



HAL
open science

Validation d'une méthode de Réactivité Qualité à l'Écoute du Client à l'officine : instauration d'une démarche qualité grâce à une approche centrée client via la mesure de la satisfaction

Marie-Claire Gauthier

► To cite this version:

Marie-Claire Gauthier. Validation d'une méthode de Réactivité Qualité à l'Écoute du Client à l'officine : instauration d'une démarche qualité grâce à une approche centrée client via la mesure de la satisfaction. Sciences pharmaceutiques. 2007. dumas-01203650

HAL Id: dumas-01203650

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01203650>

Submitted on 23 Sep 2015

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/juridique/droit-auteur>

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



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

1^{er} exemplaire

Année : 2007

N°

7046

VALIDATION D'UNE METHODE DE REACTIVITE
QUALITE A L'ECOUTE DU CLIENT A L'OFFICINE :
INSTAURATION D'UNE DEMARCHE QUALITE GRACE A
UNE APPROCHE CENTREE CLIENT VIA LA MESURE DE
LA SATISFACTION

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN
PHARMACIE
DIPLOME D'ETAT

GAUTHIER Marie-Claire
Née le 02/12/1983 à Saint- Martin- D'Hères

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE PHARMACIE DE
GRENOBLE*

Le 11/12/2007

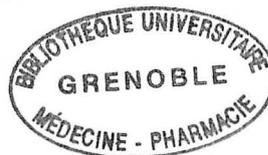
DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du Jury :
Pr J. CALOP (Professeur UFR de pharmacie de Grenoble)

Membres

Mme I. RIEU (Directeur de thèse, maître de conférences UFR de pharmacie de Grenoble)

Mme M-C. BLANCHARD-TAIX (Pharmacien titulaire)



**La faculté de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leur auteurs*

***Mots-clés**

- Ecoute client
 - Attentes des clients
 - Enquête de satisfaction
 - Guide d'Assurance Qualité officinale
 - Démarche qualité
 - Méthode de résolution de problèmes
 - Actions correctives
 - Suivi
-

***Résumé de la thèse**

A l'officine, la mauvaise connaissance des attentes des « clients » nous indique la nécessité d'une démarche qualité y répondant : la Réactivité Qualité à l'Ecoute du Client (RQEC). Cette dernière a permis dans ce travail de spécifier des axes d'amélioration grâce à la mesure de la satisfaction du client. Puis par l'intervention d'une méthode de résolution de problèmes, la RQEC a permis à partir du choix du problème prioritaire à traiter, de mettre en place et de suivre des actions correctives. Selon ce travail et selon la comparaison avec l'approche par le guide d'auto-évaluation, la RQEC a sa place dans le monde de l'officine où elle apparaît capable d'optimiser l'introduction de l'assurance qualité. Cependant la RQEC rencontre des freins à son développement pour lesquels des améliorations ont été suggérées.

***Adresse du candidat**

61 rue royale 38190 Le Champ- Près- Froges

Adresse mail : mc.gauthier2@wanadoo.fr

Erratum du 04/ 12/ 2007
Thèse GAUTHIER Marie- Claire

Titre de la thèse : « Validation d'une méthode de Réactivité Qualité à l'écoute du client à l'officine : instauration d'une démarche qualité grâce à une approche centrée client via la mesure de la satisfaction ».

• **page de couverture :**

- remplacer « Mme I. Rieu (maître de conférences) » par « Dr I. Rieu (professeur associé) ».
- remplacer « Mme M-C. Blanchard » par « Dr M-C. Blanchard ».
- remplacer le terme « Suivi » des mots- clés par « Evaluation de la Qualité ».

• **p 6 :**

- remplacer la liste des enseignants du 07/ 11/2006 par la liste des enseignants à jour ci- jointe datant du 11/09/2007.

• **p 9 :**

- remplacer « notre président de thèse monsieur le Professeur J. Calop » par « notre Président de Thèse Monsieur le Professeur J. Calop ».
- remplacer « pour sa disponibilité et gentillesse » par « pour sa disponibilité et sa gentillesse ».
- remplacer « Madame I. Rieu » par « Madame le docteur I. Rieu ».
- remplacer « Madame M-C. Blanchard » par « Madame le docteur M-C. Blanchard ».
- remplacer « m'avoir accueilli » par « m'avoir accueilli ».
- remplacer « nous avoir guidé » par « nous avoir guidés ».
- remplacer « qui m'ont soutenu » par « qui m'ont soutenue ».

• **p 15 :**

- remplacer « Norme ISO 8402 » par « Norme ISO 9000 : 2000 »

Table des matières

Liste des enseignants de l'UFR de Pharmacie de Grenoble.....	6
Remerciements.....	9
Avant-propos.....	10
Liste des tableaux et figures.....	11
Abréviations, acronymes, unités.....	14
Glossaire.....	15
Introduction générale.....	25
Première partie : Bibliographie, aspects conceptuels relatifs à l'évaluation de la satisfaction par rapport au service rendu et à l'instauration d'une démarche qualité dans le cadre de l'officine.....	27
1. Enquête de satisfaction : un moyen d'écoute du client.....	28
1.1. Le concept de la satisfaction des clients : une notion complexe à discerner.....	28
1.1.1. Une approche générale de ce concept.....	28
1.1.1.1. De nombreuses interrelations.....	28
1.1.1.2. Tentative de définitions : recours au cycle de la qualité dans les services.....	30
1.1.1.3. Distinction par rapport au concept de la qualité.....	35
1.1.2. La satisfaction : une notion à bien délimiter dans le domaine de la pharmacie.....	36
1.2. L'écoute- clients : un engouement toujours actuel !.....	39
1.2.1. Les principales raisons d'être à l'écoute dans le domaine des services.....	39
1.2.2. Les enjeux de l'écoute clients.....	40
1.2.2.1. Vis à vis de toute entreprise.....	40
1.2.2.2. Dans le domaine de la pharmacie.....	42
1.3. Le recueil de l'information : les principes fondamentaux à l'origine de la grande diversité des méthodes d'écoute- clients	43
1.3.1. Un panorama des dispositifs d'écoute clients.....	43
1.3.2. Typologie des enquêtes de satisfaction.....	46

1.3.2.1. Enquêtes qualitatives.....	47
1.3.2.2. Enquêtes quantitatives ou mesures de la satisfaction.....	52
1.4. Zoom sur la technique d'écoute la plus couramment utilisée : l'enquête de satisfaction.....	57
1.4.1. Des contraintes internes à envisager.....	57
1.4.2. Mise en place de l'organisation d'une enquête.....	58
1.4.2.1. Démarche d'une enquête de satisfaction dans sa totalité.....	59
1.4.2.2. Les préliminaires à l'enquête de satisfaction : phase de cadrage.....	62
1.4.2.2.1. Choix des objectifs et finalités d'une enquête.....	62
1.4.2.2.2. La ou les cible(s) de l'étude.....	65
1.4.2.2.3. Enquête et échelle de temps.....	67
2. Les fondements de la qualité à l'officine.....	70
2.1. Les principales caractéristiques de ce concept.....	70
2.2. La qualité à l'officine : un passage obligé !.....	73
2.3. Les pré-requis à l'instauration d'une démarche qualité pour une bonne conduite du projet à l'officine.....	76
2.3.1. Un frein éventuel : les résistances et idées reçues sur la qualité.....	77
2.3.2. Conditions de réussite : actions préventives et règles à respecter.....	78
2.3.2.1. Chacun à sa place ! : les bases d'une bonne organisation.....	79
2.3.2.1.1. Pilotage du projet : le pharmacien titulaire.....	79
2.3.2.1.2. Le responsable qualité.....	79
2.3.2.2. Communication autour de la démarche qualité : une action primordiale.....	81
2.4. Différentes façons d'aborder la qualité à l'officine.....	84
2.4.1. Approche par comparaison via le guide d'auto-évaluation : la référence à l'officine.....	84
2.4.1.1. Rôle de l'auto-évaluation en terme d'assurance qualité.....	84
2.4.1.2. Utilisation du guide et appropriation en qualité.....	86
2.4.2. Approche par les clients.....	87
2.4.2.1. Les principes de cette approche.....	87
2.4.2.2. Les caractéristiques de l'enquête retenue pour la mise en œuvre de l'approche clients.....	89
2.4.3. Approche par les problèmes : la méthode par résolution de problème.....	90

2.4.3.1. Notions essentielles concernant la méthode : intérêts et principes.....	90
2.4.3.2. Suite logique des étapes constituant cette méthode.....	91
2.5. Aide à l'instauration de la démarche qualité : les outils qualité.....	95
2.5.1. Qu'est-ce qu'un outil qualité ?.....	95
2.5.2. Description de quelques outils.....	97
2.5.2.1. Les outils de résolution de problèmes.....	97
2.5.2.1.1. Fiches de recueil de données.....	97
2.5.2.1.2. Le remue-méninges.....	97
2.5.2.1.3. Le diagramme d'Ishikawa.....	99
2.5.2.1.4. Diagramme de Pareto.....	100
2.5.2.1.5. Le vote.....	102
2.5.2.1.6. Le QQQQCPC.....	104
2.5.2.2. Les outils de management de la qualité.....	105
2.5.2.2.1. Les indicateurs qualité.....	105
2.5.2.2.2. La procédure : un élément particulier du système documentaire.....	111
2.5.2.2.2.1. Définition d'une procédure et ses objectifs.....	111
2.5.2.2.2.2. Quelques notions pour sa rédaction.....	111
3. La réactivité qualité à l'écoute du client (RQEC) : une méthode innovante dans le domaine de l'officine.....	115
3.1. La réactivité qualité : un réflexe indispensable à l'officine au vu d'une relation clients/pharmaciens en remaniement.....	115
3.2. Principes et apports de cette méthode au regard de la qualité.....	118
Deuxième partie : Partie expérimentale.....	121
1. Matériel.....	122
1.1. L'enquête de satisfaction.....	122
1.1.1. Le cadre de l'enquête : présentation de l'officine/ organisation de l'officine.....	122
1.1.2. Présentation de l'enquête de satisfaction.....	123
1.2. Les outils utilisés dans cette démarche qualité.....	125
2. Méthodes.....	126

2.1. Mise en place de l'enquête dans le cadre d'une évaluation en officine.....	126
2.1.1.Méthodologie mise en place.....	126
2.1.2. Précision des objectifs poursuivis.....	127
2.1.3 La durée de l'évaluation.....	130
2.1.4.Les conditions de mise en œuvre de l'évaluation.....	130
2.1.5.Le recueil des données.....	132
2.1.6. Le traitement des résultats.....	132
2.2.La démarche qualité : mise en application d'une méthode de résolution de problème à partir des résultats de l'enquête de satisfaction des clients.....	133
2.2.1. Listing des problèmes.....	134
2.2.2. Choix d'un problème.....	134
2.2.3.. Identification des causes possibles.....	135
2.2.4. Classement et visualisation claire de l'ensemble des causes potentielles du problème.....	135
2.2.5. Choix des causes essentielles.....	135
2.2.6. Recherche des solutions possibles.....	135
2.2.7. Choix de la solution.....	136
2.2.8.. Mise en œuvre de la solution.....	136
2.2.9. Mesure des résultats : utilisation de divers indicateurs.....	136
2.2.9.1. Contrôle de l'impact des actions correctives à l'aide d'une mini-enquête.....	136
2.2.9.2. Indicateurs d'aide au maintien des résultats dans le temps.....	137
2.3. Rédaction d'une procédure.....	138
2.4.Communication externe des résultats.....	138
3. Résultats.....	139
3.1. L'enquête de satisfaction.....	139
3.1.1.Résultats globaux caractérisant l'enquête de satisfaction.....	139
3.1.2. Résultats détaillés en fonction des taux de satisfaction/ insatisfaction calculés....	144
3.1.3.Evaluation du questionnaire selon les remarques en annexe des clients : synthèse des points forts et points d'amélioration.....	159
3.2. Méthode de résolution de problème.....	161
3.2.1. listing des problèmes : utilisation des indicateurs de satisfaction.....	161
3.2.2. Choix du problème essentiel.....	163

3.2.3. Listing des causes.....	163
3.2.4. Choix de la cause essentielle.....	165
3.2.5. Listing des solutions.....	166
3.2.6. Choix de la solution essentielle.....	167
3.2.7. Mise en œuvre de cette solution : le QQQQCPC.....	167
3.2.8. Présentation des résultats de la mini- enquête.....	172
3.3. Rédaction d'une procédure.....	175
3.4. Communication externe des résultats.....	176
4.Discussion.....	177
Conclusion.....	217
Références bibliographiques.....	218
Serment des apothicaires.....	228
Annexes.....	229

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

Doyen de la Faculté : Mme le Professeur **Renée GRILLOT**
Vice -Doyen : Mme **Edwige NICOLLE**

Année 2007-2008

PROFESSEURS A L'UFR DE PHARMACIE

BAKRI	Aziz	Pharmacie Galénique et Industrielle, Formulation et Procédés Pharmaceutiques (GRNR)
BURMEISTER	Wilhelm	Physique (U.V.H.C.I)
CALOP	Jean	Pharmacie Clinique (CHU)
DANEL	Vincent	SAMU-SMUR et Toxicologie (CHU)
DECOUT	Jean-Luc	Chimie Inorganique (D.P.M.)
DROUET	Emmanuel	Immunologie / Microbiologie / Biotechnologie (U.V.H.C.I)
FAVIER	Alain	Biochimie (L.C.I.B / CHU)
GODIN-RIBUOT	Diane	Physiologie – Pharmacologie (HP2)
GRILLOT	Renée	Parasitologie - Mycologie Médicale (Directeur UFR et CHU)
MARIOTTE	Anne-Marie	Pharmacognosie (D.P.M.)
PEYRIN	Eric	Chimie Analytique (D.P.M.)
RIBUOT	Christophe	Physiologie - Pharmacologie (HP2)
ROUSSEL	Anne-Marie	Biochimie (L.B.F.A)
WOUESSIDJEWE	Denis	Pharmacotechnie et Vectorisation (D.P.M.)

PROFESSEUR ASSOCIE (PAST)

CHAMPON	Bernard	Pharmacie Clinique (CHU)
RIEU	Isabelle	Qualitologie (CHU)

CHU : Centre Hospitalier Universitaire
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
GRNR : Groupe de Recherche sur les Nouveaux Radio pharmaceutiques
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
LBFA : Laboratoire de Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
UVHCI: Unit of Virus Host Cell Interactions

ENSEIGNANTS ANGLAIS

FITE Andrée

GOUBIER Laurence

POSTES D'ATER

½ ATER	RECHOUM Yassine	Immunologie
½ ATER	MESSAI Radja	Mathématiques
½ ATER	GLADE Nicolas	Biophysique
1 ATER	KHALEF Nawale	Pharmacie Galénique et Industrielle, Formulation et Précédés Pharmaceutiques
1 ATER	NZENGUE Yves	Biologie cellulaire
1 ATER	PEUCHMAUR Marine	Chimie Organique

PROFESSEUR AGREGE (PRAG)

ROUTABOUL Christel Chimie Inorganique (D.P.M.)

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIB : Centre d'Innovation en Biologie

DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire

HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire

IAB : Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Oncogenèse et Ontogenèse »

IBS : Institut de Biologie Structurale

LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes

LBFA : Laboratoire de Bioénergétique Fondamentale et Appliquée

LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux

LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie

LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine

NVMC : Nutrition, Vieillesse, Maladies Cardiovasculaires

TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation et de Cognition

UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

Doyen de la Faculté : Mme le Professeur Renée GRILLOT
Vice -Doyen : Mme Edwige NICOLLE

Année 2007-2008

MAITRES DE CONFERENCES DE PHARMACIE

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie - Mycologie (L.A.P.M)
ALLENET	Benoît	Pharmacie Clinique (ThEMAS TIMC-IMAG / CHU)
BATANDIER	Cécile	Nutrition et Physiologie (L.B.F.A)
BOUMENDJEL	Ahcène	Pharmacognosie (D.P.M.)
BRETON	Jean	Biologie Moléculaire / Biochimie (L.C.I.B)
BUDAYOVA SPANO	Monika	Biophysique Structurale (U.V.H.C.I)
CHOISNARD	Luc	Pharmacotechnie et Vectorisation (D.P.M)
COLLE	Pierre Emmanuel	Anglais
DELETRAZ-DELPORTE	Martine	Droit Pharmaceutique Economie Santé
DEMEILLIERS	Christine	Biochimie (N.V.M.C)
DESIRE	Jérôme	Chimie Bio- organique (D.P.M.)
DURMORT-MEUNIER	Claire	Microbiologie (I.B.S.)
ESNAULT	Danielle	Chimie Analytique (D.P.M.)
FAURE	Patrice	Biochimie (HP2 / CHU)
GEZE	Annabelle	Pharmacotechnie et Vectorisation (D.P.M.)
GERMI	Raphaële	Microbiologie (I.V.H.C.I. / CHU)
GILLY	Catherine	Chimie Thérapeutique (D.P.M.)
GROSSET	Catherine	Chimie Analytique (D.P.M.)
HININGER-FAVIER	Isabelle	Biochimie (L.B.F.A)
JOYEUX-FAURE	Marie	Physiologie -Pharmacologie (HP2)
KRIVOBOK	Serge	Botanique (L.C.B.M)
MOUHAMADOU	Bello	Cryptogamie, Mycologie Générale (L.E.C.A)
MORAND	Jean-Marc	Chimie Thérapeutique (D.P.M.)
MELO DE LIMA	Christelle	Biostatistiques (L.E.C.A)
NICOLLE	Edwige	Chimie Organique (D.P.M.)
PINEL	Claudine	Parasitologie - Mycologie Médicale (CIB / CHU)
RACHIDI	Walid	Biochimie (L.C.I.B)
RAVEL	Anne	Chimie Analytique (D.P.M.)
RAVELET	Corinne	Chimie Analytique (D.P.M.)
SEVE	Michel	Biotechnologie (CHU / CRI IAB)
SOUARD	Florence	Pharmacognosie (D.P.M)
TARBOURIECH	Nicolas	Biophysique (U.V.H.C.I.)
VANHAVERBEKE	Cécile	Chimie Bio- organique (D.P.M.)
VILLET	Annick	Chimie Analytique (D.P.M.)

Remerciements

Nous exprimons nos remerciements à notre président de thèse monsieur le Professeur J. CALOP pour sa disponibilité et gentillesse.

Nous tenons également à remercier :

Madame I. RIEU pour son encadrement et sa rigueur pour m'avoir apporté ses précieux conseils.

Madame M-C. BLANCHARD pour sa grande disponibilité, son écoute, et son suivi, ainsi que de m'avoir accueilli dans son officine et permis d'effectuer ce travail.

Monsieur le docteur B. ALLENET pour avoir fourni la base de ce travail et nous avoir guidé dans la démarche.

Sincères remerciements à tous ceux qui m'ont soutenu, famille et amis pour leur gentillesse et leur coopération.

Avant- propos

Ne l'oublions pas l'officine appartient à la chaîne des soins. Or, avec un système de soins qui a tendance progressivement à se libéraliser, la place occupée par le patient- client ne peut que se renforcer à l'avenir comme le secteur des services l'a déjà institué. L'officine doit donc réfléchir à son positionnement vis à vis de ses clients.

Dans le futur, comment le pharmacien pourra t'il mieux être à l'écoute des attentes de ses patients et agir en fonction ?

Ce travail sur l'instauration d'une démarche qualité à l'officine souhaite s'inscrire dans la perspective du développement de la qualité des soins dans la société.

Liste des tableaux et des figures

Figure n°1. Concept de la satisfaction des clients.....	34
Figure n°2. Modèle du diagramme d'Ishikawa.....	100
Figure n°3. Exemple d'une représentation schématique d'un digramme de Pareto.....	101
Figure n°4. Réalisation du diagramme d'Ishikawa.....	165
Tableau I. Présentation des intérêts de l'écoute clients.....	40
Tableau II. Classification des différents modes d'écoute clients.....	45
Tableau III. Présentation des principales caractéristiques des enquêtes de satisfaction.....	47
Tableau IV. Présentation des enquêtes qualitatives.....	49
Tableau V. Présentation des enquêtes quantitatives.....	53
Tableau VI. Déroulement général d'une enquête de satisfaction.....	59
Tableau VII. Exemples d'objectifs et de finalités.....	63
Tableau VIII. Présentation de quelques croyances à l'égard de la qualité.....	78
Tableau IX. Présentation des interfaces possibles entre le RQ et le titulaire, ou l'équipe.....	80
Tableau X. Argumentations à développer en fonction des fausses idées exprimées.....	83
Tableau XI. Récapitulatif des différentes façons d'utiliser le guide à l'officine.....	87

Tableau XII. Présentation de la suite logique d'étapes constituant la méthode de résolution de problème.....	92
Tableau XIII. Classement des outils de résolution de problème en fonction de leur utilisation potentielle.....	96
Tableau XIV. Classification des outils de management de la qualité en fonction de leur utilisation potentielle.....	96
Tableau XV. Modèle d'une matrice à deux entrées.....	103
Tableau XVI. Principe du QQQQCPC.....	104
Tableau XVII. Les différents types d'indicateurs en qualité.....	105
Tableau XVIII. Définition des éléments intervenant dans la rédaction d'une procédure.....	114
Tableau XIX. Les grands principes d'une méthode de RQEC.....	120
Tableau XX. Description de l'échelle de Likert.....	124
Tableau XXI. Présentation des items du questionnaire.....	124
Tableau XXII. Présentation des outils qualité utilisés dans ce travail selon leur ordre d'intervention.....	126
Tableau XXIII. Déroulement de l'enquête mise en œuvre.....	127
Tableau XXIV. Présentation des objectifs et finalités de l'enquête de satisfaction.....	129
Tableau XXV. Méthodologie suivie pour la rédaction de la procédure.....	138
Tableau XXVI. Détermination des paramètres caractéristiques de l'enquête.....	139

Tableau XXVII. Présentation de paramètres caractéristiques de l'enquête.....	140
Tableau XXVIII. Profil démographique des personnes interrogées.....	142
Tableau XXIX. Listing des indicateurs de satisfaction et taux de sans opinion des items conservés suite à la première sélection.....	162
Tableau XXX. Détermination des moyennes des indicateurs de satisfaction et taux de sans opinions.....	162
Tableau XXXI. Classement des problèmes retenus suite à la deuxième sélection en fonction du taux d'insatisfaction.....	163
Tableau XXXII. Listing des causes.....	164
Tableau XXXIII. Résultats du vote pondéré.....	167
Tableau XXXIV. Résultats du QOQCPC.....	168
Tableau XXXV. Résultats du suivi par l'IMEAC 1.....	174
Tableau XXXVI. Résultats du suivi par l'IMEAC 2.....	174
Tableau XXXVII. Résultats concernant la rédaction de la procédure.....	175

Abréviations, acronymes, unités

AFNOR : association française de normalisation.

AFSSAPS : agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

BPF : Bonnes Pratiques de Fabrication Pharmaceutiques

CNOP : conseil national de l'ordre des pharmaciens

IMEAC : indicateur de mesure d'efficacité des actions correctives

IRDQ : institut de recherche et de développement de la qualité

MFQ : Mouvement Français de la Qualité

MRP : Méthode de Résolution de Problème

N/ A : non applicable

PME : petite et moyenne entreprise

PRAQ : pharmacien responsable d'assurance qualité

RQEC : réactivité qualité à l'écoute du client

RQ : responsable qualité

Syn : synonyme de

USA : Etats- unis

% : pour cent

Glossaire

-Action corrective : action entreprise pour éliminer les causes d'une non- conformité, d'un défaut ou de tout autre événement indésirable existant pour empêcher leur renouvellement (in Norme ISO 8402-4.14)

Il faut faire la différence entre « correction » et « action corrective » :

« correction » s'applique à une réparation, une reprise ou une mise à niveau et concerne le traitement d'une non- conformité existante alors que « l'action corrective » concerne l'élimination de la cause d'une non conformité

-Action préventive : action entreprise pour éliminer les causes d'une non – conformité, d'un défaut ou de tout autre événement indésirable potentiel, pour empêcher qu'ils ne se produisent.

-Amélioration de la qualité : partie du management de la qualité axée sur l'accroissement de la capacité à satisfaire aux exigences pour la qualité.(ISO 9000 : 2000)

-Analyse de contenu : méthode de collecte de données utilisée lorsqu'il est impossible d'observer directement une situation ou un comportement. Le chercheur ou l'évaluateur peu utiliser une transcription d'une situation ou d'un comportement passé (telles que vidéo, enregistrement sonore, ou journal) comme données de recherche ou d'évaluation.

-Assurance de la qualité : ensemble des activités préalables et systématiques mises en œuvre dans le cadre du système qualité en tant que de besoin, pour donner la confiance appropriée en ce qu'une entité satisfera aux exigences données relatives à la qualité. (norme ISO9000 : 2000) C'est aussi un large concept qui couvre tout ce qui peut influencer la qualité d'un produit. Elle représente l'ensemble des mesures prises pour s'assurer que les médicaments fabriqués sont de la qualité requise pour l'usage auquel ils sont destinés.(BPF)

-Audit : méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques à des références admises en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des

résultats, avec l'objectif de les améliorer. L'audit est réalisé par une tierce personne contrairement à l'auto-évaluation.

-Attente : tout jugement émis par le client concernant le caractère probable et souhaité d'un événement. Une attente traduit une frustration ou un espoir, et se reconnaît par :

. la conjugaison au mode conditionnel d'une expression verbale. Exemple : j'aimerais qu'on me prévienne quand je pourrais venir récupérer le produit à la pharmacie ».

.Une expression verbale montrant un intérêt, un souhait, une préférence, une exigence, une opportunité. Exemple : « Il me faut une deuxième facture pour l'envoyer à la mutuelle »

.Un état exprimé par l'individu, comme le doute, la crainte, une préoccupation, une interrogation, une intention, un besoin. Exemple : « nous avons besoin d'être informé du retard de livraison de la pièce »

.Une description par l'individu exprimant une amélioration, un développement, une garantie. Exemple : « L'idéal pour nous, c'est qu'on nous appelle dès que la pièce est arrivée ».

-Baromètre de satisfaction clients : enquête de satisfaction auprès des clients répétée régulièrement dans le temps

-Besoins : fonctions qu'il est souhaitable ou nécessaire de remplir en vue d'un résultat. La connaissance des besoins des clients est le préalable à toute démarche qualité. Les besoins peuvent être ressentis ou non, exprimés ou non ; ils peuvent être révélés par une offre attractive ou nouvelle.

-Biais : Toute influence pouvant fausser les résultats d'une recherche ou d'une étude d'évaluation et gêner la généralisation des résultats obtenus auprès d'un échantillon à un autre échantillon ou à la population. Des sources fréquentes de biais sont celles imputables au chercheur ou à l'évaluateur, aux répondants et aux erreurs dans le traitement des données : transcription, codification, analyse des données.

-Brainstorming ou « remue-méninges » : « méthode américaine de créativité qui consiste à faciliter les associations d'idées en mettant les participants en position de relaxation physique et en les laissant exprimer tout ce qui leur passe par la tête. Une

ambiance permissive est nécessaire : c'est pourquoi aucune critique ou dévalorisation ne sont admises durant les séances de brainstorming.

-Capteur naturel : toute personne qui est en contact direct et oral avec le client, quels que soient sa fonction et son niveau hiérarchique ; Un capteur peut appartenir à la direction, aux services : commercial, logistique, facturation. Il peut s'agir de la personne réceptionnant le client au sens large (que ce soit derrière le comptoir, lors de livraison à domicile...)

-Certification : acte par lequel une tierce partie témoigne qu'il est raisonnablement fondé de s'attendre à ce qu'un produit, processus ou service dûment identifié soit conforme à une norme ou à un autre document normatif spécifié.

La certification apporte la reconnaissance de la conformité d'un produit, service, organisation, ou personnel à des exigences fixées dans un référentiel.(AFNOR)

-Client : le client en qualité, c'est celui (organisme ou personne) à qui on fournit un produit, un service, et non pas celui qui achète.

-Codification : assignation des valeurs numériques à des données afin de les ranger par catégories pour en permettre l'analyse statistique.

-Collecte de données : processus d'observation et de consignation de l'information recueillie auprès de sujets sur certaines variables lors d'une recherche ou d'une étude d'évaluation.

-Concept : représentation mentale générale et abstraite d'un objet, de faits observés et de leur relations mutuelles, tirant sa signification du contexte qui a servi à sa production.

-Confidentialité : droit d'un sujet de permettre ou de refuser que les résultats d'une recherche ou d'une étude d'évaluation soient divulgués. Syn : anonymat.

-Défaut : non- satisfaction d'une exigence relative à une utilisation prévue ou spécifiée (ISO 9000 : 2000)

-Démarche qualité : ensemble des actions que mène l'entreprise pour se développer par la satisfaction de ses clients(15)

-Diagramme : outil visuel utilisé pour communiquer dans le cadre des fiches techniques ou des protocoles, ou pour examiner des résultats. Diagramme de différents types : d'Ishikawa, de Pareto, en arbre, en flèche, des affinités, relations, décisions.

-Dispensation (article R 5015-48 du code de la santé publique) :le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :

- .l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale
- .la préparation éventuelle des doses à administrer
- .la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament. Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale.

-Document : support des écrits dans le système qualité. Les quatre niveaux d'organisation des documents sont les suivants :

- 1Manuel qualité
- 2procédure ou protocole
- 3Instruction, fiche technique, mode opératoire
- 4Enregistrement de la qualité

-Donnée qualitative : donnée exprimée en termes de mots plutôt que par des nombres. De telles données sont souvent reliées à des attitudes, opinions, intentions, descriptions de cas, et de programmes.

-Donnée quantitative : donnée exprimée en termes de nombres.

-Dysfonctionnement : écart observé par rapport à des exigences spécifiées

-Echantillon : groupe de sujets choisis au sein d'une population afin de participer à une recherche ou à une étude d'évaluation.

-Echantillonnage : ensemble d'opérations qui consiste à choisir un groupe de sujets ou tout autre élément représentatif de la population étudiée.

-Echantillonnage au hasard : méthode de choix de sujets selon laquelle la possibilité d'être choisi pour faire partie de l'échantillon est la même pour chacun des sujets de la population étudiée. Syn : échantillonnage aléatoire

-Echelle de mesure : instrument de mesure qui permet de recueillir de l'information auprès de sujets sur leurs opinions, leur rendement, attitudes... Il s'agit aussi des propriétés qui décrivent les relations entre les données. Syn : échelle de notation.

-Echelle de type Likert : échelle de mesure permettant à un sujet d'exprimer son degré d'accord avec chacun des énoncés proposés. Le score total pour tous les énoncés fournit une indication de l'attitude ou de l'opinion du sujet.

-Enquête de satisfaction client : outil utilisé par l'entreprise pour connaître le niveau de satisfaction de ses clients. Il existe plusieurs formes d'enquêtes : qualitatives et/ ou quantitatives. Le principe est toujours le même, il s'agit de donner la parole au client et de garder trace de ce qu'il dit. La compilation de tous ces avis permet à l'entreprise de progresser.

« Le recueil d'information peut se faire selon des techniques variées comme le questionnaire écrit, le questionnaire oral, l'entretien semi-directif... » (15)

-Enquête qualitative : enquête dont le but est de comprendre un phénomène selon la perspective des sujets d'évaluation ; les observations sont décrites sous forme narrative, principalement avec des mots.

-Enquête quantitative : enquête dont le but est d'établir des relations entre des variables et d'expliquer les changements observés sur la variable dépendante à la suite de la manipulation de la variable indépendante ; les résultats sont présentés principalement avec des nombres.

-Erreur : elle est liée à une défaillance humaine, technique ou organisationnelle. Une erreur n'est pas une faute. Une faute est le manquement à une norme ou à la règle.

Nous distinguons entre autre :

-l'erreur de mesure, variation dans les scores en raison d'un manque de fidélité du test ou du processus de mesure ; elle entraîne une différence entre le score observé et le score vrai.

-l'erreur d'échantillonnage, différence qui existe entre les résultats obtenus auprès d'un échantillon et les résultats qui auraient été obtenus si toute la population dont provient l'échantillon avait été validée.

-Exigences pour la qualité (norme ISO 9000 : 2000) :

expression des attentes et besoins des clients ou leur traduction en un ensemble d'exigences exprimées en termes quantitatifs et qualitatifs pour les caractéristiques d'une entité afin de permettre sa réalisation et son examen.

-Fiabilité des données : mesure dans laquelle les données sont fiables et précises pour le chercheur ou l'évaluateur. La collecte minutieuse d'informations est essentiel à l'obtention de données fiables.

-Fiche de recueil de données : document structuré permettant de recueillir méthodiquement des informations. Un document est spécifique à un recueil de données.

-Guide d'auto-évaluation : questionnaire auto- administré (rempli directement par l'enquêté lui- même) constituant un examen des activités et des résultats de l'officine par l'équipe selon une grille préétablie sous l'égide du CNOP. Elle a pour but de déclencher une démarche d'amélioration.

-Indicateur : permet de mesurer de façon objective un phénomène étudié. Il constitue une caractéristique précisant une variable donnée permettant de mieux la définir, et pouvant ultérieurement « monitorer » la qualité dans le cadre d'un système de recueil de données.

-Intervalle de confiance : intervalle numérique à l'intérieur duquel se situe le véritable paramètre selon un niveau de probabilité prédéterminé. Les limites de l'intervalle de confiance sont calculées en utilisant la moyenne de l'échantillon et l'erreur standard de la moyenne.

-Instruction (ou mode opératoire) : document décrivant comment sont réalisées les différentes étapes. L'instruction met l'accent sur comment on va réaliser une activité.

-Item : élément d'un instrument de mesure. Nous distinguons entre autre :

-item à réponse choisie :

item d'un test composé d'un énoncé et d'un certain nombre de réponses plausibles parmi lesquelles le sujet doit choisir celle qu'il croit être la bonne ou la meilleure réponse. On en distingue plusieurs types : items à alternative simple, à choix multiple, et vrai ou faux.

Syn : item à question fermée

-item à réponse construite :

item d'un test auquel le sujet doit répondre en élaborant lui-même sa réponse, on en distingue plusieurs types dont l'item à réponse courte, à réponse élaborée et l'énumération. Syn : item à question ouverte ou à réponse libre.

-item bipolaire :

item auquel on répond selon une échelle variant d'une valeur positive à une valeur négative avec souvent une valeur neutre au milieu entre les deux pôles.

-item de type Likert :

format d'item pour des inventaires d'attitude, de personnalité, et autres qui consiste en divers énoncés auxquels le sujet réagit en indiquant son accord ou son désaccord sur un continuum pour chaque item. L'échelle de cinq points variant entre « entièrement d'accord » et « pas du tout d'accord » est un exemple de ce format d'item. On pourra attribuer à la réponse « entièrement d'accord » un score de 5 points et à la réponse « pas du tout d'accord » un score de 1 point.

-item unipolaire :

item auquel on répond selon une échelle variant d'une valeur positive à une valeur neutre ou d'une valeur négative à une valeur neutre.

-Management de la qualité (norme ISO 9000 : 2000) : ensemble des activités coordonnées permettant d'orienter et de contrôler un organisme en matière de qualité.

-Manuel qualité : document décrivant les dispositions générales prises par l'entreprise pour obtenir la qualité de ses produits ou services. Il spécifie le système de management de la qualité d'un organisme (norme ISO 9000 : 2000).

-Méthodologie : ensemble de méthodes et techniques guidant l'élaboration d'une recherche ou d'une étude d'évaluation. Aussi, section d'un rapport de recherche qui rend compte des méthodes et techniques utilisées dans le cadre de cette recherche ou évaluation (par exemple, caractéristiques de l'échantillonnage, des instruments de mesure, procédures de collecte de données et d'analyse des données.)

-Mesure : évaluation quantitative de caractéristiques d'un produit, d'un service ou d'un processus, c'est à dire qui consiste à attribuer des valeurs numériques à des variables selon certaines règles afin de représenter les caractéristiques de ces variables. « La mesure est un impératif de la qualité, un principe important. Mesurer c'est recueillir l'information ; apprécier, c'est lui donner du sens pour agir ». (9). Pour mesurer la qualité, il faut :

- mesurer la satisfaction des clients
- mesurer la conformité des produits et des services à des références
- mesurer le bon fonctionnement des processus (9)

-Moyenne : mesure de tendance centrale égale à la somme des scores obtenus par chaque sujet sur une variable divisée par le nombre total de scores.

-Non-conformité : non-satisfaction à ou aux exigence(s) spécifiée(s) qui résulte d'une absence d'identité parfaite entre les termes du contrat, les besoins du client, la réalisation du fournisseur. C'est un écart entre les exigences attendues et le résultat obtenu. (9)

-Norme : « document établi par un consensus et approuvé par un organisme reconnu, qui fournit pour des usages communs et répétés, des règles, des lignes directives ou des caractéristiques, à des activités ou à leurs résultats »

Autrement dit, il s'agit d'un niveau souhaitable fixé par la profession s'appliquant à une population ciblée qui est réalisable, observable et mesurable à travers l'utilisation des critères (OMS, groupe de travail francophone).

Les normes ISO sont devenues des référentiels internationaux en qualité, nous distinguons entre autres les normes de la famille ISO 9000 version 2000, normes internationales pour la gestion de la qualité et l'assurance de la qualité qui sont les suivantes :

.Norme ISO9000 : 2000 : système de management de la qualité, principes essentiels et vocabulaire

.Norme ISO 9001 : 2000 : systèmes de management de la qualité, exigences (qui et quoi)

.Norme ISO 9004 : 2000 : système de management de la qualité, lignes directrices pour l'amélioration de la performance (comment).

-Objectivité : qualité d'un procédé ou d'un instrument de mesure selon laquelle les scores observés ne sont pas influencés par des biais de correction ou d'interprétation.

-Politique qualité : orientations et objectifs généraux d'une entreprise en ce qui concerne la qualité, tels qu'ils sont exprimés formellement par la direction. (Norme ISO 9000 : 2000).

-Prestation : ensemble d'activités corrélées ou interactives destinées à fournir au client un produit ou un service.

-Procédure : guide pour l'action, document décrivant qui est responsable de quoi, et indiquant un enchaînement d'étapes à réaliser pour accomplir une activité.

Une procédure comporte :

- l'objet et le domaine d'application d'une activité
- ce qui doit être fait et qui doit le faire
- quand, où et comment cela doit être fait. (Norme ISO 9000 : 2000)

-Processus : ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie (ISO 9000 : 2000).

-Propriétés psychométriques : elles correspondent à trois propriétés des instruments à étudier avant leur généralisation (c'est l'étape de validation) : la validité, la fiabilité et la sensibilité au changement.

-QOQCPC : méthode mnémotechnique utile pour la mise en place d'actions correctives vis à vis du problème traité : quoi, qui, où, quand, comment, pourquoi, combien.

-Qualité : ensemble de caractéristiques d'une entité (produit ou service) qui lui confère l'aptitude à satisfaire des exigences. (norme ISO 9000 : 2000)

-Référentiel : ensemble d'informations structurées, représentées par des critères d'évaluation, auxquels on se rapporte et qui constituent un modèle. Il sert à évaluer une situation réelle et à la corriger.

-Satisfaction : opinion positive d'un client résultant du faible écart entre ses attentes (qualité attendue) et sa perception du produit ou service consommé (qualité perçue à l'usage)

-Subjectivité : en ce qui concerne le chercheur ou de l'évaluateur, attitude qui a pour conséquence d'introduire un biais dans l'interprétation des données d'une étude d'évaluation ou d'une recherche.

-Système qualité : organisation des responsabilités, des procédures, des procédés et des ressources pour mettre en œuvre la politique qualité.

-Tableau de contingence : tableau représentant les données des sujets pour deux ou plusieurs variables afin d'illustrer la relation entre les variables. Par exemple, deux variables indépendantes (marié ou célibataire, et homme ou femme) pour chacun desquels on possède un score sur un test de conditionnement physique ; le tableau aurait quatre cellules avec le nombre de sujets et le score moyen du sous- groupe (homme marié, femme célibataire, ...) au test de conditionnement physique.

-Traçabilité : aptitude à retrouver l'historique, la mise en oeuvre ou l'emplacement de ce qui est examiné au moyen d'une identification enregistrée.(ISO 9000 : 2000)

-Validation : processus d'évaluation de la validité ou de la validité des données

-Validité : qualité d'un instrument de mesure mesurant réellement ce qu'il doit mesurer et capable de prédire un événement futur. Nous distinguons entre autre la validité apparente comme étant la qualité d'un test dont les items semblent mesurer le contenu du domaine d'intérêt.

Introduction

A l'heure où le client ne cesse d'inciter les prestataires à pratiquer une politique des prix au détriment de la qualité de service, le métier de pharmacien doit évoluer en ayant pour finalité la satisfaction du client. En effet, dans le domaine de la qualité, ce dernier n'est plus celui qui achète mais celui à qui il est fourni un service, un produit : patient, abonné, usager, bénéficiaire, sociétaire...

Quelle peut être la clef d'entrée pour mobiliser les acteurs au quotidien et faire que l'officine progresse autour de cet enjeu d'amélioration de la qualité du service rendu ?

Depuis longtemps, l'écoute des clients est une modalité qui a été montrée comme nécessaire pour impliquer les équipes autour de cet objectif en favorisant une meilleure adaptation à la clientèle et la création d'originalité.

Malgré ces avantages, l'écoute clients n'a pas progressé dans le secteur de l'officine.

Ainsi, après avoir vu se développer pendant plusieurs années des « discours » centrés clients, la pharmacie d'officine, secteur jugé « résistant » (16), doit envisager d'acquérir ces réflexes.

C'est pourquoi afin d'outiller ce grand concept du management, il devient utile pour l'officine de s'en référer à la Qualité, qui permet d'intégrer à la fois l'univers du client et celui du prestataire.

Qu'en est-il de la démarche qualité à l'officine ?

L'officine, montre depuis 2002 un intérêt croissant pour le système d'assurance qualité, date à laquelle ce concept a pris naissance concrètement avec l'envoi à tous les pharmaciens du guide d'auto-évaluation.

Cependant cette dynamique semble stagner voire en baisse pour les plus pessimistes comme Jean Charles Tellier, vice-président du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens (CNOP) (35) : la qualité fait encore grincer des dents, entre ceux qui font sans l'avoir formalisée, et ceux qui estiment qu'ils n'en ont ni le temps, ni les moyens.

L'officine n'a pourtant aucune raison d'échapper à un mouvement de fond qui touche tous les secteurs d'activité.

Reste à savoir comment s'y prendre pour réussir à instaurer cette démarche qualité.

A ce jour, pour mettre en place un système qualité, l'équipe officinale fait essentiellement appel au guide d'auto-évaluation, référentiel conçu par le CNOP pour répondre à un besoin, et dont la mise en œuvre est encouragée par ce dernier.

Des entreprises du secteur des services, en avance dans ce domaine, ont déjà mis en œuvre avec réussite un concept baptisé « réactivité qualité à l'écoute du client » (RQEC) qui concilie la qualité des prestations proposées et les attentes des consommateurs.

A l'instar de ces entreprises, il a été tenté au cours du stage officinal de sixième année d'instaurer une démarche semblable à l'officine. Le but de ce travail a été de construire et d'animer un dispositif permettant d'intégrer l'amélioration de la qualité de service dans l'organisation de l'officine en l'inscrivant pleinement dans la satisfaction clients.

Au travers de cette expérience de mise en place d'un système qualité, deux problématiques se posent :

• Ne pourrait-on pas optimiser l'introduction de l'assurance qualité à l'officine en disposant d'une méthode simple qui traduit cette orientation client ?

Quels en sont ses intérêts ? Existe-il des points d'amélioration ? Dans ce cas, quelles solutions peuvent être envisagées ?

• Face à des méthodes plus conventionnelles comme le guide d'auto-évaluation, la RQEC conserve-t-elle toute sa pertinence et une utilité pour l'officine ?

En vue d'y apporter une réponse, il convient en premier lieu d'effectuer un rappel bibliographique sur les différentes composantes de cette RQEC : l'écoute clients et la démarche qualité. Il sera alors nécessaire de définir les moyens dont on dispose pour leur mise en œuvre. Ceci nous permettra par la suite de développer cette méthode. Nous détaillerons alors la mise en place de cette démarche dans notre officine pour ensuite exposer les résultats obtenus. Enfin, nous discuterons de la justification d'une telle méthode à l'officine dans un premier temps à partir des conclusions formulées dans le cadre de ce travail, et dans un second temps par le biais d'une comparaison avec le guide d'auto-évaluation.

Première partie :
**Bibliographie, aspects conceptuels relatifs à l'évaluation
de la satisfaction par rapport au service rendu et à
l'instauration d'une démarche qualité dans le cadre de
l'officine.**

1.Enquête de satisfaction : un moyen d'écoute du client

L'apport d'une définition permettant de cerner ce concept de la satisfaction est un préalable nécessaire à sa mesure. Cependant, contrairement à la perpétuelle multiplication des moyens de mesure, peu d'auteurs se sont risqués à proposer une description de cette notion d'un point de vue théorique.

Or avant de se lancer dans de l'évaluation, il est intéressant de connaître le plus exactement possible ce qui s'y trouve mesuré.

Nous tenterons d'explicitier dans un premier temps, cette notion qu'est la satisfaction.

Nous nous attarderons ensuite sur les moyens qui peuvent être mis en œuvre pour la préciser, cette fois-ci, sur un plan pratique.

1.1.Concept de la satisfaction des clients : une notion complexe à discerner

Aucun consensus n'existe quant à la définition de la satisfaction : en effet, sa complexité réside dans le fait qu'elle présente de nombreuses relations avec d'autres critères.

C'est pourquoi, nous allons nous attacher à discerner ses caractéristiques principales, et décrire le cadre dans lequel elle évolue dans le but de bien la situer et de ne pas oublier des paramètres susceptibles de l'impacter.

1.1.1.Une approche générale de ce concept

1.1.1.1. De nombreuses inter-relations

Le concept de satisfaction est multidimensionnel en raison des différents liens qu'il possède avec d'autres notions clés.

Un certain nombre d'études (64) réalisées au cours des vingt dernières années ont permis de montrer qu'il existe différents liens indirects entre la satisfaction et le profit de l'entreprise. Or l'officine reste une entreprise à part entière à laquelle on peut extrapoler les grands traits qui ressortent de ces études. (64), (43), (44)

Parmi ces relations, il existe deux types de liens entre la satisfaction des clients et le profit passant soit par l'intermédiaire de la notion d'image, soit par l'intermédiaire de la fidélité du client.

Le premier type de lien satisfaction clients/ profit fait intervenir la notion de l'image.

Les clients satisfaits utiliseraient le bouche à oreilles pour communiquer leurs impressions à quatre ou cinq personnes en moyenne¹.

Il peut résulter de cette image favorable véhiculée, la conservation voire même le développement de la clientèle. Ceci est alors bénéfique pour le profit de l'entreprise.

Le deuxième type de lien satisfaction clients/ profit peut se décomposer en :

-lien satisfaction/ fidélité

La satisfaction permet de développer la fidélité du client : le client satisfait aurait tendance pour se simplifier la vie à acheter à nouveau les services qui l'ont satisfait. Selon

J. F. Trinquecoste, il gagne ainsi du temps qu'il peut consacrer à la recherche d'autres services, tout en dépensant plus (93).

Un client satisfait est en général un client fidèle qui intensifie sa relation avec l'entreprise, notamment en revenant plus fréquemment et en utilisant plus largement la palette des services offerts. Selon la société TARP¹, 73% des clients satisfaits des prestations d'une entreprise quelconque restent fidèles.

A l'inverse, les clients mécontents ne se plaindraient quasiment pas, et quitteraient les prestations offertes sans rien dire. Selon la société TARP, cela correspondrait environ à 83% des clients insatisfaits d'une entreprise. (63), (34), (44)

Cependant, ce paramètre reste à moduler : certaines insatisfactions n'auront aucune conséquence (du moins à court terme) sur la fidélité de la clientèle si elles portent sur des points considérés comme négligeables dans l'appréciation générale du service et si cette situation n'empire pas au cours du temps.

-lien fidélité client et profit

Selon J.F. Trinquecoste, la fidélisation permet d'augmenter la rentabilité de l'entreprise à court, moyen et long termes. (93)

Le client fidèle est intéressant à plus d'un titre :

- Le coût d'acquisition d'un nouveau client est généralement plus élevé que d'en garder un ancien en moyenne cinq fois plus cher (64), (43), (44)

¹ résultats en provenance de la société TARP (Technical Assistance Research Program Institute) qui a réalisé une série d'études pour le compte de l'Office Consumer Affairs, organe rattaché à la maison blanche.(64), (34), (44)

- Il permet de réduire les frais de prospection car c'est lui qui vient à l'entreprise, et cette dernière n'a pas à dépenser de l'argent pour le convaincre de la supériorité des services. (93)
- Les clients fidèles, donc réguliers font des commandes fréquentes, cohérentes, moins coûteuses à servir.(93)
- Il fait de la publicité de bouche à oreille auprès de son entourage, ce qui peut attirer de nouveaux clients, et ceci pour un coût nul. C'est donc un vecteur de communication gratuit pour l'entreprise. (93)
- Il achète davantage de produit et peut développer ses achats sur d'autres produits et services de la gamme (par exemple, en officine, achat de produit en vente libre, autre que ceux qui lui sont prescrits) .(87)
- Il accepte de payer plus cher les services car c'est souvent le prix de sa tranquillité et de sa confiance dans la marque.(100)
- Un client fidèle laisse du temps à l'entreprise pour réagir face aux menaces de la concurrence. Il permet ainsi de parer à l'érosion des parts de marché : en effet, retenir ses clients rend l'entrée sur le marché plus difficile pour les concurrents.(87)

Par conséquent, en raison de ces nombreuses inter-relations, le terme de satisfaction, même s'il est souvent employé, se trouve rarement défini avec précision dans la littérature. Nous pouvons toutefois essayer de décrire au travers du cadre dans lequel elle évolue, ses diverses composantes ainsi que des paramètres susceptibles de l'influencer.

Afin d'éviter toute ambiguïté, il conviendra alors d'en préciser les différences par rapport à un autre concept évoluant en étroite collaboration dans ce même circuit, celui de la qualité.

1.1.1.2. Tentative de définitions : recours au cycle de la qualité dans les services

La définition de la satisfaction se base sur la relation qui lie le client au service, que l'on peut schématiser par un modèle du cycle de la qualité dans les services.

En effet, définir la satisfaction sans faire intervenir le terme qualité apparaît quasiment impossible, les deux concepts se trouvant en étroite collaboration.

Dans ce cas, on utilise plus précisément le « carré d'Averous »², encore appelé le carré de la qualité qui a pour avantage sa simplicité et son caractère opérationnel.

Pour comprendre la relation du client avec l'entreprise via le service rendu, on distingue quatre types de qualités : attendue, perçue, réalisée, et voulue, qui aboutissent, par le biais d'interactions entre elles, à la constitution d'un environnement dans lequel évolue le concept de la satisfaction.

Il est alors essentiel d'en décrire ses différentes composantes ainsi que leur inter-relations afin de mieux comprendre leur interférences vis à vis de ce concept.

La qualité attendue

Elle correspondrait à la qualité idéale recherchée par le client.(16)

Cependant il serait plus convenable et moins utopique selon J.R. Lewis, de la définir en tant que qualité estimée par le client comme légitime et raisonnable d'espérer, dans ce temps, ce lieu, pour ce prix, au lieu de parler de qualité « idéale » recherchée par le client. (56). Ainsi, elle correspond à l'expression du souhait du client dans un système de référence. Ce système de référence s'élabore à partir :

- des besoins personnels
- des expériences antérieures propres au service considéré ou à d'autres services, qu'il s'agisse de nos expériences ou celle des autres
- du bouche à oreille
- de la communication externe pratiquée par le fournisseur de service.(99), (100)

L'identification et la mise en forme des attentes des clients constitue un exercice qui nous conduit à remettre en cause nos propres représentations : il est donc essentiel de connaître exactement ces attentes avant de rechercher à déterminer le degré de satisfaction.

Pour parvenir à comprendre les attentes du client, d'une part il faut accepter d'adopter sa logique, de changer de point de vue pour voir le service que nous produisons avec ses yeux. Cet apprentissage, loin d'être facile, est la première pierre fondatrice de l'évaluation de la satisfaction.

² ce modèle porte le nom de ces 2 auteurs : B. Averous, et D. Averous, et fut à l'origine d'une stratégie (« née » en 1987), mise en pratique déjà dans de nombreuses entreprises (RATP en 1994) avec succès, en vue d'améliorer la qualité de services(16).

D'autre part, il faut distinguer les attentes rattachées à des fonctions obligatoires de la prestation, des attentes attractives. Ces dernières permettent d'anticiper les attentes implicites du consommateur dont celui-ci n'est pas toujours conscient. Elles correspondent donc à des fonctions du service dont la présence engendrerait une grande satisfaction mais dont l'absence ne déboucherait pas sur de l'insatisfaction. Elles constituent le « plus » qui fait la différence en ce qui concerne le positionnement concurrentiel. (87), (100)

La qualité voulue

Elle correspond à l'expression objective de la qualité de service à rendre au client, c'est à dire à l'énoncé des caractéristiques de la prestation que l'entreprise peut et veut réellement offrir à ses clients.(61)

Elle dépend certes des attentes des clients, mais surtout des attentes que l'officine choisit de satisfaire.

L'expression de la qualité voulue doit intégrer (16) :

- .les contraintes économiques
- .les savoir-faire
- .les choix stratégiques de l'entreprise en tenant compte de la concurrence pour positionner l'offre de service sur le marché.

Ainsi, la direction, après avoir intégré les études sur la concurrence et ses possibilités de ressources humaines et techniques, va définir le positionnement de son offre de service.(22)

La qualité réalisée

Peu importe pour le client, les projets de l'entreprise, et de la définition de la qualité voulue : seule la qualité du service réellement offert lui importe.(32)

Selon B. Averous, la qualité réalisée correspond au relevé précis, objectif, de la réalisation du service sur le terrain. Il appartient à tous les acteurs de la pharmacie en question, de réaliser le service conformément à la qualité voulue caractérisée par une définition de standards et de normes à respecter.(16)

La qualité perçue

Selon B. Averous, la perception de la qualité par le client doit être connue si nous voulons comprendre la satisfaction des clients.

En effet, quand le client fait le choix d'une prestation, il ne dispose pas de toutes les informations sur les caractéristiques de cette prestation, et sa capacité à répondre à ses attentes.

Par conséquent, le choix de la prestation est donc en partie guidé par une perception subjective, liée à un potentiel d'usage. (99)

Nous sommes bien dans la subjectivité, à travers laquelle le client exprime sa satisfaction. Ainsi, cette dernière n'est autre qu'une réaction du client fonction de l'importance que représente le service pour lui, et de son expérience personnelle. Par exemple, un temps d'attente nous paraît particulièrement long lorsque nous sommes pressés, ou encore, des explications apportées au cours de la prestation peuvent nous paraître insuffisantes lorsque l'état psychologique le prédispose (anxiété liée à divers vécus possibles). (70)

Donc, selon V. Zeithaml, ce n'est pas tant la prestation objective qu'évalue le client (retrouvée ici sous le terme de qualité réalisée) que sa perception de la situation vécue.

La *qualité perçue* est définie par les impressions ressenties par le client lorsqu'il s'est présenté pour obtenir le service. (99) Par exemple, le client peut avoir eu l'impression que le personnel était peu empressé à le servir parce qu'on l'a adressé à un autre comptoir. Le personnel, lui, a l'impression d'avoir bien accompli son travail en dirigeant le client vers le personnel en mesure de le servir.

Ainsi, le problème résulte de l'impression différente du regard des uns et des autres à l'égard de la même demande de service.(88)

Par conséquent, la notion de qualité perçue est indispensable pour cadrer au plus juste ce qu'est la satisfaction.

Des différences permettent de caractériser les relations établies entre ces paramètres.

Tout d'abord, lorsque nous prenons en compte la qualité attendue et perçue, nous sommes chez le client, utilisateur du service, dans sa propre subjectivité, qu'il nous appartient de respecter, mais aussi de comprendre si nous voulons mieux le satisfaire (99). Ce n'est qu'en interrogeant l'utilisateur que nous pourrions approcher cette réalité subjective.

Alors qu'avec la qualité voulue et la qualité réalisée, nous sommes dans le domaine de l'officine, du prestataire de services. Nous faisons cette fois-ci appel à l'objectivité du regard, qui n'intéresse pas directement le client, mais nécessaire pour définir et gérer les processus de production de service, et ancrer notre management du service. (47)

Selon B. Averous, une autre différence permet de mieux cerner la nature des deux interfaces existant entre le client et le prestataire de services (16).

En premier lieu, il existe une interface en temps différé ou temps de la réflexion, du projet, de la stratégie. C'est sur cette interface que se confrontent les attentes du client, et la volonté d'entreprise

En second lieu, il existe une interface en temps réel, temps du service produit et consommé au quotidien. C'est sur cette interface localisée sur le lieu de manifestation de la relation de service que se présente les aléas de la production du service et que naît la perception du client plus ou moins fidèle à la réalité.

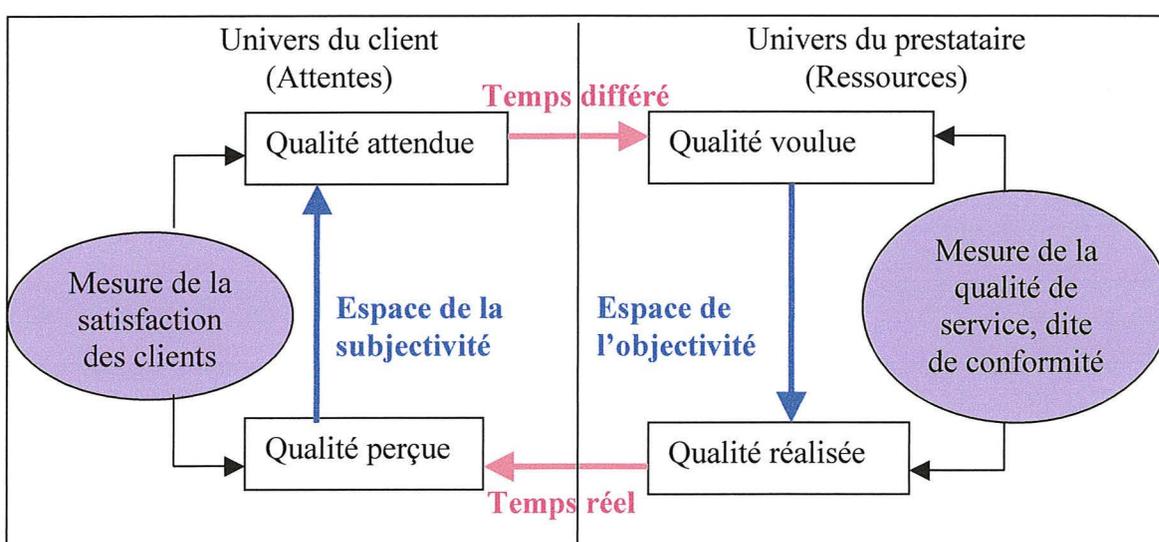


Figure n°1. Concept de la satisfaction des clients (16), (47), (61), (99)

L'appréciation de la conformité ou de la performance des producteurs du service appartient au domaine de l'entreprise, et peut s'apprécier par l'écart existant entre la qualité de service voulue et la qualité réalisée : ceci définit la non qualité. L'adéquation entre ces deux paramètres peut se mesurer en interne.(47), (61)

L'appréciation de la satisfaction appartient au client qui exprime par là l'écart positif ou négatif existant entre la qualité de service attendue et la qualité perçue, c'est à dire s'il existe une disparité entre les *attentes* du client à l'égard d'un service, et les *impressions* qui lui restent à la suite de sa démarche.(47)

Par conséquent, les deux composantes (la qualité attendue et perçue) intervenant dans cette définition de la satisfaction, présentent toutes deux une dimension affective, puisque

comme nous venons de le voir, elles sont influencées par les expériences passées, le style de vie, et les valeurs concernant les individus et la société.

Selon J. A. Johnsson, la satisfaction peut alors se définir d'une manière moins rationnelle, comme étant un état psychologique et un jugement personnel qui agit sur la qualité perçue de la prestation.(49)

1.1.1.3. Distinction par rapport au concept de la qualité

La qualité fait partie intégrante de la définition de la satisfaction. En effet, nous distinguons les points suivants où le concept de la satisfaction rejoint celui de la qualité :

-L'entreprise peut se doter de renseignements essentiels par le biais de la connaissance des attentes et des impressions des clients, lui permettant de planifier la gestion des attentes ou de cibler des aspects qu'il y a lieu d'améliorer : il s'agit déjà de l'esprit de la qualité.(100)

-Le fait de définir le service voulu par l'entreprise pour le client est un acte structurant de toute démarche qualité (16)

-Dans le cadre du service réalisé, les normes définies à partir de la qualité voulue vont nécessiter d'imaginer les processus permettant d'aboutir et d'obtenir une qualité servie (la qualité réalisée) au client : la description et mise en place de ces processus se fait là encore dans le cadre d'une démarche qualité. (74)

-Du point de vue du service perçu, les résultats de son évaluation par le biais des enquêtes de satisfaction sont des sources pour définir les nouvelles attentes des clients, pour améliorer la qualité et ainsi permettre un bouclage du système de production de la qualité d'un service.(61)

C'est pourquoi, comme la satisfaction et la qualité sont deux notions très dépendantes l'une de l'autre, il est nécessaire de situer ces termes l'un par rapport à l'autre.

Comme nous l'avons déjà vu, la satisfaction mesure la conformité du service perçu par le client au service attendu. (64) Alors que la qualité mesure la conformité du service réalisé par l'entreprise au service voulu.

Donc, la qualité n'est rien d'autre que « l'aptitude d'un service à satisfaire les besoins des consommateurs »³, elle est source de valeur pour le client, et joue un rôle essentiel dans l'offre.

Dans une logique d'économie de marché, le consommateur a un comportement rationnel guidé par la recherche d'un maximum de satisfaction. Dans le domaine de la santé comme celui de la pharmacie, plusieurs facteurs vont modifier ce comportement rationnel : le consommateur, c'est à dire le patient est le plus souvent ignorant quant à la nature du service dont il a besoin et quant à la compétence réelle des différents professionnels. De plus, il ne sait pas mesurer la nécessité pour lui de recourir aux soins. (88), (97)

Cependant, ces incertitudes n'empêchent pas de pouvoir caractériser la satisfaction dans le domaine de la pharmacie .

1.1.2. La satisfaction : une notion à bien délimiter dans le domaine de la pharmacie

Le caractère multidimensionnel de la satisfaction nous amène à prendre en compte quatre conceptualisations différentes dans le domaine de la satisfaction du patient avec les services pharmaceutiques rendus (SPR) : l'évaluation des performances, la disconfirmation des attentes, l'Affectif, l'Equité.

L'évaluation des performances

Ces performances concernent les caractéristiques saillantes des services de soins pharmaceutiques. Elles sont évaluées traditionnellement en se concentrant sur huit caractéristiques du service (95) comme les dimensions de l'interpersonnel (les relations sociales), la qualité technique (l'explication du traitement, la considération du professionnalisme du pharmacien), l'accessibilité, les aspects financiers, l'efficacité et résultats du traitement, la continuité, l'environnement physique (l'aménagement de la pharmacie, la propreté, le confort), et la disponibilité (disponibilité du produit en vente libre).

Cependant, ces mesures ne reflètent pas complètement les services du pharmacien rencontrés pour répondre aux besoins du patient : les malades ont un ensemble de complexes de croyances importantes ne pouvant être personnalisées en terme d'évaluation

³ définition donnée par l'Association Française de Normalisation (AFNOR)

des performances.(97) En effet, l'évaluation de la satisfaction va être limitée à ce que le système de soins a décidé, et non pas à ce que l'individu considère comme important. Cette conceptualisation limite l'occasion des malades à exprimer leurs inquiétudes au sujet d'aspects de services. Donc, elle fournit une illusion des services pouvant encourager des professionnels à croire que les patients sont satisfaits alors qu'ils sont en réalité mécontents.

Par conséquent, la satisfaction ne peut se limiter à la seule performance (98). Par exemple, si l'on considère comme service, la validation de la prescription par les pharmaciens, les patients ne pourront pas déterminer les performances des pharmaciens dans cette situation. Les patients baseraient alors leur évaluation sur leur niveau d'attente (98), la considération qu'il s'agit bien du rôle du pharmacien d'exécuter tel et tel service.

Il vaut mieux comparer la performance aux attentes du consommateur : on rentre alors dans la perspective psychologique d'une expérience de service. Nous abordons alors la deuxième conceptualisation : la satisfaction basée sur la disconfirmation des attentes.

La disconfirmation des attentes

Il s'agit de l'estimation cognitive de l'expérience du service qui implique une comparaison entre l'expérience du service et l'attente. Cela revient à se demander si le niveau de performance est plus ou moins important que ce que le client attendait.(83)

Ainsi, si le fournisseur du service manque de satisfaire aux attentes du consommateur, il en résulte le mécontentement. Cependant, les avis diffèrent en ce qui concerne la nature de ces attentes afin de se fixer des niveaux de comparaison.(83), (86), (89)

De ces attentes initiales, et de la disconfirmation de ces attentes face au service fourni, en résultera une émotion particulière selon R.L. Oliver (72). Nous en venons à la troisième conceptualisation : la satisfaction basée sur l'affectif.

L'Affectif

La satisfaction se définit aussi comme une réponse très agréable d'un service.(84)

Selon R.L. Oliver, l'une des perspectives de la satisfaction correspond à « l'accomplissement d'une réponse du consommateur » qui se produit quand le consommateur associe le service avec un « niveau très agréable de consommation lié à l'accomplissement » (72).

Ainsi, satisfaire aux hautes attentes s'exprimera en « bonheur » et « plaisir », les dépasser s'exprimera en « joie » et « exaltation ». Pour les niveaux d'attentes plus modérés, les

patients seront indifférents. Cependant, manquer de satisfaire des attentes modérées entraînera « déception » et « consternation » alors que les dépasser sera à l'origine d'une « surprise agréable ».(90), (50)

L'affectif peut jouer un rôle important dans la satisfaction du patient avec les services rendus par la pharmacie, en particulier quand il n'y avait pas d'attentes initiales de la part des patients. A ce moment là, ces attentes initiales ne peuvent être comparées à l'évaluation des performances pour en dégager la disconfirmation des attentes. Il faudra s'en référer à ce concept de l'affectif.(84)

L'Equité

La quatrième approche de la satisfaction dans le domaine des SPR est basée sur l'Equité. Cette perception de justice est en rapport avec la satisfaction : cette injustice étant perçue lorsqu'un fournisseur de services a gagné beaucoup par rapport au service rendu sans que le client soit satisfait.(86)

Le sentiment d'équité perçu par le patient se conçoit à partir de l'honnêteté, et cette dernière est en lien direct avec la satisfaction : ils ont été démontrés comme des indicateurs considérables de la satisfaction du patient avec les pharmaciens.(50)

L'honnêteté se définit grâce à la comparaison entre ce qui est investi et ce qui est reçu par le patient, par rapport à ce qui est investi et reçu par le pharmacien, pendant l'échange du service(72).

Par exemple d'après Sn. Kucukarslan (50), on peut évaluer ce rapport au niveau du patient lorsque ce dernier détermine :

- ce qu'il a obtenu de son pharmacien qui a dispensé sa prescription, en tenant compte de la réception des médicaments, du bon dosage, des conseils, et de l'attention personnelle.
- ce qu'il a investi pour obtenir sa prescription, y compris l'attente dans la pharmacie, l'attention qu'il a prêtée aux conseils du pharmacien, la confiance et la foi qu'il a mises dans la connaissance du pharmacien, la somme d'argent qu'il a investie pour obtenir ses médicaments.

Ces quatre conceptualisations de la satisfaction sont donc indispensables pour la décrire au mieux dans ce domaine particulier de la pharmacie, et vis à vis d'un consommateur spécifique : le patient.

C'est pourquoi, en pratique, lorsque la satisfaction est utilisée en tant qu'indicateur de la qualité de service, une conceptualisation appropriée devra être sélectionnée (son

évaluation en globalité restant impossible) : ces différentes dimensions pourront être retrouvées selon l'instrument de mesure utilisé.

Par conséquent, il convient avant de décrire les différents modes de mesure, de comprendre le deuxième concept qui en est à l'origine : l'écoute- clients.

1.2. L'écoute- clients : un engouement toujours actuel !

Dans certains secteurs, on s'attache déjà depuis deux décennies à être réceptif aux pensées, aux avis des clients⁴. La pharmacie reste pour l'instant à l'écart (71), (69).

Le rapport humain est pourtant l'un des critères les plus importants quant au jugement que porte le patient sur son interlocuteur(77).

En effet, l'écoute n'a jamais été aussi haut placée dans les souhaits des clients : 59% des clients attendraient une écoute avant tout et des conseils éclairés de la part du pharmacien selon une enquête récemment réalisée par Direct Medica (42), arrivant en tête devant les 49% qui désirent avoir accès à des prix bas.

1.2.1. Les principales raisons d'être à l'écoute dans le domaine des services

La nécessité d'améliorer le service rendu au client s'est plus largement révélée lors des deux dernières décennies pendant lesquelles la prise en compte du « besoin » client émergea suite à l'abondance et à la non-différentiation par la qualité du produit (16).

C'est d'ailleurs le cas de la pharmacie d'officine (18) : toutes les officines vendent les mêmes produits en tant que médicaments, c'est donc bien la qualité du service qui fait la différence. Néanmoins, certains produits du domaine de la parapharmacie, peuvent différencier une officine d'une autre.

Dans le cas d'un service, l'entreprise vend et contrôle un processus⁵. Contrairement à un produit, il n'y a pas de contrôle réalisé en systématique, ni à l'entrée (pas de contrôle de matières premières représentées par les connaissances, la formation reçue...), ni à la sortie (pas de contrôle de produits finis représentées par le service rendu), et il n'y a pas de retour possible, ou de recyclage de celui-ci (42).

⁴ le client en qualité, c'est celui à qui on fournit un produit, un service, et non pas celui qui achète.

⁵ il s'agit d'un ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie (ISO 9000 : 2000)

Par exemple, le mauvais accueil à l'officine peut décevoir le client. Ce service ne peut plus alors être recyclé. Nous pouvons uniquement chercher des moyens pour le dédommager.(7)

De plus, la banalisation du service créée par l'offre importante et peu différenciée impose au producteur de rechercher sa spécificité.(87)

Le client, lui, apprend à comparer et choisir en fonction de ces attentes. C'est la prise en compte de ces dernières qui permettra de cibler l'offre du prestataire et de se différencier de la concurrence. (99)

Voilà pourquoi l'écoute du client et de ses attentes est précieuse, en permettant l'élaboration d'une offre adéquate via la connaissance et l'anticipation de ces besoins.

1.2.2. Les principaux enjeux de l'écoute clients

1.2.2.1. Vis à vis de toute entreprise

Dans le monde industriel, l'écoute- clients montre une utilité à deux niveaux(39), (43),(64):

- dans le cadre du pilotage de la qualité et du management
- dans l'intérêt du domaine du marketing

Le tableau ci-dessous résume les intérêts fondamentaux de l'écoute- clients, en intégrant plus particulièrement ceux de l'enquête de satisfaction : en effet, elle représente la méthode d'écoute la plus fréquemment utilisée qui possède le panel le plus large d'intérêts.

L'écoute clients						
Utilités	Outil de motivation et mobilisation	Outil de diagnostic et de choix stratégique	Outil de suivi	Outil de communication interne	Outil de réflexion	Outil de communication externe
Domaine d'application	Qualité et gestion				Marketing	

Tableau I . Présentation des intérêts de l'écoute clients(64), (48) (16), (41),(43), (51)

L'écoute clients est en soi un véritable **outil de communication** :

.externe : en permettant l'amélioration de l'image de l'entreprise en montrant d'une part que nous nous intéressons à l'avis des clients, et d'autre part, si les résultats sont positifs, en communiquant sur les progrès accomplis dans la réponse aux besoins clients.(39)

En ce qui concerne plus particulièrement l'enquête de satisfaction, elle présente aussi l'avantage d'imprégner les clients de certaines notions pour « émulsionner » leur opinions et faciliter ainsi leur remise en cause voir l'adhésion plus tard à une idée, un concept, ou du moins rendre par la suite, plus abordable à la discussion, un thème connoté péjorativement dans l'esprit de la population concernée. (64)

Par exemple, des enquêtes (57) menées au sujet des comportements des français vis à vis des produits génériques, avaient pour but de mieux cerner ces comportements, mais aussi de faciliter l'approche de l'acte de substitution, et d'entamer une modification de la conception que pouvait avoir la population générale sur les génériques. Ceci est permis par le biais d'une construction adaptée de l'enquête.

.interne : il correspond à un moyen d'alerte permanent sur les nouvelles demandes et attentes de la clientèle. (65)

Il reste utile pour sensibiliser l'ensemble du personnel à la prise en compte de l'orientation client : ainsi, l'enquête permet de rapprocher les points de vue entre la clientèle et le personnel. (48)

L'enquête de satisfaction permet de mesurer de façon objective la qualité perçue par les clients(3). En effet, elle correspond aussi à **un outil de diagnostic, et de choix stratégique** pour l'entreprise qui permettra de définir des objectifs, un plan d'actions, entre autre via l'analyse concurrentielle (comparaison à la concurrence) : il s'agit donc d'un guide pour l'action. (11), (74)

Outre ces intérêts à travers une mesure ponctuelle, elle permet aussi d'avoir **un élément de suivi** mesurant l'atteinte des objectifs, notamment par le biais du baromètre de satisfaction (répétition régulière d'enquêtes) dans le cas des enquêtes de satisfaction. (3), (11)

Selon J.A. Smith et S.J. Coons, l'écoute clients est également *un outil de réflexion* qui présente une vertu d'anticipation (par exemple, anticiper les attentes futures de la clientèle), en se comportant comme un moteur pour l'innovation.(88)

L'écoute clients est **source de motivation et de mobilisation du personnel**.

Selon B. Averous, le personnel est convaincu qu'il met tout en œuvre pour satisfaire le client (16).

L'écoute clients montre l'importance du respect de certaines normes ou standards de service. Lorsqu'elle rapporte un niveau insuffisant des prestations, elle donne des arguments à l'entreprise pour sensibiliser le personnel à la nécessaire prise en compte des demandes clients. Elle peut alors encourager des plans d'amélioration.(32), (21)

1.2.2.2. Dans le domaine de la pharmacie

Dans le secteur officinal, la distinction entre le marketing et la démarche qualité constituant les deux grands domaines d'application de l'écoute clients, reste fondamentale pour PD. Cleary et B.J. McNeil (25). Ainsi, aux USA, les résultats d'enquête peuvent être utilisés aussi bien à des fins de négociation avec les organismes financeurs, qu'en vue de donner confiance aux clients dans une organisation avec la certification⁶ des officines.

Dans ce domaine de la démarche qualité, l'évaluation de la satisfaction présente un intérêt en tant que logique formative : sa finalité reste d'identifier les principaux dysfonctionnements de l'officine et de mesurer l'impact des actions d'amélioration (80). De plus, la diffusion des résultats d'enquête de satisfaction va aussi sensibiliser le personnel à l'opinion des patients. Elle constitue ainsi un moyen de susciter et renforcer l'engagement dans une démarche qualité à l'officine.(30)

Par conséquent, au vu des multiples intérêts de l'écoute clients, entre autre ceux de l'enquête de satisfaction, nous nous apercevons d'ores et déjà que la mise en place d'une démarche qualité est inconcevable sans la mesure tôt ou tard de la satisfaction.

⁶ procédure par laquelle un organisme indépendant du fabricant ou prestataire de services reconnaît formellement la conformité d'une organisation, du personnel, d'un produit ou d'un service à des exigences fixées dans un référentiel comme les normes ISO 9000 : 2000 (74), (113).

1.3. Le recueil de l'information : les principes fondamentaux à l'origine de la grande diversité des méthodes d'écoute clients

Selon S. Millot, la réussite d'une entreprise repose sans nul doute sur sa capacité à apprendre (64): l'objectif de l'écoute client est d'anticiper les attentes des clients par rapport aux décisions prises par l'officine afin de retenir ou conquérir des clients et tenir en échec les concurrents.

La pharmacie ne doit pas se contenter de tenir un registre des motifs d'insatisfaction de ses clients, elle doit mettre en œuvre une vraie sensibilité aux tendances et aux événements. Elle doit donc être en apprentissage permanent.(18), (42)

Il n'y a, bien sûr, pas d'apprentissage ou de prise en compte des attentes clients, sans une écoute pertinente au préalable, via des méthodes d'enquêtes, qui permettent de vérifier si la qualité du service rendu par l'entreprise est toujours en phase avec la réalité. Ce dernier point vise à vérifier la réduction de l'écart entre le service attendu et perçu. (48)

Pendant il reste à évaluer convenablement le service tel qu'il est vécu par le client en rentrant dans la logique de son expérience plutôt que d'évaluer nos performances techniques en restant focalisé sur la logique de production.

Les nouvelles normes ISO 9000-version 2000 imposent la prise en compte du client sans pour autant fixer les moyens à mettre en œuvre.(11)

Or comme le disait Goethe : « parler est un besoin, écouter est un talent ».

C'est pourquoi, il est nécessaire de connaître les fondements sur lesquels est établie la panoplie des méthodes d'écoute-client dont nous disposons aujourd'hui.

Ainsi, la mise en pratique de ces méthodes sera facilitée par un meilleur discernement de leurs principales caractéristiques jusqu'à la connaissance de particularités pour certaines.

1.3.1. Un panorama des dispositifs d'écoute clients

La classification suivante(41), (64) permet de comprendre en quoi consiste les différents moyens d'écoute à la disposition de toute entreprise, dont le plus populaire : l'enquête de satisfaction.

L'écoute active directe

Elle consiste à recueillir et à analyser les messages en provenance directe des clients, c'est à dire à exploiter le point de vue du client à l'aide d'une méthodologie fondée sur une

démarche délibérée de questionnement de l'ensemble de ses clients ou d'un échantillon représentatif. (3), (11)

L'écoute active indirecte

Elle s'appuie sur des enquêtes auprès du personnel. Elle peut aussi être réalisée par des enquêteurs chargés d'observer la qualité à partir d'une grille construite par l'organisme.

Des expériences ont montré que les attentes des clients relayées par le personnel sont à 80% celles exprimées directement par les clients.(64)

En revanche, la hiérarchisation de ces attentes vue par le personnel peut être fondamentalement différente de celle exprimée par les clients.

L'écoute passive directe

L'écoute attentive consiste à enregistrer et analyser les messages émis spontanément par le client de façon ponctuelle ou continue.

Ce type de dispositif traduit surtout les mécontentements et le plus souvent sur un champ contractuel : il consiste à quantifier et consigner les signes de mécontentements : réclamations, retours, avoirs, remboursements.

Cependant, ce mode d'écoute reste partiel, certains clients quittant leurs fournisseurs sans leur adresser de « signes visibles ».(39)

Mais même si cette mesure est minimaliste, elle reste néanmoins incontournable pour B. Averous (16), car elle permet de réagir à des anomalies et de restaurer la confiance du client.

L'écoute passive indirecte

Elle consiste à interpréter différents indices (encore appelés indicateurs) évalués en interne, ou extraits de sources diverses, par l'intermédiaire du personnel⁷.

Cependant, le risque de déformation est réel mais difficile à évaluer.(48)

Par exemple, les problèmes avec le personnel accueillant les clients ne seront évidemment pas relatés dans les rapports du personnel. Ils sont pourtant fréquemment exprimés lors d'une enquête auprès des clients.

⁷ rubrique fiches de recueil (5)

Ecoute				
Typologie	Active		Passive	
	Directe	Indirecte	Directe	Indirecte
Les différents outils	Enquête de satisfaction auprès des clients : -enquêtes qualitatives -enquêtes quantitatives	-enquête auprès du personnel (enquête miroir ⁸) -enquête- mystère- enquête auprès du personnel (enquête miroir) -le client mystère	-réclamations et suggestions -retours, avoirs et remboursements	-indicateurs de fidélité commerciaux, de qualité internes -système de remontée des problèmes et suggestions internes (utilisation de « capteurs naturels » ⁹ , et fiches de recueil de données ¹⁰)

Tableau II. Classification des différents modes d'écoute clients(11), (34), (43), (44), (48), (64)

Le tableau ci- dessus permet de regrouper les différents dispositifs en fonction des principes auparavant énoncés. Outre l'enquête de satisfaction, il a été choisi de détailler deux de ces modes d'écoute clients :

• **Les réclamations clients**

D'après L Hermel (43), il s'agirait d'une méthode intéressante, apportant de l'information spontanée venant des clients.

Elle constitue une source d'alerte et de réflexion sur les insatisfactions majeures, ainsi qu'une source d'innovation et d'amélioration de la qualité du service et des processus.

Par conséquent, la réclamation est un moyen à ne pas négliger, mais il est nécessaire de savoir l'utiliser correctement : en effet, le client qui réclame ne doit pas être considéré comme un gêneur, mais plutôt comme un cadeau (16). Un client qui réclame est toujours un client, et l'entreprise peut encore le satisfaire et le conserver si elle sait répondre correctement à sa réclamation.

Cependant, la réclamation présente plusieurs inconvénients.

⁸ une enquête miroir consiste à faire exprimer par le personnel le niveau de satisfaction des clients.

⁹ personnes présentes au sein du personnel en contact avec la clientèle, chargée de remonter les informations vers le responsable qualité et la direction (48)

¹⁰ document structuré permettant de recueillir méthodiquement des informations.

Tout d'abord, elle n'explore qu'un seul point de vue des clients, et ne touche qu'une partie de la qualité perçue : la remontée spontanée des insatisfactions.

En effet, il est relativement rare selon R. Ghiglione (39), surtout dans le domaine de la santé, que le public écrive pour féliciter une entreprise sur son excellente qualité de service qu'elle considère comme normale.

De plus, selon des enquêtes (64) menées par l'AFNOR auprès de différentes entreprises, peu de clients mécontents réclament, seulement entre 1 et 5% en moyenne.

95% des clients insatisfaits ne portent jamais de réclamation.

Donc, on ne peut se baser uniquement sur les réclamations enregistrées.

• *Le client mystère*

Très utilisé par la grande distribution (43), il a aussi été testé dans le cadre de la pharmacie d'officine (71). Un client mystère est mandaté par une société de défense des consommateurs pour aller sur place tester et noter la prestation offerte et ainsi identifier les dysfonctionnements rencontrés par le client (2).

L'enquêteur se présente comme un client ordinaire et à partir d'un scénario d'achat et de demande d'information préétablis, il vérifie comment le service est rendu. L'évaluation se fait de manière plus rationnelle par rapport à un vrai client : il dispose d'un guide d'observation précis et de recueil d'informations. Ce guide reprend l'ensemble des comportements et attitudes que doit avoir le personnel face à un client, et des éléments sur la propreté des lieux, la signalétique, la qualité de l'affichage et de l'information dans le point de vente....(10)

Ces enquêtes restent peu utilisées car selon L. Hermel (43), elles sont souvent mal perçues par le personnel qui les considère comme un moyen de contrôle de ses activités, voire comme une atteinte aux droits du personnel.

1.3.2. Typologie des enquêtes de satisfaction

D'après les notions précédemment développées, l'enquête de satisfaction constitue l'unique moyen d'écoute active et directe.

Il convient de clarifier ce que nous entendons par enquête de satisfaction. Elles ne correspondent pas exclusivement à des enquêtes par questionnaires de type « cases à cocher » destinées à obtenir des résultats chiffrés sur le niveau de satisfaction.

En effet, deux types d'enquêtes distinctes de par leurs objectifs et les moyens de mise en oeuvre, peuvent être en général utilisées pour apprécier la satisfaction des clients.

Les enquêtes de satisfaction		
Classification	Enquête qualitative	Enquête quantitative
Objectifs	Pour comprendre : Explorer les besoins et attentes des clients	Pour mesurer : Mesurer le niveau de satisfaction
	-Rechercher la diversité des différents types de consommateurs -Identifier les critères d'évaluation de la qualité vus par les clients	-Extrapoler des résultats obtenus sur l'échantillon à l'ensemble de la population -Refléter la part de chaque type de client dans la population totale.
Moyens de réalisation	Entretiens et réunions de groupe	Questionnaires
	→ majorité de questions ouvertes ¹¹ → limitée à des petits échantillons : complexité croissante de l'analyse des réponses avec la taille de l'échantillon	→ majorité de questions fermées ¹² → utilisation possible à grande échelle : analyse des réponses simplifiée

Tableau III . Présentation des principales caractéristiques des enquêtes de satisfaction(19), (39), (68)

1.3.2.1. Enquêtes qualitatives

Une forte tendance dans l'entreprise, surtout si le personnel est fréquemment en contact avec le client, consiste à « penser pour le client » et à vouloir « décider à sa place », ce qui est bon pour lui.(48)

L'étude qualitative est justement là pour permettre d'écarter les « a priori » internes, en permettant de rentrer dans l'univers du client, dans la logique du consommateur sans projeter ses propres idées : la vision du client peut s'exprimer totalement, sans être

¹¹ questions pour lesquelles l'enquêté répond librement dans le langage courant

¹² questions pour lesquelles le choix de la réponse se fait dans des listes préétablies

influencée, l'écoute se basant sur des questions très ouvertes, voire en étant dirigée de manière non directive.(27)

Les objectifs sont :

-d'identifier et de préciser les différentes composantes de la qualité sur lesquelles les clients jugent réellement le prestataire et ses services , avec ses mots et son vocabulaire (ce que les clients attendent réellement de l'entreprise) : par exemple, que pensent- ils des différentes prestations (accueil, dispensation, conseils...) ?(58)

Comme le précise J. Stizia, la connaissance de ces attentes varie fortement en fonction du vécu de chaque individu, de ses expériences passées et de son statut de client (client fréquent, régulier, occasionnel...).(90)

-de hiérarchiser ces différentes composantes en :

- prenant en compte les raisons de satisfaction ou d'insatisfaction des clients qui influencent le plus leur satisfaction globale
- comprenant le choix (comment un client va choisir de rester fidèle) ou le rejet du prestataire, quels sont les éléments déclencheurs d'un passage à la concurrence.(58)

- de sensibiliser le personnel aux attentes de la clientèle en leur montrant qu'elles peuvent différer des opinions internes (27)

-d'apporter des idées d'amélioration du service en permettant :

- de lister le(s) service(s) à améliorer en premier, selon les critères des clients et planifier ainsi des actions (58)
- d'être à l'écoute d'éventuelles propositions de solutions faites par le patient
- de tester de nouveaux service, nouvelles idées (88)

Les études qualitatives peuvent être réalisées au moyen de deux grands types de techniques de recueil : l'entretien individuel et la réunion de groupe ou encore appelée Focus group aux USA¹³, dont les modalités , les principaux avantages et inconvénients sont décrits dans le tableau suivant.

¹³ focus group ont été utilisés par la Society for Academic Emergency Medicine Geriatric Emergency Medicine Task Force au cours d'un programme global destiné à évaluer la situation des soins d'urgence pour les personnes- âgées aux Etats-Unis (recueil de leur expériences vécues) (17)

Type d'enquête qualitative	L'entretien individuel (19), (27), (58), (68)	Réunion de groupe ou Focus group (5), (17), (19), (27), (34)
Intérêts	<p>*Entretien face à face = analyse plus profonde des attentes du client avec une grande liberté de propos émaillée d'histoires vécues, d'exemples → utile pour enrichir l'analyse (illustration), et mieux restituer les opinions et attentes</p> <p>*Convivialité</p> <p>*Il permet l'interprétation du langage non verbal</p> <p>*Il permet de réunir les conditions favorables à l'écoute</p> <p>* Petit échantillon suffisant : pas besoin d'avoir un échantillon représentatif de la population étudiée car pas d'extrapolation des résultats</p>	<p>*Réunion très riche : la dynamique de groupe permet la confrontation des opinions intéressantes pour mieux définir un problème, hiérarchiser l'importance de critères, tester de nouvelles idées</p> <p>*Un groupe est irremplaçable pour générer des idées : proposer une grande quantité d'idées d'amélioration du service</p> <p>*Durée intéressante vu le nombre important de personnes rencontrées au cours de ce même durée</p> <p>*Petit échantillon suffisant</p>

<p>Limites</p>	<p>*Réunion moins riche car individuel</p> <p>*Biais introduit par un enquêteur incompetent pour animer l'entretien (orientation convenable de la discussion)</p> <p>*Analyse de contenu¹⁴ difficile, pas de codification possible car l'information est très riche</p> <p>*Charge de travail (écoute des bandes et prise de notes en parallèle en cas d'échec d'enregistrement)</p> <p>*Durées longues des entretiens</p> <p>*Coût important : conditions matérielles relativement onéreuses (local de réunion, dédommagements auprès des enquêtés, matériel d'enregistrement, animateur expérimenté...).</p>	<p>*Risques inhérents aux réunions : pas évident à gérer, demande de l'expérience de la part de l'animateur : éviter la prise de leadership du groupe par un participant et favoriser l'expression de chaque membre (y compris des timides) afin d'aboutir à des confrontations, consensus ou compromis, éviter le hors- sujet</p> <p>*Nécessite une motivation suffisante des enquêtés pour se déplacer</p> <p>*Risque de passer à côté d'éléments qui ne peuvent être mentionnés en groupe (sujets plus ou moins tabous...)</p> <p>*Coût important</p>
<p>Mise en oeuvre</p>	<p>*Entretien de 1 à 2h</p> <p>*Réalisé sur 20 à 30 personnes</p>	<p>*Un animateur aide une dizaine de participants à s'exprimer sur un thème donné</p>

¹⁴ L'analyse de contenu considère les propos recueillis comme un message qu'il faut comprendre et décrypter dans le détail. Il se décompose en contenu manifeste (faits, idées, opinions exprimées) et en contenu latent (significations produites plus ou moins inconsciemment)

	<p>*Guide d'entretien semi- directif balayant l'ensemble des thèmes à traiter : l'interviewer doit s'assurer grâce aux relances adéquates du guide qu'à la fin de l'entretien tous les thèmes ont été traités.</p> <p>La personne interrogée suit son propre parcours.</p>	<p>*Les débats peuvent être enregistrés, souvent filmés (avec prise de notes) pour enrichir l'analyse (ton des propos, expression des participants..)</p> <p>*Réaction en léger différé de personnes extérieures à la réunion pour faire passer des messages à l'animateur afin d'approfondir certaines idées nées lors des échanges.</p>
Particularités	<p>*Enquête « clients perdus » : identifie et analyse les causes pour lesquelles une entreprise a perdu des clients.</p> <p>*Possibilité d'utiliser le téléphone mais moins de richesse de contenu :</p> <ul style="list-style-type: none"> -entretien de plus courte durée -attitudes non verbales non observées 	<p>*Méthode dérivé : le NGT ou Nominal Group Technic (48), destinée à faire générer par les participants, un maximum d'idées sur le thème à étudier.</p> <p>Comme elle comporte plusieurs phases de vote, elle permet de quantifier l'importance des idées émises et ainsi de les hiérarchiser.</p>

Tableau IV. Présentation des enquêtes qualitatives

Notons que l'on combine souvent les deux approches : entretiens individuels aboutissant à une synthèse utile pour la mise en place par la suite des réunions de groupe (34).

1.3.2.2. Enquêtes quantitatives ou mesures de la satisfaction

Cette connaissance qualitative recueillie auprès d'un échantillon restreint, non représentatif de l'ensemble de la population donne déjà des pistes pour agir.

Pour bâtir une stratégie, il faut pouvoir quantifier les phénomènes, les attitudes, les comportements décelés dans la phase qualitative.(27)

L'étude quantitative va chercher à refléter la population étudiée dans son ensemble et dans ses différentes composantes. Elle permettra d'extrapoler les résultats obtenus sur un échantillon à l'échelle de la population étudiée. Elle permet de choisir les axes de travail à privilégier et calibrer les actions à mener pour améliorer la satisfaction des clients en pouvant espérer avoir un impact à plus grande échelle.(3), (11)

Cette enquête quantitative vise à obtenir des résultats concernant le niveau de satisfaction des clients.

La mesure de la satisfaction clients sous-entend un contrôle *objectif* du service perçu par les clients, en comparant ainsi leur attente à leur perception.(95)

Cette mesure consiste à réaliser un sondage auprès de la clientèle en lui posant des questions sur son appréciation de la qualité de service de l'entreprise.(3)

Cette étude peut être ponctuelle, notamment à l'issue des prestations, mais pour une entreprise qui a engagé une démarche qualité, il est utile de développer des mesures régulières de la satisfaction client lui permettant d'adapter et d'améliorer ses prestations au fur et à mesure.(11)

Différents types sont distingués selon le mode de recueil de l'information : ce mode va directement être responsable du coût de l'enquête, de la taille et la forme des questions.(34)

Principaux modes de recueil	Fréquence avec laquelle ces modes sont utilisés	Avantages	Limites
Interview face à face	Souvent utilisée	<ul style="list-style-type: none"> -Grande diversité de choix du lieu pour l'interview (rue, domicile, sortie de magasin, bureau...) -Utilisation possible de questionnaires courts ou longs, plus de questions ouvertes que dans les autres techniques -Taux de réponses optimisé (80 à 100%) car questionnaires administrés par l'enquêteur -Information recueillie fiable (l'enquêteur peut faire clarifier les réponses) -Possibilité de montrer des photos, affiches, textes voir faire goûter des produits -Procédé interactif : peut générer de nouvelles informations -Permet d'aborder des sujets sensibles -Convivialité -Contact personnalisé -Interprétation du langage non verbal -Permet d'inclure les clients de niveau d'étude inférieur 	<ul style="list-style-type: none"> -Méthode la plus coûteuse -Charge de travail importante -Limitée à une zone géographique et à un petit nombre de répondants -Nécessite de prendre rendez-vous -Expression biaisée si enquête sur lieu de consommation à proximité du personnel interne -Durées longues

Auto- questionnaire	<p>Très utilisé dans les services :</p> <ul style="list-style-type: none"> -soit questionnaire simplement mis à disposition sur le lieu de consommation de la prestation -soit sollicitation de la part de l'enquêteur pour le remplir 	<ul style="list-style-type: none"> -Simplicité de mise en œuvre -Recueil rapide d'un grand nombre de questionnaires -Dans le cas de sollicitation, facilité pour joindre les patients à l'enquête (bon taux moyen de réponses : de 70 à 90%) et aide possible au remplissage (réponses fiables) -Peu coûteux 	<ul style="list-style-type: none"> -Dans le cas où le client n'est pas sollicité pour le remplir, le taux de réponses est assez faible et l'information recueillie moins fiable (si problème de compréhension, le client n'a pas d'aide pour remplir le questionnaire) -Risque de biais à cause des administrateurs ou des professionnels de soins s'ils contrôlent l'accès.
Enquête par téléphone	En expansion	<ul style="list-style-type: none"> -Coût plus faible du téléphone (dorénavant moins coûteuse que l'entretien face à face) -Recueil rapide d'un grand nombre de questionnaires et amène un meilleur taux de réponses (70 à 90%) que l'enquête postale -Couvre une grande zone géographique. -Clarification possible par l'enquêteur des réponses confuses -Possibilité de convaincre ceux qui refusent -Permet de prendre en compte dans l'échantillon des populations à bas niveau d'étude -Plus de questions ouvertes possibles par 	<ul style="list-style-type: none"> -Limite dans la forme de l'enquête : questions simples, ne pas proposer trop de réponses possibles (taux d'abandon élevé pour les questionnaires au dessus de 15- 20 minutes) -Les clients perçoivent moins bien l'anonymat qu'avec un questionnaire postal -Nécessite d'avoir des numéros de téléphone fiables -Horaires spécifiques pour joindre les personnes : exclut de l'échantillon les clients qui travaillent la journée -Méfiance des enquêtés -Dérange les clients

		rapport à un questionnaire auto- administré	
L'enquête par voie postale	Fréquemment utilisé lorsque la relation client/ entreprise déjà établie	<ul style="list-style-type: none"> -Mode coûtant le moins cher (peu de personnel, peu de moyens) -Couvre une grande zone géographique -Permet au répondant de prendre du temps pour réfléchir à la réponse -Ne dérange pas le client -Anonymat mieux conservé aux yeux des patients -Possibilité de réalisation conjointe avec relance téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> -Questionnaire doit être limité à une dizaine de questions, soit deux pages -Les questions sont généralement fermées pour faciliter le traitement. Cependant, quelques questions ouvertes peuvent être intégrées. -Durée de l'enquête longue -Taux de retour faible (taux de réponses d'environ 10% à 40%): nécessité de relancer les enquêtes impliquant une identification des questionnaires (problème alors de l'anonymat) -Les questionnaires retournés peuvent être incomplets, donc inutilisables -Prend autant de temps que les méthodes par interview face à face -Logistique lourde : organisation subtile des envois et des relances -Nécessite des enquêtés avec niveau d'étude suffisant -Nécessite des adresses exactes

Enquête via internet ou télématique	En développement avec la diffusion d'internet	<ul style="list-style-type: none"> -Traitement très rapide de l'information -Obtention des résultats dans des délais très courts 	<ul style="list-style-type: none"> -Taux de retour faible mais supérieur à l'enquête postale en raison du retour plus aisé : nécessite aussi des relances -Nécessite des enquêtés qui ont accès à internet (ordinateur + abonnement pour cet accès) → sont exclues de l'échantillon les personnes sans moyen, les personnes qui manipulent très peu l'informatique (personnes du 4^{ème} âge, 3^{ème} âge, et personnes ne sachant pas utiliser l'informatique) -Nécessite d'avoir mémorisé les adresses électroniques et exactitude de ces adresses -Nombre de questions limité, questions en majorité fermées
-------------------------------------	---	--	---

Tableau V. Présentation des enquêtes quantitatives(34), (43), (51), (64), (68), (95)

1.4. Zoom sur la technique d'écoute la plus couramment utilisée : l'enquête de satisfaction

Son coût de création et de mise en œuvre (pas seulement budgétaire, mais aussi temporel), les implications en termes de plan d'actions et de ressources à mobiliser doivent conduire les décideurs à mettre tous les atouts de leur côté pour réussir.

Voilà pourquoi il est intéressant de décrire les points clés pour sa réussite, et les risques à éviter.

1.4.1. Des contraintes internes à envisager

Les contraintes internes peuvent être décomposées en 4 grandes classes qui sont les suivantes :

Le déroulement

Les caractéristiques suivantes doivent être prédéterminées :

-l'objectif principal et secondaires poursuivis

L'entreprise qui se lance dans un projet de mesure de la satisfaction, va vouloir réaliser l'« Enquête » qui permettra d'atteindre tous les objectifs à la fois (surtout s'il s'agit de sa première expérience en la matière). Or l'expérience (64) montre que pour tout type d'études, il est nécessaire de bien clarifier les objectifs en définissant l'objectif principal et d'accepter dès le départ le fait qu'il sera impossible de satisfaire tous les services de l'entreprise.

-les différentes actions et étapes à réaliser

-les risques et conditions de réussite

Le rôle des acteurs

Les décideurs ne doivent pas être les seuls à s'impliquer dans la mise en place de l'étude. Les résultats auront d'autant plus de chances d'être utilisés si les acteurs directement concernés par les résultats sont impliqués dans le projet d'enquête, pour en valider les modalités de réalisation par exemple. (39)

Les acteurs suivants doivent être prédéfinis (68) :

-la personne qui va piloter le projet, encore appelée chef de projet

-la ou les personne(s) qui vont soumettre les clients à l'enquête

- la personne qui va traiter les données chiffrées de l'enquête (dépouillage, saisie des données, statistiques)
- la personne qui va analyser les données et rédiger les supports de synthèse
- la personne qui va utiliser les résultats pour décider des actions d'amélioration

Les modalités pratiques

Les points suivants doivent être auparavant envisagés (34) :

- le respect de la garantie de l'anonymat aux enquêtés, et le respect de la loi « informatique et libertés »
- la façon d'associer le personnel interne à cette enquête et à quels moments
- la façon dont les résultats vont être communiqués : à qui ? sous quelle forme ? comment éviter le rejet des résultats ?
- la manière employée pour passer des résultats à l'action

Une enquête doit servir à mettre en mouvement pour par exemple créer des standards, lancer des chantiers d'amélioration ou mettre en place des engagements.

La démarche qui organise le passage des résultats à l'action doit être planifiée le plus tôt possible : c'est d'ailleurs cette dernière que nous allons décrire et commenter par la suite.

Les moyens

Il s'agit du domaine des ressources où nous distinguons (68) :

- les compétences dont on a besoin et les moyens d'en disposer (au niveau interne, stagiaires, formation), la charge de travail
- les besoins en moyens matériels (exemple logiciel statistique)
- les délais au bout desquels on espère diffuser les résultats. Un dispositif pertinent nécessite du temps d'après S. Millot (64) : il vaut mieux alors prendre le temps et ne pas se précipiter pour obtenir les résultats sinon ces derniers risquent d'être inutilisables.
- le budget que l'on accepte de consacrer à l'enquête.

1.4.2. Mise en place de l'organisation d'une enquête satisfaction

L'étude satisfaction se résume, pour de nombreuses personnes, à un questionnaire soumis aux clients. Or il s'agit là d'une approche réductrice, comme le rappelle Je. Ware (95) . Le questionnaire n'est en réalité que la partie émergée de l'iceberg de l'étude de satisfaction clients. C'est pourquoi, la phase de préparation est primordiale pour la qualité de cette dernière.

1.4.2.1. Démarche d'une enquête de satisfaction dans sa totalité

<p align="center">Phase 1 Préparation de l'étude</p>	<p>Choix des objectifs, et finalités¹⁵ de l'enquête</p> <p align="center">↓</p> <p>Définition du cahier des charges pour les étapes qualitative et quantitative si elles ont lieu toutes les deux :</p> <p align="center">des cibles de clients de la taille de l'échantillon et de la périodicité de l'enquête des techniques de recueil de l'information</p> <p align="center">↓</p> <p>Organisation en interne de la conduite du projet (modalités d'implication du personnel, planning, budget, conditions matérielles)</p> <p align="center">→ à affiner tout au long du projet : suivi jusqu'à son résultat final¹⁶</p>
<p align="center">Phase 2 Exploration des attentes</p> <p align="center">Enquête qualitative</p>	<p>Elaboration des outils de recueil d'informations : Guide d'entretien, guide d'animation</p> <p align="center">↓</p> <p align="center">réalisation de l'enquête terrain</p> <p align="center">↓</p> <p align="center">analyse du contenu et synthèse</p>
<p align="center">Phase 3 Mesure de satisfaction</p> <p align="center">Enquête quantitative</p>	<p align="center">Conception du questionnaire</p> <p align="center">↓</p> <p align="center">Réalisation de l'enquête terrain (échantillonnage)</p> <p align="center">↓</p> <p align="center">Traitements statistiques (codification, questions ouvertes, saisie...)</p> <p align="center">↓</p> <p align="center">analyse des résultats et synthèse</p>
<p align="center">Phase 4 Communication des résultats</p>	<p align="center">Préparation et réalisation des supports et des actions</p>

Tableau VI. Déroulement général d'une enquête de satisfaction(39), (44), (68), (64)

15 nous entendons par objectifs, les résultats directement issus de l'enquête, et par finalités, ce que l'on fera des résultats de l'enquête.

16 sachant que dans ce domaine, il n'y a pas vraiment de fin car l'amélioration de la qualité est un processus continu.

Quelques précisions doivent être apportées sur certaines de ces phases.

Phase 2 : Exploration des attentes

Etant donné que cette étape vise à explorer en profondeur les attentes du client ainsi qu'à identifier et à comprendre les différentes composantes de sa perception du service, sa réalisation préalable à l'étude quantitative permet d'optimiser le questionnaire (27) :

- sur le contenu, c'est à dire les critères de mesure des attentes réels des clients
- sur la forme en utilisant le vocabulaire et les mots employés par les clients.

Par exemple, il est préférable de parler d'ordonnance au lieu de prescription.

Phase 4 : Communication

Comme toute communication, elle a pour but de changer les attitudes des cibles auxquelles elle s'adresse (41). Le seul fait de communiquer les résultats induit déjà des effets sur les comportements des différents acteurs. (44)

Les enquêtes de satisfaction doivent faire l'objet d'une diffusion large : pour de nombreux auteurs(16), (39), (44), (48), (64), (68), un retour d'information systématique aux clients et à l'équipe doit être fait après exploitation des résultats.

C'est pourquoi, les résultats doivent être présentés sous des formes et des volumes différents en fonction des cibles visées.

Nous distinguons alors la communication interne et la communication externe.

La communication interne

Les résultats de l'enquête doivent être communiqués à l'ensemble de la chaîne hiérarchique. Différentes cibles internes sont alors identifiées en fonction de **leurs objectifs** qui définissent *la nature des messages reçus*.

Vis à vis de la direction, il faudra **disposer d'informations pour définir des orientations générales, et faciliter la prise de décision**. *Une vision synthétique pour aller à l'essentiel est alors nécessaire (rapport de quelques pages, brèves présentations orales)*. (11)

Par rapport au personnel interne concerné qui doit être sensibilisé pour le développement de l'activité de l'entreprise (y compris le personnel qui n'est pas en contact avec le client), cette communication doit permettre de **disposer d'informations pour inciter à passer à l'action et de déterminer les actions à mettre en place**. Elle doit aussi **anticiper avec l'annonce de modalités et délais de mise en œuvre d'une réflexion y succédant**.

Le support d'informations pourra correspondre à des résultats ciblés et incitatifs (rapport écrit). (11)

Vis à vis du responsable qualité, il devra **disposer d'informations pour discerner les points prioritaires à prendre en compte dans une démarche qualité**. Pour y parvenir, il doit s'appuyer sur *des résultats bruts, complets comme des listings informatiques*. (74)

Enfin, cette communication interne doit établir un lien fort entre responsable qualité et le personnel.(34) Cette restitution descendante d'informations a pour but de faciliter l'appropriation des résultats en :

- adressant une synthèse à tout le personnel, par exemple en la joignant à la paye.
- en organisant une présentation à l'ensemble du personnel, voire des réunions spécifiques sur les résultats
- en affichant les résultats dans les lieux de forte fréquentation.

La communication externe

Selon les points sur lesquels on cherche à communiquer, elle peut aussi concerner différentes cibles (44) :

- les enquêtés, c'est à dire les clients interrogés
- les partenaires, par exemple les autres pharmacies avec qui l'officine soustraite, les grossistes- répartiteurs...
- les associations de consommateurs, voire la presse.

Il est aussi intéressant d'informer les clients du fait :

- des effets positifs en terme d'image du prestataire de service ou d'un service rendu à la clientèle, à condition de livrer une information sélective (48)
- de la façon de mobiliser le personnel interne, de le motiver pour la suite des évènements en valorisant le travail d'enquête qui a été réalisé par lui, en lui donnant un sentiment de fierté et d'appartenance à une entreprise qui réussit dans la satisfaction clients. (16)

Quelle soit interne ou externe, cette communication doit forcément passer par l'écriture qui oblige à affiner l'analyse, à clarifier ses explications, éclairer les réponses aux

questions que ne manqueront pas de poser les futurs consommateurs. Elle doit avant tout privilégier les graphiques plutôt que de long discours.

1.4.2.2. Les préliminaires à l'enquête de satisfaction : phase de cadrage

Préalablement à l'enquête sur le terrain, un certain nombre d'éléments doivent être définis.

1.4.2.2.1. Choix des objectifs et finalités d'une enquête

Il faut avoir défini les objectifs et les finalités de l'étude avant de la débiter : des choix doivent alors être établis.

Pour y parvenir sans trop de difficultés, il est nécessaire de souligner la différence entre les termes finalité et objectif qui portent souvent à confusion (64) :

- les objectifs expriment les résultats directement issus de l'enquête
- les finalités s'expriment à partir des objectifs : ainsi, pour faire ressortir l'utilisation que l'on fera des résultats par la suite, caractéristique propre aux finalités, il faut compléter la formulation des objectifs en répondant à la question « afin de ? » ou « dans quel but ? ».

Le tableau suivant classe et met en relation les principaux points pouvant correspondre à ces notions d'objectifs et finalités dans le cadre d'une enquête de satisfaction.

<p style="text-align: center;">Objectifs</p> <p style="text-align: center;">= résultats directement issus d'une enquête de satisfaction</p>	<p style="text-align: center;">Finalités</p> <p style="text-align: center;">= ce que l'on peut faire des résultats d'une enquête de satisfaction</p>
<p>*Objectif d'une étude qualitative = connaître les attentes des clients et en particulier :</p> <ul style="list-style-type: none"> -identifier les points positifs ou négatifs -segmenter la clientèle en fonction des attentes -découvrir de nouvelles pistes de produits et/ ou services 	<p>*Motiver le personnel interne :</p> <ul style="list-style-type: none"> -sensibiliser le personnel aux attentes du client -identifier les critères de satisfaction pertinents pour alimenter le système d'évaluation -avoir à l'esprit des notions pour mieux adapter les services à la clientèle
<p>*Objectif d'une étude quantitative = mesurer le niveau de satisfaction des clients pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> -objectiver les remontées internes des perceptions de la clientèle -se comparer à la concurrence de son secteur d'activité, à un organisme de même type, ou à des prestations de même type dans des secteurs d'activités différents -suivre son évolution dans le temps 	<p>*Améliorer le niveau de satisfaction des clients et par voie de conséquence améliorer le taux de fidélisation, le niveau de développement</p> <p>*Améliorer son image auprès des clients :</p> <ul style="list-style-type: none"> -montrer de l'intérêt pour sa clientèle -communiquer positivement sur le niveau de satisfaction client <p>*Mettre sous surveillance : alimenter un système d'alerte sur des évènements qui altèrent la qualité des services ou produits</p>
<p>*Hiérarchiser les attentes des clients en fonction de leurs poids respectifs dans la satisfaction clients (objectif d'une étude quantitative)</p>	<p>*Définir des objectifs internes à l'entreprise :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les orientations de la politique qualité - des niveaux de qualité (qualité voulue, objectifs à atteindre) : <ul style="list-style-type: none"> ●étalonner les critères de mesure interne (par exemple : temps d'attente)

	<ul style="list-style-type: none"> •définir des standards qualité •définir des engagements qualité communiqués aux clients
<p>*Identifier les priorités d'amélioration telles qu'elles sont perçues par les clients</p> <ul style="list-style-type: none"> -en général -pour un client donné 	<p>*Mettre en place des actions pour</p> <ul style="list-style-type: none"> -améliorer la qualité en général ou pour un client donné -diminuer la surqualité en réorientant les moyens vers les priorités
<p>*Evaluer les effets d'un plan d'actions</p>	<p>*Mettre en œuvre une amélioration continue de la qualité pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Rendre compte à une autorité de tutelle, des partenaires, des actionnaires -Rendre compte à une clientèle de plus en plus exigeante

Tableau VII. Exemples d'objectifs et de finalités (68), (64)

1.4.2.2.2. La ou les cible(s) de l'étude

Pour des raisons de coût, il est en général impossible d'interroger l'ensemble de son fichier client. C'est la raison pour laquelle l'entreprise interroge un échantillon représentatif de la population. (39)

Un écart important entre l'échantillon interrogé et la population étudiée peut influencer la suite des traitements (redressement des résultats), et la manière de communiquer les résultats.(78)

C'est pourquoi, il faut identifier les clients que l'on souhaite interroger : à la fois qualitativement et quantitativement.

Choix du type de clientèle

Pour définir les cibles, il s'agit de réunir et d'analyser l'ensemble des informations existantes concernant les clients de l'officine : il se peut par exemple que l'entreprise dispose déjà de quelques renseignements sur la satisfaction des clients (étude de marché, enquêtes antérieures, sondages diverses...) qui par le biais de divers critères, facilitent la segmentation de la clientèle.

La cible de l'étude peut comprendre (64), (34), (39) :

- une partie de la clientèle, comme un segment à fort potentiel comme des clients fidèles, un certain type de services, nouveaux clients, clients d'une zone géographique...
- les clients perdus pour connaître les causes de rupture
- les clients de la concurrence pour se comparer, ou clients d'un organisme offrant des prestations comparables (par exemple, en matière d'accueil)
- les clients de l'entreprise, sachant que les clients intermédiaires (réseau de distribution) auront un point de vue différent du client final.

Les deux derniers groupes constituent les clients mixtes, c'est à dire ceux de l'entreprise se fournissant aussi chez la concurrence.

Il faut aussi définir le type d'interlocuteur à interroger : l'acheteur de la prestation, l'utilisateur de la prestation (le client lui-même, un de ses proches, une infirmière à domicile) ou encore le prescripteur de la prestation (le médecin, le client lui-même qui vient nous demander conseil).

De même, afin de rendre plus aisée cette sélection, il peut être intéressant de définir les personnes que nous ne souhaitons pas interroger comme les mauvais payeurs, les clients « non rentables », les clients avec lesquels on a des problèmes graves voire un contentieux au moment de l'enquête.(68)

Choix de la taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon est indépendante de la taille de la population que l'on veut étudier, mais dépend pour les mesures quantitatives du niveau de fiabilité statistique recherché pour les résultats, autrement dit du degré de précision souhaité.

Ce degré de précision correspond à la marge d'erreur notée acceptable sur les résultats α , et qui permet de définir ce qu'on appelle l'« intervalle de confiance » :

En se fixant un seuil de confiance à 95%, soit α à 5%, cela signifie qu'il y aura 95 % de chance que les résultats soient compris dans cet intervalle de confiance.

Plus la taille de l'échantillon sera importante, plus l'intervalle de confiance sera étroit étant donné que cette taille de l'échantillon intervient dans sa définition, donc meilleure sera la précision de la mesure. (78)

Mais la marge d'erreur n'est pas le seul facteur intervenant sur la détermination de la taille de l'échantillon, des paramètres non mesurables sont aussi à prendre en compte pour juger de la qualité de l'échantillon comme :

- la fidélité des clients et donc la pérennité des perceptions.(34)

Par exemple, dans le cas d'une enquête auprès de 50 clients parmi les 100 d'une officine, sachant que ces clients sont à 90% fidèles à cette dernière, les résultats seront intéressants à analyser même sur un échantillon faible.

- l'homogénéité des profils des clients (64)

En effet, si la population visée par l'enquête est jugée homogène du point de vue de ses attentes, le risque d'erreur sera moindre. Nous pourrions alors nous permettre de définir une taille d'échantillon inférieure à ce que peuvent prévoir des tables de statistique qui se basent uniquement sur l'erreur α , et qui ne font pas intervenir ce critère plutôt subjectif (78).

1.4.2.2.3. Enquête et échelle de temps

La fréquence de l'enquête

Trois types de périodicité sont possibles en fonction des besoins d'enquêtes (34) :

- enquête périodique renouvelée à intervalles réguliers
- enquête en continu : le recours à un service par un client déclenche l'enquête (cas d'une majorité de formations qui se concluent par un questionnaire remis aux participants).
- enquête ponctuelle

La fréquence des enquêtes est fonction de plusieurs paramètres (39) :

- de la capacité de réactivité de l'organisme aux résultats de l'enquête
- du client : la répétition auprès du même sujet peut générer un effet de lassitude si les enquêtes sont trop rapprochées
- des contraintes : face à des enquêtes périodiques jugées souvent assez lourdes dans leur mise en place et analyse, les entreprises préfèrent la mise en place d'enquête en continu moins contraignantes.
- de l'utilisation des résultats des enquêtes :

*Pour les enquêtes périodiques :

-Elles peuvent être utilisées lorsqu'il s'agit d'une enquête globale sur les services rendus par l'officine afin d'initier l'ensemble de sa politique qualité. L'officine peut se contenter de renouveler cette enquête tous les ans voire seulement tous les deux ans : cela correspond au temps qu'il faut pour communiquer les résultats, imaginer des plans d'actions, les mettre en œuvre.(65)

-Une officine peut souhaiter disposer régulièrement de résultats pour des raisons managériales (16) : l'enquête est utilisée pour motiver le personnel (challenge interne).

*Pour les enquêtes continues :

-Elles permettent de traiter les clients mécontents de façon spécifique en interrogeant systématiquement les clients (48). L'évaluation en continu a pour intérêt d'être moins contraignante que les enquêtes périodiques.

*Pour les enquêtes ponctuelles :

-une officine peut décider de lancer une enquête de satisfaction pour initier une politique qualité ou dans le cadre d'un chantier qualité particulier (réévaluer une politique qualité déjà mise en place).

Il peut alors être intéressant de procéder à une enquête immédiatement avant et après la mise en place d'actions d'amélioration de l'accueil par exemple.(3), (74)

La période de l'enquête

Le choix d'une période d'enquête peut influencer sur la fiabilité des résultats :

-le client ne porte pas forcément le même jugement sur le prestataire de services selon la période où il est interrogé. (34) Par exemple, certaines activités saisonnières peuvent nécessiter le recours à du personnel de remplacement moins expérimenté.

-une période donnée peut favoriser un segment de clientèle particulier. (64) Par exemple, une enquête pendant les grandes vacances, dans le cadre d'une officine en station balnéaire touchera plus de touristes.

Délai de réalisation de l'enquête

Nous pouvons interroger les clients (39) :

- à « chaud » : par exemple, suite à la délivrance de leur médicaments
- à « tiède » : quelques jours ou semaines après leur visite à la pharmacie pour la dispensation de leur médicaments
- à « froid » : de façon déconnectée par rapport à la délivrance de leur médicaments

Si l'on veut se faire une idée précise d'un service particulier, il est souhaitable d'interroger les personnes assez rapidement après consommation de ce service.

Nous pouvons conclure qu'au vu du cycle de la qualité des services auparavant décrit et par extrapolation à la pharmacie d'officine, cette dernière doit tenter de réduire l'écart qu'il peut exister entre le service attendu et perçu afin de maximiser son service rendu. Pour cela, la connaissance des attentes clients par diverses procédés dont l'enquête de satisfaction est plus que nécessaire.

Elle constitue l'un des outils mais elle reste, à elle seule, insuffisante : en effet, cette modalité aborde uniquement la relation pharmacien et clients, laissant en dérive celle concernant le pharmacien et toute l'équipe. Or il a été rapporté de nombreuses fois que les équipes s'en arrêtant à cette évaluation se sont heurtées à la difficulté de mettre en actes les idées qu'elles ont pu en tirer.(16), (64)

C'est pourquoi il ne s'agit pas de se contenter de connaître les attentes, il faut aussi les prendre en compte en les intégrant dans la définition du service voulu.

Pour ce passage à l'acte, la mise en place en interne d'une démarche qualité est indispensable.

2. Vers la mise en place d'une démarche qualité à l'officine

Quels sont les grands principes du domaine de la qualité ?

2.1. Les principales caractéristiques de ce concept

Seulement certains points la caractérisant ont été décrits à la suite afin de mieux en retenir des notions clés indispensables à sa bonne mise en place et conduite à l'officine.

Il faut noter que la qualité ne s'instaure pas en une seule fois.

Elle résulte avant tout d'une progression pas à pas : en effet, selon T. Dupin- Spriet (30), il est nécessaire de « hiérarchiser les priorités » et de débiter par un point qui permet de gagner l'adhésion de l'équipe. Il est préférable que l'entrée dans la qualité se fasse « par l'incident » (par exemple une panne avec le logiciel, une mauvaise température du réfrigérateur...), plutôt que d'établir des listes d'actions à entreprendre, vite perçues comme une charge supplémentaire.

Compte tenu de la complexité, et du large éventail des activités officinales, la mise en place d'un système qualité à l'officine nécessite :

-du temps (80), (91) : d'ailleurs, sa mise en oeuvre n'induit pas nécessairement un coût financier important, à condition que nous lui consacrons en contre partie du temps. Afin de réduire les frais, le recours à des étudiants de sixième année, ou des répartiteurs peut être envisagé.(30)

-de la volonté (74)

-un travail d'équipe : il reste possible étant donné que la démarche qualité est à portée de tous. En effet, il est inutile de réaliser seul le bilan du fonctionnement de son officine car il sera difficile de mettre en évidence les points de non- qualité surtout s'ils mettent en cause ses propres habitudes de travail. (33)

Cependant, malgré ces contraintes, « essayer la qualité, c'est l'adopter » d'après un sondage mené pour Le Moniteur par Direct Medica (30): 73% des pharmaciens ayant mis en place l'assurance qualité en sont satisfaits.

Ainsi, pour y parvenir, il faudra :

- dire ce que l'on fait
- faire ce que l'on dit
- écrire ce que l'on a dit que l'on devait faire.

Ce principe se base sur l'établissement d'un système documentaire qui peut être composé du manuel qualité, des procédures, des instructions, des enregistrements relatifs à la qualité, et de formulaires (74). Il assure une traçabilité sur laquelle s'appuie le système qualité, et permet de cadrer ce système fondé sur des processus qui constituent le noyau même de la qualité(94).

En effet, la mise en place d'une démarche qualité à l'officine s'inscrit dans le long terme et dans la continuité. L'amélioration de processus doit être programmée avec prudence et par étapes successives (65).

Ce système qualité se résume alors à deux notions- clés : l'amélioration continue, et la satisfaction du client.(74)

Pour I. Adenot, la qualité n'est pas une notion figée, elle doit sans cesse évoluer : il ne faudrait pas se limiter à l'établissement de processus(1).

Il faut plutôt entretenir la mise en place d'une démarche de progrès, continue et durable, en gardant pour objectif, l'obtention de la conformité voire de l'efficacité au maximum. Très peu d'entreprises arrivent à atteindre une maturité optimale de processus : l'excellence.(76)

Le lien de la satisfaction du client¹⁷ avec la qualité de l'offre de l'entreprise a déjà été décrit au chapitre 1. Mais il prend tout son sens dans la pratique.

En effet, assurer la qualité à l'officine, ce n'est rien d'autre qu'assurer sa mission de pharmacien : c'est-à-dire « participer [...] à la protection de la santé pour la satisfaction de tous, en toutes circonstances » selon J-C. Tellier(91).

Nous parlerons alors de qualité d'usage qui se « focalise sur la satisfaction des clients » (29). En effet, la qualité d'usage correspond selon la norme ISO 9000 : 2000 à « l'aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques » du produit ou du service « à satisfaire des exigences».

¹⁷ Le client en qualité correspond à celui à qui on fournit un produit, un service, et non pas celui qui achète

La qualité totale¹⁸ correspond à une stratégie globale, mise en œuvre par l'entreprise et ses partenaires. Ce concept de la qualité totale ne se définit pas par l'absence totale de défauts¹⁹ (26).

Cette gestion plus large de la qualité est permise grâce à la coordination des différents processus : elle implique toutes les fonctions de l'entreprise dans l'obtention de la qualité des produits et des services, y compris les fonctions administratives, d'achat, de vente, de gestion du personnel (94)...

Et il en est de même pour le circuit du médicament : la qualité totale correspond à un ensemble d'éléments qui concourent à la qualité de chacune des étapes de la vie du médicament (37). Ainsi, chaque étape doit être intégrée dans un système d'assurance qualité.(20)

L'industrie pharmaceutique assure depuis longtemps la qualité de ces produits. Le grossiste à son tour mise sur l'assurance qualité et s'engage à respecter les caractéristiques des produits lors de la distribution²⁰ (35). Reste le médecin qui doit prescrire les médicaments sans association risquée pour le patient. Et la délivrance par le pharmacien doit se faire avec l'information nécessaire pour permettre au patient d'être le partenaire actif et sûr de son traitement (74).

Cette qualité totale peut être définie par l'atteinte des objectifs suivants :

-justifier les dépenses en apportant la preuve par l'assurance qualité de l'utilisation efficiente des fonds (40)

-améliorer la gestion, par un repérage et une résolution facilités des problèmes concernant :

- la performance professionnelle ou qualité technique (59)
- l'utilisation efficiente des ressources (59)
- la conduite face au risque de lésions ou maladies associées aux services assurés, autrement dit le risque iatrogène (75), (20)
- la satisfaction du patient, concept délicat comme il a été vu(48)

-faciliter les innovations sur les médicaments, l'organisation, l'administration...(88)

-établir la traçabilité des actes (74), (94)

¹⁸ Ces termes ont été traduits de l'anglais (total quality management).(23) Actuellement en France, on parlera plus souvent de management de la qualité, plutôt que de la qualité totale.

¹⁹ Le zéro défaut correspond plutôt à un indicateur, un critère de mesure (76)

²⁰ Par exemple, le maintien de la chaîne du froid.

Pour parvenir à assurer toujours la même qualité, il faudra organiser la structure par rapport à des normes²¹ : il est nécessaire de comparer son système de management de la qualité avec des référentiels comme par exemple la norme ISO 9001 : 2000.

Mais, la qualité à l'officine résiderait plus dans un état d'esprit comme la recherche de la satisfaction du client que dans un strict suivi de normes (30): prévoir les besoins, anticiper les attentes des clients sont nécessaires pour faire évoluer la qualité du service proposé (32). Les pharmaciens suisses plus avancés dans ce domaine donnent l'exemple (46) en utilisant ces normes pour évaluer la qualité des services pharmaceutiques fournis.

2.2.La qualité à l'officine : un passage obligé !

De part ces caractéristiques, le système qualité dévoile déjà de nombreux avantages que nous allons approfondir.

La formalisation d'une organisation qualité a été entreprise par de nombreuses industries notamment pour donner confiance au client, ce qui permettra de le fidéliser(93), et de prouver la maîtrise de la production et de la gestion des services(16).

Il en est de même pour la pharmacie d'officine : d'après A. Fellmann, l'amélioration de son service rendu est une priorité absolue pour son avenir (33) en raison des nombreuses finalités qu'elle présente.

Tout d'abord, la mise en place d'une démarche qualité permet d'assurer la satisfaction des clients/ patients (32), en maintenant voire développant la confiance qu'il attribue à l'officine (1).

De plus, une organisation qualité assure aux clients/ patients :

- une protection optimale dans les domaines relevant de sa compétence en parvenant à une dispensation et conseil de qualité(20), (31).
- une prévention efficace des risques liés à la thérapeutique médicamenteuse (soins inappropriés, inférieurs à la norme, ou nocifs).

²¹ « document établi par un consensus et approuvé par un organisme reconnu, qui fournit pour des usages communs et répétés, des règles, des lignes directives ou des caractéristiques, à des activités ou à leurs résultats »(29)

En effet, l'incidence des maladies iatrogènes résulte du développement rapide de la technologie et de la banalisation des médicaments. Elle atteint des taux considérables dans les pays occidentaux.(75)

Cette prévention passe par le respect des exigences de sécurité contrôlées en s'assurant d'une adéquation des soins(19).

L'assurance qualité permet aussi une meilleure utilisation des ressources(40) sur le plan :

- humain : la qualité permet de s'assurer au quotidien d'un élément de motivation, d'une diminution du nombre d'erreurs, et d'un gain de temps sur du plus long terme
- technique : avec la maîtrise des outils et des méthodes de la qualité, pouvant, entre autre, permettre une évaluation objective des pratiques officinales.
- économique : l'optimisation de la rentabilité sur le long terme s'explique par une meilleure maîtrise des coûts.

A l'inverse, le coût de la non qualité a pu être chiffré par le Mouvement Français de la Qualité (MFQ) à environ 10% du chiffre d'affaires annuel (hors taxe) dans une industrie de type PME²² (33), (74). L'officine étant aussi une PME, le coût de la non- qualité doit être semblable d'après T. Dupin- Spriet(33)

Mais il faut aussi envisager le coût potentiel à plus long terme de la non qualité, avec atteinte :

*de l'image du pharmacien. Le recours de plus en plus fréquent auprès de la justice de clients « mécontents » ou de sociétés de défense des consommateurs y contribue (71), (62).

*du monopole pharmaceutique, c'est à dire l'ouverture de certaines parts du marché à d'autres circuits de distribution.(35) Etant déjà incitée par la Commission Européenne, la non- qualité ne fera qu'accélérer sa survenue.

A l'inverse, la qualité permettrait de montrer aux pouvoirs publics une supériorité du circuit établi dans le secteur de la pharmacie par rapport à d'autres circuits; ceci afin de prévenir la perte de ce monopole(62), ou du moins la retarder(102).

Il s'agit donc de confirmer « la valeur ajoutée » de la pharmacie, comme le précise F.Salat- Barroux(81).

²² petite et moyenne entreprise

La démarche qualité contribue à promouvoir une remise en cause professionnelle d'après J-C. Tellier, favorable au perfectionnement du pharmacien. Le repérage des lacunes permettra de mieux compléter sa formation (35), (31).

Enfin, la qualité permet d'établir une traçabilité des actes pharmaceutiques par la mise en place de procédures. Cette dernière pourra constituer une preuve en cas de litige avec les tutelles ou de plaintes émanant de patients(62). Ce rôle est d'autant plus important du fait de la multiplication des procès en santé.(71)

Pour qui la qualité à l'officine peut-elle présenter un intérêt ?

Même si la démarche qualité vise en première ligne le « patient, client », les autres cibles sont aussi plus ou moins directement concernées:

-le prescripteur. D'après T. Dupin- Spriet(33), il « attend le suivi de sa prescription et que le pharmacien lui apporte des explications complémentaires sur le déroulement du traitement » et son utilisation.

-les autorités de tutelle comme la sécurité sociale, les compagnies d'assurance. Elles s'assurent ainsi du bon usage des médicaments afin de réduire l'iatrogénie évitable, de mieux maîtriser les coûts, d'améliorer la pratique de la prévention sanitaire.(75), (20), (40)

-le pharmacien et toute l'équipe officinale afin de travailler en toute sécurité, en toute circonstance. Pour I. Adenot, l'esprit qualité permet de relativiser : les erreurs peuvent arriver, sachant que ces dernières sont utiles et fécondes pour progresser.(1)

C'est pourquoi A. Fellmann juge que la pharmacie d'officine ne peut plus rester à l'écart d'une démarche qualité.(35)

D'autant que cette dernière a déjà été entreprise par d'autres professionnels de santé, depuis de nombreuses années pour certains, plus récemment pour d'autres : en 1976 pour les fabricants de médicaments, en 1994 pour les laboratoires d'analyses biologiques, en 1996 pour les établissements de santé.(118)

Et ce retard apparaît encore plus important au regard des officines suisses qui ont déjà développé un label de certification fondé sur les normes ISO 9001 et un contrôle bisannuel par un organisme indépendant international.(46)

Voilà pourquoi, en France, depuis quelques années (91), les pharmaciens ont globalement été sensibilisés à l'amélioration continue de leur service rendu, tant pour leur positionnement d'acteur de santé que pour l'efficacité de l'équipe officinale.

Bien que le nombre d'acteurs de la qualité soit différent entre l'industrie et l'officine, la démarche est transposable(30) malgré le changement d'échelle. Néanmoins, cette démarche reste identique(80).

La démarche qualité reste avant tout une action volontaire, résultant d'une réflexion personnelle vis-à-vis de l'enjeu de la non qualité.(16) Elle ne doit en aucun cas être perçue comme une contrainte : une démarche qualité n'est possible que si le ou les titulaire (s) et l'ensemble de l'équipe s'impliquent personnellement.(74)

Cette démarche concerne l'exercice pratique au quotidien, et nécessite de mettre en place des procédures écrites et actualisées : en effet, l'assurance qualité est une démarche d'organisation basée sur la prévention.(94)

C'est pourquoi il faut décider et écrire ce que l'on veut faire, comment le faire, quand le faire, qui va le faire, qui en a la responsabilité, définir les moyens (matériels et humains) à y consacrer.(67)

Donc la qualité est aussi un soutien rassurant au quotidien pour I. Adenot, puisqu' elle contribue à crédibiliser l'intérêt de ce maillon de la chaîne de santé qu'est l'officine (1).

Et d'après J-C. Tellier, il en va de la « responsabilité de chacun ».(103)

2.3. Les pré-requis à l'instauration d'une démarche qualité pour une bonne conduite du projet à l'officine

Au vu des possibilités de développements économiques, humains, et financiers que peut apporter la mise en place d'une démarche qualité, il ne faut pas laisser certains éléments entraver son instauration (16). C'est pourquoi, il est nécessaire de prendre en compte ces difficultés potentielles afin d'avoir recours à des actions préventives qui faciliteront le déroulement du projet.

2.3.1. Un frein éventuel : les résistances et idées reçues sur la qualité

Plusieurs difficultés peuvent être rencontrées lors de la mise en place d'une démarche qualité à l'officine comme :

-le manque d'implication du personnel

Le mode de fonctionnement en équipe, fondé sur le partage de la responsabilité, implique de renoncer à une totale indépendance.

Pour ne pas échouer dans la qualité, J. Parrot conseille de passer d'un mode de travail à dominance individualiste à un mode de travail où l'activité et l'état d'esprit de groupe prédominent. (73)

-le manque de temps

Dans l'ensemble, les pharmaciens restent sensibles à la qualité et prêts à l'accepter à condition que ce soit à leur rythme : suite à une enquête menée par Direct Medica (30), les pharmaciens qui n'ont pas encore abordé l'assurance qualité, invoquent en premier frein (57 %) le manque de temps.

-le refus du formalisme

La formalisation d'activités et de tâches par le biais de procédures est souvent perçue comme un élément empêchant toute innovation. (74)

-la formation insuffisante à la méthodologie (54)

L'utilisation non maîtrisée des méthodes de la qualité peut donner l'impression de démarche trop théorique, ce qui démotive le personnel.

Par exemple, les procédures peuvent ne pas être appliquées par tout le personnel si l'équipe n'a pas été impliquée dans leur élaboration.

-diverses craintes ou défenses sous-jacentes suite à de la naïveté ou à des contresens, peuvent être avancées comme arguments pour « résister » à l'entrée dans une démarche qualité:

Idées reçues et exemples	Explications de ces croyances
Sentiment de reproche(55)	Suspicion des employés qui entendent dans cette démarche des critiques par rapport à la qualité de leur travail.
Le sentiment d'incompréhension(55) Des professionnels sont convaincus qu'ils font « tout » pour le client	Les professionnels faisant cette remarque, ont tendance à évaluer la qualité de leur prestation à l'aune de leur peine. En raison de l'importance du travail fourni, il est alors interdit tout regard objectif sur l'analyse de leur activité.
Assimilation entre qualité et devoir en faire plus(30)	Crainte d'avoir à faire plus et de mettre en place un système qui nécessite plus de moyens que l'on en dispose
L'émergence de conflits internes (16) résultant par exemple de plusieurs inadéquations entre ce qu'exige le supérieur vis à vis de ces employés et son comportement.	C'est une des principales difficultés à résoudre lors de la mise en place d'une démarche qualité. Les attributions et délégations dues au système qualité peuvent révéler des conflits de personnes
La peur que l'amélioration du service client se fasse au détriment du personnel(16)	Le personnel peut être amené à craindre que les enjeux des clients viennent s'opposer aux enjeux de ceux qui ont à assurer le service. Mais cette crainte n'est pas totalement infondée : l'élargissement des plages horaires d'ouverture, une meilleure prise en compte des cas particuliers de clients, imposent de nouvelles contraintes.
La peur d'être espionné (55)	La peur d'être épié, surveillé, d'être noté, d'être comparé aux autres

Tableau VIII. Présentation de quelques croyances à l'égard de la qualité

2.3.2. Conditions de réussite : actions préventives et « règles » à respecter

En raison de ces nombreuses difficultés qui peuvent être rencontrées, il faut anticiper pour s'assurer de la réussite d'une démarche qualité.

C'est pourquoi il faut définir les différentes modalités du terrain propice à son initiation et développement : esprit d'équipe, bonne ambiance, rapports professionnels avec le titulaire.

2.3.2.1. Chacun à sa place ! : les bases d'une bonne organisation

Regardons de plus près les deux principaux acteurs autour desquels se façonne ce terrain propice : le pharmacien titulaire et le responsable qualité.

2.3.2.1.1. Pilotage du projet : le pharmacien titulaire

La réussite d'un système qualité à l'officine va dépendre en grande partie du titulaire. En effet, la motivation de l'équipe est « souvent » à l'image du titulaire.

Il est donc nécessaire que le titulaire soit sensibilisé à la qualité et motivé.(35)

Certes le titulaire ne peut s'inscrire seul dans une démarche qualité (30). Mais c'est lui qui doit s'engager en premier dans la démarche, et la conduire s'il veut que son équipe adhère au projet.(35)

Le titulaire correspond donc au **responsable du pilotage du projet**.(74)

Pour parvenir à fédérer son équipe autour du projet, le pharmacien titulaire doit appliquer un management participatif (12) par délégation afin d'impliquer et mobiliser au mieux chaque membre de l'équipe : le titulaire est considéré comme un animateur du projet par la mise en place d'une dynamique de groupe.(21)

Le titulaire doit aussi communiquer au sein de l'organisme la politique qualité qui anime l'officine. Cette politique représente l'engagement de la direction sur des objectifs à atteindre : par exemple, l'importance qu'attache l'officine pour satisfaire les attentes des clients.(1), (103) Pour répondre à ces objectifs, le niveau de qualité souhaitable devra alors être défini. La définition du niveau de qualité à atteindre permettra à l'équipe de mieux appréhender l'équilibre entre la qualité totale et le niveau minimal à atteindre.

Enfin, le pharmacien titulaire doit expliquer les objectifs de la démarche qui peuvent correspondre aux points suivants(59) :

- la résolution de dysfonctionnements empêchant d'atteindre le niveau fixé
- pour éviter la reproduction de telles défaillances par la mise en place de procédures...
- l'anticipation sur des points de non- conformité susceptibles d'apparaître.

2.3.2.1.2. Le « responsable qualité » (RQ)

Il s'agit de la personne référente en matière de qualité à l'officine, expérimentée dans ce domaine, nommée par le titulaire et acceptée par l'équipe.

Le RQ a pour rôle de gérer la qualité en :

- prenant en charge les dysfonctionnements rencontrés
- créant un système documentaire avec le management du circuit d'information, comme la diffusion des documents, l'archivage des éléments du système, la rédaction du manuel qualité.
- vérifiant la mise en application et le respect des procédures par le suivi du projet qualité avec des indicateurs, et par l'organisation d'audits.(12), (54)

Comme le décrit le tableau ci- dessous, le RQ joue un **rôle fondamental d'interface entre l'équipe et le titulaire**, voire éventuellement des personnes externes à l'officine, comme des auditeurs externes.

Interaction du RQ avec :	Motifs des interactions
l'équipe officinale	<p>-Mise en place et suivi du système d'assurance qualité en collaboration pour :</p> <ul style="list-style-type: none">• l'identification des axes à traiter et la coordination des actions qualité• la rédaction des procédures (73) <p>-Maintenance d'une motivation en :</p> <ul style="list-style-type: none">• sensibilisant et formant le personnel aux concepts de la qualité et pour une bonne compréhension de la démarche (74), (30), (108)• mettant en valeur le travail réalisé par l'équipe et ses compétences.(55) <p>→ intérêt de la communication</p>

le titulaire	<p>-Le RQ est l'interlocuteur principal du titulaire(110) :</p> <ul style="list-style-type: none"> •le RQ l'informe de l'évolution de la démarche d'AQ •le RQ lui communique tout dysfonctionnement rencontré •le RQ organise et gère les réunions qualité en collaboration avec le titulaire <p>-Le RQ reste sous l'autorité hiérarchique du titulaire pour des prises de décision au sein de l'officine (74)</p>
---------------------	---

Tableau IX. Présentation des interfaces possibles entre le RQ et le titulaire, ou l'équipe.

2.3.2.2. Communication autour de la démarche qualité : une action primordiale

L'orientation **externe** de la communication désigne celle menée envers les clients et institutions. Elle permet de valoriser le travail de l'équipe dans la réalisation d'un projet(43), (44). Elle peut intervenir à deux niveaux :

- **dès le début**, lors de la définition des objectifs
- **assez tardivement**, après l'obtention des premiers résultats.(48)

Cependant au vu des nombreuses craintes et idées reçues précédemment détaillées, la sensibilisation **préalable** du **personnel** à la culture qualité est indispensable (16). La culture qualité est fondée sur le bon sens, la pratique, un management adapté, et sur la responsabilisation de l'équipe.

La communication externe ne pouvant alors intervenir, ceci sera rendu possible par une **communication interne** maîtrisée. Cette maîtrise est d'autant plus essentielle dans une structure comme l'officine qui ne favorise pas la communication interne du fait des 35 heures, des mi- temps, quart- temps ou de l'effectif réduit.(74)

En effet, la communication interne constitue un moyen de connaissances partagées de la qualité. L'ouverture à l'expression et au débat va permettre aux membres de l'équipe :
-d'exprimer le sens qu'ils veulent donner à l'action.

-de confronter leurs points de vue. La participation et l'échange sont utiles pour la réussite d'une démarche qualité.

-de comprendre les contraintes et les enjeux de la qualité.(15), (74), (109)

Pour la bonne mise en œuvre de cette communication interne, nous disposons entre autres :

-de présentations courtes avec le responsable de projet pour préciser les objectifs, les principaux éléments de la méthode

-de l'apport d'un maximum d'informations chiffrées objectivant les dysfonctionnements observés lors de l'étape du diagnostic de problèmes

-de l'apport régulier d'informations chiffrées sur la mise en œuvre des actions d'amélioration pour le maintien de la motivation du personnel.(14), (15)

En ce qui concerne la sensibilisation du personnel à la qualité, les principes suivants aideront à introduire plus facilement la qualité auprès d'une équipe, mais ne feront pas disparaître totalement les résistances exprimées.

Dans un premier temps, le RQ devra rendre le personnel intéressé par la démarche qualité pour que celle-ci prenne appui sur des bases solides.(16)

Pour cela, il faut apprendre à écouter les objections de l'équipe grâce à des débats, l'échange laissant s'exprimer les objections et les craintes. Il est alors nécessaire de remettre en question les représentations concernant la qualité, en apportant d'autres points de vue.(15), (21)

Dans un second temps, au fur et à mesure que le travail progresse, l'intégration de résultats concrets et cohérents par rapport aux attentes pré-établies permettra de faire évoluer ces représentations. Elles finiront par se stabiliser.(16)

Par conséquent, l'écoute dirigée envers l'équipe officinale ne doit pas être omise pour T.Dupin- Spriet (30) : les « meilleures démarches » sont celles qui entendent, apaisent les craintes, libèrent l'action et l'initiative en faveur du client.

Dans le tableau ci-dessous ont été regroupés quelques exemples d'idées directrices permettant de construire une argumentation suite à diverses objections du personnel. Mais assez souvent, ces réponses ne se suffisent pas à elles seules ; c'est l'expérience qui enterrera véritablement ces croyances (30) :

Idées reçues et exemples	Points à développer et argumenter face à certaines croyances
Sentiment de reproche (55)	Améliorer la qualité du service, c'est chercher les erreurs, pas les coupables : Dans ce cas, rassurer le personnel sera insuffisant, seule l'expérience de l'équipe impliquée dans de véritables améliorations au service du client, lèvera avec le temps cette crainte. Ceci se fera encore plus facilement s'il y a notion de progrès.
Sentiment d'incompréhension(55) l'équipe fait déjà tout pour le client	La qualité de service, ce n'est ni tout faire pour le client, ni le croire, mais définir ce que nous pouvons et voulons faire.
Assimilation entre qualité et de voir en faire plus (30)	Progresser en qualité de service n'est pas toujours en faire plus mais surtout autrement , avec une autre organisation de nos ressources, de l'activité à partir des besoins du client dans ses propres capacités.
L'émergence de conflits internes (16) résultant par exemple de plusieurs inadéquations entre ce qu'exige le supérieur vis à vis de ses employés et son comportement.	La démarche qualité est crédibilisée par l'exemplarité et la cohérence des comportements du manager : le titulaire doit alors accepter un débat avec le personnel pour entendre, prendre en compte, donner des éléments de réponse, et faire cet effort d'exemplarité envers ses collaborateurs.
La peur que l'amélioration du service client ne se fasse au détriment du personnel(16)	Rassurer sur cette crainte du « client- tyran » : l'amélioration de la qualité du service ne peut pas jouer les intérêts du client contre les intérêts du personnel, mais doit s'appuyer au maximum sur des solutions négociées.

<p>La peur d'être espionné (55)</p>	<p>Mettre en œuvre un travail objectif, collectif, transparent portant sur la définition du service à rendre et la clarification des règles du jeu quant au choix et à la place des indicateurs qualité dans l'évaluation des personnes</p> <p>Un problème demeure : lorsque l'on va évaluer l'amélioration de la qualité du service, on va aussi évaluer des hommes qui se trouvent derrière cette construction et réalisation du service.(41)</p>
--	---

Tableau X. Argumentations à développer en fonction des fausses idées exprimées.

2.4. Différentes façons d'aborder la qualité à l'officine

Différents types de méthodes peuvent être utilisées comme fils conducteurs de démarches qualité. Plusieurs modes de classement existent pour ces méthodes : celle par approches permet de catégoriser chaque méthode en fonction de sa caractéristique principale.(4), (38) Cela permet par la suite de faciliter le choix de la méthode en fonction des problématiques rencontrées.

Nous nous focaliserons plus particulièrement sur trois types d'approches : par comparaison, par les clients, et par les problèmes qui visent l'identification des potentiels d'amélioration.(4)

2.4.1. L'approche par comparaison via le guide d'auto-évaluation : la référence à l'officine

En se basant sur le « connais- toi, toi même » de Socrate, le guide d'auto-évaluation présente un rôle clé. Pour T. Dupin- Spriet (33), il peut couvrir plusieurs facettes d'une démarche « thérapeutique » comme la prévention, le diagnostic, le curatif, le suivi envers son « malade » : l'officine.

2.4.1.1. Rôle de l'auto- évaluation en assurance qualité

Le CNOP, soucieux de répondre aux besoins de la profession en termes de qualité par rapport aux autres professionnels de santé, a rédigé ce guide d'auto- évaluation. Ce dernier fut envoyé en mars 2002 aux officines françaises. (91), (106), (35)

Il s'agit d'un guide validé à l'officine par le CNOP qui permet de dresser un état des lieux **en interne**, c'est-à-dire en s'appuyant sur le point de vue de chaque membre du personnel sans impliquer le client.(33)

Ce guide sert de référentiel pour comparer et analyser une pratique, un service, une organisation ou un processus . (82)

Ce guide fournit des repères à propos de l'activité de l'officine. Il s'agit d'un moyen d'optimisation du travail et des relations avec le client qui n'a pas pour but la remise en cause des compétences de l'équipe officinale(91). Ainsi, le guide permet :

- l'amélioration des compétences pour la dispensation
- un meilleur suivi pharmaceutique
- l'obtention de la satisfaction du client pour la meilleure qualité de soins possible

Il s'agit donc d'un outil qui permet de mener une politique d'amélioration de la qualité des services à l'officine pour obtenir une meilleure organisation tout en gagnant du temps.(106)

Plusieurs rôles de cet outil peuvent être distingués.

Le guide permet au titulaire d'établir avec l'ensemble de son équipe, un bilan qualité de leur officine par « auto- diagnostic »(33). Il est donc utile pour connaître les points forts et les points d'amélioration nécessitant d'être développés et se fixer un niveau de qualité à atteindre avant la mise en place de la démarche.(82)

Le guide permet la mise en place d'un plan d'actions axé sur les potentiels d'amélioration identifiés en y associant tous les membres de l'équipe. (102), (103) T. Dupin- Spriet va même jusqu'à parler « d'automédication raisonnée». (33)

Pour cela, il permet de classer les thèmes à traiter à partir de grilles d'auto- évaluation qui traduisent en termes chiffrés et non lettrés les priorités. Ces chiffres permettent de planifier dans le temps des **plans d'action** qualité et de **corriger** les dysfonctionnements constatés dans l'exercice quotidien officinal.(74), (82)

Le guide permet le suivi continu des améliorations permises par les actions mises en place, grâce à la construction possible de scores, d'indices (1) : cette pratique dénommée « officinovigilance »(33) par T. Dupin. Spriet est une source possible d'encouragements concrets.

Le guide permet à l'équipe et au titulaire de se former en assurant un recyclage des connaissances sur ce qui est connu depuis de longue date, et aussi sur les nouveautés s'il est maintenu à jour.(23), (33)

Le guide permet un dialogue lorsqu'il est confié à chacune des personnes de l'équipe. Au cours du croisement des résultats ainsi obtenus, des réponses différentes à une même question appellent à identifier la raison de ces différences.(33), (74)

L'approfondissement de cette discordance permet de mieux la comprendre en vue d'une harmonisation des techniques de travail et du maintien de la qualité du service rendu.(1)

2.4.1.2. Utilisation du guide et appropriation en qualité

Le guide d'auto-évaluation (annexe 5) est un outil qui consiste en une liste de 153 questions et 285 sous-questions(118). Elles portent sur les techniques professionnelles, divisées en cinq grands chapitres qui correspondent aux principales activités de l'officine en insistant sur :

- la dispensation qui correspond au plus gros chapitre du questionnaire et évalue : la dispensation des ordonnances et des médicaments hors prescription.
- les structures, locaux, et installations
- la mise en place d'un système qualité cohérent
- l'équipe
- le traitement des non-conformités.

Pour que les réponses reflètent avec le plus d'exactitude possible la réalité, les auteurs ont choisi comme critères d'annotation, une échelle à 5 propositions : oui, souvent, rarement, non, non concerné.(118)

Ces réponses peuvent être affirmatives signifiant que l'exigence est satisfaite.

A l'inverse, les réponses : « souvent », « rarement » et « non » signifient qu'il est nécessaire de mettre en place des actions correctives .

La réponse « non concerné » : par exemple, le pharmacien qui travaille seul dans son officine ne peut être concerné par les questions relatives à l'équipe.

D'après J-C. Tellier, deux façons d'utiliser le guide sont possibles comme le présente le tableau ci- dessous :

Mode d'utilisation	Partir de la théorie : du guide(35)	Partir de la pratique(35)
	Planifier un chapitre du guide à compléter par l'ensemble du personnel, choix fonction des priorités qualité du moment(74)	Travailler à partir de dysfonctionnements constatés ou d'un thème décidé en équipe et rechercher les questions du guide correspondantes.(82)
Conditions de réalisation	-faire remplir les auto- questionnaires par le personnel -analyser les résultats : en faire la synthèse avec la prise en compte des réflexions annexes → planifier les actions prioritaires, et par la suite rédiger les documents qualité utiles.(118)	

Tableau XI. Récapitulatif des différentes façons d'utiliser le guide à l'officine

2.4.2. Approche par les clients

Pendant longtemps, la définition de la qualité a été fondée sur des standards et des normes du domaine de l'ingénieur, qui s'appuyaient sur le savoir, les moyens techniques disponibles, recherchant à répondre « au mieux » au besoin supposé de la clientèle.(29)

Le marketing a alors beaucoup apporté à l'entreprise, grâce à l'étude de marché et aux études de concept de produits, en développant une approche externe de la qualité et une orientation client.(32), (43)

Afin de s'imprégner de cette culture, il reste alors à intégrer dans la démarche qualité la mesure de la satisfaction clients.

2.4.2.1. Les principes de cette approche

Pour prévenir, déceler et corriger les points faibles, soit, en d'autres termes, identifier les potentiels d'amélioration, il est important de disposer d'outils spécifiques, d'utiliser des techniques particulières et de développer un état d'esprit, une écoute.(48)

C'est pourquoi en qualité, il est possible de faire appel à l'enquête de satisfaction qui réunit une liste de questions visant à connaître le sentiment des clients sur l'existence d'une réponse adaptée à leurs attentes exprimées ou implicites. (11)

L'enquête de satisfaction constitue *un outil essentiel du système d'informations qualité*(10) :

-en amont d'une démarche qualité, ses résultats alimenteront la réflexion sur les orientations de la politique qualité : ils permettront de formuler les conclusions qui s'imposent et les actions à entreprendre pour améliorer cette satisfaction.

-dans une démarche qualité déjà engagée, pour laquelle il est impératif de développer des mesures régulières, encore appelées baromètres de satisfaction, cette enquête permet les ajustements nécessaires pour prendre en compte les perceptions des clients, et ainsi améliorer au fur et à mesure les prestations.(10), (11)

Ainsi, pour les organismes soucieux de la qualité, l'enquête de satisfaction est un moyen de « savoir » pour mieux « agir » (43), (44). Ces notions de « savoir » et « agir » sont relatives aux objectifs et finalités fixées.

Les **objectifs** correspondent au « savoir », c'est à dire :

-recueillir les perceptions en :

- identifiant et hiérarchisant les attentes
- mesurant le niveau de satisfaction

-identifier les priorités d'amélioration

-suivre l'évolution des perceptions dans le temps(64), (68)

Les **finalités** correspondent à « agir », c'est à dire :

-Définir les orientations de la politique qualité

-Positionner les objectifs qualité

-Sensibiliser le personnel

-Lancer des actions d'amélioration (11), (68)

Par conséquent, afin de pouvoir effectuer des études de satisfaction des clients, il faut disposer d'instruments représentés par des listes de questions ou items (34).

Or comme l'annonce l'expression populaire : « Pour bien arriver, il faut partir d'un bon pied », il est nécessaire avant de mettre en œuvre une approche clients, de se concentrer de plus près sur le point de départ : le questionnaire de satisfaction.

C'est pourquoi nous allons détailler un des outils actuellement à notre disposition permettant d'évaluer la qualité du service rendu à l'officine.

2.4.2.2. Les caractéristiques de l'enquête retenue pour la mise en œuvre de l'approche clients

Ce questionnaire de satisfaction résulte d'une construction validée méthodologiquement, et réalisée au cours d'un travail de thèse soutenue par le Dr. Saleh Amro(9).

Afin de mieux cerner cet outil, il est nécessaire de retracer succinctement sa construction pour en comprendre ses principaux caractères.

Ce questionnaire a été conçu afin de disposer d'un instrument français standardisé évaluant la satisfaction des patients à l'officine et pour améliorer la qualité des services.

En effet, avant sa réalisation, il n'existait pas de tel outil en France applicable au domaine de la pharmacie d'officine.(9)

Le questionnaire a été élaboré comme suit :

Afin de générer des items qui représentent bien l'appréciation de la satisfaction, une étude qualitative préalable a été réalisée : le contenu des attentes des patients a été évalué auprès de 262 personnes de la région grenobloise.

La mise au point d'une échelle de satisfaction est complexe, nécessitant un grand nombre de patients et une dizaine d'années de travail, au sein d'une collaboration multidisciplinaire : c'est pourquoi cette solution n'a pas été retenue.

Du fait du défaut d'instruments validés en langue française, il a fallu explorer ce qui existait par ailleurs. Des questionnaires d'origine anglo-saxonne portant sur l'étude de satisfaction des patients au sein du domaine pharmaceutique de MacKeigan et Larson (53), (60) ont été traduits en français et adaptés à la culture française. Les idées servant à la constitution des items ont pour origine celles de Mackeigan et Larson.

La fiabilité²³ de la traduction a été vérifiée par un test de retraduction : l'instrument en français a ainsi montré des propriétés métriques semblables à l'original.

En tenant compte des attentes des patients recueillies initialement, 29 questions ont été retenues parmi toutes celles des questionnaires traduits.

La validation²⁴ de ce questionnaire a été effectuée auprès de 350 personnes sollicitées face à face, interrogées au hasard dans différents lieux de Grenoble : hôpital, gare, rue, université et les salles d'attente de cabinets médicaux.

Cette validation a été réalisée par :

- le test de l'acceptabilité : elle est bonne vu le taux de participation de 100% et la faible proportion de questionnaires inexploitable.
- la validation des propriétés psychométriques. Il s'agit d'une méthodologie classique utilisée pour la validation. Ces propriétés correspondent à trois propriétés des questionnaires qui doivent être étudiées avant leur généralisation : la validité, la fiabilité, et la sensibilité au changement (9).

Les résultats de cette validation montre que cette échelle de satisfaction repose sur de bonnes propriétés psychométriques : un outil d'évaluation plus adapté aux officinaux français a alors été conçu.(9)

Suite à cette validation, ce questionnaire peut- être utilisé comme instrument de référence pour l'évaluation de satisfaction des patients à l'officine.(9)

Cependant, il reste à vérifier sa validité d'un point de vue pratique. En effet, lors de sa validation mathématique, l'acceptabilité a été déterminée auprès de passants dans la rue et pas encore au niveau de la clientèle d'une officine.

2.4.3. Approche par les problèmes : la méthode de résolution de problèmes

2.4.3.1. Notions essentielles concernant la méthode : intérêts et principes

²³ mesure dans laquelle les données sont fiables et précises pour le chercheur ou l'évaluateur. La collecte minutieuse d'informations est essentiel à l'obtention de données fiables.(79)

²⁴ Processus d'évaluation de la qualité d'un instrument de mesure, mesurant réellement ce qu'il doit mesurer, et capable de prédire un événement futur (9)

Cette approche est utilisable lorsqu'on souhaite améliorer une situation dans laquelle des problèmes sont clairement identifiés, un problème se définissant comme une différence entre la situation existante et celle attendue.

Son rôle consiste donc à transformer ces dysfonctionnements en source de progrès.(59)

L'esprit fondamental de cette méthode correspond à celui de toute démarche qualité : la réflexion doit être préalable à l'action ! Ceci se traduit par une analyse des causes des dysfonctionnements avant de conduire des actions.(4), (79)

Cette méthode vise à éviter la réapparition de l'écart constaté en recherchant ses causes puis en mettant en place des actions correctives.(4)

En effet, une action **corrective** a pour but d'éliminer *les causes* d'une non- conformité ou d'un défaut existant et d'empêcher son renouvellement.

Son objectif est de remédier de façon *durable* (au moyen et long terme) à un dysfonctionnement avéré.(29), (117)

Ces caractéristiques permettent de la discerner des actions curatives éliminant au coup par coup les dysfonctionnements constatés sans pour autant en traiter la cause, et n'ayant pas d'effet durable. (29)

Mais avant de mettre en place les actions correctives, il faudra parvenir à hiérarchiser et prioriser ces actions grâce au cheminement de cette méthode.(24)

Par la suite, la mise en place d'actions d'amélioration pourra être encadrée par la rédaction de procédures, d'instructions.(59)

Cependant, dans l'intérêt d'assurer la constance du niveau de qualité fixé, cette méthode n'oublie pas d'évaluer ces actions correctives en mettant en oeuvre des outils de contrôle (79) : l'objectif est d'être prêt à recevoir la visite d'une tierce personne pour obtenir une reconnaissance de qualité comme une certification.

C'est pourquoi cette méthode prévoit en fin de parcours une évaluation des actions entreprises à l'aide d'indicateurs qualité.

2.4.3.2. Suite logique des étapes constituant cette méthode

Cette méthode repose sur une suite logique d'étapes présentée dans le tableau suivant : le déroulement de la méthode a été formalisé et stabilisé par l'union des scientifiques et des ingénieurs japonais (45), (79).

Enchaînement des étapes	Caractéristiques et description des étapes	Les divers outils qualité ²⁵ utilisables selon les étapes
1- Listing des problèmes	Identification de l'ensemble des problèmes intéressant l'ensemble des participants (expression libre sur les sujets préoccupants).	-Remue- méninges -Méthode d'écoute client (enquête de satisfaction, entretiens...)
2-Choix d'un problème	-Hiérarchiser les problèmes énoncés selon leur importance respective pour n'en retenir qu'un seul prioritaire. -Cerner au mieux le problème prioritaire en l'approfondissant.	-Etablissement de critères de sélection -Vote
3-Identification des causes possibles du problème	Ne pas se hâter vers des solutions, donc fragiles, une fois que le problème principal est explicité : Rechercher toutes les causes possibles du problème en recueillant des faits qui permettront d'identifier les causes réelles.	Remue- méninges
4-Classement des causes recensées	Hiérarchisation des causes recensées par ordre décroissant d'importance : ordre dans lequel le groupe devra organiser par la suite son plan d'actions.	-Classement <i>par groupe</i> : diagramme d'Ishikawa ou des 5 M ou causes- effets -Détermination du poids (en données chiffrées) de <i>chaque cause</i> : diagramme de Pareto .
5-Retenir uniquement les causes essentielles	Choix des causes essentielles spécifique à chaque type d'outil.	

²⁵ Abordé dans le paragraphe 3.3.2.

6-Recherche des solutions possibles	Créativité nécessaire pour avoir au moins 2 solutions à confronter Identification de l'ensemble des solutions possibles pour chacune des causes majeures retenues	Remue- méninges
7-Choix de la solution	Hiérarchiser les solutions énoncées selon leur importance respective pour n'en retenir qu'une seule prioritaire.	- Vote pour des problèmes relativement simples (coût minime) -détermination de critères de choix liés aux objectifs pour des problèmes complexes
8-Mise en œuvre de la solution	-Définir la solution -Appliquer la solution (pour cela, diffuser l'information en interne)	QOQCPC
9-Mesure des résultats	Il ne s'agit pas d'une mesure des résultats proprement dite mais plutôt d'une double évaluation : -Contrôler l'efficacité de la solution appliquée à court terme + au long cours -Suivi de l'application de la solution dans le temps	Différents types d'indicateurs

Tableau XII. Présentation de la suite logique d'étapes constituant la méthode de résolution de problème (4), (24), (45), (59), (110), (117)

2.5.Aide à l'instauration de la démarche qualité : les outils qualité

La mise en œuvre d'une méthode d'amélioration de la qualité s'appuie sur des outils.

Ceux-ci permettent de réaliser les actions correspondant aux différentes étapes des méthodes. Pour mener à bien une démarche qualité, il est nécessaire de connaître leur apport et leur utilisation.

2.5.1. Qu'est-ce qu'un outil qualité ?

Un outil est un moyen conçu pour réaliser de façon efficace un certain type d'action.

Il possède un mode opératoire précis et s'inscrit généralement dans le cadre d'une méthode.(5) Dans le domaine de la qualité, on parle d'outil qualité au sens large : un outil qualité est un ensemble cohérent de dispositions pratiques mises en place dans l'entreprise en vue d'améliorer les performances d'une ou de plusieurs caractéristiques d'un produit ou d'un service.(74)

Deux grands groupes sont classiquement distingués : les outils de résolution de problèmes et les outils de management de la qualité.(59), (29)

a) Outils de résolution de problèmes

Il s'agit des moyens mis en œuvre dans les actions d'amélioration.

Ils donnent les moyens de comprendre les situations complexes et de faire des plans pertinents : ils aident ainsi à poser clairement un problème flou pour fonder la formulation du problème sur des faits.

Ils aident à rechercher les causes, à focaliser les efforts sur l'essentiel, à préparer l'action.

Ils permettent de prendre en compte les idées des membres d'un groupe pour construire un consensus.(24), (45), (59)

Nous distinguons parmi eux : la fiche de recueil de données, le diagramme de Pareto, le diagramme causes-effets, le remue-méninges, ou encore le QQQQCPC (Qui ?Quoi ?Ou ?Quand ?Comment ?Pourquoi ?Combien ?)

b) Outils de management de la qualité

Ils permettent de gérer la qualité.

Par exemple, le questionnaire de satisfaction, l'audit qualité, et les indicateurs de suivi en font partie.(12), (38), (67)

Les tableaux XIII et XIV classent les outils en fonction de leur utilisation.

Outils de résolution de problème	Mesurer des données (quantitatives)	Collecter des données (qualitatives)	Analyser	Visualiser	Choisir	Planifier
Fiches de recueil de données	X	X				
Remue-méninges		X				
Diagramme de Pareto			X	X		
Diagramme causes-effets			X	X		
Vote simple ou pondéré					X	
QOOQPC						X

Tableau XIII. Classement des outils de résolution de problème en fonction de leur utilisation potentielle, réalisé selon (24), (59), (65), (79), (114)

Outils de management de la qualité	Mesurer des données	Suivre
Indicateur qualité dont le questionnaire de satisfaction (indicateurs de satisfaction)	X	X

Tableau XIV. Classification des outils de management de la qualité en fonction de leur utilisation potentielle (59), (66), (67), (114)

2.5.2. Description de quelques outils

Nous nous focaliserons sur la bibliographie de certains outils appartenant aux deux classes précédemment définies.

2.5.2.1. Les outils de résolution de problèmes

Les outils énoncés ci-dessous constituent tous des outils de base de la qualité(5).

Ils peuvent être utilisés pour la réalisation d'une méthode de résolution de problèmes.

2.5.2.1.1. Fiches de recueil de données

Elles sont encore appelées feuilles de relevé de données ou fiches d'acquisition de données. Elles peuvent intervenir dans différentes étapes d'une démarche qualité, notamment après l'identification des causes possibles du dysfonctionnement analysé ou après avoir retenu la ou les solution(s) pertinente(s).(5)

Leur but est de recueillir l'information de manière méthodique afin de quantifier un phénomène caractérisant une cause, et de mesurer l'efficacité de la solution mise en oeuvre.(24)

Elles permettent de collecter, en provenance des clients, sur le terrain, toutes les informations (pas de pré-tri) nécessaires à la quantification des événements et les caractéristiques du problème.(114)

Ces informations seront nécessaires par la suite pour la prise de décision.(65)

Ces fiches doivent lister les informations à recueillir (délais d'attente par exemple), et les critères de classement (par exemple : par journée ou par journée et par services).

Pour une réalisation réussie, il faudra comme pour une enquête, définir le lieu où s'effectuera ce recueil, et la ou les personnes qui s'en chargeront, ainsi que l'échantillon des observations.(59)

2.5.2.1.2. Le remue-méninges

Il est encore dénommé le brainstorming, ou la tempête de cerveaux, ou le brassage d'idées. En favorisant la libre expression de chacun sur un sujet donné, le remue-méninges permet dans un groupe l'émergence d'idées nouvelles, originales auxquelles personne,

individuellement, n'aurait pensé. (114),(5) Il s'agit d'une technique de créativité. L'objectif est de s'enrichir mutuellement par les avis successifs, de « piller les idées des autres » par analogie, variantes...(45)

Il peut ainsi permettre de lister des problèmes, de rechercher des causes à l'origine d'un dysfonctionnement, ou encore des solutions.(24)

Pour un bon déroulement de l'opération :

-une libre expression des participants est nécessaire (59). Pour y parvenir, le tout doit se dérouler dans une ambiance agréable et détendue, sans être limité dans le temps, avec aucune formulation d'a priori, ni de jugements, ni de justifications lors des propositions d'idées. En effet, toutes les idées restent recevables puisque c'est avant tout la quantité d'idées qui est recherchée.

-il faut au mieux rebondir sur les idées des autres pour en développer de nouvelles en laissant venir les idées les plus farfelues.(45), (115)

L'organisation de cette étape (24), (45), (59), (114), consiste dans un premier temps à présenter et clarifier le thème. Dès le départ, l'animateur doit expliquer clairement l'objet de la séance et l'afficher.

Les idées doivent ensuite être collectées. L'animateur laisse environ 5 minutes à chaque participant pour noter individuellement ses propositions sur un papier personnel.

Puis, il incite les participants à exprimer toutes leurs idées en les exprimant de façon concise. Le recueil des idées ne doit pas pour autant être désorganisé : il peut être mis en oeuvre par un tour de table, réitéré autant de fois que nécessaire. Chaque participant, tour à tour, n'exprime qu'une seule idée à la fois, et uniquement des idées nouvelles.

Les idées sont alors inscrites au tableau par ordre chronologique d'apparition à l'aide de mots clés ou phrases courtes en reformulant les idées trop floues, et avec accord de l'émetteur. Elles doivent être laissées à la vue du groupe de travail. Lorsque le participant n'a plus d'idée, il passe son tour.

L'animateur exprime les siennes après épuisement des idées. A ce stade, il doit chercher à relancer la production d'idée en précisant le sujet, en approfondissant tel point, ou à la relecture de quelques idées.

2.5.2.1.3. Le diagramme d'Ishikawa

Ce diagramme a été créé par Kaoru Ishikawa(115), ingénieur japonais à l'origine des cercles de qualité. Cet outil est appelé encore diagramme en arêtes de poisson ou des 5M ou diagramme causes- effets ou méthode des familles.(5) Il s'agit d'une arborescence visualisant le problème d'un côté et ses causes potentielles de l'autre.(116) Les causes sont les facteurs susceptibles d'influer sur le problème.(117)

Le but du diagramme est alors de classer l'ensemble des causes potentielles d'un problème, en les représentant de façon claire et structurée sous forme de grandes familles : il s'agit d'un classement par groupage. (5), (24)

Cinq familles encore appelées les 5M permettent de ranger ces causes dans les catégories suivantes (45), (79) :

-Matériel : l'équipement, le petit-matériel, les locaux... Par exemple, logiciels de délivrance, automate...

-Méthode : façon de faire orale ou écrite (procédures, enregistrements...); par exemple, validation d'une ordonnance, préparation magistrale...

-Matière : tout ce qui est consommable ou l'élément qui est à transformer par le processus ; par exemple, un produit pharmaceutique comme le médicament...

-Main d'œuvre : professionnels de toute catégorie, en y incluant la hiérarchie; par exemple, l'effectif, la formation...

-Milieu : environnement physique, et humain, conditions de travail, aspect relationnel...Par exemple, le milieu médical, la clientèle...

Afin de mieux visualiser le rapport entre un problème et ses causes, ces dernières sont placées sur le diagramme.

Pour la construction du diagramme, les étapes suivantes doivent être réalisées lors d'un travail en groupe(5), (45), (79), (114) :

-Le problème sélectionné est inscrit dans un cadre à droite du tableau (tête du poisson).

-Les causes classées en famille selon les 5M, sont disposées par groupe autour d'une flèche principale horizontale, dont la pointe rejoint le cadre.

-Les flèches secondaires raccordées à la flèche principale, correspondent au nombre de familles de causes potentielles identifiées (arêtes du poisson).

-Les causes rattachées à chacune des familles sont reportées sur des mini-flèches attenantes aux flèches secondaires.

Nous obtenons ainsi un diagramme selon le modèle ci- dessous :

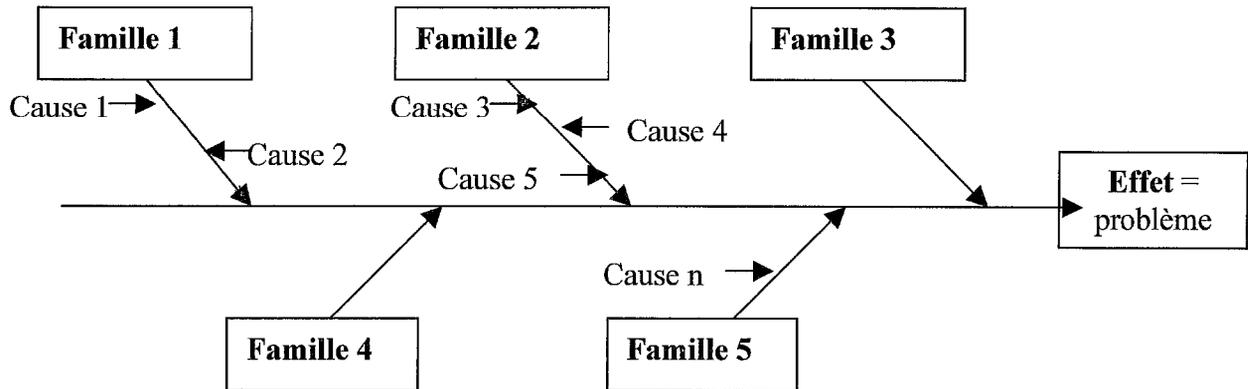


Figure n°2 . Modèle du diagramme d'Ishikawa (115)

Une fois le diagramme construit, la relation cause-effet doit être vérifiée pour chaque cause avec le problème inscrit dans le cadre à droite. (24)

Les causes principalement responsables peuvent alors être mises en évidence par la famille la plus prépondérante. Ceci permet d'affiner la recherche des solutions par la suite.(115)

2.5.2.1.4. Diagramme de Pareto

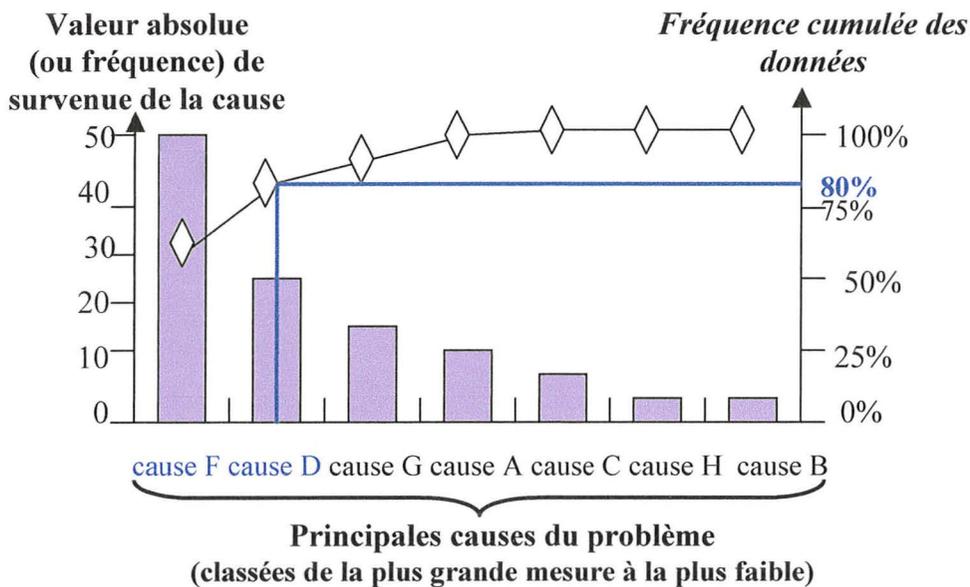
Il permet de déterminer les causes produisant le maximum d'effets qu'il va falloir traiter en priorité.(65) Pour cela, il se base sur la loi empirique du 80/ 20 : environ 20% des causes expliquent souvent jusqu'à 80% du problème (5). Cette loi a été mise au point suite aux analyses de l'économiste Vilfredo Pareto pour représenter l'importance relative de différents faits. Cet outil a été par la suite vulgarisé dans le domaine de la qualité par Juran (24).

Cet outil reste intéressant dans certaines conditions : sur des problèmes plus complexes, comportant plus de paramètres (plus de causes et de familles de causes), les causes peuvent aussi être documentées selon des critères bien définis, par la réalisation d'une enquête qui a pour but de traduire la situation en données chiffrées.

Ce diagramme permet alors de classer par ordre d'importance l'ensemble des causes potentielles d'un problème donné : en faisant ainsi apparaître les causes essentielles, cet outil permet de cibler au mieux les actions d'amélioration afin qu'elles soient le plus efficace possible. (45), (114), (115)

Sur des problèmes plus simples, le diagramme de Pareto n'est pas nécessaire en général, à moins que des précisions supplémentaires sur le degré d'implication des différentes causes souhaitent être obtenues pour « affiner » son choix.(5), (65), (79)

Ainsi, les données chiffrées recueillies sont par la suite représentées à l'aide d'un diagramme de Pareto comme ci-dessous :



- légende :

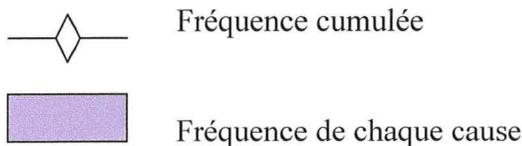


Figure n°3. Exemple d'une représentation schématique d'un diagramme de Pareto (5),(115)

Ce graphique combine un histogramme et une courbe cumulative : la hauteur des colonnes étant proportionnelle à l'importance de chaque cause, plus la surface de colonne est grande et plus la cause sera impliquée dans la survenue du problème (5).

Cet histogramme classe les causes (triées par familles de causes ou causes principales d'un problème et relevées sur une période prédéterminée) en ordre décroissant afin de mettre en évidence les causes principales.

Une courbe de fréquence cumulée est construite en prenant en compte successivement toutes les colonnes : à partir du point 80% de la courbe, on peut identifier les éléments représentant la partie importante du problème qu'il faudra analyser plus en détail (par exemple, causes F et D du graphique).(5), (24), (59)

2.5.2.1.5. Le vote

Le vote constitue une technique de sélection du problème à traiter, ou de la solution à mettre en œuvre.(5) Le vote reste suffisant pour des problèmes simples n'induisant qu'un coût minime. En effet, pour des problèmes plus complexes, on peut être amené à déterminer des critères de choix, économiques, techniques, liés aux objectifs comme la satisfaction du client...(45)

Pour le vote, le choix a lieu entre le vote simple et le vote pondéré.

Le vote simple

Il permet d'établir des priorités en laissant chaque membre de l'équipe attribuer le nombre de points qu'il souhaite, pour chaque proposition soumise au vote.(24)

Ce vote simple est loin d'être parfait vu qu'il maximise le risque d'obtenir des ex aequo.(45), (65)

Il reste néanmoins intéressant dans le cadre de *présélection* de problèmes à traiter, c'est à dire choisir un groupe prioritaire de dysfonctionnements parmi un nombre important de propositions (approchant la vingtaine) obtenues suite au recueil de l'information.(45), (59)

Le vote pondéré

Il est encore appelé méthode de Blake et Mouton.(114)

Il s'agit d'une technique de sélection ayant la même organisation que le vote simple sauf qu'à chaque proposition soumise au vote est attribué un certain nombre de points. (24)

Au début du vote, chaque individu possède un même nombre de points. Ce nombre de points est fixé arbitrairement avant le début du vote.

Par exemple, lors d'un vote pour 3 sujets, chaque individu possède 6 points au début, et les répartit sur les différentes propositions en fonction de l'importance qu'il accorde à

chacune : 3 points seront accordés à l'élément le plus important, 2 points pour celui qui vient en 2^{ème} position, 1 point pour la 3^{ème} position.(5)

Le vote pondéré permet donc d'éviter davantage les résultats ex aequo : il est surtout intéressant dans le cadre d'une sélection *finale* d'un problème principal à résoudre ou d'une solution à appliquer en premier. (5), (79)

Il peut être utilisé sur un nombre réduit de problèmes ou solutions identifiés, qui auraient pu être éventuellement retenus à la suite d'une présélection par vote simple.

En effet, si le nombre de propositions à prioriser approche la vingtaine, le vote pondéré ne peut-être réalisé d'emblée. Le partage des points entre un grand nombre de propositions devient trop complexe. Dans ce cas là, un vote simple sera d'abord mis en oeuvre.(45), (59)

Pour la réalisation du vote pondéré lors du choix d'une solution prioritaire :

- Il faut auparavant s'assurer que l'objectif du vote et son principe sont bien compris par tous les participants, et passer en revue chaque solution soumise au vote.(5)

-Chaque membre vote individuellement (inscription sur une feuille)

-Puis l'animateur reporte les votes respectifs sur un tableau mural. Pour cela, il utilise une matrice à 2 entrées (*solutions* / *participants*) qui permet de récapituler et comptabiliser tous les points (24), comme le montre le modèle ci-dessous :

Participants \ Solutions	Participant n°1	Participant n°2	Participant n°3	Total de points	Ordre de priorité
1					
2					
3					

Tableau XV. Modèle d'une matrice à 2 entrées (5)

La solution retenue sera mise en place en premier. Les autres solutions pourront être envisagées dans un second temps. C'est pourquoi, un calendrier de réalisation des actions devra être établi et affiché (45)

2.5.2.1.6. Le QQQQCPC (Qui, Quoi, Où, Quand, Comment, Pourquoi, Combien)

Le QQQQCPC est encore appelé la méthode des 5W2H (Why ? What ? Whose ? When ? Who ? How ? How much ?).(114)

Le QQQQCPC permet de définir le plus clairement possible les modalités des actions d'amélioration. Il planifie la mise en application des solutions en oubliant aucun élément indispensable. (5), (24), (45), (79). En effet, il s'agit d'une technique de structuration de l'information sur un sujet donné, sur la base des questions suivantes :

Les 6 questions du QQQQCPC	Approfondissement de chacune des questions
Qui ?	Le coordinateur des opérations : Qui doit le faire ? Qui est concerné ? <i>Remarque</i> : nomination d'un responsable chargé de la mise en œuvre de la solution mais cela ne signifie pas que cette personne sera chargée de réaliser l'ensemble des actions.
Quoi ?	De quoi s'agit-il ? ce qu'il faut faire, La mise en place de la solution
Où ?	Le lieu d'application : ou doit on le faire ?
Quand ?	Le début de l'application : Quand doit on le faire ? Avec quelle fréquence ?
Comment ?	Comment exactement ? De quelle manière ?
Pourquoi ?	Dans quels buts, objectifs ? Pourquoi réaliser telles actions ?
Combien ?	Avec quel budget ?, quels moyens ? <i>Remarque</i> : en qualité, on évalue toujours le rapport coût/ résultat, et pas uniquement le résultat obtenu

Tableau XVI. Principe du QQQQCPC (45), (59), (65), (79)

2.5.2.2. Les outils de management de la qualité

L'amélioration continue induite par toute démarche qualité nécessite un suivi et une traçabilité qui imposent l'intervention d'outils : ce sont les outils de management de la qualité.

2.5.2.2.1. Les indicateurs qualité

L'utilisation d'indicateurs s'intègre dans toute démarche d'amélioration continue au cours de laquelle la mesure du niveau de qualité est une préoccupation constante. (12)

Les indicateurs représentent des données objectives quantifiées reflétant un seul ou plusieurs champs de la qualité des services dont l'exploitation permet de faire le point par rapport à un objectif qualité prédéterminé.(5), (112) Par conséquent, un indicateur suppose l'existence d'une question qu'il a contribué à éclairer.(67)

Nous pouvons trouver dans la littérature(5), (66), (38), plusieurs classifications d'indicateurs. Toutes citent les indicateurs de processus nécessaires pour le mesurer et le piloter, que ce soit dans sa globalité ou dans les moindres étapes qui le constituent.

Ainsi, en fonction des objectifs poursuivis, différents sous-groupes à l'intérieur même de ces indicateurs de processus peuvent être distingués :

Les différents indicateurs de processus	Rôle des indicateurs
Indicateurs de performance dont :	Mesurer la pertinence d'un processus
les <i>indicateurs de mesure d'efficacité des actions correctives</i>	<i>Evaluer l'efficacité d'un processus</i>
Indicateurs de résultats : -finaux -intermédiaires	Evaluer la qualité du produit
Indicateurs de satisfaction	Evaluer la qualité de service

Tableau XVII. Les différents types d'indicateurs en qualité (5), (38), (66), (112)

Remarque : nous distinguons dès le départ une catégorie spécifique pour les indicateurs de satisfaction, à part des indicateurs de résultats, contrairement à certains auteurs (5), (74) qui intègrent le total sous le terme générique d'indicateurs de résultats. C'est pourquoi, il est seulement question d'évaluer la qualité du produit (et non du service) avec les indicateurs de résultats de cette classification.

Les indicateurs de satisfaction

Ils peuvent être mesurés suite à une enquête de satisfaction, par le taux de satisfaction de la clientèle par rapport à un point en particulier.(66), (112)

Ils rendent directement et précisément compte de la capacité d'action du service rendu : ils mesurent l'écart entre une qualité perçue et une qualité attendue par le client.(68), (112)

L'objectif des démarches qualité étant d'accroître la satisfaction clients, la mesure de la satisfaction du client constitue l'indicateur privilégié de la qualité et un outil d'amélioration de celle-ci, comme cela a pu être démontré dans diverses démarches.²⁶(16)

Ces indicateurs sont retrouvés à 2 endroits distincts d'une démarche qualité à l'officine :

-les indicateurs de satisfaction utilisés dans le cadre d'une **mesure ponctuelle** permettent de définir les besoins des clients : Que veulent-ils réellement ? Qu'attendent-ils du service rendu par la pharmacie ?(66) Dans ce cas, ils présentent un rôle **d'indicateurs de diagnostic** précis des satisfactions et insatisfactions(38) : ils permettent de dresser un premier bilan, pouvant être le point de départ d'une démarche qualité à instaurer.(112)

-les indicateurs de satisfaction les plus pertinents peuvent aussi faire parti d'un baromètre de satisfaction. Par exemple : une enquête annuelle systématique. Lors de ces évaluations répétées, ils ont alors un rôle **d'indicateurs d'évolution** qui permet de piloter **en continu** le plan d'actions donnant la possibilité de maintenir et d'accroître la satisfaction clients (38) :

- ils surveillent l'activité (c'est à dire le niveau de qualité du service rendu sur un ou des point(s) particuliers)
- ils analysent les progrès accomplis grâce aux actions d'amélioration
- ils sont capables de dire s'il y a détérioration d'une situation avec la nécessité d'entreprendre une ou des action(s). (66)

Les indicateurs de résultat

Tout processus peut être découpé en une succession de tâches à réaliser pour effectuer une activité et aboutir à un résultat de qualité.(5) Or les indicateurs de résultat mesurant

²⁶ premiers démarches, dans les années 80 développées au Club Méditerranée, avec recueil systématique de la satisfaction, ont permis au club d'atteindre son plus haut niveau de service

l'aboutissement d'une activité en tant que qualité de produit²⁷, peuvent servir à réaliser une évaluation à différents niveaux de cette succession d'étapes. (67)

C'est pourquoi les indicateurs de résultats se décomposent en :

- **indicateurs de résultats finaux** qui montrent le niveau d'atteinte de l'objectif global du projet. (38) Par exemple, l'état de santé est considéré comme un « produit », résultant de l'aboutissement d'une chaîne constituée par la prise en charge des patients. La morbidité et la mortalité peuvent être des indicateurs de résultats finaux (négatifs en l'occurrence).(12)

- **indicateurs de résultats intermédiaires** qui permettent de suivre l'évolution de chacune des actions d'amélioration. Ils concourent à l'atteinte de l'objectif global.(38) Ils peuvent mesurer les résultats de chaque étape du processus, et renseigner sur les modalités de fonctionnement et de coordination existantes entre ces différentes étapes. Ils permettent en quelque sorte de disséquer les différentes tâches afin de mieux visualiser à quel niveau dans cet enchaînement il existe un dysfonctionnement, et de repérer plus précisément les points nécessitant une amélioration.(66)

Plus récemment, il est possible d'avoir recours à un moyen plus particulier d'évaluation d'indicateurs de résultat appelé le « client mystère »²⁸. Son analyse se base sur des aspects « perceptuels » contrairement à d'autres indicateurs de résultats dits de comptage (durée d'attente, temps de délivrance de l'ordonnance...). (43)

Les indicateurs de performance

Ils permettent de mesurer la pertinence d'un processus. (10), (66), (67)

Parmi ces indicateurs de performance, nous distinguons **les indicateurs de mesure d'efficacité des actions correctives (IMEAC)** qui permettent de mesurer la pertinence d'un type de processus : les actions correctives. Pour cela, ils réalisent le suivi et contrôlent l'impact des actions correctives.

Cependant, il ne faut pas confondre l'IMEAC avec l'indicateur de satisfaction.

En effet, l'IMEAC permet d'évaluer la qualité obtenue pour mieux en déduire l'efficacité des actions correctives. Si ce niveau de qualité est satisfaisant par rapport à un niveau

²⁷ Au sens large du terme

²⁸ paragraphe 1.3

référentiel que l'on s'est préalablement fixé, cela veut dire que l'on a mis en œuvre la « bonne » solution. (66)

L'IMEAC est donc incapable de voir si les actions correctives réduisent l'écart auparavant constaté entre la qualité attendue et perçue²⁹. En effet, il prend uniquement en compte la qualité perçue, laissant de côté les attentes du client.(52)

Donc, il s'agit d'un indicateur qui a pour but de mesurer l'amélioration de la qualité de service plutôt que de connaître directement la satisfaction du client. L'IMEAC permet de s'assurer par la même occasion si les conditions d'une satisfaction clients optimale sont réunies.(38)

Leur évaluation est permise par des enquêtes dirigées sur les moyens déployés, alors que l'enquête de satisfaction clients correspond plutôt à une mesure du résultat atteint par l'entreprise auprès de sa clientèle. (43)

Il est également nécessaire de différencier l'IMEAC de l'indicateur de résultat : l'IMEAC correspond très souvent à un ratio, rapport entre la *qualité obtenue* avec la situation antérieure et postérieure à la mise en place de l'action ; ce qui permet de le différencier de l'indicateur de résultats, qui comme son nom l'indique, évalue uniquement la situation postérieure à l'action. (52) Prenons comme exemple, le processus de dispensation d'ordonnances avec des actions correctives visant à réduire le nombre d'erreurs :

-l'évaluation du nombre d'erreurs encore effectuées après la mise en place de ces actions correspond à un indicateur de résultat, puisqu'elle met en œuvre un bilan de la situation post-actions à un temps t.

-la mesure de la réduction du nombre d'erreurs faisant suite à ces actions d'amélioration constitue un IMEAC puisqu'elle implique une comparaison de la situation post-actions par rapport à la situation antérieure (notion d'évolution dans le temps).

Ainsi, les IMEAC ont plusieurs avantages vu qu'ils constituent (10), (38) :

-une source d'amélioration du management.

-un élément de motivation pour travailler sur les points- clé de la charte qualité ou des engagements de service.

-des pistes permettant l'amélioration de la formation du personnel en contact avec la clientèle.

²⁹ écart qui définit le degré de satisfaction du client

Afin d'évaluer les IMEAC, différents moyens existent selon le critère mesuré : de manière interne à l'entreprise, ou en faisant appel à l'extérieur (la clientèle...).(52) Dans le second cas, nous disposons de différents moyens d'écoute clients³⁰. Cependant, en qualité, la pratique semble privilégier des moyens faciles à mettre en place. De plus, ces méthodes d'écoute ne doivent pas demander beaucoup de temps pour l'analyse afin de rebondir plus efficacement vis à vis de la situation décrite par les résultats de l'enquête. Ces outils correspondent à des mini-questionnaires (2 ou 3 questions), très ciblés, dits « flash », qui diffèrent de l'enquête de satisfaction (64) par le nombre d'items³¹, et par une spécificité accrue des notions abordées.

Ces indicateurs peuvent avoir plusieurs fonctions dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Ces indicateurs de processus visent à :

- mesurer *l'efficacité*, l'impact de la solution mise en œuvre pendant un temps donné, vis à vis du problème traité. Le recours aux *IMEAC*, une des catégories d'indicateurs de performance est alors nécessaire.(66) Ce contrôle peut intervenir au cours de deux périodes :

- à court terme suite à l'écoulement du délai initial préalablement fixé
- au long cours ; le suivi dans le temps peut-être réalisé par la répétition des mesures d'IMEAC à une certaine fréquence prédéterminée et réévaluée au fil du temps.(10)

- suivre dans le temps *l'application* des actions correctives afin d'assurer le *maintien au long cours des résultats* obtenus. (67) Dans ce cas, les indicateurs doivent s'assurer de la pérennité des changements effectués en vérifiant que les différentes étapes du processus sont correctement réalisées. Ils permettent de savoir si la réalité correspond au cahier des charges, c'est à dire si l'encadrement met tout en œuvre pour atteindre les objectifs fixés (tel nombre d'erreurs, tel temps d'attente...).(38)

Afin de vérifier *l'atteinte d'un objectif*, nous pouvons utiliser :

- un indicateur de résultat si l'objectif cible la qualité d'un produit
- un indicateur de satisfaction si cet objectif cible la qualité d'un service auprès de la clientèle (66)

³⁰ paragraphe 1.3

³¹ un item correspond à un élément d'un instrument de mesure

Dans le premier cas, les indicateurs de résultats intermédiaires présentent une supériorité par rapport aux indicateurs de résultat finaux : l'intérêt de contrôler se porte davantage sur la chaîne de production en amont du produit totalement fini.(66)

Dans tous les cas, un indicateur doit être pertinent, c'est à dire *réaliste, significatif, mesurable et dimensionné* par rapport à ce que l'on veut savoir(5), (52). Pour cela, il doit :

- être approprié au phénomène ou à l'effet à observer
- être apte à le décrire complètement et conçu pour répondre parfaitement à l'objectif
- être simple et acceptable
- être « convivial » : il doit être facile à élaborer, à recueillir et calculer, compréhensible et compris de la même façon par tous.
- être valide³², être apte à mesurer ce qu'il est censé mesurer.
- être sensible, pouvoir reproduire les variations mesurées de manière rapide et importante.
- être pertinent, permettre d'identifier uniquement des problèmes pour lesquels des actions de correction efficaces existent.
- être fiable, permettre une mesure précise et reproductible.

Il faut se fixer des objectifs pour ces indicateurs avant même de les mesurer :

- un « standard chiffré optimal »(5) qui correspond à la valeur optimale que l'on souhaite obtenir mais qui reste réalisable en pratique
- un « seuil de réactivité »(5), (14), généralement d'une valeur inférieure au standard chiffré optimal, en deçà de laquelle des actions correctives devront nécessairement être menées dans des délais courts.
- leur fréquence de mesure (1 mois, 6 mois ou tous les ans)

L'indicateur est un outil constamment « en mouvement » : il doit être réévalué suite aux valeurs précédemment obtenues, en modifiant l'échéance de mesure et les seuils pré-établis.(66)

³² apte à refléter ce qu'il est censé mesurer

2.5.2.2.2. La procédure : un élément particulier du système documentaire

2.5.2.2.2.1. Définition d'une procédure et ses objectifs

La procédure fait partie du système documentaire. Elle est, à ce titre, un outil de management de la qualité.

Une procédure est une manière spécifiée d'effectuer une activité ou un processus : elle permet de cadrer le processus pour une bonne exécution du service proposé aux clients.(29), (54)

C'est une règle écrite d'organisation actualisée qui décrit (118) :

-ce qui doit être fait

-qui doit le faire

-quand

-où

Une procédure correspond à des objectifs précis :

-respecter les bonnes pratiques

-éviter les dérives dues à la routine

-créer une homogénéité dans le travail

-servir de référence permanente pour le travail quotidien

-servir de référence de fonctionnement dans le cadre de la visite d'un expert

-contribuer à l'information et à la formation du personnel. (13), (29), (65), (74)

2.5.2.2.2.2. Quelques notions pour sa rédaction

La rédaction de procédures devient incontournable :

-lorsque des preuves et une traçabilité³³ sont nécessaires.

-lorsque l'absence du document engendre un risque de non qualité (14), (80)

De plus, si le pharmacien titulaire s'est bien impliqué au courant de la démarche, et si l'équipe paraît motivée pour rentrer dans un système qualité, cela encourage la mise en place de tels documents. (74)

Leur rédaction nécessite l'emploi de phrases courtes, de formules concrètes, de verbe pour mettre en valeur les actions.(55) Il existe différents modèles pour construire une procédure. Ils s'articulent autour d'éléments clés qui peuvent constituer à eux seuls des

³³ suivi de ce qui a été réalisé.

paragraphes de la procédure. La définition de ces éléments est donnée dans le tableau suivant :

Éléments intervenant dans la rédaction d'une procédure	Définition de ces éléments
Le numéro d'enregistrement	Codification donnée au document lors de sa création
Indice de révision	Indice renseignant des éventuelles modifications effectuées sur le document.
Les objectifs	Définition du « pourquoi » du document : à quoi sert- il ?
Le domaine d'application	Définition du champ d'action pour mieux le cibler. Par exemple, les préparations magistrales, les vitrines, la dispensation, l'organisation des vitrines...
Le lieu d'application	Précision de l'endroit géographique où la procédure va s'appliquer. Par exemple, toute l'officine, les comptoirs, le préparatoire, les vitrines...
Les définitions	S'appliquent aux mots- clés et facilitent la recherche lorsque les documents sont regroupés sur une base de données. L'absence de base de données conduit à inscrire la mention N/A pour non applicable.

Les documents associés	Précision d'autres documents auxquels il est possible de se référer tels que d'autres procédures ou d'autres modes opératoires, ainsi que des documents de référence tels que le Manuel Qualité, ISO 9001 : 2000, ou des textes réglementaires...
Les responsabilités	Identifiant qui fait quoi
Description	Description précise de toutes les étapes et les dispositions à suivre pour la réalisation des actions concernées
Le « cycle de vie du document »	Il comprend : -la date de création du document, nom, prénom et signature de ou des auteur(s) -vérification facultative par toute l'équipe officinale qui donne son avis et dont chaque membre appose sa signature. -l'approbation du document avec la date de validation du document, le nom, prénom et signature de l'approbateur. L'approbateur doit si possible correspondre à la personne experte dans le domaine. Le document n'est pas forcément cautionné par le pharmacien titulaire.

Tableau XVIII. Définition des éléments intervenant dans la rédaction d'une procédure (14), (55), (74), (111)

3. La réactivité qualité à l'écoute du « client » (RQEC) : une méthode innovante dans le domaine de l'officine

Le but de toute entreprise est de satisfaire ses clients(64). Or, la pharmacie est une entreprise à part entière. Les fondements de la démarche qualité nous rappellent qu'elle permet de se fixer des objectifs et un niveau de qualité à atteindre. Elle formalise les activités avec pour objectif prioritaire la meilleure qualité possible de soins pour les patients.(20) A ce titre, le patient est donc placé au centre de l'organisation, doublement ciblé à la fois en tant qu'enjeu de la satisfaction, et celui de la qualité du service rendu.(48) Cependant, le constat à l'heure actuelle reste alarmant : certes des démarches qualité se multiplient à l'officine avec la mise en place de procédures relatives à la chaîne du froid, aux préparations magistrales...(91). Mais les pharmaciens demandent très peu l'avis des clients sur la qualité des services(63).

Or, l'écoute clients est une arme de choix d'après B. Averous : trop de démarches qualités n'ont pas progressé faute d'avoir défini seulement avec les acteurs de l'entreprise le service qu'elles voulaient réellement rendre à leur clients.(16)

Par conséquent, il est intéressant de voir ce que nous pouvons obtenir de ce lien qualité/ écoute clients, et comment le mettre en œuvre, lien qui demeure innovant dans le domaine de la pharmacie d'officine.

3.1. La réactivité qualité : un réflexe indispensable à l'officine au vu d'une relation clients/ pharmaciens en remaniement

Les potentialités n'ont jamais été aussi grandes pour les pharmaciens de reprendre leur place d'acteur de santé(73) : tout est une question de confiance et de qualité de service rendu par le pharmacien.

Pour cela, le sociologue G. Mermet préconise qu'il est « grand temps pour ce dernier de réagir et de sortir de son officine » pour en faire le bilan(63). En effet, depuis une vingtaine d'années, les patients ont changé, et la nécessité d'améliorer le service rendu au client s'est plus largement révélée.(42) Le pharmacien en réponse à ces nouveaux besoins doit s'adapter. En effet, d'après un sondage réalisé auprès de pharmaciens (101), 78 % d'entre eux déclarent que les besoins de leur clients ont évolué.

Récemment, la succession des mesures touchant le médicament (les déremboursements ou la mesure tiers – payant contre génériques) n'améliore guère la situation.(96) Ces réformes sont difficiles à intégrer pour des patients qui, jusqu'alors, n'avaient jamais vu remis en cause l'accessibilité aux médicaments. Ces mesures rendent les clients plus méfiants, l'enjeu principal étant économique et non scientifique. Les clients ont pris conscience des limites du système de santé qui coûte cher à la société.(42)

Beaucoup ont compris qu'il était nécessaire de le réformer, et considèrent désormais le pharmacien comme un *prestataire de services*, et non plus comme un simple distributeur de médicaments ou produits de consommation. (96) Quels sont donc ces services tant attendus par les clients à l'officine ?

Actuellement, la profession souffre du déficit « d'image » avec des actes pharmaceutiques qui restent peu lisibles aux yeux du consommateur(8), (92). *Les besoins des clients décrits ci-dessous sont plus ou moins récents. Ils représentent des occasions pour le pharmacien de s'adapter et de nouer d'autres types de relations avec eux afin de rétablir une image de professionnel de santé.*

Depuis plusieurs années, la santé est devenue une préoccupation primordiale des français. Ceci a fait évoluer le rôle du pharmacien en terme de prévention, prise en charge de petits maux, pour des clients qui arrivent directement à l'officine sans passer par le médecin.(42) Ainsi, peu à peu, le pharmacien est apparu aux regards des clients comme un interlocuteur essentiel, vecteur des changements de mentalité dans la consommation des biens de santé (92) : par exemple, convaincre au comptoir à propos des génériques, des déremboursements, du sevrage tabagique...

En instaurant ainsi des dialogues, les pharmaciens sont désormais le pivot de l'information médicale et de la vie quotidienne de la maladie(20), (62). L'éducation thérapeutique met en évidence un autre type de relation clients/ pharmacien : aujourd'hui, le pharmacien doit chercher avant tout à la promouvoir, puisqu'il s'agit de la gestion au quotidien de la maladie et de la thérapeutique. Ce type d'attente correspond d'ailleurs aux souhaits formulés en première position par les clients quant à l'évolution du service rendu par le pharmacien(8).

L'avenir passe aussi par le développement des services à la personne, avec une prise en charge à domicile, les personnes âgées souhaitant de plus en plus être soignées sur le lieu de vie. C'est au pharmacien de sortir de son officine.(91), (103)

La distribution d'informations a également pris une part grandissante dans les échanges avec une clientèle qui souhaite s'impliquer et donner son opinion sur sa prise en charge. En effet, l'information médicale n'a jamais été aussi abondante. Avec internet, les clients s'informent plus et échangent entre eux dans des communautés virtuelles. Ils deviennent « experts » de leur maladie(63) en récoltant des données plus ou moins valables. Ainsi, se révèle une nouvelle relation clients / pharmacien avec des dialogues plus riches que par le passé entre les 2 partenaires sur les ordonnances ou les conseils.(31)

Un nouvel équilibre entre le patient et le corps médical doit alors être recherché.

Le premier n'accepte plus d'être un objet de soin et attend une autre forme de relation(71) : le client veut désormais un pharmacien qui soit d'emblée plus précis sur le traitement, ses effets indésirables, son observance, les conseils ...(8), (92). Il s'agit donc d'un patient beaucoup plus actif dans sa démarche qui veut désormais participer et comprendre (20), (31), (69).

Le second se voit charger d'une nouvelle mission face à cette relation : devoir rétablir la bonne information face à celle véhiculée.

Le client a désormais besoin de circuler, repérer rapidement, toucher, comparer...(22)

En réponse, nous constatons une mutation de l'officine qui s'aligne, depuis peu, en matière d'agencement et de signalétique à la grande distribution (42). Elle se transforme en un espace transparent et d'échanges tout en devant garantir la confidentialité.(92)

Les clients ressentent un fort besoin de bien-être : le corps est aujourd'hui un indicateur de son état de santé et de son identité. Il s'agit de « l'effet miroir » (63). Ainsi, l'officine doit aussi se soucier du bien-être global des clients.

Enfin, la question économique doit aussi être abordée : la baisse du pouvoir d'achat, la concurrence avec d'autres circuits de distribution et entre pharmaciens ont bouleversé cette relation avec les clients. Les clients sont dorénavant plus regardants et sont prêts à se diriger vers la concurrence s'ils ne sont pas satisfaits : ils n'hésitent pas à faire remarquer qu'un produit est trop cher...d'après D. Weizman (96).

Par conséquent, de nos jours, l'officine aurait plutôt tendance à se limiter à la résolution de problèmes importants, oubliant alors une multitude de petits problèmes nés de l'accélération de ce changement. (63) Or ce sont ces petits problèmes qui sont aujourd'hui

considérés par les clients comme étant insupportables et inadmissibles à une époque où le mot qualité est mis en avant en permanence. (42)

C'est pourquoi pour identifier les mouvements de la société et les accompagner dans leur pratiques, les pharmaciens devront en permanence être attentifs et en veille(81).

La qualité est sans doute une clé du salut de la profession, puisqu'elle permet de mettre en œuvre ce système de veille afin d'améliorer cette réactivité(35).

Plus particulièrement, la RQEC permettrait de développer l'activité et de renforcer le rôle d'une profession dans la collectivité (48).

Cependant, elle reste une attitude qui n'est pas toujours facile à adopter.(16), (30)

Le pharmacien doit avant tout garder à l'esprit qu'aux yeux du client, la qualité ne se résume pas à celle du produit vendu, mais surtout à **celle du service proposé avec le produit (16)**.

Si l'évolution des clients a mis beaucoup de pression sur les épaules des pharmaciens, elle l'a parallèlement replacé au centre des débats en matière d'éducation, de suivi, et d'observance.(42), (63), (96).

Par conséquent, afin d'élaborer une offre adéquate, **il reste alors aux pharmaciens à réagir face aux besoins des clients (81)** : ils devront **revaloriser leurs nouvelles fonctions, et en préciser leurs modalités**.

Cette RQEC est un moyen de maîtrise du service avec l'écoute client, mais aussi une démarche qualité qui vise l'amélioration continue : elle encourage donc **l'adaptation des prestations dans la perspective de mieux satisfaire les bénéficiaires**.(48).

3.2. Principes et apports de cette méthode au regard de la qualité

Ainsi, nous pouvons entrevoir le rôle essentiel du client dans l'identification des potentiels d'amélioration. Cette observation est confortée par les normes ISO 9001 (version 2000) dès leur avant- propos.(13) Il devient alors nécessaire de décrire en quoi consiste cette RQEC.

La RQEC est devenue une exigence réglementaire(105) : l'Institut de Recherche et de Développement de la Qualité (IRDQ) est en train de concevoir à la demande de la Haute Autorité de Santé (HAS) une méthode davantage adaptée à la « réactivité à l'écoute du

patient ». Cette méthode auparavant créée et validée par l'IRDQ dans le secteur marchand des PME sera utilisable quotidiennement par les professionnels de santé.

La RQEC aura alors pour but d'améliorer la prise en charge des patients, en traitant les dysfonctionnements récurrents mis en évidence.

Cette RQEC constitue une « boucle de réaction qualité »(48) : elle consiste en une méthode séquentielle de conduite et d'amélioration continue de projet.

Plus concrètement, le client joue un rôle significatif dans ce circuit de la RQEC puisqu'il peut y intervenir à deux niveaux :

- lors de la définition de leur attentes³⁴, élément d'entrée dans le circuit
- lors du suivi de la satisfaction : l'évaluation constitue un point de contrôle en aval du système. C'est donc bien le client qui en bout de chaîne, influencera cette démarche qualité en amont.

Pour atteindre son but, la RQEC s'attache à maîtriser le processus de transformation de l'écoute en actions. (105) Celui-ci englobe (48) :

- le recueil et le traitement de données, c'est à dire centraliser, classer, hiérarchiser les informations
- le choix des axes d'amélioration prioritaires
- la décision des solutions à mettre en œuvre, et la conduite des actions d'amélioration en allouant les ressources nécessaires
- jusqu'à la mesure de l'impact des actions menées sur la satisfaction des clients, dans un bref délai.

Pour cela, toute entreprise, quelque soit sa taille et son activité, dispose en interne de moyens pour mettre en place (48), (59) :

- ***l'évaluation des besoins, des attentes des clients*** par un système d'écoute simple et efficace comme la mesure de satisfaction : point de départ de la boucle réactivité
- ***la définition de ce qui permet de satisfaire ces besoins*** afin de concevoir un service en termes de caractéristiques (ce qui doit être fait), et les spécifications de la prestation de service en termes de matériels, méthodes, et personnels (comment cela est fait).
- ***l'exécution*** par le lancement d'actions d'amélioration
- ***le contrôle de la prestation de service***, ce qui sous-entend :

³⁴ Le terme d' « exigences » employé dans les paragraphes 5, 6, 7, 8 de la norme ISO 9000 : 2000 correspond aux attentes formulés par le client.

- la consignation des dispositions prises dans des documents appropriés (procédures, enregistrements de la qualité, compte- rendu de réunions...) pour éviter que les dysfonctionnements ne se reproduisent, voire anticiper sur les points de non-conformité susceptibles d'apparaître.
- le suivi des actions mises en place et détection de l'apparition d'autres non-conformités, en n'oubliant pas de communiquer les résultats aux clients (restitution d'informations plus ou moins sélectionnées) afin de refermer la boucle de réactivité sur son point de départ.

Ces six étapes de la RQEC peuvent donc être sectorisées en deux groupes : une centrée sur les clients, une autre sur les problèmes identifiés.

Enchaînement des étapes du cycle de RQEC	Regroupement des étapes	Niveaux d'intervention du client dans le cycle
1-Recueil de l'information	Etapes centrées sur les clients	Evaluation <i>initiale</i> de la satisfaction du client
2-Analyse des résultats		Etapes focalisées sur les problèmes mis en évidence
3-Aide à la décision		
4-Décision : Choix de la solution mise en oeuvre		
5-Action : Mise en place d'actions correctives		
6-Mesure de l'impact : Contrôle et suivi de l'efficacité de la démarche		Evaluation <i>en aval</i> de la satisfaction du client.

Tableau XIX. Les grands principes d'une méthode RQEC (48), (59)

Deuxième partie :
Partie expérimentale

Une stratégie de double approche, encore dénommée « réactivité qualité à l'écoute des clients » (RQEC) a été mise en œuvre dans le cadre de ce travail pour instaurer une démarche qualité au sein d'une officine.

Elle combine deux approches : une approche par les clients suivie d'une approche par les problèmes.

Pour y parvenir, des outils et des méthodes ont été sélectionnés parmi ceux dont nous disposons. Ces différentes modalités vont être présentés afin de mieux cerner le travail qui a été effectué.

1. Matériel

Des outils particuliers ont été mis en œuvre dans les deux types d'approches. Nous allons les décrire en fonction du type d'approche concernée.

1.1.L'enquête de satisfaction

Dans ce premier type d'approche par les clients, l'évaluation de la satisfaction du client va être réalisée à l'aide d'un outil déjà validé sur le plan mathématique qui nous a été fourni au préalable (questionnaire de satisfaction).

1.1.1. Le cadre de l'enquête : présentation de l'officine/ organisation de l'officine

Il s'agit d'une officine de village situé dans la banlieue grenobloise (à Champ- près-Frogès), en limite de zone rurale.

Elle a connu un agrandissement de sa superficie assez récemment, avec une modification de son agencement au niveau de l'espace de vente et de la zone de stockage.

L'officine est caractérisée par :

- une surface de vente de 90m² environ
- de larges vitrines (vue en transparence de l'intérieur de la pharmacie)
- des comptoirs soit totalement individualisés et disposés dans des recoins de la pharmacie (cas de 2 comptoirs), soit regroupés par deux, avec des espaces de délivrance séparés par l'intermédiaire du matériel informatique et de présentoirs.

Les comptoirs se trouvent éloignés les uns des autres d'un mètre.

L'officine est informatisée pour toutes les fonctions suivantes : les facturations, la caisse, accès à internet sur tous les postes pour la recherche d'informations. Par contre, elle ne dispose pas de gestion de stock et les commandes ne sont pas informatisées. La gestion de stock se fait par l'intermédiaire de fiches cartonnées, et les commandes se font par télétransmission via le système SOCRATE, ou en clair par téléphone.

Le personnel est composé d'un pharmacien titulaire, de trois pharmaciens assistants (une à temps plein et deux autres à temps partiels), d'une étudiante en pharmacie, d'une préparatrice, et d'une apprentie préparatrice.

L'essentiel de l'activité réside dans la délivrance d'ordonnances et la médication familiale. L'officine présente aussi plusieurs gammes en phytothérapie, en cosmétique, en diététique, bien mises en valeur en raison de la surface commerciale assez importante.

La pharmacie propose un service d'orthopédie et de matériel médical.

Les préparations magistrales sont peu fréquentes (3 par semaine en moyenne).

Malgré la présence d'un préparatoire fonctionnel, les préparations sont souvent sous-traitées en raison du faible nombre de matières premières référencées dans cette officine.

En ce qui concerne la clientèle, une population ouvrière et d'anciens agriculteurs persiste, même si elle est dorénavant en recul devant de nouveaux arrivants constituant une clientèle plus variée.

Par rapport à son statut qualité :

Avant la mise en œuvre de ce travail, il n'y avait pas de système qualité en place dans cette officine. Une tentative d'introduction de la qualité par le biais du guide d'auto-évaluation fut mise en œuvre 6 mois avant ce travail. Elle n'a pas abouti à la mise en place d'une organisation qualité.

1.1.2.Présentation de l'enquête de satisfaction

Il s'agit d'un questionnaire auto-administré ou auto-questionnaire (annexe 1), constitué de 29 items à réponse choisie³⁵, et doté d'une échelle de Likert en réponse à chaque item, c'est à dire échelle en cinq points (choix entre cinq critères mentionnés dans le tableau ci-dessous) avec un algorithme de scorage équipondéré.

³⁵ Synonyme de questions fermées

Choix des réponses	Valeur de l'item codé
Totalement d'accord	1
D'accord	2
Sans opinion	3
Pas d'accord	4
Pas du tout d'accord	5

Tableau XX. Description de l'échelle de Likert (9)

Les clients répondent pour chaque item sur des échelles visuelles analogues, comme représentée ci-dessous :

	Totalement d'accord	D'accord	Sans opinion	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Item 1	1	2	3	4	5
Item 2	1	2	3	4	5

Ce questionnaire permet de déterminer le profil multidimensionnel de la satisfaction liée au service rendu par l'officine, la liste d'items pouvant être regroupée en différentes catégories : ainsi, il explore la satisfaction du client en fonction des explications du pharmacien (7 items), de sa considération pour les clients (8 items), de la qualité technique des services et des soins (4 items), du cadre de la pharmacie (6 items) et de 4 items indépendants.

Dimensions de la satisfaction évaluées	Nombre d'items	Numéros des questions
Explication	7	2, 3, 5, 10, 14, 20, 28
Considération	8	1, 9, 22, 25, 12, 13, 18, 19
Qualité technique des services et des soins	4	15, 26, 7, 21
Environnement physique	6	6, 11, 17, 4, 23, 29
Général	4	8, 27, 16, 24

Tableau XXI. Présentation des items du questionnaire (9)

Par ailleurs, les critères suivants : âge en classe, sexe, catégorie socioprofessionnelle, nombre de prescriptions, taux de fréquentation à la pharmacie, remarques annexes ont été recueillis en fin de questionnaire.

1.2. Les outils utilisés dans cette démarche qualité

Une réflexion nécessaire à la réalisation de cette approche par les problèmes, a été conduite au sein d'un groupe de travail constitué par l'ensemble de l'équipe officinale et le pharmacien titulaire, soit 7 participants au total, avec nomination d'un chef de projet (l'étudiante en pharmacie).

Les outils qualité utilisés sont présentés dans le tableau suivant en fonction de leur enchaînement et de leur ordre d'intervention dans cette démarche.

Ordre d'intervention	Les outils qualité utilisés
1	Mesure de satisfaction (recueil d'indicateurs de satisfaction)
2	Etablissement de critères de sélection : 1-Hiérarchisation des problèmes par ordre croissant de satisfaction pour réaliser une <i>présélection</i> : choix du problème pour lequel l'indicateur de satisfaction est le plus faible 2-Recherche de critères de confirmation en approfondissant le problème présélectionné pour <i>valider la sélection</i>
3	Remue- méninges
4	Classement des causes uniquement par groupage avec le diagramme d'Ishikawa
5	Remue- méninges
6	Vote pondéré sans vote simple préalable
7	QQOQCPC
8	Indicateurs qualité : -IMEAC -indicateurs de résultats

Tableau XXII. Présentation des outils qualité utilisés dans ce travail selon leur ordre d'intervention.

2.Méthodes

Nous avons dans un premier temps mesuré la satisfaction du client, autrement dit l'écart entre le service voulu et le service réalisé.

Le recours à un outil déjà validé, fourni au préalable (questionnaire de satisfaction), a permis d'exprimer le service à travers le regard du client.

Pour autant, il a fallu également accompagner cette démarche d'une animation d'équipe autour des résultats en mettant en œuvre des techniques relevant de la qualité et favorisant le dialogue. La méthode par résolution de problèmes a été utilisée.

2.1.Mise en place de l'enquête dans le cadre d'une évaluation en officine

2.1.1. Méthodologie mise en place

Les étapes mises en œuvre dans ce travail correspondent aux phases colorées dans le tableau ci-dessous.

<p>Phase 1 Préparation de l'étude</p>	<p>Choix des objectifs, et finalités de l'enquête</p> <p>↓</p> <p>Définition du cahier des charges pour les étapes qualitative et quantitative si elles ont lieu toutes les deux :</p> <ul style="list-style-type: none">des cibles de clientsde la taille des échantillonsde l'objet et de la périodicité de l'enquêtedes techniques de recueil de l'information <p>↓</p> <p>Organisation en interne de la conduite du projet</p> <p>(modalités d'implication du personnel, planning, budget, conditions matérielles)</p> <p>→ à affiner tout au long du projet : suivi jusqu'à son résultat final!</p>
---	---

<p>Phase 2 Exploration des attentes</p> <p>Enquête qualitative</p>	<p>Elaboration des outils de recueil d'informations : Guide d'entretien, guide d'animation</p> <p>↓</p> <p>réalisation de l'enquête terrain</p> <p>↓</p> <p>analyse du contenu et synthèse</p>
<p>Phase 3 Mesure de satisfaction</p> <p>Enquête quantitative</p>	<p>Conception du questionnaire</p> <p>↓</p> <p>Réalisation de l'enquête terrain (échantillonnage)</p> <p>↓</p> <p>Traitements statistiques (codification, questions ouvertes, saisie...)</p> <p>↓</p> <p>analyse des résultats et synthèse</p>
<p>Phase 4 Communication des résultats</p>	<p>Préparation et réalisation des supports et des actions</p>

Tableau XXIII. Déroulement de l'enquête mise en œuvre.

2.1.2. Précision des objectifs poursuivis

Cette enquête est menée selon les objectifs et finalités répertoriés dans le tableau qui suit.

Objectifs = résultats directement issus d'une enquête de satisfaction	Finalités = ce que l'on peut faire des résultats de l'enquête
Mesurer la satisfaction <i>globale</i> ³⁶ , <i>cumulée</i> ³⁷ , et <i>isolée</i> ³⁸ : détermination des problèmes présents dans le service rendu, et évaluation de leur importance aux yeux des clients.	-améliorer le niveau de satisfaction donc la fidélisation du client, en améliorant ses pratiques professionnelles -améliorer son image auprès des clients.
Evaluer la validité du questionnaire sur un plan pratique (déjà validé au niveau méthodologie) : test multicentrique impératif avant sa diffusion (propriétés de l'instrument déjà démontrées dans d'autres conditions). Pour cela : -s'assurer de la bonne compréhension : y- a t'il des propositions posant problème aux clients ? - évaluer les conditions de réalisation de l'enquête (durée nécessaire pour remplir le questionnaire, le mode de remplissage, le mode du retour...).	Disposer d'un outil standard en la matière, généralisable à tout le secteur de l'officine : ce modèle anglo-saxon traduit et adapté à la culture française est-il généralisable au secteur de l'officine en France ? Pour cela : -améliorer éventuellement la formulation de certaines questions pouvant poser problèmes aux clients -optimiser les conditions de son administration à la clientèle pour des évaluations futures
-Aborder en partie le domaine de la recherche évaluative dans ce contexte avec la comparaison de méthodes qualité : appréhender les différences de la RQEC mise en oeuvre avec une approche par comparaison qui prend appui sur le guide d'auto-évaluation. -La comparaison d'outils, c'est à dire du questionnaire à d'autres outils d'enquêtes reste jusqu'à présent impossible en raison de l'inexistence de référentiels en France (enquêtes déjà validées dans le domaine de la pharmacie d'officine).	Tirer des conclusions à l'échelle de l'officine pour une mise en œuvre plus adéquate de ces deux méthodes, par le biais de la mise en évidence des intérêts et limites de la RQEC.

Tableau XXIV. Présentation des objectifs et finalités de l'enquête de satisfaction

³⁶ sur l'ensemble du service offert

³⁷ résultante de l'ensemble des expériences passées

³⁸ pas de comparaison de l'officine où l'enquête a été mise en œuvre avec la concurrence : des clients mixtes peuvent avoir fait partie de l'enquête et avoir répondu en comparant avec ce qu'ils connaissent dans d'autres pharmacies, mais aucun élément d'analyse concurrentielle n'a été introduit dans le questionnaire.

2.1.3.La durée de l'évaluation

La durée pendant laquelle la distribution du questionnaire devait avoir lieu a été fixée en fonction de l'objectif recherché : le retour d'au moins 200 questionnaires.

Ainsi, afin d'atteindre cet objectif, il a été nécessaire de distribuer les enquêtes sur une période allant du 03/03/2007 au 12/05/07 compris, soit 70 jours au total.

En effet, cette durée totale est suffisamment longue pour être représentative. Néanmoins, cette durée reste suffisamment raisonnable pour maintenir les participants motivés et attentifs.

2.1.4.Les conditions de mise en œuvre de l'évaluation

****En ce qui concerne l'échantillon sur lequel va être menée l'enquête***

L'enquête se déroule auprès d'utilisateurs réels, c'est à dire à la clientèle venant à l'officine en question. Elle évite ainsi de solliciter les « clients potentiels » comme cela aurait été le cas d'une enquête réalisée dans la rue de la pharmacie.

Des critères de sélection sont nécessaires à respecter étant donné qu'ils ont été fixés lors de la validation antérieure de cet instrument de mesure : les personnes enquêtées doivent avoir plus de 18 ans, et avoir résidé en France (9).

Ce questionnaire s'applique à la clientèle d'une seule officine afin de récolter des informations les plus fiables possibles à l'aide d'un échantillon de taille suffisamment importante. De plus, nous souhaitons obtenir des conclusions relatives au fonctionnement d'une structure en particulier, puisque notre but est de mettre en place une démarche qualité par la suite.

L'échantillon a été constitué en prenant en compte tout type de clientèle (de passage ou de quartier, patients chroniques ou aigus).

La méthode d'échantillonnage mise en œuvre consiste en une méthode aléatoire afin de garantir une représentativité correcte de l'échantillon. Les personnes interrogées ont été sélectionnées dans des conditions très proches du hasard afin de n'introduire aucun biais en surévaluant ou sous-évaluant une catégorie de clients.(79)

****Questionnaire administré selon une méthode adaptée à la clientèle***

Le questionnaire a été remis au comptoir par le personnel lors du passage du client à l'officine : on parle de questionnaire auto-administré avec sollicitation des clients.

Il a été rempli par le patient lui-même ou à l'aide de l'enquêteur lors de difficultés de compréhension.

Le questionnaire a été distribué aux clients avec des explications à propos :

- du pourquoi de ce questionnaire : ce travail a été réalisé dans le cadre d'une thèse, cherchant à évaluer la satisfaction des clients afin de déceler des problèmes vis à vis du service rendu et mettre en place par la suite des actions correctives.

-du mode de remplissage : nous avons laissé le choix au patient entre

- soit le remplir dans un coin calme de l'officine (petit local d'orthopédie)
- soit le remplir chez soi s'il était pressé.

-des conditions nécessaires pour mener à bien l'évaluation :

- il a été signalé aux clients de noter à la fin de l'enquête leurs jugements par rapport au questionnaire en lui-même (sur sa forme, son contenu, sa lisibilité, s'ils rencontraient des difficultés en le remplissant...), qu'il s'agisse de remarques positives ou négatives.
- les clients ont tous été avertis de la possibilité d'annoter à la fin du questionnaire toute remarque plus ou moins favorable vis à vis du service rendu par la pharmacie. Ces remarques prennent aussi en compte leurs éventuelles propositions d'amélioration.

- des modalités de son retour s'il n'est pas rempli sur place : questionnaire rapporté à la pharmacie par les clients et remis en mains propres au personnel ou déposé dans la boîte aux lettres de la pharmacie au cas où le client le ramène en dehors des heures d'ouvertures de la pharmacie.

-de la confidentialité : les clients ont été assurés du caractère anonyme de cette enquête ; il n'est pas nécessaire de signer, ni de noter son nom sur le questionnaire.

2.1.5. Le recueil des données

Les questionnaires rapportés par les clients aux comptoirs, ou éventuellement déposés dans la boîte aux lettres de la pharmacie ont tous été soigneusement entreposés et cumulés dans une boîte prévue à cet effet, sans regarder les résultats et remarques des clients.

2.1.6. Le traitement des résultats

Il a été choisi d'analyser les questionnaires en une fois à la fin de l'enquête, c'est à dire après épuisement du retour des questionnaires. Ce mode d'analyse permet de mieux conserver l'anonymat en évitant l'attribution des résultats du questionnaire venant d'être rapporté à telle personne, comme cela serait le cas avec analyse progressive.

Avant tout, les questionnaires ont été contrôlés du point de vue de la qualité du remplissage : l'enquêté a-t-il répondu à toutes les questions? Les réponses sont-elles lisibles ? (entourage clair des numéros de réponses).

Les questionnaires ne remplissant pas ces critères ont été mis de côté, et n'ont pas été analysés.

****Dépouillement des questionnaires***

Le nombre de questionnaires recueillis et le nombre de questions par questionnaire étant important, le codage pré-existant a été utilisé pour faciliter le dépouillement des résultats : ce codage permet une traduction simple des critères de jugement rédigés en termes chiffrés allant de 1 à 5.

Le dépouillement se décompose en un comptage préalable : le simple décompte des différents types de réponses à une question déterminée a été effectué en s'aidant du codage.

La saisie des réponses a été prévue par informatique à l'aide du tableur Excel Microsoft® et Word Microsoft® pour les mises en page. Les résultats sont donc présentés sous forme de tableaux de contingence à deux entrées qui permettent le croisement entre les propositions classées selon l'ordre du questionnaire et les cinq critères de mesure appartenant à l'échelle de Likert.

Les remarques des patients sont reportées telles quelles dans le logiciel Word®, et classées en différentes catégories :

- les remarques d'évaluation du questionnaire séparées en points positifs, et points négatifs, à partir desquelles une synthèse sera par la suite effectuée ;
- les propositions d'améliorations vis à vis du service rendu par la pharmacie ;
- les remarques d'encouragement.

Afin de mieux visualiser la répartition des avis de la clientèle selon les différents items de jugement, les tableaux sont commentés dans le rapport de l'enquête, et sont complétés par la réalisation de diagrammes en camembert pour chaque question.

2.2.La démarche qualité : mise en application d'une méthode de résolution de problème à partir des résultats de l'enquête de satisfaction des clients

Cette démarche a été réalisée en plusieurs étapes : plusieurs réunions successives ont été nécessaires. Une partie du groupe de travail a pu participer à l'ensemble des réunions. Des conditions générales pour le bon déroulement de la méthode ont été appliquées.

Les objectifs ont été rappelés comme dans toute démarche qualité : la méthode a pour but de rechercher les moyens à mettre en œuvre pour améliorer les processus de délivrance des services. Une discussion relative à cette démarche a été établie.

Le groupe de travail est parti de problèmes rencontrés, identifiés à partir du questionnaire. L'équipe les a hiérarchisés en fonction de l'importance attribuée par les clients à ces différents problèmes. Un seul problème a été traité à la fois. Bien que différents problèmes ont été identifiés par le questionnaire, ils seront traités successivement.

L'enchaînement des étapes a été suivi avec rigueur et jusqu'à son terme, c'est-à-dire jusqu'au suivi des actions mises en œuvre. Aucune solution n'a été estimée d'emblée unique par le groupe de travail.

2.2.1. Listing des problèmes

La survenue des problèmes se traduit par une baisse de la satisfaction du client. Leur identification fait donc appel à des indicateurs de satisfaction recueillis par le biais de cette enquête d'évaluation du service rendu à l'officine.

Une pré-sélection a été mise en œuvre auparavant pour le choix du problème prioritaire à traiter.

Pour établir le listing des problèmes sur lequel va s'effectuer ce choix, des critères de sélection ont été utilisés. Ils ont permis d'écarter des propositions dont les réponses ne paraissent pas fiables étant donné leur fort taux de « sans opinions ». Ces critères de sélection s'appuient sur des annotations des clients à la fin du questionnaire concernant certaines questions.

Les contestations des clients rapportés en annexe du questionnaire et portant sur certains points d'amélioration du service rendu par la pharmacie n'ont pas été prises en compte à ce niveau dans l'analyse.

Pour sélectionner les propositions à problème parmi les 24 questions restantes, le calcul de la moyenne des pourcentages des réponses correspondant à une satisfaction positive (addition Totalement d'Accord (TA) + d'Accord (A) ou Pas d'Accord (PA) + Pas du Tout d'Accord (PTA) selon le sens de la proposition) a été réalisé.

Il en est de même pour la moyenne des réponses correspondant à une insatisfaction.

Les différentes propositions pour lesquelles le taux d'insatisfaction est supérieure à la moyenne calculée ont été listées.

2.2.2. Choix d'un problème

Le choix du problème prioritaire à traiter a été fait en fonction de l'importance respective des problèmes énoncés pour n'en retenir qu'un seul prioritaire.

Deux temps ont été visibles dans cette démarche :

-une hiérarchisation des problèmes a été fondée sur l'opinion des clients (indicateur de satisfaction), c'est à dire par rapport à la valeur plus ou moins élevée du taux d'insatisfaction.

-l'équipe a confirmé le choix du problème ainsi sélectionné selon plusieurs critères. Pour cela, il a été nécessaire d'approfondir le problème mis en exergue pour qu'il soit le mieux compris possible et de retenir ses conditions de survenue.

2.2.3. Identification des causes possibles

Ceci a été réalisé à l'aide d'un remue-méninges au sein du groupe de travail, pour rechercher toutes les causes possibles du problème défini.

Les pré-requis au bon déroulement de l'opération et la chronologie du remue-méninges ont été appliqués. Le remue-méninges a duré 20 minutes en présence de 5 personnes du groupe de travail.

2.2.4. Classement et visualisation claire de l'ensemble des causes potentielles du problème

Ce classement est effectué à l'aide du diagramme d'Ishikawa.

Toutes les causes répertoriées suite au remue-méninges ont été réparties dans les différents groupes des 5M.

Précaution prise : Après le remue-méninge initial, il a été décidé de ne pas revenir aux causes répertoriées. Des causes venant plus tard à l'esprit n'ont pas été ajoutées à la liste.

2.2.5. Choix des causes essentielles

Suite à ce classement, la plus grande famille de causes a été retenue pour définir les causes essentielles et rechercher par la suite des solutions s'y rapportant.

2.2.6. Recherche des solutions possibles

Les solutions à apporter au problème traité doivent chercher à résoudre ses causes.

La recherche des solutions porte donc sur la famille des causes essentielles mises en évidence avec le diagramme d'Ishikawa.

Pour cela, le remue-méninges a de nouveau été utilisé avec des conditions et une chronologie d'application semblables à celles de la recherche des causes.

2.2.7.Choix de la solution

Le choix de la solution prioritaire a été mise en oeuvre grâce à un vote pondéré sans vote simple au préalable.

Le vote pondéré a pu être directement réalisé étant donné que le nombre de solutions proposées est inférieur à 20.

Pour cela, un total de 6 points a été distribué au départ à chaque participant, et chacun vote individuellement pour 3 sujets, en attribuant :

- 3 points pour l'élément le plus important
- 2 points pour celui qui vient en 2^{ème} position
- 1 point pour la 3^{ème} position.

La chronologie classique du vote pondéré a été appliquée.

2.2.8. Mise en oeuvre de la solution

La solution a été définie par le biais du QQQQCPC (Qui, Quoi, Où, Quand, Comment, Pourquoi, Combien).

Pour sa réalisation, le remue-méninges a de nouveau été utilisé avec les mêmes principes de réalisation pour répondre aux 6 questions. Dans ce cas, il n'y a pas eu nécessité d'aborder la question *combien ?*

Il a été nécessaire de repréciser au début l'objectif (la solution à mettre en oeuvre) aux participants. Les questions ont été abordées l'une après l'autre.

Une synthèse de toutes les idées émises sur les différentes questions a été réalisée afin d'établir un plan d'actions (matérialisé par un tableau) impliquant concrètement chaque participant. Il a fallu aussi s'assurer que chacun avait bien compris son rôle dans l'action à entreprendre et était en mesure d'y donner suite.

2.2.9. Mesure des résultats : utilisation de divers indicateurs

2.2.9.1.Contrôle de l'impact des actions correctives à l'aide d'une mini-enquête

Cette première approche a été mise en oeuvre grâce à un bilan réalisé début septembre 2007, soit un mois après la mise en oeuvre de la solution.

Ce bilan a été établi à l'aide d'une enquête auprès des clients sur 5 jours afin de contrôler si la solution mise en place permet une amélioration de la satisfaction du client par rapport au problème identifié.

L'enquête correspond à un questionnaire ciblé (annexe 6) comportant au maximum 2 à 3 questions : ce nombre de critères est plus restreint que l'étude initiale constituée de 29 questions.

Au total, 50 questionnaires ont été distribués afin de réaliser cette mini-enquête, ils ont été remplis sur place par les clients étant donné que la durée de réalisation du questionnaire est de 30 secondes en moyenne.

Ils ont été recueillis dans une urne prévue à cet effet (boîte à idées) disposée sur une table à l'intérieur de la pharmacie.

Avant la réalisation de ce questionnaire, il a été nécessaire de rappeler le champ d'action. Il a été identifié en fonction du processus à améliorer.

Les indicateurs mis en œuvre grâce à ce mini-questionnaire sont des IMEAC.

Pour mieux différencier ces indicateurs et simplifier leur dénominations, ils ont été appelés comme suit : IMEAC1 pour le contrôle de l'atteinte de l'objectif auparavant fixé, et IMEAC2 pour le contrôle de l'obtention de l'effet positif recherché sur les clients.

Une notion de ratio intervient dans leur définition avec la détermination de l'évolution dans le temps des deux paramètres cités ci-dessus.

Avant même de débiter l'enquête, des objectifs ont été fixés pour ces indicateurs, ainsi que le délai au bout duquel le contrôle doit être effectué³⁹.

2.2.9.2. Indicateurs d'aide au maintien des résultats dans le temps

Dans cette seconde approche, des indicateurs de résultats ont été développés dans le but de contrôler le respect de l'application dans le temps des actions d'amélioration.

Cela a été réalisé dans l'intention de favoriser le maintien au long cours des résultats obtenus. Ces indicateurs sont mesurés périodiquement en interne, et font intervenir les deux catégories d'indicateurs de résultats : final et intermédiaire.

Avant même de débiter l'enquête, des objectifs ont été fixés pour ces indicateurs⁷.

³⁹ objectifs fixés présentés dans le tableau récapitulatif des résultats du QOQCPC au paragraphe 3.2.7.

2.3. Rédaction d'une procédure

Un modèle de procédure a été défini. Il comprend différents paragraphes mentionnés dans le tableau ci-dessous. Le modèle suivant avec cet enchaînement de rubriques a été respecté pour la construction de la procédure.

Les différentes rubriques du modèle choisi
Logo de l'officine
Titre avec : -le type de document : procédure -l'objet du document
Nombre de pages X/Y avec X : numéro de la page, et Y : nombre total de pages
Numéro d'enregistrement et indice de révision
Objectifs
Champ d'application avec : -lieu d'application -domaine d'application
Responsabilités
Définitions
Documents associés
Description
Approbation
Diffusion/ classement
Historique du document

Tableau XXV. Méthodologie suivie pour la rédaction de la procédure

2.4. Communication externe des résultats

Un compte-rendu des résultats de l'enquête de satisfaction aux clients a été réalisé via des affiches apposées dans le lieu de vente, sur les principaux problèmes identifiés.

3. Résultats

3.1. L'enquête de satisfaction

3.1.1. Résultats globaux caractérisant l'enquête de satisfaction

250 questionnaires ont été distribués.

Cinq clients ont refusé de manière catégorique de remplir le questionnaire lors de sa distribution. Ces clients ont rapporté comme justification :

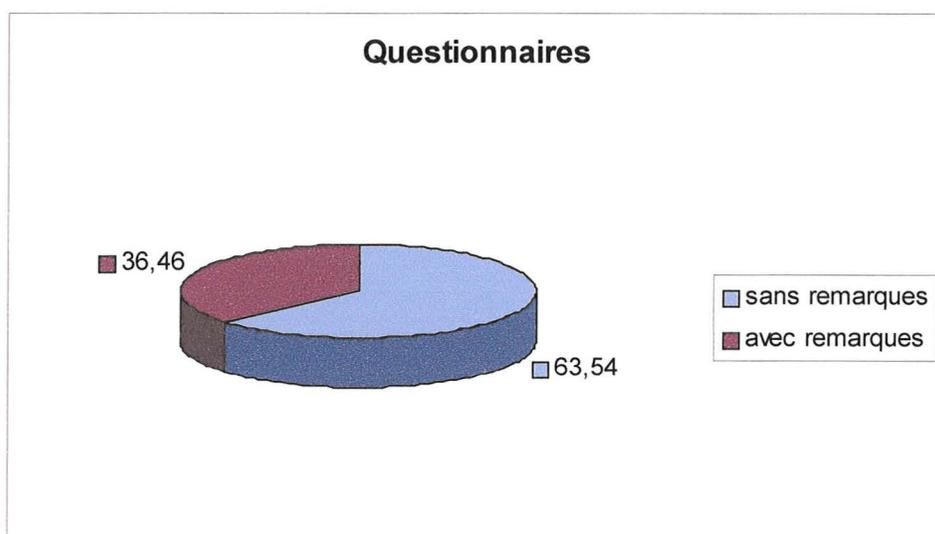
- un manque de temps pour remplir le questionnaire, en ce qui concerne 3 personnes sur 5.
- un manque d'intérêt complet pour le sujet de l'enquête en ce qui concerne 2 personnes sur 5.

Parmi ceux rapportés à la pharmacie, 192 questionnaires ont été jugés complets. Pour les 16 questionnaires restants :

- 12 n'avaient pas été entièrement remplis avec absence de réponses à plusieurs propositions localisées au milieu de la deuxième page voire dès son début.
- pour 4 autres, des données socio- démographiques n'étaient pas renseignés.

Paramètres caractéristiques de l'enquête	Calculs	Résultats
Taux de retour	208 questionnaires retournés à l'officine / 250 x 100	≈ 83,2%
Qualité du remplissage ou taux de réponses exploitables parmi celles recueillies	192 questionnaires exploitables / 208 x 100	≈ 92,3%
Taux de réponse global ou taux de réponses recueillies et exploitables	192/250 x 100	≈ 76,8%
Taux de questionnaires comportant des remarques	70 questionnaires avec remarques / 192 x 100	≈ 36,5%
Taux de questionnaires comportant des réclamations vis à vis du service rendu par la pharmacie	7 questionnaires rapportent des points d'amélioration parmi les 70 questionnaires comportant des remarques Soit 7/ 192 x 100	≈ 3,65%

Tableau XXVI. Détermination des paramètres caractéristiques de l'enquête.



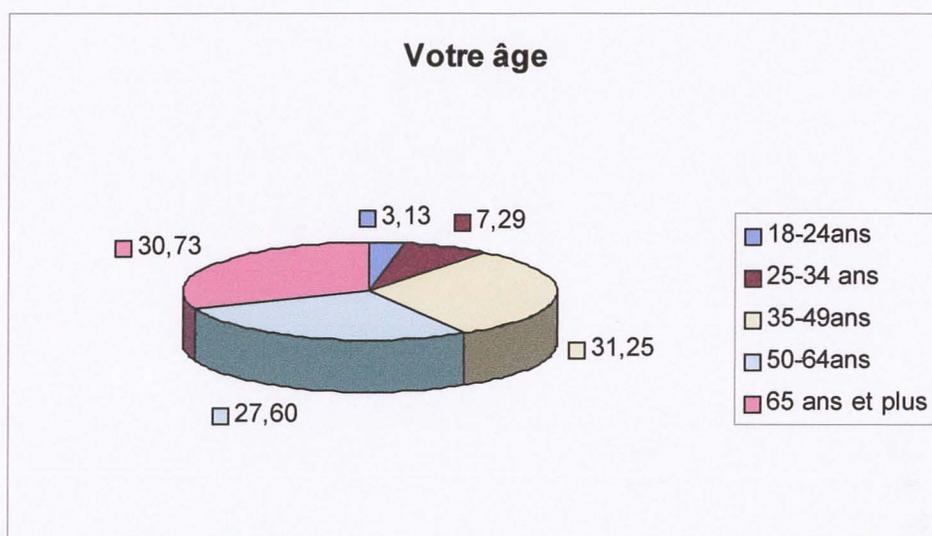
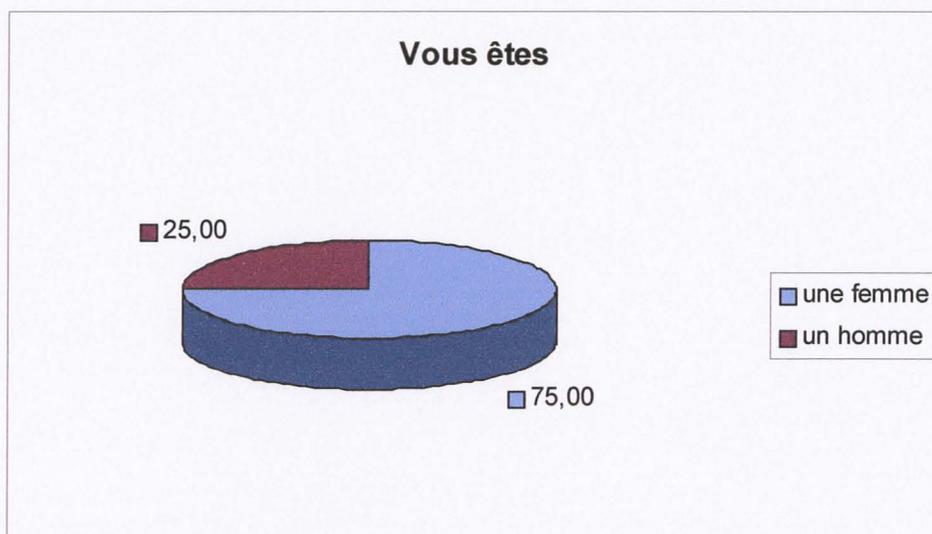
Paramètres caractéristiques de l'enquête	Résultats
Temps de remplissage du questionnaire	≈15 minutes en moyenne
Mode de distribution	La grande majorité des questionnaires a été remplie par les clients après les avoir emportés.
Durée de l'enquête	Du 03/03/07 au 24/05/07

Tableau XXVII. Présentation de paramètres caractéristiques de l'enquête

En ce qui concerne l'échantillon (annexe 2):

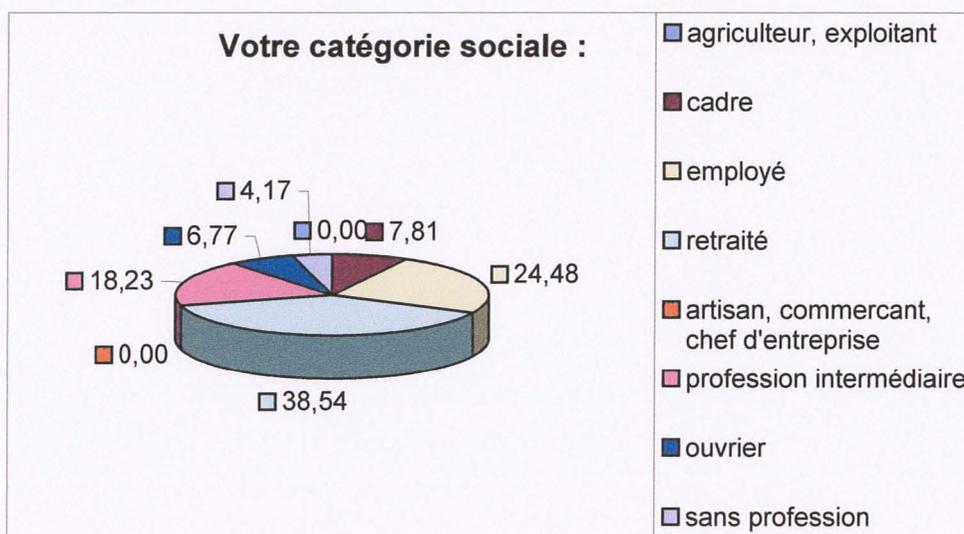
75% des répondants sont des femmes.

La classe d'âge médiane se situe à 50- 64 ans et le mode correspond à la classe d'âge 35-49 ans : l'échantillon est composé en majorité de proportions équivalentes de sujets de plus de 65 ans et de sujets entre 35 et 49 ans (31%).



La répartition des catégories socio- professionnelles se révèle significativement différente de celle de la population générale (recensement INSEE 1999).

Les questionnaires ont été remplis principalement par des retraités (39%), des employés (25%), des professions intermédiaires (18%).



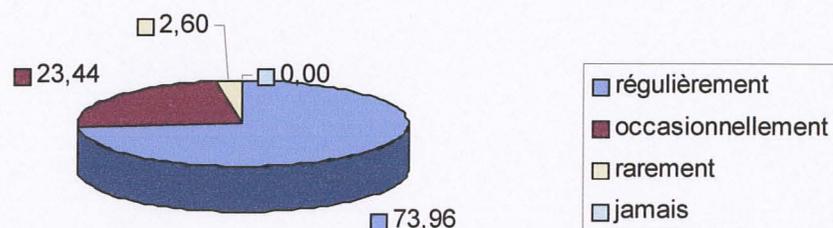
Votre catégorie socio- professionnelle	Echantillon		Recensement INSEE 1999 ⁴⁰
	n	%	
Agriculteurs, exploitants	0	0,00%	1,34%
Cadre	15	7,81%	6,60%
Employé	47	24,48%	16,25%
Retraité	74	38,54%	22,12%
Artisans, commerçants, chefs d'entreprises	0	0,00 %	3,46%
Professions intermédiaires	35	18,23%	12,00%
Ouvrier	13	6,77%	14,68%
Sans profession	8	4,17%	15,09%

Tableau XXVIII. Profil démographique des personnes interrogées

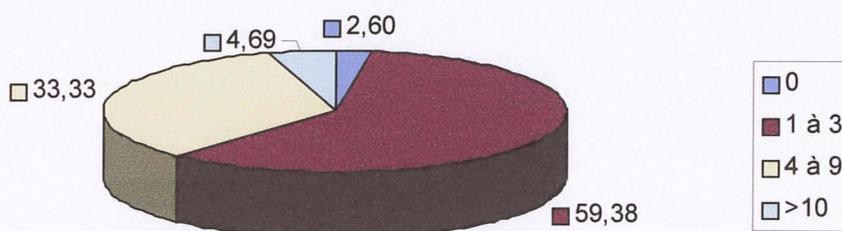
Les clients interrogés fréquentent régulièrement la pharmacie (74% des répondants), ou occasionnellement (23%). 60% d'entre eux ont d'ailleurs eu entre 1 et 3 prescriptions délivrées au cours des 3 derniers mois.

⁴⁰ Afin d'établir une correspondance du recensement de l'INSEE avec les résultats obtenus, les pourcentages concernant : les items inactifs < 60 ans (8,04%), étudiants (11,28%) ont été regroupés. La catégorie « autres » de l'INSEE (4,23%) n'a pas été mentionnée étant donné qu'elle n'apparaît pas dans le questionnaire.

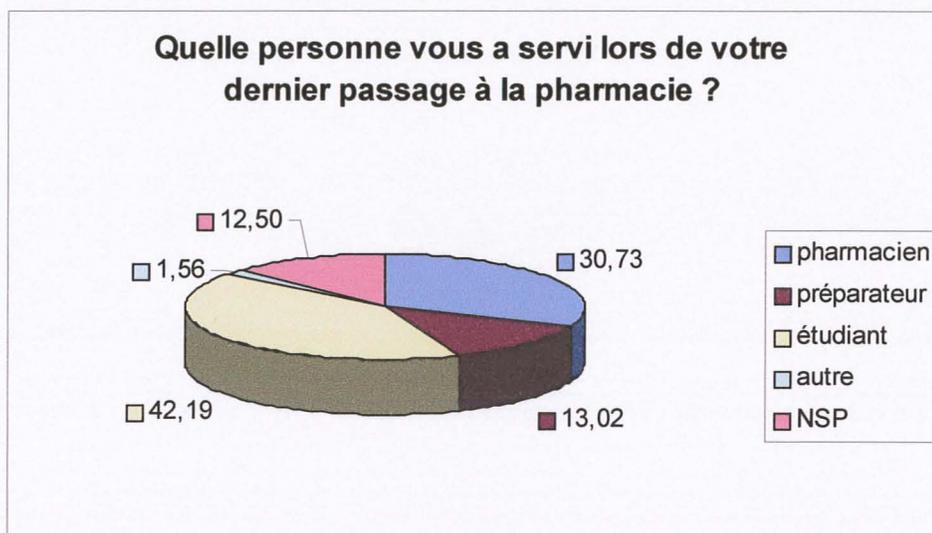
Avec quelle fréquence visitez-vous la pharmacie?



Combien de prescriptions vous ont été délivrées ces 3 derniers mois ?



Lors de leur dernier passage, les clients ont été en général servi par l'étudiant en pharmacie (42%) ou le pharmacien (31%). Un taux non négligeable de clients (12,5%) ne connaît pas exactement la qualification de la personne qui les sert.



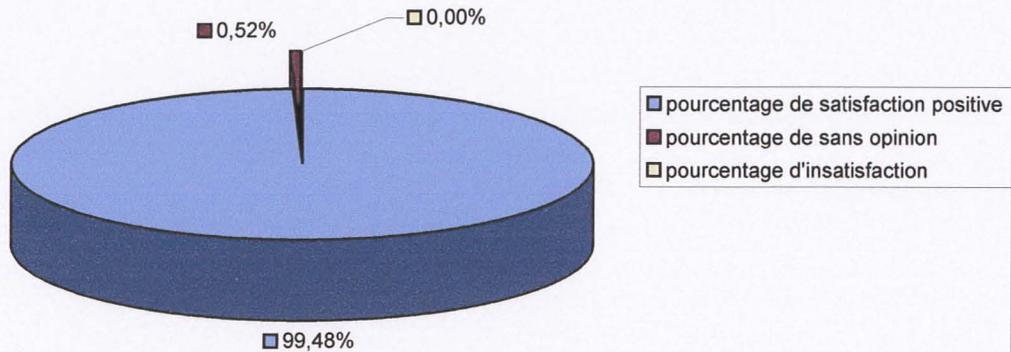
3.1.2. Résultats détaillés en fonction des taux de satisfaction et d'insatisfaction calculés

Les résultats en fonction des critères de jugement du questionnaire (annexe 2) sont présentés pour chaque question sous la forme de graphiques (camemberts).

L'addition des critères de jugement permet d'obtenir des taux de satisfaction et d'insatisfaction plus significatifs (annexe 3).

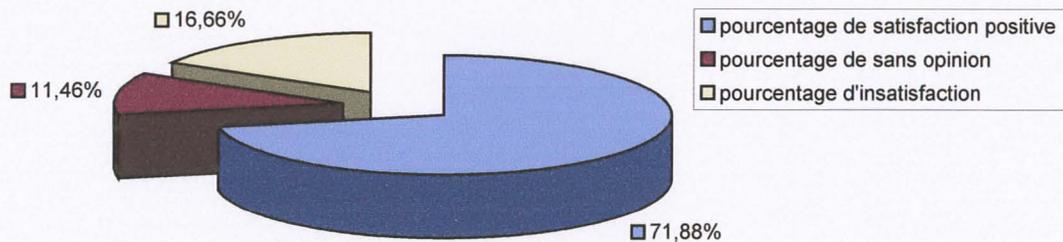
Les résultats sont énumérés à la suite en s'appuyant sur leur représentation graphique sous forme de camembert. Ils y sont exprimés en fonction des taux de satisfaction, et d'insatisfaction calculés, et les taux de sans opinion.

**Proposition n°1:
La personne qui me sert passe autant de temps qu'il est
nécessaire avec moi**



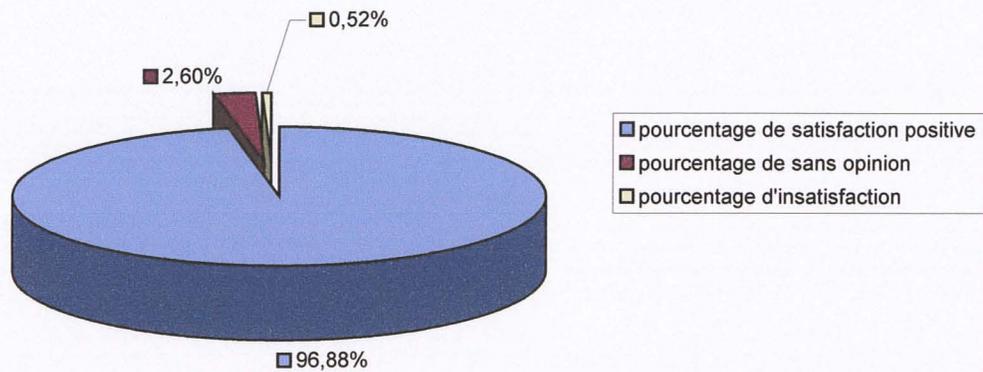
99,5% des patients estiment que *la personne qui sert* passe autant de temps qu'il est nécessaire avec lui

**Proposition n°2 :
En général, la personne qui me sert m'explique les effets
indésirables qu'un nouveau médicament peut causer**



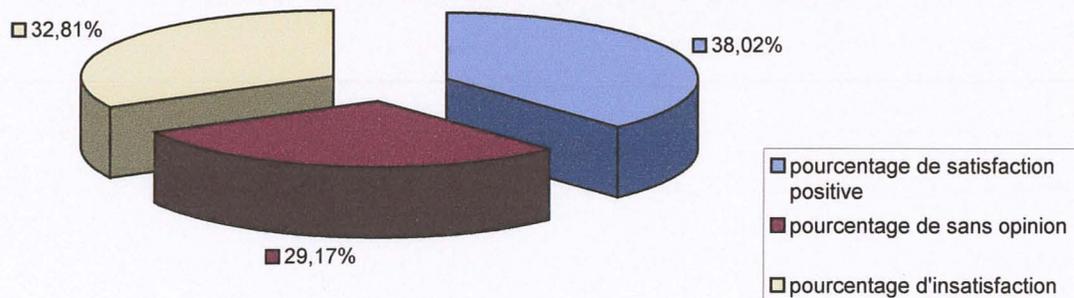
72% des clients estiment qu'ils ont suffisamment d'explications fournies sur les effets indésirables qu'un nouveau médicament peut entraîner, soit 17% d'entre eux pensent le contraire.

Proposition n°3:
Si j'ai une question au sujet de mon ordonnance, le pharmacien est toujours disponible pour m'aider



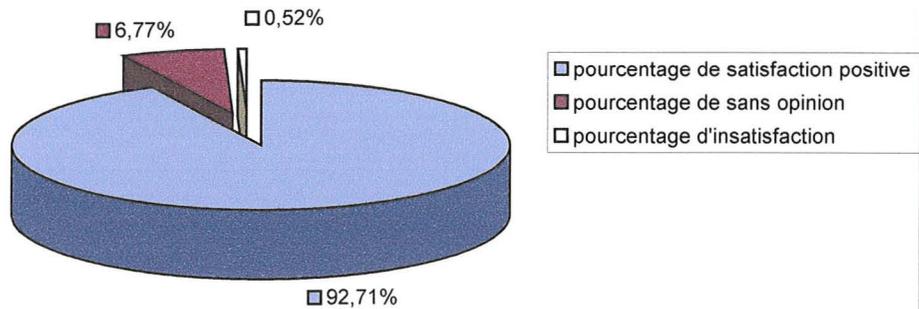
97% des clients estiment que le *pharmacien* est suffisamment à l'écoute de leur besoins en étant toujours disponible pour les aider, 1% pensent le contraire.

Proposition n°4:
Dans la pharmacie, il n'y a aucun endroit où je peux avoir une conversation privée avec le pharmacien



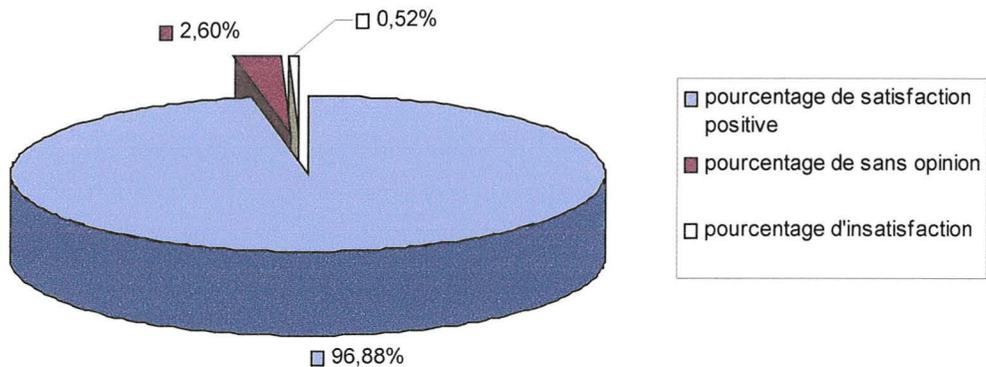
Moins de la moitié des clients sont satisfaits (38%) lorsque la confidentialité est abordée : 33% estime qu'il n'y a aucun espace qui permettrait d'établir une conversation privée avec le pharmacien.

**Proposition n°5:
La personne qui me sert sait comment expliquer les choses pour que je les comprenne**



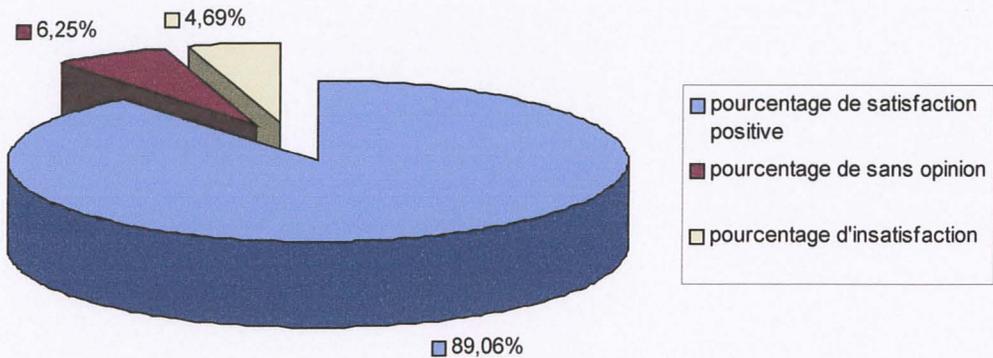
93% estime que le personnel sait utiliser un langage adapté aux clients pour que ce soit compréhensible.

**Proposition n°6:
L'intérieur de la pharmacie est aussi propre que n'importe quel cabinet médical**



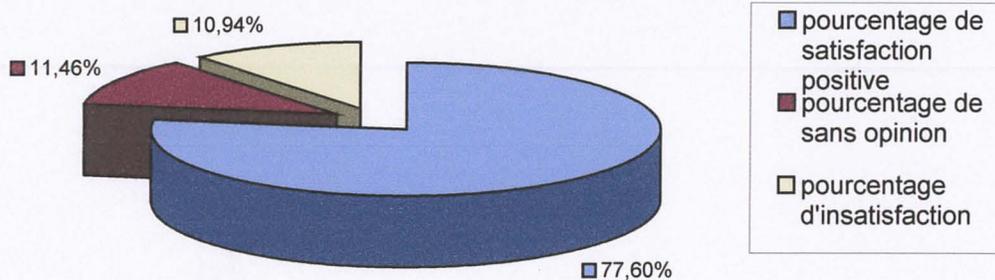
97% des clients estiment que l'intérieur de la pharmacie est « aussi propre que n'importe quel cabinet médical », 1% pensent le contraire.

Proposition n°7 :
La personne qui me sert n'est pas aussi consciencieuse qu'elle devrait l'être



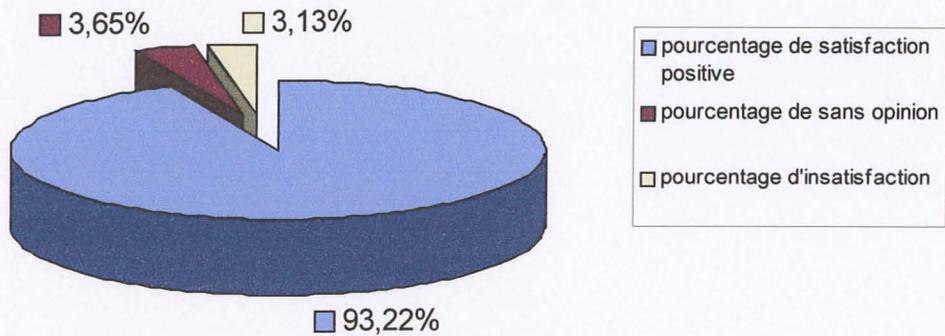
Une grande majorité des clients estiment que la personne qui sert est toujours consciencieuse (89%).

Proposition n°8:
Les services rendus à la pharmacie sont presque parfaits



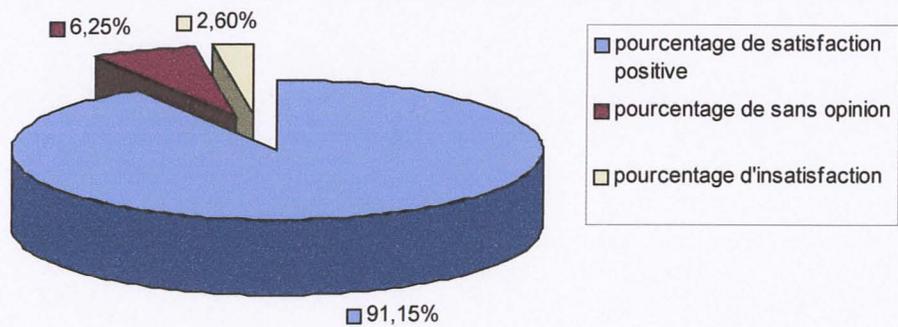
78% des clients estiment que les services rendus à la pharmacie sont presque parfaits, 11% jugent qu'ils ne le sont pas.

**Proposition n°9:
Mes ordonnances sont toujours délivrées rapidement**



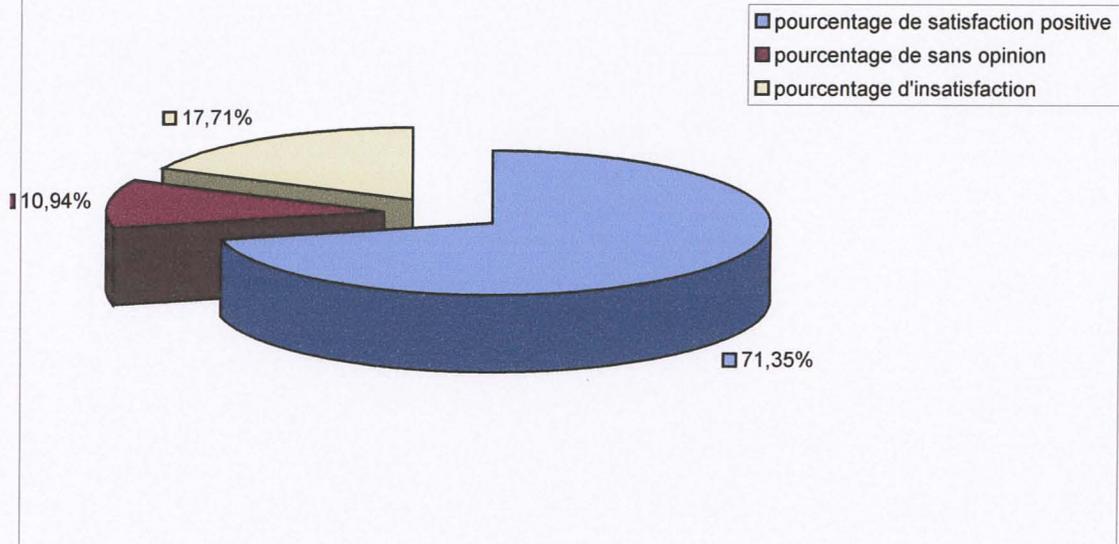
Les clients ne semblent rien reprocher vis à vis du temps de délivrance des ordonnances (94% de satisfaction) qu'ils jugent suffisamment rapide.

**Proposition n°10 :
Quand elle me délivre une ordonnance, la personne qui me sert s'assure que je comprends comment prendre les médicaments**



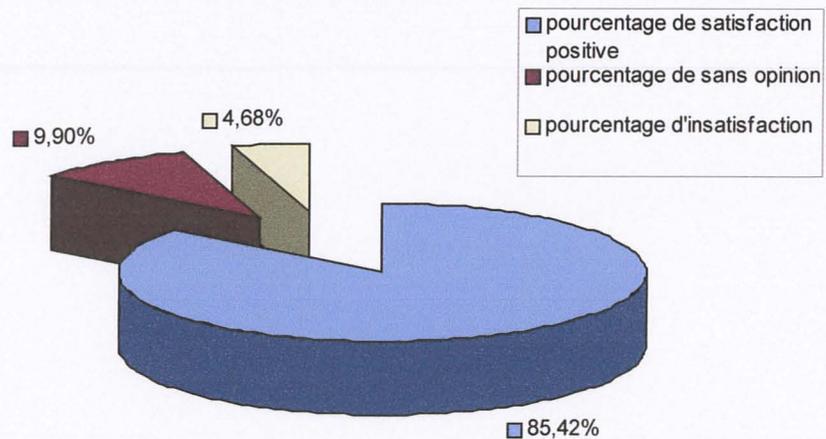
Selon les clients, le personnel s'assure en général qu'ils ont compris comment ils devaient prendre leurs médicaments (91%).

Proposition n°11 :
Dans la pharmacie, il y a un espace disponible pour attendre confortablement



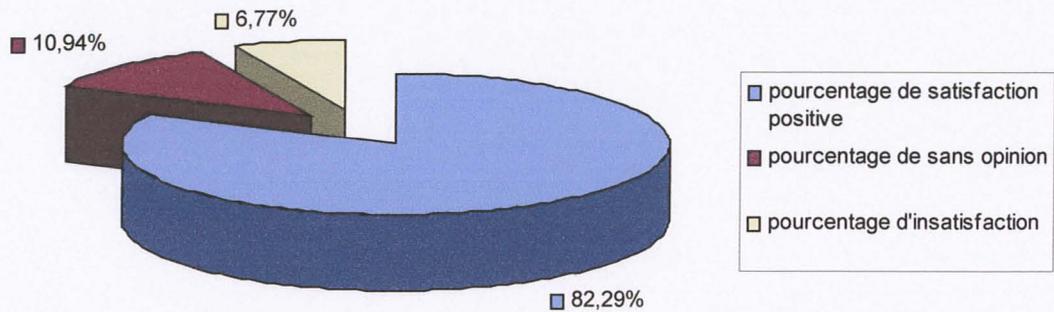
18% des clients estiment qu'il n'y a pas d'espace disponible pour attendre confortablement, 71% d'entre eux pensent le contraire.

Proposition n°12 :
Parfois, la personne qui me sert ne passe pas assez de temps avec moi



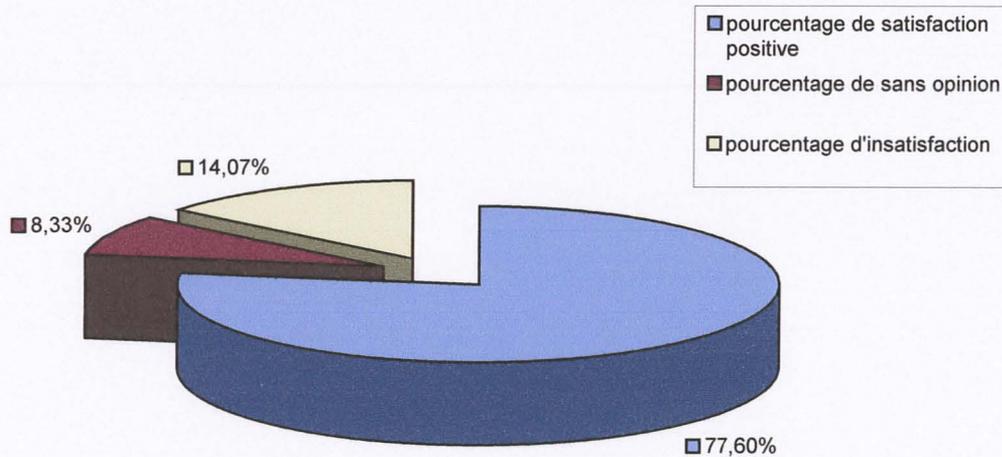
85% des clients jugent que la personne qui sert passe autant de temps qu'il est nécessaire avec lui. 5% d'entre eux restent cependant insatisfaits.

**Proposition n°13:
Le personnel de la pharmacie devrait être plus convivial**



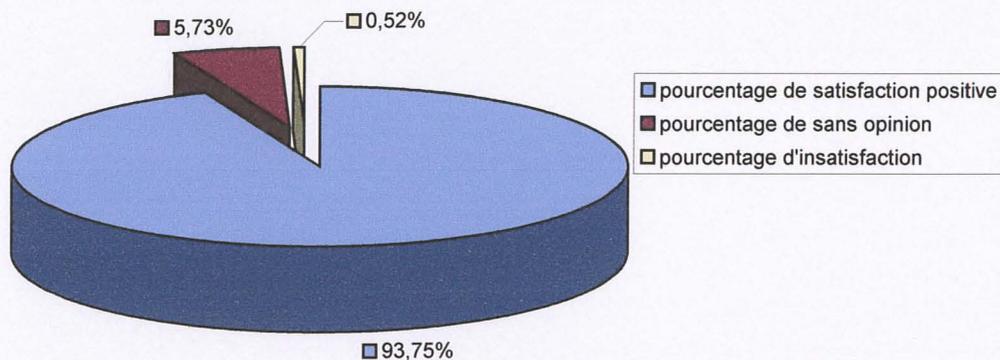
7% des clients reprochent au personnel de ne pas être suffisamment convivial, alors que 83% estiment que le personnel n'a pas besoin de l'être plus.

**Proposition n°14:
La personne qui me sert n'explique quasiment jamais à quoi sert mon traitement**



14% des clients estiment que le professionnel ne leur explique quasiment jamais l'utilité de leur traitement. Alors qu'ils sont 78% à décrire qu'il remplit ce rôle plus fréquemment.

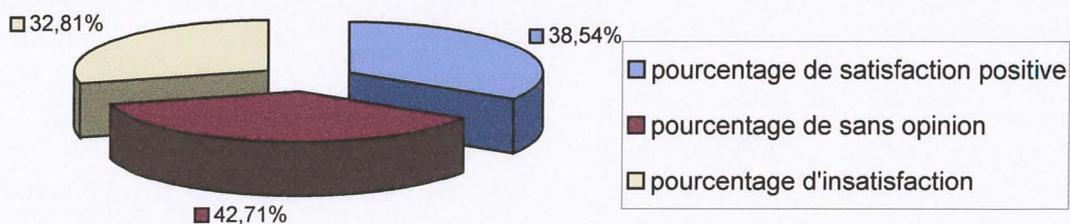
**Proposition n°15:
J'ai confiance en la personne qui me sert lorsqu'elle me
prépare
correctement mon ordonnance**



Lors de la délivrance d'ordonnances, une relation de confiance s'est établie avec la personne qui les sert pour 94% des clients.

Ces derniers sont très peu à douter du professionnel lorsqu'il accomplit cet acte pharmaceutique (0,5%).

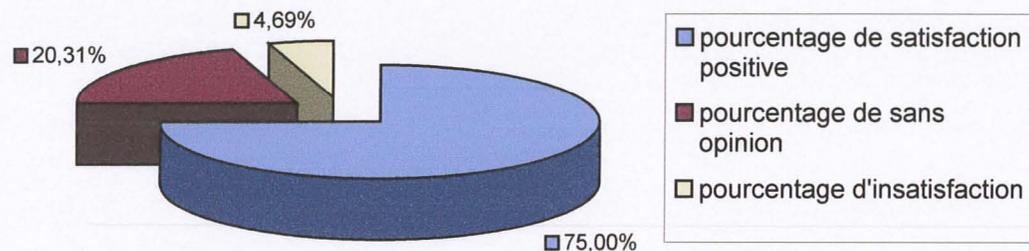
**Proposition n°16:
Il y a des choses qui pourraient être améliorées dans le
service rendu par la pharmacie**



33% des clients voient certains points à améliorer dans le service rendu par la pharmacie.

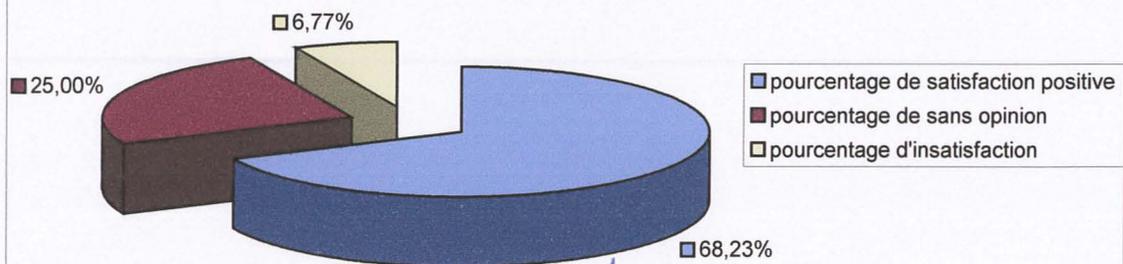
39% n'en jugent pas l'utilité.

Proposition n°17:
La personne qui me sert me paraît toujours professionnel



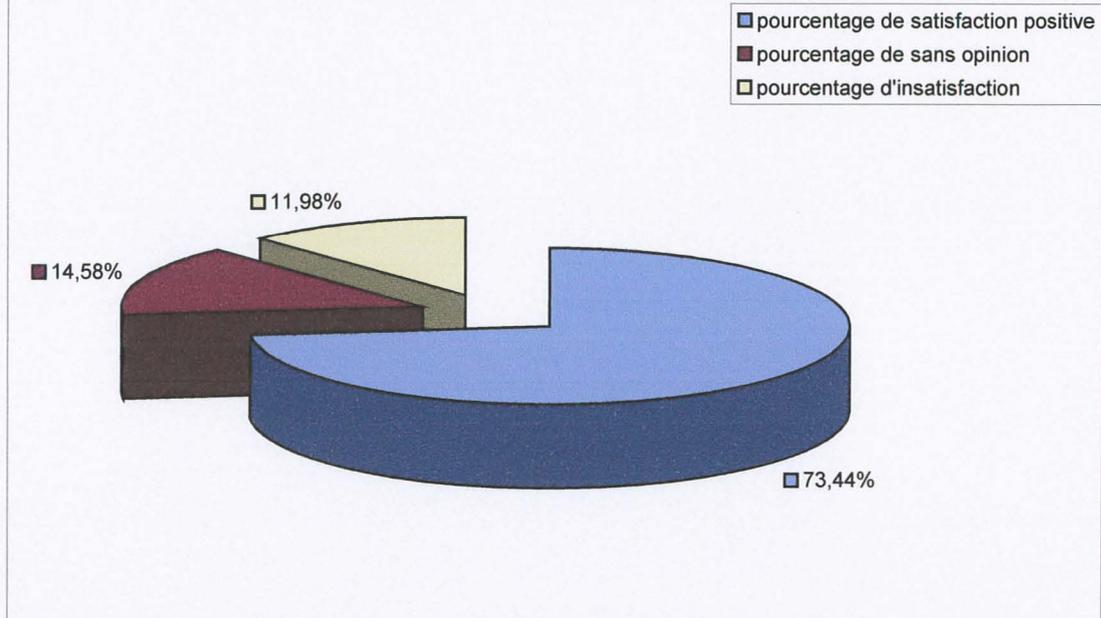
75% des clients qualifie toujours de professionnel la personne qui les sert. A l'inverse, elle n'y est pas toujours pour 5% d'entre eux.

Proposition n°18 :
La personne qui me sert devrait faire mieux pour éviter que les gens aient des problèmes avec leur médicaments



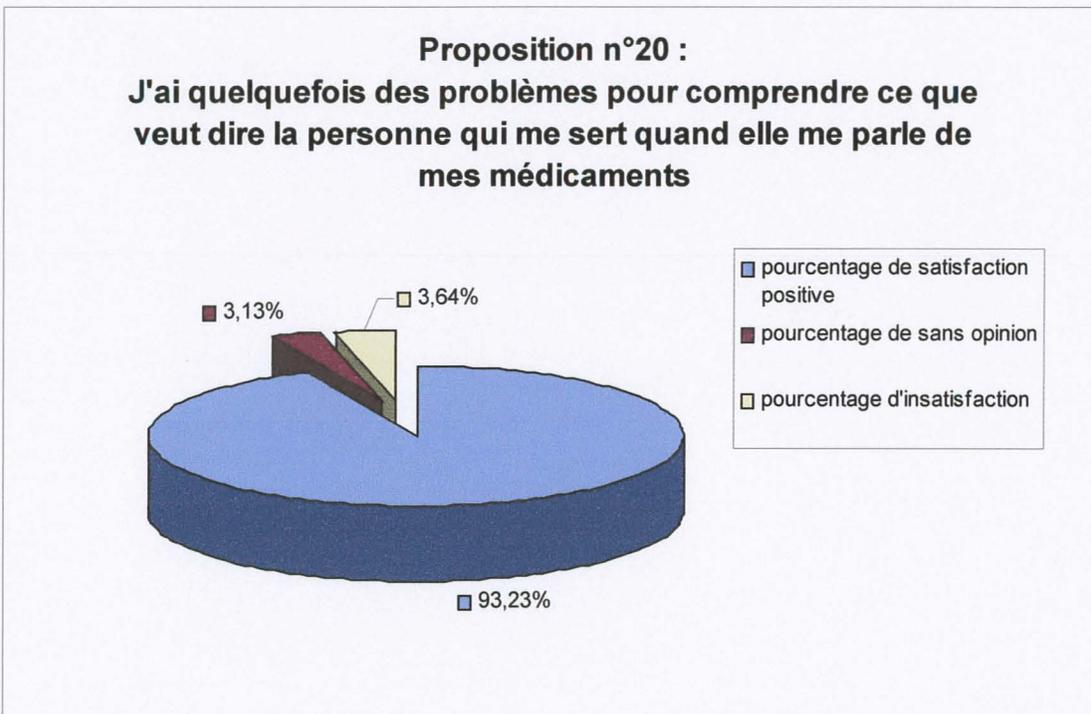
7% des clients pensent que le professionnel pourrait « faire mieux » pour éviter qu'ils aient des problèmes avec leur médicaments. Cependant, 68% jugent qu'il prévient suffisamment ce risque.

Proposition n°19:
En général, j'attends longtemps avant d'être servi



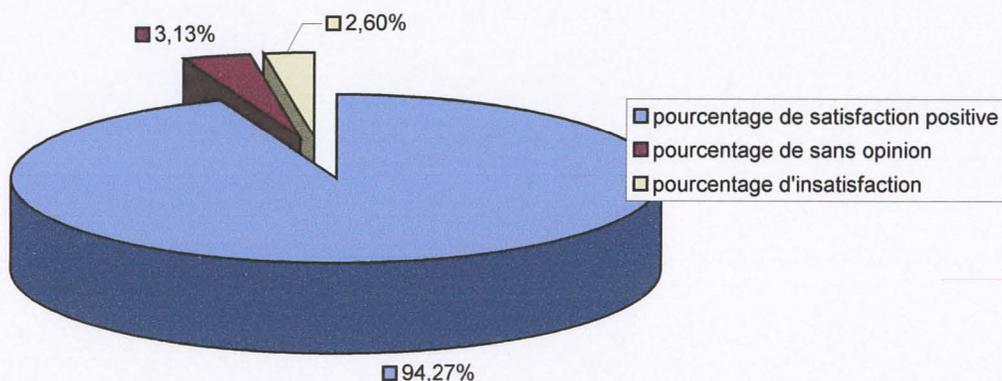
D'après 73% des clients, le temps d'attente avant le service n'est pas long en général, contrairement à 12% d'entre eux qui font ce reproche.

Proposition n°20 :
J'ai quelquefois des problèmes pour comprendre ce que veut dire la personne qui me sert quand elle me parle de mes médicaments



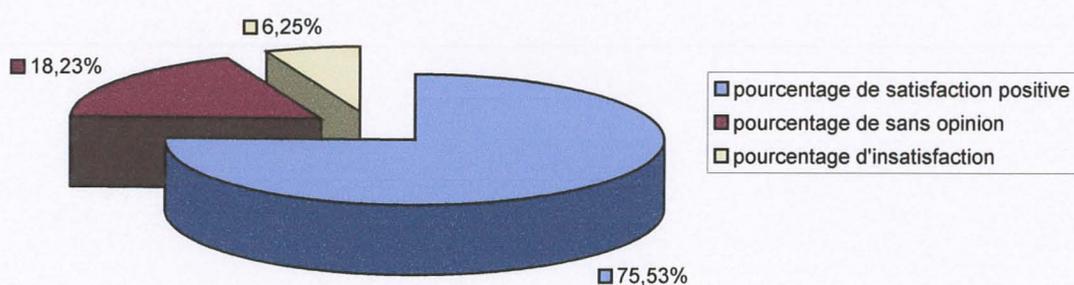
93% estiment que les explications du personnel relatives aux médicaments sont compréhensibles. 4% ne trouvent pas la clarté des explications suffisante.

Proposition n°21 :
Parfois, j'ai des doutes sur la délivrance de l'ordonnance
faite par la personne qui me sert



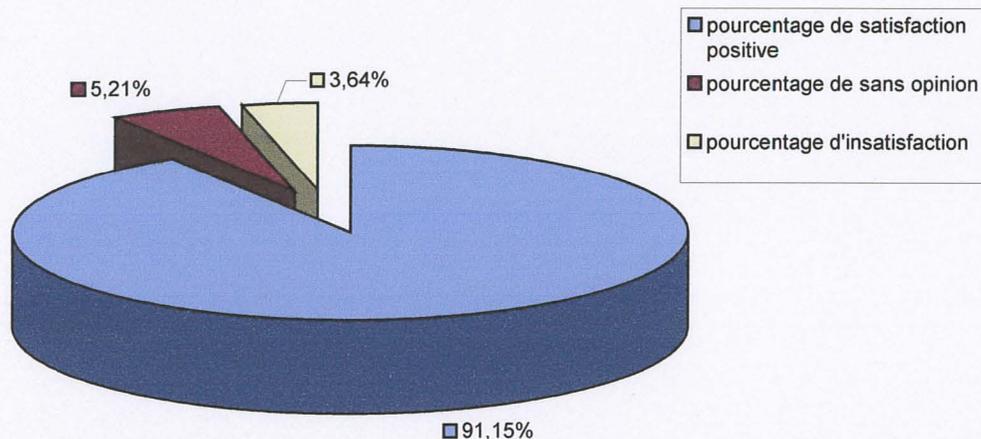
3% des clients présentent de temps en temps des doutes sur la délivrance de l'ordonnance. Alors que ce n'est pas le cas pour 94% d'entre eux.

Proposition n°22 :
Il me semble que le personnel s'intéresse vraiment à moi,
en tant que personne



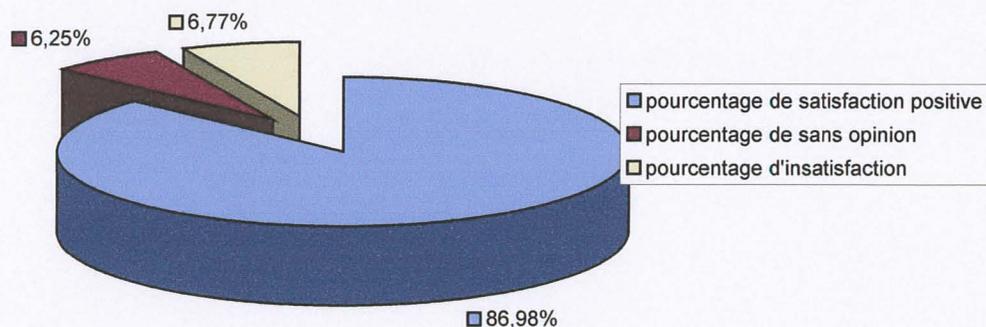
76% des clients considèrent que le personnel de la pharmacie s'intéresse à lui en tant que personne. 6% d'entre eux ne le pensent pas.

Proposition n°23 :
Dans la pharmacie, le personnel est souvent dérangé et ne peut assurer le service correctement



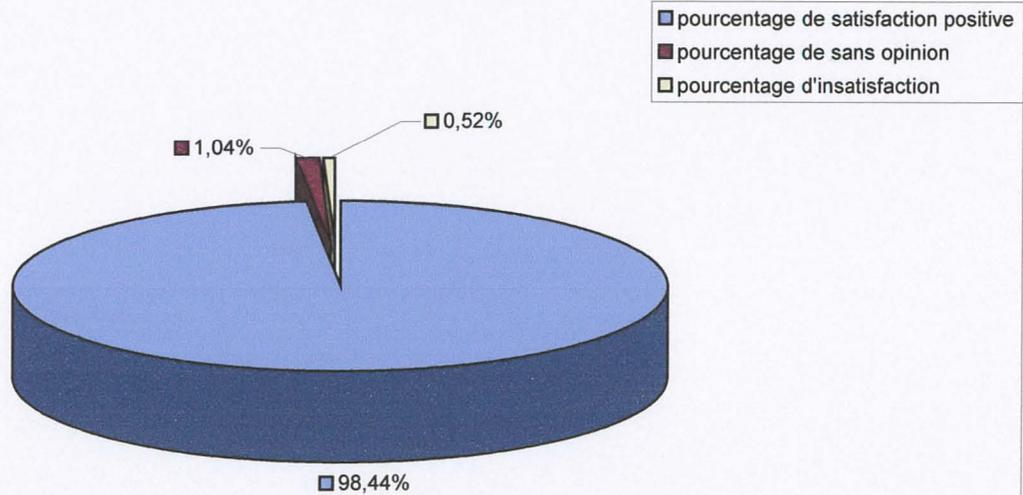
91% des clients estiment que le personnel peut assurer le service correctement, en n'étant pas souvent perturbé. A l'inverse 4% trouve qu'il est trop souvent dérangé pour rester concentré sur sa tâche.

Proposition n°24 :
J'ai quelques points de mécontentement au sujet des services rendus par la pharmacie



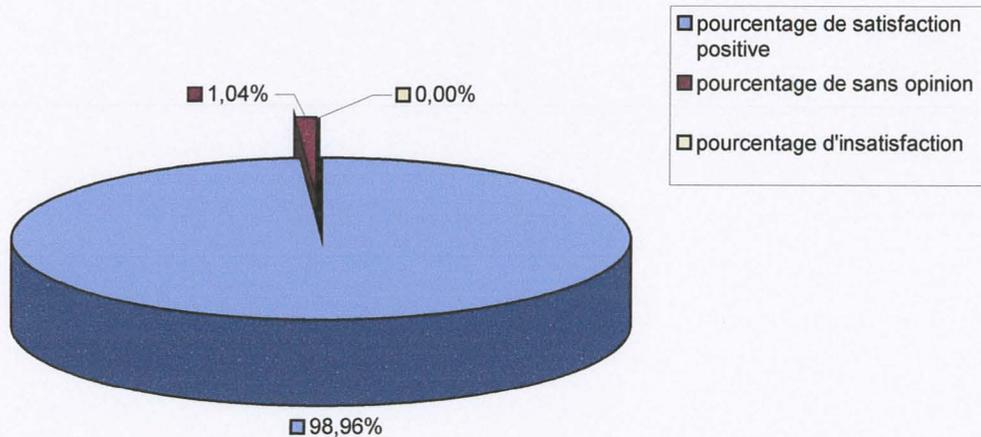
13% des clients ont quelques points particuliers de mécontentement à exprimer au sujet des services rendus par la pharmacie.

Proposition n°25 :
Le personnel de la pharmacie est toujours courtois et respectueux



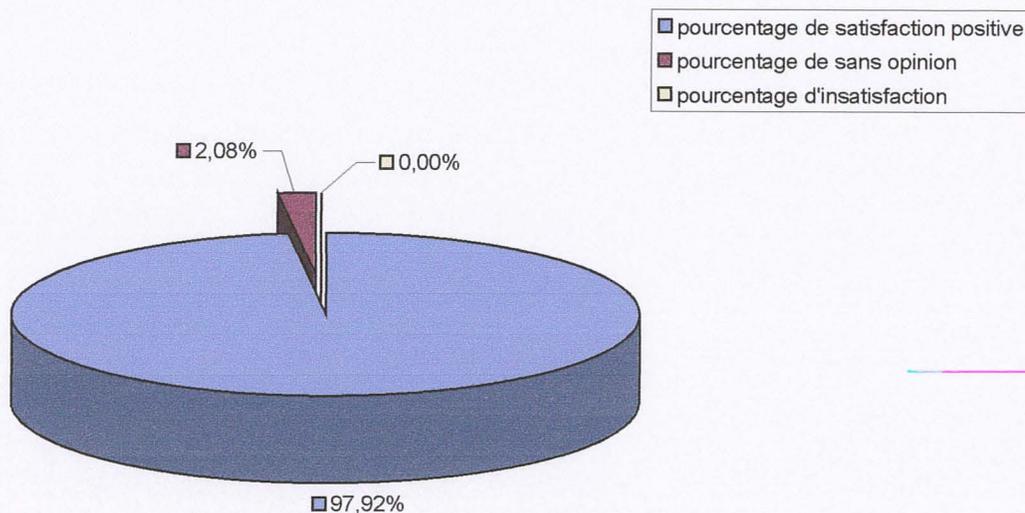
98% des clients évaluent le personnel comme étant toujours courtois et respectueux.

Proposition n°26 :
La personne qui me sert est toujours consciencieuse



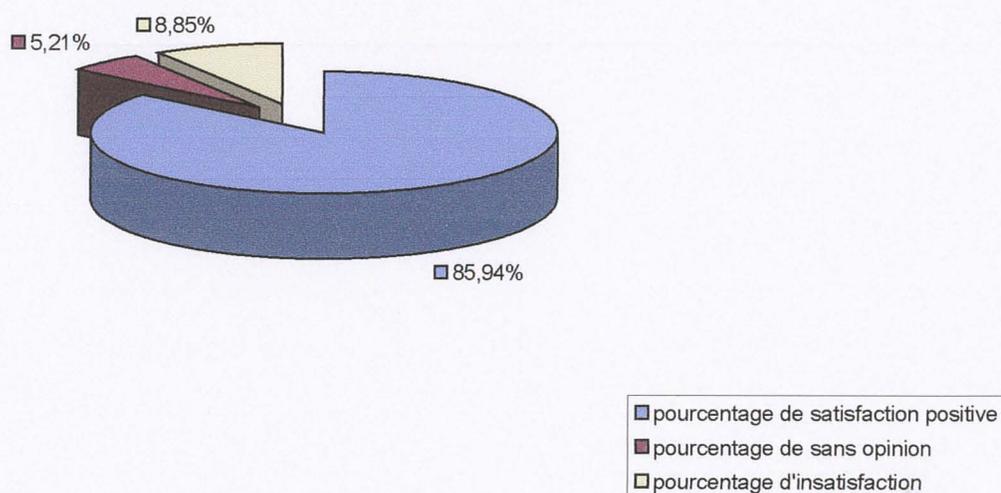
99% des clients considère le professionnel qui les sert comme étant toujours consciencieux.

**Proposition n°27 :
Je suis très satisfait du service rendu dans ma pharmacie**



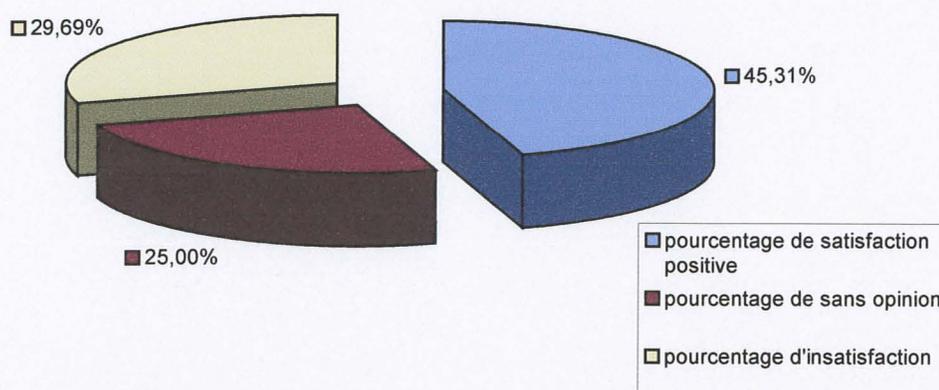
D'un point de vue global, les clients restent très satisfaits du service rendu par cette pharmacie (98%).

**Proposition n°28 :
Souvent, la personne qui me sert ne me dit pas comment
prendre mes médicaments**



Pour 9% des clients, le personnel n'explique pas souvent comment prendre les médicaments.

**Proposition n°29 :
Le comptoir de la pharmacie est trop encombré de
présentoirs et de publicités**



L'insatisfaction s'élève à 30% lorsque le sujet d'encombrement des comptoirs par des présentoirs et publicités est abordé.

***Résultats des commentaires libres des clients sur le service rendu par la pharmacie**

Des remarques qualifient l'espace d'accueil « d'agréable », de « reposant ». D'autres caractérisent le personnel « d'attentif », « très ouvert », « très présent » et « à l'écoute des problèmes ». Enfin, des remarques témoignent d'un « très bon accueil », et d'une « grande amabilité » du personnel, « toujours souriant et poli ».

Cependant, il y est aussi rapporté par deux clients, un « manque de confidentialité au comptoir » avec des suggestions d'amélioration comme « une ligne de démarcation au sol ». Nous y trouvons aussi évoqué à deux reprises, la « disponibilité des médicaments » insuffisante, et l'obligation de « repasser à la pharmacie ».

**3.1.3. Evaluation du questionnaire selon les remarques en annexe des clients :
synthèse des points forts et points d'amélioration**

Les remarques correspondant à ces points positifs et d'amélioration sont rapportés en détail dans l'annexe 4. Ces remarques sont synthétisées ci-dessous.

Synthèse des points positifs les plus fréquemment rapportés :

Le contenu du questionnaire apparaît « correct » selon les clients : ils estiment qu'il s'agit d'une enquête « approfondie », qui couvre un « domaine très vaste » des principaux points concernant les attentes des clients dans le domaine de la pharmacie .

L'originalité de l'enquête a aussi été rapportée :

- du fait de son contenu qui crée la surprise : des sujets, pour lesquels les patients n'auraient « jamais pensé être questionnés », comme « la confidentialité » ;
- du fait qu'elle est menée dans le cadre de l'officine : la quasi totalité des clients a signalé qu'ils n'avaient « jamais été soumis à une telle enquête dans le domaine de la pharmacie », les clients sont tous simplement contents que l'on s'intéresse à leur avis.

Synthèse des points d'amélioration les plus fréquemment rapportés

Ils concernent essentiellement la forme du questionnaire.

Le questionnaire est très souvent qualifié de « trop long ».

Certaines propositions sont trop « ambiguës » restant parfois incomprises, comme par exemple les questions n° 8, 17, 18 et 22 : propositions qualifiées souvent de « pas claires ».

Plusieurs clients parlent « d'inutilité », de « l'évidence » de certaines propositions comme par exemple les propositions 17, 22, ou encore la proposition 16 : « il y a des choses qui pourraient être améliorées dans le service rendu par la pharmacie » car en effet « on peut toujours améliorer » d'après les clients.

D'autres propositions apparaissent mal formulées, mais restent néanmoins compréhensibles pour la plupart des clients (la n°6, 15 ont été le plus souvent rapportées) :

- pour la proposition 15, il manque une préposition « en » après « j'ai confiance », et la fin de la proposition « lorsqu'elle me prépare correctement mon ordonnance » n'apparaît pas nécessaire à conserver pour les clients.
- pour la proposition 6 : « l'intérieur de la pharmacie est aussi propre que n'importe quel cabinet médical » avec entre autre, comme remarque : « il y a des cabinets médicaux qui sont sales ».
- la formulation de l'item 20 apparaît trop longue.

• nous notons une difficulté pour répondre à la question se trouvant à la fin du questionnaire : « combien de prescriptions vous ont été délivrées les 3 derniers mois ? ». Les clients disent préférer que leur soit demandé le nombre de prescriptions délivrées tous les mois.

Le plus souvent, les clients n'apprécient pas la répétition des propositions sous une autre formulation, notamment avec la reprise des propositions affirmatives sous forme de négations ; souvent, du fait de ces répétitions les clients ont hâte de parvenir à la fin du questionnaire. De plus, l'alternance des propositions affirmatives et négatives demande plus de réflexion. Ceci déroutait facilement les clients malgré leur concentration. Le temps pour répondre est donc plus important.

Ce questionnaire semble mettre à l'écart les personnes qui ont de la difficulté à se concentrer : aussi bien les personnes âgées que des clients plus jeunes de 30-40 ans qui expliquent qu'ils n'ont pas fait des études supérieures pour répondre à ce questionnaire trop « sophistiqué et complexe ».

D'autres personnes (entre autres, les personnes âgées) ont eu de la difficulté avec les critères de jugement (d'accord, pas d'accord...): il a été parfois nécessaire de leur expliquer comment il fallait répondre aux propositions en fonction de leur opinions, surtout lorsqu'il s'agissait de propositions négatives. Ils préféreraient des « critères plus simples ».

3.2. Méthode de résolution de problème (MRP)

3.2.1. Listing des problèmes : utilisation des indicateurs de satisfaction

Pour établir le listing de problèmes sur lequel la démarche va prendre appui, cinq questions (8, 16, 17, 18, 22) associées à un fort taux de réponses « sans opinion » (respectivement 12%, 43%, 20%, 25%) ont été retirées.

En effet, ces questions répertoriées dans l'évaluation des points d'amélioration du questionnaire (paragraphe 3.1.3.), ont été jugées par les clients comme étant « confuses », « ambiguës », « trop vagues ».

Suite à cette première sélection, le listing suivant a pu être établi :

Numéro de proposition	<i>Pourcentage de satisfaction positive</i>	<i>Pourcentage de sans opinion</i>	<i>Pourcentage d'insatisfaction</i>
1	99,48%	0,52%	0,00%
2	71,88%	11,46%	16,66%
3	96,88%	2,60%	0,52%
4	38,02%	29,17%	32,81%
5	92,71%	6,77%	0,52%
6	96,88%	2,60%	0,52%
7	89,06%	6,25%	4,69%
9	93,22%	3,65 %	3,13%
10	91,15%	6,25%	2,60%
11	71,35%	10,94%	17,71%
12	85,42%	9,90%	4,68%
13	82,29%	10,94%	6,77%
14	77,60%	8,33%	14,07%
15	93,75%	5,73%	0,52%
19	73,44%	14,58%	11,98%
20	93,23%	3,13%	3,64%
21	94,27%	3,13%	2,60%
23	91,15%	5,21%	3,64%
24	86,98%	6,25%	6,77%
25	98,44%	1,04%	0,52%
26	98,96%	1,04%	0,00%
27	97,92%	2,08%	0,00%
28	85,94%	5,21%	8,85%
29	45,31%	25,00%	29,69%

Tableau XXIX. Listing des indicateurs de satisfaction et taux de sans opinions des items conservés suite à la première sélection

Moyenne des pourcentages	Calculs
<i>de satisfaction positive</i>	Total pourcentage satisfaction positive(S+)/24 = 2045,33/ 24 ≈ 85,22%
<i>d'insatisfaction</i>	Total pourcentage insatisfaction (S-)/ 24 = 181,78/ 24 ≈ 7,20%
<i>de sans opinion</i>	Total pourcentage sans opinion/ 24 = 172,89/ 24 ≈ 7,57 %

Tableau XXX. Détermination des moyennes des indicateurs de satisfaction et taux de sans opinions.

Pour une deuxième sélection, le repérage des problèmes s'est fait par rapport à cette moyenne d'insatisfaction calculée ci-dessus. Les problèmes ainsi retenus sont surlignés en violet dans le tableau ci-dessus. Ils correspondent aux propositions énumérées à la suite, classées par ordre décroissant du taux d'insatisfaction :

Numéro des propositions retenues	Enoncé du problème	Taux d'insatisfaction
4	Présence d'un manque de confidentialité : l'espace où il est possible d'avoir une conversation privée avec le pharmacien est insuffisant.	32,8%
29	Les comptoirs sont trop encombrés de présentoirs et de publicités	29,7%
11	L'espace disponible pour attendre confortablement est insuffisant	17,7%
2	Les effets indésirables qu'un nouveau médicament peut causer ne sont pas assez souvent expliqués	16,7%
14	L'explication de l'utilité du traitement n'est pas assez fréquente	14,1%
19	Le temps d'attente avant d'être servi est trop long	12%
28	Il n'est pas assez souvent donné des informations vis à vis du mode d'administration et du plan de prise des médicaments	8,9%

Tableau XXXI. Classement des problèmes retenus en fonction du taux d'insatisfaction suite à la deuxième sélection.

3.2.2. Choix du problème essentiel

Selon les résultats obtenus du questionnaire, le problème de confidentialité arrive en tête. Cependant il n'a pas été retenu comme problème prioritaire. En effet le choix s'est porté sur le problème arrivant en deuxième position et correspondant à l'encombrement des comptoirs.

Les critères de sélection retenus pour ce choix ont été les suivants : l'insatisfaction générée à 2 niveaux (patients et personnel) et l'impact économique.

3.2.3. Listing des causes

Cause	Descriptif
Cause 1	Présentoirs en nombre trop important sur un comptoir (2 voire 3 présentoirs par comptoir)
Cause 2	Manque d'espace, comptoir trop petit, pas assez large
Cause 3	Pour améliorer la vente et réduire le stock de produits invendus, le personnel est amené à les mettre en évidence au niveau du comptoir. Ils viennent alors s'ajouter aux présentoirs arrivant des laboratoires.
Cause 4	Impact économique, recherche d'une meilleure rentabilité : les présentoirs sont disposés en plus grand nombre pour vendre un maximum de produits
Cause 5	Pour vendre à tout prix des produits, les présentoirs sont laissés sur les comptoirs plus longtemps : ils peuvent parfois rester 1 mois ou plus, et d'autres viennent alors s'y ajouter
Cause 6	Les présentoirs arrivant des laboratoires prêts à être exposés, ceci évite un travail supplémentaire pour leur mise en place, ce qui encourage d'entreposer ces présentoirs sur les comptoirs
Cause 7	Les présentoirs envoyés par les laboratoires sont de plus en plus souvent attrayants vis à vis du packaging (couleur, mise en fort), ce qui donne envie de les exposer au niveau du comptoir
Cause 8	Certains présentoirs sont de taille imposante
Cause 9	Le personnel ne distribue pas suffisamment les publicités (magazines santé distribués par les laboratoires ou fiches de prévention, de messages santé distribués par l'AFSSAPS ⁴¹). Elles s'accumulent alors sur le comptoir
Cause 10	Le personnel ne connaît pas les principales attentes de la population de la zone de chalandise ⁴² vis à vis des familles de produits (nouveau, phytothérapie, dermocosmétique...). Il en résulte un éventail très large de produits présentés à ce niveau.
Cause 11	Le personnel ne connaît pas précisément le niveau socio-économique de la population de la zone de chalandise. Les

⁴¹ Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

⁴² la zone de chalandise correspond à une aire d'attraction commerciale d'un commerce.

	produits présentés au niveau du comptoir ne ciblent pas précisément les caractéristiques de la population : il en résulte un éventail large de produits à différents prix.
Cause 12	Les présentoirs n'étant pas toujours enlevés lorsqu'ils sont pratiquement vides, cela peut contribuer à leur accumulation sur les comptoirs.

Tableau XXXII. Listing des causes

3.2.4. Choix de la cause essentielle

Le classement suivant est obtenu grâce à la réalisation du diagramme d'Ishikawa :

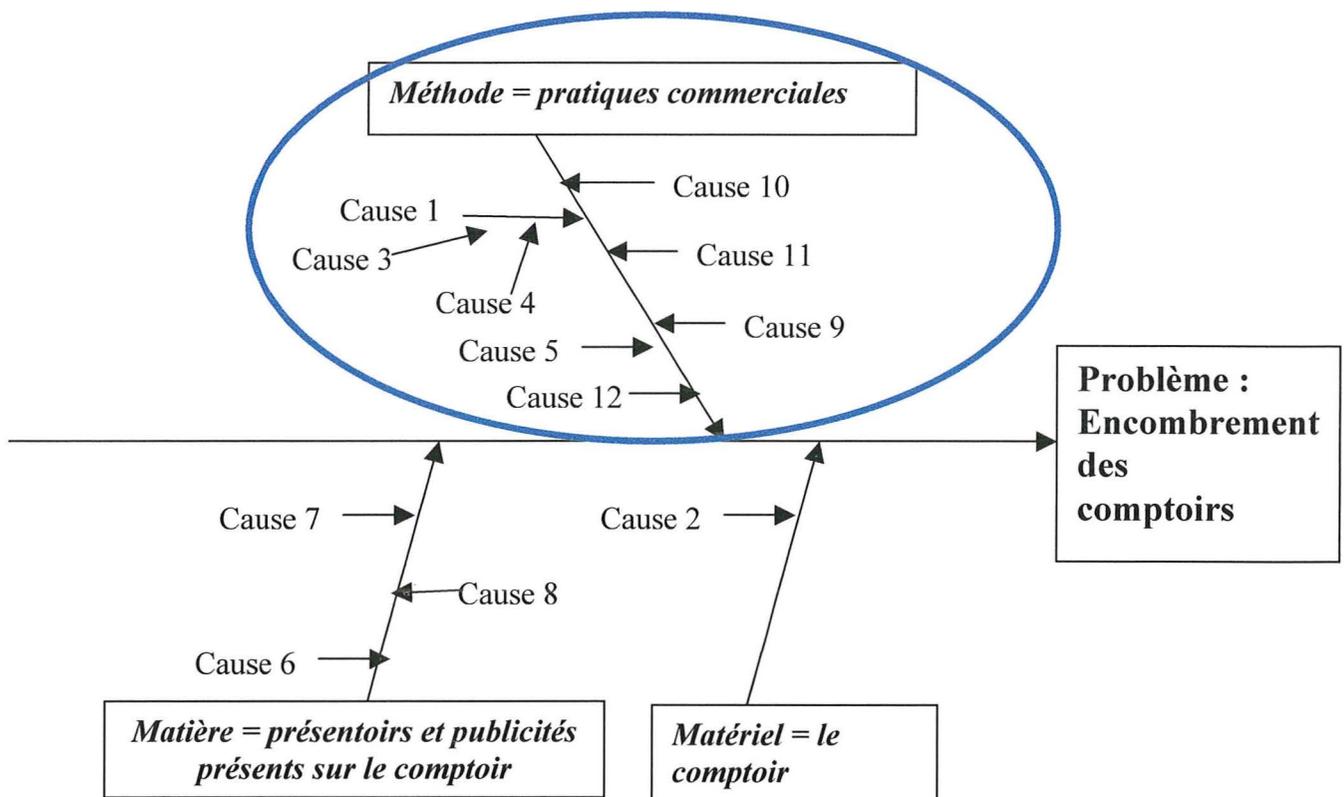


Figure n°4. Réalisation du diagramme d'Ishikawa

Le groupe de causes essentielles retenu a été celui portant sur les pratiques commerciales (famille « Méthode »).

3.2.5. Listing des solutions

A partir des causes essentielles de la famille « Méthode », les solutions suivantes ont été proposées.

****Solution 1 : Faire une sélection par rapport au type de clientèle.***

Une étude de marché pourrait être réalisée dans ce but, permettant de mieux identifier la zone de chalandise de l'officine, et donc mieux cibler la clientèle de la pharmacie avec les produits d'appel, produits, qui lui seraient destinés en grande majorité, mais pas complètement car il faut savoir aussi de temps en temps prendre des risques.

Par exemple, nous pouvons nous apercevoir d'ores et déjà, sans étude de marché, de l'évolution par rapport à l'âge de la clientèle : même si la tranche d'âge (> 65ans) reste prépondérante, elle tend à diminuer au profit des tranches d'âge de 35-49 ans (constituées surtout de jeunes parents).

De plus, cette clientèle s'est féminisée progressivement : auparavant, elle se trouvait constituée essentiellement d'hommes employés par les industries aux alentours, qui aujourd'hui, voient leur activité diminuée.

En fonction des tranches d'âge prépondérantes, il faut voir quels sont les produits d'appel que nous pourrions juger intéressants de cibler (dans ce cas, il semblerait s'agir plutôt de produits destinés aux enfants, à des actifs d'âge 40-50ans, ou à une population de retraités).

De même, une sélection devra se faire vis-à-vis du prix : il semblerait devoir privilégier des produits dont le prix se situerait plutôt aux alentours de 10 euros, mais qui en aucun cas, ne doivent dépasser 30 euros.

****Solution 2 : gestion de l'organisation des présentoirs disposés sur les comptoirs***

Une limite a été fixée à un présentoir/ comptoir mais avec une rotation plus rapide des présentoirs : les présentoirs doivent être changés (au moins de place) toutes les 2 semaines.

Ces changements doivent s'effectuer un jour fixe, toutes les semaines, alternativement, en ne concernant que la moitié des présentoirs (c'est-à-dire 3 présentoirs sur 6).

Cette nouvelle gestion des présentoirs aurait pour but d'avoir une dynamique continue qui pourra donner l'illusion à la clientèle de voir sans cesse de nouvelles gammes de produits.

***Solution 3 : Optimisation de la distribution des publicités**

Il faudra entreposer les publicités (entre autre, magazines traitant de généralités distribués par les laboratoires) sur une tablette distante des comptoirs, et disposée vers la sortie de l'officine, et qui serait réservée à cet effet.

Les messages de prévention pourront aussi être exposés sur des rayons adaptés ou mieux distribués par le pharmacien à la population concernée.

Nous pouvons aussi organiser quelques journées, pendant lesquelles la même publicité serait distribuée systématiquement dans les sacs toute la journée.

3.2.6. Choix de la solution essentielle

Ce choix a été réalisé grâce au vote pondéré.

Solutions	Participants							Nombre total de points attribués à chaque solution	Ordre de priorité
	1	2	3	4	5	6	7		
<i>n° 1</i>	3	2	3	2	1	2	3	16	2
<i>n°2</i>	2	3	2	3	3	3	2	18	1
<i>n°3</i>	1	1	1	1	2	1	1	8	3

Tableau XXXIII. Résultats du vote pondéré

Nous observons que la solution 2 arrive en tête, et que les solutions 1 et 2 obtiennent des scores assez proches.

Compte tenu de ces résultats assez proches, un autre critère de sélection a été défini pour les départager : le coût de la solution.

La solution 2 apparaît alors plus facilement réalisable en raison de son coût négligeable, en comparaison à une véritable étude de marché qu'exige la solution 1.

Ainsi la solution 2 a été retenue.

3.2.7. Mise en œuvre de cette solution : le QQQQCPC

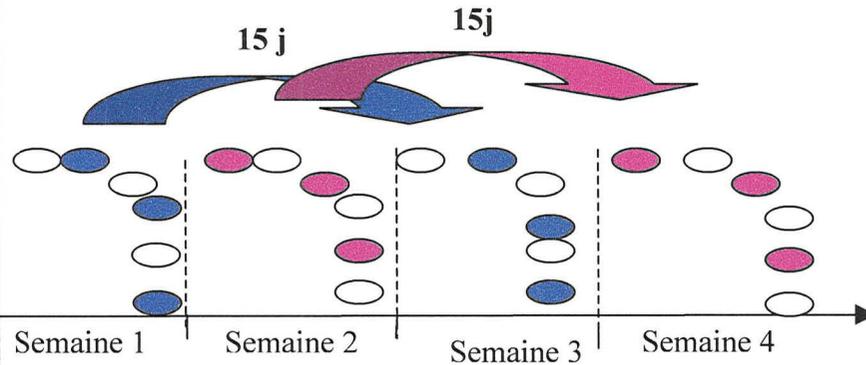
Solution : gestion de l'organisation des présentoirs disposés sur les comptoirs

Qui ?	Le pharmacien titulaire
Quoi ?	<p>-un seul présentoir par comptoir</p> <p>-suivi de l'approvisionnement des présentoirs afin d'éviter l'accumulation de ceux-ci presque vides</p> <p>-augmentation de la fréquence de rotation des présentoirs + alternance au niveau de leur positionnement s'ils avaient déjà été mis auparavant.</p>
Où ?	Lieu d'application = les comptoirs de l'officine
Quand ?	<p>-A partir du 01/ 08/2007</p> <p>-Fréquence :</p> <ul style="list-style-type: none"> •vérification de l'état des présentoirs toutes les semaines •modification de la disposition tous les 15j
Comment ?	<p><i>*Afin de limiter le nombre de présentoirs sur le comptoir à un seul par comptoir :</i></p> <p>-Ménage et tri au niveau des présentoirs déjà présents sur les comptoirs en surnombre, réalisés par le titulaire</p> <p>-Tri régulier des présentoirs dès leur réception en provenance des laboratoires : afin de faire une sélection raisonnée, le pharmacien titulaire doit donner son avis à la personne qui déballe la commande en question (souvent le préparateur ou l'apprenti préparateur). On devra alors rechercher à faire un choix judicieux en variant les intentions des différents produits d'appel parmi les présentoirs sélectionnés.</p> <p>-Vérifier que le présentoir soit toujours attirant vis-à-vis de sa contenance avec un suivi de la quantité restante de produits toutes les semaines par le titulaire : retrait du présentoir à partir de 2 ou 3 produits y restant, selon la taille du produit par rapport à celle du présentoir.</p>

***Pour une rotation (ou renouvellement) plus « dynamique » :**

-Renouvellement des présentoirs plus fréquent : toutes les 2 semaines, en se fixant un jour par semaine (le lundi) pour y porter une attention régulière.

Pour cela, tous les lundi, le titulaire ou le préparateur en son absence, s'assure du changement au niveau de 3 comptoirs sur les 6 (c'est-à-dire la moitié des présentoirs), comme présenté sur le schéma ci-dessous qui représente la disposition des comptoirs.



Légende :

○ représente la disposition approximative des 6 comptoirs dans l'officine concernée

→ durée d'exposition d'un présentoir de 2 semaines en changeant alternativement uniquement la moitié des présentoirs d'une semaine sur l'autre :

● des présentoirs situés sur les comptoirs en bleu correspondant aux postes p6, p4, p2

● des présentoirs sur les comptoirs en rose correspondant aux postes p7, p5, p3

-si au bout de 15 jours, on souhaite conserver des présentoirs qui ont déjà été mis au niveau du comptoir (produits insuffisamment vendus), ceci sera possible en les changeant d'emplacement afin de provoquer un nouvel appel.

La durée d'exposition ne pourra être prolongée plus de 15jours.

Pour la bonne mise en oeuvre de ces opérations et pour une meilleure traçabilité, une étiquette doit être apposée au dos du présentoir comprenant la date à laquelle il faut intervenir (15jours après sa date de mise en place) qui devra être automatiquement un lundi (jour fixé pour effectuer la rotation des présentoirs), et le numéro du poste de mise en place.

L'étiquette devra être réalisée par la personne mettant en place le présentoir (préparateur, apprenti préparateur ou titulaire).

De même, la personne s'occupant d'un changement de place devra rectifier la date de retrait du présentoir (rajouter une période de 7 ou 15jours maximum) et le numéro du nouveau poste sur l'étiquette apposée au dos de ce dernier.

→ *Suivi dans le temps des actions mises en place avec la mesure de l'efficacité des actions correctives* prévue dans un délai d'un mois après la mise en œuvre de ces actions.

Les indicateurs de mesure d'efficacité des actions correctives seront évalués à l'aide d'un mini-questionnaire portant sur les conséquences des modifications du réaménagement des comptoirs qui reprendra de façon plus détaillée (en 2 questions au lieu d'une) la question 29 du questionnaire de satisfaction.

Les objectifs fixés pour ces IMEAC1 et 2 sont les suivants :

- standard chiffré optimal fixé pour l'indicateur = 80%
- un seuil de réactivité fixé arbitrairement à 70 % .

	<p>→ <i>Aide au maintien des résultats dans le temps</i> grâce au contrôle de la réalisation des différentes tâches avec des indicateurs de résultats évalués tous les jeudi (jour suffisamment éloigné du lundi qui correspond au jour de réaménagement des comptoirs) par l'étudiante en pharmacie (ou par l'apprenti- préparatrice en son absence), avec :</p> <p>-un indicateur de résultat final du processus « gestion de l'organisation des présentoirs disposés sur les comptoirs » : la détermination du nombre de présentoirs/ comptoir.</p> <p>-des indicateurs de résultats intermédiaires s'assurant que les différentes tâches du processus « gestion de l'organisation des présentoirs disposés sur les comptoirs » ont été réalisées comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> •la durée d'exposition des présentoirs : voir si la date inscrite au dos sur l'étiquette est bien respectée. •le changement du numéro de poste si la durée d'exposition est supérieure à 15jours. •la présence de présentoirs vides sur les comptoirs qui n'auraient pas été enlevés et s'ajouteraient aux autres. <p>Les objectifs fixés pour ces indicateurs de résultats sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> •un seul présentoir/ comptoir •une durée d'exposition ne dépassant pas 15jours, si le numéro de poste est inchangé. Si celle-ci dépasse 15 jours, le numéro de poste a du être modifié. •absence de présentoirs vides sur les comptoirs <p>-Réévaluation des indicateurs au cours du temps : évaluation de l'IMEAC suite aux résultats de la mini-enquête, et des indicateurs de résultats selon l'évaluation faite en routine</p>
Pourquoi ?	Améliorer la satisfaction du client et la qualité du service rendu par l'officine par le biais de l'amélioration du confort du patient au comptoir dans le but d'une meilleur aisance à ce niveau.
Combien ? (facultatif)	Pas d'investissements matériels mais coût non nul (temps employé)

Tableau XXXIV. Résultats du QQQCPC

3.2.8. Présentation des résultats de la mini-enquête

Le champ d'action de la mini-enquête a été précisé en se basant sur le processus à améliorer : la gestion de l'organisation des présentoirs disposés sur les comptoirs.

Ainsi cette mini-enquête recherche à évaluer l'organisation de l'espace disponible aux comptoirs.

Les paramètres à évaluer auprès des clients sont les suivants :

-la question 1 correspond à l'atteinte de l'objectif fixé : réduction du nombre de présentoirs sur les comptoirs.

-la question 2 correspond à l'amélioration de l'aisance au comptoir en évaluant si l'espace restant disponible sur le comptoir est suffisant.

A partir des 50 questionnaires distribués, les résultats suivants ont été obtenus.

Critères de jugement IMEAC 1	Oui	Non
Question 1 : Jugez- vous que le nombre de présentoirs sur les comptoirs a diminué depuis 1 mois ?	92% (46 réponses)	8% (4 réponses)

Tableau XXXV. Résultats du suivi par l'IMEAC 1

Critères de jugement IMEAC 2	Oui				Non
Question 2 : Au comptoir, estimez- vous être moins gêné par la présence des présentoirs ?	84 % (42 réponses)				16% (9 réponses)
Echelle de quantification de l'amélioration	1 : Peu importante	2 : Moyennement importante	3 : Importante	4 : Très importante	
Nombre de réponses	4	12	17	9	
Pourcentages calculés par rapport au nombre total de personnes ayant répondu oui	≈10%	≈29%	≈40%	≈21%	
Pourcentages calculés par rapport au nombre total de réponses (oui+ non)	8%	24%	34%	18%	

Tableau XXXVI. Résultats du suivi par l'IMEAC 2

3.3. Rédaction d'une procédure

Différents paragraphes ont été rédigés pour la construction de cette procédure (annexe 7).

Parmi eux, nous distinguons :

Paragraphes	Contenu
En tête	<p>- le titre précise qu'il s'agit d'une procédure qualité comme type de document, ayant comme objet : la gestion de l'organisation des présentoirs disposés sur les comptoirs.</p> <p>-le numéro d'enregistrement correspond au « numéro 1 » étant donné qu'il s'agit de la première procédure</p> <p>-l'indice de révision est indiqué par le terme de « version 1 », étant donné qu'il s'agit d'une création de document.</p> <p>-un logo identifie l'officine concernée à gauche</p> <p>-le nombre de pages est mentionné à droite</p>
Objectifs	<p>Cette procédure vise à améliorer le confort du patient au comptoir par le biais d'une meilleure aisance. Plus largement, cette procédure a pour but d'améliorer la satisfaction du client et la qualité du service rendu par l'officine.</p>
Champ d'application	<p>Le domaine concerne l'organisation de l'espace disponible aux comptoirs, et le lieu d'application correspond aux comptoirs de l'officine.</p>
Responsabilités	<p>Le pharmacien titulaire est le responsable de la coordination des opérations. En son absence, le personnel responsable a été prévu.</p>
Définitions	<p>La mention N/A est inscrite : aucune base de données n'est présente étant donné qu'il s'agit de l'instauration d'une démarche qualité.</p>
Description des actions correctives	<p>-Des conditions à respecter définissent les pré-requis</p> <p>-Puis la description de la marche à suivre cible deux points :</p> <ul style="list-style-type: none"> ●limiter le nombre de présentoirs à un seul par comptoir ●obtenir une rotation plus dynamique des présentoirs
Approbations	<p>Tout le cycle de vie du document est regroupé sous la forme d'un tableau : un seul auteur est intervenu, mais le document a ensuite été vérifié par toute l'équipe. Enfin, le coordinateur des opérations a été désigné comme approbateur.</p>
Diffusion	<p>Elle doit être insérée dans deux classeurs dédiés à la qualité : un classeur sera à la disposition de toute l'équipe, et l'autre sera conservé</p>

	par le pharmacien titulaire.
Historique du document	Il est représenté sous forme d'un tableau. Il a permis d'y inscrire une modification apportée suite à la création de la procédure en prenant en compte la nouvelle apprenti- préparatrice.

Tableau XXXVII. Résultats concernant la rédaction de la procédure

3.4. Communication externe des résultats

Le compte- rendu de l'enquête comporte :

- l'identification des principaux problèmes avec les trois premiers problèmes qui ont été sélectionnés. Les résultats sont présentés sous forme de graphique en camembert en fonction des critères de jugement.
- le problème qui a été traité en priorité
- les remerciements de la pharmacie pour les personnes ayant participé à l'enquête.

Ces informations ont été diffusées aux clients, sous une forme papier avec la réalisation de 3 affiches apposées dans le lieu de vente (annexe 8).

Discussion

La Réactivité Qualité à l'Écoute du Client (RQEC) mise en œuvre dans ce travail, facilite-t-elle l'introduction de l'assurance qualité à l'officine ? Pour y répondre, il sera nécessaire d'étudier l'ensemble des moyens qu'elle emploie en se concentrant d'une part sur l'instrument de l'écoute clients, d'autre part sur la démarche qualité par résolution de problèmes.

Ce travail met-il en évidence des points d'amélioration de cette méthode ? Quelles solutions peuvent alors être apportées en réponse ?

Pour mieux appréhender l'utilité de la RQEC dans la pratique courante de la pharmacie, une comparaison doit être établie. Cette dernière permettra d'évaluer si la RQEC garde tout son intérêt par rapport à la méthode actuellement la plus utilisée pour instaurer une démarche qualité à l'officine : le guide d'auto-évaluation. Qu'apporte-t-elle de plus à l'officine par rapport à cette méthode actuelle ? Quelle est alors sa place au regard de cette autre approche ?

Tout d'abord, quel est le bilan vis à vis de l'enquête de satisfaction ?

Dans un premier temps, nous avons fait appel aux clients par le biais du questionnaire de satisfaction pour mieux définir les améliorations à apporter vis à vis des caractéristiques des services rendus par la pharmacie. Ceci a permis de rechercher des besoins des clients. Qu'en est-il des résultats ainsi obtenus ? Peut-on en déduire que ce mode de recueil de l'information est judicieux ?

Il convient dans un premier temps de commenter les résultats obtenus suite à l'enquête de satisfaction.

Tout d'abord, intéressons-nous à la représentativité de l'échantillon.

La taille de l'échantillon (192 questionnaires exploitables) est suffisamment conséquente pour garantir la fiabilité des résultats obtenus.

La structure de l'échantillon obtenu n'est pas représentative de la population générale : les lieux de mise à disposition des questionnaires sont à mettre en cause.

En effet, la population étudiée concerne la clientèle d'une officine en particulier et non la population générale. Ainsi, il est plutôt intéressant de voir si les points émergeant de cette analyse peuvent être généralisés pour cette clientèle plus spécifique.

Tout d'abord, la structure de l'échantillon se rapproche *a posteriori* de celle de la clientèle de l'officine au sens large, notamment en ce qui concerne le **sexe et les classes d'âge**⁴³ avec une proportion quasiment équivalente entre les clients de 35- 49 ans et les plus de 65 ans.

Notre attention se focalise alors au niveau de cette officine en comparant la répartition des **catégories socio- professionnelles** entre l'échantillon et l'ensemble de la clientèle de cette officine. Une similitude entre ces deux répartitions a pu être mise en évidence de façon empirique, sans avoir réalisé d'étude de marché qui aurait identifié avec précision les caractéristiques de la clientèle.

Par conséquent, l'échantillon peut être considéré comme étant représentatif de la clientèle de cette officine. Il n'a donc pas été nécessaire de redresser les résultats.

Le profil de patients constituant cet échantillon a pu aussi être défini : en majorité, ce sont des patients chroniques vus régulièrement (délivrance de prescription tous les mois). Ainsi l'enquête de satisfaction a récolté en majorité l'avis de clients fidèles. Or c'est avant tout leur opinions qui nous intéressent pour améliorer le service rendu. D'une part, en ayant plus d'expérience vis à vis de ce service, ils seront mieux capables d'en déceler les dysfonctionnements. D'autre part, ils constituent notre cible privilégiée étant donné qu'un service de qualité doit leur être fourni en reconnaissance de cette fidélité. De plus, cette fidélité constitue un indicateur de mesure de l'efficacité de la qualité du service qui contribue à conférer plus d'importance aux résultats de cette enquête.

Après avoir dressé les principales caractéristiques de l'échantillon, intéressons nous à celles de l'instrument de mesure et plus particulièrement à l'acceptabilité de cet instrument par l'utilisateur.

Le faible taux de questionnaires inexploitable parmi ceux recueillis (7,7%) révèle une bonne acceptabilité de l'instrument.

Cette dernière se trouve aussi justifiée par la capacité de recrutement de l'enquête : les 250 patients sollicités n'ont pas tous répondu, c'est à dire rapporté le questionnaire à l'officine.

⁴³ Répartition similaire à celle d'un échantillon constitué sur base de la clientèle de 4000 pharmacies françaises (Sofres Santé 2001).(57)

Le taux de participation reste inférieure à celui d'une enquête face à face qui avoisine en général 100% (64).

Cependant, le taux de retour des questionnaires (83,2%) reste acceptable compte tenu du mode de recueil des données (libre participation après distribution des questionnaires) par rapport au taux moyen de 70 à 90% retrouvé dans la littérature pour ce type de recueil (34),(64). Ce taux de retour valide aussi une bonne acceptabilité du questionnaire.

Le bon taux de retour peut s'expliquer :

-par l'originalité de l'enquête et l'intérêt porté par les patients aux objectifs de l'instrument. Les clients sont contents de l'intérêt qu'il leur a été porté via ce questionnaire, et se sont prêtés au jeu. La pharmacie d'officine recourt très peu à l'avis des clients pour estimer la qualité de son service rendu. Or un bien précieux, et inestimable à leur yeux s'y trouve « manipulé » : leur santé ! Ce paramètre contribue à mobiliser davantage les clients pour cette enquête.

-par le mode de retour qui ne pénalise pas les personnes ne pouvant pas revenir aux heures d'ouverture de la pharmacie pour rapporter le questionnaire. En effet, une boîte aux lettres leur avait été proposée.

-par le fait que les clients ont trouvé sympathique l'enquêteur et qu'ils ont voulu lui faire plaisir.

-par le fait qu'il s'agissait souvent de l'étudiante qui les distribuait, les clients ont peut-être plus facilement compris pour rapporter les questionnaires afin de ne pas perturber le déroulement de ses études, et de l'aider dans son travail.

-par peur d'être mal jugés par le titulaire ou l'équipe, s'ils ne rapportaient pas le document, et s'ils ne tenaient pas leurs promesses. Ceci est d'ailleurs lié au mode de retour du questionnaire avec la remise en mains propres de celui-ci au personnel. Le taux de retour aurait peut-être été moins bon si les clients avaient déposé le questionnaire dans une urne (il n'y a plus cette notion de contrôle par lequel l'équipe s'aperçoit qui a rendu ou non le questionnaire ; le patient a alors peur du jugement de l'équipe).

Après avoir posé le cadre de cette enquête en considérant à la fois des caractéristiques de l'échantillon et de l'instrument, les résultats de cette évaluation peuvent être commentés. L'interprétation des résultats obtenus se fera avant tout pour les questions 2, 4, 11, 14, 19, 28, 29, pour lesquelles le taux d'insatisfaction est supérieur au taux d'insatisfaction moyen. Elles correspondent aux questions qui ont été sélectionnées grâce aux indicateurs de satisfaction pour le choix du problème essentiel à traiter.

En premier lieu, il est noté que les insatisfactions portent essentiellement sur des critères organisationnels (avec les items 4, 11, 19, 29) qui regroupent deux grands domaines : l'organisation interne et l'environnement physique. Plus précisément, les attentes mises en évidence concernent l'environnement physique.

Tout d'abord, le temps d'attente est un élément clé car il représente l'un des points d'insatisfaction. Cependant les clients n'aiment pas attendre et l'attente pour eux est toujours trop longue. En premier lieu, il serait bon de mesurer avec exactitude ce temps d'attente pour écarter la subjectivité des clients qui peut considérablement l'influencer.

En second lieu, ces résultats sont à manipuler avec précaution étant donné le taux de sans opinions relativement élevé (15%). Ceci pourrait provenir de la difficulté pour les clients à évaluer ce critère très variable et fonction de l'heure à laquelle ils viennent à la pharmacie. Si nous ne pouvons « jouer » sur ce temps, sans avoir recours à des solutions onéreuses (augmentation du personnel de service...), nous pouvons toujours agir sur un autre facteur : l'aménagement de ce temps d'attente, autre point d'insatisfaction des clients. Une banquette et deux sièges simples sont déjà à leur disposition. De plus, un espace enfant a été aménagé pour permettre aux parents de faire passer le temps d'attente plus facilement à leur jeunes enfants.

Mais au vu des résultats de l'enquête, nous pouvons apporter d'autres perspectives.

En effet, les personnes âgées représentent l'une des parts importantes de la clientèle avec la classe d'âge des 35- 49 ans. L'insatisfaction identifiée au niveau de cette gestion du temps d'attente concernerait alors en majorité les personnes âgées. Elles souhaiteraient pouvoir disposer d'un endroit plus confortable pour s'asseoir et écouter le pharmacien. Par exemple, un comptoir permettant de servir en position assise pourrait être envisagé.

De plus, selon la question relative à l'encombrement des comptoirs par les présentoirs, les clients semblent préférer plus de sobriété au niveau du comptoir de dispensation. Voilà

toute la difficulté de l'exercice pharmaceutique, à cheval entre un aspect scientifique portant sur la dispensation des médicaments, et un aspect plus commercial. Reste à connaître la limite de la vente des produits de confort afin de maintenir une spécificité pharmaceutique suffisante.

En outre, cette enquête permet de constater qu'un tiers des clients ne ressentent pas un isolement satisfaisant qui leur permet de confier au personnel en toute discrétion certaines difficultés inhérentes au traitement .

Bien que le problème de confidentialité arrive en tête dans les résultats, il a été décidé de manière consensuelle de ne pas reporter dans l'immédiat des efforts sur ce problème. En effet, de nombreuses actions ont dernièrement été réalisées afin d'améliorer ce point (notamment réaménagement de l'officine avec agrandissement et espacement des comptoirs, création d'un local isolé pour discussion privée).

Mais dans un avenir plus ou moins proche, il pourra être bon de coupler le service avec une formalisation plus visible d'espaces de confidentialité.

Mais la discrétion ne fait pas tout. Il faut que le pharmacien soit capable d'écouter le patient. Cette capacité d'écoute constitue l'un des points forts de cette officine.

En effet, il faut en tenir compte car le rapport humain est l'un des critères le plus important quant au jugement que porte le client vis à vis de son interlocuteur, bien avant la qualité technique (77) : l'inquiétude d'une maladie est responsable du besoin d'être compris, écouté, et le pharmacien doit alors faire preuve de disponibilité, résultante de l'écoute et du temps consacré, d'amabilité, d'un sourire, d'optimisme, de messages positifs. Ces différents critères sont bien ancrés dans les attitudes adoptées de cette pharmacie.

En ce qui concerne les compétences techniques (items 2, 14, 28) qui influencent secondairement la satisfaction du consommateur vis à vis du service rendu par le pharmacien (49), (69), quelques mécontentements sont repérés : d'après cette enquête, les patients sont surtout en recherche de plans de prise plus explicites, et d'explications sur l'utilité du traitement. Pour être à même de reconnaître son professionnalisme, l'équipe officinale doit être impliquée dans le traitement des clients en faisant progresser ses compétences par la formation continue.

Cependant, l'insuffisance d'explication relative à la prise des médicaments ne doit pas être considérée avec autant d'importance, vu qu'un taux d'insatisfaction bien moindre est

obtenu à la question 10 (2,5% versus 9%) reprenant le même thème sous une formulation différente.

Ainsi, retenons qu'en matière de gestion de la thérapeutique, le patient est désireux de voir un professionnel développer davantage ses qualités de pharmacien clinicien : nous retrouvons de nouveau la relation entre le client et l'équipe officinale qui prend cette fois-ci appui sur la traduction par le professionnel d'une manière compréhensible par le patient de l'essentiel des informations scientifiques. D'après l'enquête, ces explications sont adaptées aux patients puisqu'ils en sont pleinement satisfaits (0,52% d'insatisfaction). Elle suppose la vérification que le patient a bien compris la gestion de son traitement : nous rentrons alors dans le milieu de l'éducation du patient.

Reste un point particulier vis à vis de l'explication des effets indésirables qui peuvent survenir à la prise d'un nouveau médicament (item 2) : il s'agit de l'élément appartenant aux compétences techniques et qui remporte le plus d'insatisfaction.

Cependant les résultats à cette question sont à interpréter avec minutie, étant donné que nous ne savons pas exactement définir les caractéristiques de la satisfaction pour ce sujet.

La pratique montre que l'anticipation par l'annonce des effets indésirables peut parfois contribuer à l'inobservance du traitement. L'annonce des effets indésirables ne va que dans le sens de l'optimisation de la thérapeutique.

C'est pourquoi, parfois, les professionnels s'abstiennent volontairement de citer les effets indésirables en dehors des situations appelant à une vigilance accrue : l'existence de contre-indication physiopathologique qui augmente sa survenue, de l'association à d'autres médicaments le potentialisant, ou des effets indésirables quasi systématiques ne disparaissant pas avec un plan de prise et posologie adaptés.

Cependant les avis des professionnels restent partagés à ce sujet. Par rapport à des points où les professionnels n'ont pas d'avis clairement définis, la qualité serait alors un moyen de spécifier le service de manière consensuelle au sein de l'officine.

De plus, la pharmacie devant être dans l'idéal, un lieu à la fois de science et de relationnel, il faut voir ce qu'il en est du contact entre les clients et le personnel de la pharmacie.

Pour établir ce relationnel, le client doit avant tout faire confiance à l'équipe officinale, qui de son côté, doit tout mettre en oeuvre pour gagner progressivement la confiance du client.

Or, nous constatons que ce fondement d'une vraie relation client- professionnel est l'un des atouts majeurs de cette officine. Sa réussite dans ce domaine s'explique entre autre par

l'importante capacité d'écoute empathique dont fait preuve l'équipe, et par la motivation à améliorer les problèmes du patient.

Par conséquent, l'officine présente tous les atouts pour fournir au client un service de qualité en partant sur des bases solides constituées par les critères relationnels qu'elle possède : relation d'aide qui requiert sensibilité et solidarité.

Suite à cette discussion orientée vers l'interprétation des données de l'enquête de satisfaction, il reste à voir comment cet outil de mesure peut être utilisé pour comprendre l'évolution professionnelle.

Le questionnaire traduit de l'anglais, et adapté à la culture française est- il utilisable en pratique de façon standard, dans toutes les officines ? Des améliorations sont- elles à apporter pour des évaluations futures ?

La validation méthodologique de cette enquête, c'est à dire d'un point de vue mathématique n'est pas recherchée dans ce travail. Il s'agit plutôt d'une validation sur un plan pratique. Elle consiste à évaluer si son application est possible dans une officine, étant donné qu'il avait été validé à l'aide d'une enquête menée dans la rue.

Ce travail s'est limité à une seule officine. Il s'est focalisé sur un seul type de structure afin de mieux en dégager pour elle des conclusions. Ces dernières ont facilité la mise en œuvre d'actions d'amélioration, instauratrices d'une démarche qualité au sein de cette officine.

De plus, l'enquête de satisfaction représente le premier élément constituant cette double approche de la RQEC. Ainsi l'évaluation de l'enquête de satisfaction permet d'estimer la pertinence de l'introduction d'une démarche qualité grâce à cet instrument de mesure. Permet- il de l'optimiser ?

Des points d'amélioration de cette première approche ont pu être décelées au cours de l'application de cette enquête. Quels sont- ils ? Des solutions peuvent- elles alors être apportées ? Ces dernières pourront être mises en œuvre lors d'une prochaine tentative pour assurer avec plus de succès la réussite de cette méthode.

Nous distinguons alors différents points permettant l'évaluation sur un plan pratique de cette enquête de satisfaction.

Tout d'abord, l'instrument semble manquer de sensibilité. En effet, malgré la diversité des thèmes abordés, les clients sont presque toujours satisfaits : 17 questions sur 29 où le taux de satisfaction est aux alentours de 90% et plus.

Ceci constitue un biais de mesure : ce questionnaire peu sensible ne dépisterait pas de façon précise tous les insatisfaits vis à vis d'un point particulier présent au sein de l'échantillon. Ce questionnaire perdant en sensibilité, il gagne en spécificité. En effet, l'intérêt d'un outil très spécifique est de détecter les insatisfaits avec plus de certitude.

Ainsi les personnes identifiées comme étant insatisfaites avec cet outil, le sont réellement.

Ceci caractérise ce questionnaire comme une aide à la décision étant donné qu'il est très spécifique. Cependant il n'est pas adapté pour être utilisé sur des grandes populations comme la population générale en raison du manque de sensibilité. Il ne permet pas de détecter l'insatisfaction, mais permet de s'assurer de ne pas sur-estimer les insatisfaits⁴⁴ et d'aller prendre des décisions d'amélioration qui n'aboutiront à aucun résultat. Ainsi cet outil se révèle d'ores et déjà comme un moyen intéressant pour initier une démarche qualité.

Ce biais de mesure peut provenir de l'échantillon qui ne dit pas réellement ce qu'il pense, ni comment il perçoit le service rendu par peur d'être mal jugé par l'équipe, et/ ou par peur de blesser ou décevoir le personnel. D'ailleurs nous remarquons que l'insatisfaction des clients s'est surtout manifestée sur des points matériel et d'aménagement de l'officine comme s'ils ne souhaitaient pas remettre en cause les compétences techniques du personnel.

Ces fausses réponses peuvent être accentuées par :

-l'échelle de Likert. En effet, étant donné qu'elle définit un nombre impair de critères de jugements, la valeur centrale est plus facilement cochée.

-certaines questions qui introduisent un biais. Par exemple, la formulation de la proposition n°13 « le personnel de la pharmacie devrait être plus convivial » est à remettre en cause. Elle induit un biais en incitant les enquêtés à répondre par oui, donc à affirmer que le personnel n'est pas assez convivial.

⁴⁴ Un test très sensible permet de comptabiliser tous les insatisfaits du service mais au prix de sur-estimer les insatisfaits (n'étant pas assez spécifique, il n'exclut pas de manière rigoureuse tous les satisfaits).

La proposition 13 doit alors être interprétée avec minutie étant donné qu'elle n'est pas formulée par exemple comme l'item 25 : « le personnel est toujours courtois et respectueux ».

-le fait que l'enquêteur correspond à un membre du personnel ;

-le mode de retour qui a été choisi dans cette enquête : le questionnaire étant remis en mains propres, les clients osent encore moins avouer les points du service qu'ils jugeraient nécessaires d'améliorer. Ceci est lié à la peur que leurs noms soient notés sur la feuille, ou que ses réponses soient regardées juste après leur départ.

Ces fausses réponses peuvent être matérialisées par un taux de « sans opinion » assez élevé pour des questions qui ne semblent pas pour autant avoir posé de problèmes de compréhension. Ces questions n'ont pas été rapportées par les clients en tant que points d'amélioration dans l'évaluation du questionnaire (par exemple, la question 4).

Ce biais de mesure peut aussi résulter d'une homogénéité importante au niveau des attentes de la clientèle, plus facilement observable avec la clientèle d'une seule officine.

C'est pourquoi, pour faire la part des choses, il sera intéressant à l'avenir :

-de faire précéder cette enquête quantitative d'une enquête qualitative. Pour cela, il faudra développer des enquêtes de satisfaction non pas à l'aide d'un questionnaire mais de réunions ou entretiens avec les clients appelés « focus group ». Ces techniques restent peu utilisées en France dans le secteur de la santé comparativement aux Etats-Unis, Canada, et l'Europe du nord(4), (31).

L'enquête qualitative par une meilleure connaissance des clients permet d'évaluer a priori le degré d'homogénéité de la population du point de vue de leurs attentes.

-de tester le questionnaire dans différentes officines (étude multicentrique) afin d'avoir des échantillons différents de clientèle pour mieux mettre en évidence par comparaison les points faibles de ce questionnaire (sa sensibilité, sa reproductibilité...). Ceci permettrait de conclure quant à sa diffusion dans les officines comme aide, et outil de référence.

-d'avoir recours à un autre mode de retour des questionnaires pour réduire le biais des fausses réponses qui lui est associé, en préservant mieux l'anonymat aux yeux des clients. Une urne où les clients glisseraient leurs questionnaires remplis pourrait être proposée, comme cela a été le cas lors de la mini- enquête d'évaluation des actions correctives.

Le second point intervenant dans cette évaluation concerne la forme du questionnaire.

Nous distinguons tout d'abord la longueur du document : elle doit être adaptée à la population enquêtée. Or, le questionnaire a souvent été critiqué par les enquêtés comme étant trop long : il dure en moyenne 11 minutes d'après sa validation méthodologique(9) et 15 minutes selon cette enquête.

Cependant, ceci ne constitue pas un véritable inconvénient mais s'apparente plutôt à une nécessité. Rappelons-le, la satisfaction est un concept multidimensionnel. Afin d'obtenir une évaluation la plus proche possible de la réalité, il est nécessaire que le questionnaire de satisfaction prenne en compte au maximum les différentes dimensions, du moins celles qui peuvent intéresser le domaine de la pharmacie : relations sociales, la qualité technique, l'accessibilité, l'environnement physique, la disponibilité des produits...

Les 29 propositions sont donc justifiées par ce but de « screening »⁴⁵ afin d'avoir plus de chances d'identifier les dysfonctionnements.

Par conséquent, la fiabilité d'une enquête de satisfaction semble être indissociable d'une longueur assez conséquente du questionnaire. C'est pourquoi, cette dernière ne doit pas être modifiée à l'avenir.

D'une manière générale, un questionnaire doit être agréable à lire, simple à remplir, facile à comprendre. En ce qui concerne cette enquête, son écriture en petit caractère ne facilite pas sa lecture, surtout pour les personnes âgées.

La deuxième page comprenant des propositions proches les unes des autres, l'interrogé peut plus facilement se tromper de ligne pour répondre, ce qui a pu être constaté avec les questionnaires remplis à la pharmacie.

Enfin, la compréhension du questionnaire peut- être remise en cause au vu de la qualité du remplissage. Cette dernière reste relativement correcte étant donné que 8 % des questionnaires retournés sont inexploitable.

Le nombre important de questions en est à l'origine ; les personnes se découragent et n'arrivent plus à se concentrer sur les dernières questions. Or dans cette enquête, les questionnaires incomplets montrent des difficultés de réponse au niveau de la deuxième page qui correspond au milieu du questionnaire : des questions 10 à 20 comme la question 14 « la personne qui me sert n'explique quasiment jamais à quoi sert mon traitement » ou

⁴⁵ Balayage d'une vaste zone de domaines

la question 20 « j'ai quelquefois des problèmes pour comprendre ce que veut dire la personne qui me sert quand elle me parle de mes médicaments ». Ceci correspond au passage du questionnaire où se trouve éparpillées les propositions nécessitant un maximum de concentration et d'attention. A l'inverse, les questions retrouvées à la fin de la deuxième page ont facilité la reprise des réponses. C'est le cas de la question 25 : « Le personnel de la pharmacie est toujours courtois et respectueux », de la question 26 : « La personne qui me sert est toujours consciencieuse ».

En effet, la difficulté des questions n'a pas été distribuée par ordre croissant comme on le voit d'habitude, mais plutôt selon un profil en pyramide. Des questions nécessitant moins de réflexion, sont localisées en fin du questionnaire et permettent de maintenir cette qualité de remplissage correcte.

De plus, les personnes âgées et sujets de niveau d'étude inférieur ont éprouvé davantage de difficulté pour compléter l'enquête : ceci est mis en évidence par l'apport d'aide à ces personnes lors du remplissage du questionnaire à l'officine. De par cette aide, l'enquêteur a pu influencer de façon involontaire le choix de l'enquêté, et introduire ainsi un biais.

De même, les personnes qui ne l'ont pas rempli *in situ*, ont pu se faire aider par une tierce personne qui a pu influencer sur les résultats.

De quoi peut provenir cette difficulté de compréhension ?

Le vocabulaire employé étant simple pour les clients sans termes techniques connus des professionnels, il ne porte pas à préjudice pour la compréhension des propositions.

Le problème semble plutôt se localiser au niveau de la formulation des questions.

Elle n'apparaît pas toujours satisfaisante : certaines expressions apparaissent trop vagues pour les clients, et peuvent être alors sujet à l'interprétation comme l'expression « pourrait faire mieux » à la question 18, « en tant que personne » à la question 22.

Les problèmes de formulation peuvent s'expliquer par la difficulté rencontrée lors de la traduction du questionnaire en français. L'utilisation d'un vocabulaire simple pose parfois des problèmes de formulation, aggravés par les différences d'interprétation culturelle. Par exemple, « mental illness » ne se traduira pas en « maladie mentale » considéré comme terme péjoratif en français, mais par « troubles psychiatriques ».

En théorie, il faut éviter toute ambiguïté afin que le patient ne reformule pas lui-même la question : par exemple, « presque » dans « les services rendus sont presque parfaits » de

l'item 8 : qu'entend- on par presque ? Comment y répondre si on trouve tout simplement qu'ils sont parfaits ou s'ils ne sont pas parfaits.

Ou encore le terme « quelquefois » dans l'item 20. Quelle fréquence de temps se cache derrière quelquefois ?

Ou encore « parfois, j'ai des doutes... » Quelle fréquence de temps se cache derrière parfois ? (item 12 ou 21)

Certains clients ont d'ailleurs rapporté un manque de précision dans la notion de fréquence.

Mais la difficulté semble se localiser essentiellement sur l'aptitude à répondre en fonction de l'échelle de Likert en présence de négations dans la question. Les enquêtés n'arrivent pas tous à faire cette gymnastique intellectuelle nécessaire pour « inverser » le sens de la réponse vis à vis de l'échelle lorsqu'on passe à des formulations négatives. Cette difficulté est manifeste lors d'alternance de propositions affirmatives et négatives. Elle perturbe beaucoup leur tentative de concentration, surtout en ce qui concerne les personnes âgées plus facilement déroutées. Hormis la précision de ce point par les clients dans les remarques à la fin du questionnaire, il peut aussi être mis en évidence par la comparaison des résultats entre une question formulée affirmativement et une autre abordant le même thème mais formulée négativement. Le plus souvent, ces résultats sont significativement différents : par exemple, 99% des clients estiment que la personne qui sert est toujours consciencieuse (item 26), alors que pour l'item 7 abordant la même idée mais présentée sous une forme de négation, les clients portant le même jugement sont moins nombreux (89%) avec l'apparition de 5% d'insatisfaits. De même 99,5% des patients estiment que la personne qui sert passe autant de temps qu'il est nécessaire avec lui (item 1), alors qu'avec la question formulée négativement, 85% des clients portent le même jugement et 5% sont insatisfaits (item 12).

La négation semble ainsi perturber les clients dans leur réponse.

Toutefois, cette alternance n'est pas que péjorative pour la conduite du questionnaire. En obligeant les clients à réfléchir avant de répondre, elle semble les garder en éveil, et maintenir leur perplexité au long du questionnaire.

En raison de cette difficulté de compréhension, il semble devoir laisser la possibilité aux clients de le remplir sur place afin qu'il obtienne de l'aide si besoin.

Qu'apporte alors cette évaluation par rapport au mode de remplissage de l'enquête ?

La complexité du questionnaire demande beaucoup de concentration sur une période longue (15 minutes). En effet, dans cette enquête, la grande majorité des questionnaires n'ont pas été remplis sur place étant donné que les clients n'avaient pas assez de temps à lui consacrer.

Ainsi, il est impossible de se contenter uniquement d'un remplissage à l'officine pour constituer un échantillon assez rapidement et éviter de faire perdurer l'enquête.

En pratique, il semble primordial d'associer ces deux modes de remplissage du questionnaire : sur place et à l'extérieur.

Le deuxième élément important dans l'évaluation d'un questionnaire après sa forme, correspond au contenu de celui-ci.

Quelques lacunes s'y rapportant peuvent être observées.

Il évalue la satisfaction des clients en rapport à des généralités (accueil, propreté, relationnel...), et à la dispensation de prescriptions, mais aucun item n'aborde le conseil ou la vente hors ordonnance. Or cet aspect de l'activité pharmaceutique est presque aussi important et appartient également à son quotidien. De plus, le degré de satisfaction correspondant à une résultante qui intègre tous les aspects possibles du service rendu au client, ce questionnaire est censé évaluer la satisfaction liée à l'ensemble du service offert. Donc, afin de mettre en évidence des dysfonctionnements dans le plus grand nombre possible de dimensions, il serait nécessaire de recommencer dans plus de 6 mois une enquête plus ciblée (nombre de questions moindres), portant sur l'auto-médication et la vente sans ordonnance au sens large, et les conseils associés.

Un autre manque s'exprime au niveau du contenu.

L'absence d'éléments de comparaison à la concurrence est détecté. Ces éléments permettent l'obtention d'informations comparatives. En effet, ceci est possible sans aller interroger les clients de la concurrence, vu qu'en moyenne 45% de la clientèle d'officine (8) fréquente au moins deux pharmacies.

Pourtant il serait intéressant de se comparer à la concurrence sous peine de trouver par autosatisfaction des résultats tout à fait corrects alors qu'en réalité, ils sont bien inférieurs à ceux de nos concurrents : sans éléments de comparaison, le niveau de satisfaction ne peut être véritablement jugé.

D'ailleurs, l'intérêt de se comparer a été jugé particulièrement efficace d'après une étude réalisée en 1998 par l'AFNOR auprès des responsables qualité (64) : 100% des responsables qualité interrogés jugent leur dispositif d'enquête efficace lorsqu'ils intègrent une comparaison avec la concurrence pour 80% dans le cas contraire.

Un autre point au niveau du contenu du questionnaire peut influencer sur les résultats. Du fait qu'il s'agit de l'évaluation de la résultante dans le temps présent d'une satisfaction cumulée suite à différents évènements du passé, un biais de mémorisation a pu être introduit dans cette mesure de satisfaction. La mémoire peut faire défaut lorsque nous essayons de nous rappeler ce qui s'est passé : nous pouvons ainsi perdre de l'information.

Pour avoir une évaluation la plus complète possible de ce questionnaire, il faut s'en référer à son cadre d'évaluation.

Tout d'abord, plusieurs personnes sont intervenues dans la distribution des questionnaires : elles peuvent ne pas avoir été formées les unes comme les autres, et ne pas se comporter de la même façon vis à vis des clients si ces derniers ont besoin d'aide pour répondre, ou lors de la distribution du questionnaire. Ils peuvent ainsi introduire un biais enquêteur- dépendant.

L'engouement avec lequel l'enquête est conduite au sein de l'équipe peut aussi influencer les résultats : des résultats différents pour la même enquête (et donc des choix différents pour les actions correctives), avec un cahier des charges identique ont été rapportés par des cabinets d'étude (64) comme étant liés à cette variabilité vis à vis de l'encadrement des enquêteurs.

En outre, le patient n'identifie pas forcément le diplôme de son interlocuteur comme nous le montre le taux non négligeable de clients (12,5%) ne sachant pas qualifier la personne qui les sert. Le pharmacien est alors confondu avec toute personne travaillant dans l'officine ; l'enquête juge l'équipe officinale dans son ensemble et non pas spécifiquement la qualité de pharmacien, comme il le faudrait pour l'item 3 qui fait spécifiquement référence au pharmacien. Le personnel étant toujours muni de son badge, ce problème semble provenir soit d'un oubli de la part des clients, soit de la représentation du badge (symbole caducée pour pharmacien, ou mortier pour préparateur) qui n'est pas suffisamment significative pour les clients. Des badges sur lesquels les termes

« pharmacien » et « préparateur » apparaîtraient en toutes lettres seraient probablement mieux adaptés.

Il est nécessaire aussi de prendre en compte dans l'environnement de l'enquête, la période sur laquelle elle s'est déroulée : mars, avril, début mai (fin de période scolaire).

La fatigue et le stress accumulés en cette période de l'année par les clients interrogés (25% d'employés, 18% de professions intermédiaire, et 8% de cadres) a pu influencer de manière péjorative les résultats de l'enquête.

D'autres facteurs extérieurs ont pu influencer les résultats de l'enquête :

les mois de mars, avril, et début mai pendant lesquels l'évaluation s'est déroulée, représentent une période où l'exercice officinal a connu des instabilités. En effet, les réglementations en termes de substitution avec la réforme « tiers payant contre génériques » sont apparues au cours de cette période. Elle consiste à ne plus faire le tiers-payant pour les personnes refusant les génériques. Cette réforme est allée contre la satisfaction des clients, d'autant plus qu'il s'agit d'une clientèle réfractaire à la substitution (taux de substitution de 69% avant la réforme).

Donc, ceci a pu être responsable d'un effet « halo » (16) : le mécontentement envers ce point a pu influencer le degré de satisfaction des clients envers d'autres services rendus par la pharmacie lors de cette évaluation.

Par conséquent, quelques améliorations peuvent être apportées à ce questionnaire.

Ce questionnaire étant un outil méthodologiquement validé, les éventuelles modifications qui peuvent lui être apportées doivent de nouveau être testées. C'est pourquoi, si un nouveau travail de validation n'est pas souhaité dans l'immédiat, il est préférable de rester dans les paramètres de ce questionnaire. Toutes les questions et les thèmes y correspondant doivent alors être conservés afin de garder l'esprit de cette enquête. Les reformulations impliquant de retravailler les items risquent de changer leur sens.

Ces changements pourraient être les suivants :

-le retrait d'items rapportés comme étant trop ambigus par les clients : par exemple l'item 17 : « la personne qui me sert me paraît toujours professionnel », l'item 18 : « la personne qui me sert devrait faire mieux pour éviter que les gens aient des problèmes avec leur médicaments ».

L'intérêt de la question 27 « je suis très satisfait du service rendu dans ma pharmacie » peut être aussi remis en cause. En effet, le taux nul d'insatisfaction correspondant à cet

item est en discordance avec celui de l'item 24 « j'ai quelques points de mécontentement au sujet des services rendus par la pharmacie » qui rapportent 13% d'insatisfaction. En intégrant le terme « satisfait », la question 27 présente un caractère trop général et direct, qui ne permet pas de déceler si des lacunes subsistent dans le service : les clients n'osent pas exprimer leur mécontentement.

Alors que la question 24 facilite l'expression de l'insatisfaction en modulant cette notion par l'introduction du terme « quelques ».

L'inutilité apparente de la question 27 remet en cause sa conservation dans le questionnaire pour de futures évaluations.

-la reformulation de certains items rapportés par les clients comme étant mal construits : par exemple, pour la question 6, « l'intérieur de la pharmacie paraît propre » à la place de « l'intérieur de la pharmacie est aussi propre que n'importe quel cabinet médical », étant donné qu'il existe des « cabinets médicaux qui sont sales » comme l'ont rapporté des clients dans l'évaluation du questionnaire.

Autre exemple pour la question 15 : « en général, je fais confiance en la personne qui me sert » à la place de « j'ai confiance en la personne qui me sert lorsqu'elle me prépare correctement mon ordonnance », vu que le client n'a probablement pas les connaissances nécessaires pour juger de la préparation correcte de l'ordonnance.

-l'ajout d'items pour des activités qui n'ont pas été prises en compte mais qui participent cependant à l'activité quotidienne du pharmacien (par exemple, le conseil hors prescription).

La mesure de la satisfaction apparaît alors comme un outil stratégique pour l'officine au vu des intérêts suivants qui ont été révélés par cette mise en pratique.

La façon dont a été mise en œuvre la mesure de la satisfaction dans ce travail, n'implique pas d'avoir des moyens et budget importants pour sa réalisation. Ceci reste valable si un questionnaire déjà construit et validé est à disposition comme dans le cas de ce travail. Dans le cas contraire, les étapes nécessaires à sa réalisation augmenteraient de façon significative le coût de l'enquête.

Cette mesure de la satisfaction ne nécessite pas non plus que la personne analysant les résultats soit très expérimentée en la matière grâce à la codification qui a pu être utilisée.

Au vu de ce premier bilan, est- il judicieux dans le cadre de l'officine, de partir d'une mesure de la satisfaction pour mettre en œuvre une démarche qualité ?

Le développement d'un argumentaire sur la base des résultats de cette enquête permet de mieux comprendre le dysfonctionnement choisi comme problème prioritaire et le comportement des clients en résultant.

Cependant, cela reste un argumentaire établi à l'aide de suppositions formulées à partir des résultats de la mesure de satisfaction.

Donc, cette dernière ne permet pas de donner véritablement la parole au client comme c'est le cas par exemple au cours d'entretiens individuels, voire des réunions de groupe qui eux seuls permettent de connaître réellement les raisons de la satisfaction et l'insatisfaction des clients. De nouveau, nous rejoignons l'idée de l'optimisation de la RQEC en complétant le système d'écoute par des enquêtes qualitatives qui demeurent utiles pour remettre en question sa propre vision de l'intérêt du client.

Cette mesure de satisfaction a montré également que les patients doivent évaluer des prestations qui ne sont pas toujours faciles à appréhender pour eux. En effet, il leur est difficile de vérifier l'exactitude de ces prestations en raison de la complexité des services délivrés en pharmacie et des référentiels correspondants qui requièrent certaines connaissances.

Par exemple, dans le cas de la question 18 : « la personne qui me sert devrait faire mieux pour éviter que les gens aient des problèmes avec leur médicaments », l'enquête va être limitée car une partie de l'acte pharmaceutique n'est pas lisible aux yeux des patients. Les clients vont répondre à cette question relative aux compétences techniques en ne considérant qu'une partie de la dimension de la validation d'ordonnance qui fait intervenir des échanges entre le pharmacien et lui (le pharmacien aborde avec le patient sa pathologie, des traitements annexes, son historique médicamenteux, son suivi...), mais toute une partie de cette dimension lui échappe (détection, analyse des interactions médicamenteuses, la vérification des posologies, la recherche de contre- indications physiopathologiques avec des informations renseignées au nom du patient dans l'ordinateur).

Par conséquent, l'écoute clients a des limites : il faut associer différents moyens d'écoute ciblant d'une part le public amateur, et d'autre part les professionnels. C'est pourquoi,

pour optimiser la RQEC et la poursuite de ce travail, il sera bon d'intégrer des moyens d'écoute des professionnels comme les audits qualité⁴⁶.

N'oublions pas aussi les pré-requis conséquents nécessaires à la démarche de RQEC. Il n'existe pas de modèle de questionnaire de satisfaction validé et diffusé en France dans le domaine de la pharmacie(9). Chaque officine doit construire son propre questionnaire selon les attentes de ses clients. La construction de cet outil requérant certaines compétences et demandant beaucoup de temps, elle constitue un frein au développement de la RQEC à l'officine. Voilà en quoi il serait intéressant d'avoir une base de travail comme un questionnaire de satisfaction validé qui initierait la démarche.

C'est pourquoi, nous en venons à nous demander en quoi le caractère standard d'une enquête de satisfaction validée permet d'optimiser l'introduction d'une démarche qualité à l'officine.

L'enquête génère de la part des répondants une attente justifiée de prise en compte de leurs réponses. Si ces dernières ne sont pas prises en considération, cela risque de frustrer les clients, et de donner une image négative de la pharmacie.

Afin de réduire ce risque, l'équipe serait tentée de limiter son questionnement aux éléments sur lesquels elle peut agir.

Cependant, ce n'est pas dans l'intérêt d'une démarche qualité qui peut être mise en place à la suite. En effet, même si l'équipe est obligée de statuer par la suite sur des actions correctives qu'elle peut mettre en place, elle doit envisager toutes les possibilités en tenant compte des besoins des clients. Une véritable motivation, volonté d'évoluer au plus haut niveau, en provoquant des changements en est le fondement.

C'est pourquoi, un questionnaire standard dans le secteur de la pharmacie reste intéressant car il pourrait éviter cette dérive.

Par exemple, la présence du point de la confidentialité abordé dans ce questionnaire pourrait être remis en question si l'officine dans laquelle est réalisée l'enquête n'a pas les moyens financiers, ou si l'espace est trop restreint pour réaménager l'officine. Ce point doit tout de même être évalué pour envisager initialement toutes les possibilités.

⁴⁶ Audit qualité : examen méthodique et indépendant en vue de déterminer si les activités et les résultats relatifs à la qualité satisfont aux dispositions préétablies et si ces dispositions sont mises en œuvre de façon effective et sont aptes à atteindre les objectifs recherchés (Norme ISO 9000 : 2000)

C'est par le biais de la communication externe que le déséquilibre entre l'exigence du client et les capacités de l'officine est par la suite rétabli.

Néanmoins, l'utilisation directe d'un questionnaire standardisé pour instaurer une démarche de RQEC reste à moduler si le but de prendre en compte au maximum les exigences des clients est conservé. En effet, chaque officine ayant une clientèle avec ses particularités, son évaluation en sera différente. Il faut alors se baser sur les attentes de la clientèle de l'officine pour construire un questionnaire de mesure de satisfaction le « plus juste ». Le but est d'avoir une enquête qui recueille le point de vue des clients à un moment donné d'une façon optimale dans l'intérêt de mieux cibler par la suite les actions à mettre en œuvre, les pistes de cette démarche qualité.

Il est donc nécessaire d'adapter ce questionnaire standard aux attentes particulières d'une clientèle en y apportant d'éventuelles modifications : de nouveau, l'enquête qualitative doit être envisagée.

Ainsi, au vu de ces multiples intérêts pour l'optimisation de la RQEC, l'enquête qualitative ne doit pas être laissée de côté lors d'évaluations futures.

Cependant il faudra anticiper sur son organisation : sa mise en œuvre et sa préparation demandent du temps, et son coût reste important.

Par conséquent, la mesure de la satisfaction peut être envisagée comme point de départ pour une démarche qualité : les résultats obtenus constituent une base de réflexion en fournissant des pistes d'action. Mais elle s'en arrête à ce stade. Les points d'amélioration sont bien identifiés, mais nous ne disposons pas suffisamment d'informations sur leur causes. Voilà l'un des intérêts de la méthode par résolution de problèmes (MRP) mise en place à la suite de cette mesure, et dont le *primum novens* est de rechercher toutes les causes possibles d'un problème identifié.

Nous allons maintenant nous intéresser à cette méthode, deuxième composante de la RQEC. Les interprétations des résultats relatifs à l'approche par les problèmes vont permettre de déclencher une réflexion sur le caractère judicieux concernant différents points de la méthode. Par leur intermédiaire, que pouvons nous en déduire pour l'introduction de l'assurance qualité à l'officine via la RQEC ?

La RQEC facilite-t-elle cette introduction par le biais de cette MRP ?

Le premier point est relatif aux résultats obtenus avec la MRP, évalués grâce au suivi de la démarche qualité.

Tout d'abord, ce suivi a été réalisé à l'aide de la mini- enquête qui a permis de mesurer les IMEAC.

Les valeurs des 2 IMEAC n'ont pas été moyennées car bien qu'ils mesurent tous deux, l'efficacité de la solution mise en œuvre, ils ne peuvent être mis sur le même rang : en effet, l'IMEAC 2 se base sur un critère encore plus subjectif que l'IMEAC 1 puisque le patient doit pour y répondre faire référence à sa propre norme du confort (le client évalue son jugement en se référant à une notion purement subjective).

Alors que même si l'IMEAC 1 résulte aussi d'un jugement personnel, il mesure un fait réel (la réduction du nombre de comptoirs), dont l'évaluation sera fonction de la capacité d'observation du client.

Donc, la détermination de l'IMEAC 1 par le client n'est pas soumise comme l'IMEAC 2 à une comparaison avec une valeur subjective.

C'est pourquoi, il a été décidé de commenter séparément ces deux mesures distinctes.

Ce questionnaire permet de conclure, par le biais des IMEAC, à une amélioration notable, même s'ils ne nous renseignent pas sur le taux de satisfaction des clients.

Ces IMEAC évalués à 84% et 92% prennent uniquement en compte l'efficacité des actions correctives.

En effet, il ne s'agit pas d'indicateurs de satisfaction comme l'indicateur 29, résultant de la mesure effectuée par la question 29 de l'enquête de satisfaction qui porte sur l'encombrement des comptoirs.

Avec les IMEAC, il s'agit plutôt d'un « indicateur 29 amélioré » (2 questions reprenant en détail la question 29), qui permet de voir si les actions mises en place sont efficaces en se basant sur l'écart entre la qualité perçue par le client avant l'application de la solution et après celle-ci. Si une efficacité est montrée, cela veut dire que la « bonne » solution a été mise en œuvre.

Par conséquent, l'IMEAC permet de conclure à une efficacité de la solution mise en place sans pour autant connaître véritablement l'impact sur la satisfaction des clients. C'est pourquoi, comme nous ne pouvons comparer que ce qui est comparable, il ne peut être

affirmé en aucun cas que le taux de satisfaction a doublé grâce à cette solution, en passant d'environ 45 % obtenu à la question 29 à 92% et 84% obtenus pour les IMEAC.

En raison de ces résultats encourageant de ce questionnaire ciblé :

-il a été établi une procédure intitulée « gestion de l'organisation des présentoirs disposés sur les comptoirs » qui reprend les différents points énoncés dans le QQQQPC.

- il a été décidé de réévaluer les 2 IMEAC mis en œuvre grâce à ce mini- questionnaire :

- la fréquence d'étude a été espacée à 6 mois
- le seuil de réactivité a été augmenté à 80% . Une action supplémentaire devra être mise en œuvre pour une valeur inférieure à 80%.
- le standard chiffré optimal a été augmenté à 90%.

Cependant, des clients interrogés ne s'aperçoivent pas tous du travail réalisé : 8 % n'ont pas remarqué que le nombre de présentoirs sur les comptoirs a diminué depuis 1 mois, et 16% n'ont pas constaté de réduction de la gêne occasionnée par les présentoirs sur les comptoirs.

De plus, on remarque que 8% des personnes interrogées ont noté seulement une faible amélioration vis à vis de cette gêne occasionnée par les présentoirs.

Si ces 8 % sont totalisés avec les 16% de réponses négatives, il en résulte 24% de personnes pour qui les actions correctives mises en place ne sont pas concluantes.

Il faut voir alors s'il est nécessaire de mettre en œuvre d'autres solutions pour ces clients, ou s'il ne faut pas en tenir compte étant donné qu'il restera toujours des personnes ne s'apercevant pas de l'amélioration du service fourni pour plusieurs raisons :

- personnes très sévères dans leurs jugements
- personnes préoccupées par ailleurs : la présence d'autres problèmes en tête comme la maladie peut conduire à des confusions ou une difficulté de concentration du fait de la fatigue. Tout ceci peut porter préjudice quant à leur jugements.
- personnes répondant au hasard en raison d'une difficulté de compréhension des questions, en particulier de l'échelle de quantification à la 2^{ème} question.

Dans notre cas, aucune solution supplémentaire n'a été de suite mise en œuvre étant donné que le seuil de réactivité prédéfini à 70% est en dessous des valeurs obtenues pour les 2

IMEAC (84% et 92%). Mais elle le sera, si à la prochaine enquête, l'un des 2 indicateurs atteint et s'abaisse en dessous de 80%.

Cette décision peut être remise en cause au regard de la valeur du seuil de réactivité initialement fixé à 70%. En effet, cette valeur ne semble pas assez élevée afin de pouvoir déclencher suffisamment tôt la mise en place d'une solution d'urgence additive. Cependant, rappelons qu'il s'agit d'une première évaluation, et que celle-ci survient le plus tôt possible, un mois après avoir débuté la mise en place de la solution afin de rectifier ou ajouter des actions correctives au plus vite. Ainsi, le groupe de travail a pensé qu'en raison de ce court délai :

- tous les clients n'auraient pas encore remarqué cette amélioration du fait que la majeure partie passe seulement tous les mois à la pharmacie ;
- l'équipe ne serait peut-être pas encore suffisamment rodée à la mise en place des actions d'amélioration.

C'est pourquoi, le seuil de réactivité initial a été fixé avec une plus grande tolérance.

Ce suivi a aussi été réalisé à l'aide des indicateurs de résultat.

Les écarts qui ont pu être éventuellement constatés lors de cette évaluation de routine ont conduit à les signaler immédiatement au pharmacien titulaire, responsable engagé dans cette démarche afin qu'il s'assure de la mise en œuvre urgente des différentes actions.

Suite aux différentes évaluations effectuées, il n'a pas été jugé bon de modifier les objectifs auparavant fixés pour ces indicateurs.

Ainsi les différents résultats concluants de cette méthode montrent déjà à quel point elle est indispensable pour aider à affiner des choix de priorité auparavant « dégrossis » par l'évaluation de la satisfaction et à protocoliser la mise en place de ces actions.

Afin de mieux voir si cette démarche est aussi judicieuse que ce qu'il paraît, ses différents points stratégiques vont être analysés.

Il faut tout d'abord signaler que cette MRP a pu être influencée dans son déroulement par le comportement des différents acteurs, d'autant plus qu'il s'agissait d'une initiation à cette démarche. Notamment, l'investigateur manquait de compétences en raison du peu de formation qu'il a reçu : une formation de base lors des études de pharmacie et une formation UTIP. De plus, des réunions du groupe de travail se sont parfois déroulées en fin de journée où les différents acteurs étaient plus fatigués, moins attentifs, et moins

réactionnels. Ceci contribue à réduire les échanges entre les acteurs qui partagent moins bien leur idées, d'où une source d'informations moindre lors de la recherche des causes ou des solutions par exemple.

En ce qui concerne le déroulement de la démarche, il faut tout d'abord réfléchir quant à la pertinence de la première étape, c'est à dire le choix du problème essentiel.

Différents critères de sélection interviennent dans la réalisation de ce choix.

Tout d'abord, certaines propositions ont été retirées du listing utilisé pour établir ce choix. Il s'agit de propositions dont le sens est apparu trop vague aux yeux des clients qui se sont alors tournés vers la réponse de facilité « sans opinion ».

Mais un fort taux de réponses sans opinion n'a pas été retenu à lui seul comme suffisant pour déclarer ambiguë la proposition. Ce fort taux isolé pouvant alors être l'expression d'un mécontentement des clients masqué par crainte de culpabiliser l'équipe officinale, ou encore par peur d'être mal jugé par l'équipe, ou tout simplement par manque de franchise...

C'est pourquoi, pour retirer la proposition, le taux élevé de sans opinions (supérieur au taux moyen de sans opinions de 8%) doit être associé à des remarques des clients en annexe sur la question concernée.

Par exemple, pour la question 16 « il y a des choses qui pourraient être améliorées dans le service rendu par la pharmacie », son taux extrêmement important de sans opinions (43%) pourrait être expliqué par son caractère d'évidence, et d'inutilité rapporté par les clients : il est « toujours possible d'améliorer ».

Ainsi, les questions retirées correspondent à des questions concernant l'évaluation de la satisfaction globale du patient pour la 8 et la 16, le domaine du relationnel et de la considération du client par le personnel pour la 22, et les compétences techniques de la profession pour la 17, 18.

En raison de ce retrait, des lacunes dans ces domaines ont pu moins être mises en évidence. En effet, ce mode de pré-sélection des problèmes s'appuyant en partie sur l'avis des clients peut induire un biais : une légère réduction du taux d'insatisfaction moyen est constatée suite au retrait des 5 questions.

Après ce retrait, il résulte un listing de propositions pour lesquelles les taux de satisfaction ont été calculés.

Le problème d'encombrement des comptoirs par les présentoirs et publicités correspond à celui qui arrive en seconde position après celui de la confidentialité. Après avoir mis à l'écart ce dernier pour les raisons précédemment citées, deux critères de sélection ont alors été mis en avant par le groupe de travail pour justifier le choix de ce problème d'encombrement des comptoirs.

Tout d'abord, le premier critère est défini par l'insatisfaction qui se manifeste à deux niveaux : vis à vis des clients et du personnel.

En premier lieu, vis à vis des clients, ce problème se trouve classé comme 2^{ème} problème reportant le plus d'insatisfaction auprès des clients.

Ceci s'explique en grande partie par l'inconfort du patient, en raison de la place restreinte qui ne lui permet pas de poser ses affaires et documents..

Cette relation encombrement des comptoirs/ insatisfaction s'explique aussi du fait que le « trop de produits tue le produit » : l'encombrement des comptoirs ne sert à rien, et surtout pas à vendre plus, mais à l'inverse, il peut donner une mauvaise image de la pharmacie en donnant une impression de fouillis aux yeux des clients.

En second lieu, l'inconfort du personnel avec une gêne constatée lors de leur travail, en particulier lors de la délivrance d'ordonnances comportant un nombre assez conséquent de médicaments : en effet, il n'y a plus suffisamment de place afin d'entreposer ces derniers avec l'ordonnance sur le comptoir.

Le second critère de sélection concerne l'impact économique. L'importance de ce problème nous a été révélée au cours de l'enquête de satisfaction des clients, par le pourcentage faible (2,60%) de la clientèle venant à la pharmacie sans ordonnance.

Par conséquent, le premier motif qui explique le déplacement des clients à cette pharmacie correspond en grande majorité à la dispensation de leurs médicaments. Il est alors utile de chercher chez eux à provoquer un achat spontané via ces produits d'appel sur le comptoir pour améliorer la rentabilité et vie de la structure.

Il est donc important de se concentrer sur les dysfonctionnements pouvant être rencontrés avec ces produits.

Enfin, notons aussi que le problème d'encombrement des comptoirs a été plus facilement choisi par rapport à d'autres plus complexes dans leur résolution. Ces derniers subissent l'influence de plusieurs paramètres comme le problème concernant le manque d'explications par rapport à l'utilité du traitement. Une démarche qualité dans cette officine étant initiée pour la première fois, l'inexpérience à inciter à se concentrer sur le

respect de l'enchaînement des étapes et le déroulement de chacune d'entre elles. Cette plus grande attention accordée à la MRP a permis d'apprendre sa mise en application dans les meilleures conditions possibles pour optimiser sa réalisation. Ainsi il en résulte l'obtention de résultats concluants qui a encouragé la poursuite d'une telle démarche.

Cependant, quelques objections peuvent être formulées vis à vis du choix de ce problème essentiel.

Tout d'abord, l'intérêt de l'item choisi peut être remis en cause. Il aurait été préférable de sélectionner un autre problème touchant la gestion de la thérapeutique. En effet, cette dernière correspond aux premières attentes des clients dans le service rendu par le pharmacien en général (8). Elle peut avoir des impacts plus graves puisqu'elle met en jeu la santé des patients. A l'inverse, l'encombrement des comptoirs apparaît comme un problème plus « banal ». Ce problème de la gestion de la thérapeutique se retrouve avec la question 28 relative au plan de prise des médicaments : si des explications ne sont pas suffisamment fournies aux patients à ce sujet, une mauvaise prise peut induire soit une prise en charge insuffisante de la maladie, soit un risque iatrogène. De plus, ce choix peut être critiqué par rapport à son objectif : notre attention s'est portée sur un problème qui concerne des *produits* (les présentoirs) alors que comme nous l'avons vu, le client attend du pharmacien d'officine, un véritable *prestataire de services*. Néanmoins l'impression de fouillis qui peut résulter de l'encombrement des comptoirs ne contribue pas à améliorer le déficit d'image dont souffre la profession (8).

Il aurait peut-être été plus judicieux d'avoir une démarche plus rationnelle pour choisir le problème essentiel à traiter en réalisant un vote à la place du raisonnement en deux temps qui a été mené et qui se trouve mêlé à une part importante de subjectivité.

Donc, il aurait mieux valu effectuer un vote pondéré, réalisable d'emblée au vu du nombre assez faible de propositions à prioriser (au total, 7 propositions).

De plus, les réclamations des clients n'ont pas été considérées pour le choix du problème à traiter. Nous sommes restés focalisés sur le questionnaire afin de mieux cibler dans un premier temps les problèmes principaux.

En effet, le nombre de questionnaires qui proposent des points d'amélioration est de l'ordre de 3,65%. Ce chiffre coïncide avec la fourchette dans laquelle se trouve en général

le nombre moyen de contestations auprès des prestataires de services (de 1 à 5 % maximum) (64), (16) : les réclamations des clients restent un acte rare.

Pourtant, bien qu'elles représentent l'avis d'une toute petite partie de l'échantillon, ces remarques doivent aussi être prises en compte dans l'analyse lors du choix du problème à traiter, étant donné que c'est à ce niveau que les pistes d'action se dégagent aisément.

C'est pourquoi, il semble dommage de ne pas avoir pris en compte ces remarques, car cela aurait permis de renforcer certains problèmes déjà mis en avant par les résultats du questionnaire et de favoriser ainsi leur considération lors du choix du problème essentiel (cas du problème de la confidentialité), et même de faire sortir de nouveaux problèmes non traités dans le questionnaire comme les problèmes de médicaments en quantités insuffisantes en stock et l'obligation des clients à retourner à la pharmacie pour les chercher.

De plus, ce sont en général des clients fidèles qui réclament, et c'est pourquoi il aurait été préférable de prendre en compte ces réclamations pour éviter de décevoir leur attentes.

Enfin, sur le plan de la qualité, une évaluation périodique de ces réclamations reste intéressante. Ces contestations pourront être utilisées comme système d'alerte. Pour cela, il faudra identifier si le non-respect de la qualité au niveau de ces dysfonctionnements rapportés par les clients peut entraîner un risque : elles permettent d'ouvrir une réflexion sur une autre démarche et la mise en place d'actions préventives, et non plus correctives.

C'est pourquoi, ces remarques ne seront pas laissées à l'écart : elles sont en effet précieuses pour ouvrir de nouvelles pistes de travail utiles à la poursuite de cette démarche qualité. A l'avenir, elles pourront être complétées par des entretiens individuels, pour avoir une base de travail plus conséquente que celle représentée par une dizaine de remarques.

Il faut ensuite s'interroger sur la pertinence des différents outils intervenant au cours de la réalisation de cette MRP.

Les outils utilisés sont uniquement des outils dits de « première intention »(74), c'est à dire des outils simples en raison de leur utilisation dans le cadre d'une initiation à la qualité.

Dans un premier temps, il faut remettre en question la recherche des causes avec l'application du remue-ménages.

Au cours du remue- méninges, douze causes ont été identifiées en 20 minutes, en présence de 5 personnes. Les résultats obtenus (le nombre de causes) sont inférieurs à ce que l'on pouvait attendre au vu des conditions de réalisation.

Pour expliquer cette discordance, différents paramètres peuvent intervenir autre que la fatigue des personnes précédemment évoquée.

Tout d'abord, la nature du problème peut être en cause. L'encombrement des comptoirs reste un problème simple qui n'est pas influencé par un nombre important de causes. Même en réfléchissant longtemps dessus, il n'est guère possible de trouver plus de causes.

De plus, le sujet du problème est relativement intéressant et ne contribue pas à motiver la recherche d'idées et développer l'imagination des participants.

Par conséquent, la présentation du remue- méninges doit aussi être remise en question : l'animateur aurait dû arrêter la séance avant les 20 min car plus la séance se prolonge, plus la séance impatient les participants. Cela n'est pas propice pour motiver l'équipe à la démarche et découvrir de nouvelles idées.

Ce petit nombre d'idées peut aussi s'expliquer par une présentation qui n'a pas été animée correctement : l'animateur n'a pas assez sollicité les participants pour la recherche d'idées, et il n'a pas assez rebondi sur les idées des participants pour favoriser l'apparition de nouvelles idées et la créativité.

En outre, toutes les personnes du groupe de travail n'étaient pas présentes (5 personnes sur 7) : il manque probablement des idées que ces personnes auraient peut- être eues, et qui n'ont pas été exprimées au niveau de ce groupe.

Donc cette étape pourrait être optimisée en comptabilisant toutes les personnes dans le groupe de travail, et en s'assurant d'une animation efficace pour cette démarche.

Puis il faut s'interroger sur le choix des causes essentielles par la mise en œuvre du diagramme d'Ishikawa.

Au niveau du diagramme d'Ishikawa, un groupe de causes concernant la famille « Méthode » a pu être facilement isolé par rapport aux deux autres familles de causes identifiées (« Matériel » et « Matière »). En effet, la lecture de ce diagramme a mis en évidence un nombre de causes plus important pour la famille « Méthode » comportant 6 causes principales et 2 causes secondaires contre 3 causes principales pour la catégorie « Matière » et la catégorie « Matériel ».

Par conséquent, la réalisation du diagramme de Pareto n'a pas été nécessaire pour départager deux groupes de causes qui seraient à peu près équivalents en taille.

Néanmoins le diagramme d'Ishikawa ne permet pas une classification aussi précise que le diagramme de Pareto. Dans ce travail, ce dernier aurait permis de sélectionner un sous- groupe de causes essentielles dans cette famille « Méthode ». Les causes essentielles étant mieux cernées, le choix des solutions aurait été plus affiné.

Cependant, la réalisation du diagramme de Pareto nécessite des données chiffrées avec la mesure de la contribution des causes au problème. Or les causes intervenant dans ce problème d'encombrement des comptoirs sont difficilement chiffrables.

Nous nous sommes donc focalisés sur le groupe de causes essentielles de la famille « Méthode » pour proposer des solutions. La solution choisie « gestion de l'organisation des présentoirs disposés sur les comptoirs » vise à apporter des actions correctives ciblant cette famille « Méthode ». En effet, elle met en œuvre des actions corrigeant des dysfonctionnements portant sur des pratiques commerciales (marketing...) mises en œuvre par les professionnels pour l'obtention d'une meilleure organisation d'une partie de l'activité commerciale : la rotation des présentoirs effectuée par le personnel, la mise à disposition correcte de ces présentoirs aux clients (amélioration du choix par le personnel des produits présentés, meilleure tenue des présentoirs par le personnel...).

Néanmoins la classification des causes dans les différentes familles peut être sujette à des interprétations différentes selon les personnes : la classification d'Ishikawa n'est pas si rigoureuse étant donné l'existence d'inter- relations entre les familles des 5M. D'ailleurs, la cause 1 aurait pu être retrouvée dans la famille « Matière » : elle est à la fois liée à des propriétés propres aux présentoirs, mais aussi à des pratiques commerciales. Nous avons choisi de classer cette cause 1 dans la famille « Méthode » car elle est influencée par deux causes secondaires 3 et 4 (relatives à la question de rentabilité, et l'ajout de produits invendus sur le comptoir) qui sont classées dans le groupe « Méthode » et jugées plus influentes que les causes secondaires 6 et 7 (relatives au « packaging » et taille des présentoirs) classées dans la famille « Matière ». Ces dernières semblent moins fréquemment impliquées dans la survenue de ce problème.

Nous pouvons aussi nous demander si le mode de sélection de la solution est le plus pertinent. Le choix s'est orienté vers le vote pondéré plutôt que le vote simple étant donné

qu'il constitue une technique plus rigoureuse en permettant d'éviter davantage les résultats ex aequo. De plus, le faible nombre de solutions (3 solutions) privilégie sa réalisation d'emblée, sans vote simple au préalable.

Certes l'outil utilisé peut influencer sur le choix de la solution, mais d'autres éléments sont à prendre en compte pour assurer une efficacité de cette solution : il faudra avant tout connaître s'il existe des biais qui peuvent nuire à sa mise en application correcte.

En effet, comme tout projet, cette solution a ses limites c'est à dire des variables critiques pouvant empêcher sa bonne mise en œuvre et entraîner plus de risques de ne pas atteindre l'objectif. Par exemple, ces critères essentiels comprennent :

- la question de rentabilité en voulant à tout prix mettre le maximum de produits en évidence sur le comptoir afin de mieux vendre

- l'absence conjointe des trois personnes (préparateur, apprenti-préparateur, titulaire) réalisant les actions correctives le lundi (jour de rotation des présentoirs).

L'évaluation de cette solution mise en application par le biais des indicateurs peut alors être abordée.

Il aurait été intéressant de réévaluer les indicateurs de satisfaction grâce au questionnaire, notamment pour la question 29, afin d'apprécier le véritable impact de la démarche qualité sur cette satisfaction en pouvant le comparer aux 45% initial.

Ces indicateurs de satisfaction sont en effet les seuls qui permettent d'évaluer la différence existant entre la qualité perçue et attendue par le client, les IMEAC s'attachant uniquement à mesurer la qualité perçue.

En outre, cette réévaluation permettrait de voir si avec d'autres questions comme la question 1, le même résultat est à peu près retrouvé : il aurait été possible d'en déduire la reproductibilité du questionnaire de satisfaction.

Mais le délai doit être au moins d'un an entre les 2 enquêtes pour ne pas lasser ni rebuter les clients. Or l'enquête a été effectuée au cours des mois de mars à mai. Il est donc encore trop tôt pour la renouveler au jour où ce travail est rédigé.

C'est pourquoi, il a fallu avoir recours à un autre type d'enquêtes qui consiste à évaluer l'efficacité des actions correctives.

Pour cela, elle met en œuvre des indicateurs mesurés grâce à un questionnaire très ciblé, « flash » qui a pour avantage de pouvoir être régulièrement réalisé, contrairement à l'enquête de satisfaction. Qu'en est-il de la pertinence de ce mode d'évaluation ?

Les résultats de la mini- enquête sont à manipuler avec précaution. Comme elle cible un seul point, l'aménagement des comptoirs, les clients savent d'emblée que ce point pose problème et qu'il a de l'intérêt et de l'importance pour nous.

Les clients sont plus facilement alertés sur ce point, ce qui risque de biaiser les résultats : ils peuvent masquer la vérité par peur de décevoir le personnel....

D'où l'intérêt du questionnaire de satisfaction global qui renferme ce point parmi une multitude d'autres items ; l'attention des clients n'est pas attiré sur un point particulier.

Toutefois, en pratique, l'enquête de satisfaction reste lourde à concevoir et à analyser. Alors que ces questionnaires très ciblés sont des moyens rapides, faciles à mettre en place et demandant peu de temps pour leur analyse. Ces derniers sont donc plus propices au maintien d'une motivation au sein de l'équipe lors du suivi des actions correctives : ceci sera alors plus favorable au déclenchement d'actions sur le terrain si elles se révèlent nécessaires suite aux résultats de l'enquête.

Enfin, l'enquête ciblée apparaît plus judicieuse qu'une enquête de satisfaction pour parvenir à cette finalité d'amélioration continue de la qualité.

L'enquête globale se base sur des expériences successives parfois anciennes dont le souvenir peut- être peu clair.

A l'inverse, l'enquête ciblée porte sur une dernière expérience vécue du consommateur en lien avec un point d'impact d'une action d'amélioration récemment mise en œuvre : elle permet de récolter des données plus précises sur une situation encore récente et donc active dans sa mémoire.

Il est dorénavant utile de remettre en cause l'élaboration des enquêtes ciblées pour voir si elle permet de cerner au mieux leur objectifs.

En raison de cette construction, il est important d'examiner si les paramètres sélectionnés pour l'établissement de cette mini-enquête sont judicieux.

Concernant la forme du mini-questionnaire, l'échelle binaire utilisée (oui/ non) est loin de d'être la plus représentative ; certains spécialistes la déconseillent fortement car l'avis de l'enquêté n'est pas si tranché en général (64). Il aurait été préférable de prendre une échelle plus détaillée.

Cependant, l'échelle binaire peut-être utilisée dans le cas de recueil des faits, ce qui correspond bien à la première question de cette mini- enquête « Estimez-vous que le nombre de présentoirs sur les comptoirs a diminué ? ».

En ce qui concerne la deuxième question, une échelle binaire (oui/ non) a été utilisée en tant que question filtre. Elle se trouve confortée par une échelle plus détaillée du côté positif.

Ceci permet de voir comment se distribue l'opinion, qui n'est pas aussi tranchée que la réponse à la première question.

De plus, une échelle sans point médian, c'est à dire comportant un nombre pair de propositions a été choisie pour forcer l'enquêté à se prononcer de manière positive ou négative. L'obtention d'une vision plus juste des opinions par l'insertion d'un point médian n'était pas recherchée ici.

Cette échelle a aussi été choisie pour sa facilité de compréhension (population du 3^{ème} et 4^{ème} âge).

Enfin, le mode de retour du questionnaire ne correspondant plus à sa remise en mains propres mais à son dépôt dans une urne, ce qui permet plus facilement une libre expression des clients.

Par ailleurs, y aurait-il un intérêt à utiliser ces mesures répétées d'IMEAC au long cours en parallèle de l'utilisation périodique d'indicateurs de résultat ?

Avons nous eu raison d'utiliser ce type d'indicateurs ? Etaient- ils bien appropriés ?

L'utilisation au long cours d'IMEAC apparaît favorable dans ce travail : les indicateurs de résultats issus d'une mesure interne ne peuvent pas produire des résultats identiques à ceux des IMEAC. Par exemple, un client évalue son temps d'attente à la pharmacie le double du temps d'attente réel.

Selon son état d'esprit, sa situation à un moment donné, il peut se déclarer plus ou moins favorable à ce temps d'attente. La perception n'est pas la réalité : le temps peut paraître plus ou moins long en fonction des conditions d'attente.

C'est pourquoi, une solution peut-être bien appliquée sur le long terme, mais pour autant perdre de son efficacité, car les besoins des clients changent avec le temps. D'où la nécessité d'apprécier l'évolution de son efficacité dans le temps, parallèlement à l'évaluation du respect de l'application de la solution.

Néanmoins, ces mesures d'IMEAC au long cours ne sont pas suffisantes à elles seules, puisque par définition, elles ne permettent pas de s'assurer de l'application de la solution, alors que celle-ci risque de voir diminuer son observance avec le temps, du fait qu'elle ne sera plus traitée avec la même attention.

Deux points résument l'intérêt des indicateurs de résultats, notamment intermédiaires, dans le cadre de ce travail, et justifient leur mise en place.

La clientèle ne peut être soumise toutes les semaines à des enquêtes même si elles sont « flash ». Or, un contrôle continu est nécessaire. Voilà pourquoi il est intéressant de rechercher d'autres indicateurs à évaluer en interne, sans faire appel aux clients.

Il devenait aussi nécessaire de mettre en place des indicateurs qui permettraient un contrôle plus en amont dans le processus « gestion de l'organisation des présentoirs disposés sur les comptoirs » afin de mieux prévenir et anticiper sur les éventuels dysfonctionnements.

Les indicateurs de résultats peuvent être évalués en interne étant donné que les tâches mises en œuvre dans ce cas ne font pas appel à un élément extérieur à l'entreprise.

Ils permettent de s'assurer de l'application correcte d'étapes fondamentales de la solution mise en œuvre : point qui paraît essentiel à connaître pour juger de l'intérêt et mener à bien toute action ultérieure, avant même d'aller chercher à évaluer toute efficacité.

Ainsi, les indicateurs utilisés dans ce travail apportent tous une information différente pour le maintien du système qualité. La production d'améliorations suite à la méthode de RQEC rejoint à ce niveau les principes de toute autre démarche qualité à l'officine : la gestion du projet ne peut s'appuyer uniquement sur un seul type d'indicateur ; il faut au contraire mettre en place une batterie d'indicateurs (résultats, satisfaction, performance...).

Cette panoplie d'indicateurs permettra grâce à la spécificité de chacun de mieux suivre le processus.

Enfin, l'évaluation en interne correspond- elle à la mesure la plus adaptée pour ces indicateurs de résultats?

Les indicateurs de résultat auraient pu être mesurés par le biais d'une enquête « client mystère ». En effet, même si ces deux modes d'évaluation (en interne par le personnel, en externe par le « client mystère ») s'appuient sur des critères rationnels prédéterminés, il aurait été intéressant d'avoir le regard extérieur du client mystère moins soumis à la subjectivité que celui du personnel de l'officine qui évalue son propre travail.

Ce qui est encore plus intéressant selon les circonstances, c'est que ce même client mystère évalue d'autres collègues, non pas dans l'esprit de classer les officines les plus performantes, mais dans l'idée de mener une réflexion sur les meilleures pratiques et permettent des échanges d'expériences profitables. La mise en œuvre d'une telle mesure pourra à l'avenir être envisagée pour le suivi d'autres problèmes abordés lors de la poursuite de cette démarche qualité.

Par conséquent, au vu de ces résultats, la RQEC facilite- elle l'introduction de l'assurance qualité à l'officine par le biais de cette MRP ?

La RQEC se révèle à nous comme étant une méthode de choix dans le cadre de l'officine qui commence à initier des démarches qualité (35).

L'assurance qualité à l'officine peut rencontrer des freins pour son instauration. L'équipe n'ayant jamais eu auparavant de notions sur la qualité, elle appréhende alors ce qu'est la qualité, voire lui associe des *a priori*, notamment la peur d'un travail conséquent supplémentaire associé à une perte de temps.

La MRP semble faciliter l'introduction de la première expérience relative à la qualité à l'officine en apprivoisant mieux les réfractaires à la qualité.

Deux grandes raisons peuvent alors être évoquées au vu de ce travail.

D'une part, elle est accessible à toute l'équipe : une formation de base suffit et l'établissement progressif de cette démarche facilite son acquisition.

D'autre part, cette méthode présente un caractère mobilisateur qui semble être lié à l'optimisation de la communication, avec un meilleur partage des informations au sein de l'équipe. Les échanges sont facilités lors du travail en groupe, par le biais des divers outils utilisés dans cette méthode. Le dialogue est entretenu jusqu'au bout de la méthode avec le QQQQCPC qui continue d'assurer cet esprit d'équipe et de réflexion commune.

La RQEC apparaît donc comme une méthode relativement complète grâce à l'apport d'une batterie d'outils destinés à :

- mettre en place un système d'écoute simple d'analyse ;
- classer et hiérarchiser ces informations pour avoir à disposition des éléments prêts à être analysés au cours d'une méthode de résolution de problèmes ;
- décider et conduire rapidement les actions d'amélioration et les transformations ;
- en évaluer immédiatement l'impact auprès des clients.

De plus, cette méthode permettant une avancée pas à pas vers la mise en place d'actions correctives, elle semble favoriser une réflexion complète sur le sujet en oubliant aucun des points.

Cependant dans la pratique, la RQEC présente des lacunes qu'il reste nécessaire de préciser. En effet, certains points empêchant le bon déroulement de la méthode ont pu être décelés au cours de ce travail. Leur analyse permettra d'en dégager par la suite des pistes d'amélioration. Ces dernières pourront être mises en œuvre lors d'une prochaine tentative pour éviter que ces limites constituent un frein au développement de la RQEC et assurer avec plus de succès la réussite de cette méthode.

Certes, la RQEC a pour avantage de réagir face à des dysfonctionnements influençant le capital confiance de l'officine envers ses clients, mais la démarche utilisée dans ce contexte nous a montré qu'elle ne permet pas de réagir vite suite aux questionnements du client du fait du temps de réalisation de l'enquête, et d'analyse des résultats pour prioriser les actions : l'ensemble de la démarche a duré de début mars (début de l'enquête) jusqu'au début août (mise en place des actions correctives), soit 5 mois au total.

Ainsi la mesure de la satisfaction n'est pas un mode d'écoute constant qui permet une évaluation continue, c'est à dire le bilan au quotidien d'une situation avant la mise en place d'actions.

Cette évaluation au jour le jour doit être moins contraignante pour permettre la mise en œuvre plus rapide des actions correctives avant que la situation soit trop dégradée : elle doit être considérée en tant que système d'alerte continu.

Pour réduire ce temps de réaction, la RQEC pourrait être agrémenté d'un autre mode d'écoute clients. Il pourrait s'agir de « capteurs » présents dans le personnel en contact avec la clientèle au comptoir. Ils pourraient noter sur des feuilles de recueil, de manière spontanée et systématique, les informations qu'ils perçoivent à partir des clients. Ainsi, l'information remonterait rapidement au responsable qualité et au pharmacien titulaire.

Cependant, cette méthode d'écoute a pour risque de s'exposer à un filtre interne, le recueil des informations étant soumis à la subjectivité du personnel moins désireux de faire remonter des dysfonctionnements qui le mettent en cause ou vont à l'encontre de leurs intérêts...

Il ne faudrait pas en venir à s'appuyer uniquement sur le personnel interne pour collecter les perceptions clients, cette écoute au moyen de « capteurs » ne remplacerait en aucun cas

la mesure de satisfaction : la neutralité de l'enquêteur est un *a priori* indispensable pour recueillir des données non biaisées.

Cette technique semble plutôt un moyen complémentaire à insérer dans le cycle de la RQEC entre deux enquêtes de satisfaction pour constituer des boucles de réaction rapide vis à vis des réclamations, suggestions, et perceptions des clients. Ainsi elle permettrait de disposer d'un éventail plus large de moyens d'écoute clients.

Malgré ses points faibles, la RQEC remplit le rôle de toute méthode qualité : elle met à disposition des outils permettant à l'officine de mettre en place l'assurance qualité de manière autonome. Elle permet d'améliorer la qualité de ses prestations de façon continue grâce à la mise en place de boucles de réactions aux attentes et besoins exprimés par les clients.

Cependant, même si elle présente des intérêts pour l'officine, il reste à évaluer son utilité dans le secteur de la pharmacie où d'autres méthodes qualité sont déjà implantées comme l'approche par comparaison (guide d'auto-évaluation). La RQEC constitue-t-elle toujours une méthode intéressante par rapport à cette autre méthode ? Doit-on la mettre en œuvre dans un tel système ? Quelle serait alors sa place ?

Afin d'évaluer l'enrichissement d'une démarche qualité par la RQEC dans le contexte actuel de la pharmacie d'officine, nous avons mis en évidence les intérêts distincts que peut apporter la RQEC par rapport au guide d'auto-évaluation pour l'introduction de la qualité à l'officine.

Une méthode avec approche par comparaison a été également menée dans cette officine en vue d'y instaurer l'esprit qualité : chaque membre de l'équipe a rempli la partie dispensation du guide d'auto-évaluation élaboré par le CNOP, avec tentative de discussion par la suite sur chaque point posant problème. Cette tentative est restée infructueuse du fait de l'impossibilité de motiver et débattre sur des thèmes à problème.

Il a été décidé de laisser décanter cette situation en se contentant de faire des rappels vis à vis de la qualité. Ce temps de latence a duré environ deux mois.

Ainsi, cette expérience antérieure à l'enquête de satisfaction nous a aidé à établir une comparaison avec la RQEC.

Comme nous ne pouvons comparer que ce qui est comparable, cette comparaison entre ces deux démarches est rendue possible car elle concerne deux approches (approche par comparaison et approche par les clients de la RQEC) ayant le **même but** : l'identification des potentiels d'amélioration.

Pour atteindre cet objectif, elles mettent en œuvre les **mêmes principes** : identifier et hiérarchiser des problèmes à traiter, des axes d'amélioration à introduire et suivre au long cours les actions correctives mises en œuvre. Cependant elles **n'utilisent pas les mêmes moyens** pour y parvenir : l'une s'appuie sur l'évaluation de la satisfaction, l'autre sur la comparaison de l'organisation de l'officine avec un référentiel.

Elles ont toutes été soumises **au même cadre d'application** : la même officine.

De plus, cette comparaison est rendue possible car ces deux démarches **utilisent toutes les deux des auto- questionnaires**, donc le même type d'enquêtes mais ce sont les **enquêtés qui changent** : les clients avec la RQEC, le personnel interne à l'officine avec le guide d'auto- évaluation.

Une **différence** entre les deux démarches reste inévitable : c'est **la chronologie** de leur instauration, la mise en œuvre du guide d'auto- évaluation ayant précédé d'environ deux mois, celle de la RQEC dans le cadre de cette officine.

Il est nécessaire de rappeler à ce niveau des biais qui peuvent avoir influencé l'échec de la première méthode, contrairement à la deuxième.

Tout d'abord, un biais peut provenir de l'inexpérience du chef de projet : le chef de projet n'a peut- être pas suffisamment préparé l'équipe au concept de la qualité. Par la suite, l'acquisition de quelques notions sur l'établissement d'une culture qualité au sein d'une structure, a pu permettre de mieux appréhender dans un deuxième temps l'introduction de la RQEC.

Un autre biais possible à cette comparaison résulterait de la chronologie d'instauration des démarches : la première méthode a pu alors dans ce cas jouer un rôle de sensibilisation du personnel à la démarche qualité. Ceci pourrait expliquer le regain d'intérêt pour la RQEC.

Au vu des freins que peut parfois rencontrer la qualité à ses débuts, la RQEC présente elle des avantages différents de ceux du guide d'assurance qualité officinale ? Ces atouts permettraient alors de justifier l'utilité de la RQEC pour l'instauration d'une démarche qualité dans un secteur qui a déjà l'expérience de l'auto- évaluation.

Tout d'abord, dans le cas du guide, l'équipe est apparue moins réceptive aux différents résultats et moins facilement impliquée dans un plan d'amélioration de la qualité.

Ceci semble provenir de la vision refermée du personnel sur lui-même qui contribue à conserver des fausses idées conçues en interne sur les attentes du client.

Alors que la RQEC permettant de focaliser son regard plus sur l'externe, semble permettre au personnel de ne pas projeter ses propres attentes sur celles du client. A l'inverse, il s'agit du client qui renvoie une image.

Cette RQEC permet d'ouvrir l'esprit collectif aux informations nouvelles en implantant une culture d'écoute clients forte au niveau du personnel.

L'utilité de la RQEC dans le domaine de la qualité à l'officine s'explique aussi par un contenu plus adéquat de l'évaluation. Certaines questions ne sont plus d'actualité et n'ont plus lieu d'être comparativement à celles du questionnaire de satisfaction qui a été plus minutieusement adapté lors de sa validation après exploration des attentes des clients vis à vis du domaine général de la pharmacie. Ainsi, la RQEC part d'une enquête qui s'appuie sur des éléments pratiques du quotidien du pharmacien ; alors que le guide d'auto-évaluation contient quelques notions abstraites qui n'appartiennent pas à son quotidien voire n'appartiennent plus à la pratique officinale. Par exemple, la question 36 concerne un point qui n'est plus réalisé par le pharmacien dans son quotidien : « le numéro d'inscription à l'ordonnancier et le tampon de la pharmacie sont-ils inscrits sur chaque boîte ». Ainsi le débat de l'équipe est plus animé dans le cadre de la RQEC par rapport au guide d'auto-évaluation, puisque les échanges se font sur des éléments plus proches de la pratique avec le questionnaire de satisfaction.

Mais l'utilité de la RQEC se définit davantage sur la forme que sur le fond de l'évaluation. Sa présentation avec des sous-questions très détaillées lasse les participants et joue sur la qualité et la crédibilité du remplissage du guide : souvent la partie traitée n'a pas été terminée, ou ce remplissage était moins consciencieux car les participants cherchaient avant tout à le finir dans les plus brefs délais.

A l'inverse, la RQEC semble plutôt constituer une source de mobilisation du personnel par l'intermédiaire des outils qu'elle met en oeuvre. L'enquête de satisfaction initiale intéresse facilement l'équipe officinale qui est motivée pour connaître ce que pensent véritablement

les clients de sa prestation. Le personnel s'implique alors davantage et la MRP qui succède à cette enquête vient la conforter en favorisant le maintien de cette stimulation.

L'originalité, et le caractère de nouveauté de la RQEC dans le domaine de la pharmacie semblent être à l'origine d'une dynamique observée au sein du groupe de travail.

Elles constituent l'un des principaux atouts de la RQEC qui la distingue de méthode plus conventionnelle comme le guide d'auto-évaluation introduit depuis 6 ans dans ce secteur.

Différentes caractéristiques de la RQEC nous montre qu'elle apporte une plus-value par rapport au guide d'auto-évaluation pour favoriser l'intégration d'une démarche qualité à l'officine.

Quelle serait alors sa place dans un tel système ? Comment se positionne-t-elle dans le secteur de la pharmacie d'officine vis à vis d'une méthode dont la place est établie dans la pratique officinale ? Comment peut-elle être introduite au regard du guide qualité ?

Pour cela, il faut préciser les modalités valorisant les intérêts distinctifs de la RQEC auprès de la méthode par comparaison.

La RQEC ne prenant pas appui sur la mesure de conformité ou de qualité du service, elle visera uniquement à prendre en compte l'écart constaté entre la qualité attendue et perçue.

Or n'oublions pas que l'officine doit aussi tenter de réduire l'écart entre la qualité voulue et réalisée pour faire progresser la qualité de service, et qu'il ne serait pas avantageux de se limiter uniquement à la mesure de la satisfaction qui ne permettra pas d'apprécier la qualité de production du service ou se limiter à la mesure de la conformité avec laquelle l'impact sur le client n'est pas apprécié.

Par conséquent la méthode de RQEC trouve sa place dans le domaine de la pharmacie en s'associant avec une démarche qualité mise en œuvre à partir d'une évaluation en interne de la qualité du service comme le guide qualité. Ainsi, par l'intermédiaire de cette combinaison d'approches convenablement choisies en vue d'agir sur les deux types d'écarts, un système de correction le plus complet possible peut être obtenu.

Au vu du bilan précédent, une certaine chronologie est à prendre en compte pour définir la place de la RQEC lors d'introduction de l'assurance qualité à l'officine.

En effet, les fausses considérations du personnel sur les attentes des clients seront plus facilement identifiées avec la réalisation d'une étude soumise au personnel avant la

mesure de la satisfaction : elle vise à mieux montrer les différences entre les critères qualité du personnel et ceux du client. Cette étude peut être assimilée à l'approche par comparaison.

Grâce à cette association, la RQEC pourra valoriser ses intérêts distinctifs en ne laissant pas l'équipe se cantonner à ses certitudes d'officinaux : le personnel sera plus réceptif aux résultats du questionnaire et à l'identification des axes d'amélioration. La particularité de cette association semble intéressante dans un secteur comme la pharmacie d'officine qui n'a pas encore adopté l'écoute-clients : le guide permettrait de mieux préparer et sensibiliser l'équipe à l'approche clients.

Cependant un obstacle persiste : le guide tel qu'il est connu à notre actuel, ne suscite plus le même enthousiasme dans le secteur de l'officine qu'à ses débuts, comme le confirme J-C. Tellier. C'est pourquoi, même si un bénéfice peut être retenu pour la chronologie d'instauration des deux approches précédemment abordée (guide suivi de la RQEC), cette combinaison se voit freiner dans son développement en raison de la perte de motivation rencontrée vis à vis du guide. Le nouveau référentiel qui va prochainement être mis à disposition par le CNOP, sensibiliserait davantage à la qualité que le référentiel actuel : il donnerait « le goût de la qualité aux pharmaciens » selon J-C. Tellier. L'engouement suscité par ce nouveau référentiel favoriserait alors la réalisation de la première étape intervenant dans cette combinaison d'approches. Ceci pourra alors être favorable à l'implantation de la RQEC lui succédant. Ce nouveau guide d'auto-évaluation constituerait alors un moyen dans le secteur de l'officine pour déclencher sous différents angles une dynamique qualité : en interne, et aussi à partir du client par l'association des deux approches.

Nous pouvons conclure que la RQEC apparaît comme étant capable de faciliter l'introduction de l'assurance qualité à l'officine. En effet, les deux composantes de la RQEC représentées par l'approche par les clients et par les problèmes, constituent toutes les deux des moyens optimisant une démarche qualité à l'officine en s'appuyant sur une panoplie d'instruments : de la mesure de la satisfaction jusqu'à la gamme d'outils mise à disposition par la MRP. Cependant, il faut rester vigilant sur certains points de ces méthodes et caractéristiques de ces outils qui peuvent influencer la pertinence de la démarche de RQEC. Néanmoins des solutions en réponse à ces points d'amélioration peuvent être apportées plus ou moins facilement.

De plus, la RQEC semble avoir toute sa place dans une organisation qui dispose déjà d'outils pour instaurer une démarche qualité. Dans le domaine actuel de l'officine, la RQEC se justifie de par ses intérêts distincts de ceux du guide d'assurance qualité officinale avec entre autre l'ouverture sur l'extérieur, la meilleure motivation de par l'originalité, le caractère de nouveauté, une communication optimale. Ainsi, en raison de son utilité, la RQEC peut être insérée auprès du guide d'auto-évaluation déjà implanté dans ce secteur de la pharmacie. Cette introduction semble possible. En effet, ces deux méthodes peuvent se moduler l'une par rapport à l'autre afin d'aboutir à une amélioration de la qualité de service la plus complète possible.

Par conséquent, à l'avenir, pour faciliter l'intégration de la démarche de RQEC dans le secteur de la pharmacie d'officine, il sera nécessaire de disposer d'un référentiel validé pour l'écoute clients en complétant l'évaluation de ce questionnaire de satisfaction par son étude dans plusieurs officines. Des adaptations de cette approche clients pourront aussi être envisagées en faisant précéder la mesure de satisfaction par une enquête qualitative tels que des entretiens individuels ou des réunions de groupe.

De plus, afin d'optimiser l'intégration de la RQEC à l'officine, son instauration en aval du guide d'assurance qualité pourra être explorée : elle permettrait de mieux sensibiliser ce secteur qui en est aux balbutiements de l'écoute clients.

Thèse soutenue par : Melle GAUTHIER Marie-Claire

Titre : « Validation d'une méthode de Réactivité Qualité à l'écoute du client à l'officine : instauration d'une démarche qualité grâce à une approche centrée client via la mesure de la satisfaction »

CONCLUSION

L'écoute clients, la satisfaction, et l'assurance qualité constituent des notions apparues dans le secteur des services depuis une vingtaine d'années qui devront inéluctablement appartenir au monde de l'officine. La mauvaise connaissance des besoins et attentes des « patients- clients » nous indique la nécessité du développement d'une démarche qualité y répondant. Il devient alors intéressant de faire appel à la Réactivité Qualité à l'Ecoute du Client (RQEC). Le travail expérimental présenté dans ce manuscrit tente de répondre aux problématiques suivantes : la RQEC permet-elle d'optimiser l'introduction de l'assurance qualité à l'officine et quelles solutions peuvent être apportées en réponse aux points d'amélioration identifiés ? Présente- elle un intérêt par rapport au guide d'assurance qualité officinale qui constitue l'approche actuellement la plus utilisée et quelle est alors la place de la RQEC à l'égard du guide ?

A l'aide de la RQEC combinant une approche par les clients suivie d'une approche par les problèmes, notre travail a consisté à mettre en valeur des axes d'amélioration de l'activité officinale grâce à l'évaluation de la satisfaction du client et à mettre en place des actions correctives. Nous avons dans un premier temps réalisé une étude bibliographique sur les fondements de l'enquête de satisfaction et de la qualité pour mieux percevoir les principes de la méthode de RQEC. Dans un deuxième temps, en se servant d'un instrument de mesure de la satisfaction validé méthodologiquement, nous avons spécifié la qualité du service rendu sur certains points et sélectionné le problème prioritaire à traiter parmi les problèmes identifiés. Par la suite une méthode de résolution de problèmes faisant intervenir différents outils de la qualité et utilisée lors d'un travail de groupe, a permis de définir au mieux une solution ciblant le dysfonctionnement retenu. Les résultats de ce travail ont pu être évalués grâce à des indicateurs. Ceux-ci ont permis de s'assurer d'une amélioration continue de la qualité sur le problème traité en évaluant la conformité et l'efficacité des actions correctives mises en place.

Des points d'amélioration ont été repérés lors de la mise en application de cette double approche. Ainsi, notre travail a permis de transformer une officine technicienne en une officine Qualité grâce à l'image du résultat de l'écoute client. Des actions d'amélioration en réponse à ces limites peuvent être apportées afin qu'elles ne freinent pas le développement de la RQEC dans le secteur de l'officine. Ainsi, la mise à disposition pour les officinaux d'un référentiel validé de l'écoute clients faciliterait l'acquisition de la démarche de RQEC. De même, l'approche clients pourrait être optimisée en adaptant cet instrument de mesure à la clientèle au moyen d'une enquête qualitative. Enfin, sa combinaison avec le guide d'auto- évaluation permettrait de faciliter son introduction dans un secteur qui n'a pas encore l'expérience de l'écoute clients.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 20/11/2007

LE DOYEN

Pr. R. GRILLOT



LE PRESIDENT DE LA THESE

Pr Jean CALOP
Pôle Pharmacie
Pav. Moidieu C.I.U de Grenoble
38700 La TRONCHE

Pr. J. CALOP

Bibliographie

1. Adenot. I, *Présentation de la démarche qualité à l'officine*, conférence de presse, Conseil national de l'ordre des pharmaciens , Fev 2006
2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, *Evaluation d'un programme d'amélioration de la qualité. Les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français*, ANAES, 1999
3. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé, renommée Haute Autorité de Santé, *Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques*, revue de la littérature médicale, HAS, juin 2007
4. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, *Méthodes et outils des démarches qualité en établissement de santé, méthodes*, ANAES, juillet 2000
5. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, *Méthodes et outils des démarches qualité en établissement de santé, les outils qualité*, ANAES, juillet 2000
6. Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale, *Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé. Principes méthodologiques*, ANAES, 1996
7. Allaire Aude, « Faire face aux clients mécontents », *le moniteur des pharmacies*, n°2680, cahier 1, 2 juin 2007
8. Allenet. B, Calop. J, Torchon. C, « Perception, expérience et attentes du grand public vis à vis du pharmacien d'officine », *bulletin de l'ordre* 379, juillet 2003, p229-235
9. Amro.S, *Peut-on mesurer la satisfaction du patient ? élaboration et validation d'un outil de mesure appliqué au domaine de la pharmacie d'officine*, thèse de doctorat en pharmacie, 2003, UFR de pharmacie de Grenoble, 384p
10. Antares, *Comment mesurer la qualité des activités pharmaceutiques ? Des indicateurs pour maîtriser et améliorer ses performances*, Guide méthodologique, 1998

11. Association Française de Normalisation, *Management de la qualité et assurance qualité. Enquêtes de satisfaction des clients* (fascicule de documentation X 50- 172), AFNOR, 1999
12. Association Française de Normalisation, *Management de la qualité en santé*, AFNOR, 2000
13. Association Française de Normalisation, *Gérer et assurer la Qualité. Tome 1. Concepts et terminologie*, AFNOR, 1992
14. Association Française de Normalisation, *Gérer et assurer la Qualité. Tome 2. Management et assurance de la Qualité*, AFNOR, 1992
15. Association Française de Normalisation. *Animer un groupe Qualité : actions correctives et préventives. Résolution de problèmes*, AFNOR, 2000
16. Averous B, Averous D, *Mesurer et manager la qualité des services* , INSEP consulting éditions, 2004, 160p
17. Baraff.L. J, Bernstein. E, Bradley. K, Franken. C, Gerson. L. W, "Perceptions of emergency care by the elderly : results of multicenter focus group interviews", *Ann Emerg Med*, 1992; 21 : 814-8.
18. Briesacher. B, Corey. R. "Patient satisfaction with pharmaceutical services at independent and chain pharmacies". *American Journal of Health- System Pharmacy*. 1997; 54: 531- 536
19. Britten. N, *Qualitative interviews in medical research*, BMJ, 1995 ; 311 (6999) : 251-3
20. Calop. J, *Guide des fonctions hospitalières de pharmacie clinique à l'usage des étudiants de pharmacie en 5^{ème} année AHU*. Association des enseignants français de pharmacie clinique, 2^{ème} édition, BMS, 2005
21. Camillerapp. M, Kern ; P, *Le pharmacien organisateur, animateur, employeur, Le métier de pharmacien d'officine*, 2, Dunod, 1993, 157p
22. Carrier . S, Laleix. S, *Le pharmacien acteur commercial, Le métier de pharmacien d'officine*, 3, Dunod, 1993, 176p

23. Cavoret M, *Qualité de l'acte pharmaceutique, mesure de l'activité en pharmacie d'officine*, thèse de doctorat en pharmacie, 2004, UFR de pharmacie de Grenoble, 171p
24. Chauvel AM. *Méthodes et outils pour résoudre un problème. 30 outils pour améliorer la qualité de votre organisation*, Dunod, 1996, 185p.
25. Cleary. P, Mcneil. B, "Patient satisfaction as an indicator of quality care", *Inquiry*, 1998, 25-36
26. Collet. D, Lansier. P, Olivier. D, *Objectif zéro défaut*, entreprise moderne d'édition, 1989, 223p
27. Coyle. J, Williams. B, "An exploration of the epistemological intricacies of using qualitative data to develop a quantitative measure of user views of health care", *Journal of advanced nursing*, 2000, 1235- 1243
28. Defert. Y, *Certification ISO de l'acte de vente, Utopie ou enjeu stratégique ?*, revue Française de Marketing, 1993, 154-168
29. Defourny. V, Noyé. D, *Du bon usage des mots de la qualité. Les principaux termes : définitions et commentaires*, Insep, 1996
30. Diquero Isabelle, *Qualité à l'officine, n'ayez plus peur*, Le moniteur des pharmacies, n°2648, cahier 1, 28 octobre 2006, p22-30
31. Doukhan. D, *Soins pharmaceutiques : le modèle québécois*, Le quotidien du pharmacien, 16/ 06/ 1997 : 13
32. Dubois. D, Kotler. P, *Satisfaire la clientèle à travers la qualité, le service et la valeur*, Revue française de marketing, 1993 ; 144- 145
33. Dupin-Spriet Thérèse, *Qualité et auto- évaluation, présentation du guide d'assurance qualité officinale*, conférence de presse du 28 février 2002, p1-3
34. Faivre J-P, *concevoir et réaliser une enquête de satisfaction des clients*, collections AFNOR Pratiques, AFNOR, 2002, 113p

35. Fellmann Anne, *La Qualité à l'officine : un passage obligé*, magazine pharma, n°23, avril 2007, p 36- 39
36. Fincham. Je, Wertheimer. AI, "Predictors of patient satisfaction with pharmacy services in a health maintenance organization", *Journal of pharmaceutical marketing and management*, 1987; 2(2) : 73-90
37. François. P, Calop. J, Labarère. J, Bontemps. H, Weil. G, "Implementation a documentation management system for quality assurance in a university hospital", *Int J Health Care Qual Assur*, 1997; 10 : 156- 60.
38. Galibert. M, *Méthodes et outils de la gestion de la qualité, guide de choix méthodologique*, WEKA, 1999
39. Ghiglione R., Matalon B. *Les enquêtes sociologiques. Théories et pratique*, 6^{ème} édition ; Paris : Armand Colin, 1998, 301p
40. Gogue. J. M, *Traité de la Qualité*, Economica, 2000
41. Grawitz. M, *Méthodes des sciences sociales*, Dalloz, 1996, 920p
42. Guignot. C, *Vos clients changent et vous*, Le moniteur des pharmacies n°2665, cahier 1, 24 février 2007, p21
43. Hermel laurent, Louyat Gerard, *La qualité de service, 100 questions pour comprendre et agir*, AFNOR, 2005, 159p
44. Hermel Laurent, *Mesurer la satisfaction clients*, collection à savoir, AFNOR, 2001, 50p
45. Hosotani K, *Le guide qualité de résolution de problème. Le secret de l'efficacité japonaise*, Dunod, 1997, 155p.
46. Huyghe. O, *Cercle de qualité, des médecins et des pharmaciens suisses ouvrent la voie*, La revue Prescrire, février 2000, 20 (203) : 146-148

47. Iacobucci. D, Grayson. K.A, Ostrom ; A ; L, "The calculus of service quality and customer satisfaction : Theoretical and empirical differentiation and integration", *Advances in services marketing and management*, 1994; 3.p.1-67
48. Institut de recherche et de développement de la qualité, *Méthode de réactivité à l'écoute des clients*, ouvrage collectif, IRDQ, 2003, 132p
49. Johnsson J. A., Coons S.J. Hays R.D. "The structure of satisfaction with pharmacy services", *Medical Care* 1998;36 (2) :244-250
50. Kucukarslan. Sn, Pathak Ds, Segal R, « Explaining patient satisfaction/ dissatisfaction in the high blood pressure prescription drug market : an application of equity theory and disconfirmation paradigm », *Journal of consumer satisfaction, dissatisfaction, and complaining behavior*, 1994; 7:53- 75.
51. Labarere. J, François. P, « Evaluation de la satisfaction des patients par les établissements de soins », *revue de la littérature, rev epidem et santé Publ*, 1999 ; 47 : 175- 184
52. Lajzerowicz N, Gattino B, Cerruti O. *Construction d'indicateurs et tableaux de bord synthétiques*, AFNOR ; 1998
53. Larson. Ln, mackeigan. Ld, "Further validation of an instrument to measure patient satisfaction with pharmacy services", *Journal of Pharmaceutical Marketing and Management*, 1994; 8(1) : 125- 139
54. Lecllet. H, Vilcot. C, *Qualité en santé. 150 questions pour agir*, AFNOR, 1999
55. Lecllet. H, Vilcot. C, *Construire le système qualité d'un établissement de santé*, AFNOR, 2000
56. Lewis. J. R, "Patient views on quality in general practice", *Soc Sci Med*, 1994; 39 : 655-70
57. *Les nouveaux comportements des français et les génériques*, enquête Taylor Nelson Sofres Santé, août 2001
58. Loriol. M, *Tirer parti des entretiens individuels*, Le moniteur des pharmacies, n°2696, cahier 1, 13 octobre 2007, p48- 49

59. Lyonnet. P, *La qualité outils et méthodes*, Lavoisier, 1997, p65- 135
60. Mackeigan L.D, Larson L.N, "Development and validation of an instrument to measure patient satisfaction with pharmacy services". *Med care*, 1989. 27(5). P522-36
61. Mels. G, Boshoff. C, Nel. D, "The dimensions of service quality : the original european perspective revisited", *the services industries journal*, 1997, p 173- 189.
62. Mergelin. F, *L'acte pharmaceutique, réflexions juridiques pour une "refondation" intellectuelle et éthique*, bulletin de l'ordre des pharmaciens, les nouvelles pharmaceutiques bimensuel : (375), 01/07/2002 : 273-281
63. Mermet. G, *Sortez de vos officines*, Le moniteur des pharmacies n°2665, cahier 1, 24 février 2007, p 22
64. Millot.S, *L'enquête de satisfaction, guide méthodologique*, AFNOR, 2003, 180p
65. Monteil.B, Perigord.M, Raveleau.G, *Les outils des cercles et de l'amélioration de la qualité*, Les éditions de l'organisation, 1985, 125 p
66. Mouvement Français pour la Qualité, *Indicateurs de la Qualité*, MFQ, 1992
67. Mouvement Français pour la Qualité. *Les outils de management de la qualité*, MFQ ; 1991
68. Mouvement Français pour la qualité, *Mesure de la satisfaction du client : méthodes et mesure*, MFQ, 1993.
69. Nau D.P., Ried L.D, Lipowski E.. "What makes patients think that their pharmacists services are of value?", *J.Am. Pharm.Assoc.* 1997;NS37 (1) : 91-98.
70. Ngobo. P, « Qualité perçue et satisfaction des consommateurs : un état des recherches », *Revue française de marketing*, 1997 ; 163. p. 67- 79.
71. Noël. A, *Associations de consommateurs : une vision traditionnelle de l'officine*, Le Quotidien du pharmacien, (170), 05/03/1998 : 2.

72. Oliver. R.L, "A conceptual Model of service Quality and service satisfaction; compatible goals, different concepts", *In advances in services marketing and management*, 1993a, 2, 65- 85
73. Parrot. J, *Atelier Assurance Qualité*, Bulletin de l'Ordre des pharmaciens, Les nouvelles pharmaceutiques, (354), 23/04/1997 : 7-24.
74. Pitet. L, *La qualité à l'officine*, Gérer votre officine, Les essentiels du pharmacien, Le moniteur des pharmacies, Groupe Liaisons SA, 2004, 198p
75. Prescrire Rédaction, *Iatrogénèse, effets indésirables médicamenteux : à la recherche de l'évitable, Le réseau épidémiologique de l'erreur médicamenteuse*, Revue Prescrire, 248, 2004 : 225-227
76. Reicheld. F, Sasser. W. E, "Zero defections : quality comes to services", *Harward business review*, 1996, 68.p. 105-111.
77. Ried L.D, Wang F., Young H., Awiphan R. "Patients' satisfaction and their perception of the pharmacist", *J. Am. Pharm. Assoc.* 1999 ; 39 : 835-42.
78. Riou. B, Landais. P, « Principes des tests d'hypothèse en statistique », *Ann Fr Anesth réanim*, Elsevier, 1998 ; 17 : 1168- 1180
79. Rolin. R, *Résolution de problèmes*, Organisation Eds D', 2001, p32-150
80. Rougier.D, *La qualité de l'acte pharmaceutique, pourquoi, comment ?*, *L'expérience grenobloise*, thèse pharmacie, UJF Grenoble, 1992, 267 p.
81. Salat- Barroux ; F, *Les pharmaciens à l'horizon 2010*, le livre vert de l'ordre national des pharmaciens, 1994
82. Seror A.S , *Qualité de l'acte pharmaceutique. Proposition d'un manuel d'auto-évaluation de la pratique officinale*. Thèse doctorat en pharmacie, UJF. Grenoble I, 2000, 256 p.
83. Schommer. Jc, "Higher levels of consultation services increase patient satisfaction, American Pharmacy, 1995, NS35 (8) : 33-39.

84. Schommer. Jc, "Roles of normative and predictive expectations in evaluation of pharmacist consultation services". *Journal of consumer satisfaction, Dissatisfaction, and Complaining behavior*. 1996; 9:86-94.
85. Somani Sm, Daniels Ce and Jermstad RL. "Patient satisfaction with outpatient pharmaceutical services". *American Journal of hospital pharmacy*. 1982. 39 : 1025-1027.
86. Swan. Je, Oliver RI, "Equity and disconfirmation perceptions as influences on merchant and product satisfaction, *Journal of consumer research*, 1989, 16: 372-383.
87. Smith. H. A, Coons. Sj, "Patronage factors and consumer satisfaction with sources of prescription purchases, *journal of Phamaceutical Marketing and management*, 1990, 4(3) : 61- 81
88. Smith. J. A, Scammon. D. L, Beck. S. L, "Using patient focus for new patient services", *joint commission journal on quality improvement*, 1995; 21: 1, 22- 31.
89. Smith C.S., Wertheimer Al., *Social and behavioural aspects of pharmaceutical care*, pharmaceutical products Press Ed., New York. 1996: 85-98
90. Stizia J., Wood N, "Patient satisfaction : a review of issues and concepts", *soc. Sci. Med.* 1997;45(12): 1829-43.
91. Tellier. J-C, *Concrètement que signifie cet engagement qualité*, conférence de presse, Conseil national de l' Ordre des pharmaciens, Fev 2006
92. Torchon C. *La perception du pharmacien par le grand public : enquête auprès de 262 personnes de la région grenobloise*, thèse de doctorat en pharmacie 2002, UFR de pharmacie de Grenoble.
93. Trinquecoste. J. F, « Fidéliser le consommateur : un objectif marketing prioritaire », *Décisions marketing*, 1996 ; 7. p17- 23.
94. Vuori.H, *Les principes de l'assurance qualité, rapports et études*, EURO94, OMS, 23p
95. Ware. Je, davies- Avery. A, Stewart. AL, "The measurement and meaning of patient satisfaction. A review of the recent litterature ", *Health med Care Serv rev*, 1998; 1 : 1-15

96. Weizman. D, *Le consommateur veut vivre autrement*, Pharmacien manager, cahier 1, p25-26, octobre 2007

97. Williams. B, "Patient satisfaction. A valid concept ?" *Soc Sci Med*, 1994; 38 :509- 16.

98. Yi. Y, "The determinants of consumer satisfaction : the moderating role of ambiguity", *Advances in consumer research*, 1993; 20 : 502- 506

99. Zeithaml. V, "Delivering quality service : balancing customer perceptions and expectations", *Free Press*, 1990, p20

100. Zeithaml. V, Berry. L. L, Parasuraman. A, "The behavioral consequences of service quality", *Journal of marketing*, 1996; 60. p. 31- 46

101. Anonymes, *sondage Direct medica*, Le moniteur des pharmacies, n°2665, cahier 1, 24 février 2007, p20-21

Support informatique : sites internet et CD- ROM

102. CD-ROM ordre national des pharmaciens, rubrique qualité, et documents, 02/2006

103. CD-ROM ordre national des pharmaciens, rubrique qualité et interventions orales, 02/2006

104. Site de l'HAS : la haute autorité de santé

Adresse du site : <http://www.has-sante.fr>, consulté en 04/2007

105. Site de l'IRDQ : Institut de recherche et de développement de la qualité

Adresse du site : <http://www.irdq.com>, consulté en 03/2007

106. Site de l'Ordre des pharmaciens :

Adresse du site : <http://www.ordre.pharmacien.fr>, consulté en 01/2007, en 04/2007

107. Site du MFQ : mouvement français pour la qualité

Adresse du site : <http://www.mfq.fr>, consulté en 04/2007

108. <http://pagesperso-orange.fr/nadine-emmanuel.clause/qualite/chap21.html>, consulté en 07/2007
109. http://fr.wikipedia.org/Wiki/Gestion_de_la_qualit%C3%A9, consulté en 09/2007
110. http://www.cyber.uhp-nancy.fr/demos/QUAL/cha_2:cha_2_5_1.html, consulté en 06/2007
111. http://www.cyber.uhp-nancy.fr/demos/QUAL-004/cha_2/cha_2_4.html, consulté en 07/2007
112. <http://www.cyber.uhp-nancy.fr/demos/QUAL-004/cha-2/cha-2-3-2.html>, consulté en 07/2007
113. <http://qualite.univ-lyon1.fr/glossaire.htm>, consulté en 09/2007
114. <http://qualite.univ-lyon1.fr/outilsdebase.htm>, consulté en 06/2007
115. <http://www.qualite.velay.greta.fr>, consulté en 06/2007
116. http://www.12manage.com/methods_ishikawa_cause_effect_diagram_fr.html, consulté en 06/2007
117. <http://qualite.univ-lyon1.fr/resolution.htm>, consulté en 06/2007
118. <http://www.ordre.pharmacien.fr/upload/ActuGénérales/167.pdf>, consulté en 01/2007
119. <http://qualite.in2p3.fr/telechargement/pdf/recommandation/recom6-2000.pdf>, consulté en 09/2007

Serment des apothicaires

Faculté de Pharmacie de Grenoble



Serment des Apothicaires



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

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

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

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

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

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire d'évaluation de la satisfaction et qualité du service rendu aux clients par l'officine

N°identification.....

Questionnaire de satisfaction vis-à-vis du service rendu par votre pharmacie

Sur les pages suivantes, quelques propositions vous sont listées au sujet du service rendu par votre pharmacie.

S'il vous plaît, lisez avec soin chacune de ces propositions, en pensant à la pharmacie dans laquelle vous vous rendez habituellement.

Pour chacune de ces propositions, entourez le numéro qui correspond le mieux à votre opinion.

Par exemple, si vous êtes totalement d'accord avec la déclaration suivante, vous devez entourer le numéro 1 comme indiqué ci-dessous :

	Totalement D'accord	D'accord	Sans Opinion	Pas D'accord	Pas du tout D'accord
Quand je me rends à la pharmacie en voiture, j'ai des problèmes pour me garer	1	2	3	4	5

Il se peut que certaines de ces propositions vous semblent identiques. Mais chacune a un sens précis. Répondez donc à toutes ces propositions.

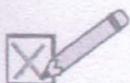
Ce n'est pas un test de connaissances. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Nous nous intéressons seulement à votre opinion. S'il vous plaît, entourez seulement un numéro pour chaque déclaration.

	Totalement D'accord	D'accord	Sans Opinion	Pas D'accord	Pas du tout D'accord
1. La personne qui me sert passe autant de temps qu'il est nécessaire avec moi	1	2	3	4	5
2. En général, la personne qui me sert m'explique les effets indésirables qu'un nouveau médicament peut causer.	1	2	3	4	5
3. Si j'ai une question au sujet de mon ordonnance, le pharmacien est toujours disponible pour m'aider.	1	2	3	4	5
4. Dans la pharmacie, il n'y a aucun endroit où je peux avoir une conversation privée avec le pharmacien.	1	2	3	4	5
5. La personne qui me sert sait comment expliquer les choses pour que je les comprenne.	1	2	3	4	5
6. L'intérieur de la pharmacie est aussi propre que n'importe quel cabinet médical.	1	2	3	4	5
7. La personne qui me sert n'est pas aussi consciencieuse qu'il/elle devrait l'être.	1	2	3	4	5

	<u>Totalement</u> <u>D'accord</u>	<u>D'accord</u>	<u>Sans</u> <u>Opinion</u>	<u>Pas</u> <u>D'accord</u>	<u>Pas du tout</u> <u>D'accord</u>
8. Les services rendus à la pharmacie sont presque parfaits.	1	2	3	4	5
9. Mes ordonnances sont toujours délivrées rapidement.	1	2	3	4	5
10. Quand elle me délivre une ordonnance, la personne qui me sert s'assure que je comprends comment prendre les médicaments.	1	2	3	4	5
11. Dans la pharmacie, il y a un espace disponible pour attendre confortablement.	1	2	3	4	5
12. Parfois, la personne qui me sert ne passe pas assez de temps avec moi.	1	2	3	4	5
13. Le personnel de la pharmacie devrait être plus convivial.	1	2	3	4	5
14. La personne qui me sert n'explique quasiment jamais à quoi sert mon traitement.	1	2	3	4	5
15. J'ai confiance la personne qui me sert lorsqu'elle me prépare correctement mon ordonnance	1	2	3	4	5
16. Il y a des choses qui pourraient être améliorées dans le service rendu par la pharmacie.	1	2	3	4	5
17. La personne qui me sert me paraît toujours "professionnel".	1	2	3	4	5
18. La personne qui me sert devrait faire mieux pour éviter que les gens aient des problèmes avec leurs médicaments.	1	2	3	4	5
19. En général, j'attends longtemps avant d'être servi.	1	2	3	4	5
20. J'ai quelquefois des problèmes pour comprendre ce que veut dire la personne qui me sert quand il/elle me parle de mes médicaments.	1	2	3	4	5
21. Parfois, j'ai des doutes sur la délivrance de l'ordonnance faite par la personne qui me sert.	1	2	3	4	5
22. Il me semble que le personnel de la pharmacie s'intéresse vraiment à moi, en tant que personne.	1	2	3	4	5
23. Dans la pharmacie, le personnel est souvent dérangé et ne peut assurer le service correctement.	1	2	3	4	5

	Totalement D'accord	D'accord	Sans Opinion	Pas D'accord	Pas du tout D'accord
24. J'ai quelques points de mécontentement au sujet des services rendus par la pharmacie.	1	2	3	4	5
25. Le personnel de la pharmacie est toujours courtois et respectueux.	1	2	3	4	5
26. La personne qui me sert est toujours consciencieuse.	1	2	3	4	5
27. Je suis très satisfait du service rendu dans ma pharmacie.	1	2	3	4	5
28. Souvent, la personne qui me sert ne me dit pas comment prendre mes médicaments.	1	2	3	4	5
29. Le comptoir de la pharmacie est trop encombré de présentoirs et de publicités.	1	2	3	4	5



Vous êtes : une femme un homme

Votre âge : 18 - 24 ans 25-34 ans 35-49 ans 50-64 ans 65ans et plus

Avec quelle fréquence visitez-vous la pharmacie ?

Régulièrement Occasionnellement Rarement Jamais

Combien de prescriptions vous ont été délivrées par la pharmacie les 3 derniers mois ?

0 1-3 4-9 > 10

Quelle personne vous a servi lors de votre dernier passage à la pharmacie?

Pharmacien Préparateur Étudiant Autre NSP

Votre catégorie sociale :

Agriculteurs, exploitants

Artisans, commerçants, chefs d'entreprises

Cadre

Professions intermédiaires*

Employé

Ouvrier

Retraité

Sans profession

* Professions intermédiaires = instituteurs, professions sociales et de la santé, fonction publique, techniciens, agents de maîtrise

Votre remarques, suggestions :

Date/...../.....

Annexe 2 : Résultats du questionnaire et leurs représentations graphiques en fonction des critères de jugement du questionnaire

Tableau récapitulatif des résultats

Données exprimées en valeur absolue (nombre de réponses recueillies) et en pourcentage (expression par rapport au nombre de questionnaires recueillis et exploitables)

Critères de jugement N° de proposition	Totalement d'accord	D'accord	Sans opinion	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1	130 67,7%	61 31,8%	1 0,52%	0 0%	0 0%
2	63 32,8%	75 39,1%	22 11,46%	28 14,58%	4 2,08%
3	137 71,35%	49 25,52%	5 2,60%	1 0,52%	0 0%
4	24 12,5%	39 20,31%	56 29,17%	43 22,4%	30 15,63%
5	97 50,52%	81 42,19%	13 6,77%	1 0,52%	0 0%
6	144 75%	42 21,88%	5 2,60%	1 0,52%	0 0%
7	2 1,04%	7 3,65%	12 6,25%	77 40,1%	94 48,96%
8	80 26,04%	99 51,56%	22 11,46%	12 6,25%	9 4,69%
9	88 45,83%	91 47,40%	7 3,65%	6 3,13%	0 0%
10	94 48,96%	81 42,19%	12 6,25%	5 2,60%	0 0%
11	71 36,98%	66 34,38%	21 10,94%	28 14,58%	6 3,13%
12	2 1,04%	7 3,65%	19 9,90%	103 53,65%	61 31,77%
13	0 0%	13 6,77%	21 10,94%	69 35,94%	89 46,35%
14	3 1,56%	24 12,5%	16 8,33%	76 39,58%	73 38,02%

15	94 48,93%	86 44,79%	11 5,73%	1 0,52%	0 0%
16	9 4,69%	27 14,06%	82 42,71%	40 20,83%	34 17,71%
17	73 38,02%	71 36,98%	39 20,31%	6 3,13%	3 1,56%
18	2 1,04%	11 5,73%	48 25,00%	76 39,58%	55 28,65%
19	9 4,69%	14 7,29%	28 14,58%	99 51,56%	42 21,88%
20	1 0,52%	6 3,13%	6 3,13%	106 55,21%	73 38,02%
21	1 0,52%	4 2,08%	6 3,13%	79 41,15%	102 53,13%
22	79 41,15%	66 34,38%	35 18,23%	9 4,68%	3 1,56%
23	1 0,52%	6 3,13%	10 5,21%	108 56,25%	67 34,90%
24	5 2,60%	8 4,17%	12 6,25%	87 45,31%	80 41,67%
25	129 67,19%	60 31,25%	2 1,04%	1 0,52%	0 0%
26	113 58,85%	77 40,10%	2 1,04%	0 0%	0 0%
27	118 61,46%	70 36,46%	4 2,08%	0 0%	0 0%
28	3 1,56%	14 7,29%	10 5,21%	89 46,35%	76 39,58%
29	22 11,46%	35 18,23%	48 25,00%	61 31,77%	26 13,54%

Tableau récapitulatif des données socio- démographiques

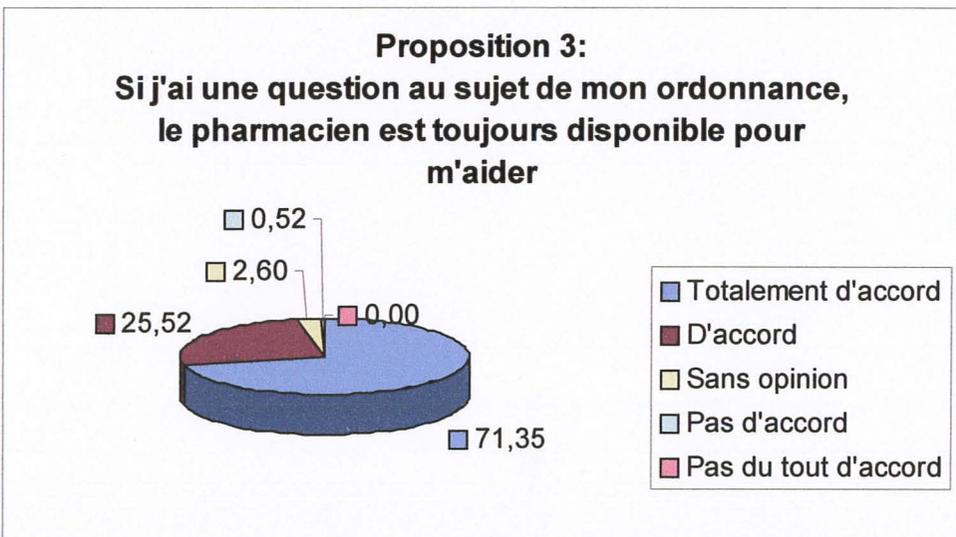
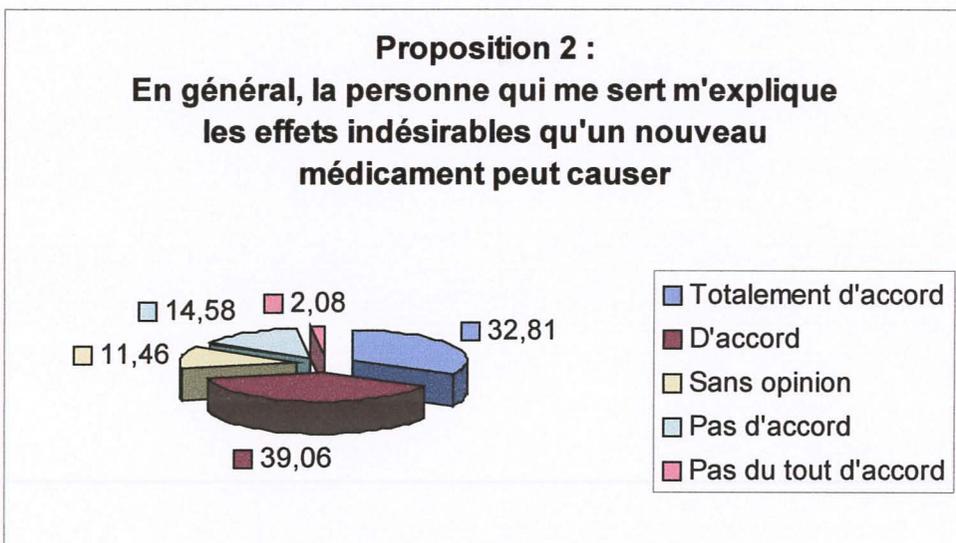
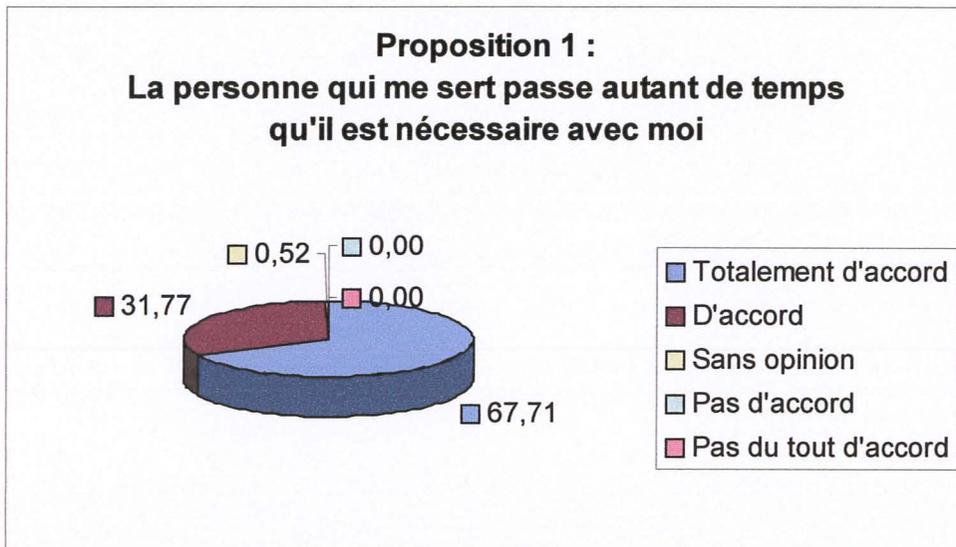
Vous êtes	Résultats en	
	pourcentage (en %)	valeur absolue
une femme	75,00	144
un homme	25,00	48
Résultats en		
Votre âge	pourcentage (en %)	valeur absolue
18-24ans	3,13	6
25-34 ans	7,29	14
35-49ans	31,25	60
50-64ans	27,60	53
65 ans et plus	30,73	59
Avec quelle fréquence visitez-vous la pharmacie ?	Résultats en	
	pourcentage (en %)	valeur absolue
régulièrement	73,96	142
occasionnellement	23,44	45
rarement	2,60	5
jamais	0,00	0

Combien de prescriptions vous ont été délivrées ces 3 derniers mois ?	Résultats en	
	pourcentage (en %)	valeur absolue
0	2,60	5
1 à 3	59,38	114
4 à 9	33,33	64
>10	4,69	9

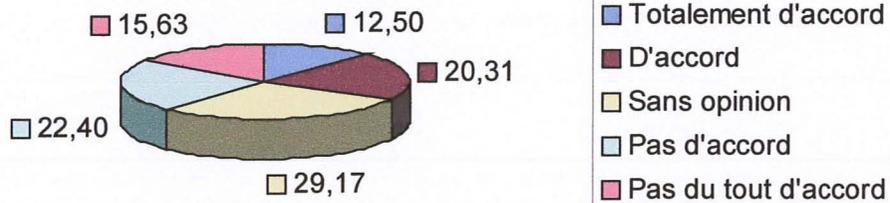
Quelle personne vous a servi lors de votre dernier passage à la pharmacie ?	Résultats en	
	poucentage (en %)	valeur absolue
pharmacien	30,73	59
préparateur	13,02	25
étudiant	42,19	81
autre	1,56	3
NSP	12,50	24

Votre catégorie sociale	Résultats en	
	pourcentage (en %)	valeur absolue
agriculteur, exploitant	0,00	0
cadre	7,81	15
employé	24,48	47
retraité	38,54	74
artisan, commerçant, chef d'entreprise	0,00	0
profession intermédiaire	18,23	35
ouvrier	6,77	13
sans profession	4,17	8
Résultats en		
questionnaires	pourcentage (en %)	valeur absolue
sans remarques	63,54	122
avec remarques	36,46	70

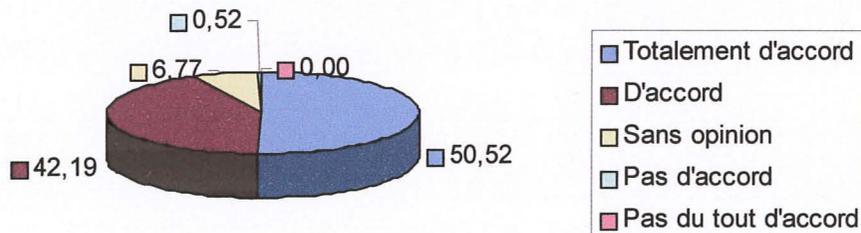
Représentation graphique en camembert des résultats en fonction des critères de jugement



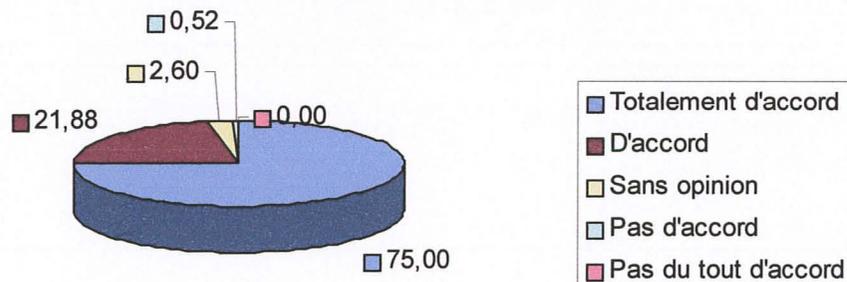
Proposition 4 :
**Dans la pharmacie, il n'y a aucun endroit où je
 peux avoir une conversation privée avec le
 pharmacien**



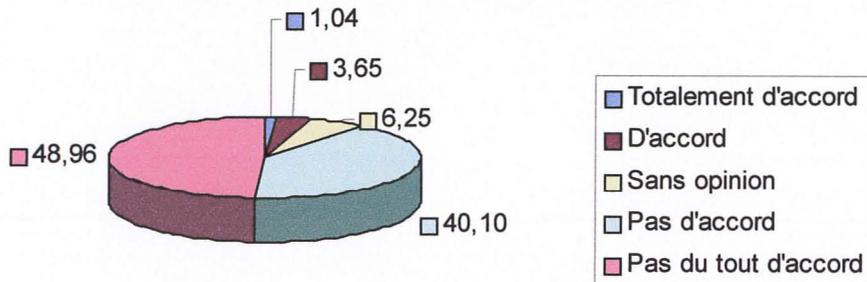
Proposition 5:
**La personne qui me sert sait comment expliquer
 les choses pour que je les comprenne**



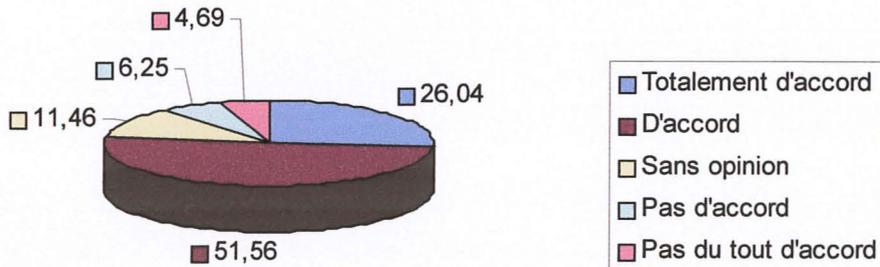
Proposition 6 :
**L'intérieur de la pharmacie est aussi propre que
 n'importe quel cabinet médical**



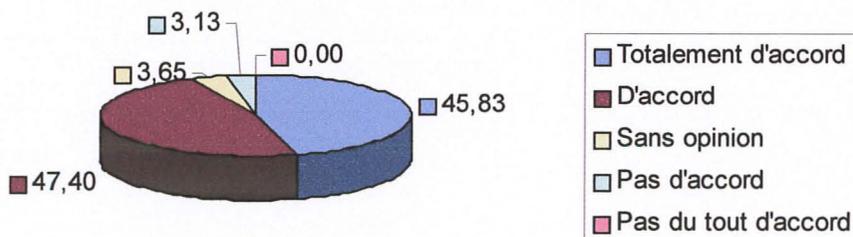
Proposition 7 :
La personne qui me sert n'est pas aussi consciencieuse qu'il/ elle devrait l'être



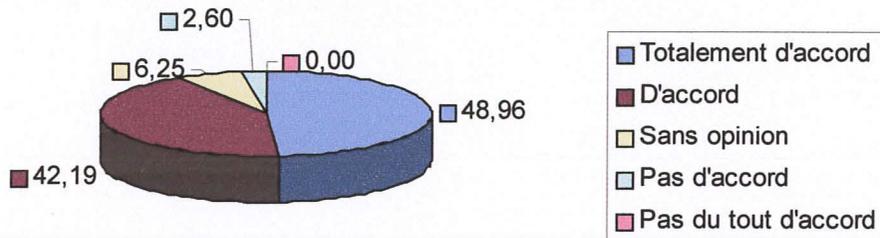
Proposition 8 :
Les services rendus à la pharmacie sont presque parfaits



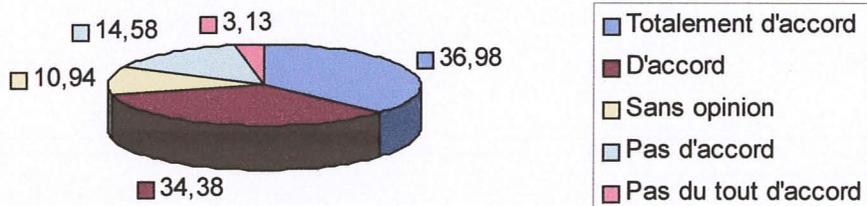
Proposition 9 :
Mes ordonnances sont toujours délivrées rapidement



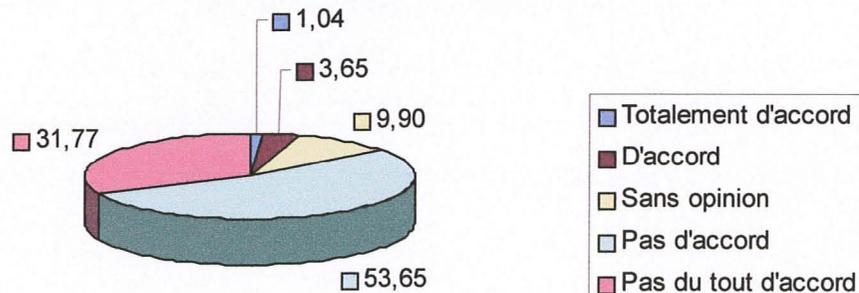
Proposition 10 :
Quand elle me délivre une ordonnance, la
personne qui me sert s'assure que je comprends
comment prendre les médicaments



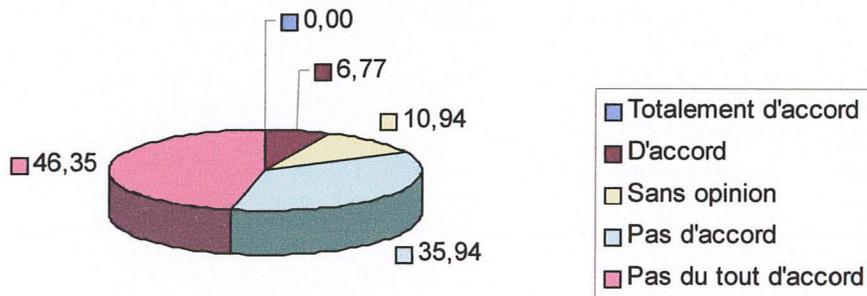
Proposition 11 :
Dans la pharmacie, il y a un espace disponible
pour attendre confortablement



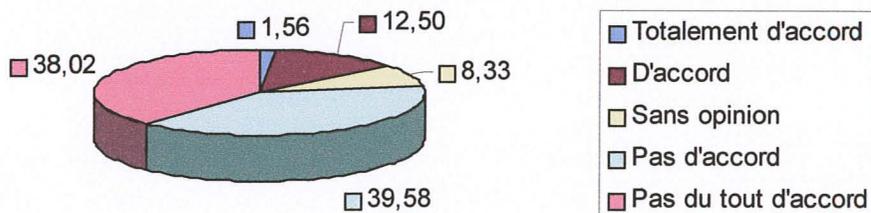
Proposition 12 :
Parfois la personne qui me sert ne passe pas
assez de temps avec moi



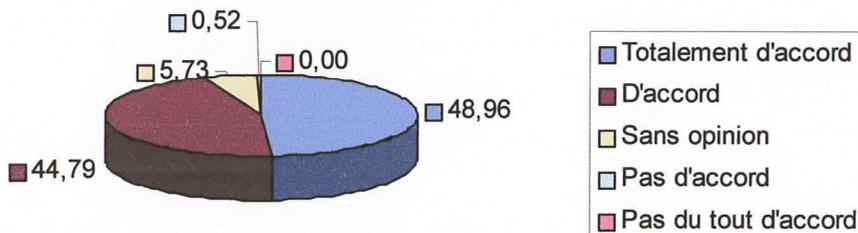
Proposition 13 :
Le personnel de la pharmacie devrait être plus convivial



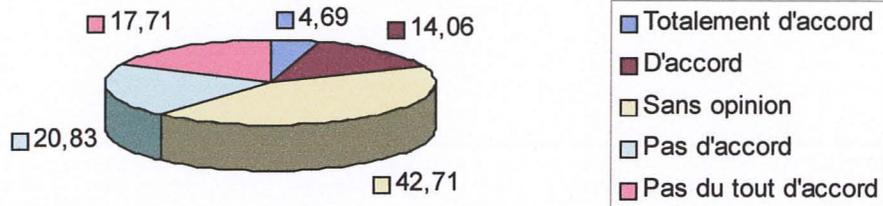
Proposition 14 :
La personne qui me sert n'explique quasiment jamais à quoi sert mon trt



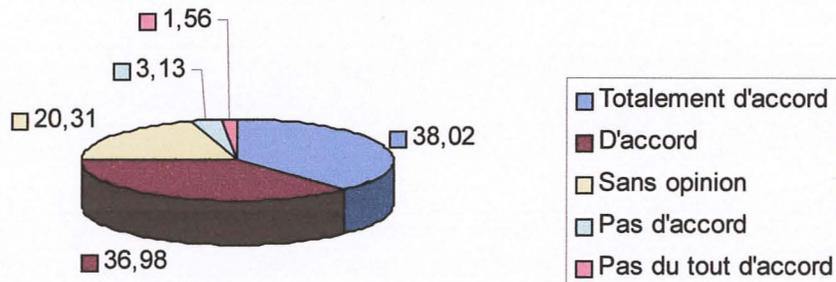
Proposition 15 :
J'ai confiance en la personne qui me sert lorsqu'elle me prépare correctement mon ordonnance



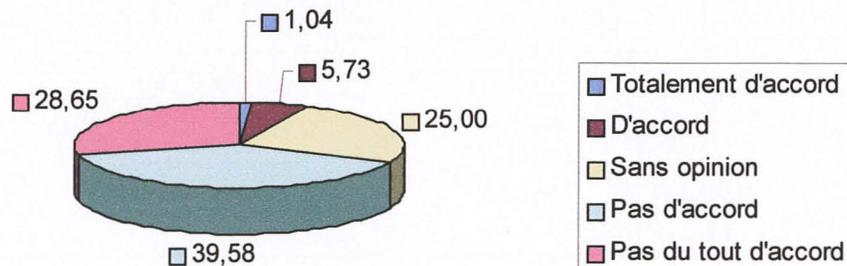
Proposition 16 :
Il y a des choses qui pourraient être améliorées
dans le service rendu par la pharmacie



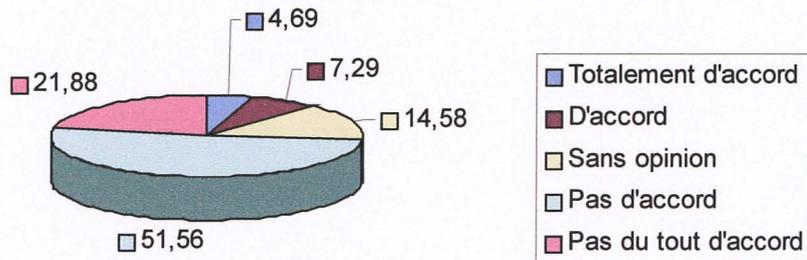
Proposition 17 :
La personne qui me sert me paraît toujours
"professionnelle"



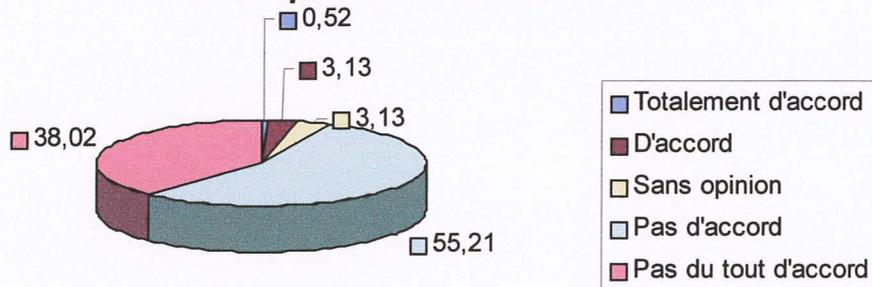
Proposition 18:
La personne qui me sert devrait toujours faire
mieux pour éviter que les gens aient des
problèmes avec leur médicaments



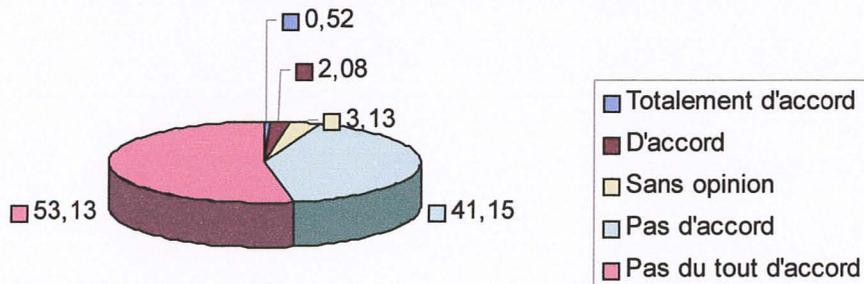
Proposition 19 :
En général, j'attends longtemps avant d'être servi



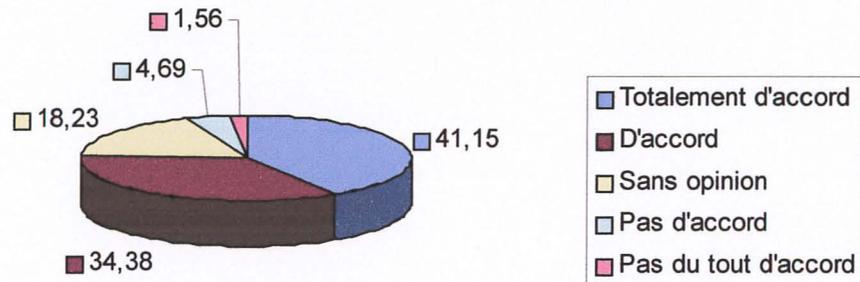
Proposition 20 :
J'ai quelquefois des problèmes pour comprendre ce que veut dire la personne qui me sert quand il/elle me parle des médicaments



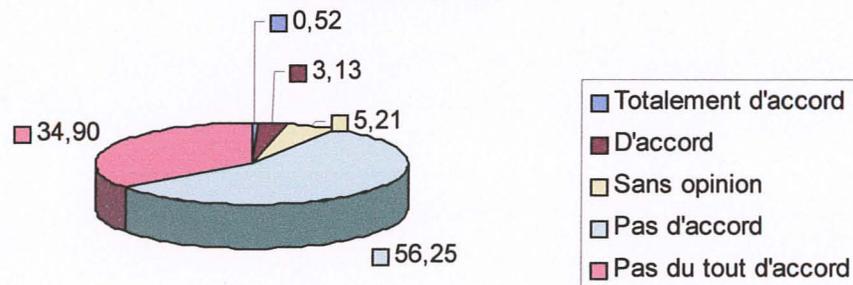
Proposition 21 :
Parfois, j'ai des doutes sur la délivrance de l'ordonnance faite par la personne qui me sert



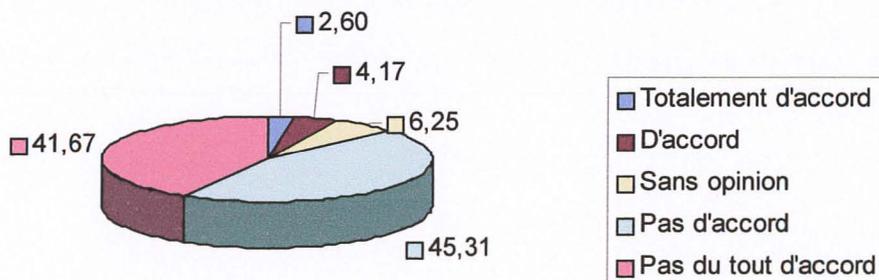
Proposition 22 :
Il me semble que le personnel de la pharmacie s'intéresse à moi, en tant que personne



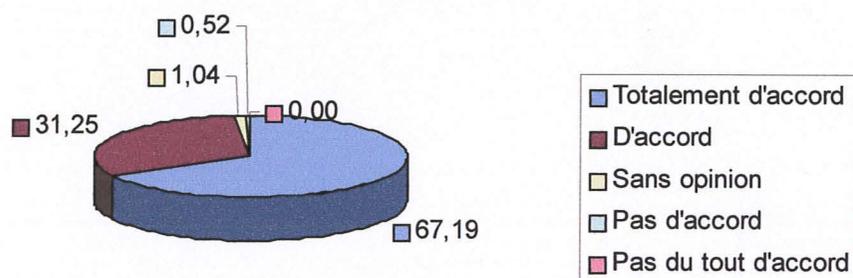
Proposition 23 :
Dans la pharmacie, le personnel est souvent dérangé et ne peut assurer le service correctement



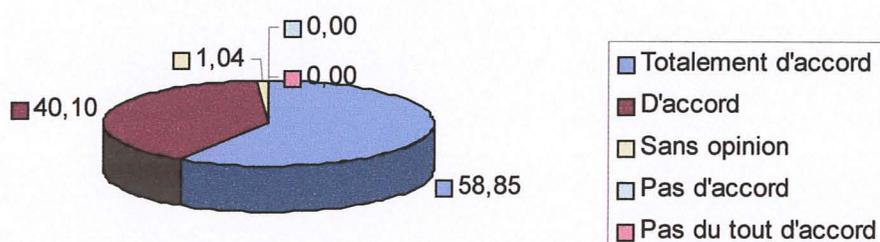
Proposition 24 :
J'ai quelques points de mécontentement au sujet des services rendus par la pharmacie



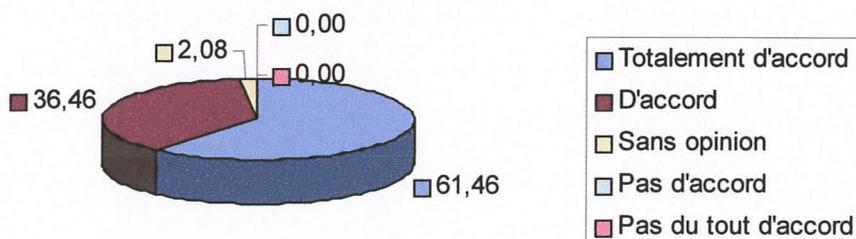
Proposition 25 :
Le personnel de la pharmacie est toujours
courtois et respectueux



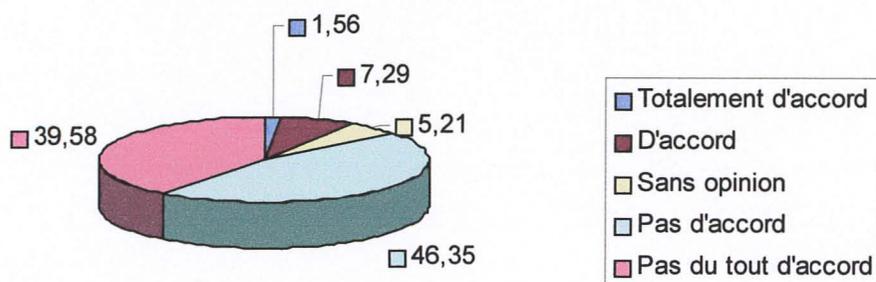
Proposition 26 :
La personne qui me sert est toujours
consciencieuse



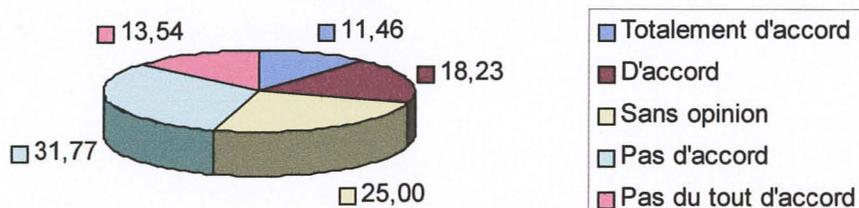
Proposition 27 :
Je suis très satisfait du service rendu dans ma
pharmacie



Proposition 28 :
Souvent, la personne qui me sert ne me dit pas comment prendre mes médicaments



Proposition 29 :
Le comptoir de la pharmacie est trop encombré de présentoirs et de publicités



Annexe 3 : Tableau récapitulatif des taux de satisfaction et d'insatisfaction calculés, et taux de « sans opinion »

Proposition	Pourcentage de satisfaction positive noté S(+)	Pourcentage de sans opinion noté SO	Pourcentage d'insatisfaction noté S(-)
1	99,48%	0,52%	0,00%
2	71,88%	11,46%	16,66%
3	96,88%	2,60%	0,52%
4	38,02%	29,17%	32,81%
5	92,71%	6,77%	0,52%
6	96,88%	2,60%	0,52%
7	89,06%	6,25%	4,69%
8	77,60%	11,46%	10,94%
9	93,22%	3,65%	3,13%
10	91,15%	6,25%	2,60%
11	71,35%	10,94%	17,71%
12	85,42%	9,90%	4,68%
13	82,29%	10,94%	6,77%
14	77,60%	8,33%	14,07%
15	93,75%	5,73%	0,52%
16	38,54%	42,71%	32,81%
17	75,00%	20,31%	4,69%
18	68,23%	25,00%	6,77%
19	73,44%	14,58%	11,98%
20	93,23%	3,13%	3,64%
21	94,27%	3,13%	2,60%
22	75,53%	18,23%	6,25%
23	91,15%	5,21%	3,64%
24	86,98%	6,25%	6,77%
25	98,44%	1,04%	0,52%
26	98,96%	1,04%	0,00%
27	97,92%	2,08%	0,00%
28	85,94%	5,21%	8,85%
29	45,31%	25,00%	29,69%

Annexe 4 : Bilan de l'enquête de satisfaction vis à vis de l'évaluation des points positifs et d'amélioration du questionnaire.

Dans les remarques en fin de questionnaire, nous distinguons :

*Les points d'amélioration de l'enquête de satisfaction :

-« question 6 mal formulée (il y a des cabinets médicales pas trop propres) » : ceci a été rapporté dans deux questionnaires

-« revoir formulations des propositions 6, 15 et 18 »

-« parfois, pas facile à comprendre, plus subtil »

-« les questions comportant la formulation « la personne qui me sert » ont souvent une réponse sans opinion car la personne n'est pas toujours la même ! »

-« difficile de répondre en fonction des critères employés (d'accord, pas d'accord) difficulté de compréhension par rapport à la formulation de la proposition »

-« certaines questions ne sont pas facile à comprendre »

-« question 8 : pas clair, question 11 : il y a un espace mais pour très peu de personnes. Question 18 et 21 : pas claires »

-« les questions 16 et 22 me semblent ambiguës : question 16, il y a toujours des choses que l'on peut améliorer et question 22, pas claire »

-« difficulté pour répondre aux propositions comportant une négation comme la 12 ou la 7 »

-« la personne toute seule n'avait pas rempli tout le questionnaire (difficulté à exprimer son opinion selon l'échelle de critères de jugement choisie ici).

Donc l'investigateur de l'enquête a repris les questions restant sans réponse avec la patiente afin de lui indiquer comment il fallait y répondre en fonction de son opinion propre ».

-« question 8 vague et peu pertinente à mon goût vu que le sujet de cette proposition est celui qu'on cherche à évaluer par le biais de tout le questionnaire : c'est le bilan que l'on peut faire à partir de toutes les réponses de ce questionnaire ».

-« difficultés pour comprendre certaines questions comme la 15, 16, 18, 22 ».

-« la notion de fréquence n'est pas assez précise » (relatif à la question : « avec quelle fréquence déplacez-vous à la pharmacie ? rarement, occasionnellement... »).

-« gêné par la répétition des propositions (5 et 20), et gêné par des questions qui me paraissent pas très explicites (17,18 et 22). En tant que personne âgée, je n'aurais pas pu

remplir le questionnaire seule si l'étudiante ne m'avait pas aidé à comprendre certaines propositions et indiquer comment il fallait répondre aux propositions négatives en fonction de mon opinion ».

-« le questionnaire me semble très long, certaines questions inutiles ou mal formulées ».

-« embêté par l'alternance des affirmations, négations

assez de questions inutiles, questionnaire trop long à cause des répétitions »

-« question 17 inutile car cela paraît évident »

-« demande 5 minutes pour remplir le questionnaire. Prévoir un endroit calme avec un stylo pour le remplir. Les questions négatives ne sont pas évidentes à comprendre».

-« questionnaire un peu ambigu pour ma part, mon niveau d'étude s'arrêtant au BEPC. Il faut avoir un bac + 5 pour répondre.

En un mot, si je viens chercher mes médicaments, c'est que je suis entièrement satisfaite de ce service ».(remarque d'un questionnaire non complètement rempli)

-« questionnaire un peu long, demandant de l'attention car mélange les questions positives et négatives ».

-« certaines questions sont mal formulées comme la 18 ».

-« difficultés à remplir le questionnaire à cause des critères de jugement délicats et des phrases négatives ».

-« les questions posées de façon négative ne sont pas claires »

-« quelques questions sont peut-être mal exprimées, on hésite à répondre, comprenant difficilement. ex question 8 et 18 »

-« questionnaire trop long »

-« difficulté avec l'alternance des questions affirmatives et négatives (je pense que ce sera difficile pour certaines personnes ayant moins l'habitude à la réflexion, comme les personnes âgées), et les caractères sont trop petits ».

-« questions un peu ambiguës (8 et 18) »

-« vos questions prêtes à confusion »

-« les réponses que j'ai donné peuvent varier en fonction de la personne qui me sert »

*Les points positifs de l'enquête de satisfaction :

-« les sondages permettent le progrès continu. Dans le monde médical, c'est encore plus important que partout ailleurs ».

-« questionnaire très clair, très facile, très rapide, super ! »

-« le questionnaire est très intéressant »

*Les remarques concernant le service rendu par la pharmacie :

•**33 remarques encourageantes exprimant une grande satisfaction** des services rendus par cette pharmacie et de son personnel, parmi lesquelles on retrouve :

-« espace d'accueil refait et agréable »,

-« le pharmacien est super compétent et toujours à l'écoute pour expliquer le choix du trt et son bienfait. Il sait conseiller pour tel ou tel médicament et lire correctement un résultat d'analyses ce qui n'est pas toujours le cas pour les médecins. J'en parle en connaissance de cause »,

-« bon personnel présent et souriant »,

-« personnel gentil et à l'écoute »,

-« personnel très consciencieux »,

-« personnel très convivial, très bon accueil »,

-« grand agrément de cette pharmacie, le coin jeu pour les enfants »,

-« je me déplace exprès en voiture au lieu de me rendre à la pharmacie de mon village plus proche »

•Nous notons aussi **quelques points d'amélioration** proposés en remarques par les clients :

-« le remboursement des médicaments par la sécurité sociale est un dû. Cependant, afin de sensibiliser les gens sur cet avantage, ce privilège, il ne serait pas inutile d'annoncer le montant de l'ordonnance des médicaments en euros ! »

-« Des choses pourraient être améliorées comme le point de confidentialité et la confidentialité au comptoir ».

-«Remarque générale concernant le secteur de la pharmacie : Je pense que les pharmacies devraient être moins commerciales. Les pharmacies ne devraient pas être à but lucratif au détriment des clients ».

-« Les médicaments sont rarement tous disponibles. Il faut presque toujours repasser. C'est pénible. »

-« Petit bémol : il faut parfois repasser car les médicaments ne sont pas toujours tous disponibles »

-« Peut-être créée au sol une ligne de démarcation pour le respect de la confidentialité ».

-Lorsque nous remplissons avec les gens le questionnaire, nous nous rendons compte que les gens ne savent pas faire la différence entre pharmacien et préparateur (confirmé par le taux non négligeable de patients ayant répondu « ne sait pas » à la question « quelle personne vous a servi lors de votre dernier passage à la pharmacie »).

Conclusion sur les points d'amélioration :

Plusieurs points d'amélioration, proposés par les clients, ressortent en premier plan avec :

-en tête la confidentialité (même si des améliorations ont déjà été faites comme l'espacement des comptoirs)

-des problèmes de stock et de produits manquants

-l'identification de la personne qui sert : amélioration de la « signalétique » avec écriture en toute lettre et en gros sur le badge, plutôt qu'un symbole tel que le mortier pour les préparateurs et le caducée pour les pharmaciens, pas toujours très explicite pour les clients

-des problèmes concernant l'affichage du montant à régler, ou de la partie remboursée pour accorder plus de crédibilité et éviter plusieurs fois de répéter le montant : nous ne disposons pas d'écran où ceci est affiché.

GUIDE D'ASSURANCE
Qualité
OFFICINALE

	PAGES
2 QUESTIONNAIRE D'AUTO-ÉVALUATION	
DISPENSATION	9
① les conditions générales	
② la dispensation des ordonnances	
③ la dispensation des médicaments hors prescription	
LES STRUCTURES, L'ÉQUIPE	17
④ généralités, organigramme, attributions et délégations	
⑤ la formation	
⑥ l'information et la communication	
LES STRUCTURES, LES LOCAUX ET LES INSTALLATIONS	23
⑦ l'accessibilité, la surface de vente	
⑧ le stockage, le matériel	
LES PROCÉDURES ET LES DOCUMENTS	27
⑨ les activités officinales, recueil d'informations	
⑩ la documentation utile au bon exercice	
LE TRAITEMENT DES NON-CONFORMITÉS	31
⑪ enregistrement, analyse, corrections	

DISPENSATION

les Conditions Générales

1

		oui	souvent	rarement	non	non concerné	Notes personnelles
1	un pharmacien est-il toujours disponible dans l'officine ?	1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
1.1	quel est son niveau de disponibilité :						
1.1.1	présent, mais occupé à d'autres tâches, et qui ne peut être dérangé qu'en cas d'urgence ?	1.1.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
1.1.2	présent, mais occupé à d'autres tâches, et qui peut être sollicité par tout patient ?	1.1.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
1.1.3	présent au comptoir pour dispenser lui-même sans surveiller l'exécution des autres actes pharmaceutiques ?	1.1.3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
1.1.4	présent au comptoir pour surveiller attentivement l'exécution de tous les actes pharmaceutiques ?	1.1.4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2	tous les pharmaciens présents à l'officine sont-ils inscrits à l'Ordre ?	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3	le nombre de pharmaciens à l'officine est-il en conformité avec le chiffre d'affaires de l'officine ?	3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4	tous les actes pharmaceutiques de l'officine sont-ils surveillés par le ou les pharmaciens ?	4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5	en cas d'absence, même temporaire, le pharmacien est-il remplacé par un autre pharmacien ?	5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6	pendant ses vacances, le pharmacien est-il remplacé par :						
6.1	un de ses assistants ?	6.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6.2	un pharmacien inscrit à l'Ordre ?	6.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6.3	un étudiant en pharmacie possédant un certificat de remplacement valide ?	6.3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7	la dispensation du médicament au patient est-elle effectuée par :						
7.1	un pharmacien ?	7.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7.2	un étudiant en pharmacie ?	7.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7.2.1	inscrit en troisième année ?	7.2.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7.2.2	inscrit en quatrième année ?	7.2.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7.2.3	inscrit en cinquième année ?	7.2.3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7.2.4	inscrit en sixième année ?	7.2.4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7.3	un préparateur en pharmacie ?	7.3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8	les médicaments et les conseils sont-ils dispensés avec une discrétion suffisante pour respecter le secret professionnel ?	8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9	est-ce que la pharmacie participe aux services de garde et d'urgence mis en place par les organisations représentatives de la profession ?	9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

DISPENSATION

Dispensation des Ordonnances

2.1

		oui	souvent	rarement	non	non concerné	Notes personnelles
a Réception de la prescription							
10	à la réception de l'ordonnance, est-il procédé successivement :						
10.1	à l'identification du patient ?	10.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10.2	à l'identification du prescripteur ?	10.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10.3	à la vérification de l'authenticité de la prescription ?	10.3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10.4	à l'analyse de la conformité réglementaire de l'ordonnance (signature, date, âge, poids...) ?	10.4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
11	la vérification des aspects réglementaires est-elle effectuée, notamment dans les cas suivants :						
11.1	les ordonnances sécurisées pour les stupéfiants ?	11.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
11.2	les prescriptions initiales hospitalières pour certains médicaments ?	11.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
11.3	les ordonnances d'exception pour le remboursement de certains médicaments ?	11.3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
11.4	le respect des délais de prescription des hypnotiques et des anxiolytiques ?	11.4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
12	dans le cas où l'officine ne peut satisfaire la demande du patient, l'équipe l'aide-t-il à résoudre son problème ?	12	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
b Analyse de la prescription							
b.1 analyse générale							
13	l'objectif thérapeutique principal est-il déterminé ?	13	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
14	les contre-indications des médicaments prescrits sont-elles étudiées en tenant compte de l'état physiopathologique du patient ?	14	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
15	les réactions allergiques du patient sont-elles prises en compte ?	15	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
16	les interactions médicamenteuses sur la prescription ou avec les prescriptions précédentes sont-elles recherchées ?	16	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
17	les posologies des médicaments prescrits sont-elles vérifiées ?	17	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
18	le mode d'administration est-il vérifié ?	18	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
19	la durée du traitement est-elle contrôlée ?	19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
20	la pertinence des rythmes d'administration est-elle étudiée ?	20	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
21	les effets indésirables et les précautions d'emploi sont-ils examinés ?	21	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
b.2 étude d'une éventuelle substitution							
22	les possibilités de substitution sont-elles recherchées et proposées ?	22	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

DISPENSATION

Dispensation des Ordonnances

2.2

		oui	souvent	rarement	non	not concerné	Notes personnelles
22.1	dans le cas d'une proposition de substitution, est-ce que le pharmacien s'assure :						
22.1.1	de l'inscription du médicament générique au Répertoire Officiel de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé ?	22.1.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
22.1.2	de la présence de la personne pour qui est destiné le médicament générique ?	22.1.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
22.1.3	de son consentement ?	22.1.3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
22.1.4	de sa capacité à bien comprendre la substitution pratiquée ?	22.1.4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
22.1.5	de procéder à une substitution progressive si plusieurs médicaments ont la possibilité d'être substitués sur une ordonnance ?	22.1.5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
22.2	dans le cas où un médicament a été substitué par un générique une première fois, le générique en provenance du même laboratoire est-il délivré chaque mois ?	22.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
22.3	lors d'une substitution, la présence d'un excipient à effet notoire est-elle prise en compte ?	22.3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
23	dans le cas où la substitution a eu lieu, les mentions suivantes sont-elles inscrites sur l'ordonnance :						
23.1	le nom du produit délivré (nom de fantaisie ou DCI assortie d'une marque ou du nom du fabricant) ?	23.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
23.2	sa forme pharmaceutique (si elle diffère du médicament prescrit) ?	23.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
23.3	le nombre d'unités de prise correspondant à la posologie prescrite (s'il est différent de celui prescrit) ?	23.3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	b.3 dans le cas d'ordonnances pour les toxicomanes						
24	le pharmacien accepte-t-il la délivrance des produits de substitution aux toxicomanes tels que :						
24.1	la Méthadone® ?	24.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
24.2	le Subutex® ?	24.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
25	la première délivrance est-elle effectuée après prise de contact avec le médecin prescripteur ?	25	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
26	le fractionnement de la délivrance est-il respecté ?	26	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
27	en cas de difficulté, le pharmacien prend-il conseil auprès du centre de soins pour toxicomanes le plus proche de son domicile ?	27	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	b.4 dans le cas de problème						
28	les sources d'information suivantes sont-elles utilisées :						
28.1	le patient ou son représentant ?	28.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
28.2	le ou les pharmaciens assistants ?	28.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
28.3	le médecin prescripteur ?	28.3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
28.4	le laboratoire pharmaceutique ?	28.4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
28.5	le centre de pharmacovigilance ou pharmacodépendance ?	28.5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
28.6	l'inspection régionale de la pharmacie ?	28.6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
28.7	le centre antipoisons ?	28.7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
28.8	la pharmacie d'un établissement de santé ?	28.8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
28.9	la bibliothèque de l'officine ?	28.9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
28.10	les banques de données ?	28.10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

DISPENSATION**Dispensation des Ordonnances****2.3**

		oui souvent rarement non non concerné					Notes personnelles	
29	en cas de problème rencontré lors de la dispensation, une opinion pharmaceutique est-elle rédigée afin d'en conserver la trace ?	29	<input type="radio"/>					
30	est-elle envoyée au médecin :							
30.1	dans le cas d'une modification de la prescription ?	30.1	<input type="radio"/>					
30.2	dans le cas d'un refus de délivrance ?	30.2	<input type="radio"/>					
30.3	dans le cas d'un aspect non réglementaire de la prescription ?	30.3	<input type="radio"/>					
30.4	dans le cas d'une prescription d'un médicament en dehors de l'AMM ?	30.4	<input type="radio"/>					
c Collecte et enregistrement des médicaments et produits prescrits								
31	la collecte des médicaments et produits est-elle effectuée avec soin et minutie ?	31	<input type="radio"/>					
32	l'attention est-elle plus particulièrement portée sur :							
32.1	le nom de la spécialité ?	32.1	<input type="radio"/>					
32.2	la forme galénique ?	32.2	<input type="radio"/>					
32.3	le dosage ?	32.3	<input type="radio"/>					
32.4	la date de péremption ?	32.4	<input type="radio"/>					
33	les inscriptions à l'ordonnancier des médicaments des listes I et II et des stupéfiants avec toutes les mentions réglementaires sont-elles systématiquement effectuées ?	33	<input type="radio"/>					
34	dans le cas d'un médicament soumis à une prescription initiale hospitalière, le nom de l'établissement de santé et le nom et l'adresse du prescripteur auteur de la prescription initiale sont-ils inscrits sur l'ordonnancier ?	34	<input type="radio"/>					
35	les règles de délivrance des stupéfiants sont-elles respectées ?	35	<input type="radio"/>					
36	le numéro d'inscription à l'ordonnancier et le tampon de la pharmacie sont-ils inscrits sur chaque boîte :							
36.1	pour les médicaments inscrits aux listes I et II ?	36.1	<input type="radio"/>					
36.2	pour les stupéfiants et les médicaments soumis à la réglementation des stupéfiants (Méthadone®, Subutex®, Rohypnol®...) ?	36.2	<input type="radio"/>					
36.3	pour les médicaments dérivés du sang ?	36.3	<input type="radio"/>					
37	la posologie est-elle inscrite systématiquement sur les boîtes ?	37	<input type="radio"/>					
38	la traçabilité des médicaments dérivés du sang est-elle réalisée sur un registre particulier avec toutes les mentions réglementaires (les mêmes que pour l'ordonnancier avec, en plus, la date de naissance du patient et l'étiquette du produit) ?	38	<input type="radio"/>					

DISPENSATION**Dispensation des Ordonnances****2.4**

		oui	souvent	rarement	non	non concerné	Notes personnelles
39	sur toutes les ordonnances originales, les éléments suivants sont-ils apposés :						
39.1	le timbre de l'officine ?	39.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
39.2	les numéros d'enregistrement à l'ordonnancier ?	39.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
39.3	la date d'exécution ?	39.3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
39.4	les quantités délivrées ?	39.4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
40	un pharmacien valide-t-il l'ordonnance avant la délivrance au patient ?	40	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
40.1	si oui, appose-t-il sa signature sur l'ordonnance ?	40.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
d	Modalités de délivrance						
41	le patient est-il informé :						
41.1	du bon usage de chaque médicament délivré ?	41.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
41.1.1	dans un espace respectant une bonne confidentialité ?	41.1.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
41.2	des risques pour sa santé liés à l'usage détourné ou abusif des médicaments ?	41.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
42	un conseil relatif à chaque médicament délivré est-il donné en précisant :						
42.1	l'indication ?	42.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
42.2	les modalités d'administration ?	42.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
42.3	les précautions d'emploi ?	42.3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
42.4	les effets secondaires éventuels (en dosant les avantages escomptés et les risques encourus) ?	42.4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
42.5	les modalités de conservation ?	42.5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
43	le cas échéant, des conseils d'hygiène et de diététique adaptés à sa pathologie sont-ils rappelés ?	43	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
44	la compréhension des explications fournies est-elle évaluée ?	44	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
45	lors d'une délivrance à domicile, le pharmacien s'assure-t-il de la qualité de la dispensation ?	45	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
e	Suivi du résultat des traitements prescrits						
46	l'historique des médicaments et produits délivrés est-il systématiquement consulté pour vérifier la bonne observance du traitement par les malades chroniques ?	46	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
47	des questions sont-elles posées au patient :						
47.1	sur les améliorations apportées par son traitement ?	47.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
47.2	sur les éventuelles difficultés qu'il a pu rencontrer avec la prise de ses médicaments ?	47.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
48	est-il rappelé au patient l'importance des contrôles biologiques qu'il doit effectuer régulièrement (taux de prothrombine, glycémie, cholestérol...) ?	48	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
49	en cas d'effet indésirable, la déclaration au centre de pharmacovigilance est-elle effectuée ?	49	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

DISPENSATION

la Dispensation des Médicaments Hors Prescription

3.1

		oui	souvent	rarement	non	non concerné	Notes personnelles
a Demande d'un conseil pour un problème de santé							
50	des questions suffisamment pertinentes sont-elles posées à la personne pour juger de la gravité des symptômes de la pathologie évoquée ?	50	<input type="radio"/>				
51	si la personne présente des symptômes pour lesquels la compétence du pharmacien est insuffisante, est-elle dirigée chez un médecin pour une consultation ?	51	<input type="radio"/>				
52	dans le cas où la décision de conseiller un produit est prise, la personne						
52.1	est-elle interrogée :						
52.1.1	sur son traitement éventuel en cours ?	52.1.1	<input type="radio"/>				
52.1.2	sur son état physiopathologique ?	52.1.2	<input type="radio"/>				
52.2	est-elle informée :						
52.2.1	sur l'action du médicament ?	52.2.1	<input type="radio"/>				
52.2.2	sur la manière dont il doit être pris (comment, quand et selon quelles quantités) ?	52.2.2	<input type="radio"/>				
52.2.3	sur la durée du traitement ?	52.2.3	<input type="radio"/>				
52.2.4	sur les effets secondaires éventuels, contre-indications et interactions ?	52.2.4	<input type="radio"/>				
b Demande spontanée d'un médicament							
53	dans le cas où une personne demande un médicament de sa propre initiative :						
53.1	la question de savoir à qui il est destiné lui est-elle posée systématiquement : un adulte, un enfant, un nourrisson ?	53.1	<input type="radio"/>				
53.2	est-elle interrogée sur :						
53.2.1	son traitement éventuel en cours ?	53.2.1	<input type="radio"/>				
53.2.2	sur son état physiopathologique éventuel ?	53.2.2	<input type="radio"/>				
53.3	le rappel du bon usage du produit demandé est-il systématiquement effectué ?	53.3	<input type="radio"/>				
54	lorsqu'un médicament hors prescription est délivré à un client habituel, est-il enregistré dans l'historique thérapeutique au même titre que les produits prescrits ?	54	<input type="radio"/>				
55	lors d'une demande spontanée de médicaments de la liste I ou II, quelle est la décision prise :						
55.1	le refus systématique de délivrance ?	55.1	<input type="radio"/>				
55.2	l'acceptation systématique de délivrance ?	55.2	<input type="radio"/>				
55.3	le refus ou l'acceptation selon la classe pharmacologique et l'intérêt thérapeutique du médicament demandé ?	55.3	<input type="radio"/>				
56	en cas d'effet indésirable rapporté par un patient, est-il déclaré au centre de pharmacovigilance ?	56	<input type="radio"/>				

DISPENSATION**la Dispensation des Médicaments Hors Prescription****3.2**

		<i>oui</i> <i>souvent</i> <i>rarement</i> <i>non</i> <i>non concerné</i>					Notes personnelles	
c	Demande d'un médicament nécessitant une consultation pharmaceutique							
57	en cas de demande de pilule du lendemain, le pharmacien prend-il suffisamment de temps pour écouter et pour informer ?	57	<input type="radio"/>					
58	le pharmacien demande-t-il à ses clients fumeurs s'ils souhaitent arrêter de fumer ?	58	<input type="radio"/>					
58.1	prend-il le temps de leur distribuer des documents à lire et de leur expliquer les différentes méthodes susceptibles de les aider dans cette démarche ?	58.1	<input type="radio"/>					
58.2	dans le cas où ils décident de s'arrêter, leur propose-t-il de les rencontrer régulièrement pour les aider par son écoute, ses conseils et ses encouragements tout au long de la prise des produits de substitution ?	58.2	<input type="radio"/>					

LES STRUCTURES / L'ÉQUIPE

Généralités / Organigramme / Attributions / Délégations

4

		<i>oui</i> <i>souvent</i> <i>rarement</i> <i>non</i> <i>non concerné</i>					Notes personnelles	
59	l'officine dispose-t-elle d'un personnel en nombre suffisant pour répondre rapidement aux demandes des clients ?	59	<input type="radio"/>					
60	les qualifications des personnes qui dispensent les médicaments sont-elles conformes aux textes du Code de la Santé Publique : préparateurs et étudiants en pharmacie à partir de la troisième année ?	60	<input type="radio"/>					
61	les besoins en personnel sont-ils satisfaits pendant toute la période d'activité :							
61.1	en qualité ?	61.1	<input type="radio"/>					
61.2	en quantité ?	61.2	<input type="radio"/>					
62	chaque membre de l'équipe officinale porte-t-il les insignes professionnels indiquant sa qualification ?	62	<input type="radio"/>					
63	le titulaire ou les titulaires ont-ils un entretien annuel avec chacun des membres de l'équipe pour définir ensemble leurs objectifs et en fixer les moyens ?	63	<input type="radio"/>					
64	le titulaire ou les titulaires sont-ils suffisamment disponibles pour que leurs collaborateurs puissent leur parler en cas de besoin ou de problèmes ?	64	<input type="radio"/>					
65	existe-t-il un organigramme dans l'officine ?	65	<input type="radio"/>					
65.1	est-il connu de toute l'équipe ?	65.1	<input type="radio"/>					
65.2	est-il disponible ?	65.2	<input type="radio"/>					
66	les attributions de chaque membre de l'équipe et les délégations éventuelles sont-elles clairement définies et écrites ?	66	<input type="radio"/>					
67	le ou les titulaires délèguent-ils suffisamment à leurs collaborateurs les tâches pour lesquelles ils possèdent la qualification et la compétence ?	67	<input type="radio"/>					
68	le titulaire ou les titulaires développent-ils suffisamment la polyvalence de leurs collaborateurs pour pallier leur éventuelle absence ?	68	<input type="radio"/>					

LES STRUCTURES / L'ÉQUIPE

la Formation

5.1

		oui	souvent	rarement	non	non concerné	Notes personnelles
69	le ou les titulaires assurent-ils une formation continue suffisante pour garantir le maintien et l'actualisation des connaissances nécessaires à la qualité des prestations officinales :						
69.1	à eux-mêmes ?	69.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
69.2	à l'ensemble de l'équipe officinale ?	69.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
a Plan de formation							
70	existe-t-il au sein de l'officine un budget de formation pour l'ensemble du personnel ?	70	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
71	un plan de formation annuel est-il élaboré avec une indication précise des orientations ?	71	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
72	les thèmes choisis permettent-ils d'assurer que la formation ne présente pas de lacune trop importante ?	72	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
73	ces thèmes sont-ils choisis pour chacun des membres de l'équipe :						
73.1	en tenant compte des compétences actuelles ?	73.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
73.2	en tenant compte des compétences souhaitées ?	73.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
74	le livret de formation continue élaboré et diffusé par le Haut Comité de la Formation Pharmaceutique Continue a-t-il déjà servi à enregistrer des participations à des formations, à des abonnements à des revues... ?	74	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
b Pratiques de formation							
75	chaque membre de l'équipe participe-t-il régulièrement à des stages, à des conférences, à des congrès ou à des rencontres scientifiques ?	75	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
76	une formation interne à l'officine existe-t-elle ?	76	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	si oui, est-elle réalisée :						
76.1	régulièrement ?	76.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
76.2	pendant les heures d'ouverture ?	76.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
76.3	en dehors des heures d'ouverture ?	76.3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
77	une formation sur l'assurance qualité pour l'ensemble des membres de l'équipe a-t-elle déjà eu lieu ?	77	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

LES STRUCTURES / L'ÉQUIPE

la Formation

5.2

		oui souvent rarement non non concerné					Notes personnelles
c Contribution à la formation							
78	le ou les titulaires contribuent-ils activement et régulièrement à la formation :						
78.1	des apprentis préparateurs ?	78.1	<input type="radio"/>				
78.2	des stagiaires de première année de pharmacie ?	78.2	<input type="radio"/>				
78.3	des stagiaires de sixième année de pharmacie ?	78.3	<input type="radio"/>				
79	l'équipe officinale contribue-t-elle également à cette formation ?	79	<input type="radio"/>				
80	un ou plusieurs membres de l'équipe officinale contribuent-ils à la formation extérieure à l'officine :						
80.1	des apprentis (centre de formation d'apprentis) ?	80.1	<input type="radio"/>				
80.2	des préparateurs en pharmacie ?	80.2	<input type="radio"/>				
80.3	des assistants (facultés) ?	80.3	<input type="radio"/>				
d Évaluation des formations							
81	l'efficacité des différentes formations reçues est-elle évaluée ?	81	<input type="radio"/>				
82	existe-t-il une trace écrite de l'évaluation des formations ?	82	<input type="radio"/>				
83	la personne ayant suivi une formation transmet-elle l'information reçue à l'ensemble de l'équipe ?	83	<input type="radio"/>				
84	les attestations de formation de chacun des membres de l'équipe sont-elles conservées ?	84	<input type="radio"/>				

LES STRUCTURES / L'ÉQUIPE

l'Information et la Communication

6

		oui souvent rarement non non concerné					Notes personnelles	
a Vis-à-vis de l'extérieur								
85	l'équipe officinale développe-t-elle des actions de prévention et d'éducation pour la santé sur différents thèmes tels que tabac, alcool, nutrition, MST... ?	85	<input type="radio"/>					
86	l'équipe officinale adhère-t-elle à un réseau ville-hôpital, toxicomanie, HAD... ?	86	<input type="radio"/>					
87	l'équipe officinale met-elle à la disposition de ses clients dans sa surface de vente des documents d'information sur les grands thèmes de santé publique ?	87	<input type="radio"/>					
88	l'équipe officinale vend-elle des supports d'information relatifs à la prévention, à l'éducation pour la santé et au bon usage du médicament ?	88	<input type="radio"/>					
b Au sein de l'officine								
89	existe-t-il un circuit de l'information capable de mettre au courant chaque membre de l'équipe officinale des éléments et événements nouveaux ?	89	<input type="radio"/>					
89.1	si oui, est-il oral ?	89.1	<input type="radio"/>					
89.2	est-il écrit ?	89.2	<input type="radio"/>					
90	dans quel sens l'information circule-t-elle :							
90.1	titulaire vers ses collaborateurs ?	90.1	<input type="radio"/>					
90.2	collaborateurs vers le titulaire ?	90.2	<input type="radio"/>					
90.3	membres du personnel entre eux ?	90.3	<input type="radio"/>					

LES STRUCTURES / LES LOCAUX ET LES INSTALLATIONS

l'Accessibilité / la Surface de Vente

7.1

		<i>oui</i> <i>souvent</i> <i>rarement</i> <i>non</i> <i>non concerné</i>					Notes personnelles	
a L'accès								
91	la signalisation extérieure de l'officine est-elle suffisante et conforme à la déontologie ?	91	<input type="radio"/>					
92	son accès est-il praticable par tous les clients potentiels (handicapés et poussettes) ?	92	<input type="radio"/>					
93	la porte d'entrée est-elle automatique ?	93	<input type="radio"/>					
94	le nom du ou des titulaires est-il lisible de l'extérieur ?	94	<input type="radio"/>					
95	des places de parking sont-elles disponibles dans le proche environnement ?	95	<input type="radio"/>					
96	la pharmacie dispose-t-elle :							
96.1	d'un fax ?	96.1	<input type="radio"/>					
96.2	d'un répondeur téléphonique en dehors des heures d'ouverture ?	96.2	<input type="radio"/>					
96.3	d'une adresse e-mail ?	96.3	<input type="radio"/>					
97	les jours et les heures d'ouverture sont-ils lisibles de l'extérieur ?	97	<input type="radio"/>					
98	pendant les heures de fermeture, l'adresse du pharmacien de garde est-elle clairement indiquée ?	98	<input type="radio"/>					
b Les vitrines								
99	une ou plusieurs vitrines sont-elles utilisées pour l'information et l'éducation du public à la santé ?	99	<input type="radio"/>					
100	la pharmacie participe-t-elle aux campagnes nationales ou locales de santé publique en réalisant une vitrine sur le sujet proposé ?	100	<input type="radio"/>					

LES STRUCTURES / LES LOCAUX ET LES INSTALLATIONS

l'Accessibilité / la Surface de Vente

7.2

		oui	souvent	rarement	non	non concerné	Notes personnelles
c	La sécurité						
101	l'officine est-elle équipée d'un système de surveillance conforme à la réglementation ?	101	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
102	le système de sécurité permet-il d'assurer au titulaire ou au personnel une protection suffisante pendant les gardes de nuit ?	102	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
103	l'officine est-elle équipée d'un dispositif permettant aux livraisons effectuées en dehors des heures d'ouverture d'être inaccessibles au public ?	103	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
104	les médicaments et substances classés comme stupéfiants sont-ils stockés dans une armoire ou un local de sécurité renforcés ?	104	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
d	Les surfaces de vente						
105	la surface de vente est-elle suffisante pour permettre une bonne circulation de la clientèle ?	105	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
106	la dispensation des médicaments est-elle effectuée dans des conditions de confidentialité qui permettent la tenue d'une conversation à l'abri des tiers ?	106	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
107	le nombre de présentoirs sur les comptoirs ne gêne-t-il pas la communication avec la clientèle ?	107	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
108	des mesures sont-elles prises pour empêcher l'accès aux médicaments et autres produits dont la vente est réservée à l'officine ?	108	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
109	les clients ont-ils la possibilité de s'asseoir ?	109	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
110	les surfaces spécifiques à chaque fonction sont-elles suffisantes pour travailler dans de bonnes conditions ?	110	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
111	les locaux sont-ils conçus, construits, équipés et entretenus de manière à empêcher au mieux l'entrée d'insectes et autres animaux ?	111	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
112	l'ensemble des locaux de l'officine, y compris les vitrines, sont-ils propres ?	112	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
113	l'éclairage, la température et l'humidité offrent-ils de bonnes conditions d'accueil pour la clientèle ?	113	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

LES STRUCTURES / LES LOCAUX ET LES INSTALLATIONS

les Stockages et les Matériels

8.1

		oui	souvent	rarement	non	non concerné	Notes personnelles
a Les stockages							
114	les zones de stockage sont-elles de taille suffisante pour permettre un stockage ordonné de différentes catégories de produits ?	114	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
115	une zone distincte est-elle affectée au stockage des médicaments à retourner, périmés et rappelés, de manière à éviter toute confusion avec ceux destinés à la délivrance ?	115	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
116	les gaz à usage médical et les liquides inflammables sont-ils stockés en toute sécurité ?	116	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
117	les conditions de stockage des médicaments sont-elles adaptées à une bonne conservation de certaines formes galéniques (suppositoires) ?	117	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
118	la pharmacie est-elle équipée d'un réfrigérateur disposant d'un thermomètre et exclusivement réservé aux médicaments ?	118	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
118.1	les médicaments thermolabiles sont-ils tous stockés au réfrigérateur dans de bonnes conditions ?	118.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
118.2	le dégivrage et le nettoyage du réfrigérateur sont-ils réalisés régulièrement ?	118.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
b Les matériels							
119	un système informatique est-il intégré dans l'officine ?	119	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
120	permet-il la prise en charge de :						
120.1	la gestion de stock ?	120.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
120.2	la carte SESAM Vitale ?	120.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
120.3	la facturation ?	120.3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
120.4	la télétransmission ?	120.4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
120.5	la passation automatique des commandes ?	120.5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
120.6	la mise à jour du fichier produits ?	120.6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
121	le système permet-il pour chaque client de garder en mémoire l'historique thérapeutique ?	121	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

LES STRUCTURES / LES LOCAUX ET LES INSTALLATIONS

les Stockages et les Matériels

8.2

		oui	souvent	rarement	non	non concerné	Notes personnelles
122	le système est-il équipé d'une banque de données capable de signaler les principales interactions médicamenteuses et les précautions d'emploi ?	122	<input type="radio"/>				
123	l'ordonnancier informatique est-il édité de façon lisible par période maximale d'un mois ?	123	<input type="radio"/>				
124	l'ordonnancier est-il archivé dans de bonnes conditions ?	124	<input type="radio"/>				
125	la mise à jour du logiciel informatique est-elle régulière ?	125	<input type="radio"/>				
126	un ordinateur avec les applications bureautiques existe-t-il dans l'officine ?	126	<input type="radio"/>				
127	les sauvegardes sont-elles effectuées quotidiennement ?	127	<input type="radio"/>				
128	l'étalonnage et la maintenance du matériel et des instruments sont-ils régulièrement effectués :						
128.1	balances ?	128.1	<input type="radio"/>				
128.2	pèse-personnes ?	128.2	<input type="radio"/>				
128.3	pèse-bébés ?	128.3	<input type="radio"/>				
128.4	aérosols ?	128.4	<input type="radio"/>				
128.5	tire-lait ?	128.5	<input type="radio"/>				
128.6	extincteurs ?	128.6	<input type="radio"/>				
128.7	manomètres à oxygène ?	128.7	<input type="radio"/>				
129	le matériel est-il décontaminé avant la mise à disposition au public ?	129	<input type="radio"/>				

LES PROCÉDURES ET LES DOCUMENTS

les Activités Officinales et Recueil de l'Information

9.1

		oui	souvent	rarement	non	non concernés	Notes personnelles
130	un document écrit est-il établi pour lister les tâches que le ou les titulaires délèguent et à qui elles ont été déléguées ?	130	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
131	existe-t-il des instructions écrites pour la marche à suivre des principales activités de l'officine :						
131.1	la réception et la vérification des commandes ?	131.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
131.2	le rangement des commandes grossistes ou directes (rotation des stocks) ?	131.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
131.3	l'élimination régulière des produits périmés du stock ?	131.3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
131.4	le retrait des médicaments demandé par les fiches d'alerte ?	131.4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
131.5	l'accueil des clients ?	131.5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
131.6	les principales étapes de la dispensation ?	131.6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
131.7	la conduite à tenir dans le cas où un médicament prescrit n'est pas détenu en stock ?	131.7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
131.8	en cas de problème avec un client ou un tiers, besoin d'assistance immédiate ou attitude agressive, la conduite à tenir est-elle définie et connue de l'équipe ?	131.8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
132	existe-t-il des procédures pour l'utilisation des fonctions les plus utilisées de l'informatique ?	132	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
133	à chaque poste de travail, les documents écrits sont-ils suffisants pour un bon accomplissement des tâches ?	133	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
134	les documents sont-ils régulièrement révisés et mis à jour ?	134	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
135	les documents sont-ils archivés ?	135	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
136	une liste des procédures existantes a-t-elle été créée ?	136	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
137	cette liste est-elle tenue à jour ?	137	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
138	ces documents sont-ils référencés, validés, signés, et datés par les personnes compétentes et autorisées ?	138	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
139	lorsqu'un document a été révisé, l'utilisation par inadvertance d'un document périmé est-elle possible ?	139	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
140	toute correction apportée à un document est-elle datée et signée, la correction permettant la lecture de la mention originale ?	140	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

LES PROCÉDURES ET LES DOCUMENTS

les Activités Officinales et Recueil de l'Information

9.2

		oui	souvent	rarement	non	non concerné	Notes personnelles
141	au poste de travail qui le nécessite, les documents de recueil d'informations ou de traçabilité sont-ils mis en place pour recueillir les éléments nécessaires au bon exercice officinal ?	141	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
141.1	tous les appareils (balances, pèse-personnes, pèse-bébés, aérosols, tire-lait, extincteurs, manomètres à oxygène...) ont-ils un cahier de route pour conserver la traçabilité des opérations de maintenance et de nettoyage ?	141.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
141.2	existe-t-il un relevé de température du réfrigérateur ?	141.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
141.3	existe-t-il un enregistrement des réclamations clients provoquées par une erreur de délivrance ?	141.3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
141.4	existe-t-il un enregistrement de tous les contacts téléphoniques avec les médecins ?	141.4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
141.5	existe-t-il un relevé des médicaments et produits manquants pour la délivrance complète d'une ordonnance ?	141.5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
142	ces documents sont-ils archivés régulièrement ?	142	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
143	les fiches d'alerte pour le retrait des médicaments sont-elles validées par un pharmacien et archivées ?	143	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

LES PROCÉDURES ET LES DOCUMENTS

la documentation utile au bon exercice

10

		oui	souvent	rarement	non	non concerné	Notes personnelles
144	les documents obligatoires sont-ils affichés et mis à disposition du personnel (adresse de l'inspecteur du travail, de la médecine du travail, convention collective, horaires, consignes de sécurité...) ?	144	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
145	l'équipe officinale a-t-elle à sa disposition dans l'officine :						
145.1	le Code de la Santé Publique dernière édition	145.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
145.2	les tableaux de posologie	145.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
145.3	les substances vénéneuses : listes et exonérations	145.3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
145.4	le dictionnaire des spécialités pharmaceutiques (Vidal) dernière édition	145.4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
145.5	les Bonnes Pratiques de Préparations Officinales	145.5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
145.6	la Pharmacopée Française	145.6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
145.7	le Guide des médicaments (Dorosz)	145.7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
145.8	le Dorvault	145.8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
145.9	l'index Merck	145.9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
145.10	le Dictionnaire des termes médicaux	145.10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
145.11	un livre de pharmacologie	145.11	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
145.12	un livre de pharmacie clinique	145.12	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
145.13	un livre sur l'homéopathie	145.13	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
145.14	un livre de mycologie	145.14	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
145.15	un livre de phytothérapie	145.15	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
145.16	des fiches informatives sur les nouveaux produits	145.16	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
145.17	un dossier sur les médicaments à prescription restreinte et les médicaments d'exception	145.17	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
145.18	un dossier sur les médicaments antirétroviraux	145.18	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
145.19	le recueil des alertes pour le retrait des médicaments	145.19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
145.20	un accès à des banques de données : thériaque, BIAM	145.20	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
145.21	un abonnement à des journaux et des revues scientifiques ?	145.21	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
146	ces documents sont-ils bien classés pour être exploités ?	146	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
147	peuvent-ils être facilement consultés par l'ensemble de l'équipe officinale ?	147	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

TRAITEMENT DES NON-CONFORMITÉS

Enregistrement, Analyse, Correction

11

		oui	souvent	rarement	non	non concerné	Notes personnelles
148	l'officine dispose-t-elle d'un enregistrement des non-conformités (réclamations clients) provoquées par une erreur de délivrance ?	148	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
149	des procédures existent-elles dans l'officine pour :						
149.1	le traitement des non-conformités clients ?	149.1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
149.2	avertir le client dans les meilleurs délais en cas de découverte d'une erreur après son départ ?	149.2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
150	les non-conformités sont-elles analysées ?	150	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
151	les responsabilités sont-elles recherchées ?	151	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
152	les mesures correctives et préventives sont-elles mises en place ?	152	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
153	le nombre et le type de non-conformités de prestation délivrance par unité de temps sont-ils analysés régulièrement dans le but d'une amélioration permanente du résultat ?	153	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Annexe 6 : Exemple de la mini- enquête contrôlant l'impact des actions correctives

Pharmacie Blanchard-Taix
Le Champ-près-Froges

Questionnaire : Pour l'amélioration du confort du patient au comptoir

Merci de bien vouloir remplir sur place ce questionnaire, avec franchise, et de le remettre dans la boîte à idées située près du lieu d'attente.

1) : Jugez- vous que le nombre de présentoirs sur le comptoir a diminué depuis un mois ?

oui

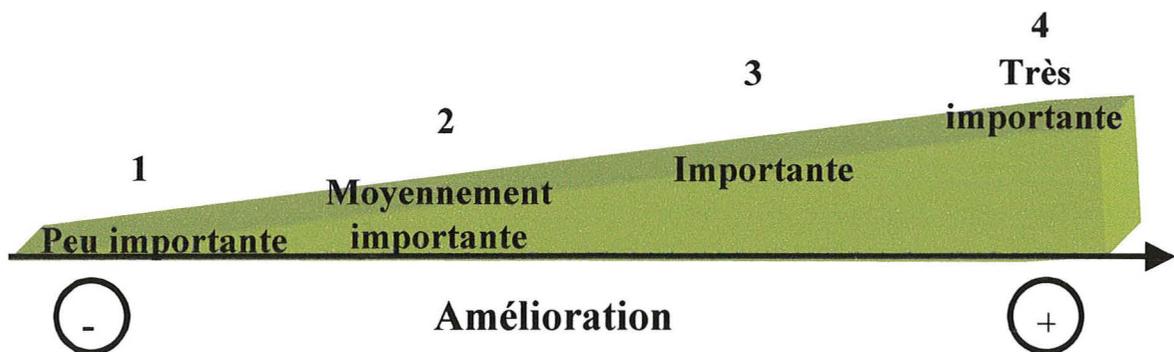
non

2) : Au comptoir, estimez- vous être moins gêné par la présence des présentoirs ce dernier mois ?

oui

non

Si oui, quantifiez cette amélioration :
entourez la réponse qui correspond à votre appréciation



Procédures qualité



Pharmacie Champ-près-Froges,
rue de la Libération
38190 Champ-près-Froges

Procédure n°1/ version 1 : Gestion de l'organisation des présentoirs disposés sur les comptoirs

1-Objectifs

Ce document vise à décrire les règles à respecter afin d'améliorer le confort du patient au comptoir, avec une meilleur aisance. Plus largement, ceci contribuera à améliorer la satisfaction du client et la qualité du service rendu par l'officine.

2- Champ d'application

Le lieu d'application est représenté par les comptoirs de l'officine.

Le domaine d'application correspond à l'organisation de l'espace disponible aux comptoirs.

3-Responsabilités

-Le pharmacien titulaire est désigné comme étant responsable de la coordination des opérations, c'est à dire en tant que :

- .responsable du tri des présentoirs pouvant être apposés sur le comptoir
- .responsable de la rotation des présentoirs

-Le préparateur le remplace en son absence dans les tâches citées ci-dessus.

-L'apprenti- préparateur et le préparateur correspondent aux responsables signalant l'arrivée de nouveaux présentoirs au responsable marketing, et étiquetant les présentoirs quand ils sont apposés sur le comptoir.

4-Définitions

N/A

5-Description

5.1. Conditions à respecter

- Il ne faut pas chercher, pour une question rentabilité, à disposer sur le comptoir le maximum de produits.
- L'une des deux personnes pouvant être responsables (préparateur, ou titulaire) doit être présentes le lundi (jour de rotation des présentoirs). Si les deux personnes viennent à être absentes un lundi, ou si la charge de travail est déjà trop importante par ailleurs, reporter l'opération dès que possible (le mardi)
- Pour aider à minimiser le nombre de présentoirs et sélectionner uniquement 3 nouveaux présentoirs/ semaine, il faut faire le tri :
 - en imaginant ce qui aura mieux de l'intérêt aux yeux des clients
 - en variant les intentions des différents produits (produits d'appel, nouveautés...)

5.2.Méthode

Les actions correctives ont été réparties selon deux buts : la limite du nombre de présentoirs par comptoir et l'obtention d'une rotation plus dynamique.

****Afin de limiter le nombre de présentoirs à un seul par comptoir :***

- Le ménage et le tri au niveau des présentoirs déjà présents sur les comptoirs en surnombre est réalisé par le titulaire
- Le tri des présentoirs doit être régulier dès leur réception en provenance des laboratoires :

afin de faire une sélection raisonnée, le « responsable marketing » (c'est à dire le pharmacien titulaire) doit donner son avis à la personne qui déballe la commande en question (souvent le préparateur ou l'apprenti préparateur).

Un choix judicieux devra être effectué en variant les intentions des différents produits d'appel parmi les présentoirs sélectionnés.

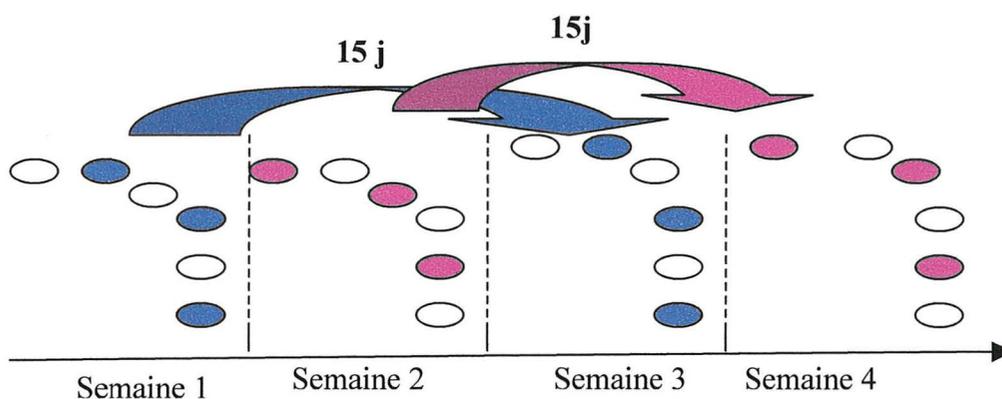
-Il faudra vérifier que le présentoir soit toujours attirant vis-à-vis de sa contenance avec un suivi de la quantité restante de produits toutes les semaines par le titulaire :

retrait du présentoir à partir de 2 ou 3 produits y restant, selon la taille du produit par rapport à celle du présentoir.

***Pour une rotation (ou turn-over) plus « dynamique » des présentoirs :**

-Le turn-over des présentoirs doit être plus fréquent : toutes les 2 semaines, en se fixant un jour par semaine (le lundi) pour y porter une attention régulière.

Pour cela, tous les lundi, le titulaire ou le préparateur en son absence, s'assure du changement au niveau de 3 comptoirs sur les 6 (c'est-à-dire la moitié des présentoirs), comme présenté sur le schéma ci-dessous qui représente la disposition des comptoirs.



Légende :

○ représente la disposition approximative des 6 comptoirs dans l'officine concernée

→ durée d'exposition d'un présentoir de 2 semaines en changeant alternativement uniquement la moitié des présentoirs d'une semaine sur l'autre :

Procédure n°1/ version n°1 : Gestion de l'organisation des présentoirs disposés sur les comptoirs

-  des présentoirs situés sur les comptoirs en bleu correspondant aux postes n° p6, p4, p2
-  des présentoirs sur les comptoirs en rose correspondant aux postes n° p7, p5, p3

-si au bout de 15jours, des présentoirs souhaitent être conservés mais ont déjà été mis au niveau du comptoir (produits insuffisamment vendus), ceci sera possible en les changeant d'emplacement afin de provoquer un nouvel appel.

La durée d'exposition ne pourra être prolongée plus de 15jours.

Pour la bonne mise en oeuvre de ces opérations et pour une meilleure traçabilité, une étiquette doit être apposée au dos du présentoir comprenant la date à laquelle il faut intervenir (15jours après sa date de mise en place) qui devra être automatiquement un lundi (jour fixé pour effectuer la rotation des présentoirs), et le numéro du poste de mise en place.

L'étiquette devra être réalisée par la personne mettant en place le présentoir (préparateur, apprenti préparateur ou titulaire).

Et de même, la personne s'occupant d'un changement de place devra rectifier la date de retrait du présentoir (rajouter une période de 7 ou 15 jours maximum) et le numéro du nouveau poste sur l'étiquette apposée au dos de ce dernier.

6-Approbations

	Rédacteur	Vérificateur (facultatif)	Approbateur
Noms et fonctions	M-C.Gauthier Etudiante en pharmacie	Toute l'équipe	Mme Blanchard Pharmacien titulaire
Dates	05/09/07	06/09/07	06/09/07
Signatures			

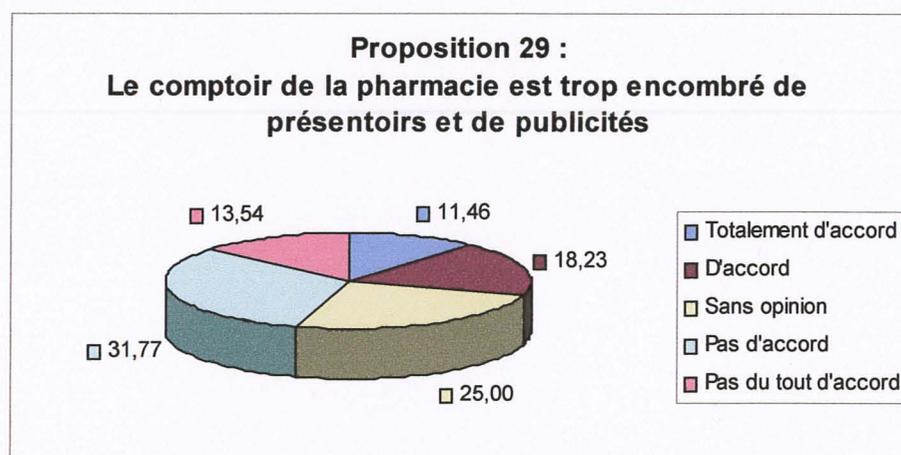
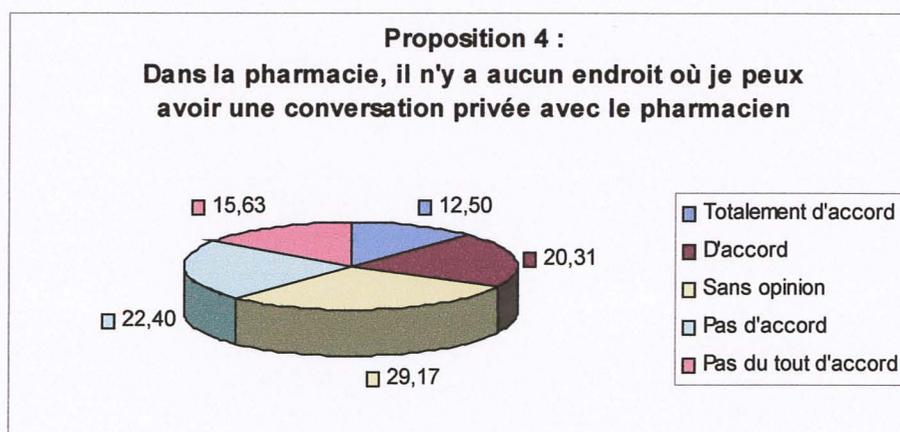
Annexe 8 : Affiches permettant la diffusion des résultats de l'enquête aux clients

Pharmacie Blanchard-Taix
Le Champ-près-Frogès, le 05/09/07

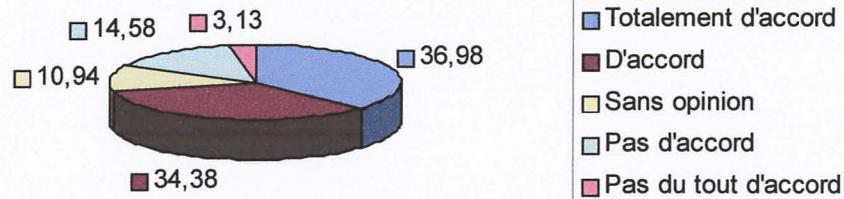
Compte-rendu des résultats de l'enquête de satisfaction réalisée auprès des clients de cette pharmacie, et portant sur la qualité du service rendu.

Après recueil et analyse des résultats, les principaux problèmes rencontrés par les clients dans cette pharmacie ont été listés.

Parmi eux, les 3 problèmes arrivant en tête sont les suivants :



Proposition 11 :
**Dans la pharmacie, il y a un espace disponible
pour attendre confortablement**



Le problème choisi comme essentiel à traiter dans un premier temps, correspond à la proposition 29, c'est à dire à l'encombrement des comptoirs par les présentoirs et publicités.

Des actions d'amélioration ont ainsi été mises en place afin de réaménager cet espace pour qu'il vous soit plus confortable.

Merci !

La pharmacie tient à remercier toutes les personnes qui ont participé à cette enquête, et qui ont dénié prendre du temps pour répondre à ce questionnaire.

Vos opinions sur les différents thèmes abordés par ce questionnaire nous ont été très utiles en vue d'améliorer la qualité du service que nous vous proposons au quotidien.

