Benoît ALLENET Maître de conférences	Dr
--	--	----------

Annexe 7 : Lettre d'information des médecins

UFR
DE PHARMACIE
SERVICE DE PHARMACIE CLINIQUE
ET DE BIOTECHNIQUE



Jean CALOP, Professeur
Benoît ALLENET, Maître de Conférences
Bernard CHAMPON, Professeur Associé

A La Tronche,
Le

Objet : Projet de thèse d'exercice en Pharmacie

Dans le cadre d'une thèse pour l'obtention du Doctorat en Pharmacie, à l'UFR de Pharmacie de Grenoble, un groupe composé de cinq étudiants souhaite évaluer l'intérêt d'une démarche éducative à l'officine, en proposant aux patients des rendez-vous pharmaceutiques.

Sur Grenoble, M^{elle} est présente à la Pharmacie ,
l'éducation thérapeutique portera sur

Cette expérimentation concerne votre patient,, pour lequel
des séances de suivi thérapeutique ont été programmées.

Si vous l'acceptez, nous vous tiendrons informé sur les thèmes abordés avec votre patient.

D'autre part, dans un but d'évaluation de notre démarche, nous vous solliciterons en fin de projet (juin 2006) pour nous donner votre avis sur la pertinence de cette démarche.

Confraternellement.

M ^{elle}	Dr Benoît ALLENET Maître de conférences	Dr ... (Pharmacien)
-------------------	--	---------------------

PJ : synopsis de l'étude.

DOMAINE DE LA MERCI - 38706 LA TRONCHE CEDEX - FRANCE
C.H.U GRENOBLE - PAVILLON MOIDIEU - 38700 LA TRONCHE - 04 76 76 54 96 - FAX : 04 76 76 51 00

Annexe 8 : Présentation officielle de l'étude aux professionnels de santé

PRESENTATION DE L'ETUDE :

Faisabilité d'une démarche éducative à l'officine dans le cadre de pathologies chroniques

L'éducation thérapeutique s'adresse avant tout aux patients atteints de maladies chroniques. Les pathologies choisies telles que l'asthme/BPCO, diabète de type 2, la migraine et l'insuffisance cardiaque, les traitements par anticoagulants oraux nécessitent au quotidien une adhésion étroite de la part des patients, aux diverses modalités du suivi du traitement (prise de médicaments, suivi de régime, auto surveillance de paramètres biologiques...).

I/ Principes généraux de l'expérimentation

Un groupe de 5 étudiants expérimentera des interventions d'éducation grâce à une démarche formalisée suivant un modèle de diagnostic éducatif^a associée à un ensemble de supports pédagogiques adaptés.

L'étude se fera sur 10 patients, volontaires, sein des officines accueillant les étudiants pour leur stage de 6^{ème} année de Pharmacie.

II/ Déroulement de l'expérimentation

Les patients seront suivis sur une période définie de 6 mois à partir du 1^{er} Janvier 2006.

Le nombre et la durée des rencontres seront variables avec pour minima 3 rendez-vous pharmaceutiques d'une durée approximative de 20 minutes d'entretien.

L'objectif du 1^{er} rendez-vous pharmaceutique sera d'élaborer un dossier patient d'après une série de questions simples.

Une démarche d'identification des besoins du patient sera ensuite établie, considérée comme la première étape d'une éducation personnalisée.

Les rendez-vous suivants répondront aux attentes précédemment définies par le patient.

Une évaluation ultérieure, avec le patient permettra de déterminer sa perception de l'étude.

III/ Communication des Résultats

La mise en commun des résultats d'ordre général permettra de conclure quant à la faisabilité d'une intervention simple du pharmacien dans la prise en charge de la pathologie chronique du patient d'officine.

Les patients seront, bien sur tenus informés des résultats de l'expérimentation par les étudiants avec lesquels ils auront effectué la démarche expérimentale, au moyen d'un document de synthèse adressé à leur domicile.

^aJF. D'IVERNOIS, R. GAGNAYRE. Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique. « Collection du patient ». 2^{ème} édition, MALOINE 2004.

Annexe 9 : Dossier patient

SUIVI THERAPEUTIQUE A L'OFFICINE	
DOSSIER PATIENT	
Date de création : / / 2006	
SITUATION	
Numéro interne à l'officine :	
Acceptabilité de l'étude :	
<input type="radio"/> Directe	
<input type="radio"/> Avec demandes d'informations complémentaires	
<input type="radio"/> Non, Pourquoi ?.....	
Mode de recrutement :	
<input type="radio"/> par l'étudiant	
<input type="radio"/> par les pharmaciens	
<input type="radio"/> par l'ensemble de l'équipe	
<input type="radio"/> par demande du patient	
Notion de service payant abordée par la patient :	
<input type="radio"/> Oui	
<input type="radio"/> Non	
<input type="radio"/> nsp	
CONTACT	
Nom :	
Prénom :	
Date de Naissance :	
Adresse :	
Ville :	
Téléphone :	
Courriel :	
Métier :	
Loisirs :	
EQUIPE IMPLIQUEE	
Equipes Soignantes :	
<input type="checkbox"/> Médecin traitant :	
<input type="checkbox"/> IDE :	
<input type="checkbox"/> Paramédicales (Pédicure / Diététicienne / kinésithérapeute / Ergothérapeute)	
<input type="checkbox"/> Aucun	
Spécialistes :	
<input type="checkbox"/> Rhumatologue	
<input type="checkbox"/> Médecin de la douleur	
<input type="checkbox"/> Neurologue	
<input type="checkbox"/> Cardiologue	
<input type="checkbox"/> Pneumologue	
<input type="checkbox"/> Endocrinologue	
<input type="checkbox"/> Diabétologue	
<input type="checkbox"/> Autres	
Suivi social :	
<input type="checkbox"/> Educateur	
<input type="checkbox"/> Assistante sociale	
<input type="checkbox"/> Autres :	
<input type="checkbox"/> nsp	
ANAMNESE	
Pathologies actuelles :	
Antécédents pathologies :	
ATCD Familiaux :	
HISTORIQUES MEDICAMENTEUX	
Prescriptions :	
Automédications :	
<input type="checkbox"/> Oui	
<input type="checkbox"/> Non	
Si oui, développez (quantité, type d'automédication....)	

PROFIL PATIENT

Nationalité :

- Française
 Etrangères :

Taille :

Poids :

IMC :

Sexe :

- Homme
 Femme

Etat physiopathologique :

- Grossesse
 Allaitement
 Insuffisance rénale
 Insuffisance hépatique
 Allergie médicamenteuse
 Allergie environnementale
 Intolérance

**DIAGNOSTIC EDUCATIF
 BESOINS ET QUALITE DE VIE**

Addictions :

- Tabac
 Alcool
 Autres :

Boissons :

- Eau
 Sodas
 Lait
 Thé, café
 Jus de fruits

Alimentation :

Activités physiques / Loisirs :

FACTEURS INTERNES

Connaissances de la maladie :

- Oui Partiellement Non nsp

Connaissances du traitement (a-t-il déjà lu les notices ?):

Cite ses médicaments :

- Oui Partiellement Non nsp

Connait leur rôle :

- Oui Partiellement Non nsp

Evaluation de l'Observance :

Acceptation de la pathologie :

- Oui Non
 Partiellement Nsp

Acceptation du traitement :

- Oui Non
 Partiellement Nsp

Appréhension de la maladie

- Oui
 Non
 Partiellement
 Nsp

Observance :

- Très bonne
 Bonne
 Médiocre
 Nsp

FACTEURS ORGANISATIONNELS/ENVIRONNEMENT

Autonomie :

- Vue :**
 Correcte
 Insuffisante

- Audition :**
 Correcte
 Insuffisante

- Dextérité :**
 Correcte
 Insuffisante

Problèmes avec certains médicaments (Forme galénique, Posologie...):

Préparation des médicaments :

- Autonome
 Entourage
 Conjoint
 Enfants
 Voisin, Femme de ménage

Soignant

- Auxiliaire de vie
 Autres :

Utilisation d'un pilulier :

- Oui
 Non
 Nsp

Relationnel : (Emploi, Amis..) :

Proximité :

- Médecin traitant
 Pharmacie
 Laboratoire d'analyses
 Infirmiers
 Familiale

Objectifs des rendez-vous pharmaceutiques

1er rdv :



Annexe 10 : Diagnostic éducatif

N° interne à la pharmacie :

Date : / / 2006

DIAGNOSTIC EDUCATIF

Besoins et qualité de vie

- **Répercussions de la maladie :**
- **Subjectives :** isolement social et culturel, sentiment d'insécurité, ...
- **Objectives :** perte d'activité, absentéisme, chômage....
- **Préoccupations, objectifs du patient**

-
-
-
-
-

Etat de santé

- **facteurs sanitaires :** handicap, douleur, fonctionnalité...
- **facteurs non liés à la santé :** situation économique, solitude...
- **Perception du patient**
- **Enjeux et motivations, objectifs médicaux...**

-
-
-
-
-

Comportements

- **Adaptation à la pathologie et au traitement :** quoi, comment, combien ?

-
-
-
-
-

Facteurs internes
<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance de la pathologie, du traitement, observance - Compréhension, représentations, acceptations...
<ul style="list-style-type: none"> ➤ ➤ ➤ ➤ ➤
Facteurs organisationnels
<ul style="list-style-type: none"> - Environnement social, médical - Ressources disponibles, accessibilité...
<ul style="list-style-type: none"> ➤ ➤ ➤ ➤ ➤
Facteurs de renforcement
<ul style="list-style-type: none"> - Support social - Famille, proches, collègues, équipe médicale...
<ul style="list-style-type: none"> ➤ ➤ ➤ ➤ ➤

Annexe 11 : Liste des thèmes à aborder

<p><u>CONNAISSANCE DU TRAITEMENT</u></p> <ul style="list-style-type: none">. Connaissance de la maladie. Rôle des médicaments et leurs effets. Mode d'action des médicaments. Posologie, plan de prise. Voies d'utilisation. Génériques. Utilisation de l'appareillage. Effets indésirables <p><u>A QUOI FAIRE ATTENTION ?</u></p> <ul style="list-style-type: none">. Autres médicaments. Conseils diététiques. Traumatismes, sports, stress. Gestes de la vie quotidienne. Grossesse, Allaitement	<p><u>QUELLE SURVEILLANCE EST NECESSAIRE ?</u></p> <ul style="list-style-type: none">. Suivi des manifestations de la maladie. Suivi des analyses. Rendez-vous réguliers chez le médecin <p><u>COMMENT REAGIR EN CAS DE PROBLEMES ?</u></p> <ul style="list-style-type: none">. Surdosage. Oubli. Effets indésirables. Situation d'urgence. Inefficacité
--	--

Annexe 12 : Tableau de suivi de l'évolution des séances selon les thèmes abordés

<ul style="list-style-type: none"> • A = abordé : thème abordé <u>par l'enquêteur</u> car jugé important dans la prise en charge du patient et non abordé par ce dernier, et nécessitant une information et/ou une éducation • V = validé : thème abordé et acquis <u>par le patient</u> de façon autonome, ou validé après vérification par l'enquêteur (dans le cas d'une prise en charge éducative du thème concerné) • E = expliqué : thème expliqué par l'enquêteur, sur demande informative du patient • C = corrigé : thème corrigé par l'enquêteur car erroné selon les dires du patients 					
Numéro interne :			Enquêteur :		
	Séance 1	Séance 2	Séance 3	Séance 4	Séance 5
Dates :					
Durée :					
CONNAISSANCE DU TRAITEMENT					
Connaissance de la maladie					
Rôle et effet des médicaments					
Mode d'action des médicaments					
Posologie, plan de prise					
Voies d'utilisation, appareillage					
Génériques					
Effets indésirables					
A QUOI FAIRE ATTENTION ?					
Poly / Auto – médication					
Diététique					
Vie quotidienne					
Grossesse, allaitement					
SURVEILLANCE NECESSAIRE					
Evolution pathologie					
Analyses régulières					
Consultations médicales					
EN CAS DE PROBLEME					
Surdosage					
Oubli					
Effets indésirables					
Situation d'urgence					
Inefficacité					
AUTRES THEMES ABORDES NON PREVUS					

Annexe 13 : Suivi d'évolution des séances éducatives

SUIVI EDUCATIF

Numéro interne : _____
Séance N° _____

Date : / / 2006
Durée : _____

Principaux objectifs fixés suite au diagnostic éducatif

-
-
-
-

Préoccupations ou remarques du patient

Objectifs de la séance

- Objectif 1 :
- Objectif 2 :
- Objectif 3 :

Description de la séance

Objectif 1 :

Outils utilisés :

Comportements du patient face à l'outil :

Commentaires de l'enquêteur :

Objectif 2 :

Outils utilisés

Comportements du patient face à l'outil

Commentaires de l'enquêteur :

Objectif 2 :

Outils utilisés

Comportements du patient face à l'outil

Commentaires de l'enquêteur :

Bilan de la séance

Objectifs de la prochaine séance

Annexe 14 : Questionnaire PATIENT

N° interne à l'officine :

Date : / / 2006

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION
PAR LE PATIENT
ETUDE D'UNE DEMARCHE DE SUIVI EDUCATIF A L'OFFICINE

1^{ère} partie : Ce qui vous concerne

1. Combien de fois par trimestre, venez-vous à la pharmacie ?

- 1 à 2 fois 3 à 4 fois + de 5 fois NSP

2. Avant l'étude, aviez-vous eu des questions sur votre maladie et/ou votre traitement ?

- Oui Non

3. Avant l'étude, aviez-vous déjà eu une éducation sur votre maladie et/ou votre traitement ?

- Oui plusieurs Non
 Oui au moins une fois NSP

Si oui, précisez (dans quel cadre)

4. Pourquoi avez-vous accepté de participer à ces séances d'éducation ?

- Vous faites confiance à votre pharmacien
 Par curiosité, intérêt
 Pour contribuer à faire avancer la recherche
 C'est l'occasion de parler plus longuement à votre pharmacien
 C'est l'occasion d'évoquer un sujet personnel
 Autre, précisez :

.....

2^{ème} partie : Déroulement des séances d'éducation

5. Combien de fois, avez-vous rencontré l'étudiant dans le cadre de cette éducation ?.....

6. Quelle a été la durée approximative de chaque séance (en moyenne)?

.....Minutes

7. La zone d'accueil vous a-t-elle convenue ?

- Oui Non

Pourquoi ?

8. Préférez-vous des rendez-vous pharmaceutique à votre domicile ?

- Oui Non NSP

Pourquoi ?

9. Les horaires de rendez-vous vous convenaient ils ?

- Oui Non NSP

10. La durée des rencontres était pour vous :

- Longue Adaptée Courte NSP

11. Le nombre de rencontres vous a-t-il convenu ?

- Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

12. Au cours de ces rencontres :

12.1- Avez-vous pu parler de tout ce qui vous préoccupait ?

- Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

12.2- A-t-on pris en compte vos habitudes de vie (mode de vie, entourage, activités...)?

- Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

12.3- Avez-vous reçu des documents sur votre maladie et/ou sur votre traitement (brochures, dépliants d'informations, fiches...)?

- Oui Non Je n'en ai pas voulu

Pourquoi ?.....

Si oui, les avez-vous lues ?

- Oui Non

Et qu'en avez-vous fait ?

- Je les ai rangées
 Je les ai rangées en évidence
 Je les ai fait suivre dans mon entourage
 Je les ai jetées

3^{ème} partie : Opinion sur l'expérimentation

13. Quel était le principal objectif que vous vous étiez fixé avec l'étudiant ?

14. Y a-t-il des choses que vous n'avez pas apprécié dans ces rencontres, qui ont été désagréables ou contraignantes ?

- Oui Non NSP
Si oui, laquelle ou lesquelles ?
-

15. Ces séances vous ont-elles apporté des informations ?

Sur vos médicaments :

- Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

Sur les surveillances à effectuer :

- Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

Sur les complications de votre maladie :

- Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

Sur les situations d'urgence :

- Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

Sur l'hygiène de vie :

- Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

16. L'intervention vous a-t-elle permis :

une meilleure gestion de votre traitement (plan de prise, surveillance biologique..)

- Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

de prendre contact avec des associations ou d'autres professionnels de santé

- Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

de mieux vivre la maladie et/ou le traitement

- Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

de communiquer avec vos proches de votre maladie et/ou de votre traitement

- Tout à fait d'accord Plutôt pas d'accord
 Plutôt d'accord Pas du tout, d'accord

17. Pensez-vous avoir atteint l'objectif que vous et l'étudiant, aviez fixé au début de l'étude ?

- Oui, tout à fait Non, pas vraiment
 Oui, en partie Non, pas du tout

Pourquoi ?

18. Concrètement, qu'est-ce que ces rencontres ont changé ?

- Pour votre santé :

- Dans votre relation, avec votre pharmacien :

- Dans votre relation, avec votre médecin

19. Quelle est votre appréciation globale sur ce suivi ? Etes-vous

Très satisfait

Peu satisfait

Plutôt satisfait

Pas du tout satisfait

20. Referiez vous appel à cette méthode pour une autre pathologie ?

Oui

Non

Pourquoi ?

21. Conseilleriez-vous à un proche ce mode d'échange ?

Oui

Non

Pourquoi ?

Commentaires :

Merci de votre attention et du temps passé pour remplir ce questionnaire.

Nous vous remercions pour le temps consacré à cette étude.

Annexe 15 : Questionnaire TITULAIRE

N° interne à l'officine :

Date : / / 2006

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION PHARMACIEN ETUDE D'UNE DEMARCHE DE SUIVI EDUCATIF A L'OFFICINE

1^{ÈRE} PARTIE : CE QUI VOUS CONCERNE

1. Votre année de naissance :

2. Vous êtes : Un homme Une femme

3. Vous exercez en milieu : Urbain Mixte Rural

4. En plus de vous, combien de salariés travaillent dans votre officine ? : _____ salariés

5. Vous estimez le pourcentage de la clientèle fidélisée à :
_____ % dont _____ % d'ordonnances et _____ % de conseil.

6. Vous estimez la répartition de votre clientèle comme suit :

_____ % d'enfants
_____ % de 15 à 50 ans
_____ % de 50 à 75 ans
_____ % de plus de 75 ans

7. Vous consacrez-vous à ?

- Des activités relatives à des associations de malades Oui Non
- Des activités relatives à des associations de prévention Oui Non
- Des activités de formation (en tant que formateur) Oui Non
- Autres :

8. Avez-vous une expérience antérieure en éducation pharmaceutique (action d'éducation à l'hôpital, dans des écoles...)?

Oui, plusieurs Oui, au moins une fois Non
Si oui, précisez :

9. Avant cette étude, combien de temps consacriez-vous en moyenne à chaque patient ?
_____ minutes

2^{ÈME} PARTIE : DEROULEMENT DE L'EXPERIMENTATION

10. Avez-vous aidé l'étudiant dans son projet de rendez-vous pharmaceutique ?

Oui Non

11. Avez-vous fait des aménagements dans votre officine, pour favoriser les interventions pharmaceutiques (favoriser l'expression de la personne, sa mise en confiance, la confidentialité des échanges...)?

Oui Non

Si oui, quel type de modification ?

- Création d'un espace de confidentialité
- Réservation d'un comptoir à cet effet
- Autre, précisez :

12. Avez-vous aménagé des plages horaires pour les prises de rendez-vous pharmaceutique ?

Oui Non

13. Si oui, pouvez-vous préciser le choix de ces plages horaires ?

En période creuse d'activité Au hasard

14. L'organisation de l'officine a-t-elle été perturbée ?

Oui Non

Si oui, pourquoi ?

15. Avez-vous accordé des visites de l'étudiant au domicile du patient ?

Oui Non

Pourquoi ?

16. Avez-vous été obligé d'intervenir durant une séance entre l'étudiant et le patient ?

Oui Non

Pourquoi ?

17. Dans le cadre des interventions pharmaceutiques avec les patients, avez-vous pu mettre en place une collaboration avec d'autres professionnels de santé ?

Oui, systématiquement Oui, assez souvent Oui, ponctuellement Non, jamais

Avez vous pu formaliser ces relations ?

18. Quelle est votre opinion sur cette collaboration ?

- Très satisfaisante
 Plutôt satisfaisante

- Peu satisfaisante
 Pas du tout satisfaisante
-
-
-

19. Pensez-vous qu'une formation soit nécessaire pour effectuer ces rendez-vous, en plus de la formation initiale ?

- Oui Non

Si oui, pourquoi ?

20. Pensez-vous que ce suivi doit être rémunéré ?

- Oui Non

Pourquoi ?

21. A votre avis, cette expérimentation peut-elle se mettre en place au sein de votre officine ?

- Oui Non

Si non, pourquoi ?

3^{ème} PARTIE : OPINION DE SUR L'EXPERIMENTATION

22. A votre avis, vos patients/clients ont été :

- Très satisfaits Plutôt satisfaits Peu satisfaits Pas du tout satisfaits

23. Les rendez-vous pharmaceutiques ont-ils eu une répercussion sur vos relations avec vos patients/clients ?

- Oui, tout à fait d'accord Non, pas d'accord
 Oui, plutôt d'accord Non, difficile à évaluer

24. Quelles ont été selon vous, les étapes clef, déterminantes de l'expérimentation ?

25. Quelles ont été les étapes les plus difficiles / les difficultés rencontrées ?

26. A combien de temps estimé vous le temps passé par l'étudiant pour cette expérimentation ?

27. Est ce que le temps imparti pour cette activité vous a semblé disproportionné ?

Oui Non

28. En conclusion, le rapport bénéfice / temps passé vous semble :

Suffisant Faible Inexistant Inévaluable

Le questionnaire est terminé. Merci de votre attention et du temps passé pour remplir ce questionnaire.

Annexe 16 : Questionnaire MEDECIN

N° interne à l'officine :

Date : / /2006

**QUESTIONNAIRE D'EVALUATION MEDECIN
ETUDE D'UNE DEMARCHE DE SUIVI EDUCATIF A L'OFFICINE**

1^{ère} PARTIE : CE QUI VOUS CONCERNE

1. Votre année de naissance :

2. Vous êtes : Un homme Une femme

3. Vous exercez en milieu : Urbain Semi urbain Rural

4. Vous consacrez-vous à ?

- Des activités relatives à des associations de malades Oui Non

- Des activités relatives à des associations de prévention Oui Non

- Des activités de formation (en tant que formateur) Oui Non

- Autres :

.....

5. Avez-vous eu des expériences antérieures en éducation pour la santé (Action d'éducation à l'hôpital, dans des écoles...)

Oui plusieurs Oui au moins une fois Non

Si oui, précisez :

6. Travaillez vous en collaboration étroite avec les autres professionnels de santé ?

Oui, souvent Oui, parfois Non, pas du tout

7. Avec quels professionnels de santé, travaillez vous le plus souvent ?

2^{ème} PARTIE : OPINION SUR LE PROJET D'EDUCATION

8. Que pensez vous du projet d'éducation thérapeutique à l'officine ?

9. Quelle est votre opinion sur la collaboration entre professionnels de santé ?

Très satisfaisante Peu satisfaisante
 Plutôt satisfaisante Pas du tout satisfaisante

Pourquoi ?

10. A votre avis, vos patients/clients ont –ils été :

Très satisfait Plutôt satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

11. Les rendez-vous pharmaceutiques ont-ils eu une répercussion sur vos relations avec vos patients ?

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Pas d'accord Pas du tout d'accord

Pouvez-vous citer quelques impacts :

12. Ce questionnaire est maintenant terminé, souhaitez vous rajouter quelque chose ?

Merci de votre attention et du temps passé pour remplir ce questionnaire.

Nous vous remercions pour le temps consacré à cette étude.

Annexe 17 : Questionnaire ETUDIANT

N° interne à l'officine :

Date : / /2006

**QUESTIONNAIRE D'EVALUATION PAR L'ETUDIANT
ETUDE D'UNE DEMARCHE DE SUIVI EDUCATIF A L'OFFICINE**

1^{ère} PARTIE : CE QUI VOUS CONCERNE

1. Votre année de naissance :

2. Vous êtes : Un homme Une femme

3. Avez-vous déjà travaillé en pharmacie ?

Oui Non

Si oui, combien de temps (environ) ?.....

4. Avez-vous déjà suivi des formations d'éducatives thérapeutiques auparavant ?

Oui plusieurs Oui au moins une fois Non

Si oui, précisez (dans quel cadre)

5. Avez-vous déjà effectué des éducations thérapeutiques auparavant ?

Oui plusieurs Oui au moins une fois Non

Si oui, précisez (dans quel cadre)

2^{ème} PARTIE : DEROULEMENT DE L'EXPERIMENTATION

6. Combien de fois, avez-vous rencontré le patient dans le cadre de cette expérimentation ?.....

7. Au cours de ces rencontres : (cochez la case qui correspond mieux à votre opinion)

7.1- A votre avis, avez-vous pu parler de tout ce qui le préoccupait ?

Oui, tout à fait Oui, en partie Non, pas vraiment Non, pas du tout

7.2- Avez-vous pris en compte ces particularités (mode de vie, entourage, activités...) ?

Oui, tout à fait Oui, en partie Non, pas vraiment Non, pas du tout

7.3- Lui avez-vous fourni des documents (brochures, dépliants d'information...) ?

Oui Non Il n'en voulait pas

8. Avez-vous demandé des aides particulières pour répondre à certaines questions ?

Oui Non
si oui lesquelles ? (vidal, pharmacien, médecin, internet,)

9. Le pharmacien vous a t'il aménagé une zone d'accueil ?

Oui Non

Si oui, quel type de modification ?

- Création d'un espace de confidentialité
 - Réservation d'un comptoir à cet effet
 - Autre, précisez :
-

10. Les horaires de rendez-vous pharmaceutique défini vous convenaient-ils ?

Oui Non

11. La durée des rencontres était pour vous :

Longue Adaptée Courte

12. Le nombre de rencontres défini au départ était il suffisant pour répondre aux questions du patient ?

Oui Non

Pourquoi ?

3^{ème} PARTIE : OPINION SUR L'ETUDE

13. Y a-t-il des choses que vous n'avez pas appréciées dans ces rencontres, qui ont été désagréables ou contraignantes ?

Oui Non

Si oui, lesquelles ?

14. Est-ce que cette étude vous a mis en difficulté sur le plan relationnel ou moral ?

Oui Non

Pourquoi ?

15. Pensez-vous qu'une formation soit nécessaire pour effectuer ces rendez-vous, en plus de la formation initiale ?

Oui Non

Si oui, pourquoi et lesquelles ?

16. Pensez-vous que dans certains cas, auriez-vous besoin d'un coaching ?

Oui Non

Pourquoi ?

17. Quelle est votre appréciation globale sur cette expérimentation ? Etes-vous

Très satisfait Plutôt satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

18. Est-ce que cette étude vous a permis de mieux comprendre et appréhender les problèmes rencontrés par les patients ?

Oui Non

Pourquoi ?

19. Cette étude vous a-t-elle confirmé l'importance du conseil et de l'éducation thérapeutique en officine ?

Oui Non

Pourquoi ?

20. En conclusion, le rapport bénéfice / temps passé vous semble :

Suffisant Faible Inexistant Non évaluable Négatif

Merci de votre attention et du temps passé pour remplir ce questionnaire.

Nous vous remercions pour le temps consacré à cette étude.

Annexe 18 : Tableau des résultats de l'étude

Les résultats en italique ne sont pas exploités

* Pas de données accessibles

1 : Evaluation de la démarche (retour d'expérience des 5 enquêteurs)

EVALUATION DE LA DEMARCHE											moyenne	total	%
INCLUSION DES PATIENTS													
Nombre de patients inclus	14	12	17	17	13						14,6	73	
Dont refus directs catégoriques	1	0	2	1	2						1,2	6	8%
Dont refus directs avec explications de la raison	2	1	5	3	4						3	15	21%
Dont abandons en cours de suivi	1	3	2	3	0						1,8	9	12%
Nombre de patients pour lesquels toutes les étapes de l'étude ont été réalisées	10	8	8	10	7						8,6	43	59%
Nombre de patients décédés en cours d'étude ou après la période d'étude	0	0	1	0	0							1	1%
<i>Nombre de patients hospitalisés pour la pathologie en cours d'étude ou après</i>	1	0	2	0	0							3	7%
<i>Nombre de patients hospitalisés pour une autre pathologie en cours d'étude ou après</i>	0	1	1	1	1							4	9%
PROFIL DES PATIENTS INCLUS													
Moyenne d'âge des patients	73	73	78	45	46						63		
Age minimal	48	57	68	30	6								
Age maximal	90	81	85	62	73								
Sexe des patients													
Féminin	2	2	4	9	3							20	47%
Masculin	8	6	4	1	4							23	53%
Nationalité des patients													
Française	10	7	7	10	7							41	95%
Etrangère	0	1	1	0	0							2	5%
Expression verbale des patients													
En français	10	8	7	10	7							42	98%
Etrangère	0	0	1	0	0							1	2%
Niveau de compréhension réciproque (langage en général)													
Suffisante	10	8	7	8	7							40	93%
Médiocre	0	0	1	2	0							3	7%
Insuffisante	0	0	0	0	0							0	0%
Catégorie socio-professionnelle													
Scolarisés, étudiants	0	0	0	0	1							1	2%
Actifs	1	2	0	6	1							10	23%
Sans emploi et/ou en recherche d'emploi	0	0	0	3	1							4	9%
Retraités	9	6	8	1	4							28	65%
Au moins 1 des critères suivants correspond au domaine professionnel												42	
<i>Efforts physiques importants</i>	2	1	3	0	1							7	17%
<i>Horaires particuliers</i>	0	1	1	3	2							7	17%
<i>Pression intellectuelle élevée</i>	4	0	0	6	0							10	24%
<i>Déplacements fréquents</i>	1	2	1	0	1							5	12%
<i>Exposition chimique</i>	0	0	0	0	0							0	0%
<i>Domaine de la santé</i>	0	0	0	0	0							0	0%
Vie professionnelle en relation avec l'état pathologique	2	1	0	2	0							5	12%
<i>Profession : cause de la pathologie</i>	0	0	0	0	0							0	0%
<i>Profession : facteur aggravant de la pathologie</i>	2	1	0	2	0							5	12%
<i>Profession contre-indiquée avec la pathologie</i>	0	0	0	0	0							0	0%
Etat physiopathologique													
Grossesse	0	0	0	0	0							0	0%
Allaitement	0	0	0	0	0							0	0%
Insuffisance Rénale	2	3	0	0	0							5	12%
Insuffisance Hépatique	0	0	0	0	0							0	0%
Allergie médicamenteuse	0	1	2	1	0							4	9%
Allergie environnementale, alimentaire	1	2	2	0	7							12	28%
Intolérances	0	0	1	0	0							1	2%
Médication													
Patient monopathologique	1	1	1	8	3							14	33%
Patient polypathologique	9	7	7	2	4							29	67%
Patient monomédiqué	1	0	1	5	3							10	23%
Patient polymédiqué	9	8	7	5	4							33	77%
Environnement médical pour la pathologie concernée													
Seulement 1 médecin généraliste (MG)	0	0	0	5	2							7	16%
Plusieurs MG uniquement	0	0	0	0	0							0	0%
Seulement 1 spécialiste	0	1	0	0	1							2	5%
Plusieurs spécialistes	0	0	0	0	0							0	0%
1 MG et 1 spécialiste	10	0	3	5	4							22	51%
Plusieurs MG et 1 spécialiste	0	0	0	0	0							0	0%
1 MG et plusieurs spécialistes	0	7	5	0	0							12	28%
Plusieurs MG et plusieurs spécialistes	0	0	0	0	0							0	0%
1 professionnel de santé en paramédical	2	1	1	5	2							11	26%
Plusieurs professionnels de santé en paramédical	0	0	3	0	0							3	7%
Aide d'une Infirmière Diplômée d'Etat (IDE)													
A domicile	6	0	0	0	0							6	14%
Au cabinet professionnel	4	0	0	0	0							4	9%
Hospitalisation à Domicile (HAD)	0	0	0	0	0							0	0%

Acceptation de la pathologie									
Acceptant	8	7	6	2	5			28	65%
Acceptant partiellement	2	1	1	8	1			13	30%
N'acceptant pas	0	0	1	0	1			2	5%
Acceptation du traitement									
Acceptant	8	7	6	8	5			34	79%
Acceptant partiellement	2	1	0	2	2			7	16%
N'acceptant pas	0	0	2	0	0			2	5%
Automédication									
Automédication forte	1	0	0	5	0			6	14%
Automédication moyenne	3	0	2	0	0			5	12%
Automédication faible ou nulle	6	8	6	5	7			32	74%
Période d'intervention dans le traitement de la pathologie chronique concernée									
A l'introduction du traitement	1	0	2	1	0			4	9%
Moins d'un an après l'initiation	2	1	0	0	0			3	7%
De 1 à 5 ans après	5	0	4	3	2			14	33%
Plus de 5 ans après	2	7	2	6	5			22	51%
Analyses biologiques									
Patients se déplaçant au labo pour leur suivi biologique	3	8	8	*	0			19	44%
Pour lesquels une IDE effectue les prélèvements	7	0	0	*	0			7	16%
Patients concernés par l'automesure	0	6	0	*	1			7	16%
Effectuant leurs analyses correctement (fréquence, conservation des résultats)	8	7	8	*	6			29	88%
Effectuant leurs analyses à la bonne fréquence sans conserver les résultats	2	0	0	*	0			2	6%
N'effectuant pas leurs analyses à la bonne fréquence, oubliant les consultations ou les examens	0	1	0	*	1			2	6%
Arrêts de travail									
Consécutifs à la pathologie d'inclusion à l'étude	1	0	0	0	0			1	2%
Consécutifs à un autre problème de santé	0	0	0	0	0			0	0%
MODE DE RECRUTEMENT									
Par le maître de stage	8	8	1	0	1			18	42%
Par l'étudiant	1	0	3	5	4			13	30%
Par le reste de l'équipe	1	0	4	4	2			11	26%
Par le patient lui-même	0	0	0	1	0			1	2%
ACCEPTABILITE									
Directe	9	7	0	0	5			21	49%
Avec demande d'infos complémentaires	0	0	8	10	0			18	42%
Au bout d'un certain temps de réflexion	1	1	0	0	2			4	9%
DUREE DES SEANCES									
Durée des séances : Temps moyen passé, en minutes, pour :									
Diagnostic éducatif seul	30	50	45	50	44			44	
Séances éducatives uniquement	25	45	20	22	26			28	
Les 2 confondus	45	*	65	49	*			53	
Temps minimal consacré, en minutes, pour :									
Diagnostic éducatif	20	40	15	30	35			28	
Séances éducatives	5	30	10	10	10			13	
Les 2 confondus	40	*	65	30	*			45	
Temps maximal consacré, en minutes, pour :									
Diagnostic éducatif	45	70	50	80	48			59	
Séances éducatives	30	60	60	60	58			54	
Les 2 confondus	60	*	65	60	*			62	
LIEUX DES RENCONTRES									
Nombre de patients rencontrés									
Au moins 1 fois à domicile	2	2	1	1	0			6	15%
Toujours à domicile	0	0	3	0	0			3	7%
Nombre de patients rencontrés (sont exclus ceux n'ayant été vus qu'à domicile)									
Espace isolé de confidentialité, EXISTANT au sein de l'officine, uniquement	8	8	0	0	0			16	40%
Espace de confidentialité, CREE à cet effet, uniquement	0	0	5	0	6			11	28%
Comptoir pour toutes les séances	0	0	0	0	0			0	0%
De façon mixte entre le comptoir et un espace isolé	2	0	0	10	1			13	33%
MODALITES DES RENCONTRES									
Nombre de cas où le patient									
A été rencontré lui-même, seul	10	6	7	10	7			40	93%
Est autonome mais était accompagné	0	0	0	0	0			0	0%
Est accompagné d'un professionnel de santé responsable	0	0	0	0	0			0	0%
Est accompagné de la personne de son entourage responsable de son traitement	0	0	1	0	0			1	2%
Est remplacé par un mandataire	0	0	0	0	0			0	0%
Est inclus avec d'autres dans une séance collective	0	2	0	0	0			2	5%
Nombre de séances déterminées au total	14	35	19	24	22			22,8	114
Nombre moyen de séances par patient	1,4	4,4	2,4	2,4	3,1			2,7	
Nombre de séances annulées par le patient	2	9	2	3	0			16	14%
Nombre de séances annulées par l'éducateur	0	2	2	0	0			4	4%
Nombre de patients estimés non rigoureux dans le respect des rendez-vous fixés (date ou heure)	0	3	1	2	1			7	16%

Patients rencontrés									
1 fois	6	0	0	2	0			8	19%
2 fois	4	1	5	4	2			16	37%
3 fois	0	0	3	2	2			7	16%
4 fois	0	2	0	2	3			7	16%
5 fois	0	5	0	0	0			5	12%
Plus de 5 fois	0	0	0	0	0			0	0%
Suivi des patients : Nombre de patients ayant été suivis par									
L'étudiant seul, uniquement	10	8	8	8	6			40	93%
Au-moins 1 fois par l'étudiant et un pharmacien	0	0	0	2	1			3	7%
Toujours par un binôme étudiant / pharmacien	0	0	0	0	0			0	0%
Nombre de patients pr lesquels un rapport final verbal a été communiqué à									
Un des pharmaciens de l'équipe	10	8	8	10	0			36	84%
Un médecin entourant le patient	0	0	2	0	0			2	5%
Nombre de cas où une synthèse écrite du diagn thérap et suivi des séances ont été communiquées									
Au pharmacien	0	0	0	0	0			0	0%
A l'équipe médicale entourant le patient (généraliste, spécialiste, ...)	0	0	0	10	0			10	23%
Nombre de cas ayant nécessités une démarche d'intervention de la part (questions, infos, ...)									
D'un pharmacien	2	1	1	2	0			6	14%
Du médecin du patient	1	2	1	1	0			5	12%
D'un professionnel de santé entourant le patient	0	0	0	0	0			0	0%
Nombre de patients ayant été									
Orientés vers un autre professionnel de santé	0	2	0	2	0			4	9%
Informés de l'existence d'un réseau spécialisé	1	1	8	0	1			11	26%
Intégrés dans ce réseau spécialisé depuis notre intervention	0	1	1	0	1			3	27%
DOSSIER PATIENT									
Combien d'items n'ont pas-du-tout été utilisés (tous patients confondus)	0	0	0	0	0			0	0%
Combien d'items supplémentaires ont été créés	1	1	2	0	1				suivi biologique, IMC
DIAGNOSTIC EDUCATIF									
Nombre de cas où le diagnostic thérapeutique a été effectué									
En 1 rendez-vous	9	8	1	0	5			23	53%
En plusieurs fois, lors de séances programmées à cet effet	0	0	0	0	0			0	0%
En plusieurs fois, car complétées lors des séances éducatives ultérieures	1	0	7	10	2			20	47%
Nombre de cas où l'étudiant a réaliser une synthèse écrite du diagnostic thérapeutique	9	0	0	10	0			19	44%
Nombre de cas où l'étudiant a réalisé la retranscription écrite et la synthèse d'un diagnostic éducatif :									
Tout-de-suite après la séance de rencontre	8	1	3	10	0			22	51%
Dans la même journée	2	3	3	0	5			13	30%
Dans la même semaine	0	4	2	0	2			8	19%
Dans le mois	0	0	0	0	0			0	0%
Après la période d'étude	0	0	0	0	0			0	0%
Temps moyen consacré à la réalisation de la synthèse d'un diagn thérap, en minutes	20*	*	5*	*	*			12,5	
Nombre de cas où la conservation écrite du diagn éducatif a été utilisé pour :									
Aucune des séances éducatives	0	2	0	0	0			2	5%
Certaines des séances éducatives	0	6	0	0	0			6	14%
Toutes les séances éducatives	10	0	8	10	7			35	81%
THEMES DES SEANCES EDUCATIVES									
Thèmes fixés selon le diagnostic éducatif ayant été abordés lors des séances éducatives									
En totalité	6	7	5	10	0			28	65%
De façon partielle, avec plus de la moitié de ces thèmes	4	0	2	0	7			13	30%
De façon partielle, avec moins de la moitié de ces thèmes	0	0	1	0	0			1	2%
De façon minime, juste 1 thème	0	1	0	0	0			1	2%
Nombre de cas où des thèmes ont du être ajoutés sur la liste initiale de l'étude	0	0	0	0	0			0	0%
Séances éducatives ayant répondu aux objectifs thérapeutiques issus du diagnostic éducatif									
Totalement	8	7	5	10	0			30	70%
De façon partielle, avec plus de la moitié des objectifs abordés	2	0	2	0	7			11	26%
De façon partielle, avec moins de la moitié des objectifs abordés	0	1	1	0	0			2	5%
De façon insuffisante, il aurait fallu plus de rendez-vous	0	0	0	0	0			0	0%

Nombre de cas où ont été abordés les thèmes suivants (peu importe lors de quelle séance) :										
Connaissance de la maladie	10	8	8	10	7				43	100%
Rôle et effet des médicaments	9	7	8	10	7				41	95%
Mode d'action médicamenteux	8	7	8	10	7				40	93%
Posologie, plan de prise	10	8	8	10	7				43	100%
Voies d'utilisation, appareillage	0	8	0	0	7				15	35%
Génériques	0	8	2	1	0				11	26%
Poly / automédication	9	7	8	10	6				40	93%
Diététique	10	8	6	4	0				28	65%
Vie quotidienne	10	8	6	10	7				41	95%
Grossesse, allaitement	0	0	0	4	0				4	9%
Evolution de la pathologie	7	8	4	0	6				25	58%
Analyses régulières	10	8	8	0	7				33	77%
Consultation médicale	9	8	8	10	0				35	81%
Surdosage	9	7	2	10	0				28	65%
Oubli	10	7	6	0	3				26	60%
Effets indésirables	6	8	6	7	6				33	77%
Situation d'urgence	9	7	6	10	7				39	91%
Inefficacité thérapeutique	0	7	0	10	1				18	42%
RELATIONNEL PATIENT / EDUCATEUR AU COURS DES SEANCES										
Existence réseau spécialisé	1	1	1	1	1				5	100%
Patients intégrés AVANT l'étude	0	0	0	0	1				1	2%
Les patients ont exprimé au sujet des interventions verbales de l'étudiant										
Un refus, un mécontentement	1	0	0	0	0				1	2%
Un étonnement quant à leur utilité	2	0	0	2	0				4	9%
Une satisfaction par la considération que le pharmacien a envers lui	3	5	7	8	3				26	60%
Aucun sentiment, aucune réflexion	4	3	1	0	4				12	28%
Les patients ont exprimé au sujet des notes prises par l'étudiant										
Un refus, un mécontentement	0	0	0	0	0				0	0%
Un étonnement quant à leur utilité	0	0	0	0	0				0	0%
Une satisfaction par la considération que le pharmacien a envers lui	0	0	0	0	3				3	7%
Aucun sentiment, aucune réflexion	10	8	8	10	4				40	93%
L'éducateur a parlé de ce qui préoccupait le patient										
Totalement	2	7	2	0	3				14	33%
En partie	7	1	5	10	3				26	60%
Pas vraiment	1	0	1	0	1				3	7%
Pas du tout	0	0	0	0	0				0	0%
L'éducateur a pris en compte les particularités du patient										
Totalement	10	8	8	10	2				38	88%
En partie	0	0	0	0	5				5	12%
Pas vraiment	0	0	0	0	0				0	0%
Pas du tout	0	0	0	0	0				0	0%
SUPPORTS PEDAGOGIQUES										
Nombre de patients à qui a été proposé un document à emporter	10	8	7	8	4				37	86%
Dont ayant Utilisé et intégré ce document dans la prise en charge de son ttt (si revus à l'officine)	4	4	4	8	2				22	59%
Dont ayant Refusé ce document	1	0	0	0	0				1	3%
Nombre de patients pr lesquels a été nécessaire un support pédagogique non prévu	0	0	1	1	4				6	14%
Nombre de cas où aucun support pédagogique a été utilisé	3	0	0	0	0				3	7%
Nombre de patients à qui ont été proposé un tri de boites de médicaments et ayant : discussion	1	7	6	0	2				16	37%
Dont ayant suffisamment pu distinguer leur traitement et son rôle	1	5	3	*	2				11	69%
Dont ayant seulement pu reconnaître les conditionnements externes	0	1	3	*	0				4	25%
Dont ayant commis des erreurs sur le choix des boîtes	0	1	0	*	0				1	6%
Nombre de cas où a été nécessaire une recherche d'informations supplémentaires	1	3	1	3	3				11	26%
VOLANT ECONOMIQUE										
Nombre de patients ayant abordés la notion de service payant	0	0	0	1	0				1	2%

2 : Résultats des 39 questionnaires patients (QP)

QUESTIONNAIRE PATIENT	moyenne	total	%
Nombre TOTAL de questionnaires posés		39	
CE QUI CONCERNE LES PATIENTS			
Combien de fois par trimestre viennent-ils à la pharmacie :			
1 à 2 fois		6	15%
3 à 4 fois		28	72%
> à 5 fois		5	13%
NSP		0	0%
Avant l'étude, combien avait eu des questions sur leur maladie / traitement?			
		16	41%
Avant l'étude, combien avait eu une éducation sur leur maladie / traitement :			
Plusieurs fois		4	10%
Au moins 1 fois		9	23%
Non		26	67%
NSP		0	0%
<i>Dont combien ont précisé dans quel cadre?</i>		11	28%
Pourquoi ont-ils accepté de participer à ces séances d'éducation :			
Par confiance à leur pharmacien		14	36%
Par curiosité ou intérêt		11	28%
Pour contribuer à faire avancer la recherche		16	41%
Par occasion de parler plus longuement à un pharmacien		4	10%
D'évoquer un sujet personnel		7	18%
Autre motif		19	49%
DEROULEMENT DES SEANCES D'EDUCATION			
Combien de fois ont-ils rencontré l'étudiant?	2,9		
Durée approximative des séances, moyenne en minutes	34,8		
Combien de patients ont trouvé que la zone d'accueil a convenu?		37	95%
Combien préfèrent un rdv à domicile?		9	23%
Combien ont été satisfaits par les horaires de rdv?		39	100%
Combien ont trouvé la durée des rencontres :			
Longue		0	0%
Adaptée		35	90%
Courte		1	3%
NSP		3	8%
Combien pensent que le nombre de rencontres ont convenu de façon :			
Tout à fait d'accord		30	77%
Plutôt d'accord		8	21%
Plutôt pas d'accord		1	3%
Pas du tout d'accord		0	0%
L'éducateur a abordé tout ce qui vous préoccupait au cours des rencontres :			
Tout à fait d'accord		22	56%
Plutôt d'accord		14	36%
Plutôt pas d'accord		2	5%
Pas du tout d'accord		1	3%
L'éducateur a pris en compte vos particularités au cours des rencontres :			
Tout à fait d'accord		22	56%
Plutôt d'accord		12	31%
Plutôt pas d'accord		5	13%
Pas du tout d'accord		0	0%
Combien ont reçu des documents sur leur maladie / traitement?			
		27	69%
<i>Dont combien les ont lu?</i>		26	67%
Dont combien :			
Les ont rangé		11	28%
Les ont rangé en évidence		14	36%
Les ont fait suivre à leur entourage		3	8%
Les ont jeté		1	3%

OPINION SUR L'EXPERIMENTATION			
Patients ayant défini un objectif principal fixé avec l'étudiant?		26	67%
Combien n'ont pas apprécié des choses dans ces rencontres?		1	3%
Avis des patients sur le fait que ces séances leur ont apporté des informations :			
<i>Tout à fait d'accord</i>		22	56%
<i>Plutôt d'accord</i>		10	26%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		6	15%
<i>Pas du tout d'accord</i>		1	3%
Plus particulièrement sur leurs médicaments :			
<i>Tout à fait d'accord</i>		15	38%
<i>Plutôt d'accord</i>		11	28%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		10	26%
<i>Pas du tout d'accord</i>		3	8%
Sur les surveillances à effectuer :			
<i>Tout à fait d'accord</i>		16	41%
<i>Plutôt d'accord</i>		9	23%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		9	23%
<i>Pas du tout d'accord</i>		5	13%
Sur les complications de leur maladie :			
<i>Tout à fait d'accord</i>		13	33%
<i>Plutôt d'accord</i>		9	23%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		10	26%
<i>Pas du tout d'accord</i>		7	18%
Sur les situations d'urgence :			
<i>Tout à fait d'accord</i>		16	41%
<i>Plutôt d'accord</i>		10	26%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		6	15%
<i>Pas du tout d'accord</i>		7	18%
Sur l'hygiène de vie :			
<i>Tout à fait d'accord</i>		22	56%
<i>Plutôt d'accord</i>		10	26%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		3	8%
<i>Pas du tout d'accord</i>		4	10%
L'intervention leur a permis une meilleure gestion du traitement			
<i>Tout à fait d'accord</i>		13	33%
<i>Plutôt d'accord</i>		9	23%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		12	31%
<i>Pas du tout d'accord</i>		5	13%
De prendre contact avec des associations ou d'autres professionnels de santé :			
<i>Tout à fait d'accord</i>		2	5%
<i>Plutôt d'accord</i>		2	5%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		13	33%
<i>Pas du tout d'accord</i>		22	56%
De mieux vivre la maladie / le traitement :			
<i>Tout à fait d'accord</i>		7	18%
<i>Plutôt d'accord</i>		14	36%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		13	33%
<i>Pas du tout d'accord</i>		5	13%
De communiquer avec leurs proches de leur maladie / traitement			
<i>Tout à fait d'accord</i>		7	18%
<i>Plutôt d'accord</i>		7	18%
<i>Plutôt pas d'accord</i>		13	33%
<i>Pas du tout d'accord</i>		12	31%
Combien pensent avoir atteint l'objectif fixé avec l'étudiant, parmi ceux en ayant fixé un :			
<i>Tout à fait</i>		16	41%
<i>En partie</i>		14	36%
<i>Pas vraiment</i>		4	10%
<i>Pas du tout</i>		0	0%

Combien ont vu des changements pour leur santé?		21	54%
Changements dans la relation avec leur pharmacien?		11	28%
Changements dans la relation avec leur médecin?		9	23%
Appréciation globale sur ce suivi : combien sont :			
Très satisfaits		23	59%
Plutôt satisfaits		14	36%
Peu satisfaits		2	5%
Pas du tout satisfaits		0	0%
Referaient-ils appel à cette méthode pour autre pathologie?		31	79%
Combien conseilleraient ce mode d'échange à un proche?		37	95%

3 : Résultats des 28 questionnaires médecins (QM)

MEDECINS	STATISTIQUES					moenne	somme	%
Concernés par rapport aux patients sélectionnés	5	7	9	10	7		38	
Informés de cette étude	5	7	4	10	7		33	
Ayant retourné le questionnaire rempli	4	7	4	7	6		28	85%
Médecins généralistes	4	6	4	6	5		25	89%
Spécialistes	0	1	0	1	1		3	12%
Ayant demandé plus d'infos complémentaires	2	0	1	1	0		4	14%
Ayant cherché à contacter le titulaire de l'officine au sujet de cette étude	0	0	0	0	0		0	0%
Nombre de cas où le patient à parler de cette intervention à son médecin (estimation)	0	5	0	2	2		9	21%
PROFIL DES MEDECINS INCLUS								
Age							48,5	
Sexe								
Féminin	1	3	0	1	3		8	29%
Masculin	3	4	4	6	3		20	71%
Exercice en milieu								
Urbain	0	7	4	7	3		21	75%
Mixte	4	0	0	0	1		5	18%
Rural	0	0	0	0	2		2	7%
Expérience antérieure en éducation pharmaceutique (hopital, écoles, ...)								
Plusieurs	0	1	1	4	1		7	25%
Au moins 1 fois	0	1	1	1	1		4	14%
Aucune	4	5	2	2	4		17	61%
Si oui, combien ont détaillé de quoi il s'agit?	0	1	2	4	2		9	32%
Collaboration étroite avec les autres professionnels de santé								
Souvent	4	5	4	6	2		21	75%
Parfois	0	2	0	1	4		7	25%
Rarement ou jamais	0	0	0	0	0		0	0%
Combien ont détaillé cette collaboration?	4	7	4	7	6		28	100%
Nombre de médecin pratiquant une éducation thérapeutique au cours des consultations parmi :								
Médecins généralistes en ville	2	0	1	0	1		4	16%
Médecins spécialistes	*	1	*	1	1		3	100%
Nombre de médecins se consacrant à								
Des associations de malades	0	1	1	1	0		3	11%
Des associations de prévention	0	1	0	2	0		3	11%
Des activités de formation	0	4	2	4	3		13	46%
COLLABORATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE								
Nombre de médecins trouvant la collaboration entre professionnels de santé :								
Très satisfaisante	2	1	1	3	0		7	25%
Plutôt satisfaisante	2	5	2	4	6		19	68%
Peu satisfaisante	0	1	1	0	0		2	7%
Pas-du-tout satisfaisante	0	0	0	0	0		0	0%
AVIS DES MEDECIN SUR L'EXPERIMENTATION								
Nombre de médecins trouvant leurs patients, dans l'ensemble :								
Très satisfaits	0	2	0	2	0		4	14%
Plutôt satisfaits	0	4	3	4	5		16	57%
Peu satisfaits	0	0	0	0	0		0	0%
Pas-du-tout satisfaits	0	0	0	0	0		0	0%
NSP	4	1	1	1	1		8	29%
Nombre de médecins trouvant la répercussion des rendez-vous pharmaceutiques sur leur relation avec les patients :								
Positive	*	2	0	2	4		8	29%
Inexistante	*	5	4	4	2		15	54%
Négative	*	1	0	1	0		2	7%
Nombre de médecins ayant développé une réponse écrite aux questions ouvertes	4	5	4	7	1		21	75%

4 : Résultats des 5 questionnaires titulaires (QT)

TITULAIRES	Nombre de titulaires concernés					moyenne	total	%
PROFIL DES TITULAIRES ET DES 5 OFFICINES								
Age en 2006	57	51	37	34	53	46		
Sexe								
Féminin	0	1	0	1	0		2	40%
Masculin	1	0	1	0	1		3	60%
Exercice en milieu								
Urbain	0	1	1	0	1		3	60%
Mixte	1	0	0	1	0		2	40%
Rural	0	0	0	0	0		0	0%
Nombre de pharmaciens exerçant	5	3	5	2	4	4		
Nombre de préparateurs exerçant	1	3	2	1	7	3		
Estimation de la clientèle fidélisée	80	90	70	80	20	68		
Dont ordonnances (%)	80	82	85	65	80	78		
Dont conseil (%)	20	18	15	35	20	22		
Répartition de la clientèle								
Enfants (%)	15	20	10	25	15	17		
De 15 à 50 ans (%)	20	10	20	25	24	20		
De 50 à 75 ans (%)	50	30	40	25	60	41		
> à 75 ans (%)	15	40	30	25	1	22		
Se consacrant à des activités								
Relatives à des associations de malades	0	0	0	0	0	0	0	0%
Relatives à des associations de prévention	0	0	1	1	0	2	2	40%
De formations, formateur	0	0	1	0	0	1	1	20%
Autres	0	0	0	1	0	0	1	20%
Ayant une expérience antérieure en éducation pharmaceutique (hopital, écoles, ...)								
Plusieurs	0	0	0	0	0	0	0	0%
Au moins 1 fois	0	0	0	0	0	0	0	0%
Aucune	1	1	1	1	1	5	5	100%
Combien ont précisé quelle en est la nature?	*	*	*	*	*	0	0	0%
Temps consacré à chaque patient, en moyenne, avant cette étude, en minutes?	*	15	10	8	13	11		
DEROULEMENT DE L'EXPERIMENTATION								
Ayant aidé l'étudiant dans son projet	1	1	0	0	1	3	3	60%
Ayant fait des aménagements à l'officine pour favoriser les interventions pharmaceutiques	0	0	1	0	1	2	2	40%
Dont quel type de modifications :								
Création espace confidentialité	*	*	0	*	0	0	0	0%
Réservation d'un comptoir à cet effet	*	*	0	*	0	0	0	0%
Autre	*	*	1	*	1	2	2	40%
Ayant aménagé des plages horaires pour les prises de rendez-vous	0	0	1	0	1	2	2	40%
Si oui, ayant choisi ces plages horaires								
En période creuse d'activité	*	*	0	*	0	0	0	0%
Au hasard	*	*	1	*	1	2	2	40%
Combien ont expliqué pourquoi?	1	0	1	1	1	4	4	80%
Pensant que l'organisation de l'officine a été perturbée	0	0	0	0	0	0	0	0%
Si oui, pharmacien ayant expliqué pourquoi?	*	*	*	*	*	0	0	0%
Pharmacien ayant accordé des visites à domicile?	1	1	1	0	1	4	4	80%
Pharmacien ayant expliqué pourquoi oui ou non?	1	1	1	1	0	4	4	80%
Pharmacien ayant été obligé d'intervenir durant une séance entre l'étudiant et le patient?	0	0	0	0	0	0	0	0%
Pharmacien ayant expliqué pourquoi oui ou non?	0	0	1	1	0	2	2	40%
Pharmacien ayant pu mettre en place une collaboration avec d'autres professionnels de santé :								
Systématiquement	0	0	0	0	0	0	0	0%
Assez souvent	0	0	0	0	1	1	1	20%
Ponctuellement	1	1	1	0	0	3	3	60%
Jamais	0	0	0	1	0	1	1	20%
Pharmacien ayant détaillé lorsqu'ils ont formaliser ces relations?	0	1	1	*	0	2	2	40%
Pharmacien ayant une opinion sur cette collaboration :								
Très satisfaisante	*	1	0	0	0	1	1	20%
Plutôt satisfaisante	*	0	1	0	1	2	2	40%
Peu satisfaisante	*	0	0	1	0	1	1	20%
Pas-du-tout satisfaisante	*	0	0	0	0	0	0	0%
Pharmacien ayant détaillé leur avis sur le sujet?	1	0	1	0	0	2	2	40%
Pharmacien pensant qu'une formation est nécessaire pour effectuer ces rdv?	0	1	1	1	0	3	3	60%
Pharmacien ayant précisé quel type?	*	1	1	1	*	3	3	60%
Pharmacien pensant que ce suivi doit être rémunéré?	*	1	1	1	0	3	3	60%
Pharmacien ayant expliqué pourquoi oui ou non?	1	1	1	1	1	5	5	100%
Pharmacien pensant que cette activité peut être mise en place au sein de leur officine?	*	1	1	0	1	3	3	60%
Pharmacien ayant expliqué pourquoi oui ou non?	1	0	1	1	1	4	4	80%
OPINION SUR L'EXPERIMENTATION								
Pharmacien pensant que leur patient / client ont été :								
Très satisfait	0	1	0	1	1	3	3	60%
Plutôt satisfait	1	0	1	0	0	2	2	40%
Peu satisfait	0	0	0	0	0	0	0	0%
Pas du tout satisfait	0	0	0	0	0	0	0	0%

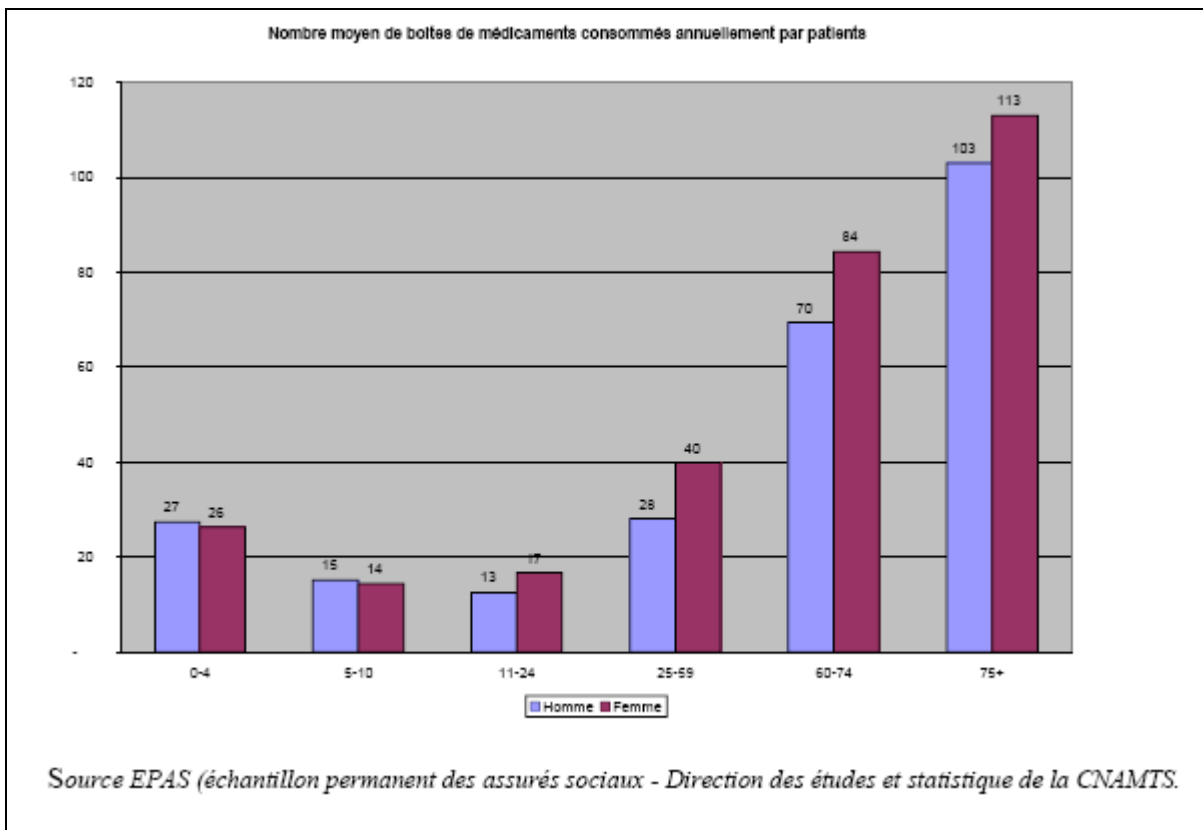
5 : Résultats des 5 questionnaires étudiantes – éducateur – enquêtrices (QE)

ENQUETEUR-EDUCATEUR							mo	total	%
PROFIL ETUDIANT									
	Nombre d'étudiants							5	
Age	23	26	24	24	24		24		
Ayant déjà travaillé en officine	1	1	1	1	1			5	100%
Si oui, combien de temps, en heures	500	645	850	700	1046		748,2		
Formations à l'éducation thérapeutique									
Plusieurs fois	0	0	0	0	0			0	0%
Au moins 1 fois	1	1	1	1	1			5	100%
Aucune	0	0	0	0	0			0	0%
Educations thérapeutiques									
Plusieurs fois	1	0	0	1	0			2	40%
Au moins 1 fois	0	1	1	0	1			3	60%
Aucune	0	0	0	0	0			0	0%
RETOUR D'EXPERIENCE									
Etudiant ayant eu à demander des aides particulières pour répondre à certaines questions?	1	1	0	1	1			4	80%
Horaires de rendez convenaient-ils?	1	1	1	1	1			5	100%
Durée des rdv est estimée comme									
Longue	1	0	0	0	0			1	20%
Adaptée	0	1	1	1	1			4	80%
Courte	0	0	0	0	0			0	0%
Nombre de rencontres fixées au départ estimé suffisant pour répondre aux questions									
Etudiants n'ayant pas apprécié certaines choses désagréables ou contraignantes	1	1	0	1	0			3	60%
Etudiants ayant été mis en difficultés sur le plan moral ou relationnel	0	1	0	0	0			1	20%
Etudiants pensant qu'une formation soit nécessaire pour effectuer ces rdv	1	1	1	1	1			5	100%
Etudiants pensant que, dans certains cas, un soutien psy pour l'éducateur serait nécessaire	0	1	1	0	1			3	60%
Appréciation globale sur l'étude :									
Très satisfait	0	0	0	1	0			1	20%
Plutôt satisfait	1	1	1	0	1			4	80%
Peu satisfait	0	0	0	0	0			0	0%
Pas du tout satisfait	0	0	0	0	0			0	0%
Etudiant comprenant mieux les problèmes rencontrés par les patients grâce à cette étude	1	1	1	1	1			5	100%
Etudiant conforté quant à l'importance du conseil et de l'éducation thérapeutique en officine	1	1	1	1	1			5	100%
RAPPORT BENEFICE / TEMPS CONSACRE									
Rapport bénéfice / temps passé estimé comme étant :									
Suffisant	0	0	1	0	1			2	40%
Faible	0	1	0	0	0			1	20%
Inexistant	0	0	0	0	0			0	0%
Non évaluable	1	0	0	1	0			2	40%
Négatif	0	0	0	0	0			0	0%
DIAGNOSTIC THERAPEUTIQUE									
L'étudiant a trouvé la réalisation d'un diagnostic thérapeutique :									
Aisée	0	0	0	0	0			0	0%
Complexe	1	1	1	1	1			5	100%
Impossible	0	0	0	0	0			0	0%
DOSSIER PATIENT									
Combien d'étudiants estiment que certaines données sont accessibles directement à l'officine?									
Remplir ce dossier en dialoguant avec le patient (sans questionnement directif) a semblé à l'étudiant :	1	1	1	1	1			5	100%
Facile (1 pour OUI, sur 5 étudiants)	1	1	1	1	1			5	100%
Complexe (1 pour OUI, sur 5 étudiants)	0	0	0	0	0			0	0%
Impossible (1 pour OUI, sur 5 étudiants)	0	0	0	0	0			0	0%
L'étudiant est parvenu à remplir ce dossier en dialoguant avec le patient :									
Sans aide du dossier papier (1 pour OUI, sur 5 étudiants)	1	0	0	0	0			1	20%
En regardant ponctuellement le dossier papier (1 pour OUI, sur 5 étudiants)	0	0	1	1	1			3	60%
En lisant régulièrement le dossier papier (1 pour OUI, sur 5 étudiants)	0	1	0	0	0			1	20%
Etudiants estimant que certains critères sont délicats à aborder?	0	0	0	0	0			0	0%
QUESTIONNAIRES AUX PATIENTS									
Etudiants ayant fait remplir les questionnaires patients :									
De façon croisée entre enquêteurs, par téléphone	8	6	3	9	7			33	85%
L'enquêteur lui-même, par téléphone	0	0	1	0	0			1	3%
En rendez-vous avec le patient	0	1	3	0	0			4	10%
Par échange postal	1	0	0	0	0			1	3%
Autre	0	0	0	0	0			0	0%
TOTAL QUESTIONNAIRES POSES AUX PATIENTS								39	91%

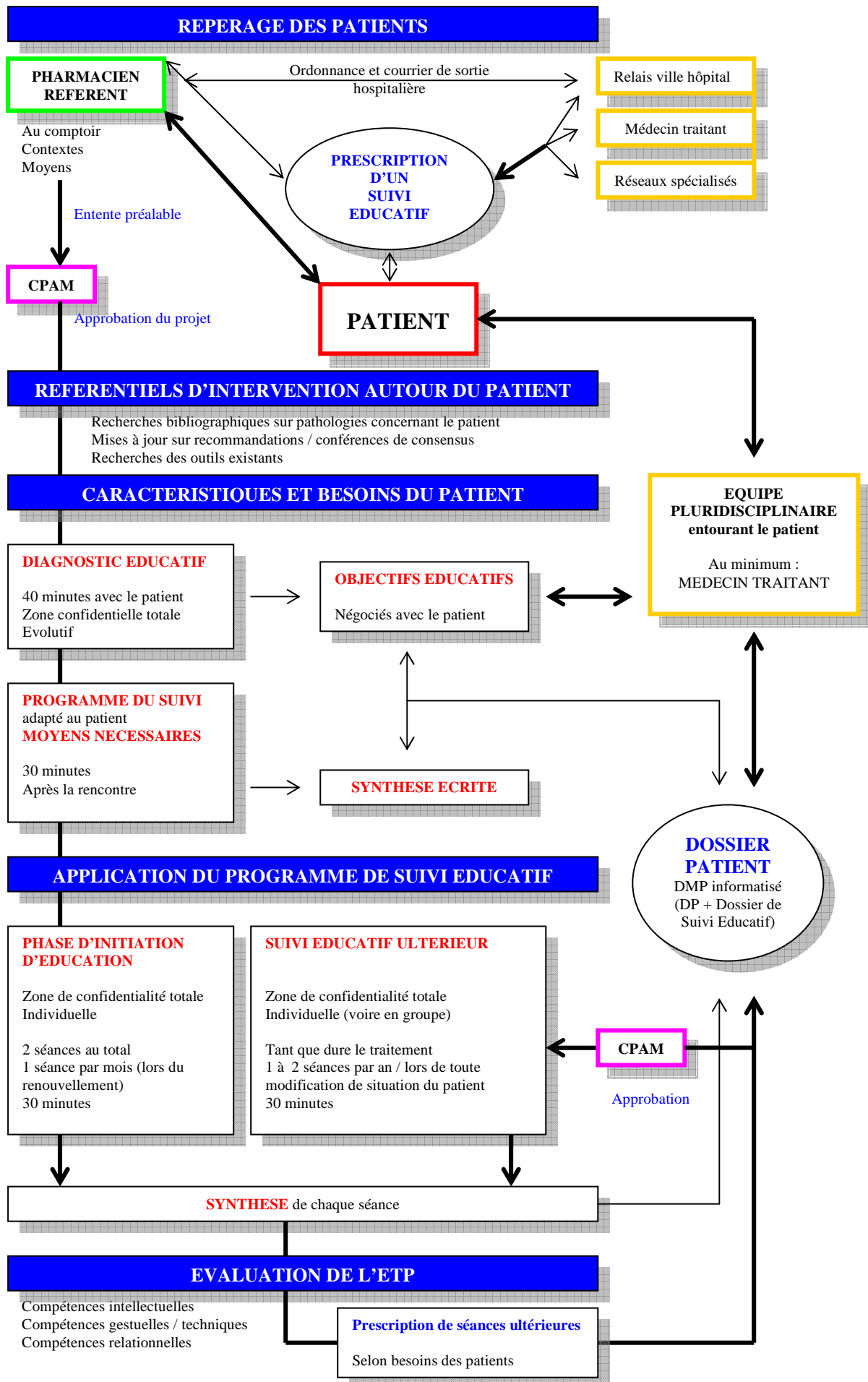
Annexe 19 : Enquête décennale santé 2002-2003, INSEE, France métropolitaine, population 18 ans et plus, déclarant au moins une maladie chronique, Nombre moyen de maladies déclarées par genre et groupes d'âge

Groupes d'âges	Maladies chroniques		Maladies non chroniques	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
18-29	1,4	1,6	1,3	1,4
30-44	1,5	1,7	1,4	1,5
45-59	1,9	2,1	1,6	1,7
60-74	2,1	2,6	1,8	1,9
75 et plus	2,6	2,9	1,8	2,1

Annexe 20 : Nombre moyen de boîtes de médicaments consommés annuellement par patients



Annexe 21: Schéma bilan du projet de suivi éducatif du patient



Annexe Migraine 1 : Classification internationale des céphalées par abus médicamenteux (2004).

Céphalée par abus de triptans (Critères A en cours de révision)

- A. Céphalée survenant plus de 15 jours par mois, ayant au moins une des caractéristiques suivantes, et satisfaisant aux critères C et D :
1. prédominance unilatérale
 2. pulsatilité
 3. intensité modérée à sévère
 4. aggravée par – ou obligeant à éviter- l'activité physique de routine
 5. associée à au moins un des signes suivants :
 - nausées et/ou vomissements
 - photophobie et phonophobie
- B. Prise de triptan \geq 10 jours / mois de manière régulière depuis 3 mois ou plus
- C. La fréquence des céphalées a augmenté de manière significative lors de l'abus de triptans
- D. La céphalée revient à ses caractéristiques initiales dans les 2 mois après sevrage en triptans

Céphalée par abus d'antalgiques non opiacés

- A. Céphalée survenant plus de 15 jours par mois, ayant au moins une des caractéristiques suivantes, et satisfaisant aux critères C et D :
1. bilatérale
 2. à type de pression ou d'étau (non pulsatile)
 3. d'intensité faible à modérée
- B. Prise d'antalgiques simples, non opiacés \geq 10 jours / mois de manière régulière depuis 3 mois ou plus
- C. La céphalée est apparue ou s'est aggravée de manière significative lors de l'abus d'antalgiques
- D. La céphalée disparaît ou revient à ses caractéristiques initiales dans les 2 mois après sevrage en antalgiques

Céphalée par abus d'opiacés

- A. Céphalée survenant plus de 15 jours par mois et satisfaisant aux critères C et D :
- B. Prise d'opiacés \geq 10 jours / mois de manière régulière depuis 3 mois ou plus
- C. La céphalée est apparue ou s'est aggravée de manière significative lors de l'abus d'opiacés
- D. La céphalée disparaît ou revient à ses caractéristiques initiales dans les 2 mois après sevrage en opiacés

Annexe Migraine 2 : Correspondance entre l'EVA, l'intensité de la douleur et le traitement antalgique. (Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans. Recommandations ANAES, mars 2000)

<u>INTENSITE DE LA DOULEUR</u>	<u>EN PREMIERE INTENTION</u>
<u>Douleur légère EVA de 1 à 3</u>	<u>Antalgique de palier 1</u>
<u>Douleur modérée EVA de 3 à 5</u>	<u>Antalgique de palier 1 ou 2</u>
<u>Douleur intense EVA de 5 à 7</u>	<u>Antalgique de palier 2 ou 3</u>
<u>Douleur très intense EVA > 7</u>	<u>Antalgique de palier 3</u>

Annexe Migraine 3 : Prise en charge diagnostique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques. Octobre 2002.

Evaluation du traitement

- 1. Etes vous soulagé de manière significative 2 heures après la prise ?*
- 2. Ce médicament est-il bien toléré ?*
- 3. Utilisez vous une seule prise médicamenteuse ?*
- 4. La prise de ce médicament vous permet-elle une reprise normale et rapide de vos activités sociales, familiales, professionnelles ?*

Si le patient répond oui aux 4 questions, il est recommandé de ne pas modifier le traitement du malade.

Si le patient répond non à au moins 1 des 4 questions, il est recommandé de prescrire sur la même ordonnance un AINS et un triptan.

Annexe Migraine 4 : Les médicaments impliqués dans le syndrome sérotoninergique¹³⁷

- Inhibiteurs de la MonoAmine Oxydase (IMAO) sont au premier plan du risque de syndrome sérotoninergique, qu'ils soient non sélectifs (iproniazide), sélectifs de type A (moclobémide) ou sélectifs de type B (sélégiline).
- linézolide
- antidépresseurs imipraminiques, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (amitriptyline, amoxapine, clomipramine, dosulépine, imipramine)
- antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (IRS) (citalopram, escitalopram, fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine, sertraline)
- milnacipran, venlafaxine
- certains opiacés (dextrométhorphone, hydromorphone, péthidine, tramadol)
- lithium
- antimigraineux : triptans, dihydroergotamine
- buspirone
- millepertuis

Annexe Migraine 5 : Interactions médicamenteuses liées au cytochrome P450 : principaux inhibiteurs de l'isoenzyme CYP 3A1¹³⁷

- médicaments cardiovasculaires : amiodarone, diltiazem, verapamil
- la plupart des macrolides, sauf spiramycine et l'association quinupristine + dalfopristine
- antifongiques azolés (fluconazole, itraconazole, hétéroconazole, miconazole, voriconazole)
- antirétroviraux (amprénavir, atazanavir, delavirdine, fosamprénavir, indinavir, nelfinavir, ritonavir)
- aprépitant
- bicalutamide
- cimétidine
- imatinib
- stiripentol
- jus de pamplemousse

Annexe Migraine 6 : Extrait de modèle d'agenda de la migraine 130

J	Janvier			Médicaments
	D	F	FD	
1				
2				
3				
4				


D : Durée ; I : Intensité, choisir L (légère), M (modérée), S (sévère) ; FD : Facteurs Déclenchants ; Médicaments : indiquer le nom et la dose

Annexe Migraine 7 : Carnet de suivi du traitement de la migraine

SYNTHÈSE DES CRISES

NOTEZ : **M** : SI VOUS PENSEZ QUE C'EST UNE MIGRAINE. **C** : SI VOUS PENSEZ QU'IL S'AGIT D'UN MAL DE TÊTE (CEPHALÉE)

JOURS	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUN	JUILLET	AOÛT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DÉCEMBRE
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												



AstraZeneca
MIGRAINE
www.astrazeneca.com

CARNET DE SUIVI DU TRAITEMENT DE LA MIGRAINE

PATIENT

NOM :
 PRÉNOM :
 SEXE : M F

MÉDECIN

TELEPHONE :

CACHET DU MÉDECIN

AstraZeneca
MIGRAINE
www.astrazeneca.com

BIEN REMPLIR VOTRE CARNET EST IMPORTANT

Il est destiné à suivre votre migraine, ses caractéristiques, et son évolution.
 Il permettra à votre médecin de mieux connaître votre maladie, d'adapter à votre cas la conduite thérapeutique pour améliorer votre qualité de vie.
 N'oubliez pas de le rapporter chaque fois que vous consultez votre médecin.

CARACTÉRISTIQUES DE VOS CRISES

ÉVALUER VOTRE DOULEUR SELON L'ÉCHELLE SUIVANTE	CRISE N°	DATE	FACTEURS DÉCLENCHANTS	DURÉE DES CRISES	INTENSITÉ DE LA DOULEUR			SYMPTÔMES ASSOCIÉS (COCHER SI PRÉSENT)				TRAITEMENTS (DANS L'ORDRE DES PRISES)	DÉLAI DE DISPARITION DE LA DOULEUR (EN HEURE)
					L	M	S	NAUSEES	VOMISSEMENTS	GÊNE AU BRUIT	GÊNE À LA LUMIÈRE		
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													

ÉVALUER VOTRE DOULEUR SELON L'ÉCHELLE SUIVANTE

1 Légère : permet les activités habituelles (sociales, professionnelles, à domicile) sans trop de gêne.

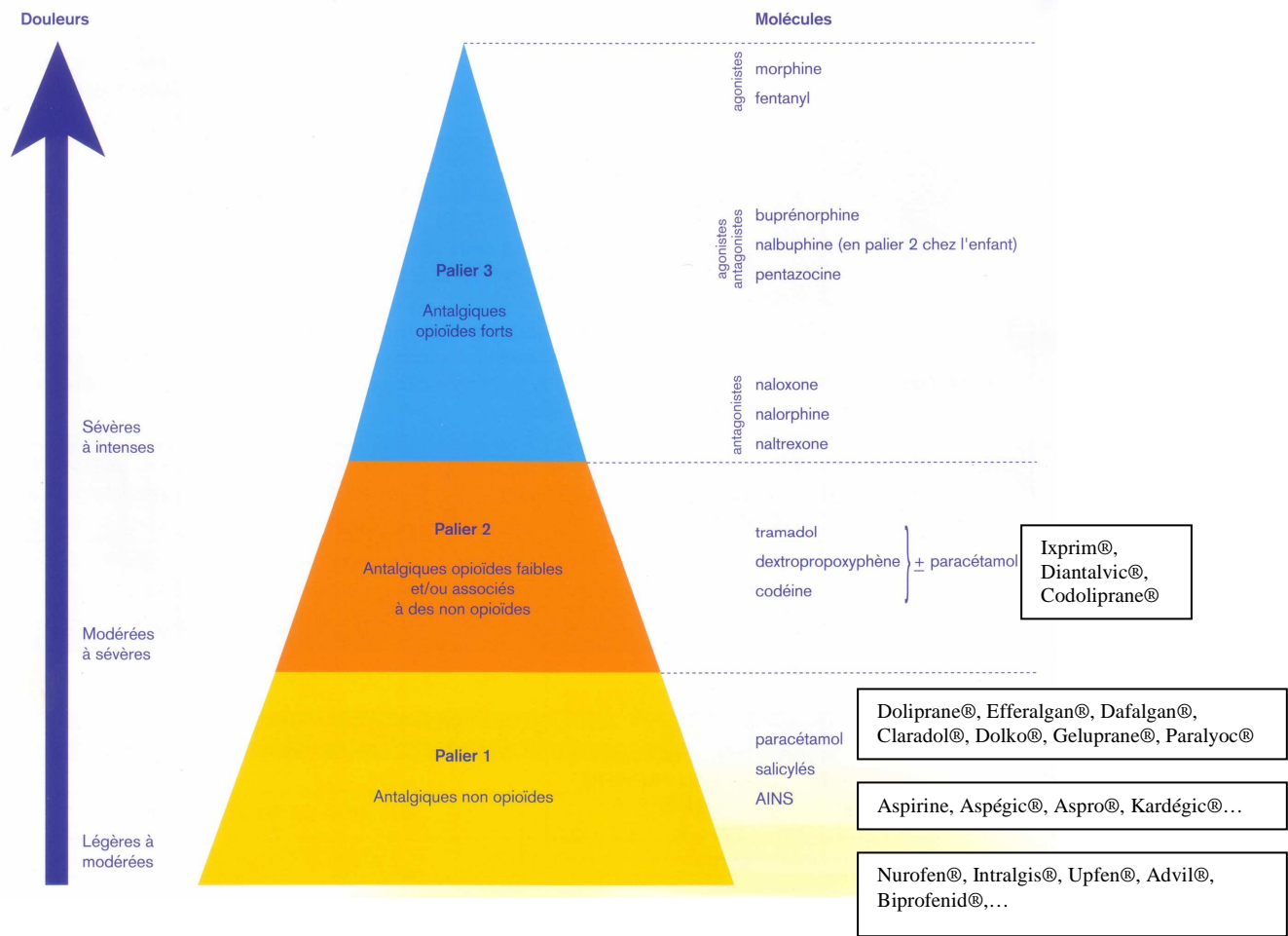
2 Modérée : gêne de façon notable et rend pénible toutes les activités habituelles.

3 Sévère : empêche toutes les activités et contraint au repos.

Date des prochaines consultations

___/___/20__
 ___/___/20__
 ___/___/20__
 ___/___/20__
 ___/___/20__

Annexe Migraine 8 : Paliers antalgiques de l'OMS



Annexe Migraine 9 : Fiche de conseils aux patients à l'utilisation des triptans

MON TRAITEMENT DE CRISE MIGRAINEUSE

Sumatriptan = Imigrane®, Naratriptan = Naramig®, Zolmitriptan = Zomig® et Zomigoro®, Elétriptan = Relpax®, Almotriptan = Almogran®

EFFET :

- **Début d'action** entre **15 et 90 minutes**
- Pic d'activité au bout de 1 à 2 heures
- **L'effet** se maintient pendant **8 à 16 heures**.
- Chez un tiers des patients migraineux, une **récidive** apparaît **dans les 24 heures**, il est alors possible de **renouveler la prise initiale** en respectant un **délai minimum de 2 heures** (4 heures avec le Naramig®, 1h avec le sumatriptan en sous cutanée).
- Les triptans ont également un effet positif sur les nausées, les vomissements, la phonophobie, la photophobie.

Comment prendre mon traitement ?

Spécialités	Posologie	A retenir
Almogran®	La dose recommandée est de 1 comprimé à 12,5 mg. Si les symptômes de la migraine réapparaissent dans les 24 heures, un deuxième comprimé peut être pris, à condition de respecter un intervalle d'au moins 2 heures entre les deux prises.	La dose maximale recommandée est de deux comprimés par 24 heures
Relpax®	La dose recommandée est de 40 mg . Si les symptômes de la migraine réapparaissent dans les 24 heures, un deuxième comprimé peut être pris, à condition de respecter un intervalle d'au moins 2 heures entre les deux prises.	La dose maximale recommandée est de deux comprimés par 24 heures
Naramig®	La dose recommandée de naratriptan est d'un comprimé à 2,5 mg . Si les symptômes de la migraine réapparaissent après une amélioration initiale, un deuxième comprimé peut être pris, à condition de respecter un intervalle d'au moins 4 heures entre les deux doses .	La dose totale ne doit pas dépasser 2 comprimés à 2,5 mg par 24 heures .

Imigrane® cpr	La dose recommandée est de 1 comprimé à 50 mg. Si les symptômes de la migraine réapparaissent dans les 24 heures, un deuxième comprimé peut être pris, à condition de respecter un intervalle d'au moins 2 heures entre les deux prises	Ne pas dépasser 300 mg par 24 heures
Zomig® /Zomigoro®	La dose recommandée pour le traitement de la crise de migraine est de 1 comprimé à 2,5 mg. Si les symptômes de la migraine réapparaissent dans les 24 heures, un deuxième comprimé peut être pris, à condition de respecter un intervalle d'au moins 2 heures entre les deux prises	Il est recommandé de ne pas dépasser la dose maximale de 10 mg par 24 heures

Source : « Vidal »2006

Quels EFFETS puis je ressentir après la prise de mon traitement ?

Une sensation d'oppression thoracique et de serrement au niveau du cou peut survenir, mais elle régresse en général au bout de 30 minutes. Cet effet secondaire est sans aucun danger pour les patients ne présentant aucune pathologie cardiaque. Une sensation de chaleur, des picotements, ainsi qu'une impression de lourdeur au niveau des jambes, des bras, une fatigue, et des vertiges sont d'autres effets secondaires possibles. **En respectant les contre-indications, les doses maximales, les associations interdites, l'utilisation des triptans est sûre.**

A quoi faire attention ?

Les triptans ne doivent pas être utilisés plus de 15 jours par mois.

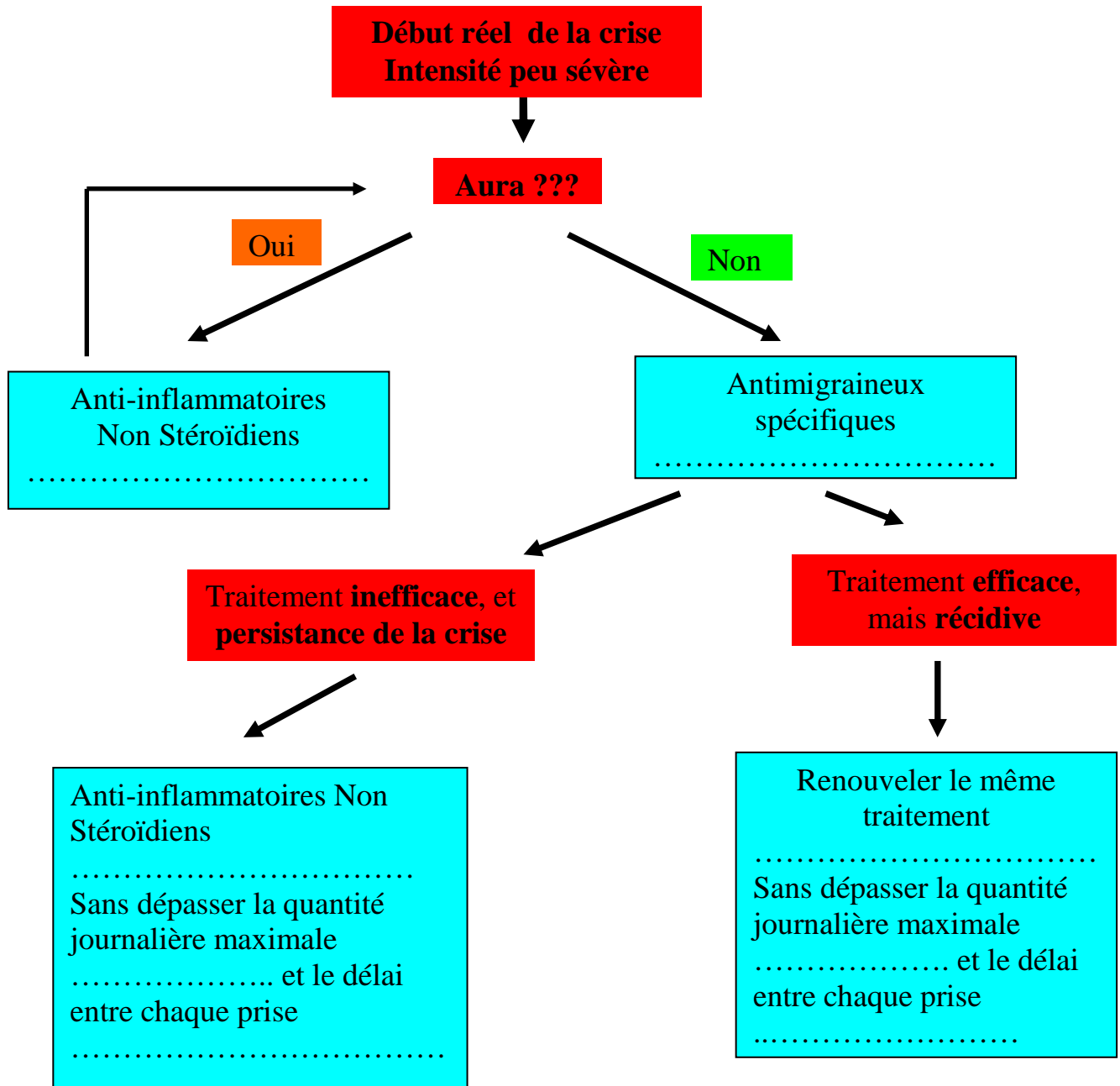
Attention, d'éviter les ASSOCIATIONS MEDICAMENTEUSES INTERDITES :

N'oubliez pas de prévenir le professionnel de santé auquel vous vous adressez de votre prise de triptans ; et dans tout les cas, n'hésitez pas à demander le conseil de votre médecin ou de votre pharmacien.

Faites confiance aux professionnels

Médecins et pharmaciens sont les professionnels de la santé avec lesquels le public a le plus de contacts. Ils possèdent les compétences nécessaires pour apporter les réponses aux différentes questions de santé que l'on se pose au quotidien. Leur rôle de conseil est indispensable à une bonne prise en charge de la santé en général, et de la douleur en particulier. Chaque être est unique ; chacun réagit différemment face à la douleur ou à la maladie ; un avis personnalisé est toujours utile pour préserver notre capital le plus précieux : la santé.

LORS D'UNE CRISE,
QUAND ET COMMENT
FAUT IL PRENDRE LE TRAITEMENT



Annexe Migraine 11 : Questionnaire servant de trame au diagnostic éducatif ¹⁷⁴

Pharmacie du BUISSON

ANNECY LE VIEUX

Etude réalisée par Claire BOCQUET (Stagiaire 6^{ème} Année PHARMACIE)

N° interne à l'officine :
2006

Date : / /

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DES PATIENTS CEPHALGIQUES

DESCRIPTION DES MAUX DE TETE :

Question 1 : **A quel âge vos maux de tête ont-ils commencés?** (ans)

Question 2 : **La douleur est-elle venue ?** Progressivement Brutalement

Question 3 : **Avez-vous eu une augmentation récente de la douleur ?**
 Oui Non

Si oui, depuis combien de temps ?

A quel niveau, jugez vous votre douleur : donner une note de 1 à 10, pour indiquer le niveau d'intensité de votre douleur (0 = pas de douleur ; 10 = Douleur maximale)

Question 4 : **Quel est le nombre moyen de jours par mois durant lesquels vous avez souffert de maux de tête au cours des 3 derniers mois :**

- Moins d'1 jour par mois de 10 à 14 jours par mois
 de 1 à 3 jours par mois 15 jours ou plus par mois
 de 4 à 9 jours par mois

Question 5 : **Les maux de tête sont :**

- continus matinaux nocturnes
 intermittents pendant l'après midi réveils nocturnes
 paroxystiques le soir

Question 6 : **Au cours des 3 derniers mois, quand vous avez eu des maux de tête, avez-vous:**

- Eu des nausées ou envie de vomir? Oui Non
- Été gêné(e) par la lumière (beaucoup plus que quand vous n'avez pas de maux de tête)?
 Oui Non
- Été limité(e) par vos maux de tête dans votre capacité à travailler, à étudier ou à faire ce que vous deviez faire pendant au moins une journée?
 Oui Non

Question 7 : **Éprouvez-vous des problèmes avant, pendant ou après votre mal de tête:**

- Oui, **avant** mon mal de tête : durée: heures
 Oui, **pendant** mon mal de tête : durée: heures
 Oui, **après** mon mal de tête : durée: heures
 Non

Si oui : veuillez cocher lesquels:

- Sensation de fatigue : avant pendant après
 Sensation de vertiges : avant pendant après
 Difficultés d'expression : avant pendant après
 Faim inhabituelle : avant pendant après
 Troubles visuels avant pendant après
 Sautes d'humeur : avant pendant après
 Membres enflés : avant pendant après
 Autre(s): avant pendant après

GESTION DE LA MALADIE :

Question 8 : **Combien de médecins avez-vous déjà consultés en raison de vos maux de tête?**

- 0 1 2 3 4 plus Nsp

Question 9 : **Prenez-vous actuellement des médicaments pour soulager /arrêter votre mal de tête une fois qu'il a commencé:**

- Oui Non

Si oui: veuillez indiquer quel(s) médicament(s) vous prenez actuellement pour soulager votre mal de tête.

(veuillez cocher toutes les cases applicables, plusieurs réponses sont possibles)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aspirine | <input type="checkbox"/> Paracétamol | <input type="checkbox"/> AINS (kétoprofène, Ibuprofène) |
| <input type="checkbox"/> Aspro | <input type="checkbox"/> Dafalgan | <input type="checkbox"/> Antalgiques opiacés |
| <input type="checkbox"/> Aspégic | <input type="checkbox"/> Doliprane | (Dextropropoxifène, Tramadol, |
| <input type="checkbox"/> Triptans | <input type="checkbox"/> Dérivés ergotés | Codéine...) |
| <input type="checkbox"/> Noramidopyrine | | |
| <input type="checkbox"/> Antiémétiques (Dompéridone, Métoclopramide) | | |
| <input type="checkbox"/> Caféine | | |
| <input type="checkbox"/> Anxiolytiques | | |
| <input type="checkbox"/> BBloquants (Propanolol..) | | |
| <input type="checkbox"/> Autres : | | |
| <input type="checkbox"/> Remède familial | | |

Question 10 : **Si l'on examine les trois derniers mois, pendant combien de jours par mois avez-vous pris des médicaments pour soulager/arrêter vos maux de tête:**

- Moins d'1 jour par mois
 de 1 à 3 jours par mois de 10 à 14 jours par mois
 de 4 à 9 jours par mois 15 jours ou plus par mois

Question 11 : **Combien de médicaments différents avez-vous déjà essayé pour soulager vos maux de tête:**

- aucun un 2 4 5 7 Plus

Question 12 : **Vous arrive t'il fréquemment d'être préoccupé(e) par les moyens de vous procurer vos médicaments antalgiques ? (vous faire avancer des médicaments, trouver un médecin qui puisse vous recevoir dans l'immédiat, une pharmacie de garde, ...)**

- Jamais Parfois Souvent Toujours Nsp

Question 14 : **Vos céphalées réapparaissent-elles, ou s'aggravent-elles, dès que vous espacez les prises d'antalgiques, ou dès que vous cessez d'en prendre ?**

- Jamais Parfois Souvent Toujours Nsp

Question 15 : **Suivez-vous actuellement un traitement à base de médicaments à prendre quotidiennement ou des thérapies alternatives/complémentaires pour prévenir vos des maux de tête?**

- Oui Non

Si oui, le(s)quel(s):

Question 16 : **Pour soulager vos maux de tête, prenez vous plus de comprimés que la quantité recommandée ?**

- Oui Non Nsp

Question 17 : **Pour soulager vos maux de tête, avez-vous constaté que vous devez prendre des quantités plus importantes d'antalgiques qu'auparavant ?**

- Oui Non Nsp

Question 18 : **Avez-vous essayé de diminuer votre consommation d'antalgiques, sans y parvenir ?**

Oui Non Nsp

Pourquoi ?

Question 19 : **Quelles sont les circonstances de diminution de la douleur (Mode de prise des médicaments, Repos, Repas, Sport,)? Expliquez.....**

Question 20 : **Compte tenu de tout ce que vous faites pour soigner votre mal de tête, comment estimez-vous contrôler celui-ci?**

pas du tout un peu assez bien entièrement sous contrôle

SANTE ET VIE :

Question 21 : **Comment évaluez-vous votre santé globale durant les 30 derniers jours ?**

très bonne moyenne mauvaise très mauvaise

Question 22 : **Durant les 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous été incapable d'accomplir vos activités usuelles ou votre travail à cause de votre état de santé?**

Noter le nombre de jours:

Question 23 : **Sur votre lieu de travail, rencontrez-vous des situations qui aggravent vos maux de tête, tel que:**

Lumière Positions de travail (ex. Inconfortable ou chaises mal positionnées, position debout trop longtemps, etc..)
 Air conditionné
 Écran d'ordinateur Pas de possibilités ou d'opportunités de relaxation
 Bruit Autre(s):

Question 24 : **Lorsque vous parlez de votre mal de tête, avez-vous l'impression que votre entourage comprenne ?**

Votre famille	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> dans une certaine mesure	<input type="checkbox"/> Oui
Vos amis	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> dans une certaine mesure	<input type="checkbox"/> Oui
Vos collègues de travail	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> dans une certaine mesure	<input type="checkbox"/> Oui
Votre employeur	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> dans une certaine mesure	<input type="checkbox"/> Oui

La plupart des gens sont-ils au courant de vos maux de tête?

Oui Non

Question 25 : **Vos maux de tête ont-ils à un moment ou un autre influencés votre situation familiale ou associative?**

Oui Non

Question 26 : **Avez-vous des hobbies/activités sociales que vous aimez réaliser, mais pour lesquelles vous avez dû vous imposer une limite ou dû abandonner en raison de vos maux de tête:**

Oui Non

Si oui, le(s)quel(s):

Question 27 : **Veillez cocher tout mythe populaire ou idée fausse au sujet du mal de tête au(x)quel(s) vous avez déjà été confronté(e):**

Aucun
 Le mal de tête fait simplement mal, vous devriez pouvoir le supporter facilement
 Le mal de tête affecte uniquement les personnes faibles
 Le mal de tête affecte les personnes incapables de faire face au stress

- Le mal de tête n'est qu'une illusion, tout se passe dans la tête
- Le mal de tête n'est qu'une excuse
- Seules les femmes souffrent de maux de tête
- Autre(s):

Question 28 : **Veillez cocher parmi les services suivants ceux dont vous apprécierez la présence pour vous aider avec vos maux de tête :**

- Formation collective s'adressant aux patients
- Consultation avec un professionnel de santé :
 - Pharmacien
 - Médecin
 - Autres
- Ligne d'assistance téléphonique
- Informations écrites, brochures
- Autre(s) :
- Aucun

Pourquoi ?

BIBLIOGRAPHIE

- ¹ A. DJIHOUD, P. MICHEL, JL QUENON., *et al.* Les évènements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale. Etudes et résultats de la DRESS n° 398, Paris, 2005. ISSN : 1146-9129.
- ² JA. BURY. Education pour la santé : concepts, enjeux, planifications.: De Boeck-Wesmael, coll. Savoirs et Santé, Bruxelles, 1988.
- ³ F GIMENEZ., M BRAZIER, J. CALOP, T. DINE, L. TCHIAKPE. *Pharmacie clinique thérapeutique*. 2^{ème} édition, Edition Masson, 2000. ISBN : 2294007786.
- ⁴ D.ANTIER, C. BRENHEIM, E. DUFAY, MC.HUSSON, E. SCHMITT, E. TISSOT. *Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse*. 1^{ère} Edition, Société Française de Pharmacie Clinique Editeur, Montry, 2006. ISBN : 2-9526010-0-3.
- ⁵ E. SCHMITT. *Le risque médicamenteux nosocomial : circuit hospitalier du médicament et qualité des soins*. Editions Masson, Paris, 1999.
- ⁶ Rédaction Prescrire. Gérer le risque d'erreur. Eviter l'évitable. Tirer parti des erreurs pour mieux soigner. *La revue Prescrire*, 2005 ; Suppl. au n°267.
- ⁷ Art R.5121-153 du Code de la santé publique, décret n°2004-99 du 29 janvier 2004 relatif aux Bonnes Pratiques de Pharmacovigilance, Editions Dalloz, 2002.
- ⁸ Art R.5121-153 du Code de la santé publique, décret n°2004-99 du 29 janvier 2004 relatif aux Bonnes Pratiques de Pharmacovigilance, mis en conformité à la Directive 2000/38/CE du 5 juin 2000.
- ⁹ DGS et GTNDO. Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique : Définition d'objectifs, 2003 : 161. Disponible sur le site <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/rapportintegral.pdf>.
- ¹⁰ P. MICHEL et Coll. L'estimation du risque iatrogène grave dans les établissements de santé en France: les enseignements d'une étude pilote dans la région aquitaine. Etudes et résultats 2003 ; 219 : 1-8.
- ¹¹ I. ROBERT-BOBEE. Projection de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 : la population continue de croître et le vieillissement se réduit. Insee Première 2006 ; 1089.
- ¹² P. AURICHE, C. CAULIN, D. VITTECOQ. *et al.* Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. AFSSAPS, Saint Denis, 2005.
- ¹³ TH. LECOMTE. La consommation médicamenteuse en 1991. Evolution 1970-1980-1991. Paris : CreDES, 1994.
- ¹⁴ C. GUIGNOT Enquête Vieillesse de la population, l'aîné de vos soucis, *Le moniteur des pharmacies* 2006 ; 2634.
- ¹⁵ Site Internet : HAS santé. *Consommation Médicamenteuse chez le sujet âgé* [http://www.has-sante.fr/anaes/PresMec.nsf/\(ID\)/BBAB2EAF3FD6A537C125708800476A1D?opendocument](http://www.has-sante.fr/anaes/PresMec.nsf/(ID)/BBAB2EAF3FD6A537C125708800476A1D?opendocument), consulté en Octobre 2006.
- ¹⁶ N STEYER. La dépression de la personne âgée. Attitudes pratiques. Accessible sur : http://www.ammppu.org/abstract/geriatrie/depression_pers_agee.pdf, consulté en Octobre 2006.
- ¹⁷ Rédaction Prescrire. L'étude épidémiologique française : Eneis approche la part de l'évitable à l'hôpital et en soins ambulatoires, 2005 ; 25 Suppl. 267 : 896-910.

¹⁸ C. CHATELAIN-BERNHEIM Analyse méthodologique du risque nosocomial d'erreur médicamenteuse: à propos de 319 notifications spontanés du Réseau REEM. Thèse mastère spécialisé Gestion des risques dans les établissements de santé, Ecole Centrale Paris, 26 mars 2003 : 61 pages.

¹⁹ Centre hospitalier Charcot

Site : http://www.ch-charcot56.fr/servmed/pharmacie/circuit_medic.htm consulté en Octobre 2006.

²⁰ World Health Organization WHO. Prévention des maladies chroniques : un investissement vital.

Accessible sur : http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/fr/index.html consulté en Octobre 2006.

²¹ N CALOP. Le positionnement des attentes du patient dans son évaluation de la qualité de l'interaction formative. Actes du 15^{ème} colloque international de l'ADMEE-EUROPE et Congrès annuel de la SSRRE, Lausanne, septembre 2002.

²² P. BUTTET, C. FOURNIER. Prévention et éducation pour la santé, quels rôles pour les médecins et pharmaciens ? Baromètre santé médecin / pharmacien, édition INPES, Saint Denis 2005: 65-82. ISBN : 2-708444-86-0.

²³ TAYLOR NELSON SOFRES. Les patients et l'information santé, Rapport d'études, Mars 2003.

²⁴ B. SANDRIN-BERTHON. Eduquer un patient comment être plus performant? *La revue du praticien. Médecine Générale*. 2001, 15 (549) : 1727-1730.

²⁵ J.A. BURY. *Education pour la santé : concepts, enjeux, planifications*. De Boeck Universités, Bruxelles, coll. Savoirs et Santé, 1998 : 235. ISBN : 2804110559.

²⁶ D.S BRODY. The patient's role in clinical decision-making. *Annals of internal Medicine* 1980; 93(5): 718-22.

²⁷ DW. BATES., N. SPELL., DJ. CULLEN., E. BURDICK, N. LAIRD, LA. PETERSEN *et al.* The costs of adverse drug events in hospitalized patients. Adverse Drug Events Prevention Study Group. *JAMA* 1997; 277(4):307-311.

²⁸ R. BORDET, S. GAUTIER, H. LE LOUET, B. DUPUIS, J. CARON. Analysis of the direct cost of adverse drug reactions in hospitalised patients. *Eur J Clin Pharmacol* 2001; 56:935-941.

²⁹ T. DUPIN-SPRIET., La consultation pharmaceutique : une innovation australienne au service des patients et de la qualité à l'officine, Note de synthèse, Lille II, 14/10/2002.

³⁰ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>. *Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale* consulté en Octobre 2006

³¹ D. ABOUSSAFY, M. BALTER, G. GODIN. K. LAVOIE, S. KOLEY. La psychologie du compromis : le point sur l'asthme. *L'association pulmonaire*. 2004.

³² SMITH R. *Migraine's impact on the family : a survey of sufferers and family members*, The Newsletter of ACHE Headache, Summer 1997 ; vol.8, no 2.

³³ S. MOSCOVICI. *La psychanalyse, son image et son public*. 2^{ème} édition. PUF, Paris ,1976. ISBN : 2130339482.

³⁴ JM. SECA. *Les représentations sociales*. Armand Colin, Paris ,2001. ISBN : 2200265069.

³⁵ P-Y. TRAYNARD., R. GAGNAYRE , J-F. D'IVERNOIS. La démarche éducative : former un patient compétent. *Impact médecin hebdo.* , 2001 ; (525) : 6.

³⁶ A. LACROIX, J-P. ASSAL *L'éducation thérapeutique des patients, nouvelle approche de la maladie chronique*, Ed Vigot, PARIS, 1998. ISBN : 2711413810

-
- ³⁷ A. LACROIX. Comportements liés aux phases d'acceptation d'une maladie. Comité départemental d'éducation pour la santé, Codes 1996. CYES des Yvelines.
Accessible sur : <http://www.cyes.info> consulté en Octobre 2006.
- ³⁸ D.A. RUZICKI. Relationship of participation Preference and Health Locus of Control, *in Diabetes Education Care*, 1984, 7 : 372-377.
- ³⁹ I. ROSENSTOCK, V.J. STRECHER, M. BECKER. Social Learning and the Health Belief Model. *Health Educ. Quart.* ; 15 (2) : 175-183.
- ⁴⁰ OMS. Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé. 21 novembre 1986.
- ⁴¹ Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI^{ème} siècle. 4^{ème} Conférence Internationale sur la Promotion de la Santé, Jakarta 21 - 25 Juillet 1997.
Accessible sur : www.cyes.info/themes/promotion_sante/declaration_jakarta.php consulté en Octobre 2006.
- ⁴² DGS. Circulaire N° DGS/SD6/2001/504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux de la santé.(texte non paru au journal officiel).
Accessible sur : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2001/01-50/a0503312.htm> consulté en Octobre 2006.
- ⁴³ A. DECCACHE. L'éducation du patient en Europe : plus de 20 ans d'évolution constante. *In* : Edition CFES eds. Séminaire sur l'éducation pour la santé des patients, juin 1989, 1992 : 30.
- ⁴⁴ C. FOURNIER, D. MISCHLICH, A. DECCACHE. Les pratiques en éducation du patient dans les établissements de santé français en 1999. Enquête de la Direction générale de la Santé, rapport juillet 2000
Accessible sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/eduthera/enqhosp.htm> consulté en Octobre 2006.
- ⁴⁵ P. FIVIAN, C. GUIRAUDOU. Education thérapeutique et maladie chroniques en pédiatrie, Etat des lieux régional du CRES de la Région PACA. CRES-PACA, Marseille, 2005.
- ⁴⁶ R. GAGNAIRE, PY. TRAYNARD, J-F. D'IVERNOIS, L'éducation du patient. *Impact Médecin Hebdo* 1998 ; (404):V
- ⁴⁷ R. GAGNAIRE, PY. TRAYNARD, J-F. D'IVERNOIS, L'éducation du patient. *Impact Médecin Hebdo* 1998 ; (404):V
- ⁴⁸ A DECCACHE. Quelles pratiques et compétences en éducation du patient ? Recommandations de l'O.M.S. *La Santé de l'homme* 1999 ; (341) : 12-14.
- ⁴⁹ Conseil national du réseau. Texte du Conseil national du réseau à l'attention des décideurs - février 2000.
Accessible sur : <http://www.ephora.fr/definitions.htm> consulté en Octobre 2006.
- ⁵⁰ A. DECCACHE., E. LAVENDHOMME. Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes. Coll. "Savoirs et Santé", De Boeck-Wesmael, Bruxelles, 1989 : 44-45.
- ⁵¹ M. VACARIE. L'éducation thérapeutique du patient. Mars 2000 Direction Générale de la Santé, Bureau des Maladies chroniques, enfants et vieillissement.
Accessible sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/eduthera/index.htm> consulté en Octobre 2006.
- ⁵² Direction générale de la Santé. Actualité de la réflexion sur l'éducation thérapeutique : rapport du groupe de travail de la DGS, Paris : DGS, 2001.
Accessible sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/eduthera/notinte.htm> consulté en Octobre 2006.
- ⁵³ JP. ASSAL. Traduction française du document OMS de 1998, janvier 1999.
- ⁵⁴ World Health Organization WHO. Therapeutic patient education. Continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of WHO Working group, 1998

-
- ⁵⁵ G. LÉBOUBE, A. PRINGENT. Document de synthèse du groupe de travail régional sur l'éducation thérapeutique du patient : cadre général et recommandations régionales. Schéma Régional D'Education Pour la Santé de Franche-Comté. 2003.
- ⁵⁶ D. ADLER. Apprendre la santé et comprendre sa maladie pour prendre en main son traitement. *Médecine et hygiène* 2000 : 1246-1249.
- ⁵⁷ N FONTENELLE. Vous êtes prêts à vous engager. *Le moniteur des pharmacies*, 2006 ; (2616): 8-9
- ⁵⁸ NC; MORROW, P. SPEEDY, C. TOTTEN. Health education perspectives incontinuing education programmes for pharmacists. *Health Education Journal*, 1986 ; 15, (3):166-170.
- ⁵⁹ Académie nationale de la santé. Le pharmacien et la santé publique en France. Ministère de la santé et des solidarités, octobre 2005
- ⁶⁰ KA. HUNTER, BG. BRYANT. Pharmacist provided education and counseling for managing pediatric asthma. *Patient education and counseling*, 1994 ; 24 : 127-134.
- ⁶¹ J. O'LOUGHLIN, et al. The role of community pharmacists in health education and disease prevention : a survey of their interests and needs in relation to cardiovascular disease. *Preventive Medicine* 1999; 28 : 324-331.
- ⁶² S.D. PRUITT, R. BENGUA., R. BEAGLEHOLE. *et al.* Former les personnels de santé du XXIème siècle : le défi des maladies chroniques. OMS 2005, Genève (Suisse). ISBN : 9242562807
- ⁶³ A. DECCACHE, Éducation pour la santé : reconnaître les "nouveaux rôles" des médecins et pharmaciens. Dossier médecins, pharmaciens : les nouveaux éducateurs ? *La santé de l'homme* 2005 ; (376): 9-13.
- ⁶⁴ Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Le rapport 2005.
- ⁶⁵ B. ALLENET., A-M. GUIGNON., P. MAIRE., J. CALOP. Intégration des représentations de la personne âgée face à ses médicaments pour améliorer son observance. *J Pharm Clin* 2005 ; 24(3) : 175-179.
- ⁶⁶ C. TORCHON. La perception du pharmacien par le grand public : enquête auprès de 262 personnes de la région grenobloise. Thèse de doctorat en pharmacie n°ordre 7015, faculté de Grenoble, 29/04/2002.
- ⁶⁷ A.J.M. HOECK. Déclaration d'appui: fédération internationale pharmaceutique. Former les personnels de santé du XXIème siècle : Le défi des maladies chroniques. OMS 2005, Genève (Suisse) : 5-6 ISBN : 9242562807.
- ⁶⁸ S. JACQUEMET, A. CERTAIN. Education thérapeutique du patient : rôles du pharmacien. Bulletin de l'ordre 2000 ; (367): 269-275.
- ⁶⁹ DRASS/DASS d'Aquitaine. Schéma régional d'éducation pour la santé Education thérapeutique Guide pour un projet d'éducation du patient.
- ⁷⁰ DGS. Actualité de la réflexion sur l'éducation thérapeutique. Accessible sur : <http://www.sante.gouv.fr> consulté en Octobre 2006.
- ⁷¹ R. GAGNAYRE., PY. TRAYNARD. Définir l'éducation thérapeutique d'un patient. *Impact Médecin Hebdo*, 1998 ; (404): 3-12.
- ⁷² Définition du réseau. Présentation de la CNR (coordination générale des Réseaux). Accessible sur : <http://www.cnr.asso.fr> consulté en Octobre 2006.
- ⁷³ Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Les actes de la journée nationale des réseaux diabète. 30 janvier 2002. Accessible sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/publication/dhos/diabet/diabet.pdf> consulté en Octobre 2006.

-
- ⁷⁴ B.M. BARTH. Le savoir en construction. Former à une pédagogie de la compréhension, coll. Pédagogie, Paris, Retz, 1993. ISBN : 2725614996.
- ⁷⁵ World Health Organization WHO. Therapeutic patient education, continuing education programs for health care providers in field of prevention of chronic diseases. Report of Who/Euro working group, juin 1997.
- ⁷⁶ J.J. GUIBERT. L'ensorcelante ambiguïté de « savoir, savoir-être et savoir-faire. ». Pédagogie Médicale *Revue internationale francophone d'éducation médicale* 2001 ; 2 : 23-25.
- ⁷⁷ A. LACROIX., J-P. ASSAL. Education thérapeutique des patients. Chapitre : Pédagogie de l'éducation thérapeutique des patients, Edition Vigot 1998 : 89.
- ⁷⁸ CNAMTS, DHOS, PERNNS. Typologie descriptive de l'activité d'éducation thérapeutique en groupe dans le cadre de la prise en charge de l'asthme et du diabète. Rapport de synthèse. Février 2002.
- ⁷⁹ Association des diététiciens de langue française. Recommandations pour la pratique clinique : la consultation clinique réalisé par le diététicien en partenariat avec la Haute Autorité de Santé –Recommandations de janvier 2006.
Accessible sur : <http://www.anaes.fr> consulté en Octobre 2006.
- ⁸⁰ N. BRUN-CALOP., Explicitation des attentes éducatives du patient vis-à-vis de l'acteur de santé, Le cas du patient âgé chronique sous AVK, Thèse de Doctorat de l'Université, PMF Grenoble II, 15/12/2004.
- ⁸¹ B. CHARLOT., Négociations des besoins, nécessité ou impasse? Education permanente 1976 ; 34 : 17-33.
- ⁸² ANAES. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier patient : Réglementations et recommandations. Fascicule 1, Juin 2003.
- ⁸³ ANAES. Service évaluation des pratiques. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier patient : Réalisation pratique de l'audit clinique. Fascicule 2, Juin 2003.
- ⁸⁴ Pharmacie de l'hôpital Tenon, chef de service Annie Becker, « L'acte de dispensation »
Accessible sur : <http://cisih-paris-est.ap-hop-paris.fr/presentation/pharmacieTNN> consulté en Octobre 2006.
- ⁸⁵ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. L161 et suivants du Code de la sécurité sociale. Journal Officiel du 17 août 2004.
- ⁸⁶ GIP-DMP. Le dossier médical personnel : Questions/ Réponses, DMP et expérimentation. Janvier 2006.
- ⁸⁷ GIP-DMP. Le dossier médical personnel : Questions/ Réponses, Les acteurs du DMP. 2006.
- ⁸⁸ GIP-DMP. Le dossier médical personnel : Questions/Réponses, Environnement du patient. 2006
- ⁸⁹ J. SAURET, S. YRLES Le DMP, un outil pour réduire la iatrogénie. Info DMP : La lettre des acteurs du DMP. GIP-DMP, 2006 (1): 2.
- ⁹⁰ M. VANDENDRIESSCHE. Les pharmaciens disent oui au dossier pharmaceutique. *Quotidien du médecin*, 2006.
- ⁹¹ GIP-DMP. Le dossier médical personnel : Questions/Réponses, Le contenu du DMP. Mars 2006.
- ⁹² S. MOSCOVICI. La psychanalyse, son image et son public. 2^{ème} édition. PUF, Paris ,1976.
- ⁹³ Ordre des pharmaciens. DP et DMP : des avancées. Les Nouvelles pharmaceutiques, n°323, septembre 2006-10-23.
- ⁹⁴ Editorial de la Lettre des Nouvelles Pharmaceutiques N°320, juin 2006.

-
- ⁹⁵ J-F. D'IVERNOIS, R. GAGNAYRE. Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique. 2^{ème} Edition, Ed. Maloine, 2004. ISBN : 2-224-02803-2.
- ⁹⁶ LE VAILLANT, I. MOLLE. Malade chronique, comment appliquer une démarche éducative ? *La revue du praticien, Médecine générale* 2004 ; 18 : 1115-1116.
- ⁹⁷ P. VERMERSCH, M. MAUREL. Pratiques de l'entretien d'explication, ESF, PARIS, 1994. ISBN : 2-7101-1232-9
- ⁹⁸ P. DAMOISEAUX, A. LACROIX, J-Ph. ASSAL. Enseignement des diabétiques : évaluation des questions posées aux malades par les soignants et utilité d'une analyse pédagogiques, *Diabetes Metab.* 1985 ; 11 : 9-14.
- ⁹⁹ ANAES-Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en santé. Information des patients. Recommandations destinées aux médecins, Paris : ANAES ; 2000.
- ¹⁰⁰ ANAES-Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. L'éducation thérapeutique des patients asthmatiques adultes et adolescents, la démarche éducative pour les patients asthmatiques. Recommandations pour la pratique clinique. Disponible sur : <http://www.anaes.fr> consulté en Octobre 2006.
- ¹⁰¹ E. BIDAT, B. ROSSIGNOL. L'essentiel sur l'éducation de l'enfant asthmatique. Serveur interactif sur l'air, la respiration et les maladies respiratoires. Accessible sur : <http://www.respi.com> consulté en Octobre 2006.
- ¹⁰² F. AMIEL-LEBIGRE, M. GOGNALON-NICOLET. Entre santé et maladie, PUF, Les champs de la santé, PARIS, 1993, 176.
- ¹⁰³ IW. GREEN, MW. KREUTER, SG. DEEDS, K.B. PATRIGE. Health education planning : a diagnostic approach, Mayfield Publishing Company, Mountain View, Ca, 1980.
- ¹⁰⁴ A. LACROIX. Comportements liés aux phases d'acceptation d'une maladie. Comité départemental d'éducation pour la santé, Codes 1996. CYES des Yvelines. Accessible sur : <http://www.cyes.info> consulté en Octobre 2006.
- ¹⁰⁵ M. KNOWLES. Self directed learning, a guide for learners and teachers, New York, Cambridge-Book, Co., 1975.
- ¹⁰⁶ J-Ph. ASSAL., A. LACROIX. La technique des objectifs dans la prescription médicale et l'enseignement aux malades. *Education Permanente* 1986 ; (86) : 137-152.
- ¹⁰⁷ B.S. BLOOM *et al.* Taxonomie des objectifs pédagogiques. Domaine cognitif, Trad.M. Lavallée, Montréal, éducation nouvelle, 1969.
- ¹⁰⁸ Direction générale de la santé (DGS) / Bureau Maladies chroniques, enfants et vieillissement. Actualité de la réflexion sur l'éducation thérapeutique, Rapport du groupe de travail de la DGS, 2000. Accessible sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/eduthera/notinte.htm> consulté en Octobre 2006.
- ¹⁰⁹ S.M. DUNN, J.R. TURTLE. Education : the diabetes, annual/4, 1988 : 144-161.
- ¹¹⁰ F. LEMONNIER, J. BOTTERO, I. VINCENT, C. FERRON. Référentiel des critères de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé. 2003. Référence : 126-05118-L. Accessible sur le site : <http://www.cfes.sante.fr/pedagotheque/pdf/referentiel.pdf>. consulté en Octobre 2006.
- ¹¹¹ J-J. GUILBERT. Guide pédagogique pour les professionnels de santé, OMS, Genève, 1991.
- ¹¹² J. BERREWAERTS, F. LIBION, A. DECCACHE. Quels critères et indicateurs d'évaluation sont à privilégier en éducation pour la santé en milieu de soins ? UCL-RESO, Unité d'éducation pour la santé. Dossier technique 03-23.

-
- ¹¹³ Groupe des URCAM réfèrent « Education thérapeutique du patient » avec A Prigent, et le Dr G Leboube. Unités transversales d'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques : Recommandations d'organisation et cahier des charges. Décembre 2005 : 1-12.
- ¹¹⁴ IPCEM. La reconnaissance de l'activité d'éducation thérapeutique. Résumé des communications journée de l'IPCEM juin 2002 : p25-27.
- ¹¹⁵ Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Direction de la sécurité sociale. Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS n°2002-610 du 19.12.2002 relative aux réseaux de santé. Bulletin officiel n°2003-3.
- ¹¹⁶ R. GAGNAYRE, M.T. MALAVAL. Questions à propos de l'éducation thérapeutique. Accessible sur : <http://www.ipcem.org> consulté en Octobre 2006.
- ¹¹⁷ Headache classification Subcommittee of the IHS. *Classification and diagnostic criteria for headache disorders*, Céphalgie. 2004 ; 24 (suppl 1) : 1- 60.
- ¹¹⁸ M. LANTERI - MINET, *Les Céphalées*, DaTeBe 2002.
- ¹¹⁹ A. RAPOPORT, J. EDMEADS, *Migraine, The evolution of our knowledge*. Arch Neurol 2000 ; 57 : 1221-3.
- ¹²⁰ *Référentiel National Collège des Enseignants de Neurologie*. Version du 30 Août 2003. Accessible sur : <http://www.univ-rouen.fr> consulté en Octobre 2006.
- ¹²¹ OMS Aide mémoire N° 277, Mars 2004.
- ¹²² M. LANTERI- MINET, JP. AURAY, A. EL HASNAOUI , *et al. Prevalence and description of chronic daily headache in the general population in France*, Pain, 2003, 102 : 143-149.
- ¹²³ LANTERI- MINET M., AUTRET A., BAUDESSON G., *et al, Nouveautés de la recherche clinique neurologique*. Société Française de Neurologie. Réunion annuelle extraordinaire N°5, Paris , FRANCE (14/01/2005) 2005, vol. 161, SUP, n° 1, pp. 1S24-1S25.
- ¹²⁴ C. LUCAS, C. CHAFFAUT, MA. ARTAZ, M. LANTERI-MINET, *Medical and therapeutic management of migraine in France*, Framig 2000, Cephalagia 2004. London.
- ¹²⁵ RM. GALLAGHER, R. KUNKEL, *Migraine medication attributess are important for patients compliance : concerns about side effects may delay treatment*. Headache 2003 ; 43: 36-43.
- ¹²⁶ TNS Département Santé «*Etats généraux de la douleur –Prise en charge de la douleur en France* », Avril 2003.
- ¹²⁷ SFETD, Cours supérieurs, Céphalées par abus médicamenteux, 5^{ème} congrès annuel de la SFETD, Paris, Novembre 2005.
- ¹²⁸ M. LANTERI-MINET, F.NACHIT-OUINEKH, B. MIHOUT, A. SLAMA, A. EI HASNAOUI, *La migraine en pharmacie d'officine : une étude multi-centrique française*, Rev Neurol 2004; 16: 441-446.
- ¹²⁹ D. ANNEQUIN, MG. BOUSSER, M. CUTRER, *et al, Migraine et Céphalées volume 1 Migraine*, Traité de Neurologie, édition DOIN, 2005.
- ¹³⁰ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). *Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant*, Recommandations pour la pratique clinique. Octobre 2002.
- ¹³¹ D. ANNEQUIN, F. BOUREAU, MG. BOUSSER, H. MASSIOU, JM SENARD, *Traitement de la migraine*, La migraine, Connaissances descriptives, traitements et prévention. Expertise Collective, Paris, INSERM, 1998.
- ¹³² Commission de la transparence « *Avis de la Commission – Bi Profenid®* » 28 Janvier 2004.

-
- ¹³³ La rédaction, *Synthèse d' Octobre 2004*, La Revue Prescrire, Octobre 2004, Tome 24 N°254 page 645-646.
- ¹³⁴ MG. BOUSSER., A. DUCROS, H. MASSIOU, *Migraine et céphalées*, traité de neurologie, volume 1, édition DOIN , 2005.
- ¹³⁵ MG. BOUSSER, D. ANNEQUIN, JC. BARON, *et al*, *La Migraine : Connaissances descriptives, traitements et prévention*, édition INSERM, 1998.
- ¹³⁶ FJ. DI SERIO, *The dihydroergotamine Nasale Spray Multicenter Investigators. Efficacy, safety, and tolerability of Dihydroergotamine Nasal Spray as monotherapy in the treatment of acute migraine*. *Headache* 1995 35 : 177-184.
- ¹³⁷ E. VEYRIAC. *Interactions médicamenteuses. Comprendre et décider*, La Revue Prescrire Mars 2006, Tome 26 N°270, Suppl.
- ¹³⁸ La rédaction « *Naratriptan – Naramig®. Une action lente mais peu de récurrence* », La Revue Prescrire, 1999 ; 19 (193) : 168-171.
- ¹³⁹ La rédaction « *Eletriptan - Relpax®. Me too, quatrième triptan pour les crises migraineuses sans plus* », La Revue Prescrire, 2002 ; 22 (234) : 808-811.
- ¹⁴⁰ La rédaction « *Topiramate en prévention des crises migraineuses : mieux vaut s'en passer* », La Revue Prescrire, 2006 ; 26 (271) : 252.
- ¹⁴¹ Vidal, Le dictionnaire, édition 82^{ème}, 2006.
- ¹⁴² <http://www.sos.migraine.com> – consulté en Avril 2006.
- ¹⁴³ <http://www.action-migraine.com> – consulté en Avril 2006.
- ¹⁴⁴ BERTHIER N., Les techniques d'enquête en sciences sociales, Méthode et exercices corrigés. *Edition Armand Colin*, PARIS, 1998.
- ¹⁴⁵ GREEN LW., KREUTER MW., DEEDS SG.; PARTRIGE KB. Health education planning: a diagnostic approach, 1980, Mayfield Publishing Company, Mountain View, Ca.
- ¹⁴⁶ LEVY P., Comment favoriser l'observance dans le diabète de type 2, *La revue du praticien - Médecine générale*, 2004 ; 18 : 1397-1401.
- ¹⁴⁷ D'IVERNOIS JF., GAGNAYRE R., Apprendre à éduquer le patient, approche pédagogique. Collection « Education du patient ». *Edition Maloine*, PARIS 2004.
- ¹⁴⁸ I. BASZANGER, *Les maladies chroniques et leur ordre négocié*, *Revue Française de Sociologie*, 1986 ; 27 : 3-27.
- ¹⁴⁹ CALOP N *Explicitation des attentes éducatives du patient vis-à-vis de l'acteur de santé, Le cas du patient âgé chronique sous AVK*, Thèse de Doctorat de l'Université, PMF Grenoble II, 15/12/2004
- ¹⁵⁰ BERLAND Y., Le rapport annuel de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, Synthèse Générale, 2005 : 37
- ¹⁵¹ M. GRAWITZ. *Méthodes des sciences sociales*, Coll. Précis Dalloz, 9^{ème} édition, Paris, Dalloz, 1993 : 870. ISBN : 2247041132.
- ¹⁵² C. CHILAND, M. LEDOUX, B. MARBEAU-CLEIRENS, M-F. CASTAREDE, A. LEDOUX. *L'entretien clinique*, 5^{ème} édition, Paris, Presse Universitaire de France (PUF), 1995. ISBN: 2130554636
- ¹⁵³ R. GHIGLIONE., B. MATALON., *Les enquêtes sociologiques. Théories et pratiques*, 6^{ème} édition, Paris, Armand. COLIN, 1998 : 301. ISBN : 2200217455.

-
- ¹⁵⁴ INSEE : Bilan démographique, France métropolitaine, population au 1er janvier 2006 (données provisoires)
- ¹⁵⁵ INSEE : France métropolitaine, population 18 ans et plus, déclarant au moins une maladie chronique, Enquête décennale santé 2002-2003
- ¹⁵⁶ CNAMTS : Poly-médication des personnes âgées : un enjeu de santé publique. Dossier de presse. 4 septembre 2003, disponible sur le site internet de l'Assurance Maladie en ligne : www.ameli.fr
- ¹⁵⁷ CNAMTS 2001
- ¹⁵⁸ P. AURICHE, C. CAULIN, D. VITTECOQ *et al.* Prévenir la iatrogénèse chez le sujet âgé. AFSSAPS, Saint-Denis, Juin 2005
- ¹⁵⁹ ANAES. Education thérapeutique du patient asthmatique – adulte et adolescent. Service des recommandations et références professionnelles, Juin 2001
- ¹⁶⁰ J-F. D'IVERNOIS. POINT DE VUE Apprendre au patient à se soigner. *Le Monde*, 27 Avril 1994
- ¹⁶¹ Convention Nationale, Arrêté du 11 Juillet 2006 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens et l'assurance maladie
- ¹⁶² M. FILIPPI, L. MALLET, B. ALLENET, J. CALOP Le processus hospitalier de « soins pharmaceutiques » au Québec : illustration à partir d'un cas clinique. *J. Pharm. Clin.*, 2003 ; 22 (2).
- ¹⁶³ J-F. D'IVERNOIS, R. GAGNAYRE. Apprendre à éduquer le patient, approche pédagogique, Coll. « Education du patient », 2^{ème} édition, Maloine, 2004. ISBN : 2-224-02803-2.
- ¹⁶⁴ R. GAGNAYRE. Approche pédagogique de l'Education du Patient : méthodes et évaluations, Synthèse de séminaire, *Bulletin d'Education du Patient*, 1996 ; 15 (3).
- ¹⁶⁵ A. LACROIX., J-P. ASSAL. L'éducation thérapeutique des patients, nouvelles approches de la maladie chronique. Edition Vigot, 1998. ISBN: 222402794X
- ¹⁶⁶ World Health Organization (WHO). Therapeutic patient education : continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Copenhague (Danemark): WHO, 1998
- ¹⁶⁷ T. DUPIN-SPRIET. La consultation pharmaceutique : une innovation au service des patients et de la qualité à l'officine, Note de synthèse, Lille 2, 14 octobre 2002
- ¹⁶⁸ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Information des patients. Recommandations destinées aux médecins. Paris, 2000
- ¹⁶⁹ J-F. D'IVERNOIS, R. GAGNAYRE. Vers une démarche de qualité en éducation thérapeutique du patient. Actualité et dossier en santé publique (ADSP), 2002 ;(39) : 14-16.
- ¹⁷⁰ F. LEMONNIER. Référentiel des critères de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé. 2003, disponible sur le site Internet de l'INPES : www.inpes.sante.fr/
- ¹⁷¹ Site Internet Observatoire des ressources multimédia en éducation- URL <http://www.orme-multimedia.org/index.htm> consulté en Octobre 2006
- ¹⁷² R. GAGNAIRE, P-Y. TRAYNARD, J-F. D'IVERNOIS. L'éducation du patient, *Impact Médecin Hebdo*, 1998 12 (404).
- ¹⁷³ F. SILVAN. Les Anglais ont tiré les premiers, 2586, 11/06/2005
- ¹⁷⁴ *Migraine – Maux de tête – Ne souffrez plus en silence*, Evaluation de l'impact des maux de tête et de la migraine au Luxembourg, CRP-SANTÉ, 1998.



Serment des Apothicairees

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

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

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.



Thèse soutenue par : **BOCQUET** Claire

Titre : **ETUDE DE FAISABILITE D'UNE DEMARCHE DE SUIVI EDUCATIF A L'OFFICINE : APPLICATION A LA MIGRAINE**

RESUME

Un des défis majeurs auquel doit dorénavant faire face le système de soins est celui du vieillissement de la population. Cette évolution démographique va de paire avec une prévalence croissante des affections chroniques. Les réponses du système de soins sont de plus en plus techniques et morcelées, offrant des garanties non optimales pour la sécurité des patients. Les enjeux de santé publique sont alors ceux de la rationalisation de la filière patient, grâce au développement de stratégies de diffusion de l'information entre professionnels, médicaux et paramédicaux, de mise en réseau des structures et prestataires de soins, ambulatoires comme hospitalières et la mise en œuvre d'un véritable accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques ou « suivi éducatif ».

L'objectif de la présente recherche était d'évaluer la faisabilité d'un suivi éducatif structuré à l'officine. Ce travail a ciblé l'une des situations suivantes : Migraine, diabète de type II, Asthme et BPCO, Anticoagulants oraux, Insuffisance cardiaque.

Les constats principaux sont la nécessité de 1. revoir l'environnement de travail officinal (espace et temps), 2. se former à la démarche, 3. mettre en œuvre avec les autres professionnels une stratégie de partage de l'information et d'accompagnement du patient.

Mots Clés : Vieillissement de la population, iatrogénie, pathologie chronique, diagnostic éducatif, rendez vous pharmaceutique, suivi patient, projet éducatif, dossier patient, outils pédagogiques, collaboration interdisciplinaire, réseau....