



HAL
open science

Apports théoriques de la communication dans les interactions pharmacien-patient à l'officine

Alice Hermann

► **To cite this version:**

Alice Hermann. Apports théoriques de la communication dans les interactions pharmacien-patient à l'officine. Sciences pharmaceutiques. 2015. dumas-01264771

HAL Id: dumas-01264771

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01264771v1>

Submitted on 29 Jan 2016

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.

UNIVERSITE DE ROUEN
UFR DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année : 2015

N°

THESE POUR LE
DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR
EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} décembre 2015

par

Alice HERMANN

Née le 05 mars 1989 à Bois-Guillaume

***Apports théoriques de la communication
dans les interactions pharmacien-patient
à l'officine***

Président du jury : *Mme SEGUIN Elisabeth, Professeur en Pharmacognosie*

Membres du jury : *M. WABLE Thierry, Professeur en Communication, Mme*

GROULT Marie-Laure, Professeur en Botanique, Mme

GUAY Sophie, Pharmacien

REMERCIEMENTS

À mon maître de thèse,

Monsieur Thierry WABLE, professeur des universités,

Je souhaite vous remercier pour le soutien que vous m'avez apporté durant ce projet, pour votre disponibilité, votre générosité et pour votre enthousiasme à l'égard de ce sujet de thèse. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma profonde reconnaissance.

Aux membres du jury,

Madame Elisabeth SEGUIN, professeur des universités,

Madame Marie-Laure GROULT, maître de conférences,

Madame Sophie GUAY, pharmacien,

Je tiens à vous remercier pour l'honneur que vous me faites d'évaluer cette thèse. Que ce travail soit le reflet de mes années passées à l'université et qu'il marque le début de ma carrière de pharmacien.

À mes parents,

Pour votre soutien et votre amour sans faille, pour votre sagesse et vos conseils et surtout, pour le modèle que vous m'avez toujours donné.

À mes frères, belles-sœurs, neveux et nièces,

Pour votre humour et votre folie ! Restez comme vous êtes !

Quelle chance d'avoir une si belle famille !

À Arnaud,

Pour ta présence tous les jours à mes côtés, pour tes encouragements et ta bonne humeur. Merci d'être toujours là pour moi.

À Marie et Gaétan,

Pour toutes ces années passées à vos côtés, pour votre sagesse (enfin Marie surtout !), pour vos moqueries bienveillantes et parfois aussi pour votre mauvaise humeur (enfin Gaétan surtout !). Que ces souvenirs restent à tout jamais dans nos mémoires, et que bien d'autres encore s'y inscrivent...

À Allison, Pousseur, Julien, Marie, Pecco, Caroline, Aélie et tous les autres,

À Marion, Aude, Lucile, Louis, Roman, Pierre, Alice et toute la clique,

Merci les copains pour votre présence depuis plusieurs années, et pour ces soirées passées ensemble.

Par délibération en date du 03 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
<i>(surnombre)</i>		
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale

Mr Stéfan DARMONI communication	HCN	Informatique médicale et techniques de
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénéréologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie

Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Me Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>) d'urgence	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation Médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie

Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mme Rachel MARION-LETELLIER	UFR	Physiologie
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Christine RONDANINO	UFR	Physiologie de la Reproduction
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER	Statistiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie

Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine DAHYOT	Bactériologie
----------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Souleymane ABDOUL-AZIZE	Biochimie
Mme Hanane GASMI	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL**

UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**

UFR Médecine Générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH**

UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET**

UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD**

UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN**

UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX**

UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) Inserm 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med) 1079)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (med) 1079)	Génétique moléculaire humaine (UMR)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Table des matières

INTRODUCTION	19
I. LA COMMUNICATION : théories, enjeux et modèles	20
1. Définition et axiomes de la communication.....	20
2. La communication verbale : composante sociale et discursive du langage	25
2.1. Les théories : du reflet, mentaliste et des comportements	25
2.2. Le rôle situationnel.....	27
2.3. Communication sociale	27
2.4. Savoirs communs partagés et représentation	28
2.5. L'interprétation et le contexte situationnel	29
2.6. Non-dits et sous-entendus	31
2.7. Reprises et reformulations.....	32
2.8. Pauses et silences au cours de l'interaction.....	33
3. La communication non verbale	35
3.1. L'apparence	36
3.1.1. Les traits du visage.....	36
3.1.2. La morphologie.....	37
3.1.3. La peau	37
3.1.4. La tenue physique ou posture	37
3.1.5. La tenue vestimentaire :	37
3.1.6. La coiffure, les bijoux, le maquillage et le parfum :	38
3.2. Mimiques faciales.....	38
3.2.1. Macro expressions et micro expressions	38
3.2.2. Exemples d'expressions faciales.....	40
3.2.3. Mimétisme facial.....	41
3.2.4. Contrôle des émotions.....	41
3.3. Les gestes.....	42

3.3.1.	Les gestes de l'émetteur	42
3.3.2.	Les réactions gestuelles de l'auditoire	42
3.3.3.	Gestes conventionnels	43
3.4.	Le regard.....	43
3.4.1.	Fonction expressive du regard	43
3.4.2.	Fonction du regard lors d'un dialogue	44
3.5.	Espace interactionnel.....	45
3.5.1.	La distance intime	45
3.5.2.	La distance personnelle.....	46
3.5.3.	La distance sociale	47
3.5.4.	La distance publique	47
3.6.	Le contact physique.....	48
3.6.1.	Contact physique et influence	48
3.6.2.	Contact physique et hiérarchie.....	49
4.	La communication paraverbale	49
5.	Humeur, douleur et communication	51
6.	Les obstacles à la communication	52
6.1.	Facteurs liés à l'émetteur.....	53
6.2.	Facteurs liés au récepteur	54
6.3.	Facteurs liés au code.....	55
6.4.	Facteurs liés au canal.....	55
6.5.	Facteurs liés au message.....	56
6.6.	Autres facteurs.....	56
II.	Spécificités de la communication à l'officine	58
1.	Un lieu de communication singulier.....	58
1.1.	L'officine : un lieu particulier pour une communication particulière	59
1.2.	Place et rapports de place des interactants	60
2.	Forme de la communication pharmacien-patient	61

2.1.	Un code partagé ?	61
2.2.	Les temps de parole.....	63
3.	Les outils de la communication au service du pharmacien	65
3.1.	Les différents types de questions	65
3.2.	La reformulation.....	67
3.3.	Langage non verbal au comptoir	68
3.4.	Les obstacles de la communication pharmacien-patient.....	70
4.	La relation pharmacien-patient.....	72
4.1.	Une fidélité à son pharmacien ?	72
4.2.	Evolution de la relation au savoir.....	72
4.3.	Des patients aux attentes comblées ?	73
4.4.	Une relation hétérogène.....	75
5.	Rôles et devoirs du pharmacien.....	76
5.1.	Les répartitions du métier de pharmacien	76
5.2.	Le pharmacien, un conseiller sollicité.....	76
5.3.	Le pharmacien, expert en médicament.....	77
5.4.	Le rôle d'éducateur du pharmacien.....	79
5.5.	Le rôle d'écoute du pharmacien	79
6.	Compréhension du patient et utilisation des médicaments	80
6.1.	L'éducation, un facteur clé de la compréhension.....	81
6.2.	La diffusion des informations médicales	82
6.3.	Les pharmaciens acteurs dans l'éducation du patient	82
6.4.	Les limites de l'information	83
7.	Estimation de la compréhension et de la mémorisation du patient ...	85
7.1.	Objectif de l'étude menée.....	85
7.2.	Méthode.....	85
7.3.	Résultats	85
7.4.	Discussion.....	88
7.4.1.	Un entretien pharmacien-patient loin d'être inutile.....	88
7.4.2.	Les limites de cette étude	88

8. Observance et éducation thérapeutique du patient	91
8.1. Définition de l'observance	91
8.2. Intérêts de l'observance.....	92
8.3. Pourquoi ne sommes-nous pas observants ?	93
8.4. L'observance perçue par le pharmacien.....	93
8.5. La place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient	94
CONCLUSION	97
BIBLIOGRAPHIE	99
ANNEXE	107

INTRODUCTION

Le processus de la communication est un processus complexe, mettant en jeu des signes, des codes, des habitudes et des conventions. On part du principe qu'une communication parfaite n'existe pas, c'est-à-dire qu'à tout moment de la chaîne de communication, un obstacle peut s'insérer. Le message n'est alors pas reçu tel que son émetteur le désirait. Le récepteur du message intègre les informations reçues et les interprète à sa manière, selon un point de vue qui diffère de celui de l'émetteur, pouvant à nouveau modifier l'essence même du message. La transmission d'un message est alors soumise à des facteurs dépendant de l'émetteur, du récepteur mais également à des facteurs externes : les *bruits*.

Le jeu du « téléphone arabe » est un excellent exemple des obstacles se trouvant sur le chemin d'une bonne communication, avec un message d'arrivée raccourci ou parfois complètement modifié de celui de départ.

Ce travail reprend les bases de la communication, ses utilisations, ses rôles et ses règles. Dans ce travail nous avons également fait le parallèle avec la communication qui s'établit à l'officine entre le pharmacien et le patient. La communication étant à la base de toute relation d'Homme à Homme, il paraît évident qu'elle joue un rôle primordial pour le pharmacien, dans son travail de tous les jours.

Nous verrons l'importance des mots lors d'une interaction pharmacien-patient sur l'intercompréhension, l'intérêt d'être attentif aux signes non verbaux du patient mais également à ceux exprimés par le pharmacien et les conséquences qui en découlent sur la relation pharmacien-patient ainsi que sur l'observance du patient.

I. LA COMMUNICATION : théories, enjeux et modèles

1. Définition et axiomes de la communication

La communication est un outil utilisé quotidiennement par l'Homme, de par sa composante sociale et son intérêt constructif. C'est un outil complexe mettant un jeu des codes et conventions qui diffèrent parfois selon l'origine ou l'appartenance à un groupe social de son émetteur. Les théories et règles de la communication évoquées dans cette thèse sont les bases et origines de l'art de communiquer qui nous permettent d'analyser les échanges discursifs ; mais dans ses rapports de tous les jours l'Homme fait une analyse moins poussée de ses échanges avec autrui.

La communication et son action communiquer sont le thème central de cette thèse. Comme ces termes comportent plusieurs sens qui renvoient à plusieurs réalités, il est essentiel de les définir et de préciser ce à quoi ils font référence dans ce texte.

Communiquer : le mot communiquer vient du latin *communicare*, qui veut dire « être en relation avec » et signifie transmettre, donner connaissance, faire partager à quelqu'un (Larousse, 1998). La communication a donc pour but d'échanger des idées, connaissances ou émotions avec un autre individu par le biais de la langue écrite, orale ou par d'autres signes : les gestes du corps humain (la langue des signes mais également les gestes accompagnant un discours) ou l'art (tels que la danse, la musique ou la peinture) (Arcand, 1998).

Le mot communiquer a également pour définition un passage ou une ouverture qui donne accès quelque part ou le fait de se propager, se répandre d'un lieu à un autre mais ces définitions n'entrent pas dans le domaine de la communication tel que nous l'entendons dans cette étude.

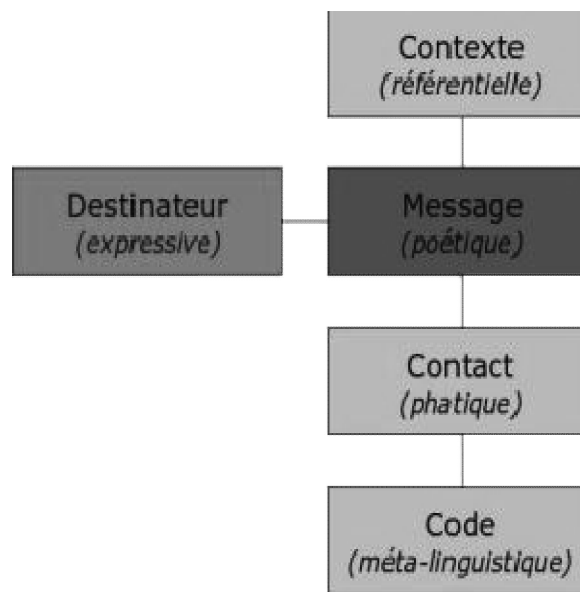
La communication concerne l'homme mais aussi, bien qu'ils ne parlent pas, les animaux et insectes (communication intra- ou inter-espèces) ou la machine (télécommunications, nouvelles technologies), ainsi que leurs croisements : homme-animal et hommes-technologies. La communication va donc bien au-delà des mots.

La définition de la communication est large, ici nous nous intéressons aux échanges humains, et plus particulièrement à ceux rencontrés lors d'une interaction de face à face entre deux ou plusieurs personnes.

Toute communication met en jeu un *émetteur* et un *récepteur* reliés entre eux par un *canal* (par exemple la voix, l'écrit ou le téléphone) qui est un support aux *signaux* qui véhiculent le *message*.

Ces signaux sont organisés selon un *code* (français écrit, anglais oral...), et le *réfèrent* (le contenu du message, ce qu'il signifie) ainsi transmis apporte une *information*, c'est-à-dire qu'il modifie le niveau de connaissance du récepteur.

La rétroaction, ou *feedback* est le retour sur le message émis par l'émetteur. Ci-dessous le schéma général de la communication humaine selon Jakobson en 1963 :



Les communications animales et humaines sont multicanaux ; on observe l'utilisation de signaux sonores, gestuels, posturaux, mimiques, chimiques, thermiques, tactiles voire électriques. La communication humaine totale utilise ainsi des éléments verbaux et non verbaux passant par différents canaux :

- **Auditif :**

- Verbalité : la parole codée selon le langage ; le langage scientifique des pharmaciens ou le langage courant des patients n'ont pas le même code.
- Vocalité : paralangage ou para-verbal : intonation, ton, timbre, voix, rythme, débit, prononciation, accent, accentuation ; le timbre rauque du fumeur de longue date ou l'accent typique du sud de la France.

- **Visuel** : Non verbal :
 - Statique : postures, attitudes ; un patient qui écoute les conseils du pharmacien sera face à lui et le regardera dans les yeux, tandis qu'un patient moins attentif ou moins concerné détournera le regard, voire tournera le dos.
 - Cinétique : gestualité ; la démarche claudicante d'une personne souffrant d'une jambe ou du dos ou la gestuelle des mains d'un patient décrivant une sensation de fourmillements.
- **Olfactif** : de plus en plus la publicité associe des suggestions d'odeurs aux produits qu'elle promeut.
- **Thermique** : la chaleur des corps
- **Tactile** : très utilisée chez les fourmis.
(Cosnier, 1977).

De ce fait, la communication n'est pas synonyme de langage, en effet le langage est une capacité de communiquer propre à l'espèce humaine, mettant en jeu un système de signes vocaux (langue) et une technique corporelle complexe supposant l'existence d'une fonction symbolique et de centres nerveux physiologiquement adaptés. Cependant, dans la communication humaine d'autres facteurs entrent en jeu car quand deux personnes sont en présence, qu'elles en aient la conscience, l'intention, la volonté ou non, une communication a toujours lieu. Ainsi, deux personnes partageant un même espace, fuyant le regard de l'autre et n'échangeant aucun mot se communiquent l'une à l'autre qu'elles ne veulent pas établir d'échange verbal par leur attitude comportementale.

Ainsi, selon l'école de Palo Alto : « ***On ne peut pas ne pas communiquer*** ».

L'école de Palo Alto a été créée au début des années 50 par l'anthropologue américain Gregory Bateson dans la petite ville de Californie du même nom, et elle réunit des spécialistes en différents domaines, notamment en communication interpersonnelle. Cette école a décrit cinq axiomes de communication :

- **On ne peut pas ne pas communiquer**, comme expliqué ci-dessus.
- **Toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation, tels que le second englobe le premier et est par suite une**

métacommunication. Le contenu est l'information de base du message tandis que la relation est celle entre les interlocuteurs et a donc une influence sur la manière de percevoir le message. Lorsqu'une relation fonctionne bien, le destinataire perçoit le message tel que l'émetteur souhaite qu'il le soit. Dans le cas contraire, le contenu risque d'être éclipsé par la relation conflictuelle, car chacun des interlocuteurs cherchera à avoir le dessus sur l'autre.

A l'officine, les clients vont avoir des relations différentes avec chaque personne de l'équipe. En effet, si monsieur X apprécie particulièrement une personne, il ira préférentiellement la voir au comptoir et sera parfois plus réceptif à ses messages.

- **La nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires.** Il s'agit de la perception subjective que chaque individu a lors d'une interaction. Elle est par définition propre à chacun, et différente de celle de l'interlocuteur. La plupart du temps on explique notre comportement en réponse à celui d'autrui. A savoir qui a raison ou qui a commencé la dispute, la réponse sera différente dans chaque partie. Mais comme la communication est un cycle ininterrompu, il est en réalité impossible de savoir qui est à l'origine du conflit.
Prenons l'exemple d'un patient réputé « *râleur* » à la pharmacie. Le pharmacien connaissant bien le caractère peu facile du patient évite d'aborder des sujets sensibles avec celui-ci et parle peu. Le patient, lui, pense que le pharmacien est renfermé sur lui-même et, de ce fait, peu sympathique. Chacun anticipe la réaction de l'autre et adapte son comportement sur celui de son interlocuteur.
- **La communication humaine utilise simultanément deux modes de communication : digital et analogique.** La communication digitale représente la communication verbale qui est une communication précise et exprime le contenu. La communication analogique se caractérise par le non verbal et renvoie à la relation. Lorsqu'il y a défaut de congruence entre l'analogique et le verbal c'est certainement que l'émetteur ne pense pas ce qu'il dit ou ne dit pas ce qu'il pense.
- **La communication est soit symétrique, soit complémentaire.** Une communication symétrique se base sur un comportement égalitaire, tandis que dans une communication complémentaire, l'un des locuteurs a une position « *haute* » et l'autre « *basse* » (professeur et élève, par exemple). Dans une relation saine, ces deux types d'interactions doivent être exercés par alternance. En effet, ce n'est

pas parce qu'une communication est complémentaire qu'elle est « *mauvaise* », car chacun prend position pour qu'elle le soit (l'élève prend le rôle de celui qui veut apprendre, et le professeur de celui qui veut enseigner). Il peut y avoir dysfonctionnement dans la communication lorsque l'un des locuteurs pense que la relation est symétrique tandis que l'autre la pense complémentaire.

A l'officine ce genre de situation peut se retrouver lorsque le patient pense déjà tout connaître du traitement délivré (soit parce qu'il l'a déjà eu, soit parce que le médecin le lui a expliqué) ou lorsqu'il perçoit le pharmacien comme simple dispensateur de médicaments. Le patient aura alors tendance à dénigrer l'information donnée par le pharmacien en répondant « *Oui je sais* » ou « *Pas la peine de m'expliquer, je connais* ».

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la communication verbale ne représente que **7 %** du message ; **93 %** du message passe donc par la communication non verbale (tels que les gestes, mimiques faciales et postures) et para verbale (comme l'intonation du discours, le timbre de la voix ou les accentuations) (Barrier, 2013).

Encore aujourd'hui, pour beaucoup, la communication est synonyme d'échange verbal, car la communication non verbale est plus discrète, elle se fait d'ailleurs souvent de manière non consciente. Si l'émetteur ne se rend pas toujours compte du message qu'il renvoie par son comportement, le récepteur n'est pas non plus toujours conscient des messages non verbaux qu'il capte et interprète ; ces messages seront alors qualifiés « *d'impressions* ».

Jean Cosnier écrivait déjà en 1977 « *La « communication explicite », reste aux yeux de beaucoup le privilège de la communication verbale, seule censée véhiculer le message noble, officiel, qui constitue « le texte », tandis que les éléments non verbaux assurent, selon l'expression de Merhrabian la « communication implicite » et sont qualifiés de « contextuels ».* » (Cosnier, 1977).

Les communications interpersonnelles, ou « de face à face » sont caractérisées par la multicanalité et l'interactivité.

L'interactivité signifie que les énoncés sont coproduits par les acteurs de la communication : ils sont le résultat des activités conjointes de l'émetteur et du récepteur qui réagit à ce qu'il entend ou voit. La **multicanalité** signifie que les énoncés sont un mélange à proportions variables de verbal et de non verbal, ce dernier comprenant à la fois le vocal et le gestuel.

2. La communication verbale : composante sociale et discursive du langage

2.1. Les théories : du reflet, mentaliste et des comportements

Le langage est une faculté propre à l'Homme d'exprimer et de communiquer sa pensée au moyen d'un système de signes vocaux ou graphiques (Larousse, 1998). Cette définition simpliste est loin d'être suffisante.

Selon Robert Vion (Vion, 2000), il a longtemps existé deux théories concernant la communication verbale :

- La théorie du reflet selon laquelle seul le message compte
- La théorie mentaliste selon laquelle le langage est l'expression d'une volonté consciente.

La **théorie du reflet** considérait que l'Homme a créé un langage dans le but de décrire le monde qui l'entoure. Dans ce sens Robert Vion déclare : « *Le langage ne serait qu'un outil de communication véhiculant une expérience non linguistique déjà préformée en dehors de lui.* » (Vion, 2000).

Cette théorie est bien évidemment trop réductrice, on le voit facilement au comptoir lorsqu'un patient décrit la douleur qu'il ressent avec ses mains, ne trouvant pas de mots adaptés.

Le philosophe marxiste polonais Adam Schaff adhère à cette théorie du reflet et rapporte au sujet du rapport du langage à la réalité :

« *La connaissance est le reflet de la réalité objective, mais il s'agit toujours d'un reflet subjectif. Le langage qui influence la manière dont l'esprit reflète la réalité est lui-même le produit de ce reflet, le produit de la pratique sociale au sens le plus large de ce mot.* » (Schaff, 1971).

Cette théorie où seul le message compte sous-entend qu'il suffit de connaître le code pour décoder le message ; ainsi, toute notion de contexte est écartée. Ceci consiste à dire que toute phrase identique contient le même message, quels qu'en soient les acteurs et quelle qu'en soit la situation, mais également que tout individu interprète un même message de manière uniforme.

Robert Vion, professeur de linguistique à l'Université de Provence réfute cette théorie « *l'hypothèse d'un social et d'une langue « également partagés » par tous conduit à concevoir les différents sujets d'une communauté comme étant identiques.* » (Vion, 2000).

La **théorie mentaliste**, quant à elle, suppose que chaque individu a sa propre réalité, car il interprète son environnement en fonction de ses expériences passées, expériences qui lui sont propres. Le monde serait ainsi constitué de sphères individuelles où chaque personne serait pour elle-même le centre de référence, la communication serait alors définie comme la rencontre de subjectivités autonomes.

« Avec une telle conception de la subjectivité, il n'y a plus de communication possible car, on ne voit pas vraiment comment pourrait se développer une vie sociale. » (Vion, 2000).

Lucien Sfez faisait remarquer à ce propos en 1988 :

« Nous voici devant le problème crucial de toute philosophie de l'esprit : si je suis seul comptable et référent de ma construction du réel, deux questions se posent :

- *Puisqu'il n'y a aucune donnée objective à laquelle je puisse me rapporter, qui me prouve que je suis censé ?*
- *Comment communiquer avec mon prochain et, à la limite, existe-t-il ? »*

(Vion, 2000).

Depuis ces deux théories, les sciences humaines ont évolué et l'on considère à présent qu'une communication se fait grâce à des acteurs qui interprètent le message en fonction de son contexte, et que ces acteurs sont le fruit des relations entre sujets ; ainsi le sujet individuel de la théorie mentaliste devient sujet social.

La **théorie des comportements** a été énoncée en premier lieu par l'école de Palo Alto. Cette théorie considère que le message n'est qu'une partie de la communication. En effet, elle prend en compte à la fois les comportements verbaux et non verbaux. Comme nous l'avons vu précédemment, le premier axiome de cette école précise :

« On ne peut pas ne pas communiquer »

Cette simple phrase signifie, permettons-nous de le rappeler, que chaque geste, attitude ou tenue a une signification. En effet, il ne suffit pas de ne pas parler pour ne pas communiquer, tout comportement a valeur de message, or nous ne pouvons pas ne pas avoir de comportement. Le locuteur interprète alors les réactions de son destinataire (feedback) et adapte son discours en conséquence. C'est ce qu'on appelle une interaction, et dans ce modèle, le rôle situationnel a son importance.

2.2. Le rôle situationnel

G. H. Mead, philosophe américain de l'université de Chicago, fut l'un des premiers à être convaincu que l'esprit (mind) et le soi (self) se forgeaient grâce aux interactions en société.

« Si l'Homme n'était pas engagé dans des relations de coopération sociale, son intellect ne pourrait se développer, et rien ne le distinguerait des autres animaux » (Daval, 2007).

Le soi se construit donc grâce aux autres, et en fonction des autres et ce, par le langage. Face aux autres, l'individu devient un personnage ; personnage qui varie selon les circonstances. Ces personnages occupent en fait des rôles sociaux : rôle de père, de mari, de patron, de pharmacien ou de client ; et de façon réciproque, l'interlocuteur prendra le rôle d'enfant, de femme, d'employé, de patient ou de vendeur.

Robert Vion écrivait à ce propos :

« Le rôle constitue une sorte de programme culturel de nature cognitive, destiné à faciliter la gestion d'un type d'échange » (Vion, 2000).

Dans une interaction, chaque individu va choisir un rôle en fonction de la situation et l'ajuste à l'environnement. Selon Mead, quand un Homme s'ajuste à un environnement, il devient un individu différent mais en devenant un individu différent il affecte la communauté dans laquelle il vit (Mead, 1934).

Le rôle situationnel fait donc partie intégrante de notre société, tout comme la communication sociale.

A la pharmacie, le pharmacien a le rôle du propriétaire et gérant qui doit veiller à la bonne dispensation des médicaments et qui a donc autorité sur son personnel mais également, par ses connaissances et en tant que professionnel de santé, une certaine autorité sur le patient. Le patient, lui, doit jouer un rôle dans le maintien ou le rétablissement de sa santé, en écoutant et effectuant le mieux possible les conseils dispensés par le pharmacien. En dehors de la pharmacie, les rôles ne seront plus les mêmes, même s'il s'agit des mêmes personnes car le patient deviendra alors peut-être dentiste ou banquier et le pharmacien deviendra à son tour patient ou client.

2.3. Communication sociale

L'axiome capital de la communication est qu'on ne peut pas ne pas communiquer ; ainsi, toute parole, toute action et tout événement possède des aspects communicationnels dès lors qu'il est perçu par un être humain.

Ces événements extérieurs influencent l'être qui les perçoit et façonnent sa personnalité car à chaque expérience il enregistre des milliers d'informations.

Ainsi un individu placé dans une sphère sociale alimente ses sources d'informations, car avec d'autres, ils échangent, réfléchissent et partagent des points de vue différents. C'est de cette manière que l'Homme apprend à agir et réagir en société dès la plus jeune enfance d'après des normes et des codes.

A ce propos G. Bateson et J. Ruesch ont énoncé : « *le caractère répétitif des événements sociaux enseigne aux gens à réagir de façon stéréotypée, et le comportement stéréotypé créé naturellement des environnements stéréotypés.* » (Bateson, 1951).

La communication sociale est rendue possible grâce à un code commun, c'est-à-dire à des références partagées ; c'est ce qu'on appelle les savoirs communs partagés.

2.4. Savoirs communs partagés et représentation

Les **savoirs communs partagés** sont la résultante d'une accumulation d'informations d'une communauté ou de communautés différentes, permettant ainsi la communication et la compréhension de messages implicites.

Prenons les quelques exemples ci-dessous :

- A : Aimez-vous le jazz ?
- B : J'aime tous les styles de musique !

Si on ne sait pas que le jazz est un genre de musique on pourrait penser que la réponse de B n'a rien à voir avec la question de A. Mais il revient là de la culture générale de savoir que le jazz est de la musique, même pour les personnes qui n'en écoutent pas.

Ces savoirs en commun sont donc un fondement de la communication. Communication qui s'avère de ce fait plus difficile lorsqu'elle se fait entre deux individus de communautés étrangères et différentes car la culture générale n'a alors pas les mêmes références. Cependant, même si l'interlocuteur n'a pas une idée précise de l'objet de la discussion, toute communication n'est pas impossible ; en effet l'inégalité des savoirs n'est pas un obstacle à la communication, si cette inégalité est prise en compte. Il en est de même pour une communication entre deux personnes de niveaux d'études différents, comme par exemple entre le pharmacien et certains patients qui ne parleront pas le même type de langage ; cette différence intellectuelle sera alors à prendre en compte par

le pharmacien qui devra choisir des mots simples, en laissant de côté le langage scientifique, et interpréter l'énoncé du patient lorsqu'il sera confus.

Néanmoins, dans une même communauté, un savoir qui appartient au domaine de la culture générale n'a pas complètement la même signification d'un individu à l'autre, car la manière dont notre culture générale s'acquiert diffère pour chacun de nous. Le rôle de la représentation dans la communication est essentiel. La **représentation** est ce par quoi un objet est présent à l'esprit. Lorsque l'on parle d'un chien, certains auront l'image d'un berger allemand en tête ou d'un Yorkshire. D'autres se rappelleront le chien qu'ils aimaient durant leur enfance, ou du chien agressif du voisin. Chaque individu se représente « l'objet » différemment, en fonction de ses expériences passées.

La représentation est ce qu'on appelle plus précisément le **signe linguistique**. C'est le linguiste suisse, Ferdinand de Saussure, qui fut le premier à évoquer ce terme dans son ouvrage posthume *Cours de linguistique générale*, en 1916. Le signe linguistique est défini comme une entité purement psychique unissant une « *image acoustique* », le **signifiant** (représentation mentale d'une suite sonore), à un concept, le **signifié** (représentation mentale d'une idée ou d'une chose) (Larousse). Prenons l'exemple du mot cheval, à la simple lecture de ses six lettres C-H-E-V-A-L, l'esprit l'associe à une image concrète de l'animal en question. Ferdinand de Saussure rappelle que le signifiant et le signifié sont associés de manière arbitraire ; le cheval aurait très bien pu être associé à une suite de sons totalement différente, à preuve les différences entre les langues et l'existence même de différentes langues (Saussure, 1964).

Malgré l'existence des savoirs communs partagés, certains propos sont ambigus et sont alors liés au contexte situationnel.

2.5. L'interprétation et le contexte situationnel

La langue française comporte de nombreux **homonymes** (deux mots phonétiquement et parfois grammaticalement identiques mais avec deux sens complètement différents) et **polysémies** (lorsqu'un mot a plusieurs sens différents mais une origine identique). Alors comment savoir quel mot ou quel sens du mot choisir ?

Prenons pour exemple la phrase suivante : « *Donnez-moi une glace s'il vous plait* ». Sortie de son contexte et sans connaître la conversation qui précède ou suit cette phrase, on ne peut savoir si le mot « *glace* » fait référence au miroir ou au dessert glacé. Imaginons que la phrase ait été prononcée par un homme assis à la table d'un restaurant, aucun doute ne sera posé quant à la définition du mot glace.

Le contexte est donc une condition nécessaire pour l'interprétation de certains mots, et selon des études scientifiques, une partie bien précise de notre cortex cérébral analyse ces contextes pour choisir la définition adéquate du mot, il s'agit du gyrus frontal inférieur gauche (Bedny, 2007) (Gennari, 2007) (Mason, 2007).

Paul Grice, philosophe britannique du XX^{ème} siècle ajoute un 3^{ème} facteur de l'interprétation après le sens de la phrase et le contexte : le « **principe de coopération** ». Ce principe de coopération fait référence au fait que lors d'une conversation, les réflexions et commentaires suivent un cours logique, fonction de ce qui a été énoncé avant ; ils sont le résultat d'efforts de coopération. Il le définit comme un principe général : (Grice, 1979)

« Que votre contribution conversationnelle corresponde à ce qui est exigé de vous, au stade atteint par celle-ci, par le but ou la direction acceptés de l'échange parlé dans lequel vous êtes engagé. »

Ce principe de coopération est composé de quatre maximes : la **quantité** (la quantité d'information qui est fournie doit être suffisante mais pas excessive), la **qualité** (n'affirmer que ce qui est pensé et prouvé), la **relation** (être pertinent) et la **manière** (être clair). Selon Grice, chaque personne impliquée dans une conversation doit tenter de satisfaire ce principe, et s'il est appliqué, il permet d'interpréter les implicites conversationnelles.

L'**implicite** est le fait d'insinuer, de laisser entendre ou de vouloir dire.

Prenons les exemples donnés par Deirdre Wilson et Dan Sperber dans *Remarques sur l'interprétation des énoncés selon Paul Grice* (Wilson, 1979):

A - Quelle heure est-il ?

B – Il est cinq heures vingt.

La réponse de B répond aux exigences du principe de coopération quant à la quantité, la qualité, la relation et la manière.

Interprétons à présent l'échange suivant :

A – Je vais à la banque.

B - Il est cinq heures vingt.

La réponse de B peut sembler être sans rapport à la phrase de A. D'après Grice, la maxime de relation apporte de la pertinence aux échanges. B implicite qu'à cette heure-ci, la banque sera fermée.

D'après D. Wilson et D. Sperber, le principe de coopération de Grice peut être réduit au seul et unique **axiome de pertinence**.

Au comptoir, l'implicite est très souvent utilisé, par exemple lorsque le pharmacien demande à un patient comment il va et qu'il répond « *ça va mieux !* ». Ce dernier présuppose alors qu'il allait mal avant.

2.6. Non-dits et sous-entendus

Certaines phrases de la vie courante sont utilisées à d'autres fins que ce qu'elles signifient. Prenons pour exemple l'interrogation « *Avez-vous l'heure ?* » ; le locuteur de cette phrase ne veut pas simplement savoir si son destinataire a la possibilité de connaître l'heure exacte à ce moment précis ; il espère ainsi connaître l'heure exacte à son tour. Le destinataire n'est donc pas chargé de répondre « *Oui* » ou « *Non* » à cette interrogation mais de renseigner son locuteur sur l'heure. Cet échange linguistique est rendu possible à l'aide d'une double convention selon laquelle l'émetteur sait qu'en disant cette phrase son destinataire va comprendre qu'il ne cherche pas à savoir s'il a une montre, mais bien à connaître l'heure. Ceci n'est envisageable que si le destinataire comprend l'intention illocutoire de l'émetteur. Le linguiste américain George Mendenhall écrivait à ce sujet en 1990 :

« *C'est parce que le locuteur suppose que ces informations vont sans dire qu'il peut les laisser implicites dans son argumentation.* » (Mendenhall, 1990).

Le philosophe du langage français François Récanati fait la corrélation entre les sous-entendus et le principe de coopération de Paul Grice :

« *Pour qu'il y ait sous-entendu, il faut qu'il y ait violation patente des maximes et, de plus, violation inexplicable autrement que par l'intention prêtée au locuteur de faire un sous-entendu.* » (Récanati, 1979).

Illustrons ces propos avec un exemple de Grice : Un professeur de philosophie est chargé de noter l'appréciation d'un étudiant sur ses capacités philosophiques. Dans ce rapport, il note simplement que l'élève est ponctuel et bon en orthographe.

Il y a là clairement une violation de la maxime de quantité de Grice, et l'auditoire concerné, sachant que toute personne est censée respecter le

principe de coopération, recherchera la cause empêchant ce professeur de le respecter.

Comme rien ne l'empêche de respecter les maximes de qualité (son rôle de professeur l'obligeant à analyser son élève), de relation ou de manière, on ne peut que supposer que le professeur viole délibérément la maxime de quantité pour que son destinataire en vienne à la conclusion que son jugement sur l'élève est tellement mauvais qu'il ne préfère pas l'écrire.

C'est donc après une infraction évidente de l'une des maximes de Grice que le destinataire comprend qu'il s'agit là d'un sous-entendu.

Au comptoir, le sous-entendu est parfois utilisé par le pharmacien pour éviter d'effrayer le patient, lorsque par exemple, celui-ci reçoit un nouveau traitement et qu'il s'inquiète des effets secondaires qui peuvent survenir, le pharmacien pourra alors rappeler au patient que tout médicament entraîne certains effets indésirables tout en insistant sur l'effet désirable escompté du traitement. De plus, pour s'assurer que le message a bien été transmis, le pharmacien peut utiliser un autre outil de la communication : la reformulation.

2.7. Reprises et reformulations

On parle de reprise de façon globale, quand il y a simple répétition ou reformulation d'un texte. La **reformulation** se définit comme « *tout processus de reprise d'un énoncé antérieur, qui maintient, dans l'énoncé reformulé, une partie invariante à laquelle s'articule le reste de l'énoncé, partie variante à l'énoncé source.* » (Martinot, 2010). Il s'agit là d'un processus linguistique à multiples usages. En effet, dès les premières années de notre vie, nous sommes sans cesse repris par nos parents ou professeurs lors de nos nombreuses erreurs de prononciation, conjugaison ou liaison. C'est un moyen d'apprentissage effectif du langage et « *l'acquisition et le développement du langage correspond à la capacité progressive de l'enfant à réaliser différentes conduites ou activités langagières* » (Leroy-Collombel, 2009) notamment la reformulation par l'enfant d'un énoncé avec ses propres mots. La maîtrise de la **paraphrase** s'accroît en fonction de l'âge, et est donc un bon marqueur de la maîtrise du langage en lui-même (Leroy-Collombel, 2009) (Martinot, 2009).

La reformulation peut également être utilisée à des fins éclaircissantes d'un terme ou d'une phrase, pour clarifier sa définition exacte.

On parle d'**auto-reformulation** lorsque le locuteur reprend un terme qu'il a employé lui-même, alors que l'**hétéro-reformulation** est un feedback s'assurant de l'intercompréhension (Bernicot, 2006).

L'auto-reprise, elle, peut être une stratégie discursive pour appuyer sur l'élément répété ou pour réorienter le dialogue, elle peut éventuellement être associée à une syntaxe explicitant linguistiquement la reprise « *et quand je parle de...* », « *je dis bien...* ».

L'hétéro-reprise peut jouer un rôle comparable au feedback, signal que le destinataire écoute et comprend le locuteur (Vion, 2000).

La reformulation est également nécessaire lors d'un discours d'un spécialiste à un profane (Loffler-Laurian, 1984). On parle de **vulgarisation** le fait de mettre à la portée de non spécialiste des connaissances ou idées techniques ou scientifiques (Larousse, 1998). L'enjeu de la vulgarisation étant d'exprimer avec ses propres mots un discours contenant le même message.

Au comptoir, la reformulation aura une grande importance pour l'intercompréhension. Prenons l'exemple d'une première délivrance d'un AVK, le pharmacien pourra alors expliquer « *C'est un anticoagulant de la famille des anti vitamine K, c'est-à-dire qu'il va fluidifier votre sang. En cas de surdosage il peut être à l'origine de saignements, tels que des gingivorragies, saignement des gencives ou des épistaxis, saignements de nez.* »

Néanmoins, selon Ducrot, tout énoncé constitue un événement singulier qui n'a pas la même signification ni la même valeur que l'élément répété. Ainsi le « *Comment ça va ?* » d'accueil du médecin et le même repris quelques instants plus tard pour débiter la consultation n'a pas le même sens.

D'après Robert Vion, lors d'un discours rapporté, le locuteur adopte inévitablement un point de vue manifestant sa présence.

En effet, la **répétition** d'un énoncé par un locuteur n'en étant pas à l'origine n'est jamais reproduite de façon identique. Le contexte et le point de vue du locuteur ayant une influence sur la signification même du message (Vion, 2000).

Le Professeur de Psychologie Josie Bernicot partage ce point de vue :

« *En effet, répéter, reprendre, reformuler ce que nous venons de dire ou ce que vient de dire notre partenaire de conversation n'est pas simplement produire un comportement mais c'est le produire en tant que composante d'une relation.* » (Bernicot, 2006).

2.8. Pauses et silences au cours de l'interaction

Lors d'un échange discursif, le flux verbal subit des interruptions d'une durée variable. On parle de pause lorsque ces interruptions sont

inférieures à deux secondes et de silences lorsqu'elles en sont supérieures. Les silences, contrairement aux pauses, marquent une vraie rupture (parfois simplement provisoire) de la communication.

Les **pauses** peuvent être utilisées soit à des fins syntaxiques (pour marquer une ponctuation dans la phrase) ou peuvent être le reflet d'une hésitation. Les pauses d'hésitation sont parfois à l'origine d'un tour de parole. Dans son article « *Les pauses et les silences dans l'interaction verbale* », Danielle Laroche-Bouvy écrivait en 1984 :

« *D'une façon générale, au cours de l'interaction verbale, tout silence du locuteur, même bref, peut être exploité par un autre participant, qui, soit qu'il se trompe de bonne foi, soit qu'il se sente impatient de placer sa réplique, profite de la rupture de la chaîne parlée et de l'apparente vacance du canal de communication pour en prendre possession.* » (Laroche-Bouvy, 1984).

Néanmoins, certaines pauses sont justement utilisées pour passer le tour de parole à son interlocuteur et connaître son avis sur le sujet discuté.

Les **silences** sont moins fréquents dans l'activité discursive car soit le locuteur reprend le fil de son discours, soit le récepteur comble le vide discursif par la prise de parole et dans ces deux cas les interruptions sont inférieures à deux secondes et sont donc des pauses. Les silences sont souvent le signe d'une réflexion de la part de l'émetteur, ils sont considérés par les acteurs de la discussion comme un défaut de l'interaction qui peuvent être gênés par ces ruptures. En l'absence de signaux verbaux de la part du récepteur, celui-ci doit marquer son écoute par l'intensité de son regard.

Certains silences sont volontaires et chargés de signification ; ils marquent un refus de communiquer, lors par exemple d'une question embarrassante. Enfin, d'autres silences sont le reflet d'une émotion forte ; qu'elle soit positive ou négative, cette émotion peut provoquer une incapacité provisoire à parler, le temps que l'individu reprenne ses esprits.

Au comptoir, ainsi que chez le médecin, le silence peut être utilisé par les professionnels de santé pour laisser le temps au patient de pouvoir s'exprimer ou réagir. C'est d'ailleurs un devoir du professionnel de santé, notamment lors d'annonce d'un diagnostic ou d'un décès. Ces silences sont nécessaires pour laisser le temps au patient d'intégrer la nouvelle sans l'assaillir par trop d'informations. Dans l'article R.4127-35 du code de la santé publique il est précisé que :

« *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il*

tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite. »

Les médecins ont donc un devoir de silence dans le sens de taire une information lorsque le patient le souhaite avec pour exception la mise en danger d'autrui.

Lors de ces silences, le langage corporel est d'autant plus sollicité et interprété, c'est ce qu'on appelle la communication non verbale.

3. La communication non verbale

La communication non verbale fait référence à tout ce qui n'est pas du domaine du langage verbal (discours oral ou écrit). On parle alors de langage corporel. C'est un langage car il s'agit d'un système structuré de signes non verbaux remplissant une fonction de communication (Larousse, 1998). Comme le souligne le linguiste Jean Dubois dans son dictionnaire linguistique : « *Le nom de langage a été étendu à tout système de signes socialement codifiés qui ne fait pas appel à la parole (ex : le langage des sourds-muets). Il se confond parfois avec communication.* » (Dubois, 2001).

A ne pas confondre avec la langue qui est « *un instrument de communication, un système de signes vocaux spécifiques aux membres d'une même communauté.* » (Dubois, 2001).

Dès lors que deux personnes sont en présence, et même si elles ne se parlent pas, elles communiquent entre elles. Il s'agit là du résultat de l'apparence, de ce que nous communiquent les mimiques faciales, les gestes, le regard, la distance ou encore le contact physique.

Comme pour la communication verbale, elle est véhiculée selon un code, et pour que le message soit bien compris par le récepteur, il est nécessaire que le code soit le même pour l'émetteur et le récepteur. Par exemple, un hochement de tête à la verticale signifie « *oui* » en Occident et un hochement de tête horizontal signifie « *non* », alors que dans d'autres cultures c'est parfois l'inverse.

Toutefois, contrairement au langage verbal, cette communication non verbale n'est pas toujours volontaire ni consciente. Le récepteur, lui, capte tous les signes et les interprète tout en écoutant le discours de l'émetteur, lorsque celui-ci parle.

Selon Edward Sapir en 1927 : « *En dépit des difficultés d'analyse consciente, nous répondons aux gestes avec une extrême sensibilité et, pourrait-on dire, selon un code qui n'est écrit nulle part, connu de personne, mais compris par tous.* » (Cosnier, 1977).

La communication non verbale est donc un langage à part entière. Tout comme la communication verbale, la communication non verbale met en jeu un émetteur, un récepteur, un canal (visuel) et un code. La grande différence avec la communication verbale est qu'elle peut parfois avoir un caractère non conscient, et révéler des informations sur l'émetteur sans qu'il en ait l'intention. De même, le récepteur va capter ces signes, parfois inconsciemment, et ces signes vont avoir une influence sur son jugement.

Nous allons voir dans ce chapitre les différentes composantes de la communication non verbale.

3.1. L'apparence

La première chose que l'on juge chez une personne lorsque nous la rencontrons pour la première fois est son apparence. Qu'il soit conscient ou non, ce phénomène vise à analyser la morphologie générale de la personne, les traits de son visage, sa couleur de peau, sa tenue physique, sa tenue vestimentaire, sa coiffure, son maquillage et même son parfum. En effet, chacun de ces critères vont nous renseigner sur la personne.

3.1.1. Les traits du visage

Selon Marc-Alain Descamps (1989), plusieurs études ont montré qu'il existe un certain nombre de stéréotypes quant à la forme ou aux traits du visage. Par exemple les visages ovales sont associés à des personnes calmes et douces, les visages ronds à des personnes gaies, ouvertes, maternelles et tolérantes tandis que les visages carrés seraient affiliés à des personnes autoritaires et volontaires (Barrier, 2014). Selon Guy Barrier (2014), les yeux sont aussi l'objet de stéréotypes : les yeux bleus font penser à des personnes rêveuses alors que les yeux noirs à des personnes sévères. Bien sûr la beauté physique est un critère de jugement, les personnes ayant un aspect agréable ont plus d'attention et de sympathie à leur égard comparées aux personnes au physique désavantageux. Le visage nous renseigne également sur l'âge de la personne : les rides et la peau

distendue chez la personne âgée ou les dents tombées chez un enfant d'environ 7 ans.

3.1.2. La morphologie

La morphologie est un critère de jugement très courant. En effet, les personnes obèses sont souvent associées à des personnes lentes, calmes ou paresseuses, les personnes musclées comme énergiques, sûres d'elles et plus manuelles qu'intellectuelles tandis que les personnes maigres comme des personnes tendues et parfois froides et cassantes.

3.1.3. La peau

Les zones de peau non couvertes par des habits peuvent renseigner le récepteur sur l'origine de la personne (couleur de la peau) mais également sur la manière qu'a la personne d'entretenir son corps (hygiène générale, bras musclés, piercings, tatouages).

3.1.4. La tenue physique ou posture

La tenue corporelle peut être révélatrice de la pensée ou du ressenti de la personne : les bras croisés peuvent être synonyme d'écoute avec attention ou de protection si la personne se sent agressée ; une posture droite pleine de vitalité ou affaissée d'un déprimé ne renvoient pas le même message. Egalement la position assise peut révéler une aisance lorsque les jambes sont allongées à l'avant alors que des jambes repliées sous la chaise peuvent marquer une tension. Une personne qui est ou se sent dominante aura le port de tête droit, tandis qu'une personne dominée baissera la tête. La position d'un groupe de personnes est révélatrice quant à la bienvenue d'une tierce personne, selon que le groupe est complètement fermé en rond ou ouvert, en demi-cercle par exemple. La posture nous donne donc des indications quant à l'attitude, aux émotions et au degré de courtoisie de l'émetteur (Dinica, 2014).

3.1.5. La tenue vestimentaire :

La tenue vestimentaire est le reflet de la personnalité, du statut social et parfois même du métier (gendarme, médecin, militaire) ou de l'appartenance à un groupe (sportif, scouts, religieux, familial, politique, domestique, culturel). La propreté et le goût avec lequel ils sont choisis ont un impact sur notre perception de la personne qui les porte.

Selon Yves Delaporte, en Europe rurale, et ce depuis le XVIII^{ème} siècle, une codification des signes vestimentaires nous renseigne

immédiatement sur l'âge, le sexe et le statut social de la personne concernée (Delaporte, 1981). En 1975, Roland Barthes, sémiologue et écrivain français, rappelait déjà que l'usage du vêtement était passé de protection (froid, intempéries) à parure et considérait le vêtement comme un véritable objet de communication : « *Le vêtement est toujours implicitement conçu comme le signifiant particulier d'un signifié général qui lui est extérieur (époque, pays, classe sociale).* » (Barthes, 1957). Selon lui, toute couverture corporelle a tendance à s'insérer dans un système formel, organisé, normatif, consacré par la société. Ainsi, d'un simple coup d'œil nous pouvons parfois avoir une idée de la personne à qui nous avons affaire.

Le choix des habits prend encore plus d'importance lorsque nous nous trouvons dans une situation où nous voulons faire bonne impression, lors d'un entretien d'embauche par exemple. Il est difficile de juger une personne en peu de temps, et ce que nous jugeons en premier est l'aspect extérieur de la personne. Dans son article « *La communication non verbale dans l'entretien de sélection* », Abdelouahed Noukoud stipule : « *La façon dont le prétendant est habillé exprime en grande partie sa réalité, elle informe, avec une forte probabilité, sur son milieu social, ses goûts et sur son caractère.* » (Noukoud, 2000). Alain Van Cuyck parlait en 1992 du vêtement comme canal social de communication et le décrivait comme une prolongation de la personnalité de chaque individu (Noukoud, 2000).

3.1.6. La coiffure, les bijoux, le maquillage et le parfum :

L'hygiène (notamment celle des mains), un parfum excessif ou une odeur corporelle gênante, un maquillage discret ou au contraire démesuré, des bijoux en abondance ou un simple anneau marital, une coiffure en chignon stricte ou des cheveux sales et négligés ; tous ces détails sont analysés par le récepteur et renvoient une image qui renseigne sur la personnalité et la vie intime de l'émetteur.

3.2. Mimiques faciales

3.2.1. Macro expressions et micro expressions

La face est la partie la plus expressive du corps et c'est la partie du corps la plus analysée et interprétée par le destinataire, et ce, même s'il n'a jamais appris à interpréter les expressions faciales. Dès le XIX^{ème} siècle, la théorie d'un langage mimique et gestuel **inné et universel** est avancée. A l'époque, c'est un sujet qui intrigue nombreux médecins et anthropologues et les hypothèses affluent. Pierre Gratiolet, médecin et naturaliste français voit le langage d'expression comme un langage commun aux Hommes et aux animaux. Le naturaliste anglais Charles Darwin ainsi que le médecin et

anthropologue italien Paolo Mantegazza vont plus loin, et, dans une perspective évolutionniste, voient dans le geste animal l'ancêtre du geste humain, ce qui renforce l'hypothèse de Darwin selon laquelle toutes les races humaines ont une origine commune. Selon eux le langage non verbal par les gestes et mimiques serait donc inné et serait le fruit de l'évolution des espèces.

Darwin et Mantegazza ont voulu tester l'universalité de ce langage mimique par des études consistant à interpréter des expressions à partir de photographies. Bien que les résultats ne soient que peu concluants, selon Mantegazza l'universalité reste un fait premier, tandis que les exceptions sont des particularités locales. Il néglige alors complètement les expressions qui tiennent des habitudes culturelles ou sociales, contrairement au psychologue allemand Wilhelm Wundt qui règle le problème de l'universalité par le passage d'un signe naturel au signe conventionnel et intentionnel grâce au contact social.

Le langage mimique et gestuel serait donc inné et universel grâce au fruit de l'évolution mais connaîtrait des variantes géographiques selon les habitudes et conventions sociales locales (Drouin, 1992).

Depuis, l'analyse des expressions faciale a évolué et dans les années 1980 le psychologue américain Paul Ekman a défini six émotions fondamentales et universelles : la peur, la joie, la tristesse, le dégoût, la surprise et la colère (Davoine F, 2004). Ces émotions fondamentales sont reconnues dès l'enfance. En effet, bien qu'un nourrisson imite certains mouvements faciaux simples (extension de la langue, froncement des sourcils) dès les premiers jours de vie, la capacité à catégoriser et reconnaître les expressions fondamentales survient plus tard. Ainsi, un enfant de trois ans reconnaîtra les expressions faciales de la joie, de la colère et de la tristesse, tandis que la reconnaissance des expressions de peur, surprise et dégoût sera plus tardive (trois à cinq ans) et aura une évolution plus lente (Gosselin P, 1995).

Paul Ekman va plus loin dans l'analyse des expressions faciales et décrit en 1978 les activités musculaires du visage (mouvement, contraction, plissement) sous forme d'unité d'action (UA) et la combinaison de plusieurs macro-expressions (expression visible qui dure entre une et cinq secondes) ou micro-expressions faciales (expression presque subliminale qui dure entre un seizième et une demi seconde), localisées en fonction des différentes parties du visage a abouti à plus de 400 configurations. C'est ce qu'on appelle le *Facial Action Coding System* (FACS). Le système FACS est donc un système complexe d'analyse des macro- et micro-expressions qui n'est pas à la portée de tous. En effet, on estime que sa maîtrise nécessite cent heures d'apprentissage, et son utilisation nécessite différentes mesures et différenciations de plusieurs états d'un même

muscle. De plus, certaines combinaisons comprennent jusqu'à une dizaine d'UA (Gosselin P, 1995).

De ce fait, ne s'improvise pas expert en analyse des micro-expressions qui veut. Pourtant l'émergence de formations, livres, sites internet et série télévisée (Lie to me par exemple) à ce sujet pourrait faire penser le contraire. En effet, ces dernières années un engouement s'est fait ressentir, et par le biais d'une simplification et d'une vulgarisation scientifique différents sites internet proposent un entraînement aux micro-expressions avec pour promesse finale de savoir détecter le mensonge. Malgré l'attrait que peuvent susciter ces pages web, l'apport scientifique et linguistique reste superficiel et l'analyse des micro-expressions est souvent réduite à des clichés.

3.2.2. Exemples d'expressions faciales

Il existe bien d'autres modèles de description des mimiques faciales que le FACS de Paul Ekman. Le système MAX du psychologue américain Carroll Izard ressemble au système FACS mais a pour différence de cataloguer les expressions théoriques tandis que le système FACS mesure tous les mouvements musculaires de la face possible. Le système EMG, lui, mesure les potentiels électriques des muscles de la face lors de leur contraction. Son désavantage reste, bien qu'il y ait eu des progrès au cours des dernières années, qu'il y a une interférence lorsque le sujet parle, car cela induit la contraction des muscles et perturbe la lecture des potentiels électriques de l'émotion (Ekman, 2005).

Le FACEM est une dérive du système FACS développé par Ekman et Friesen qui s'appuie sur une procédure de morphing des expressions faciales les plus prototypiques et est très utilisé en milieu clinique.

Voici des exemples d'interprétation de mimiques faciales de W. Stripp, S. Weiss et B. Scott (Dinica, 2014):

- Sourcils levés et bouche ouverte : surprise
- Sourcils froncés et le front plissé : inquiétude, frustration ou colère
- Narines dilatées : colère ou excitation sexuelle
- Lèvres pincées : hésitation, cachoteries.

Guy Barrier a regroupé les signes de la souffrance (Barrier, 2013) :

- Lèvres pressées : souvent appelées « serrer les dents »
- Rictus de sourire forcé
- Etirement des coins de la bouche écartant la mâchoire à l'horizontal

- Fronçage des sourcils et resserrement des yeux, comme lorsque l'on est ébloui
- Sourcils levés et yeux écarquillés, semblable à l'étonnement
- Contraction du front et des sourcils vers le bas
- Froncement de nez et contraction du front

3.2.3. Mimétisme facial

Le feedback du récepteur, l'action provoquée par celle de l'émetteur, est souvent similaire à celui de l'émetteur. En effet, lorsqu'une personne nous sourit, on a tendance à lui rendre son sourire et au contraire, lorsqu'une personne a l'air triste, notre visage se renfroge également. C'est ce que l'on appelle le **mimétisme facial**. C'est un phénomène automatique, qui semble être un réflexe. Cependant, plusieurs études ont montré que ces mêmes réponses faciales étaient retrouvées lorsque le stimulus était vocal ou provoqué par le langage corporel. Ceci signifie donc qu'il s'agit bien plus que d'un simple mimétisme, que ce feedback a sa propre signification (Likowski, 2011).

3.2.4. Contrôle des émotions

A la différence des animaux, l'Homme peut contrôler certaines émotions. En modifiant volontairement ses expressions faciales, il peut modifier l'intensité d'une émotion (par exemple la peur, en manifestant une légère crainte alors qu'il est effrayé, ou l'inverse), avoir l'air indifférent ou dissimuler une émotion (Iandolo, 2001). Ce contrôle reste néanmoins limité à certain signes, il ne pourra par exemple pas contrôler ses micro-expressions qui sont des manifestations du système nerveux autonome éphémères ni certains effets physiologiques comme la dilatation des pupilles, le rythme cardiaque, la respiration ou la transpiration (Barrier, 2013). Ces signes là seront néanmoins parfois captés par le récepteur qui aura alors tendance à douter de la sincérité de son émetteur.

Mais pourquoi cache-t-on ses émotions ? Parfois pour atteindre un but particulier mais la plupart du temps un individu feint une émotion particulière pour être conforme aux conventions socioculturelles (Ochs, 2006). Selon Cosnier, la pression socio-culturelle au niveau des règles d'utilisation des mimiques a conduit au fait qu'elles sont devenues conventionnelles et se sont détachées de l'émotion réellement vécue et servent à présent, à connoter le discours. Néanmoins, leurs manifestations spontanées non conscientes fournissent des renseignements précieux sur les sentiments authentiques de celui qui les réalise (Cosnier, 1982).

Le visage, outre sa composante identitaire à l'état statique, est donc le support des expressions et des émotions, à l'état dynamique.

3.3. Les gestes

3.3.1. Les gestes de l'émetteur

Lors d'un discours, l'émetteur ne reste jamais statique. En effet, il accompagne ses mots par des gestes, ce sont des gestes co-verbaux, qui ont pour utilité d'illustrer, souligner ou accentuer le discours. La plupart des gestes co-verbaux sont effectués par les mains, moins par la tête et les jambes.

Le langage des mains permet notamment d'indiquer une personne ou un objet, une position spatiale (derrière, dessous), une forme ou une taille, un mouvement et peuvent refléter le ressenti de la personne : poing serré lors de la colère, torsion des mains lors d'un stress.

Beaucoup de ces gestes sont inconscients. Il est d'ailleurs intéressant d'observer que certaines personnes parlant au téléphone utilisent le langage des mains et cela même si leur interlocuteur ne peut les voir.

3.3.2. Les réactions gestuelles de l'auditoire

Lorsqu'on lui parle, le récepteur réagit, c'est ce qu'on appelle le feedback. Le feedback (réactions du récepteur) peut bien évidemment être oral avec des formes verbales telles que « *oui* », « *bien sûr* » ou en répétant le dernier mot de l'émetteur ; mais il existe également des réactions non verbales du récepteur en réponse à ce que dit l'émetteur :

- **Réactions** quant à l'énoncé : hochements de la tête pour montrer la compréhension ou l'approbation, sourcils froncés et mouvements de la bouche pour la désapprobation ou la non compréhension. Mais également des signes de joie, de tristesse, de surprise ou toute autre émotion.
- **Imitation** de l'émetteur : Selon Fabienne Martin-Juchat, l'imitation aurait un rôle fondamental en facilitant l'interprétation des affects d'autrui et serait de l'empathie. L'imitation est la reproduction des expressions faciales, des postures et des gestes (signes de tête, sourires) (Martin-Juchat, 2002).
- **Signes de l'intensité de l'écoute** : les signaux d'attention sont les signes de tête, la posture et la proximité ainsi que les regards intermittents.

Ces réponses muettes peuvent parfois être captées par la personne qui parle, ainsi elle regardera aux moments stratégiques son interlocuteur (fin de phrases ou pauses) pour capter ces signes de feedback, et avoir une idée

de l'écoute et de la compréhension de celui-ci. A ce sujet le psychologue québécois Pierre Gosselin écrit : « *Les expressions du visage permettraient aux protagonistes impliqués dans une interaction de faire une appréciation de l'état émotionnel de l'autre et ce serait en partie sur cette appréciation que chaque protagoniste ajusterait son comportement.* » (Gosselin, 1995).

3.3.3. Gestes conventionnels

En fonction des cultures, certains gestes sont connus pour avoir une signification, tels que se serrer la main pour se saluer, lever le pouce pour encourager ou montrer son approbation, claquer des doigts pour attirer l'attention, lever le poing en l'air en signe de victoire, lever les yeux au ciel par énervement, souffler par impatience ou encore se frotter les mains par délectation.

3.4. Le regard

L'étude du comportement visuel à travers le monde est intéressante tant elle diffère selon les peuples. Certains peuples ont un regard plus appuyé, comme les maghrébins par exemple par rapport aux occidentaux. Les japonais, eux, ne regardent pas directement dans les yeux, mais visent plutôt le cou. Le caractère de chaque individu a également une influence sur le regard : les personnes extraverties vont soutenir leur regard, tandis que les introvertis auront plutôt tendance à fuir les contacts visuels (Iandolo, 2001).

3.4.1. Fonction expressive du regard

Les yeux et le regard remplissent plusieurs fonctions et ont notamment un rôle important dans l'expression des émotions. Grâce aux muscles des yeux qui permettent de diriger le regard, de bouger les paupières mais également grâce à la physiologie de l'organe en lui-même tels que la dilatation des pupilles ou l'irrigation lacrymale, les yeux sont porteurs d'émotion. Il existe également des signaux conventionnels (baisser les yeux, lever les yeux au ciel) qui permettent de refléter la pensée de son émetteur.

Le fait de regarder en l'air peut avoir pour signification de chercher un élément dans sa mémoire alors que de regarder en bas peut être l'expression d'une tristesse, d'une timidité, d'une modestie ou de cachoteries. Le simple fait de regarder ou de ne pas regarder une personne est connoté, car il indique une volonté ou non de communiquer avec la personne.

3.4.2. Fonction du regard lors d'un dialogue

Lors d'une discussion en face à face, le regard tient une importance majeure. Il permet de coordonner les tours de parole, mais également de s'assurer que son partenaire de discussion est attentif et averti.

La **fonction de régulation** du regard concerne l'ouverture, la synchronisation ainsi que la fermeture des échanges verbaux mais également l'engagement ou le désengagement dans une conversation pour marquer des pauses dans le discours, ou au contraire, le reprendre.

La **fonction de contrôle** du regard a pour but de collecter les signaux non verbaux du récepteur pour évaluer son attention mais également sa compréhension (Galiano, 2007). L'émetteur se pose ainsi constamment ces quatre questions : « *Est-ce qu'il m'entend ?* », « *Est-ce qu'il m'écoute ?* », « *Est-ce qu'il me comprend ?* », « *Qu'est-ce qu'il en pense ?* » (Cosnier, 1997).

Il a été démontré que lorsqu'une personne a la parole, elle a tendance à moins regarder son partenaire, alors que lorsqu'elle écoute, l'attention visuelle envers la personne qui parle est accrue. L'attention visuelle serait d'ailleurs proportionnelle à l'intérêt que porte le récepteur au discours prononcé par l'émetteur, de ce fait il y a décentration du regard lorsque le récepteur se sent moins concerné par le sujet du discours ou lorsqu'une autre source d'information entre en jeu (Rimé, 1977).

Dans les années 70, Argyle et Dean, puis Stephenson, Rutter et Dore ont mis en évidence le fait que, plus deux personnes qui parlent sont proches dans l'espace, moins le contact visuel sera fréquent, et vice-versa. De plus, Breed montre que l'attention visuelle pour son partenaire croît avec l'intimité. Cependant ces deux démonstrations ne sont pas tout à fait exactes, car lorsque l'on est assis dans un train à côté d'une personne inconnue, bien que l'intimité soit élevée, on cherche à éviter les regards, alors que deux amoureux très proches vont se regarder affectueusement pendant de longs instants. Selon Rimé, ce qui entre en jeu n'est donc pas l'intimité, mais la disposition des partenaires à interagir, qui quant à elle, est liée au degré d'attention visuelle (Rimé, 1977).

De ce fait, comme un élève évitant le regard de son professeur lorsque celui-ci pose une question à la classe, lorsqu'une personne n'est pas motivée à interagir avec le sujet, elle évitera de répondre à ce regard. Au contraire, un contact visuel au début du discours signifie que le canal est ouvert pour la communication dans les deux sens.

Néanmoins, même si le regard et la vision ont un rôle important dans la communication, les communications avec une personne aveugle ne sont pas impossibles. D'ailleurs, si une difficulté existe, elle sera liée à la

personne voyante qui devra s'adapter au comportement non conventionnel de la personne aveugle (Galiano, 2007).

3.5. Espace interactionnel

Chaque individu interagit dans un lieu tridimensionnel grâce à ses postures, son orientation, ses mouvements mais également ses distances physiques vis-à-vis de son ou ses interlocuteurs. L'anthropologue américain Edward T. Hall décrit en 1966, dans son livre *La dimension cachée*, la dimension subjective qui entoure chacun et la distance physique à laquelle les individus se tiennent les uns des autres selon des règles culturelles subtiles. Il parle ainsi de **proxémique** : *partie de la linguistique qui étudie l'utilisation de l'espace par les êtres animés et les significations qui s'en dégagent* (Larousse, 1998). Par ses expériences sur des sujets de la classe américaine de la côte nord-est, Edward T. Hall a réussi à déterminer différentes distances de communication, chacune étant marquée par des modifications sensorielles : ce sont les distances intime, personnelle, sociale et publique ; chacune de ces distances comporte un mode proche et un mode éloigné.

Lors d'une étude proxémique plusieurs facteurs sont pris en compte, il y a bien sûr les distances mais également l'interaction visuelle, la direction du souffle et les micromouvements des mains. Chacun de ces facteurs a une signification, qui peut différer selon les cultures.

3.5.1. La distance intime

La distance intime proche (0 à 15 cm) est une distance à laquelle le contact avec l'autre personne est inévitable et recherché (amoureux, parents-enfants). Si proche, la vision est déformée, on ne peut que fixer notre regard sur un détail et la position « yeux dans les yeux » est souvent utilisée. Des stimuli sensoriels (chaleur et odeur du corps) sont également perçus.

La distance intime éloignée (15-45 cm) est utilisée chez des personnes très proches, elle n'est habituellement pas utilisée pour des personnes non intimes. A cette distance la parole devient plus fréquente et la vue plus focalisée est moins déformée.

Bien que lorsque l'on ne connaît pas ou peu une personne on s'efforce de respecter une distance minimale correcte, il existe des situations où l'on enfreint cette règle de bienséance. En effet, chez le médecin par exemple, le patient se laissera ausculter et palper par le médecin. De même chez le pharmacien, lors de la prise de mesure pour une paire de bas ou de l'essayage d'une ceinture lombaire ou d'une genouillère, le patient acceptera de se déshabiller.

3.5.2. La distance personnelle

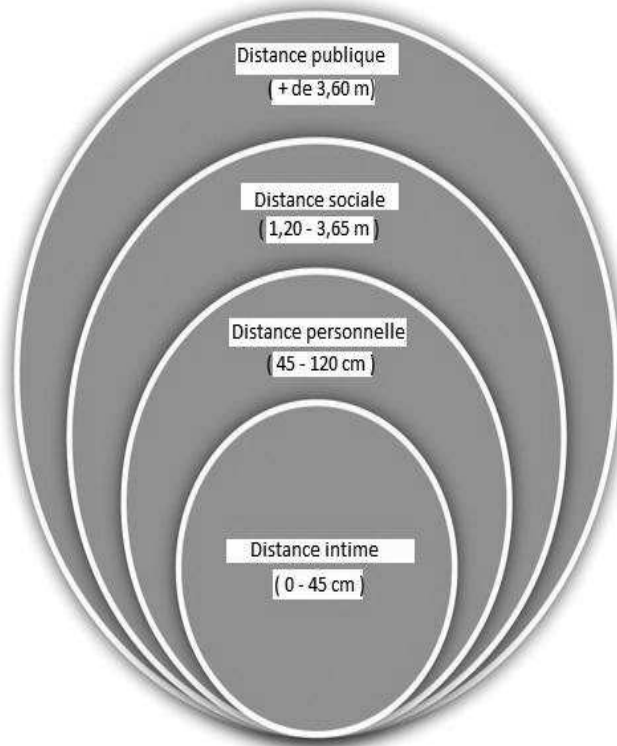
La distance personnelle va de 45 à 120 cm (mode proche : 45 à 65 cm et mode éloigné 65 à 120 cm) et délimite l'espace personnel, cette « bulle » nous séparant des autres et de leur contact physique. A cette distance la vision de l'autre englobe le visage entier et chaque détail reste perceptible.

L'espace personnel aurait, selon les différentes théories, plusieurs raisons d'être :

- L'espace personnel est instinctif et est un système de **défense** contre les autres individus.
- L'espace personnel est l'expression de la **distance sociale** : distance sociale que l'on retrouve, par exemple, au sein d'une même entreprise et qui est différente selon les différences de grades hiérarchiques.
- L'espace personnel est une **norme sociale**, différente selon les cultures.
- L'espace personnel est une **composante de la communication** et participe à son équilibre. En effet, en 1965 Argyle et Dean exposent une théorie selon laquelle il existe un niveau d'intimité de la relation qui doit se retrouver dans la situation sociale. L'intimité de la relation est fonction d'un certain nombre de facteurs, comme l'intimité du lieu, la proximité du partenaire, le regard ou le sourire,

et lorsque l'un de ces facteurs baisse, au moins un autre doit augmenter pour garder un même niveau d'intimité. Ainsi ils montrent qu'on s'approche plus de quelqu'un qui a les yeux fermés que de quelqu'un qui les a ouverts, et qu'un sujet regarde d'autant moins son partenaire qu'il est situé près de lui. (Lécuyer, 1976).

Selon Sommer, le terme « espace personnel » correspond à la zone empreinte d'émotion qui englobe le corps humain et qui est ressentie par chaque personne comme son espace (Churchman, 2003). Cet espace personnel nous entoure et a une forme elliptique ;



en effet il est plus étendu à l'avant : alors que l'on peut supporter une faible distance pour une personne inconnue assise dos à nous (dans un aéroport par exemple), on ne supportera pas cette même distance lorsque la personne se trouve face à nous.

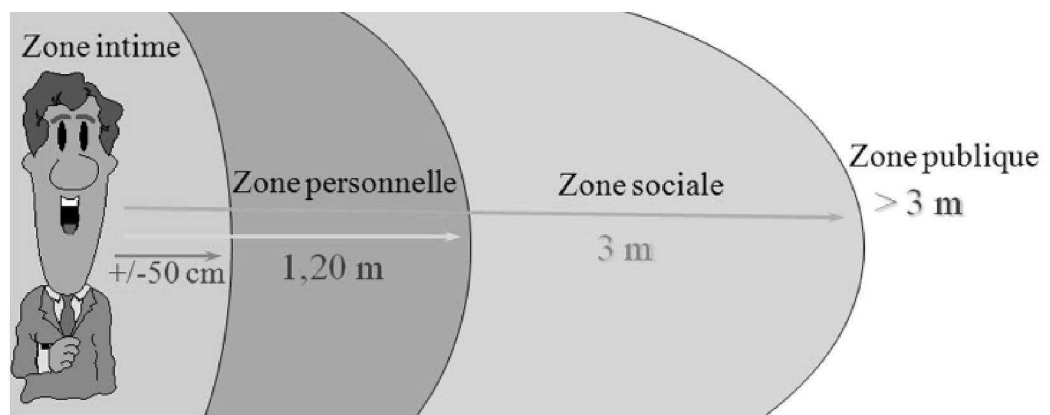
Chaque personne préserve au maximum et de manière inconsciente cet espace personnel, et réagit lorsqu'il est violé. Néanmoins, dans certaines circonstances l'espace personnel se trouve réduit, dans une file d'attente ou un ascenseur par exemple, chaque personne prendra alors bien soin de ne toucher aucune des autres personnes présentes.

3.5.3. La distance sociale

Cette distance sociale va de 1,20 à 3,65 m (mode proche : 1,20 à 2,10 m et mode éloigné : 2,10 à 3,65 m) est utilisée au travail car elle permet d'être concentré sur sa tâche sans ressentir la pression d'une proximité gênante. La perception visuelle englobe des zones plus vastes et certains détails peuvent passer inaperçus. Lors d'une communication verbale la voix doit être plus élevée et peut donc être captée par d'autres personnes environnantes. La chaleur et l'odeur corporelle de l'interlocuteur ne sont plus perceptibles.

3.5.4. La distance publique

La distance publique commence à 3,60 m (mode proche : 3,60 à 7,10 m et mode éloigné au-delà de 7,10 m) et est une zone considérée comme libre de tout engagement personnel avec les autres (Iandolo, 2001). A cette distance, si l'on veut communiquer, il est nécessaire de parler fort et distinctement. Les nuances et émotions sont atténuées car les expressions faciales sont moins perçues. Pour faire passer une émotion, il faut alors exagérer tout geste et toute mimique, comme au théâtre par exemple.



Selon R. Sommer (1973), lorsque deux personnes communiquent, leurs positions ne sont pas choisies au hasard mais dépendent de la nature de leur relation et du type de communication voulu. L'orientation face à face sera utilisée lors d'une entrevue formelle ou d'affrontement, celle côte à côte lors d'une collaboration et à angle droit lors d'un dîner intime.

Tout ceci varie bien évidemment en fonction des cultures et selon les sexes des interlocuteurs. Ainsi les anglais préfèrent parler à angle droit tandis que les maghrébins parlent face à face. En Amérique latine, les distances d'interaction sont beaucoup plus proches qu'en Europe et de manière générale, lorsqu'un homme parle à une femme, cette distance augmente.

Lorsque deux personnes de cultures différentes parlent ensemble, leurs distances d'interaction habituelles peuvent différer. Dans ce cas, lorsqu'un individu recule ou avance vers son interlocuteur pour être dans sa zone confortable, l'autre rétablira leurs positions en tentant de faire un compromis entre les deux zones confortables (Albas, 1991).

3.6. Le contact physique

Le contact physique, le toucher est un mode de communication peu connu, mais très puissant. Il fait référence à la fréquence du toucher et la façon de se serrer la main, taper sur l'épaule ou toucher le bras. C'est un canal utilisé de manière préférentielle pour certaines émotions. Il est maintenant connu, qu'en fonction de l'émotion transmise, un canal pourra être utilisé spontanément, comme les mimiques du visage pour exprimer la colère, la peur, le dégoût, la joie ou la tristesse, le langage du corps pour l'embarras, la fierté, la honte ou la culpabilité et le toucher pour exprimer la **compassion** ou **l'amour**. En d'autres termes, le choix du canal pour exprimer les émotions se fait de manière non aléatoire (App, 2011). De plus, chaque individu a un canal préférentiel, et est plus réceptif aux émotions de celui-ci.

Les récentes études sur l'utilité du toucher montrent que celui-ci a plusieurs rôles : le toucher est une source d'influence puissante et est également un indicateur du rapport de dominance entre les personnes.

3.6.1. Contact physique et influence

En 1977, le chercheur Chris Kleinke montre que le simple fait de toucher le bras d'une personne inconnue pendant quelques secondes pouvait influencer cette personne et la rendre plus facilement compliant à une requête (Guéguen, 2004). Son expérience se situe dans une cabine téléphonique, où quelques pièces de monnaie ont volontairement été oubliées. Au moment où une personne sortait de la cabine en question, elle

était accostée par un enquêteur qui s'empressait de lui demander si elle avait retrouvé son argent oublié dans la cabine. L'étude montre que 96 % des personnes touchées ont restitué l'argent contre 63 % des personnes non touchées. D'autres expériences ont trouvé le même résultat, et ceci peu importe le sexe de la personne touchée et de la personne qui touche.

Le toucher a également un effet positif sur l'évaluation des personnes ou des lieux, même lorsqu'il s'agit de juger un thérapeute.

Les études de Steward et Lupfer (1987) ont révélé l'influence indirecte du toucher : le simple fait pour un professeur de toucher deux fois le bras d'un étudiant lors d'un entretien conduit à une amélioration des performances ultérieures de cet étudiant (Guéguen, 2000).

Le toucher est donc une grande source d'influence sur autrui, que la requête soit explicite ou même implicite.

3.6.2. Contact physique et hiérarchie

Le toucher entre également en jeu dans les rapports hiérarchiques. En effet selon Nancy Henley (1973) le toucher est plus souvent initié par des dominants sur des dominés : hommes sur femmes, professeurs sur élèves, parents sur enfants et supérieurs hiérarchiques sur subordonnés (Guéguen, 2000). Le toucher est donc un indicateur de statut. De ce fait, un contact tactile induit une perception différenciée du statut du toucheur : celui qui touche l'autre est perçu comme de plus haut statut. Le statut a également une influence sur l'évaluation de la personne, dans un sens qui la favorise toujours. Et un solliciteur de plus haut statut verra plus favorablement ses requêtes acceptées, même par des personnes inconnues avec lesquelles aucun lien de subordination économique ou professionnelle n'existe, par la simple manipulation de l'apparence vestimentaire du solliciteur (Guéguen, 2008). Ainsi selon la position statutaire du toucheur, l'efficacité du contact tactile n'est pas la même.

Le toucher est donc ressenti et perçu comme un rapport de places dominé-dominant avec pour conséquence l'acceptation plus facile des requêtes du dominant par le dominé.

Dans la relation pharmacien-patient, le pharmacien représente un professionnel de santé avec une certaine autorité. Il pourra alors utiliser le toucher pour rassurer le patient sur l'utilité et l'efficacité d'un traitement.

4. La communication paraverbale

La communication paraverbale fait référence aux signes vocaux tels que l'intonation, le ton, le timbre, la voix, le rythme, le débit, la prononciation, l'accent et l'accentuation. Selon Ronald Jenn, « *l'énoncé*

est porté par un souffle, une voix, une respiration, autant d'éléments qui lui donnent une coloration, une tonalité, un rythme. » (Jenn, 2008).

Le paraverbal permet donc une mise en relief, pour insister sur un segment de l'énoncé. C'est la grande différence entre un texte écrit et un texte oral.

En 1999 Jean-Charles Chabanne fait une distinction qu'il qualifie de rudimentaire entre le verbal et le paraverbal :

« Le verbal serait ce qu'une transcription écrite conserve des phénomènes langagiers ; le paraverbal serait ce que seul un enregistrement au magnétophone pourrait enregistrer, mais que l'écrit ne retient pas ». (Chabanne, 1999).

Il précise que c'est une distinction discutable car l'écrit, par la ponctuation, l'écriture pseudo-phonétique, l'italique ou encore les majuscules permettent de transcrire en partie le paraverbal.

En 1982 Laver et Trudgill fournissent une classification qui divise les signes vocaux en trois catégories :

- Les **caractéristiques extralinguistiques de la voix** : aspects permanents qui dépendent de l'aspect anatomique et de la façon de régler l'appareil vocal
- Les **caractéristiques paralinguistiques du ton de la voix** : ils servent à envoyer des informations sur l'état émotionnel et sur les attitudes interpersonnelles
- Les **caractéristiques de la réalisation phonétique** : accent et prononciation du parlant.

(Hennel-Brzozowska, 2008).

En 1992 le Professeur de psychologie Michael Argyle distingue trois caractéristiques de la voix, essentiels pour la compréhension d'un discours : le ton, l'intensité et la vitesse.

Le **ton** est la fréquence hertzienne de la voix, c'est-à-dire la hauteur du son. Bien sûr il est de base propre à chaque personne mais on peut faire varier cette hauteur pour accentuer un élément de la phrase ou pour ponctuer (ton descendant conclusif ou suspendu, ton ascendant interrogatif ou exclamatif).

L'intensité correspond au volume de la voix (fort ou faible). De même l'intensité peut être augmentée pour accentuer un mot ou au contraire elle peut être diminuée pour parler de manière confidentielle et montrer que l'on ne veut pas que d'autres personnes écoutent. Au comptoir

du pharmacien, lieu censé être confidentiel mais qui l'est peu, une personne gênée par le regard des autres parlera au pharmacien avec une faible intensité. Le pharmacien devra respecter cette discrétion et emprunter un ton équivalent en s'adressant à la personne.

Bien sûr, l'intensité est fonction de la physiologie de chaque personne et évolue dans le temps ; en effet les personnes âgées ont tendance à parler moins fort que durant leur jeunesse.

La **vélocité** correspond au débit de parole, c'est-à-dire au nombre de syllabes par seconde. Certaines personnes parlent très vite, ce qui peut rendre la compréhension de leur discours plus difficile, tandis que d'autres articulent chaque mot et ont donc une vélocité diminuée.

Les signes vocaux non verbaux correspondent à « l'identité » de la voix. Ils permettent de reconnaître une voix familière et de distinguer un individu d'un autre. Grâce à leurs facteurs physiologiques on peut souvent reconnaître un homme d'une femme, un enfant d'un adulte et un vieillard d'une personne jeune. La voix est également vectrice d'émotion et, selon Michael Argyle elle l'est même plus que la face (Hennel-Brzozowska, 2008). Ainsi on peut différencier un ton euphorique ou joyeux (ton haut, rythme rapide) d'un ton dépressif (voix plate, monotone).

La voix permet donc de mettre un ton ou une connotation à un discours. Ce phénomène est d'ailleurs largement appréciable avec les messages écrits par textos. En effet, nombre d'entre eux sont parfois mal interprétés dû à l'absence de ton.

5. Humeur, douleur et communication

Comme évoqué précédemment au sujet de la voix, notre humeur influence directement notre communication. En effet, des recherches ont montré que la communication d'une personne qui est de mauvaise humeur est plus évasive que celle d'une personne de bonne humeur. De plus, lorsqu'une personne se sent en conflit, elle aura encore plus tendance à être évasive (contradictions, phrases incomplètes, incohérence) ou à mentir (Cromer, 2004).

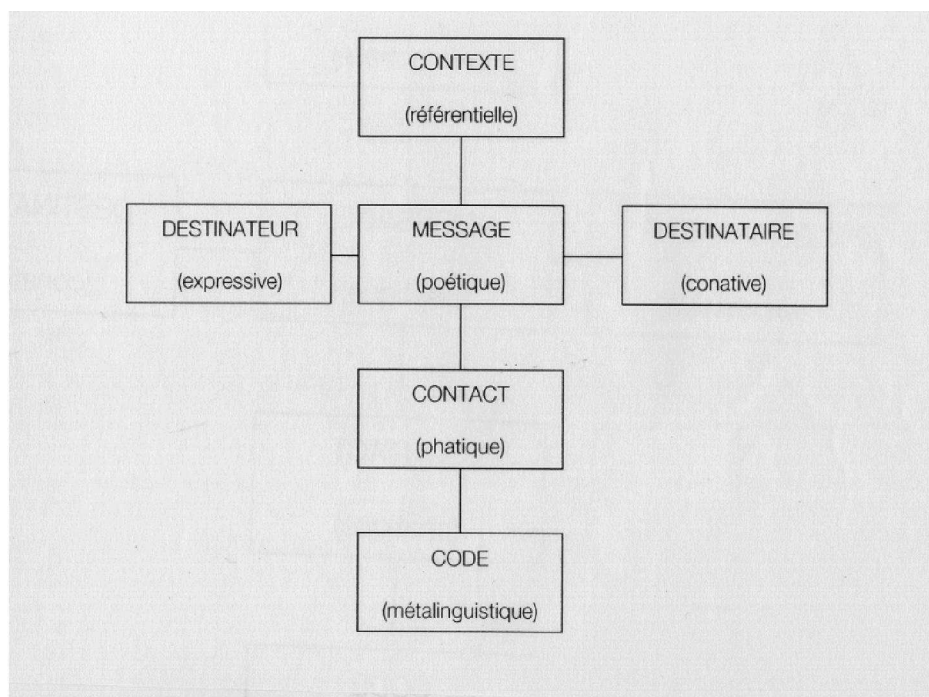
Les personnes d'humeur triste ont également tendance à être plus exigeantes vis-à-vis de la politesse, notamment lors d'une sollicitation, d'autant plus que la demande est difficile (Forgas, 1999). De même, leurs réactions sont plus souvent négatives, lentes et sur la défensive par rapport aux personnes d'humeur joyeuse.

Une personne qui souffre, physiquement ou moralement est une personne fatiguée. Fatiguée par la souffrance en elle-même mais également par les conséquences que celle-ci a sur la qualité du sommeil. On peut donc estimer que la souffrance joue sur la communication. De ce fait, Jacques Cosnier compare la souffrance aux émotions. En effet dans un article écrit en 2003, il reprend la définition de l'émotion ainsi que les critères émotionnels décrits par Paul Ekman et fait le rapprochement avec la douleur (Cosnier, 2003). Il exprime clairement le fait que la douleur n'est pas une émotion mais que l'émotion, l'humeur et la douleur sont toutes caractérisées par des éprouvés spécifiques qu'il nomme *affects*.

Au comptoir, le pharmacien se retrouve régulièrement en face de personnes dépressives ou qui souffrent. Il doit alors se rappeler que leur état moral ou physique influence leur capacité à communiquer.

6. Les obstacles à la communication

En télégraphie, pour qu'une communication soit réussie le message d'arrivée doit être identique au message de départ. Sinon, cela signifie que le récepteur a mal compris ou que l'émetteur ne s'est pas fait comprendre. En réalité, tout acte de communication subit des interférences, et ce à tout niveau de la chaîne de communication : émetteur, récepteur, code, canal et message en lui-même avec des mots qui ont changé de sens ou qui en ont plusieurs.



La communication se trouve alors insuffisante, défectueuse ou déformée et mène à des différends, mésententes ou malentendus.

Ainsi selon Christine et Véronique Servais, pour qu'une communication soit efficace, il faut admettre que l'émetteur et le récepteur auront des versions différentes de leur interaction, sans qu'aucune de ces versions ne soit plus juste ou plus objective que l'autre, et accepter alors de mal se comprendre (Servais et Servais, 2009).

6.1. Facteurs liés à l'émetteur

L'émetteur est la source du message en lui-même. Ainsi beaucoup des facteurs jouant sur la bonne transmission du message lui sont liés. Tout d'abord, l'émetteur peut avoir les **idées confuses**, ce qui générera un message mal structuré ; ou au contraire il peut avoir les idées claires mais un **vocabulaire pauvre** ou mal adapté (Iandolo, 2001).

Parfois le message peut être peu compréhensible, dû à une faible intensité de la voix, à une vitesse trop rapide, à un accent inhabituel, à une mauvaise prononciation ou encore à un trouble physiologique de l'élocution (bégaiement, dysarthrie). L'état émotionnel de l'émetteur influence de façon négative cette **élocution** (anxiété, colère).

L'**attitude** qu'aura l'émetteur jouera sur la bonne émission de son message. En effet, une personne sûre d'elle aura plus de facilité à s'exprimer et fera donc passer son message avec plus de succès qu'une personne timide. Par ailleurs, si une personne a une attitude négative (condescendance, arrogance), l'auditoire aura tendance à se fermer et le message risque de se perdre.

De nombreux cas de malentendus sont dus au **cadre de référence** : lorsque l'émetteur parle d'un sujet qui lui est familier, il présuppose parfois que le récepteur possède les mêmes connaissances que lui à ce sujet. Il occulte alors, et ce de manière consciente, de définir certains mots ou certains points, car il ne juge pas nécessaire de le faire. Parfois, bien que l'émetteur et le récepteur maîtrisent le sujet de la conversation, ils peuvent ne pas avoir le même vécu ou la même relation. Selon l'exemple de Richard Arcand et Nicole Bourbeau : un écologiste qui fait une proposition au conseil municipal doit s'attendre à rencontrer des opinions contraires par les industriels, qui ont des valeurs et un univers culturel différents. Ces opinions contraires sont difficiles à entendre car on a tous tendance à rejeter les informations qui s'opposent à nos valeurs.

Ainsi, bien qu'ils parlent la même langue, certains interlocuteurs n'ont pas l'impression de parler le même langage (Arcand, 1998).

6.2. Facteurs liés au récepteur

Le facteur lié au récepteur le plus mis en jeu est bien évidemment l'**audition**. En effet, une diminution de l'audition entraîne la perte d'une partie, voire de la totalité du message envoyé par l'émetteur. On pense bien évidemment aux personnes âgées ; un âge avancé entraîne inévitablement une diminution de la perception auditive. Mais il faut savoir que le seuil de perception du stimulus acoustique varie d'une personne à une autre. De ce fait, un même énoncé, à la même intensité sera parfaitement perçu chez un individu, tandis qu'il le sera mal ou non perçu chez un autre. De plus, la réception acoustique peut être gênée lorsque d'autres personnes parlent à côté, ou lorsqu'il y a du bruit autour.

Un problème **visuel** du récepteur peut également entraîner une perte du message, ou une mauvaise interprétation de celui-ci. En effet, la vue est essentielle pour capter les signes de communication non verbale qu'envoie l'émetteur. S'ils ne sont plus perçus, d'importants indices sur l'état émotionnel de l'émetteur seront perdus.

L'**engagement** dans la discussion est un facteur essentiel pour capter le message. En effet, si le récepteur est distrait (détournement du regard, absence de feedback), une partie du message ne sera pas transmise. De même son **état émotionnel** aura une influence sur la bonne réception du message : selon Constantino Iandolo, une personne en état de forte émotion (dépression, anxiété, peur), sera moins apte à capter le message (Iandolo, 2001).

Les **connaissances** du récepteur et ses **capacités intellectuelles** faciliteront la tâche de l'émetteur. Ces qualités permettront un échange aisé entre l'émetteur et le récepteur. A l'inverse, si le récepteur a de faibles capacités intellectuelles et une culture générale pauvre, il peinera à déchiffrer ce que lui dit son interlocuteur, et l'émetteur devra simplifier son discours pour faire passer son message.

L'**utilisation du message**, ce que prévoit de faire le récepteur des informations données par l'émetteur est un choix qui n'appartient qu'à lui-même. En effet, l'émetteur aura beau conseiller, diriger ou dicter, si le récepteur l'écoute mais ne veut pas l'entendre il ne pourra rien y faire. Ainsi ce que prévoit de faire le récepteur avec ses nouvelles informations conditionne sa motivation. L'élève qui a envie d'apprendre un métier sera donc plus attentif que celui qui ne trouve ni plaisir ni utilité à ce qu'il fait.

Parfois, malgré une transmission correcte et une bonne volonté, le message ne reste pas inscrit dans la **mémoire** du récepteur. En effet, lorsque la mémoire à court terme est défectueuse, ou lorsque trop d'informations ont été fournies, l'essentiel du message risque de se perdre.

Les personnes âgées sont très concernées pour les facteurs liés au récepteur, tant par l'audition et la vue que la mémoire. Au comptoir, le pharmacien se devra donc de parler fort et d'être clair et distinct. Pour les nouveaux traitements, il sera important de rappeler la posologie et de l'écrire clairement sur les boîtes, pour éviter toute confusion.

6.3. Facteurs liés au code

Pour qu'un message passe bien, un code commun aux interlocuteurs est essentiel. En effet, les différents acteurs de la communication doivent parler la même langue, ou s'ils ne le font pas, ils doivent s'y ajuster : soit en parlant anglais, qui est, pour beaucoup, la langue de substitution pour communiquer avec des étrangers, soit en utilisant différents signes, dessins ou mimiques pour se faire comprendre.

Lorsque les interlocuteurs parlent la même langue il est bien sûr plus aisé de communiquer, mais là encore il faut faire bien attention d'utiliser le même code. Il existe plusieurs dialectes de la langue française, donc si par exemple un cauchois rencontre un alsacien, il devra s'abstenir d'employer des mots propres à son dialecte (tel que « à tantôt »), et il en sera de même pour l'alsacien. Ainsi les exemples de la chocolatine et de la poche qui, dans le sud ouest de la France, désignent le pain au chocolat et le sac plastique sont bien connus.

Les langages technique ou scientifique qui sont quotidiennement employés par les professionnels, devront être simplifiés au contact d'une personne qui en est étrangère. Ainsi, au comptoir, même si certains mots comme « expectoration » ou « diarrhée » paraissent simples et du langage courant, ils ne le sont pas forcément pour la personne qui se trouve en face, ce qui peut entraîner une confusion.

6.4. Facteurs liés au canal

Le canal le plus fréquemment utilisé lors d'une interaction est l'air. En effet, c'est dans l'air que les ondes sonores se déplacent, partant de la bouche de l'émetteur pour arriver aux oreilles du récepteur. Il est possible de changer de canal lorsque celui-ci est inefficace ou lorsque les mots manquent, en utilisant, par exemple une feuille et un stylo pour schématiser les propos.

Au comptoir, bien que les posologies puissent être rappelées sur les boîtes de médicaments, la grande majorité de la discussion se fera par voie orale, via l'air.

L'air étant le canal le plus fréquemment utilisé, il n'est pas rare qu'il soit emprunté par les personnes environnantes. Bien que l'oreille humaine puisse entendre plusieurs sons mais n'en écouter qu'un seul, cette capacité

n'est pas illimitée. De plus, d'autres bruits peuvent venir perturber l'écoute, comme par exemple le **bruit** de l'imprimante qui rédige l'acte de dispensation au dos de l'ordonnance. En cas de surabondance de stimuli auditifs, l'oreille ne peut alors plus distinguer les différents sons.

La **distance** séparant les interlocuteurs est également à prendre en compte lors d'un discours. Lorsque celle-ci est excessive (publique), l'émetteur se voit dans l'obligation d'augmenter l'intensité de sa voix. Quand cela n'est pas suffisant, le message se verra réduit à un nombre limité de mots pour simplifier la syntaxe, tout en dénaturant l'essence même du message. De plus, à une distance publique il est très difficile de capter les messages non verbaux ; l'expression et la connotation du message se trouvent alors perdus.

Si tel est le cas au comptoir, il est nécessaire de reformuler ses propos ou d'interroger le patient pour s'assurer qu'aucune information n'a été perdue lors de l'échange. Le pharmacien peut alors résumer l'essentiel des informations à retenir par le patient à la fin de leur échange discursif.

6.5. Facteurs liés au message

Lorsque le message est imprécis, ou que plusieurs sens peuvent être attribués à un ou plusieurs mots, il est plus difficile pour le récepteur de bien comprendre la signification même du message. Un message efficace ne doit pas laisser place aux interprétations. Ainsi, toute polysémie ou homonymie doit être clairement définie pour ne laisser place à aucun doute.

La **pertinence** du message doit être ajustée au lieu et à la circonstance du discours. Il convient de tenir compte de l'état émotionnel de la personne qui écoute et de faire preuve de discrétion quand un sujet délicat est abordé.

6.6. Autres facteurs

Il ne suffit pas d'émettre un message pour qu'une communication soit faite. En effet, le message doit être capté, et écouté par le destinataire voulu. S'il y a erreur sur le **destinataire** du message (au téléphone, par exemple, en se trompant de numéro ou de vive voix, en confondant deux personnes) le message sera alors perdu (Girard, 2010). De plus, les interlocuteurs doivent être en accord sur la **thématique** du message, sinon il s'agit d'un dialogue de sourds.

Tous ces facteurs entrent en jeu lors d'une communication et peuvent être responsables d'une mauvaise transmission. Ainsi, beaucoup de discours aboutissent à un malentendu. Selon Christine et Véronique Servais,

« Dans les situations humaines décrites, de même que dans les interactions quotidiennes qu'analysent les thérapeutes, des pathologies proviennent du refus d'accepter le fait que, d'une certaine manière, la communication est toujours structurée par un malentendu. » (Servais et Servais, 2009).

Un malentendu correspond alors au fait de se méprendre sur le sens d'un mot, ou d'une phrase. Dans son ouvrage *Le malentendu* (2002), Franco La Cecla le définit comme « une divergence d'interprétation entre personnes qui croyaient se comprendre » (Servais et Servais, 2009).

Cependant, certains signes de communication verbale et non verbale peuvent renseigner le locuteur lorsque le récepteur fait fausse route dans la compréhension ou l'interprétation de son message. Il est alors important pour le locuteur de regarder son destinataire pour capter les signes et l'intention qui les qualifie. A lui d'ajuster son discours, de définir ou d'éclaircir certains points de celui-ci pour faire passer son message. La reprise ou la reformulation, par l'émetteur et par le récepteur sont des éléments qui vont significativement augmenter les chances d'intercompréhension.

Ainsi, au comptoir, le pharmacien devra parfois répéter plusieurs fois ou reformuler son discours, et, s'il le peut, demander au patient ce qu'il en a compris pour s'assurer de la bonne prise du traitement et de la compréhension quant à son utilité.

II. Spécificités de la communication à l'officine

1. Un lieu de communication singulier

Au comptoir, la communication pharmacien-patient a un rôle essentiel. En effet, plusieurs études ont montré qu'une bonne communication entre le pharmacien et le patient améliorerait la santé de ce dernier (Pilnick, 2003) (Beardsley *et al.*, 2012), notamment par le biais de l'amélioration de la connaissance des patients sur la santé en général (ou « health literacy » en anglais). La « health literacy » est la capacité pour une personne d'obtenir, lire, comprendre et utiliser une information médicale pour ainsi pouvoir prendre des décisions et être acteur de sa santé (Johnson *et al.*, 2013). Cette notion demande une responsabilisation du patient, qui, bien sûr, doit comprendre à quel moment prendre le médicament mais surtout assimiler la raison de ce traitement et les enjeux encourus lors de sa mauvaise utilisation.

Ainsi, les personnes qui ont peu de connaissances en santé adhèrent moins aux traitements, ont un taux plus élevé d'hospitalisation et font l'objet de plus d'erreurs médicamenteuses (Coulter et Ellins, 2007). Deux études américaines ont repris l'ensemble des études faites sur la communication entre professionnels de santé et patients. Ces études ont utilisé des méthodes différentes avec des sujets d'analyse différents, des acteurs différents, dans des pays différents. Toutes ces différences font qu'il est difficile de généraliser sur les bienfaits de la communication sur la santé des patients. Néanmoins les études comprenant une véritable interaction entre professionnels de santé et patients ont montré un effet bénéfique sur l'augmentation des connaissances du patient, sur l'adhérence ainsi que sur la satisfaction du patient au sujet de sa prise en charge (Stenvenson *et al.*, 2004) et (Coulter et Ellins, 2007)

Cet effet bénéfique se retrouve au comptoir de la pharmacie et s'explique par le fait qu'une relation s'établit entre le pharmacien et le patient et ce dernier a alors davantage confiance en le pharmacien et dans le traitement qu'il lui délivre. Cette confiance permet au patient de se sentir à l'aise et d'oser parler de son ressenti, d'exprimer les questions qu'il se pose, entraînant une communication dans les deux sens, c'est-à-dire une interaction ou un dialogue qui implique le patient dans le processus de soin. Ainsi, au-delà de la simple information délivrée par le pharmacien, c'est un partage qui s'effectue entre les interactants. Ce type de communication va dans le sens de l'éducation thérapeutique du patient, qui, selon l'OMS, vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (HAS, 2007).

Dans ce chapitre nous allons donc aborder le sujet de la communication entre le pharmacien et le patient. Nous nous attacherons à analyser ses conséquences sur leur relation et sur la santé du patient.

1.1. L'officine : un lieu particulier pour une communication particulière

La communication entre le pharmacien et le patient s'effectue, contrairement à celle qui s'opère avec le médecin, **sans rendez-vous** et dans un **espace ouvert** où il y a souvent **d'autres patients**. C'est donc un environnement peu propice à la discrétion et à l'anonymat. De plus, la présence d'autres patients ou des collègues de travail peut diminuer l'attention de l'un ou des deux interlocuteurs ou gêner le dialogue par la peur d'être entendu ou par des interruptions. Cependant, c'est un lieu avec une atmosphère moins formelle que chez le médecin qui peut conduire le patient à converser avec moins de restrictions. Le pharmacien doit alors faire attention à parler clairement et distinctement pour bien se faire comprendre tout en restant discret. L'association des deux étant parfois difficile lorsqu'il s'agit de personnes âgées qui, parfois, entendent moins bien. De plus, si le sujet de la discussion nécessite une plus grande discrétion ou lors d'une vive émotion, comme par exemple après le décès d'un parent, le pharmacien ne doit pas hésiter à s'entretenir de manière privée, dans un local adéquat avec le patient.

Lorsqu'il entre dans la pharmacie, le patient est reçu par un pharmacien ou un préparateur en pharmacie qui est disponible. Donc, sauf par demande expresse de s'entretenir avec telle ou telle personne, le patient conversera avec une personne qu'il ne choisit pas. Il peut alors avoir affaire à une personne qu'il ne connaît pas, et n'aura dans ce cas, pas la même attitude qu'avec le pharmacien qu'il vient voir depuis des années. Ainsi, par la relation préexistante ou non entre le pharmacien et le patient, la communication entre eux ne sera pas la même ; mais ce n'est bien sûr pas le seul facteur influençant la communication. En effet, des études montrent que l'**âge** du pharmacien et la longueur de la **file d'attente** dans la pharmacie sont des facteurs qui ont tendance à diminuer la durée de l'échange et donc le conseil (Tully *et al.*, 2011). Cela peut s'expliquer par le fait que les jeunes pharmaciens sont plus sensibilisés à la communication qu'ils doivent avoir avec leurs patients, du fait d'une évolution du métier ces dernières décennies, ainsi que des nouvelles missions accordées aux pharmaciens les rendant plus présents dans la chaîne de soins ; et également par le fait que les pharmaciens ont l'air de penser que donner simplement l'information est plus rapide qu'échanger avec le patient et le

conseiller en conséquence. Ainsi dans un souci de faire vite pour moins faire attendre les autres patients, les pharmaciens négligent le partage d'informations et la participation du patient et ont tendance à délivrer l'information sans s'intéresser au feedback du patient. Bien que la raison soit compréhensible, les conséquences peuvent être préjudiciables comme une mauvaise prise des médicaments et les effets indésirables qui s'en suivent et par conséquent, le retour quelques jours plus tard d'un patient mécontent.

La pharmacie est donc un lieu atypique de communication, où, de par la confidentialité qui s'établit entre un malade et son pharmacien, la discrétion est de rigueur, bien que cela soit parfois difficile. Ceci a donc une influence sur la communication verbale du patient et du pharmacien ainsi que sur l'interaction qui en découle.

1.2. Place et rapports de place des interactants

L'interaction formée ici est *a priori* simple mais elle peut prendre des formes complexes dans certains cas précis. En effet, elle met en présence, un patient (ou son représentant) en situation de demande et un pharmacien présent pour répondre à cette demande. Il ne faut pas perdre de vue que l'enjeu premier de cette communication est **l'obtention de la délivrance de médicaments sur ordonnance, de l'obtention de médicaments sans ordonnance ou de l'obtention de conseils, éventuellement accompagnés d'un diagnostic.**

Ces interactions se développent à partir d'un rapport de places complémentaires souvent appréhendées en termes d'inégalités. Ce rapport inégalitaire fait apparaître une position « haute » corrélée à une position « basse ». Cette interaction est dite spécialisée et institutionnalisée. Le patient se place dans une position où il se trouve *l'obligé* d'un partenaire qui a la responsabilité de l'échange et qui dispose de savoirs ou de « pouvoirs » consacrant sa « supériorité ». Ici, occuper la position basse ne saurait être vexatoire. Le caractère institutionnel de ce rapport de places et l'aspect nettement spécialisé de ces interactions conduisent les sujets à accepter cette dissymétrie constitutive. On s'adresse ici le plus souvent à un individu mais parfois à un service ou une fonction. Il en résulte des rituels de prise de contact ou de clôture de l'échange, la forme des demandes et les contenus en sont profondément marqués. Le pharmacien détient un savoir spécialisé socialement reconnu. C'est généralement le consulté qui prend l'initiative de l'échange. Le consultant attend un bénéfice correspondant à un résultat qui se traduit le plus fréquemment par la remise de médicaments ou par du conseil.

Toute interaction implique une co-action de sorte que si l'un veut *conduire* l'échange encore faut-il que l'autre accepte d'être *conduit* et participe ainsi à la gestion de l'échange. L'entretien/transaction est donc une interaction complémentaire finalisée. S'apparentant au dialogue ou à la conversation.

Ce que l'on pourrait appeler *l'entretien/transaction pharmaceutique* est une interaction spécialisée, complémentaire, orientée dès le départ, dans laquelle le rapport de places se trouve d'emblée institutionnalisé. Le pharmacien intervient en fonction de sa position professionnelle. Le spécialiste occupe la position haute et le patient la position basse. Cette position haute résulte de la relation savoir/non savoir et/ou pouvoir/non-pouvoir. Une particularité de cette transaction c'est qu'elle peut s'effectuer dans l'impersonnalité mais que dans la grande majorité des cas elle ne peut se limiter à l'échange impersonnel de services.

Bien que cette relation soit inégale, elle est également complémentaire, c'est-à-dire que le pharmacien apporte quelque chose au patient, mais il faut avant tout qu'un lien soit créé avec le patient et qu'une relation de confiance s'installe.

2. Forme de la communication pharmacien-patient

2.1. Un code partagé ?

Le pharmacien, par l'accumulation de connaissances durant ses années d'études, utilise un langage médical parfois peu ou mal connu du grand public. Pour exemple il peut employer *epistaxis* pour désigner un saignement de nez, *déglutition difficile* pour parler d'une difficulté à avaler ou le terme *photosensibilisant* pour parler d'un produit pouvant occasionner des brûlures lors d'exposition au soleil. Le patient peut avoir accumulé au fil des ans et des expériences une connaissance des termes médicaux, mais celle-ci reste le plus souvent restreinte et est même parfois erronée. Il s'exprime la plupart du temps avec des mots simples et de la vie courante. Un réglage de sens va donc devoir s'établir pour que pharmacien et patient puissent communiquer correctement.

Le pharmacien détient un savoir que le patient n'a pas. De ce fait, son rôle est de transmettre une partie de ce savoir au patient, afin que celui-ci use correctement de son traitement sans en abuser. A ce propos, Baumann *et al.* écrivent « *Une dispensation ne doit pas être le seul objectif, c'est avant tout un moyen au service de la santé du patient dont la finalité est que le médicament soit effectivement et correctement prit et qu'il se révèle efficace avec des effets secondaires les plus limités possibles* » (Baumann *et al.*, 2005). Il est donc important pour le pharmacien de s'exprimer clairement, de manière appropriée et ajustée à son interlocuteur.

Ceci étant dit, la tâche s'avère parfois plus difficile qu'il n'y paraît, car le pharmacien est censé maîtriser des mots techniques ou scientifiques que le patient ne connaît pas. Lorsque le patient ne comprend pas l'un ou plusieurs de ces mots techniques employés par le pharmacien, il peut en résulter une interprétation inadéquate ou occasionner un stress inutile (Carretier *et al.*, 2009). Or, parler la même langue, le même code, est une condition fondamentale du dialogue. Le patient ne pouvant connaître tous les mots scientifiques, il est du devoir du pharmacien de s'adapter aux pratiques communicationnelles du patient. Il conviendra donc au pharmacien d'évaluer l'état de connaissances du malade sur sa maladie ainsi que sur certains mots techniques mais également sa capacité de compréhension avant de s'autoriser à employer des termes plus spécifiques. Dans le cas où le patient ne maîtrise pas le langage scientifique de la médecine, le pharmacien devra ajuster son discours en explicitant clairement les mots techniques qu'il emploiera. **Il ne s'agit pas non plus d'éliminer tous les mots techniques du discours mais de les associer à des termes plus courants, tout en gardant une cohérence et une crédibilité.** Le pharmacien devra donc **choisir ses mots**, en fonction de la personne qui se trouve en face de lui et des enjeux thérapeutiques. Ainsi prenons l'exemple de la mise en place d'un traitement par AVK à la suite d'un infarctus du myocarde. L'effet thérapeutique recherché est vital mais la fenêtre thérapeutique est étroite, c'est-à-dire qu'un sous-dosage est dangereux car le traitement n'est pas efficace mais un surdosage l'est tout autant avec un risque hémorragique. Dans cette situation, l'enjeu thérapeutique est très important et le pharmacien devra d'autant plus s'assurer que les mots scientifiques employés par le corps médical sont compris, et dans le cas contraire, les expliquer. Une incompréhension du patient sera parfois formulée verbalement et sera dans tous les cas exprimée par le langage non verbal du patient. Le pharmacien devra y être attentif et y répondre, comme nous le verrons dans le chapitre suivant.

Julien Carretier, Valérie Delavigne et Béatrice Fervers montrent l'importance du choix des mots avec les termes « *effets secondaires* » et « *effets indésirables* », bien que ces deux termes signifient sensiblement la même chose, chez le patient ils n'ont pas la même finalité. *L'effet secondaire* fait référence à quelque chose de peu important, bien que parfois il soit tout sauf secondaire, et *l'effet indésirable* peut parfois être confondu avec la notion d'évènement indésirable grave, provoquant une angoisse chez le patient qui entend ce terme (Carretier *et al.*, 2009).

Il ne faut pas oublier que bien souvent, avant d'aller chez le pharmacien, le patient a vu son médecin. Ceci implique que le patient a déjà entendu les mots employés par le médecin pour décrire sa pathologie ou son traitement. Dans l'hypothèse où le médecin a employé des mots

scientifiques peu clairs pour le patient, celui-ci sera encore plus confus si le pharmacien emploie à nouveau des mots scientifiques, surtout s'ils diffèrent de ceux du médecin ou s'ils sont employés avec un sens différent.

Au comptoir, lorsqu'un patient paraît ne pas bien comprendre son traitement ou son diagnostic, il peut être bon de lui demander directement ce que le médecin lui a dit. Ainsi le pharmacien pourra juger la compréhension globale du patient mais également connaître les termes techniques employés par le médecin. De plus, lorsqu'il s'agit d'une maladie complexe dont le mécanisme d'action est peu connu du pharmacien, celui-ci peut ainsi rebondir et expliquer les termes employés par le médecin.

Prenons l'exemple d'une patiente qui se présente à la pharmacie avec un nouveau traitement et une ordonnance en vue d'un scanner thoracique. Le pharmacien interroge la patiente sur la cause de cette exploration et celle-ci répond : « *Depuis quelques temps j'ai des boutons sur le corps et on m'a diagnostiqué une sarcoïdose, mais justement je n'ai pas bien compris, j'aurais aimé que vous m'expliquiez ce que c'est au juste* ».

La sarcoïdose étant une maladie peu fréquente et de cause non connue, il se peut que le pharmacien ne trouve pas les mots adaptés pour l'expliquer, voire qu'il ne sache pas tout à fait ce que c'est. Il sera alors judicieux de demander à la patiente ce que le médecin lui en a dit. « *Il m'a dit que c'était non contagieux mais qu'on ne connaissait pas la cause. Que c'était une maladie inflammatoire auto-immune.* » A ce moment, le pharmacien peut rebondir sur le mot « auto-immune », pour l'expliquer en termes plus simples tels que « *auto-immune veut dire que votre système immunitaire est dérégulé et les anticorps agressent des cellules ou des organes sains perçus comme des corps étrangers* ». Ainsi, même si le pharmacien ne connaît pas tout à fait le mécanisme de la maladie, il peut se baser sur les explications du médecin et les expliciter clairement au patient.

Le fait d'utiliser un langage connu du patient a bien sûr pour but qu'il comprenne son traitement et l'importance qu'il a sur l'évolution de sa maladie, mais aura aussi pour conséquence de mettre en confiance le patient, pour qu'il se sente libre de dialoguer avec le pharmacien et de lui poser des questions sans craintes.

2.2. Les temps de parole

Ces dernières années, plusieurs études ont été menées sur la communication pharmacien-patient au comptoir, notamment au sujet des temps de parole de chacun et des sujets abordés. Une étude menée en 2006 en Australie sur la communication pharmacien-patient sous traitement

antidépresseur montrait que plus de la moitié du temps de parole des pharmaciens était consacrée au biomédical (information sur le traitement, conseil, éducation thérapeutique), tandis que plus de la moitié du temps de parole des patients était consacrée à la construction de la relation avec le pharmacien. Ainsi, seul 11,6 % du temps de parole des pharmaciens sont consacrés à construire la relation avec le patient, en se montrant compréhensif, encourageant, rassurant et en montrant de l'optimisme (Chong *et al.*, 2014). C'est un faible pourcentage pour un corps de métier où la relation avec le patient en est le fondement. Certes l'information médicale est essentielle mais elle sera mieux perçue si le patient a confiance en la personne qui la lui délivre. Et la confiance s'établit par la construction de la relation, qui de plus est recherchée par les patients.

Une autre étude menée en Suède en 2014 sur la communication pharmacien-patient a montré que 40 % du dialogue ne concernait pas le médical et que quasiment la moitié de l'interaction se passait dans le silence. Selon les pharmaciens suédois, une grande partie du dialogue ne concerne pas les médicaments ou le traitement à cause des nouvelles politiques, comme la substitution obligatoire par des génériques, qui oriente le dialogue vers un sujet économique et politique (Olsson *et al.*, 2014). De ce fait, l'orientation du dialogue vers un sujet non médical peut entraîner une diminution des conseils ou des informations partagées par le pharmacien au sujet du traitement. Ainsi les gestions administratives (telles que gérer et expliquer au patient les taux de remboursements de la sécurité sociale et de la mutuelle, ou encore, expliquer et rassurer le patient sur la substitution par un générique) sont contreproductives dans la relation avec le patient. Car bien que les patients ne tiennent pas pour responsable le pharmacien dans la plupart des cas, ce dernier est en directe relation avec les patients mécontents.

Les temps de parole sont inégalement répartis, avec une dominance franche des pharmaciens qui parlent en moyenne 1,5 fois plus que les patients (Chong *et al.*, 2014). Le temps d'interaction au comptoir est bien plus élevé lorsque le pharmacien utilise une approche participative avec le patient, bien que, comme dit précédemment, d'autres facteurs entrent en jeu dans la durée d'interaction, comme l'âge du pharmacien ainsi que la taille de la file d'attente (Olsson *et al.*, 2014). Néanmoins, même si ces temps de parole sont inégaux, une étude menée aux Etats-Unis a montré que 94,7 % des patients pensent que les pharmaciens passent assez de temps à répondre aux questions lors d'une nouvelle prescription, contre 58,8 % lors d'un renouvellement (Collum *et al.*, 2013).

3. Les outils de la communication au service du pharmacien

3.1. Les différents types de questions

Les **questions ouvertes** sont des questions attendant une réponse qui ne soit pas simplement « *oui* » ou « *non* », comme par exemple « *Que recherchez-vous ?* » ou « *Pourquoi prenez-vous ce traitement ?* ». Les **questions fermées**, elles, sont celles qui attendent une réponse par « *oui* » ou « *non* », comme par exemple « *Puis-je vous aider à trouver ce que vous cherchez ?* » ou « *Vous prenez cet antibiotique pour une bronchite ?* ». Il existe également un type de questionnement visant à développer ou préciser une réponse donnée par l'interlocuteur, ce sont les **questions d'approfondissement**. Il s'agit par exemple d'une question telle que « *Quand vous dites que ça vous fait mal, pouvez-vous précisez de quel type de douleur il s'agit ?* ». Ainsi, les questions ouvertes sont utilisées pour faire parler l'interlocuteur en le laissant orienter la discussion vers le sujet qu'il souhaite et utiliser les mots qu'il connaît, tandis que les questions d'approfondissement et les questions fermées sont utilisées pour orienter la conversation en ciblant plus précisément certains points.

Pour bien cerner les attentes du patient, ainsi que pour connaître « *son histoire* » avant de le conseiller, **il est recommandé aux pharmaciens d'entamer la discussion avec le patient par une question ouverte**. Ainsi, le patient raconte ce qui lui arrive, ou ce qu'il recherche, puis le pharmacien pourra utiliser des questions fermées pour rechercher certains symptômes ou signes cliniques déterminants.

Prenons l'exemple d'une jeune femme arrivant au comptoir et demandant un médicament à base de cranberry :

- Ph : *C'est pour une infection urinaire ?*
- P : *Oui.*
- Ph : *Ca vous brûle quand vous urinez ?*
- P : *Oui, c'est ça.*
- Ph : *Vous n'avez pas mal dans le bas du dos ?*
- P : *Non.*
- Ph : *Et vous n'avez pas de fièvre non plus ?*
- P : *Non.*
- Ph : *Vous n'êtes pas enceinte ?*
- P : *Non plus !*
- Ph : *Bien, alors vous pouvez prendre de la cranberry, mais si ça ne passe pas d'ici 2 jours, ou si vous avez des douleurs dans le bas du dos ou de la fièvre il faudra aller consulter le médecin.*
- P : *D'accord, merci !*

Dans cette interaction fictive, le pharmacien a directement utilisé des questions fermées pour orienter la discussion. Seulement, il n'interroge pas du tout la patiente sur ses symptômes, et présume donc que le diagnostic de la patiente est le bon. Cependant, il peut arriver que certaines personnes confondent infection urinaire et mycose vaginale. Si le pharmacien avait juste commencé par :

- Ph : *Vous voulez prendre de la cranberry pour quel problème ?*
- P : *Je pense que j'ai une infection urinaire, c'est la première fois et ça me brûle quand je vais aux toilettes, ça me démange et j'ai comme des pertes blanches.*

En laissant parler la patiente, elle expliquera plus facilement les symptômes, qui dans ce cas, feront penser à une mycose.

Les questions ouvertes sont donc largement recommandées pour commencer l'interaction mais peu utilisées au comptoir. Comme le montre une étude faite en 2011 aux Etats-Unis, seulement 7 % des questions posées par les pharmaciens sont des questions ouvertes (Shah et Chawning, 2011), ceci montre une prise de contrôle par le pharmacien à diriger le discours dans le sens qu'il le souhaite par l'utilisation de questions fermées, notamment pour éviter les bavardages qu'il ne saurait terminer. Cependant, cette étude met en garde contre les résultats des différentes études faites sur la communication pharmacien-patient au comptoir, en mettant en évidence le fait que selon l'année de l'étude et la méthodologie (interrogation des patients, observation, utilisation d'un microphone) les résultats peuvent varier considérablement. Par exemple, lorsqu'il s'agit d'une étude qui interroge les patients, ceux-ci ne prennent pas en compte les questions ouvertes ou fermées qui ne sont pas en rapport avec leur traitement comme « *Avez-vous d'autres questions ?* » ou « *Comment allez-vous aujourd'hui ?* ».

Une autre étude, élaborée au Portugal, montre que le dialogue pharmacien-patient est largement dominé par les pharmaciens qui utilisent des questions fermées pour diriger le dialogue (Cavaco et Romano, 2010). Cette étude montre également que l'utilisation de questions fermées aboutit à un plus grand taux d'interaction. Ce phénomène s'explique par le fait que les questions fermées sont tellement restrictives qu'elles amènent forcément vers d'autres questions. **La dominance des questions fermées dans le dialogue pharmacien-patient révèle un échange passif aux informations incomplètes.**

Pour échanger le plus complètement avec le patient et pour cerner l'ensemble du problème qui amène le patient au comptoir de la pharmacie,

le pharmacien doit commencer son interrogatoire avec une ou plusieurs questions ouvertes et le conclure par des questions fermées. Ceci amène le patient à apporter des précisions qu'il n'aurait pas forcément donné lors d'un interrogatoire par questions fermées. Dans cet échange, si le pharmacien a un doute sur le bon emploi des mots scientifiques utilisés par le patient, il peut utiliser la reformulation, pour s'assurer de l'intercompréhension.

3.2. La reformulation

Nous avons vu précédemment l'utilité de la reformulation lors d'un échange entre deux personnes. Au comptoir, c'est un outil qui se révèle indispensable pour éclaircir certains points ou pour en définir d'autres. En effet, la reformulation s'utilise lorsqu'un mot complexe ne semble pas être connu ou reconnu par l'interlocuteur ou lorsque lors de son discours, le locuteur identifie une mauvaise compréhension de ses propos, soit par des signes non verbaux (froncement de sourcils) soit par un acte verbal clairement exprimé par le récepteur. Il existe différents types de reformulations qui vont avoir différents objectifs : la reformulation miroir, la reformulation écho, la clarification et la reformulation inversée. La **reformulation miroir** reprend l'essentiel de ce qui a été dit avec différents termes :

A- « *Bonjour, je voudrais quelque chose contre les migraines, mais pas du doliprane, quelque chose de fort* ».

B- « *Si j'ai bien compris le paracétamol ne marche pas sur vos migraines donc vous voudriez essayer un autre traitement ?* »

La **reformulation écho** est utilisée pour demander une précision sur un mot particulier ou sur une expression, par la répétition :

A- « *Depuis que je me suis baignée, j'ai des boutons partout* ».

B- « *Des boutons ?* »

La **clarification** permet de traduire ce qui a été dit en mettant l'accent sur ce qui est important :

A- « *J'ai décidé d'arrêter mon traitement. De toute façon tous ces produits chimiques font plus de mal que de bien* ».

B- « *Ce qui est important pour vous c'est que le traitement soit plus naturel c'est bien ça ?* »

La **reformulation inversée** permet de traduire les propos de l'interlocuteur avec un point de vue différent :

- A- « *Je suis la seule de ma famille à ne pas avoir encore eu d'enfants* ».
B- « *Vous voulez dire que, contrairement à vous, les autres membres de votre famille n'ont pas eu de problème de fertilité ?* »

Lorsqu'il s'agit d'une incompréhension exprimée par le récepteur, **il est important d'éviter tout acte de chevauchement de discours**, car l'information donnée par l'émetteur pour clarifier ses propos risquent d'être perdus dans le flot de paroles. Ce phénomène donne facilement lieu aux ambiguïtés et oublis qui aboutissent bien sûr à une incompréhension ou un malentendu (Vergely *et al.*, 2010).

Le rôle du pharmacien est de rendre son discours le plus clair possible et d'anticiper le risque d'incompréhension en explicitant certains termes pour désambiguïser son discours. Il peut alors utiliser des **énoncés métalinguistiques** ou de méta communication qui sont des outils consistant à expliquer ce que l'on a dit, en utilisant le code pour parler du code avec des conjonctions telles que « c'est-à-dire », « comprenez », « autrement dit » suivis d'équivalences lexicales ou des métaphores, comme « *Il souffre de céphalées, c'est-à-dire de maux de tête* » ou comme la comparaison du cœur et des vaisseaux à une pompe et de la plomberie. Son discours devient alors plus accessible et plus clair, et le pharmacien peut juger de la compréhension de son interlocuteur par les signes non verbaux qu'il émet.

3.3. Langage non verbal au comptoir

Le langage non verbal est un outil de la communication à ne pas négliger. En effet, les pharmaciens l'étudient pour **jauger la compréhension des patients mais également pour avoir une idée de l'adhérence que présente le patient aux propos du pharmacien et donc de l'adhérence au traitement lui-même**. En effet, lorsqu'un pharmacien délivre un traitement, il arrive que le patient soit « déçu » de la prescription faite par le médecin, notamment lorsque celui-ci ne prescrit pas d'antibiotiques. Le patient peut alors être sceptique vis-à-vis du traitement prescrit et délivré par le pharmacien et ceci peut se voir à l'expression de son visage (sourcils levés, moue), à son attitude (soupirs) voire être clairement exprimé de façon verbale. Lors d'un tel comportement, le patient montre son mécontentement quant au traitement et il peut en découler une non prise de ces médicaments souvent jugés peu efficaces voire inutiles. Au contraire, un patient qui manifestera une écoute (attention visuelle) et une compréhension (hochements de tête) adhérera au discours

du pharmacien sur les conseils de prise des médicaments et il en découlera une optimisation de la prise du traitement.

Il ne faut pas oublier que le langage non verbal est également utilisé par les pharmaciens et observé par les patients. Il est donc important pour le pharmacien de faire attention aux signes non verbaux qu'il renvoie car certains sont parfois émis par habitude. Ainsi le patient pourra détecter certains ressentis du pharmacien, certains positifs comme la compassion ou la sympathie, mais d'autres négatifs comme l'agacement ou la moquerie. De ce fait, selon la réaction du patient au langage non verbal du pharmacien, il sera parfois nécessaire de reprendre les explications. Plusieurs études montrent que le langage non verbal a une haute influence sur le patient, notamment une étude menée en 2011 aux Etats-Unis lors d'entretiens entre médecin et patient qui montre que les éléments du langage non verbal les plus importants sont les mimiques et les gestes des mains (Collins *et al.*, 2011).

Le langage non verbal peut être utilisé pour capter l'attention du récepteur et créer ou retrouver un contact visuel important pour la transmission de l'information. Ce langage est pleinement utilisé pour exprimer des émotions ou la douleur. **Les émotions sont plus fortement exprimées par le langage non verbal que par les mots**, il est donc logique que ce canal soit utilisé pour les transmettre au récepteur. La douleur est un phénomène invisible, seules les expressions faciales ou les gestes de la personne qui souffre seront perçus. De plus, il est parfois difficile de décrire une douleur ou une sensation, les gestes sont donc là pour accompagner le discours (Stenvenson *et al.*, 2014).

Cependant, quand la communication verbale n'est pas possible, la communication non verbale fait plus qu'accompagner le langage verbal et tend à le remplacer. C'est le cas par exemple lors d'une communication entre deux personnes qui ne parlent pas la même langue, par exemple un français et un japonais. Dans ce cas, les interlocuteurs utilisent les gestes et les objets environnants pour faire passer leur message. Une étude réalisée en 2011 par J. Watermeyer montre que dans le cas où professionnel de santé et patient ne parlent pas la même langue, une interaction directe avec le patient plutôt que par le biais d'un traducteur crée un lien plus fort entre eux (Stenvenson *et al.*, 2014). Fiona Stevenson en arrive à la même conclusion dans son étude de la communication non verbale entre pharmacien et patient ne partageant pas la même langue et conclut que la communication non verbale facilite les connexions entre deux personnes séparées par la barrière de la langue (Stenvenson *et al.*, 2014). Ceci montre que la relation est à privilégier quand le patient ne comprend pas ou ne partage pas le savoir du pharmacien.

3.4. Les obstacles de la communication pharmacien-patient

La communication pharmacien-patient peut parfois être incomplète, perturbée ou déformée, et ceci par la résultante de plusieurs facteurs. Ces obstacles peuvent, comme dans toute communication, survenir à tous les niveaux de la chaîne de communication : **l'émetteur** (s'il est peu clair, confus, s'il ne trouve pas ses mots, parle trop vite ou encore pas assez fort), le **canal** (si le bruit environnant recouvre partiellement ou totalement la voix de l'émetteur ou si le message écrit n'est pas lisible), le **code** (si le langage utilisé n'est pas adapté au récepteur) ou encore le **récepteur** (si son attention n'est pas concentrée sur l'émetteur, si le discours de ce dernier ne l'intéresse pas). C'est ce que reprend la notion de « *bruit* » en communication, c'est-à-dire tout ce qui entrave la circulation du message.

Tout d'abord il faut se rappeler que certains des patients sont très malades, au point de pouvoir affecter leur capacité de communication, de compréhension ou de mémorisation. Même sans être très malade, l'annonce d'une pathologie chronique change l'image que les personnes ont de leur corps, et l'acceptation de la maladie peut parfois être un long processus. Durant cette période, le patient peut devenir apathique ou être sur la défensive, rendant la communication plus complexe (Booker, 2005). Une grande partie de la clientèle fréquentant la pharmacie est âgée et a donc une diminution de certains sens comme l'audition ou la vue. Ces barrières fonctionnelles sont fréquentes et doivent être prises en compte par le pharmacien lors d'explications, en parlant plus fort et plus distinctement, en écrivant les posologies clairement sur les boîtes des médicaments et si possible, en rappelant à une tierce personne la bonne prise du médicament. Les problèmes de mémoire accompagnent souvent le vieillissement, exposant les personnes âgées à encore plus de mauvais usages de leurs traitements, par oubli de prise ou par oubli d'une dose déjà prise. Le pharmacien devra alors trouver des moyens adaptés à ces patients pour qu'ils puissent prendre leur traitement en toute sécurité, tels que des rappels écrits des posologies, la mise en place de piluliers et si possible l'implication de l'entourage pour préparer les piluliers chaque semaine par exemple.

De plus, l'environnement est souvent un obstacle ; le pharmacien ou le patient peuvent être coupés dans leurs explications par un collègue qui demande un avis, par un appel téléphonique, par un problème informatique ou par un autre patient. Le lieu est parfois bruyant, chargé de bruits d'imprimantes, d'enfants qui pleurent et de discussions voisines. La différence des connaissances et de maîtrise de termes scientifiques n'arrange pas les choses et est source d'ambiguïtés et de malentendus. La communication non verbale (comportement distant, attitudes nerveuses, absence de contact visuel), verbale et paraverbale (ton cassant,

désintéressé, air pressé, voix trop forte) du pharmacien (Fagnan, 1998), son état de fatigue, son stress lié au temps et à la peur de ne pas réussir à tout faire, voire son manque de connaissance ou de compétences sont autant de facteurs jouant sur la communication avec le patient.

Sans être dans du langage technique ou scientifique, la communication est parfois difficile lorsque le patient ne maîtrise pas la signification exacte d'un terme, soit parce qu'il n'ose pas demander la signification à son médecin ou au pharmacien, soit parce qu'il pense savoir mais se trompe. Dans son *Guide pratique de la communication avec le patient*, Constantino Iandolo rapporte les résultats d'une étude menée par Charles Murray Boyle en 1970 sur la différence d'interprétation de certains termes médicaux communs entre médecins et patients. Cette étude montre que médecins et patients s'accordent sur la définition des termes « bronchite », « arthrite » ou « brûlures d'estomac » mais que seulement **60 % des patients rejoignent la définition des médecins pour « constipation » et 55 % pour « diarrhée »** (Iandolo, 2001). Une autre étude menée par Charles Murray Boyle sur la connaissance des malades relativement à la localisation de certains organes a montré que **8 % des patients interrogés situaient la vessie dans l'hémithorax droit et 19,3 % d'entre eux situaient l'estomac dans une région globale allant du bas de la cage thoracique à la région sous-ombilicale**. Il n'est donc pas surprenant qu'il y ait parfois malentendu entre professionnel de santé et patient car les mots qu'ils utilisent n'ont pas toujours le même sens. D'autant plus que de nos jours, avec l'importance de l'internet et la place qu'il occupe dans notre vie quotidienne, certains patients se tournent vers cette nouvelle technologie pour mettre des mots sur leurs symptômes, voire pour trouver un diagnostic. Les médias et la publicité ont aussi une grande influence sur les patients, les poussant à venir les acheter à la pharmacie. Ainsi les médecins et les pharmaciens doivent maintenant faire face à des patients qui s'informent sur leur maladie et qui sont malheureusement parfois mal informés.

Lors d'une interaction pharmacien-patient au comptoir, il y a peu de raisons poussant le patient à décliner une invitation au dialogue. Mais il arrive parfois que cela se produise et généralement c'est parce que le patient trouve la question peu pertinente, voire gênante, intrusive ou déplacée (Olsson *et al.*, 2014). Néanmoins quand le pharmacien pense que le message qu'il veut faire passer est important il doit persévérer pour entamer ou finir la discussion, mais peut alléger son message et conserver l'important, tout en utilisant un ton léger et dans une atmosphère détendue.

Il faut donc se rappeler que **les obstacles à la communication sont la règle et non l'exception**, et qu'ils peuvent survenir à tous les niveaux du processus de communication.

4. La relation pharmacien-patient

4.1. Une fidélité à son pharmacien ?

Il est maintenant évident que la relation qu'entretient le pharmacien avec ses patients est très importante dans la prise en charge de ces derniers et dans la confiance qu'ils accordent aux professionnels de santé et aux médicaments. Bien au-delà de la simple remise des médicaments, les pharmaciens créent un lien avec leur patient, et ce lien doit être entretenu à chaque visite du patient dans l'officine.

Le but d'un tel lien est également de fidéliser le patient et, selon une étude menée en France sur internet en février 2013, les pharmaciens y arrivent plutôt bien car **81 % des français se déclarent fidèles à leur pharmacie**. Cette fidélité est augmentée avec l'âge (94 % des 65 ans et plus) et se retrouve davantage chez les femmes que chez les hommes (Opinionway, 2013). Selon ce même sondage, les patients évaluent de façon positive les pharmaciens sur leur accueil et leur amabilité (91 %), leur qualité de conseil (86 %) et la rapidité de prise en charge (80 %). Cependant pour un patient sur deux la discrétion reste à améliorer.

4.2. Evolution de la relation au savoir

Au regard du savoir, la relation pharmacien-patient est **asymétrique**. Le pharmacien détient les connaissances concernant le médicament, son utilité, sa prise optimale ainsi que les risques liés à sa prise, ou au contraire à sa non-prise.

Le savoir du pharmacien se heurte à celui du patient, issu de ses raisonnements, expériences passées et croyances, sans que ce savoir soit toujours bien fondé (Fainzang, 2006). A ce propos Sylvie Fainzang explique que « *les conduites des malades à l'égard des médicaments sont sous-tendues par la référence à des valeurs qui circulent à l'intérieur des groupes culturels auxquels ils se rattachent, et le savoir qu'ils ont sur les médicaments est construit par des logiques culturelles et symboliques qui lui donnent forme* » (Fainzang, 2006). Ainsi, l'appartenance à un groupe culturel et les croyances vont avoir un impact sur l'adhésion du patient au diagnostic et au traitement qui en découle. Le mode de vie peut également influencer les choix du patient sur leur prise en charge, c'est pourquoi certains patients se soignent exclusivement par les plantes ou les médecines dites douces.

Aux expériences et croyances du patient s'ajoute ses recherches à la suite d'un diagnostic ou à la survenue de symptômes. Bien que beaucoup se tournent vers le médecin, la littérature mais surtout internet sont bien souvent utilisés pour trouver les réponses aux questions qu'ils se posent. Grâce aux moteurs de recherche, en tapant des mots-clés comme « boutons » ou « mycose », le patient tombe sur une multitude de sites, forums de discussion et images accompagnés de diagnostics et traitements. Bien que la plupart de ces sites ne soient pas rédigés par des professionnels de santé, le patient peut s'y identifier, notamment sur les forums de discussion où chacun peut écrire et décrire de façon anonyme son expérience passée sur le sujet. Le web est une volumineuse source de données, accessible 24 h sur 24 et 7 jours sur 7 et qui évite un face à face parfois gênant quand il s'agit d'une maladie sexuellement transmissible, d'un trouble de l'érection ou autre maladie « peu flatteuse ». Mais il est parfois difficile d'identifier les informations fiables car la quantité l'emporte sur la qualité (Nabarette, 2002) (Wyatt *et al.*, 2004).

Cette recherche d'information est sous-tendue par le besoin du patient de comprendre sa maladie : ses causes, ses mécanismes, ses traitements et ses pronostics. Une fois que le patient a connaissance des causes, des facteurs de risque et des enjeux, il est plus apte à gérer sa maladie, à prendre des décisions la concernant et à prévenir les éventuelles complications en changeant ses comportements (tabac, activité physique, alimentation, alcool). Il est important de se rappeler que le patient ou son entourage (parents) sont les premiers intervenants de la prise en charge, il est donc essentiel qu'ils soient conscients et informés sur les attitudes et habitudes à adopter (Nabarette, 2002). Par exemple, l'entourage d'un patient immunodéprimé (chiomiothérapie, VIH) doit savoir que ce dernier est sensible aux infections et doit prendre des précautions pour ne pas le contaminer par des agents infectieux. Par conséquent, lorsqu'une personne de l'entourage est souffrante elle doit mettre en place certaines mesures d'hygiène : ne pas embrasser le patient, se laver les mains souvent, éviter de serrer les mains voire s'isoler.

L'internet a donc un rôle à jouer important dans le quotidien des patients, mais le vrai du faux étant parfois difficile à déceler, les médecins, pharmaciens et autres professionnels de santé restent à leur disposition pour éclaircir certains points, accompagner et rassurer.

4.3. Des patients aux attentes comblées ?

Une étude menée en 1988 aux Etats-Unis montre que pour 92 % des personnes interrogées, il était important que leur pharmacien soit disponible pour une consultation (Joyce et Hubbard, 1988). Cette étude montre qu'il y a une réelle attente des patients quant à l'accessibilité de leur

pharmacien. Une autre étude menée aux Etats-Unis en 2013 chez des patients âgés de 65 ans et plus a exploré les attentes des patients quant aux conseils apportés par le pharmacien. Cette étude montre que lors d'un nouveau traitement, le pharmacien explique comment prendre le médicament dans 88,9 % des cas, les effets indésirables dans 84,2 % des cas et les indications dans 47,4 % des cas alors que respectivement, seulement 44,4 %, 55,6 % et 33,3 % des patients attendaient des conseils du pharmacien dans ces sujets (Collum *et al.*, 2013). Dans cette dernière étude il est clair que les patients ont peu d'attente de la part du pharmacien vis-à-vis des explications à fournir sur le traitement. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les patients ne connaissent pas tout à fait bien le métier de pharmacien, se contentant des explications du médecin et pensant récupérer simplement les médicaments à la pharmacie sans plus de commentaire. Les pharmaciens dépassent donc les attentes qu'ont les patients en terme de communication sur le traitement. Cette même étude montre que les patients trouvent que les pharmaciens passent assez de temps pour leur expliquer leur traitement (94,8 %) dans le cas d'une nouvelle prescription mais un peu moins dans le cas d'un renouvellement (84,2 %) (Collum *et al.*, 2013).

Pourtant, malgré le fait que les pharmaciens dépassent les attentes des patients, une étude menée aux Etats-Unis en 2008 sur des personnes âgées de 65 ans et plus montre que les patients pensent avoir une meilleure relation avec leur médecin qu'avec leur pharmacien (Keshishian *et al.*, 2008). D'ailleurs, quand il s'agit de choisir une pharmacie pour aller chercher ses médicaments, une étude menée au Pakistan en 2013 a montré que **pour 100 % des personnes interrogées la différence des prix entrait en compte**, ainsi que **la proximité (95,3 %)** alors que **pour seulement 41,5 % d'entre eux la relation avec le pharmacien aurait une influence** (Khan *et al.*, 2013). Cette même étude montre que la population interrogée a une opinion positive du pharmacien (84,1 %) et qu'ils pensent que le pharmacien a un rôle important à jouer dans la chaîne de soin bien que 60,5 % d'entre eux ne trouvent pas le pharmacien plus expert en médicament que le médecin. Ces études ont été menées à l'étranger mais aucune étude n'indique qu'il n'en n'est pas de même en France. Bien que pour la majorité des personnes le pharmacien a un rôle important à jouer dans la santé, la relation qu'ils entretiennent reste visiblement secondaire, au profit des prix cassés et de la proximité. Ce résultat peut s'expliquer par le fait qu'il y a une méconnaissance du métier de pharmacien, notamment en ce qui concerne l'éducation, la prévention et le dépistage. Selon un sondage d'Opinionway, seuls quatre français sur dix savent que les pharmaciens sont habilités à réaliser des dépistages (diabète et hypertension) (Opinionway, 2013). Néanmoins, il faut rester vigilant quant aux résultats

de ces études, car il en existe beaucoup aux résultats parfois contradictoires, de plus, toutes ces études ont été réalisées dans des pays étrangers où le métier de pharmacien peut être différent.

4.4. Une relation hétérogène

La relation qu'a le pharmacien avec ses clients n'est pas toujours la même. Bien entendu, la relation pré-existante joue un rôle primordial. Avec un patient « habitué » de la pharmacie, le pharmacien parlera volontiers de la famille, des résultats d'examens passés, des tracas de la vie courante connus ou autres sujets déjà abordés. Tandis qu'avec un client « de passage », qui n'est là que pour acheter un médicament une fois, les discussions « privées » sont plus rares ou concerneront bien souvent la météo. Le caractère du pharmacien, son accessibilité et sa conception du métier entrent également en jeu dans la relation entretenue avec les patients. Ainsi, un pharmacien timide ou peu intéressé par le parcours de soin des patients sera moins proche de ces derniers qu'un pharmacien ouvert aux autres et impliqué dans la santé de ses patients.

L'âge du patient est à nouveau un facteur qui entre en compte dans la relation pharmacien-patient. En effet, les pharmaciens ont plus tendance à utiliser une approche participative, c'est-à-dire inclure le patient et lui donner un rôle dans sa santé, avec les patients plus âgés plutôt qu'avec les plus jeunes. Ceci peut être le fait que plus de patients âgés fréquentent la pharmacie que de personnes jeunes mais également par le fait que les patients âgés sont souvent atteints de maladies chroniques pour lesquelles leur rôle à jouer se fait sur le long terme (Sleath, 1996).

La pharmacie en elle-même, c'est-à-dire le lieu de dispensation, sa taille, son agencement ainsi que ce que le titulaire veut qu'elle soit peut modifier les relations qu'ont les pharmaciens et les patients. Dans une petite pharmacie à la campagne, où tout le monde se connaît, le pharmacien peut endosser le rôle de seul professionnel de santé du secteur. Il pourra alors parfois devoir gérer les malaises, les coups et blessures et aura donc un lien particulier avec ses patients. En centre ville, même s'il y a des clients fidèles, un bon nombre de la clientèle sera composée de personnes non connues de la pharmacie ou « de passage ». En ville, la concurrence est plus rude qu'à la campagne et certains pharmaciens n'hésitent pas à casser les prix des produits en vente libre pour attirer la clientèle. Dans ces pharmacies, la communication avec le patient est parfois réduite pour un souci de rentabilité, les ventes s'enchaînant et se ressemblant, sans vraiment prendre en compte le patient en lui-même (Keshishian *et al.*, 2008).

Malgré l'hétérogénéité des services apportés par les pharmaciens, et des relations qui en découlent avec les patients, ces derniers se disent plutôt satisfaits de leur pharmacien. Cependant, les attentes des patients quant au rôle du pharmacien restent faibles, et ceci peut être dû à une méconnaissance du métier de pharmacien.

5. Rôles et devoirs du pharmacien

5.1. Les répartitions du métier de pharmacien

La répartition des officines est harmonieuse sur l'ensemble du territoire, avec en 2014 une pharmacie pour 2 936 habitants (Ordre National des Pharmaciens, 2015). Cette répartition est donc régie en fonction du nombre d'habitants de la commune ou d'un ensemble de communes et a pour but d'offrir à chaque habitant un accès aux soins et aux médicaments proche de son lieu de vie. Contrairement aux autres professionnels de santé, le pharmacien est donc présent partout mais ne peut s'installer n'importe où car cette règle a également pour conséquence d'entraîner une restriction de l'installation de nouvelles pharmacies, dans le cas où le nombre d'habitants n'est pas suffisant.

Au 1^{er} janvier 2015 on comptait 21 772 officines libérales en France métropolitaine et 74 492 pharmaciens inscrits à l'Ordre National des Pharmaciens dont les trois-quarts travaillent en officine, soit environ 55 869 pharmaciens titulaires et adjoints (Ordre National des Pharmaciens, 2015). L'âge moyen des pharmaciens est de 46 ans et on compte, depuis plusieurs années, plus de pharmaciens femmes (67,1 %) que hommes (32,9 %).

Les pharmacies sont généralement ouvertes tous les jours de la semaine et assurent à tour de rôle un service de garde les nuits, dimanche et jours fériés. Elles sont ouvertes à tous et sans rendez-vous, ce qui fait du pharmacien un professionnel de santé disponible et accessible.

5.2. Le pharmacien, un conseiller sollicité

Par son accessibilité et sa disponibilité, le pharmacien est souvent sollicité pour une demande de conseils, que ce soit pour des maux ne nécessitant pas la consultation d'un médecin ou pour des complications de traitement (allergies, effets indésirables). Dans ces situations, le pharmacien doit alors prendre en compte le patient dans sa globalité (état actuel du patient, antécédents, traitements en cours, âge, particularités physiologiques comme la grossesse ou l'insuffisance rénale) pour pouvoir adapter son conseil à la personne et non simplement s'arrêter aux symptômes décrits. S'il ne connaît pas toutes les informations nécessaires pour adapter son conseil, le pharmacien doit donc interroger le patient, en

utilisant comme dit précédemment une ou plusieurs questions ouvertes pour laisser le patient raconter son histoire puis des questions fermées s'il n'a pas recueilli toutes les informations qu'il juge nécessaires.

Par exemple, pour traiter un rhume on pourra conseiller un médicament à base de vasoconstricteur à un homme sans antécédents d'hypertension mais pas pour son enfant de 12 ans. De même, on pourra conseiller de l'ibuprofène pour calmer les migraines d'une jeune femme, mais pas pour celles de son amie enceinte de 7 mois.

Les personnes âgées représentent une grande part de la population fréquentant les pharmacies, dû au fait qu'elles ont le plus souvent une maladie chronique nécessitant de venir à la pharmacie une fois par mois au moins. C'est pour cela qu'elles font l'objet de beaucoup d'études. Mais les personnes âgées représentent aussi une grande part de marché pour la vente de médicaments sans ordonnance ou OTC (Over The Counter) et sont donc souvent amenés à venir voir le pharmacien pour un conseil. Elles sont donc à la fois polymédiquées et pratiquent l'automédication. Les pharmaciens doivent alors redoubler de vigilance lors de vente de médicaments OTC pour s'assurer qu'il n'y a pas d'interaction avec le traitement habituel et qu'il n'y a pas de contre-indication avec la ou les pathologies du patient ni avec son âge et les changements métaboliques et physiques qui en découlent.

5.3. Le pharmacien, expert en médicament

Le pharmacien d'officine détient et dispense les médicaments. Il assure la qualité des médicaments et la sécurité quant à leur prise, mais plus que cela, il est détenteur de connaissances sur le médicament, sur ses indications, ses effets indésirables, sa pharmacocinétique (son devenir dans l'organisme), sa pharmacodynamie (son action sur l'organisme) et ses modalités d'utilisation.

Lors d'une délivrance d'ordonnance, le pharmacien ne doit pas se contenter d'une simple dispensation de médicaments, mais il doit analyser les posologies, les associations médicamenteuses, la cohérence du traitement et faire le lien avec le patient, ses traitements, ses allergies, ses antécédents et ses particularités physiologiques. De même que pour la vente de médicaments conseils, la prescription doit être personnalisée et adaptée au patient, et le pharmacien est là pour s'en assurer. Comme le rappelle l'article R.5015-61 du Code de la Santé Publique (CSP), le pharmacien ne peut modifier la prescription faite par le médecin sans l'accord de ce dernier. De ce fait, lors d'une incohérence, voire d'une mise en danger du patient, il est du devoir du pharmacien de contacter le médecin prescripteur pour lui exposer son incompréhension et ses inquiétudes. Dans le cas où le pharmacien n'arrive pas à joindre le médecin

prescripteur ou s'il y a mise en danger du patient l'article R.5015-60 précise que le pharmacien doit refuser la délivrance des médicaments (Lafont, 1998). Car en cas de délivrance d'une prescription anormale et de mise en danger, le pharmacien et le médecin partagent également la responsabilité.

Lors d'une délivrance d'ordonnance, le conseil est également un devoir. En effet, selon l'article R.5015-48 du Code de la Santé Publique, la dispensation de médicaments, qu'ils soient prescrits ou non, doit être accompagnée d'une analyse pharmaceutique ainsi que d'informations et conseils nécessaires au bon usage du médicament. Ainsi, en plus de rappeler les posologies, le pharmacien doit expliquer le rôle du médicament, ses effets indésirables les plus fréquents, ses contre-indications et sa prise optimale. Par exemple, lors de la délivrance d'Augmentin[®], le pharmacien rappellera qu'il s'agit d'un antibiotique de la famille des pénicillines. Il recherchera une éventuelle allergie et expliquera qu'il est préférable de le prendre au cours d'un repas pour diminuer la survenue de troubles digestifs tels que la diarrhée. Il pourra accompagner ces informations d'un conseil, comme recommander la prise d'un probiotique pendant la durée du traitement, pour reconstituer la flore fragilisée et ainsi diminuer le risque de diarrhée.

Pour une prise optimale du traitement ou pour en diminuer le risque de survenue d'effets indésirables, le pharmacien personnalisera ses conseils en fonction du patient. Prenons l'exemple d'un enfant scolarisé et déjeunant à l'école chez qui il aura été prescrit de l'amoxicilline à raison d'une cuillère-mesure matin midi et soir. On pourra conseiller aux parents de donner une cuillère-mesure et demie matin et soir à la place. D'autre part, si une personne qui ne déjeune pas le matin se voit prescrire des corticoïdes au petit déjeuner, on lui conseillera de déjeuner pendant la durée de traitement ou de prendre les corticoïdes au cours du repas du midi.

Le rôle de conseil du pharmacien a donc pour but une prise optimale du traitement et une réduction des erreurs ou du mésusage et des effets indésirables qui en découlent. Pour des conseils personnalisés, le pharmacien doit interroger son patient sur ses antécédents et ses habitudes de vie. Ces conseils doivent venir compléter le travail du médecin qui n'a pas toujours les connaissances ou le temps nécessaire pour cela (Patwardhan *et al.*, 2012).

5.4. Le rôle d'éducateur du pharmacien

Par son statut de professionnel de santé, son expertise et son rôle de conseiller pour le bon usage du médicament, le pharmacien est en position d'autorité sur le patient (Stevenson, 2014). Cette autorité, le pharmacien s'en sert pour éduquer le patient, c'est-à-dire l'informer sur sa maladie et ses traitements ainsi que sur les comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but d'aider le patient à comprendre sa maladie et ses traitements, dialoguer et collaborer pour qu'il assume sa prise en charge pour maintenir ou améliorer sa qualité de vie (Baudrant *et al.*, 2008). Ainsi le patient devient autonome et gère lui-même sa maladie mais pour adhérer à son traitement le patient doit comprendre la maladie, le fonctionnement des médicaments ainsi que leurs bénéfices et risques.

Les comportements et modes de vie ont une grande influence sur la santé et sur l'évolution d'une maladie. Le pharmacien sera donc prédisposé à rappeler les règles d'une hygiène de vie saine notamment en termes d'alimentation, d'activité physique et de consommation d'alcool ou de tabac. Selon Frank Gatto chercheur en santé publique, dans l'éducation thérapeutique du patient « *il importe donc de lutter contre la mort, mais aussi contre toute forme de handicap ou d'incapacité (moteurs, psychiques, sociaux, environnementaux) aussi bien pour en éviter, en retarder la survenue que pour en limiter la sévérité* » (Gatto, 1999). En effet, **la santé ne se résume plus à l'espérance de vie, mais à la qualité de vie.**

5.5. Le rôle d'écoute du pharmacien

Beaucoup de patients, se sentant frustrés par leur traitement ou par la difficulté de communiquer avec leur médecin, se tournent vers le pharmacien pour exprimer leurs doutes, leurs questions et leurs besoins. Selon Stéphane Jacquemet et Agnès Certain, le pharmacien se place du côté des médicaments et non de la maladie, et peut, en ce sens, apporter un nouvel éclairage dynamisant (Jacquemet et Certain, 2000). Il est en effet le mieux placé pour offrir une oreille attentive aux patients désireux de se confier, et peut parfois faire le lien entre le patient et le médecin lorsque cela est nécessaire. Le pharmacien est aussi là pour adapter la forme de traitement lorsque celle-ci pose problème, notamment chez les personnes âgées qui ont parfois du mal à avaler les gélules ou gros comprimés, ou pour adapter un traitement à la vie active du patient et non le contraire.

Le pharmacien est notamment très sollicité chez les personnes qui ont été diagnostiquées d'une maladie chronique, chez qui la prise de médicaments devient quotidienne.

6. Compréhension du patient et utilisation des médicaments

Lors d'une consultation chez le médecin ou d'une dispensation de médicaments chez le pharmacien, beaucoup d'informations sont données par les professionnels de santé. Le médecin fait d'abord un diagnostic, énumère les causes probables, prescrit un médicament et définit une conduite à tenir. Le pharmacien rappelle les indications du traitement, ses effets indésirables et sa posologie. Comment le patient, parfois inexpérimenté en matière de termes médicaux et pharmaceutiques, assimile-t-il toutes ces données ? Une étude menée en 1979 par le professeur américain de psychologie Philip Ley rapportait que **les patients oublièrent d'un-tiers à la moitié des informations dispensées par le médecin et que près de la moitié des informations retenues étaient incorrectes** (Tuckett *et al.*, 1985) (Kessels, 2003).

Cependant, une étude menée au Royaume-Uni en 1985 arrive à une conclusion différente et souligne que les patients ont généralement beaucoup moins de mal à se rappeler des informations que ce que l'on pense (Tuckett *et al.*, 1985). En effet cette étude a été menée sur des patients hommes et femmes de tout âge et de toute origine avec des rangs sociaux et culturels différents, qui étaient interrogés après une consultation chez le médecin sur trois sujets principaux : signification du diagnostic, traitement et action pour le présent ainsi que les actions préventives pour le futur. Le résultat de cette étude a montré que **seulement 10 % des patients étudiés étaient incapables de se rappeler ce que le médecin avait dit sur l'un des sujets clés** (Tuckett *et al.*, 1985). Cette étude rapporte que 80 % des patients comprennent correctement la signification du diagnostic. C'est au sujet de la prévention que les patients ont plus de mal à assimiler les informations données avec seulement 75 % d'entre eux qui ont su donner une signification correcte. Cependant, cette même étude a montré que 27 % des patients interrogés n'avaient pas saisi le sens d'au moins un de sujets clés évoqués. Le rôle du pharmacien est donc de rappeler et d'insister sur les informations clés du traitement. Car le patient ayant déjà reçu un nombre important d'éléments chez le médecin, ne doit pas crouler sous les informations mais en retenir l'essentiel.

Avec des résultats si contradictoires il est difficile de savoir exactement combien d'informations les patients retiennent et surtout, il est difficile d'évaluer la qualité des informations retenues. Quels facteurs et quelles conséquences attribuer à cette perte d'information ?

6.1. L'éducation, un facteur clé de la compréhension

La « Health literacy » est pour ainsi dire de la culture générale en santé, et cette culture générale est un facteur clé de la communication pharmacien-patient, de la compréhension de la maladie et du traitement qui en découle. Aux Etats-Unis, il y aurait plus d'un tiers des patients avec une culture générale médicale insuffisante (Jonhson *et al.*, 2013) (Collum *et al.*, 2013). Ces patients sont exposés à **un état de santé général moins bon, un plus haut taux d'hospitalisation, un taux de mortalité supérieur et en découle un coût de prise en charge plus élevé.**

Un défaut de culture générale en santé chez des patients atteints de pathologies chroniques réduit la capacité de comprendre et d'adhérer au traitement ainsi qu'aux conseils d'hygiène de vie et augmente le risque d'erreur médicamenteuse. Ainsi, une étude a montré que chez des patients diabétiques, le taux d'hémoglobine glyquée (HbA_{1c}) était inversement proportionnel à la culture générale médicale, c'est-à-dire que moins les patients comprennent leur maladie et leur traitement, moins ils adhèrent à celui-ci, car le taux d'HbA_{1c} qui reflète le taux de glycémie des trois derniers mois du patient est plus élevé. La mise en danger chez ces patients diabétiques par une hyperglycémie fréquente leur est alors mal connue ou leur paraît lointaine (risque cardiovasculaire, pied diabétique, cécité) ; mais même lorsqu'il s'agit d'un danger immédiat, comme un risque hémorragique avec les anticoagulants oraux AVK (antivitamines K), **70 % des patients avec une culture générale médicale insuffisante ne savent pas si leur INR (International Normalized Ratio) est dans la fourchette thérapeutique.**

Les AVK sont des médicaments notamment utilisés pour traiter et prévenir des maladies thrombo-emboliques veineuses et l'infarctus du myocarde. Le risque, quand l'INR est trop bas, est un sous-dosage avec l'éventuelle formation d'un thrombus ou caillot, tandis que s'il est trop élevé il existe un risque hémorragique. C'est donc un traitement qui nécessite une surveillance particulière avec des dosages d'INR très fréquents qui s'espacent après stabilisation. Bien que le médecin soit le seul à pouvoir adapter le traitement du patient en fonction des résultats, ce dernier est acteur dans ce traitement, notamment par la prise plus ou moins régulière d'aliments riches en vitamine K qui influencent l'INR. Sachant que les complications hémorragiques sous AVK sont responsables de 17 000 hospitalisations et 5 000 décès chaque année (Pohu-Meliani, 2013), il paraît essentiel de devoir agir. Et cela passe par l'éducation du patient via notamment la communication pharmacien-patient grâce à un échange de qualité et une relation instituée. Les pharmaciens, par leur place dans la prise en charge du patient, et par leur relation avec ce dernier sont bien

placés pour éduquer les patients et, dans le cas des patients sous AVK, prévenir les complications par des mises en garde.

6.2. La diffusion des informations médicales

Chez les patients, la majorité des informations médicales sont obtenues à la maison ou par l'entourage. Les sources concernant les informations médicales ne manquent pas (livres, magazines, journaux, télévision, internet) et sont facilement accessibles. Paradoxalement, les patients avec la culture générale médicale la plus faible s'informent très peu sur internet, avec, d'après une étude menée aux Etats-Unis en 2003, 80 % d'entre eux qui n'utilisent pas internet comme source d'informations médicales (Kutner *et al.*, 2006). Cependant, les résultats de cette étude datent de plus de dix ans et l'évolution d'internet a pu modifier les habitudes. Néanmoins cette étude montre que peu importe la source, les patients qui ont une culture générale la plus basse, c'est-à-dire inférieure aux bases, sont ceux qui recherchent le moins l'information. Ceci peut s'expliquer par le fait que les patients qui ont une culture générale médicale insuffisante ont également plus de difficultés à parcourir les informations issues d'un site internet par exemple, pour en sélectionner celles qui leur en seraient profitables.

Les professionnels de santé sont donc souvent au second plan au sujet de la diffusion d'informations médicales mais ont néanmoins leur rôle à jouer. En effet, les pharmaciens étant facilement consultables, ils sont souvent interrogés par les patients même lorsque ceux-ci se sont renseignés sur internet. Les pharmaciens ont donc pour rôle de répondre à leurs doutes et questions, mais plus que cela, les pharmaciens ne doivent pas attendre d'être consultés pour apporter une information mais doivent anticiper les doutes et questions du patient et diffuser les informations nécessaires à une prise optimale du traitement à tous les patients.

6.3. Les pharmaciens acteurs dans l'éducation du patient

Une étude américaine réalisée en 1995 sur 979 patients hospitalisés montre que 41,6 % d'entre eux ne comprennent pas les directives pour un traitement à prendre avec un estomac vide (Williams *et al.*, 1995). Il n'est d'ailleurs pas rare que les patients aient du mal à comprendre l'étiquetage des médicaments ainsi que les mises en garde que l'on retrouve sur certaines bouteilles. De même, les dosages tels que l'utilisation de cuillère à soupe ou de cuillère à café ne sont pas toujours bien compris (Williams *et al.*, 1995) (Johnson *et al.*, 2013).

Ainsi, des instructions qui peuvent paraître simples ne sont pas toujours saisies par le patient. De plus, les patients avec une culture générale médicale pauvre ne sont pas toujours facile à reconnaître, d'autant plus qu'ils sont souvent embarrassés par leur manque de compréhension. Pour autant, il ne faut pas partir du principe que chaque patient a une culture médicale limitée et utiliser un discours trop simple au risque de vexer les patients plus cultivés. C'est en interrogeant le patient, en utilisant une approche neutre et sans jugement, que l'on peut se rendre compte du degré de culture générale médicale du patient. La meilleure approche est l'utilisation de questions ouvertes telles que « *Qu'est-ce que vous a dit le médecin sur ce traitement ?* », « *Que savez-vous sur la prise de ce médicament ?* » ou encore « *Si votre INR est trop élevé, savez-vous à quoi cela vous expose ?* ». Ainsi le pharmacien peut évaluer le degré de compréhension des propos du médecin et dans le cas où le patient n'a pas compris, cela l'encourage à exprimer son incompréhension ou à poser des questions.

Les instructions faites oralement par le pharmacien peuvent être accompagnées d'un récapitulatif écrit sur les boîtes de médicaments, mais également, dans le cas d'un diagnostic récent d'une pathologie chronique, d'une brochure sur l'origine de la maladie et ses conséquences si le pharmacien en possède. Par exemple, pour les patients diabétiques, il peut être intéressant de leur fournir des prospectus sur la maladie en général mais également sur l'importance d'une hygiène de vie adaptée et pourquoi pas, des recettes contenant des aliments à index glycémiques équilibrés.

Le pharmacien se trouvant à la fin de la chaîne de la prise en charge, clarifier le traitement via une communication adaptée est parfois la dernière opportunité de s'assurer que le patient a compris son traitement.

6.4. Les limites de l'information

De même que tout traitement apporte ses effets indésirables, toute utilisation d'un médicament est susceptible d'engendrer des abus. Et de la même façon que beaucoup d'efforts sont entrepris par les professionnels de santé pour diminuer les effets indésirables, il est très important de prévenir au possible les usages indésirables. Il faut donc informer le patient sur l'utilité du traitement mais aussi sur ses méfaits en cas de mauvaise utilisation.

Cependant, l'information des patients a ses limites. En effet, une trop large diffusion d'informations apporte des contradictions, qui, au lieu d'apporter au patient des connaissances médicales, ne feront que le rendre

plus confus. De plus, une sélection des données se fait naturellement, d'autant plus lorsqu'il y en a beaucoup. Le problème réside dans cette sélection, qui ne sera pas forcément faite des éléments les plus importants ou pertinents. De plus, les patients sélectionnent parfois volontairement, en gardant les informations les plus plaisantes ou arrangeantes (Martin, 1980).

Lors d'une diffusion d'informations à grande échelle, il est donc essentiel de sélectionner les messages les plus importants à faire passer. Avant même leur diffusion, il est primordial d'évaluer les conséquences d'une éventuelle mauvaise compréhension du destinataire et les conséquences qui en découlent. La simple information n'incluant pas de feedback ou retour de celui qui la reçoit, le message ne peut être clarifié en conséquence, et c'est une lacune grave qui peut avoir un impact important. Prenons par exemple l'effet du clip d'information « les antibiotiques c'est pas automatique ! » qui a pour but de diminuer la trop forte consommation d'antibiotiques en France en informant le grand public des limites de leur action sur les infections virales. Suite à cette information, et voulant bien faire, certains patients vont alors arrêter leur traitement antibiotique dès les symptômes de l'infection disparus. Ceci a pour conséquence non seulement de gaspiller les comprimés non utilisés, mais surtout de créer de nouvelles bactéries résistantes aux antibiotiques, plus difficiles à traiter (Fainzang, 2006).

Un autre exemple d'une information mal comprise est celui d'une jeune femme lisant dans son magazine hebdomadaire un article sur les conséquences d'un abus de phytothérapie, et rappelant que même les tisanes les plus anodines doivent être utilisées avec modération. Cette jeune femme qui jusqu'à présent était peu convaincue du pouvoir des plantes se dit que si les plantes peuvent apporter des méfaits par leur surconsommation, elles peuvent également apporter des bienfaits lors d'une utilisation adéquate. Ainsi, l'information initiale qu'a voulu apporter cet article a été réinterprétée par la lectrice (Fainzang, 2006).

Au comptoir, le pharmacien a l'opportunité de transmettre les informations nécessaires de vive voix ayant l'avantage de recevoir immédiatement le feedback du patient, et, si nécessaire peut adapter ou ajuster son discours. C'est une opportunité précieuse qu'il se doit de saisir.

7. Estimation de la compréhension et de la mémorisation du patient

7.1. Objectif de l'étude menée

L'objectif de cette étude est d'estimer la compréhension du patient et la mémorisation à court terme des informations données lors d'un échange avec le pharmacien.

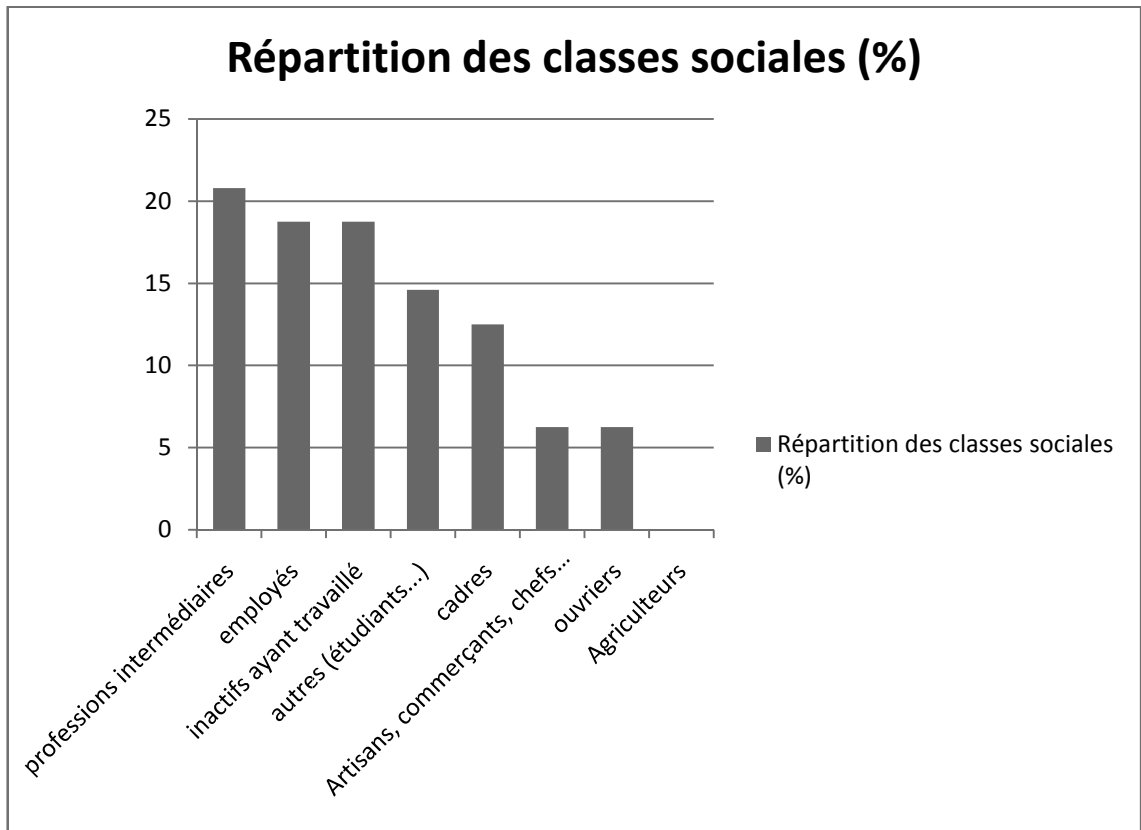
7.2. Méthode

Les résultats présentés dans cette étude ont été récoltés lors d'interactions pharmacien-patient ou préparatrice-patient avec la présence d'une tierce personne se positionnant en observateur. Les patients observés se sont présentés spontanément avec une ordonnance contenant au moins un antibiotique et pour chacun d'entre eux il leur a été demandé au préalable leur accord pour répondre à un questionnaire. A l'aide d'un formulaire (annexe), l'observateur a transcrit les informations données par le pharmacien ou la préparatrice lors d'une dispensation de traitement antibiotique pour une pathologie aiguë. Une fois l'échange terminé, l'observateur a interrogé les patients, notamment sur le nom de l'antibiotique, la posologie et la durée de traitement ainsi que sur les principaux effets indésirables.

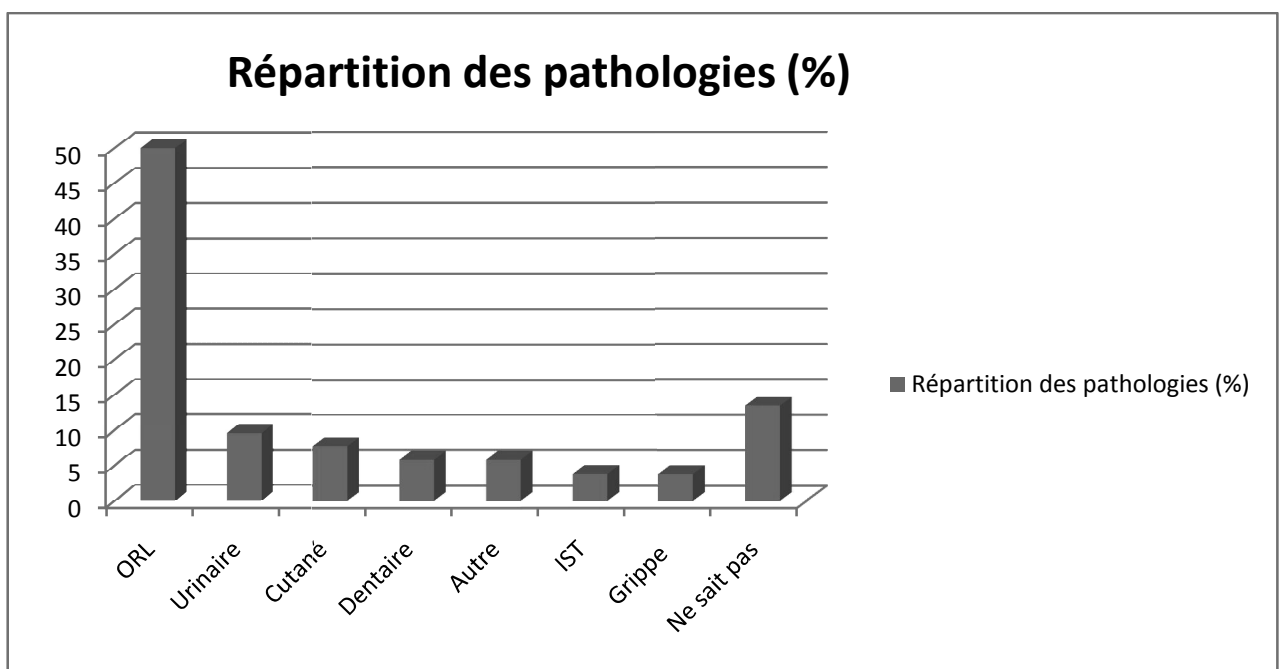
7.3. Résultats

Dans cette étude 48 patients ont été observés puis interrogés avec une proportion identique d'hommes et de femmes. Sur ces 48 personnes, 4 ont reçu une double antibiothérapie, ce qui amène à 52 le nombre de réponses propres au traitement. Plus de la moitié des personnes interrogées étaient âgées entre 26 et 55 ans et leurs catégories sociales sont variables avec une prédominance pour les professions intermédiaires (telles que instituteur, infirmier et assistante sociale), les employés et les inactifs ayant travaillé.

Tranche d'âge (ans)	Nombre patients	pourcentage
15-25	6	12,50
26-55	27	56,25
56 et +	15	31,25



Les pathologies rencontrées sont souvent ORL (bronchites, angines, otites, sinusites) et les antibiotiques sont majoritairement de la famille des pénicillines (46,3 %) puis des céphalosporines (23,1 %), des macrolides (19,2 %) et autres (11,4 %).



Les résultats de cette étude montrent les différences de mémorisation des informations par le patient, selon qu'elles ont été rappelées par le pharmacien ou non.

En effet, le **nom de l'antibiotique** a été évoqué 39 fois et retenu 17 fois soit dans **43,6 %** des cas ; alors que lorsqu'il n'est pas mentionné, il n'a été retenu que dans **15,4 %** des cas.

Une **substitution** par un générique est retenue dans **76,2 %** des cas lorsqu'elle est mentionnée et dans **33,3 %** des cas lorsqu'elle n'est pas mentionnée.

La **forme galénique** est retenue dans **80 %** des cas lorsqu'elle est mentionnée et dans **76,5 %** des cas lorsqu'elle n'est pas mentionnée.

Dans 98 % des cas les patients savaient qu'on leur avait délivré un antibiotique, et bien que 33 % d'entre eux ont su expliquer qu'un antibiotique sert à traiter une infection, seulement 14,6 % d'entre eux ont précisé qu'ils agissent sur les infections à bactéries. Le mot antibiotique a été mentionné dans 96 % des cas.

Qu'est-ce qu'un ATB?	Nombre patients	Pourcentage
Pour guérir plus vite	16	33,3
Traitement infections	16	33,3
Anti microbes	3	6,3
Anti virus	4	8,3
Anti douleur	4	8,3
Ne sait pas	5	10,4

Les résultats de cette étude montrent également avec quelles proportions les informations relatives au traitement en lui-même sont retenues par le patient :

- La **posologie** a été mentionnée dans 78,8 % des cas et retenue par **67,3 %** des patients.
- La **répartition** des prises dans la journée mentionnée dans 94,2 % des cas et retenue par **76,9 %** des patients.
- La **durée de traitement** a été mentionnée dans 96,1 % des cas et retenue par **76,9 %** des patients.

Lorsque le pharmacien précise les **effets indésirables**, **70 %** des patients les retiennent. Contre **31,2 %** lorsqu'ils n'ont pas été mentionnés. Quand

des **conseils** sont dispensés pour éviter ces effets indésirables, ils sont retenus par **71,4 %** des patients.

Lorsque le pharmacien précise qu'il est nécessaire de continuer le traitement jusqu'au bout il est retenu par 96,6 % des personnes. Alors que lorsque le pharmacien ne le dit pas, les patients le savent quand même pour 80 % d'entre eux.

7.4. Discussion

7.4.1. Un entretien pharmacien-patient loin d'être inutile

Les résultats de cette étude menée à petite échelle révèlent la valeur ajoutée de l'entretien pharmacien-patient. En effet, lors de la délivrance d'un traitement aigu inconnu du patient, le pharmacien est un professionnel de santé essentiel pour la bonne compréhension du traitement et sa bonne prise. L'exemple le plus révélateur est la différence sur la mémorisation du nom de l'antibiotique entre les patients pour qui le pharmacien l'a rappelé (43,6 %) et les patients pour qui il n'a pas été mentionné (15,4 %). L'autre exemple révélateur est celui sur la connaissance des effets indésirables, lorsque le pharmacien les mentionne, les patients les retiennent dans 70 % des cas, alors que lorsqu'ils n'ont pas été mentionnés, seuls 31,2 % des patients les connaissent.

On remarque que la posologie, la répartition du traitement sur la journée et la durée du traitement sont des informations relativement bien retenues (respectivement 67,3 %, 76,9 % et 76,9 %) et il en est de même pour les conseils apportés pour éviter la survenue d'effets indésirables, retenus par 71,4 % des patients.

On remarque également que peu de patients savent réellement ce qu'est un antibiotique, utilisant des termes flous tels que « *traitement pour guérir plus vite* » dans plus de 30 % des cas, le confondant avec un antidouleur (8,3 %) ou un antivirus (8,3 %) voire ne sachant pas du tout le définir dans plus de 10 % des cas.

7.4.2. Les limites de cette étude

Le paradoxe de l'observateur :

Lors de toute enquête d'observation intervient la notion du paradoxe de l'observateur. Ce paradoxe se retrouve dans toutes les sciences expérimentales où interviennent des observateurs : ils cherchent à observer ce qui se passe en situation normale, c'est-à-dire sans observateur (Adda, 1982).

Le sociolinguistique William Labov fut le premier à mettre en évidence ce paradoxe ; une étude américaine menée sur le langage « non standard » (anglais vernaculaire), pratiqué par la population noire américaine, avait mis en évidence la corrélation entre la pratique de cet anglais imparfait et un déficit cognitif à l'origine de leur échec scolaire. Les données de cette étude ayant été recueillies par magnétophone et en la présence d'observateurs, William Labov avait réfuté ce résultat en mettant en avant le fait que l'observation d'un expert intimidait et modifiait forcément le comportement.

C'est ainsi que vint la notion de paradoxe de l'observateur :

« Notre but est d'observer la façon dont les gens parlent quand ils ne sont pas observés. Le problème est bien connu dans les autres domaines sous le nom d'effet de l'expérimentateur (...) Nous appelons cela un paradoxe car il ne peut être entièrement résolu (...) »

William Labov va alors lui-même mener une étude sur le langage non standard ou vernaculaire dans la population noire. Le vernaculaire peut être défini comme langue *domestique* ou langue *indigène*. Pour dissiper le flou de la notion, Marie-Louise Moreau le définit comme « *une langue utilisée dans le cadre des échanges informels entre proches du même groupe, comme par exemple dans le cadre familial* » (Moreau, 1997).

C'est donc un langage très utilisé par la jeunesse noire américaine, notamment en classe, à l'école. Le sociolinguistique William Labov, conscient des difficultés pour lire de la jeunesse noire, va se poser la question suivante : « *est-ce que la différence de dialecte y est pour quelque chose ?* »

Pour son étude, William Labov va tenter de réduire au maximum ce paradoxe de l'observateur. Pour ce faire, il va prendre en compte le contexte, souvent non exploité auparavant. Ainsi, au lieu d'interroger les personnes de façon formelle en utilisant un magnétophone et un langage parfois complexe, il les rencontre dans des lieux qui leurs sont familiers, avec leur entourage, ou dans une situation réconfortante. Il s'assure de ne pas se mettre en situation dominante et utilise un langage utilisé par l'observé pour avoir une interaction la plus symétrique possible et il s'entoure de personnes issues de ce milieu pour récolter les informations. De cette façon il intègre dans son étude le langage, la culture, l'organisation sociale et la situation politique de la jeunesse noire.

C'est alors qu'il en vient à la conclusion que l'utilisation d'un langage non standard par la jeunesse noire américaine ne résulte pas d'un déficit cognitif à l'origine de leur échec scolaire, mais que « *la source majeur de*

leur difficulté à lire vient des conflits politiques et culturels au sein même de la classe » (Labov, 1972) (Labov, 1981) (Bourquin, 2004).

L'effet Hawthorne :

Le paradoxe de l'observateur est l'équivalence sociolinguistique de l'effet Hawthorne. Dans les années 1920 aux Etats-Unis, Elton Mayo et une équipe de chercheurs furent employés pour mener une étude dans une usine de Western Electric à Hawthorne sur les effets de l'environnement de travail sur la production des travailleurs. Le but étant d'améliorer la production, la compagnie pensait que même une amélioration mineure pouvait avoir un fort impact financier au vu du volume de production. Ils firent ainsi varier plusieurs paramètres de l'environnement tels que l'éclairage de la pièce de travail, la durée de la pause déjeuner et le nombre d'heures de travail par semaine, sur des petits groupes de travailleurs observés. Assez vite ils se rendirent compte qu'une luminosité croissante améliorait leur efficacité. Pour valider leur découverte, ils décidèrent de diminuer la luminosité, jusqu'à l'obtention d'un éclairage très faible ; à leur grand étonnement, leur productivité augmenta encore jusqu'à se stabiliser. Il était clair que l'éclairage n'était pas à lui seul responsable de cette augmentation de rendement.

Les chercheurs s'intéressèrent donc aux employés de façon individuelle : le fait d'avoir été choisis pour l'expérience et d'être amenés à travailler au sein d'un groupe leur avait donné une certaine importance ; et l'attention accordée par les chercheurs et les liens d'amitié au sein de groupe augmentèrent leur motivation. Au final, le simple fait de participer à une étude avait accru leur motivation (Harrison, 2008) (Stillman, 2009).

D'après le scientifique américain Roethlisberger : « *L'effet Hawthorne est le phénomène par lequel chaque personne incluse dans une étude de comportement modifie celui-ci en réponse à l'observation dont il fait l'objet* » (Anteby et Khurana, 2012).

L'exemple de ces deux effets prouve que lorsque l'on se sait observé, nous modifions notre comportement. Ainsi, lorsque les patients ont accepté la présence d'une tierce personne lors de la délivrance des médicaments puis de répondre à un questionnaire, ils ont modifié leur comportement habituel au comptoir. Se sachant interrogés par la suite, ils ont pu avoir une concentration inhabituelle sur les informations qu'ils leur ont été dispensées. Il est donc important de prendre en compte que dans cette étude, les résultats peuvent être faussés par les patients eux-mêmes.

Le nombre modeste de participants ainsi que l'échantillonnage font que cette étude n'est pas représentative de la population française dans son ensemble. De plus, les résultats de cette étude ne sont significatifs que sur la mémoire immédiate, car les patients étaient interrogés juste après la délivrance des médicaments. Ainsi, elle ne fait pas du tout état de la mémoire à moyen terme, lorsque par exemple le patient est rentré chez lui et doit prendre ses médicaments.

Bien que les résultats montrent que dans la plupart des cas les patients retiennent les informations échangées avec le pharmacien, il ne faut pas oublier qu'à moyen terme les informations peuvent se mélanger, d'autant plus que bien souvent d'autres médicaments sont associés à l'antibiotique. Ainsi, il est important de répéter l'information, en notant les posologies et durée de traitement sur les boîtes de médicaments, et en notifiant les substitutions pour que le patient puisse se référer à la prescription sans ambiguïté.

8. Observance et éducation thérapeutique du patient

8.1. Définition de l'observance

L'observance thérapeutique se rapporte selon le Larousse médical à la « *façon dont un patient suit, ou ne suit pas, les prescriptions médicales et coopère à son traitement* » (Larousse, 2006). Plus précisément il s'agit de « *l'importance avec laquelle les comportements d'un individu, en termes de prise de médicaments, suivi de régime ou changement de mode de vie, coïncident avec les conseils médicaux ou de santé* » (Baudrant *et al.*, 2008). Autrement dit, il s'agit de **l'assiduité du patient aux consignes de vie et de traitement données par les professionnels de santé**. A noter qu'il existe différentes définitions de l'observance selon les auteurs et certains font l'usage de termes inappropriés tels que la « *compliance* » qui est un terme anglo-saxon et qui fait référence à une certaine soumission du patient aux dires des professionnels de santé.

L'intérêt d'une bonne observance est d'assurer une efficacité et une innocuité du traitement, voire de se passer de traitement par le biais d'une meilleure hygiène de vie.

Bien que cela paraisse simple, il existe souvent un décalage entre la prise en charge optimale du patient et la prise en charge adaptée au patient, à son rythme de vie ou à ses habitudes. Notamment pour les traitements chroniques où le patient doit se soumettre tous les jours, et ce sur une longue période, à une ou plusieurs prises médicamenteuses. Une prise erronée de médicaments en termes de quantité, de respect des horaires, de régularité ou des contraintes alimentaires qu'elle suppose est à l'origine d'une mauvaise observance (Jacquemet et Certain, 2000).

8.2. Intérêts de l'observance

Une bonne observance a des intérêts sanitaires et économiques. En effet, un traitement bien suivi est un traitement efficace et pour lequel il y a moins de risques de survenue d'effets indésirables et moins de complications. Comme dit précédemment, les antivitamines K (AVK) sont la principale cause d'hospitalisation par iatrogénie, c'est-à-dire causées par des effets indésirables dus aux médicaments. Beaucoup de facteurs entrent en jeu dans la pharmacocinétique, soit le devenir du médicament dans l'organisme, tels que l'alimentation (certains aliments sont riches en vitamine K), la prise ponctuelle de médicaments qui accélèrent ou diminuent l'élimination des AVK et bien sûr l'observance. Ainsi, un patient prenant deux doses d'AVK pour pallier la dose oubliée la veille s'expose à un risque hémorragique grave pouvant mener à une hospitalisation.

L'intérêt d'une bonne observance se retrouve également dans les traitements de pathologies aiguës, notamment lors d'un traitement par antibiotique. En effet, l'importance de suivre la posologie tant sur la régularité que sur la durée du traitement a été maintes fois répétée car l'enjeu est d'éviter l'apparition de nouvelles bactéries résistantes aux antibiotiques. Cette résistance croissante a un impact sanitaire mondial car de plus en plus de bactéries « multi-résistantes » pour lesquelles les alternatives de traitements sont restreintes voire inexistantes apparaissent.

Certains traitements ne sont efficaces que si l'observance est strictement respectée. C'est le cas des antirétroviraux utilisés dans le traitement du VIH. En effet, une observance inférieure à 95 % a une incidence sur la charge virale plasmatique. Or, une augmentation de cette charge virale est prédictive du délai de survenue des événements biologiques et cliniques (Penn *et al.*, 2011) (Jacquemet et Certain, 2000). La bonne observance des patients séro-positifs est d'autant plus importante que plus la charge virale plasmatique est élevée, plus ils sont à même de contaminer d'autres personnes.

L'intérêt d'une bonne observance est parfois vital. Prenons l'exemple d'une personne diabétique de type 2, traitée par des antidiabétiques oraux de la famille des sulfamides. C'est un traitement chronique qui ne permet pas la guérison du patient mais limite les effets néfastes à long terme du diabète, tels que des problèmes vasculaires, rénaux ou encore oculaires. Ce traitement entraîne une hypoglycémie, et nécessite la prise concomitante de nourriture. Si le patient néglige cet aspect là du traitement, il s'expose à une hypoglycémie sévère pouvant mener au coma hypoglycémique, voire au décès.

L'observance de chacun a donc un intérêt **personnel**, pour être en bonne santé, **économique**, pour ne pas engendrer des dépenses qui peuvent être évitées, et **mondial**, pour préserver des traitements efficaces.

8.3. Pourquoi ne sommes-nous pas observants ?

Les taux d'observance relevés dans la littérature sont très fluctuants et dépendent de la pathologie concernée. Ils vont de **8 % pour les contraceptifs oraux à 71 % pour l'arthrose**, en passant par 20 % pour l'asthme, 30 % pour les anticoagulants et 40 % pour l'hypertension et le diabète (Smith, 1996).

Si les taux sont si bas c'est notamment parce que les patients atteints d'une pathologie chronique ne se sentent pas toujours malades. En effet, certaines maladies sont silencieuses et ne présentent que peu ou pas de symptômes. La découverte se fait d'ailleurs parfois de manière fortuite, alors que tout allait bien. Les patients ont donc parfois du mal à accepter leur maladie et le traitement qui s'en suit. Accepter une pathologie c'est parfois passer par toutes les étapes du **deuil** : choc, déni, révolte, marchandage, tristesse puis acceptation (Jacquemet et Certain, 2000). Mais c'est également un réajustement de l'image que la personne a de son corps et parfois un changement des projets à venir (Booker, 2013). C'est donc un long processus pendant lequel le patient n'est pas toujours enclin à se soumettre à un traitement quotidien.

Parfois un patient observant depuis plusieurs années devient non observant. Ce phénomène peut s'observer lors d'un « ras-le-bol » du traitement, ou lorsque le patient, suite à des résultats sanguins ou de tension satisfaisants, se croit guéri. Il pense que parce que sa tension est toujours bonne, il n'a plus besoin de traitement.

8.4. L'observance perçue par le pharmacien

Le pharmacien est le professionnel de santé qui a l'une des positions les plus stratégiques pour détecter la non-observance des patients. En effet, lors d'un traitement chronique, les patients doivent, dans la plupart des cas, revenir tous les mois renouveler leur prescription. Il n'est pas rare que lors d'un de ces renouvellements, le patient déclare ne pas avoir besoin de l'un des médicaments prescrits, car « il lui en reste ». Et ce même discours se retrouve parfois plusieurs mois à la suite. A moins d'un chevauchement d'ordonnance, lorsqu'un patient ne renouvelle pas l'un ou plusieurs des médicaments plusieurs mois de suite, c'est qu'il ne le prend probablement pas de façon assidue. C'est donc le rôle du pharmacien d'interroger le patient sur ce médicament et sur ses habitudes de prise. C'est aussi l'occasion de laisser le patient s'expliquer sur les raisons de sa non-

observance. Peut-être ne comprend-il pas l'intérêt de ce médicament, ou peut-être souffre-t-il d'effets indésirables qui l'ont conduit à arrêter ce traitement. Le pharmacien est donc en première ligne pour répondre aux interrogations du patient ou pour l'inviter à en parler à son médecin pour changer le traitement lorsque celui-ci ne lui convient plus (Van Wijk *et al.*, 2005) (Patwardhan *et al.*, 2012). Il peut parfois également détecter une prise inadaptée du médicament, menant le patient à ressentir des effets indésirables contraignants ou à juger le médicament inefficace. C'est le cas par exemple avec une prise inadaptée de Ventoline[®], lors d'une crise aigüe d'asthme. Si le patient ne prend pas le temps de bloquer sa respiration une dizaine de secondes après avoir inhalé le produit, ce dernier n'a pas le temps de se déposer au niveau des bronches et risquera d'être inefficace. Cette inefficacité peut conduire le patient à renouveler la prise fréquemment sans obtenir plus de soulagement, et à finir par le juger inefficace.

Dans le cas où l'accumulation d'un médicament dans les réserves du patient est due à l'oubli de sa prise, le pharmacien peut orienter le patient vers des piluliers à préparer une fois par semaine voire à des méthodes plus modernes telles que des applications téléchargeables sur androïdes permettant le déclenchement d'une alarme pour rappeler la prise du médicament. **Le pharmacien est donc là pour accompagner le patient et pour optimiser la prise de son ou ses traitements en les intégrant directement dans leur quotidien et non en arrangeant le quotidien autour du médicament.** Bien que le pharmacien puisse être d'une aide précieuse, l'action d'un seul corps de métier sur l'observance n'aurait que peu d'effet. Il est donc nécessaire que les différents professionnels de santé s'accordent sur leur discours et joignent leurs efforts, sans discréditer les rôles de chacun, pour éduquer leurs patients et en améliorer leur santé (Baudrant *et al.*, 2008). C'est ce qu'on appelle l'éducation thérapeutique.

8.5. La place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient

Selon l'OMS Europe en 1998, « *L'éducation thérapeutique a pour objet de former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie. L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux. L'éducation thérapeutique du patient comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement. La formation doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants* » (Saout *et al.*, 2008).

Les professionnels de santé ont donc pour rôle de former le patient à vivre avec une maladie chronique et à comprendre sa maladie et ses traitements. Le but de cette éducation est de permettre au patient de prendre des décisions concernant son traitement, notamment sur l'automédication et les soins visant à soulager des symptômes, débuter un nouveau traitement, prendre des mesures (glycémie, tension), adapter des doses à des résultats d'analyse ou à des occasions de la vie, réaliser des soins mettre en œuvre des modifications de mode de vie (alimentation, activité physique), prévenir les complications, savoir réagir en cas de complication et impliquer son entourage dans la thérapeutique (Baudrant *et al.*, 2008).

L'éducation thérapeutique est donc d'un sens contradictoire à la définition de l'observance qui fait référence à l'obligation du patient de suivre les instructions du médecin. En effet l'autonomie du patient vis-à-vis de son traitement le laisse à même de juger de sa pertinence et de son intérêt. Le patient peut donc prendre des décisions contradictoires de celles préconisées par le corps médical, le rendant alors inobservant (Fainzang, 2006). Néanmoins une soumission totale du patient aux dires du médecin n'en est pas moins une bonne chose, notamment lorsqu'il s'agit d'un traitement où le patient se doit d'être acteur dans les prises ou les doses du médicament, par exemple chez un sujet diabétique sous insuline. Le modèle de soin ne prenant en compte que l'observance tend à être remplacé par l'éducation thérapeutique qui prend en compte les croyances et préférences du patient. Ainsi on place l'individu et son environnement au centre des discussions des soins à la place de la maladie et des médicaments. Le patient est donc à même d'intervenir dans les décisions de soins mais c'est au corps médical de trouver des alternatives thérapeutiques lorsque le traitement est inadapté au style de vie du patient.

Du côté des professionnels de santé, il s'agit de collaborer et d'intégrer chaque corps de métier dans l'éducation thérapeutique des patients. Le pharmacien n'est pas là pour remplacer le médecin mais pour veiller à une bonne compréhension des propos du médecin par le patient ainsi qu'à y ajouter ses connaissances sur les médicaments. Dialoguer sur l'importance de chaque traitement, sur les posologies et les effets indésirables qu'ils supposent est nécessaire à chaque début de traitement mais également lors des renouvellements. Le pharmacien se plaçant du côté du médicament (et le médecin de la maladie), il est le plus à même de répondre aux questions concernant les difficultés de prise ou les effets indésirables susceptibles de rendre le patient inobservant, c'est pourquoi ce dialogue est nécessaire même lorsque le traitement est connu depuis longtemps. Le pharmacien peut également jouer un rôle de médiateur entre le patient et son médecin pour aider le patient à lui transmettre ses impressions et expériences thérapeutiques (Jacquemet et Certain, 2000).

Le pharmacien a donc toute sa place dans l'éducation thérapeutique du patient de part ses connaissances en matière de médicaments et de sa relation privilégiée avec les patients. Bien que cette notion soit encore trop peu exploitée, les nouvelles réformes visent à modifier cela, notamment par le biais du pharmacien (entretiens AVK et à l'avenir asthme et diabète). A ce jour ces réformes sont peu exploitées par les pharmaciens, dû au temps que prennent ces entretiens et à la rémunération souvent jugée trop faible. Mais une bonne mise en place de ces entretiens pourrait revaloriser le métier de pharmacien et ajouter une nouvelle source de rémunération pour pallier la baisse des marges sur les médicaments remboursés.

CONCLUSION

Cette thèse énonce les principes de base de la communication et ses applications à l'officine lors des échanges pharmacien-patient. L'officine est un lieu atypique de la communication où l'espace ouvert est parfois bondé, mais qui reste malgré tout un espace où la discrétion et la confidentialité sont à respecter. C'est une contrainte supplémentaire au processus de communication déjà soumis à de nombreux facteurs jouant sur la bonne transmission du message. Le pharmacien se doit donc d'être attentif aux signes, exprimés par le patient de manière verbale ou non verbale, visant à l'alerter d'une mauvaise compréhension. De même, le pharmacien doit être vigilant aux messages qu'il envoie lui-même au patient par sa communication non verbale mais également par le choix de ses mots. Une communication réussie entre le pharmacien et le patient aura des conséquences positives sur la relation qui les lie ainsi que sur leurs interactions futures et pourra aboutir à l'installation d'une relation de confiance.

La relation pharmacien-patient est une relation complexe mais enrichissante, et via un processus de communication, cette relation vise à rendre encore plus efficace le traitement pharmaceutique des patients. Au delà de la simple information délivrée au patient, il est important d'avoir un échange avec le patient, pour recueillir ses croyances et ses *a priori*. Ce n'est qu'avec un réel échange que le pharmacien pourra répondre aux attentes et aux questions des patients.

L'art de communiquer n'est pas simple, et ce n'est pas parce que l'on possède un diplôme de pharmacien que l'on maîtrise les connaissances et les habiletés nécessaires à une bonne communication. Aussi les jeunes pharmaciens fraîchement diplômés sont parfois mal à l'aise ou peu habiles lorsqu'il s'agit de répondre à des émotions fortes parfois exprimées par les patients. De même, il n'est pas donné à tous d'être clair et pédagogue lors d'une délivrance de traitement.

La communication a une place très importante dans le métier de pharmacien d'officine. Avec le patient bien sûr, mais également avec l'équipe officinale pour optimiser le travail, éviter des pertes de temps et

gérer les conflits. Bien que ces dernières années l'évolution aille dans ce sens, il semble primordial d'enseigner la communication aux étudiants en pharmacie, pour leur apprendre les outils nécessaires à une communication verbale effective, pour les sensibiliser à leur communication non verbale et à celle des patients et tout simplement pour leur apprendre à éduquer les patients grâce à un discours clair et censé.

BIBLIOGRAPHIE

- Adda J. (1982). L'observation de classes et le paradoxe de l'observateur. *Educational Studies in Mathematics* , 13 (1), 21-32.
- Albas C. (1991). Proxemic Behavior: A Study of Extrusion. *J. Psychol.* , 131 (5), 697-702.
- Amaoka T., Laga H., Yoshie M., Nakajima M. (2011). Personal space-based simulation of non-verbal communications. *Lect. Notes. Comput. SC.* , 2 (4), 245-261.
- Anteby M., Khurana R. A new vision. Harvard Business School 2012, <http://www.library.hbs.edu/hc/hawthorne/anewvision.html#e>, consulté le 17 février 2014.
- App B., McIntosh D.N., Reed C. (2011). Nonverbal Channel Use in Communication of Emotion: How May Depend on Why. *Emotion* , 11 (3), 603-617.
- Arcand R., Bourbeau N. *La communication efficace, de l'intention aux moyens d'expression*. In: De Boeck, editors, 1998.
- Barrier G. *La communication non verbale: comprendre les gestes: perception et signification*. In: ESF Editeur, 2014.
- Barrier G. *Les langages du corps en relation d'aide; la communication non verbale au-delà des mots*. Editions Broché, 2013.
- Barthes R. (1957). Histoire et sociologie du vêtement (quelques observations méthodologiques). *Annales. Economies, Sociétés, Civilisations* , 12 (3), 430-441.
- Bateson R. *Communication et société*. Editions du Seuil, 1951.
- Baudrant M., Rouprêt J. Trout H., Certain A., Tissot E., Allenet B. (2008). Réflexions sur la place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient. *J. Clin. Pharmacol.* , 27 (4), 201-204.
- Baumann M., Baumann C., Aubry C., Alla F. (2005). Echelle des attitudes des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine favorisant l'observance thérapeutique. *Revue médicale de l'Assurance Maladie* , 36 (1), 23-33.
- Beardsley R.S., Kimberlin C.L., Tindall W.N. *Communication Skills in Pharmacy Practice: A practical guide for students and practitioners*. Lippincott Williams & Wilkins, editors, 2012.
- Bedny M., Hulbert J.C., Thompson-Schill S.H. (2007). Understanding words in context: the role of Broca's area in word comprehension. *Brain Res.*, 1146 , 101-114.
- Bernicot J. (2006). La reprise et ses fonctions. *La linguistique*, 42 , 3-10.
- Bernicot J. (2006). Les reprises: dialogue, formes, fonctions et ontogenèse. *La Linguistique* , 42 (2), 29-49.

- Berstein. Cours de sociolinguistique Labov. <http://fr.slideshare.net/Tntwayagae/cours-2-sociolinguistique-labov-bernstein1>, consulté le 3 février 2014.
- Boardman H., Fitzpatrick R. (2001). Self reported clinical pharmacist interventions underestimate their input to patient care. *Pharm World Sci* , 23 (2), 55-59.
- Booker R. (2005). Effective communication with the patient. *Eur Respir Rev* , 14 (96), 93-96.
- Bourquin C. (2004). Données linguistiques, données sociolinguistiques: le traitement labovien du vernaculaire africain-américain. *Travaux neuchâtelois de linguistique* (40), 11-26.
- Carretier J., Delavigne V., Fervers B. (2010). Du langage expert au langage patient: vers une prise en compte des préférences des patients dans la démarche informationnelle entre les professionnels de santé et les patients. *Sciences-Croisées* (6).
- Cavaco A.M., Romano J. (2010). Exploring pharmacists' communication with customers through screening services. *Patient Educ. Couns.* , 80 (3), 377-383.
- Chabanne J.C. Verbal, paraverbal et non-verbal dans l'interaction verbale humoristique. Dans Rosier L. Defays J.M., *Approches du discours comique*. Bruxelles: Mardaga, editors, 1999.
- Chong W.W., Aslani P., Chen T.F. (2014). Pharmacist-patient communication on use of antidepressants: a simulated patient study in community pharmacy. *Res. Soc. Adm. Pharm.* , 10 (2), 419-437.
- Churchman B. *Handbook of Environmental Psychology*. New York: Wiley & Sons, editors, 2003.
- Collins L.G., Schrimmer A., Diamond J., Burke J. (2011). Evaluating verbal and non-verbal communication skills, in an ethnogeriatric OSCE. *Patient Educ. Couns.* , 83 (2), 158-162.
- Collum J.L., Marcy T.R., Stenvens E.L., Burns C.F., Miller M.J. (2013). Exploring patient expectations for pharmacist-provided literacy-sensitive communication. *Res. Soc. Adm. Pharm.* 9 (5), 626-632.
- Cosnier J. (1977). Communication non verbale et langage. *Psychologie médicale* , 2033-2049.
- Cosnier J. (2003). Douleur, émotion et communication. *Doul. et Analg.* , 16 (1), 23-28.
- Cosnier J. (1997). Empathie et communication, partager les émotions d'autrui. *Sciences humaines* , 68, 24-26.
- Cosnier J. *Les voies du langage, communications verbales, gestuelles et animales*. Paris, Editions Dunod, 1982.
- Coulter A., Ellins J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating and involving patients. *BMJ* , 335 (7609), 24-27.
- Cromer M., Forgas J.P. (2004). On being sad and evasive : affective influences on verbal communication strategies in conflict situations. *J. Exp. Soc. Psychol.* , 40 (4), 511-518.

- Daval R. (2007) Individu et société selon G. H. MEAD.
<http://www.artducomprendre.com/13.daval.doc>, consulté le 12 février 2015.
- Davoine F., Abboud B., Dang V.M. (2004). Analyse de visages et d'expressions faciales par modèle actif d'apparence. *Trait.Signal* , 21 (3), 179-193.
- Delaporte Y. (1981). Pour une anthropologie du vêtement. Vêtement et sociétés, actes des journées de rencontre des 2 et 3 mars 1979. Musée national d'histoire naturelle, Paris, France.
- Dinica R. (2014). Non-verbal communication - indispensable complement of oral and written communication. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* , 137, 105-111.
- Dominelli L. (2004). Crossing international divides: Language and communication within international settings. *Social Work Education* , 23 (5), 515-525.
- Drouin A.M. (1992). Gestes et mimiques comme langage universel chez les théoriciens du XIXème siècle. *Can. Psychol.* , 33 (3), 580-584.
- Dubois J., Giacomo M., Guespin L., Marcellesi C., Marcelessi J., et al. *Dictionnaire de linguistique*. Edition Larousse, 2001
- Ekman P., Rosenberg E.L. *What the face reveals: Basic and applied studies of spontaneous expression using the facial action coding system (FACS)*. Oxford University Press editors, 2005.
- Fagnan D. *Comprendre et faire comprendre, le défi de l'an 2000 : Guide pratique de la communication pharmacien-patient*, Montréal, 1998.
- Fainzang S. (2006). Transmission et circulation des savoirs sur les médicaments dans la relation médecin-malade. In: *Le médicament au coeur de la société contemporaine* , 267-279.
- Forgas J.P. (1999). On feeling good and being rude : affective influences on language use and requests formulations. *J. Pers. Soc. Psychol.* , 76 (6), 928-939.
- Galiano A.R., Baltenneck N. (2007). Interactions verbales et déficience visuelle: le rôle de la vision dans la communication. *Revue électronique de Psychologie Sociale* (1), 47-54.
- Gatto F. (1999). Apprendre à éduquer le patient. *ADSP* (26), 70-74.
- Gennari S. P., Mac Donald M.C., Postle B.R., Seidenber M.S. (2007). Context-dependant interpretation of words: Evidence for interactive neural processes. *NeuroImage* , 35 (3), 1278-1286.
- Girard E. (2010). Les bijoux de la castafiore ou les échecs de la communication. *Etudes* , 413, 75-86.
- Gosselin P. , Roberge P., Lavallée M.F. (1995). Le développement de la reconnaissance des expressions faciales émotionnelles du répertoire humain. *Enfance* , 48 (4), 379-396.
- Greenhill A., Anderson C., Avery A., Pilnick A. (2011). Analysis of pharmacist-patient communication using the Calgary-Cambridge guide. *Patient Educ. Couns.* , 83 (3), 423-431.

- Grice P. (1979). Logique et conversation. *Communications* , 30 (1), 57-72.
- Guéguen N., de Gail M.A. (2000). Le toucher: un indicateur culturel implicite du statut et du rôle. *Communication et Organisation* (18).
- Guéguen N., Joule R.V. (2008). Contact tactile et acceptation d'une requête: une méta-analyse. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale* (80), 39-58.
- Guéguen N., Fischer-Lokou. J. (2004). Influence non verbale dans le cadre de la médiation: effets du toucher et du statut sur la prédisposition à atteindre un accord. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale* (61), 35-42.
- Harrison J. C. (2008). L'effet Hawthorne et le bégaiement chronique par John C. Harrison. <http://www.mnsu.edu/comdis/kuster/Infostuttering/Harrison/hawthornefrench.pdf>, consulté le 17 février 2014.
- HAS (2007). [has-santé.fr](http://has-sante.fr). http://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf, consulté le 20 août 2015.
- Hennel-Brzozowska A. (2008). La communication non-verbale et paraverbale, perspective d'un psychologue. *Synergies Pologne* (5), 21-30.
- Iandolo C. *Guide pratique de la communication avec le patient: techniques, art et erreurs de la communication*. Masson Editions, 2001.
- Jacquemet S., Certain A. (2000). Education thérapeutique du patient : rôles du pharmacien. *Bulletin de l'ordre* (367), 269-275.
- Jenn R. (2008). Voix, rythme et interpellation. Les évolutions théoriques à l'épreuve du paraverbal. *Synergies Pologne* (5), 11-19.
- Johnson J.L., Moser L., Garwood C.L. (2013). Health literacy: a primer for pharmacists. *Am. J. Health-Syst. Pharmacy* , 70 (11), 949-955.
- Joyce G., Hubbard C.W. (1988). Consumer patronage for pharmaceutical services: a comparative analysis of upper income households in urban areas. *Journal of Pharmaceutical Marketing & Management* , 3 (1), 3-17.
- Keshishian F., Colodny N., Boone R.T. (2008). Physician-patient and pharmacist-patient communication: Geriatrics' perceptions and opinions. *Patient Educ. Couns.* , 71 (2), 265-284.
- Kessels R. (2003). Patients' memory for medical information. *J R Soc Med* , 96 (5), 219-222.
- Khan M.U., Khan A.N., Ahmed F.R., Feroz Z., Rizvi S.A., *et al.* (2013). Patients' opinion of pharmacists and their roles in health care system in Pakistan. *Journal of Young Pharmacists* , 5 (3), 90-94.
- Koczanowicz L. (2000). Freedom and communication: the concept of Human self in Mead and Bakhtin. *Dialogisme*, 4 , 54-66.

- Kutner M., Greenberg E., Jin Y., Paulsen C. (2006). The health literacy of america's adults: results from the 2003 national assessment of adult literacy.
<https://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2006483>, consulté le 15 juillet 2015
- Labov W. *Field methods of the project on linguistic change and variation*. Southwest Educational Development Laboratory editors, 1981.
- Labov W. *Language in the Inner City*. University of Pennsylvania Press, editors, 1972.
- Lafont O. (1998). Le nouveau code de déontologie de 1995 éclairé par les statuts de 1508 des apothicaires rouennais. *Revue d'histoire de la pharmacie* , 86 (319), 313-315.
- Laroche-Bouvy D. (1984). Les pauses et les silences dans l'interaction verbale. *Langage et société* , 29 (1), 27-37.
- Larousse. Encyclopédie Larousse en ligne, Ferdinand de Saussure.
http://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Ferdinand_de_Saussure/143354, consulté le 21 janvier 2015.
- Larousse. *Larousse médical*. Edition Larousse, 2006.
- Larousse. *Le Petit Larousse illustré*. Edition Larousse, 1998.
- Lécuyer R. (1976). Psychologie de l'espace. - II. Rapports spatiaux interpersonnels et la notion d'"espace personnel". *Ann. Psychol.* , 76 (2), 563-596.
- Leroy-Collombel M. (2009). La reformulation dans les interactions adulte-enfant: une analyse longitudinale de 1 ;06 à 2 ; 08 ans. *Cahiers de praxématique* , 52, 59-80.
- Levitt H. (2002). The unsaid in the psychotherapy narrative: voicing the unvoiced. *Counselling Psychology Quarterly* , 15 (4), 333-350.
- Likowski K.U., Mülhberger A., Seibt B., Pauli P., Weyers P. (2011). Processes Underlying Congruent and Incongruent Facial Reactions to Emotional Facial Expressions. *Emotion* , 11 (3), 457-467.
- Loffler-Laurian A. (1984). Vulgarisation scientifique: formulation, reformulation, traduction. *Langue française* (64), 109-125.
- Martin J. (1980). Us et abus de médicaments: le potentiel et les limites de l'éducation, de l'information et de la réglementation. *Médecine sociale et préventive* , 25 (1), 66-72.
- Martin-Juchat F. (2002). Anthropologie du corps communicant. *Anthropologie et Communication: Revue MEI* (15), 55-66.
- Martinot C. (2010). Reformulation et acquisition de la complexité linguistique. *Travaux de linguistique* (61), 63-96.
- Martinot C. (2009). Reformulations paraphrastiques et stades d'acquisition en français langue maternelle. *Cahiers de praxématique* (52), 29-58.

- Mason R.A., Juste M.A. (2007). Lexical ambiguity in sentence comprehension. *Brain res.* , 1146, 115-127.
- Mead G. H. *Mind, self and society; from the standpoint of a social behaviorist*. University of Chicago Press, 1934.
- Mendenhall V. *Une introduction à l'analyse du discours argumentatif: des savoirs et savoir-faire fondamentaux*. University of Ottawa Press, 1990.
- Moreau M.L. *Sociolinguistique, concepts de base*. Editions Mardaga, 1997.
- Nabarette H. (2002). L'internet médical et la consommation d'information par les patients. *Réseaux* (114), 149-186.
- Noukoud A. (2000). La communication non-verbale dans l'entretien de sélection. <http://communicationorganisation.revues.org/2423>, consulté le 23 janvier 2015.
- Ochs M., Niewiadomski R., Pelachaud C., Sadek D. (2006). Expressions intelligentes des émotions. *Revue d'intelligence artificielle* , 20 (4), 607-620.
- Olsson E., Ingman P., Ahmed B., Källemark Sporrang S. (2014). Pharmacist-patient communication in Swedish community pharmacies. *Res. Soc. Adm. Pharm.*, 10 , 149-155.
- Opinionway. (2013). Sondage sur les français et leur pharmacie. http://www.opinionway.com/pdf/sondage_sur_les_francais_et_leur_pharmacie_-_pharmacien_manager_-_avril_2013_.pdf, consulté le 21 mai 2015.
- Ordre National des Pharmaciens (2015). Les grandes tendances de la démographie des pharmaciens en 2014. <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Le-metier-du-pharmacien/La-demographie-des-pharmaciens>, consulté le 30 juin 2015.
- Patwardhan A., Duncan I., Murphy P., Pegus C. (2012). The value of pharmacists in health care. *Popul. health manag.* , 15 (3), 157-162.
- Penn C., Watermeyer J., Evans M. (2011). Why don't patients take their drugs? The role of communication, context and culture in patient adherence and the work of the pharmacist in HIV/AIDS. *Patient Educ.Couns.* , 83 (3), 310-318.
- Pilnick A. (2003). "Patient Counseling" by pharmacists: four approaches to the delivery of counselling sequences and their interactional reception. *Soc. Sci. Med.* , 56 (4), 835-849.
- Pohu-Meliani M. Rôle du pharmacien d'officine dans le suivi du traitement par antivitamines K. Th D Pharm, Angers, 49, France, 2013.
- Récanati F. (1979). Insinuation et sous-entendu. *Communications* , 30 (1), 95-106.
- Rimé B. (1977). Les déterminants du regard en situation sociale. *Ann Psychol* , 77 (2), 497-523.
- Roth T.J., LoConto D.G. (2005). Mead and the art of trash talking: I got your gesture right here. *Sociol. Spectrum* , 25 (2), 215-230.

- Saout C., Charbonnel B., Bertrand D. (2008). Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf, consulté le 7 avril 2015.
- Saussure F. *Cours de linguistique générale*. Editions Payot, 1964.
- Schaff A. (1971). Langage et connaissance. *Ann. Psychol.* , 71 (1), 304-312.
- Servais C., Servais V. (2009). Le malentendu comme structure de la communication. *Questions de communication* (15), 21-49.
- Shah B., Chewing B. (2011). Concordance between observer reports and patient survey reports of pharmacists' communication behaviors. *Res. Soc. Adm. Pharm.* , 7 (3), 272-280.
- Sleath B. (1996). Pharmacist-patient relationships: authoritarian, participatory or default? *Patient Educ. Couns.* , 28 (3), 253-263.
- Smith M. *Social and behavioral aspects of pharmaceutical care, chap. 13 Predicting and detecting non compliance*. New York: Albert I. Wertheimer Editors, 1996.
- Stevenson F.A., Cox K., Britten N., Dundar Y. (2004). A systematic review of the research on communication between patients and health care professionals about medicines: the consequences for concordance. *Health Expect.* , 7 (3), 235-245.
- Stevenson F. (2014). Achieving visibility? Use of non-verbal communication in interactions between patients and pharmacists who do not share a common language. *Sociol. Health Ill.* , 36 (5), 756-771.
- Stillman R. *Public administration: concepts and cases*. ninth edition, 2009.
- Tuckett D.A., Boulton M., Olson C. (1985). A new approach to the measurement of patients' understanding of what they are told in medical consultations. *J. Health Soc. Behav.* , 26 (1), 27-38.
- Tully M.P., Beckman-Gyllenstrand A., Bernstend C.B. (2011). Factors predicting poor counselling about prescription medicines in Swedish community pharmacies. *Patient Educ. Couns.* , 83 (1), 3-6.
- Van Wijk B., Klungel O., Heerdink E., de Boer A. (2005). Effectiveness of interventions by community pharmacists to improve patient adherence to chronic medication: a systematic review. *Ann. Pharmacother.* , 39 (2), 319-328.
- Vergely P., Condamines A., Fabre C., Josselin-Leray A., Rebeyrolle, J., *et al.* (2010). Actes éducatifs et de soins. <http://revel.unice.fr/symposia/actedusoin/index.html?id=750>, consulté le 30 avril 2015.
- Vion R. *La communication verbale, analyse des interactions*. Hachette Edition, 2000.

- Vion R. (2006,). Reprise et modes d'implication énonciative. *Linguistique* , 42, 11-28.
- Williams M.V., Parker R.M., Baker D.W., Parikh N.S., Pitkin K., *et al.* (1995). Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *Journal of the American Medical Association* , 274 (21), 1677-1682.
- Wilson D., Sperber D., Kant E., Foucault M. (1979). L'interprétation des énoncés. *Communications* , 30 (1), 80-94.
- Wyatt S., Henwood F., Hart A., Platzer H. (2004). L'extension des territoires du patient : internet et santé au quotidien. *Sci. Soc. Santé* , 22 (1), 45-68.

ANNEXE

Evaluation de l'intégration des informations données par le pharmacien au patient, lors d'une délivrance d'un traitement antibiotique

Analyse des renseignements donnés par le pharmacien lors de la dispensation :

- Nom et description :

- 1) Le nom de l'antibiotique a été dit : Oui Non
- 2) De quel antibiotique s'agit-il ? :
- 3) S'il s'agit d'une substitution par un générique, a-t-elle été mentionnée :
 Oui Non
- 4) La forme galénique est précisée : Oui Non

- Indication :

- 1) Emploi du mot « antibiotique » : Oui Non
- 2) Emploi du terme « traitement de l'infection » ou équivalent :
 Oui Non
- 3) Précisions demandées sur le type d'infection : Oui Non
- 4) Si oui de quelle infection s'agit-il ?.....

- Posologie :

- 1) Nombre de fois par jour :
- 2) Etalement sur la journée :
 Matin Midi Soir Non précisé
- 3) Durée de traitement :
- 4) Rappel sur la nécessité de continuer le traitement jusqu'au bout même si les symptômes disparaissent : Oui Non

- Effets indésirables :

- 1) Principaux effets indésirables, intolérances : Oui Non

2) Si oui, lesquels :

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

3) Conseil de mesures pour éviter ces effets secondaires et intolérances :

Oui Non

Analyse des informations retenues par le patient après la délivrance :

Vous a-t-on délivré un antibiotique aujourd'hui ? : Oui Non

• Connaissances générales sur l'antibiothérapie :

1) Selon vous, qu'est-ce qu'un antibiotique ?

Le patient a utilisé ces mots :

- médicament
- traitement/traiter
- infection
- microbes
- bactéries
- parasites
- champignons
- virus
- douleur
- contre les maux
- Autres :

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

• Nom et description :

1) Nom de l'antibiotique : Oui Non

2) S'il s'agit d'une substitution par un générique, a-t-elle été retenue :
 Oui Non

3) Forme galénique connue : Oui Non

• Posologie :

- 1) Nombre de fois par jour :
- 2) Etalement sur la journée :
 Matin Midi Soir Non retenu
- 3) Durée de traitement :
- 4) Si vous êtes guéris avant la fin du traitement, pouvez-vous l'arrêter avant ? : Oui Non

- Effets indésirables :

- 1) Connaissez-vous les principaux effets indésirables, intolérances :
 Oui Non

- 2) Si oui, lesquels :

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

- 3) Connaissez-vous des mesures pour éviter ces effets secondaires et intolérances ? : Oui Non

- Renseignements sur le patient

- 1) Age :
- 2) Profession :

SERMENT DE GALIEN

Je jure 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.

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

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

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

Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.



HERMANN Alice

Apports théoriques de la communication dans les interactions pharmacien-patient à l'officine.

Th. D. Pharm., Rouen, 2015, 96 p.

RESUME :

La communication est à la base de toute relation Homme-Homme, c'est le fondement de notre vie en communauté. C'est également grâce à elle que l'Homme se construit, à travers les autres. La communication est bien sûr un outil pleinement utilisé par les pharmaciens dans ses relations avec le patient. Pourtant, cette matière n'a été que récemment introduite dans le cursus universitaire des étudiants en pharmacie et les études concernant la communication à l'officine sont récentes.

Ici nous vous proposons d'explorer les bases de la communication, nous parlons des outils utilisés dans la communication verbale, de sa spécificité à l'Homme et des conséquences qui en découlent dans ses rapports avec autrui ; de la communication non verbale, des répercussions de l'apparence sur le jugement des autres et du rôle des mimiques, gestes, regards et postures lors d'un échange verbal. Nous parlons également de la communication para verbale et des obstacles à la communication.

Dans une deuxième partie les bases de la communication sont rapportées à l'officine, lors d'échanges entre pharmacien et patient. Nous verrons quelle place tient la communication dans les rôles et devoirs du pharmacien, quelles conséquences découlent d'une bonne ou d'une mauvaise communication dans ses relations avec le patient et quelles répercussions les relation pharmacien-patient ont sur l'observance du patient.

MOTS CLES :

- Communication verbale
- Relation pharmacien-patient
- Observance
- Communication non verbale
- Dialogue à l'officine
- Education thérapeutique

JURY

Président : Mme SEGUIN Elisabeth, Professeur

Membres : Mr WABLE Thierry, Professeur

Mme GROULT Marie-Laure, Maître de Conférences

Mr GUAY Sophie, Docteur en Pharmacie

DATE DE SOUTENANCE : 1^{er} décembre 2015