



**HAL**  
open science

# Étude des émotions dans la relation pharmacien patient : gestion de la colère au comptoir

Émeline Quesnel

► **To cite this version:**

Émeline Quesnel. Étude des émotions dans la relation pharmacien patient : gestion de la colère au comptoir. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01637842

**HAL Id: dumas-01637842**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01637842>**

Submitted on 18 Nov 2017

**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 2016

N°

**THESE**

**pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

Présentée et soutenue publiquement le 30 novembre 2016

par

*QUESNEL Emeline*

Née le 16 septembre 1991 à Evreux

***Etude des émotions dans la relation pharmacien  
patient : gestion de la colère au comptoir***

Président du jury : *Mr Michel Guerbet, Professeur à l'UFR de  
Médecine et de Pharmacie de Rouen*

Membres du jury : *Mr Thierry Wable, Professeur à l'UFR de  
Médecine et de Pharmacie de Rouen*

*Mme Marie-Laure Groult, Maître de  
conférences à l'UFR de Médecine et de  
Pharmacie de Rouen*

*Mme Marie Gallais, Pharmacien d'officine au  
Neubourg*

# Remerciements

**A Monsieur Michel Guerbet**, pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury.

**A Monsieur Thierry Wable**, pour votre disponibilité et votre soutien durant ces plusieurs mois. Merci pour votre écoute, vos corrections et vos précieux conseils qui m'ont été d'une aide inestimable tout au long de ce travail.

**A Madame Marie-Laure Groult**, pour votre disponibilité et vos conseils avisés. Je vous remercie également pour votre présence dans ce jury.

**A Marie Gallais**, pour ton soutien, ta gentillesse et tous ces moments partagés à l'officine durant ces cinq années. J'ai appris énormément à tes côtés.

**A Monsieur et Madame Desson et toute l'équipe de la pharmacie principale**, pour m'avoir si bien encadrée durant mes stages à l'officine, et m'avoir permis de m'épanouir dans ma profession. Je remercie particulièrement Stéphanie pour cette belle complicité qui s'est créée entre nous.

**A Maxime**, mon conjoint, pour ton implication dans cette thèse. Tu as été d'une aide précieuse. Merci pour ton réconfort dans les moments de doute, pour ta joie et ta bonne humeur. Merci pour l'amour que tu m'apportes chaque jour.

**A toute ma famille, mes sœurs et ma mère plus particulièrement**, qui m'ont toujours aidée et soutenue dans mes choix. Je vous remercie pour avoir toujours été présentes et rassurantes quand j'en avais besoin. Merci pour votre amour si cher à mes yeux.

**A mes amis**, pour tous ces moments inoubliables passés avec vous. Baptiste pour nos journées passées à la fac et ton soutien durant les périodes d'examens. Linsay et Lory pour notre belle amitié si précieuse pour moi.

Enfin, je remercie tous ceux qui m'ont soutenue et accompagnée durant ces six années d'études.

**L'Université de Rouen et l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions sont propres à leurs auteurs.**

**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**

<b>I – MEDECINE</b>
---------------------

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

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

Mr Fabien <b>DOGUET</b>	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean <b>DOUCET</b> gériatrie	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et
Mr Bernard <b>DUBRAY</b>	CB	Radiothérapie
Mr Philippe <b>DUCROTTE</b>	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Frank <b>DUJARDIN</b>	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice <b>DUPARC</b> traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et
Mr Eric <b>DURAND</b>	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand <b>DUREUIL</b>	UFR	Génétique
Mr Pierre <b>FREGER</b>	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel <b>GODIN</b> ( <i>surnombre</i> )	HB	Néphrologie
M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN	Physiologie
Mr Philippe <b>GRISE</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Urologie
Mr Dominique <b>GUERROT</b>	HCN	Néphrologie
Mr Olivier <b>GULLIN</b>	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier <b>HANNEQUIN</b>	HCN	Neurologie
Mr Fabrice <b>JARDIN</b>	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie <b>LAQUERRIERE</b>	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent <b>LAUDENBACH</b>	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël <b>LECHEVALLIER</b>	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry <b>LEQUERRE</b>	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie
Mr Hervé <b>LEVESQUE</b>	HB	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand <b>MACE</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David <b>MALTETE</b>	HCN	Neurologie
Mr Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle <b>MARIE</b>	HB	Médecine interne

Mr Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc <b>MARPEAU</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique <b>MERLE</b>	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Jean-François <b>MUIR</b>	HB	Pneumologie
Mr Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe <b>MUSETTE</b>	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe <b>PEILLON</b>	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
Me Gaëtan <b>PREVOST</b>	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard <b>PROUST</b>	HCN	Médecine légale
Mr Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie <b>RIVES</b> reproduction	HCN	Biologie du développement et de la
Mr Horace <b>ROMAN</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline <b>SAVOYE-COLLET</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale <b>SCHNEIDER</b>	HCN	Pédiatrie
Mr Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Réanimation Médicale
Mr Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
Mr Christian <b>THUILLEZ</b>	HB	Pharmacologie
Mr Hervé <b>TILLY</b>	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier <b>TROST</b>	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre <b>VANNIER</b>	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre <b>VERA</b>	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric <b>VERIN</b>	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier <b>VITTECOQ</b>	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 **LATOCHE** 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 <b>BESSON</b>	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques <b>BONNET</b>	Pharmacologie
Mr Roland <b>CAPRON</b> (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean <b>COSTENTIN</b> (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b> (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre <b>GOULLE</b> (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
Mme Isabelle <b>LEROUX – NICOLLET</b>	Physiologie
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b> (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth <b>SEGUIN</b>	Pharmacognosie
Mr Rémi <b>VARIN</b> (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### MAITRES DE CONFERENCES

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

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

#### **PROFESSEURS ASSOCIES**

Mme Cécile <b>GUERARD-DETUNCQ</b>	Pharmacie officinale
Mr Jean-François <b>HOUIVET</b>	Pharmacie officinale

#### **PROFESSEUR CERTIFIE**

Mme Mathilde <b>GUERIN</b>	Anglais
----------------------------	---------

#### **ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE**

Mme Sandrine <b>DAHYOT</b>	Bactériologie
----------------------------	---------------

#### **ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

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

## LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie thérapeutique
Mr Roland <b>CAPRON</b>	Biophysique
Mme Marie-Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mr Jean-Jacques <b>BONNET</b>	Pharmacodynamie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b>	Parasitologie
Mr Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie organique
Mme Isabelle <b>LEROUX-NICOLLET</b>	Physiologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b>	Microbiologie
Mme Elisabeth <b>SEGUIN</b>	Pharmacognosie
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mr Rémi <b>VARIN</b>	Pharmacie clinique
Mr Philippe <b>VERITE</b>	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 <b>FETISSOV</b> (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul <b>MULDER</b> (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su <b>RUAN</b> (med)	Génie Informatique

### MAITRES DE CONFERENCES

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

Table des illustrations .....	16
Introduction .....	17
I. Comprendre ses propres émotions et celles des patients à l'officine .....	18
A. Les émotions : définition .....	18
1. Les fondations historiques .....	18
a) La division tripartite de l'âme selon Platon .....	18
b) Les émotions selon Aristote .....	19
c) Le dualisme corps/âme de René Descartes .....	20
d) Baruch Spinoza s'oppose à René Descartes .....	20
e) David Hume .....	21
2. Théorie des émotions.....	21
a) Perspective Darwinienne .....	22
b) Perspective Jamesienne .....	24
c) Perspective cognitive .....	25
d) Perspective socio-constructiviste .....	27
3. Rôle des émotions.....	28
a) Le rôle majeur des émotions.....	28
b) Comprendre ses émotions .....	30
c) Conscience de soi.....	33
d) Maîtrise de soi .....	34
e) Gestion des relations .....	36
B. Les émotions au comptoir .....	37
1. Les enjeux pour le pharmacien.....	37
a) Etre empathique .....	37

b)	La compétence d'écoute .....	39
c)	Réussir à établir une relation de confiance .....	43
2.	Les besoins du patient .....	47
a)	La vision du patient sur sa maladie .....	47
b)	Les comportements relatif à la santé .....	48
c)	Les sentiments du patient liés à la maladie .....	50

## II. Les stratégies de communication au service du dialogue et de la gestion des émotions 55

A.	La communication : définitions .....	55
1.	Généralités .....	55
2.	La communication verbale .....	56
a)	Les critères d'efficacité d'une communication verbale .....	57
b)	Les techniques de communication verbale .....	60
3.	La communication non verbale .....	64
a)	Définition .....	64
b)	La mimogestualité .....	65
c)	Les synchronisateurs de l'interaction .....	67
d)	Les métacommunicatifs .....	68
e)	Les extra-communicatifs .....	69
B.	Les obstacles à la communication .....	69
1.	Les facteurs défavorisant .....	70
a)	La résistance à l'expression émotionnelle .....	70
b)	La complexité du comportement humain .....	71
2.	Les sources de malentendus .....	72
a)	Défaut de métacommunication .....	72
b)	Défaut de congruence .....	72
c)	La communication paradoxale .....	73

d)	Mécanismes projectifs .....	73
3.	Mécanismes de défense et processus de coping .....	74
a)	Généralités .....	74
b)	Classification des mécanismes de défense .....	74
c)	Description des principaux mécanismes de défense .....	76
d)	Autres mécanismes de défense.....	80
C.	L'analyse transactionnelle .....	81
III.	Application des stratégies de communication lors de la gestion du patient agressif	84
A.	Etude menée.....	84
1.	Objectif .....	84
2.	Méthode .....	84
3.	Analyse des résultats.....	85
a)	Le patient agressif.....	85
b)	Seconder un membre de l'équipe .....	92
c)	Perte de contrôle face au patient agressif.....	98
d)	Sentiment de menace vis-à-vis d'un patient agressif.....	100
e)	Stratégies ou actions mises en place .....	101
f)	Ecoute du patient colérique .....	104
g)	Isoler le patient.....	105
h)	Proportion de professionnel agressé ou insulté .....	106
i)	Renvoi d'un patient agressif.....	107
B.	Elaboration d'une fiche conseil.....	108
1.	Objectif de la fiche conseil .....	108
2.	Organisation de la fiche conseil.....	108
	Conclusion.....	109



Annexe1 : la fiche conseils.....	111
Annexe 2 : questionnaire .....	113
Références bibliographiques .....	116
SERMENT DE GALIEN .....	120

# Table des illustrations

Figure 1 : Pyramide des Besoins de Maslow d'après Luxinnovation (Site internet n°12).....	19
Figure 2 : Roue des émotions de Plutchik, d'après Roy (Site internet n°19).....	23
Figure 3 : Schéma de la communication de Shannon et Weaver (Chabot, 2000) .....	55
Figure 4 : Répartition des facteurs d'expression influant sur la compréhension du message (site internet n°5). .....	60
Figure 5 : Proportion des préparateurs et pharmaciens ayant répondu à l'enquête.....	85
Figure 6 : Avez-vous déjà été confronté à un patient agressif au comptoir ?.....	85
Figure 7 : Etes-vous déjà intervenu au comptoir car un autre pharmacien ou préparateur était face à un patient agressif ? .....	92
Figure 8 : Pensez-vous avoir déjà perdu votre contrôle face à une personne agressive ? .....	98
Figure 9 : Vous êtes-vous déjà senti menacé face à un patient agressif ? .....	100
Figure 10 : Face à un patient colérique, votre comportement change-t-il ? .....	103
Figure 11 : Vous êtes-vous déjà dit que vous auriez pu davantage écouter un patient colérique ?.....	104
Figure 12 : Avez-vous déjà pris à l'écart un patient en colère dans un espace plus confidentiel, afin de mieux le comprendre ? .....	105
Figure 13 : Avez-vous déjà été insulté et/ou agressé par un patient?.....	106
Figure 14 : Vous est-il déjà arrivé de renvoyer de la pharmacie un patient agressif ? .....	107

# Introduction

Aujourd'hui, le rôle du pharmacien a beaucoup évolué, passant de la simple délivrance du médicament inscrit sur une ordonnance, à un rôle d'éducateur de santé. Nous sommes au service du patient dans l'intérêt de sa santé. La communication est par conséquent au cœur de notre métier.

Tout au long de ces six années d'études en pharmacie, j'ai travaillé en officine les weekends et les vacances scolaires. Un samedi matin, alors qu'il y avait foule dans la pharmacie, une personne s'est trouvée être d'une agressivité extrême parce que cela n'allait pas assez vite. « *Ce n'est pas normal de mettre des incapables au comptoir !* » a-t-elle dit. A ce moment, les larmes nous envahissent ; une collègue vient me seconder en expliquant à cette personne que je suis étudiante et qu'en aucun cas elle ne peut me parler sur ce ton. J'étais déstabilisée, les mains tremblantes, les larmes aux yeux. J'ai compris après que la personne manquait de temps car son enfant handicapé était resté dans la voiture. Elle était inquiète et en colère. Cette expérience m'a fait prendre conscience que nous sommes parfois impuissant face aux émotions des patients. Nos émotions nous envahissent et le dialogue peut alors être rompu. Des situations comme la mienne, tout le monde en rencontre. Il y a des personnes qui arrivent mieux que d'autres à les gérer. C'est pourquoi, j'ai eu l'envie de comprendre comment et pourquoi nous sommes parfois submergés par nos émotions, afin de proposer une méthode pour optimiser la relation pharmacien patient au comptoir.

Mais comment réussir à établir une relation thérapeutique d'aide et de confiance avec un patient, tout en faisant face à ses propres émotions et à celles du patient ?

Cette thèse tentera de proposer des réponses en abordant dans un premier temps l'origine des émotions. Nous essaierons de les identifier afin de mieux les comprendre. Dans un second temps, nous étudierons les différentes stratégies de communication au service de la gestion des émotions, pour ainsi dans un dernier temps, étudier la prise en charge d'un patient agressif au comptoir.

# I. Comprendre ses propres émotions et celles des patients à l'officine

## A. Les émotions : définition

Il nous paraît primordial dans un premier temps de tenter de définir ce qu'est une émotion. Il nous est facile de donner des exemples d'émotions, quant à décrire ce terme, cela relève d'une toute autre difficulté.

Dans ce travail, nous étudierons l'ensemble des émotions. Néanmoins nous nous attarderons plus en détail sur la colère, qui nous paraît être l'émotion la plus difficile à prendre en charge, voire à maîtriser à l'officine.

### 1. Les fondations historiques

#### a) La division tripartite de l'âme selon Platon

Si l'on remonte dans l'histoire, Platon faisait référence aux émotions dans son ouvrage intitulé **La République** (Site internet n°10), particulièrement dans son modèle de division tripartite de l'âme. Il formule l'hypothèse de l'existence de trois parties qui composent notre âme, et démontre que les « *divers actes que nous posons ne peuvent s'expliquer que si nous postulons l'existence de ces trois principes* » (Site internet n°8).

La première partie est **l'épithumia**. Elle est située dans le bas-ventre et représente le mouvement de l'âme qui a pour but ultime la satisfaction de la vie. Elle représente les désirs de faim et de soif. C'est en quelque sorte la motivation première de l'être humain.

La seconde partie est le **logos**. Il a son siège dans la tête ; il représente la raison, le jugement rationnel et a pour finalité la maîtrise de soi. Cette partie pourra donc, pour Platon, diriger les deux autres. Nous l'apparenterons à la cognition.

Enfin la troisième partie est le **thumos** qui siège dans la poitrine. C'est le principe colérique relatif aux émotions vives ; il semble être plus proche du principe de désir (l'épithumia) que du principe rationnel, mais pourtant il ne peut pas être situé dans la

première ou la deuxième partie. S'il s'unit à la première partie cela devient de l'irritation alors que s'il est au logos, il devient de l'enthousiasme. Il est alors associé aux émotions.

Il explique qu'il est difficile de savoir si toutes nos actions sont réalisées par le même principe ou si il y a trois principes en nous avec comme fonction respective, le jugement (logos), le désir (épithumia) et l'émotion (thumos) (Site internet n°8).

Cette théorie sera reprise par le psychologue Abraham Maslow, avec la pyramide des besoins.

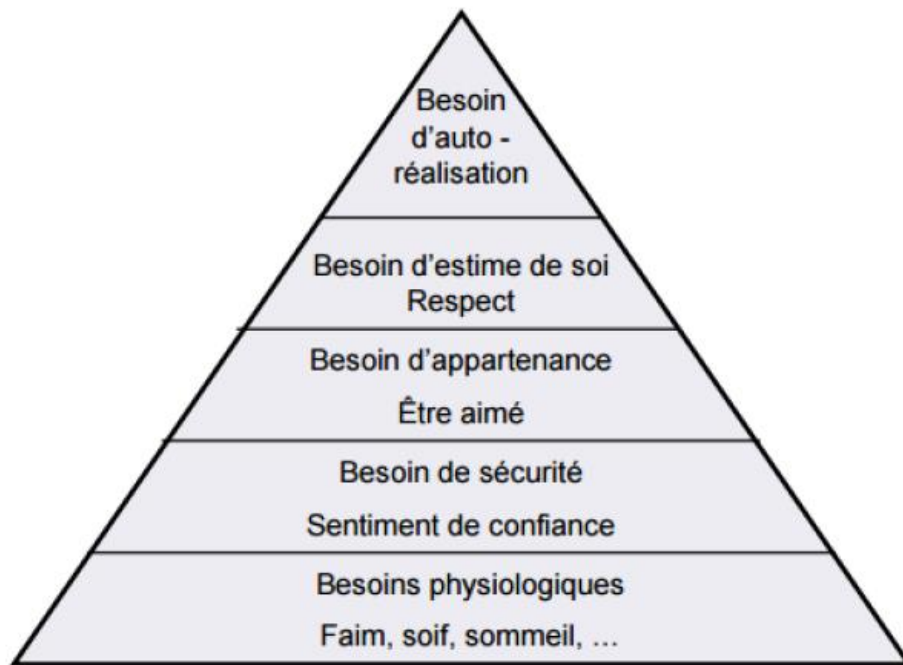


Figure 1 : Pyramide des Besoins de Maslow d'après Luxinnovation (Site internet n°12).

D'après cette pyramide nous pouvons en déduire une hiérarchie des besoins de l'être humain. Les besoins physiologiques sont la priorité de l'individu avant même la sécurité et ainsi de suite. L'être humain se doit de satisfaire tous besoins, de sorte que lorsqu'un besoin est ressenti, le but est de le combler. Nous mangeons pour assouvir notre faim.

#### b) Les émotions selon Aristote

Aristote réfute les théories de Platon en décrivant les émotions comme des changements corporels. « Les émotions sont tous ces sentiments qui changent l'homme de

*façon à affecter son jugement et qui sont accompagnés par la souffrance ou le plaisir »* (Sander & Scherer, 2009).

Aristote démontre que les émotions influencent les pensées et les actes des individus et il ne faut pas les résumer à une partie de l'âme. Nos émotions font partie intégrante de notre personnalité (Site internet n°17).

#### c) Le dualisme corps/âme de René Descartes

René Descartes dans son ouvrage intitulé *Les passions de l'âme*, définit les émotions en nous expliquant que l'âme cartésienne est indivisible, immatérielle et unique, contrairement au corps qui est divisible, matériel. Notre corps est composé de plusieurs parties (le cœur, le cerveau, les bras, les jambes) contrairement à notre pensée, qui elle, est unique (Site internet n°22).

Cependant « *l'âme est unie à toutes les parties du corps conjointement* » (Site internet n°22), nous explique René Descartes en démontrant l'existence de la glande pinéale. C'est une petite glande située dans notre cerveau qui permet d'unir l'âme au corps. L'esprit reçoit des informations par l'intermédiaire du corps, ce qui lui permet de réagir en fonctions des événements passés. La glande pinéale peut influencer le corps, tout comme le corps peut l'influencer en retour (Site internet n°22).

Les passions (ou émotion définie par René Descartes) sont l'union de l'âme et du corps (Site internet n°14). En d'autres termes, les émotions sont des sensations de l'âme qui ont le corps comme origine. Par ailleurs, on peut en conclure que l'union corps et âme est personnelle à chaque individu puisque cette union varie selon notre rapport que nous entretenons avec le monde qui nous entoure.

#### d) Baruch Spinoza s'oppose à René Descartes

Pour Baruch Spinoza, l'esprit et le corps sont en parfaite correspondance et lorsque le corps ou l'esprit est confronté à un autre corps ou un autre esprit, deux possibilités existent. C'est alors qu'entrent en jeu les deux passions fondamentales selon Baruch Spinoza. Si les deux corps (ou esprit) se composent, cela donne naissance à la joie. C'est

une perfection de l'être. Alors que si un corps se décompose au contact d'un autre esprit ou corps cela provoque de la tristesse, et s'apparente à une diminution de l'être. Baruch Spinoza explique que ces deux passions se déclinent de façons multiples en suivant cette logique : ce qui me fait grandir ou ce qui me diminue (Charles, 2002).

D'après Baruch Spinoza, les passions (ou émotions) sont des modifications passives de notre être. Par exemple, lorsque nous mangeons, nous sommes joyeux parce que le repas est bon ; cette joie procurée est un effet et non le résultat d'une volonté libre de notre part (Charles, 2002).

Spinoza, en réduisant le dualisme corps/âme, a développé une philosophie où les émotions ont un rôle moteur dans l'existence humaine, et ne sont plus apparentées à des éléments perturbateurs.

#### e) David Hume

Dans son traité de la nature humaine, David Hume décrit les passions comme des impressions secondaires, qui sont toujours précédées d'une impression originale, celle-ci prenant la forme de plaisirs ou douleurs physiques. Il différencie les passions directes (désir, joie, chagrin, crainte) des passions indirectes (fierté, amour, haine). Il fait aussi une distinction entre la cause et l'objet des passions. Pour lui, ce n'est pas la raison qui nous fait agir, mais nos émotions, telles que la douleur ou le plaisir. « *Il n'est pas contraire à la raison de préférer la destruction du monde entier à une égratignure de mon doigt. Une passion doit s'accompagner de quelque faux jugement pour être déraisonnable ; même alors ce n'est pas la passion qui est déraisonnable, mais le jugement* » (Hume, 2015).

Ainsi nous comprenons toute l'ambiguïté qui existe dans la définition de l'émotion. C'est pourquoi il paraît important de s'intéresser de plus près aux différentes théories des émotions afin de mieux comprendre la complexité des émotions.

## 2. Théorie des émotions

Au sujet de la psychologie des émotions, dans la littérature, il existe quatre grands courants portant sur l'analyse des émotions. Chaque perspective tente de définir ce qu'est

une émotion en émettant des hypothèses sur leurs nature, leurs causes et leurs conséquences des émotions.

a) Perspective Darwinienne

Charles Darwin rédige en 1872 *L'expression des émotions chez l'homme et les animaux*. Dans cet ouvrage, Darwin expose ses théories selon lesquelles les émotions sont d'une part universelles et d'autre part adaptatives. Les émotions se retrouvent chez tous à n'importe quel endroit de la planète et participent au maintien de la survie de l'espèce en permettant à l'individu de réagir de manière adaptée face aux agressions de l'environnement dans lequel il évolue (Nugier, 2009).

Beaucoup de recherches se sont portées sur le caractère universel de certaines émotions, aussi appelées émotions de base, de par leur caractère essentiel pour l'Homme. Nous les appelons « *discrètes* » car elles sont différentes les unes des autres ; elles sont caractérisées par des affects (éprouvés spécifiques), des expressions comportementales et des manifestations physiologiques spécifiques, génétiquement programmées pour la survie de l'espèce. Par ailleurs, les émotions ont un aspect adaptatif en jouant un rôle de signal envers les événements extérieurs (Cosnier, 1994). Prenons un exemple : la colère se distingue de la tristesse ou de la peur par l'expression du visage, le timbre de la voix. De la colère peut naître l'agressivité, celle-ci pouvant être négative, au sens destructeur, mais pouvant aussi être synonyme de combativité, en permettant l'affirmation de soi (Nugier, 2009).

Selon les auteurs, (Izard, Plutchik, Kemper, Ekman) nous retrouvons cinq, six, voire jusqu'à dix émotions de base. Nous pouvons citer : la joie, la peur, la tristesse, la colère, le dégoût, et la surprise. En combinant les émotions primaires, se créent les émotions secondaires (anxiété, enthousiasme) (Cosnier, 1994).

La roue des émotions de Robert Plutchik, nous explique les différentes relations entre les émotions. Les émotions primaires sont retrouvées dans les différents secteurs du cercle. L'association de deux émotions primaires donne naissance à une diade appelée émotion secondaire (Site internet n°11) (Site internet n°16).



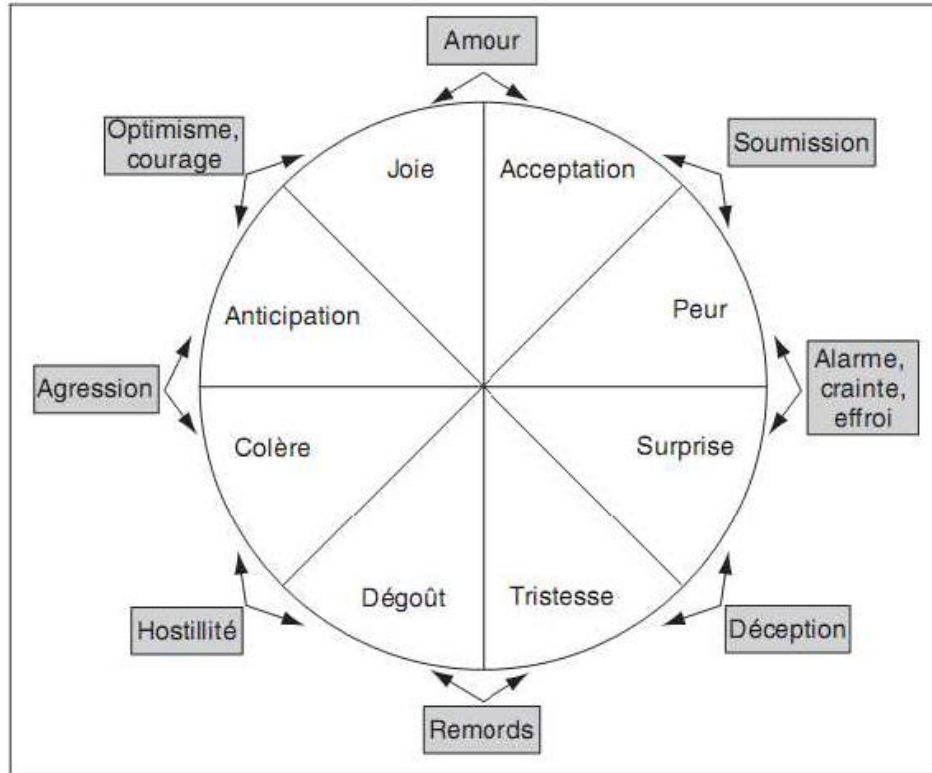


Figure 2 : Roue des émotions de Plutchik, d'après Roy (Site internet n°19).

Dans son ouvrage, Darwin décrit les différentes expressions du visage selon les émotions ressenties par une personne (Nugier, 2009). En répertoriant les expressions émotionnelles de diverses espèces, il trouva des similitudes entre certaines expressions, ce qui témoigne du caractère universel des émotions de base.

Par exemple, lorsque Charles Darwin décrit la tristesse (Charles Darwin, dans son ouvrage de 1872, préférait utiliser le terme de souffrance), il décrit les changements et postures physiques associés : le visage pâle, la tête penchée vers le bas, la mâchoire détendue etc. Il décrit aussi la colère qui se manifeste de la manière suivante : « sous l'empire d'une colère médiocrement intense, l'action du cœur se surexcite légèrement, le visage se colore et les yeux brillent. Dans une vive colère, les yeux sont farouches, les sourcils sont abaissés et énergiquement froncés, les lèvres sont serrées ». Charles Darwin va ainsi décrypter toutes les manifestations relatives aux émotions telles que la joie, le dégoût, la surprise ou encore la peur (Buron, 2004).

C'est pourquoi Charles Darwin explique que deux individus d'une même espèce peuvent ressentir leurs émotions, grâce à une fonction communicative de l'expression faciale. Martin L. Hoffman reprend cette idée et met en évidence une communication de l'émotion entre deux personnes, ce qui permet à la personne qui ressent une émotion de l'induire à l'autre (Nugier, 2009).

Nous pouvons en conclure que la perspective darwinienne repose principalement sur l'idée que les émotions ont une fonction adaptative face aux problèmes quotidiens et environnementaux de chaque individu, et un rôle primordial dans la régulation des comportements sociaux.

Cette théorie est pour nous le fondement de notre étude sur les émotions. Nous mettrons en avant les propos de Charles Darwin tout au long de notre recherche. Intéressons-nous maintenant à William James et à sa conception des émotions.

#### b) Perspective Jamesienne

William James rejoint Charles Darwin sur l'idée que les émotions sont adaptatives, mais contrairement à Darwin qui nous a expliqué la fonction des émotions, celui-ci s'est plus particulièrement intéressé à la nature de ces émotions. Il nous explique dans son ouvrage *The principle of psychology* ainsi que dans son article *What is an emotion*, que ressentir une émotion, c'est d'abord ressentir les changements physiologiques et corporels qu'elle procure (Nugier, 2009). Il illustre ses propos en prenant l'exemple d'un randonneur qui est face à un ours dans une forêt. Son rythme cardiaque s'accélère, ses jambes tremblent, et le marcheur s'enfuit en courant car l'émotion ressentie est la peur. Pour James ce sont tous ces changements physiologiques qui font que le randonneur a peur. Il explique que notre corps serait déjà programmé à réagir aux divers changements de notre environnement. Cela rejoint l'idée que les émotions sont adaptatives. De plus il suggère que notre corps peut réagir de façon semblable à diverses situations, ce qui nous amène à ressentir à chaque fois la même émotion, même si le stimulus est d'origine différente (Nugier, 2009).

Walter Cannon est en désaccord sur la source des émotions. Pour James, elles viennent du système nerveux autonome, d'où le nom de théorie périphérique des émotions, mais pour Walter Cannon c'est au niveau du système nerveux central et plus précisément au niveau thalamique que sont issues les émotions. C'est pourquoi sa théorie fut appelée *la théorie thalamique ou centrale*. Il démontra en expérimentant sur des animaux, que même si les connexions entre les viscères et les aires cérébrales correspondantes sont rompues, il persistait des réactions émotionnelles. Il mit en évidence qu'il existait des réponses neurovégétatives semblables dans des états émotionnels et non émotionnels : comme la sueur dans la peur ou la fièvre. Nous rejoignons la pensée de Cannon sur ce point. Nous détaillerons ce sujet lorsque nous aborderons le rôle des émotions (Nugier, 2009).

Penchons-nous maintenant sur une perspective qui est de notre point de vue, la théorie des émotions la plus importante car la plus aboutie.

### c) Perspective cognitive

Cette théorie naît de la conclusion des travaux de Magda Arnold en 1960 et de Richard Lazarus en 1966, qui ont été réalisés dans le but de résoudre le conflit James-Cannon. Ce sont les premiers à utiliser le concept d'« *appraisal* » ou « *évaluation cognitive* » (Nugier, 2009). Celle-ci va pouvoir mettre en lumière le fait que plusieurs émotions peuvent être ressenties par différents individus lors d'une même situation, voire par un même individu à différents temps donnés. Les émotions ainsi ressenties seraient intrinsèquement liées à la représentation que chaque individu se fait de la situation. De plus, ces émotions ressenties sont indissociables d'un état de préparation à agir de manière adaptée en réaction à la situation et à ses aspects particuliers, qui sont évalués par l'individu. Nico H. Frijda en 1986 et Klaus R. Scherer en 1984 ont développé le terme de « *tendance à l'action* » en expliquant que les tendances à l'action ne s'accomplissaient pas systématiquement mais qu'elles faisaient toutefois ressentir à l'individu une activation physiologique comme s'il allait accomplir un acte. Ainsi, les émotions naissent et sont différenciées grâce à « *l'évaluation subjective* » de l'individu de toutes les particularités d'un événement ou d'une situation qui paraissent significatives pour l'individu (Nugier, 2009). L'émotion naissante d'une situation pertinente et évaluée par l'individu incite

l'apparition de comportements comme la fuite ou l'immobilisme face à l'ours de James. Comportement représentatif d'une volonté de protection face à l'hostilité.

Durant ces trente dernières années, de nombreuses revues portant sur les différentes dimensions de l'évaluation cognitive ont vu le jour. Selon les recherches de Armelle Nugier (maître de conférence en psychologie sociale expérimentale), les dimensions d'évaluation sont au nombre de quatre et se subdivisent en sous dimensions : la détection de la pertinence, l'évaluation de l'implication, le potentiel de maîtrise et l'évaluation de la signification normative. Selon Klaus R. Scherer, la détection de la pertinence ainsi que l'évaluation de l'implication, sont évaluées par l'individu de manière automatique et souvent inconsciente et permettent à l'individu d'attribuer une valeur attentionnelle à l'évènement. Le potentiel de maîtrise ainsi que la signification nominative demandent un travail cognitif plus élaboré impliquant « *le raisonnement conceptuel* » (Nugier, 2009).

Si l'on reprend : nous avons en premier lieu l'apparition d'une situation émotionnelle. Celle-ci n'apparaît que si l'individu capte suffisamment son attention sur un changement environnemental et qu'il juge cette situation pertinente pour lui-même. La cause et les conséquences de ce changement environnemental vont alors être automatiquement identifiées par l'individu de façon volontaire ou involontaire. Ensuite, l'individu détermine ses capacités à faire face à la situation et ses conséquences positives comme négatives. Puis, il met en relation la situation avec ses propres normes et valeurs socioculturelles.

Une même situation peut alors engendrer des réponses émotionnelles différentes chez deux individus distincts, car chaque individu présente son propre profil d'évaluation cognitive. On pourrait même généraliser le nombre de types d'émotions au nombre de profils d'évaluation cognitive.

Eliot Smith de 1993 à 1999, a étendu la théorie cognitive au domaine des relations intergroupes. Son raisonnement est que les réactions d'un individu déclenchées par un événement d'ordre social, s'expliquent par une réponse émotionnelle inhérente à sa propre appartenance à des groupes sociaux. Ainsi, certains évènements peuvent nous

affecter individuellement, mais un évènement affectant notre groupe d'appartenance va également susciter en nous l'émergence d'émotions (Nugier, 2009).

La théorie de l'évaluation cognitive dit de « l'appraisal » nous explique ainsi qu'il n'existe pas d'émotions prédéfinies face à un évènement donné. Elle nous explique l'acheminement entre la perception de James et le ressenti subjectif. Elle nous explique également que chaque émotion exprimée par un individu en rapport à une situation donnée, est personnelle et dépend des buts et capacités de réaction propres à l'individu dans chaque situation, de ses croyances et de sa culture.

Pour finir avec les théories des émotions, développons la perspective socio-constructiviste.

#### d) Perspective socio-constructiviste

La perspective socio-constructiviste contredit l'idée selon laquelle l'émotion est « *un phénomène biologiquement déterminé* » (Nugier, 2009). Au contraire, elle s'y oppose fermement en considérant que le contexte socio-culturel de l'individu est le géniteur de l'ensemble des comportements et états de celui-ci. La socialisation et le rôle tenu par l'individu dans la société seraient les seuls responsables de l'acquisition et du développement des émotions par l'individu. James Averill en 1980 fait partie des tenants de la perspective socioconstructiviste. Selon lui, les émotions sont des scripts applicables qui seraient dirigés par les normes socio-culturelles et apparaîtraient selon les diverses situations. L'émotion serait ressentie par l'interprétation de la situation par nos systèmes de valeurs et référents culturels. C'est pourquoi explique-t-il, selon notre culture, nous ne ressentons pas les mêmes émotions. Si nous reprenons l'exemple de l'ours de James, certaines tribus ne ressentiraient pas de la peur mais de la fierté car dans leur culture, c'est un honneur de combattre un ours (Nugier, 2009).

Les socio-constructivistes reprochent aux théoriciens des émotions de base de ne pas étudier les différents scripts émotionnels qui existent selon les cultures et de ne s'intéresser qu'aux ressemblances de ces cultures. Il a pourtant été mis en évidence que la colère n'existe pas chez les esquimaux. C'est la preuve qu'il existe des émotions dans

certaines cultures et pas dans d'autres. Plusieurs études se sont penchées sur le langage comme représentation de l'émotion dans diverses cultures. « *Selon les cultures certaines émotions peuvent prendre des étiquettes différentes ou bien être regroupées sous une même étiquette alors que le concept est différent* » (Nugier, 2009) ou être retrouvées dans une langue mais pas dans une autre, comme le mot allemand **shadenfreude** qui signifie le plaisir ressenti par une personne lors de la souffrance d'une autre. En français nous n'avons pas de mot pour exprimer ce sentiment. Le support principal de la perspective socioconstructiviste est représenté par les études sur le langage (Nugier, 2009). Cette théorie rejoint la perspective cognitive en démontrant que l'interprétation déclenche l'émotion. Néanmoins, la théorie socioconstructiviste privilégie l'étude sociétale des émotions pour comprendre le rôle qu'elles exercent au sein de notre société.

Ce que nous retenons, c'est qu'il n'existe pas une théorie des émotions, mais plusieurs concepts qui s'opposent ou se complètent selon les auteurs et les époques. Toutefois, la perspective cognitive semble être la théorie la plus approuvée à l'heure actuelle. Dans ces théories nous avons pu évoquer certains traits particuliers des émotions mais il est important de savoir ce qu'il en est de leur rôle fondamental.

### 3. Rôle des émotions

#### a) Le rôle majeur des émotions

Nous allons maintenant nous pencher sur le rôle principal des émotions. Les émotions ainsi que les sentiments sont des déterminants essentiels au développement de notre cerveau. Et c'est en se penchant un peu plus sur la construction, mais surtout l'organisation de notre cerveau, que l'on comprend davantage le rôle des émotions.

D'après l'article réalisé par Philippe Vernier et Jean-Didier Vincent, même à l'âge adulte, le cerveau demeure en perpétuel devenir de par ses capacités plastiques. La construction du cerveau étant gouvernée par l'expression de nos gènes, son organisation quant à elle est construite autour des sollicitations de l'environnement. Cela s'appelle l'épigénèse (Vernier & Vincent, 1996).

### Les cartes cognitives

Afin de comprendre comment nos émotions interagissent avec le monde extérieur, Philippe Vernier et Jean-Didier Vincent évoquent le terme de « *Cartes cognitives* » (Vernier & Vincent, 1996). Ces cartes s'apparentent à de simples cartes de jeu dont chaque individu dispose et utilise au regard d'une situation quelconque. Celles-ci seraient dessinées par un ensemble de neurones responsables, d'une part, de la représentation que se fait notre cerveau du monde qu'il perçoit au travers de ses sens et d'autre part, par les stratégies d'actions et les commandes motrices qui lui permettent d'agir sur ce monde. Ces cartes vont alors susciter chez nous, au travers des aires sensorielles, des souvenirs qui auront les mêmes caractéristiques que les images perçues. Ces cartes rassemblent aussi, sur le plan moteur, toutes les stratégies d'actions envisagées, les options de réponses, ainsi que les conséquences possibles. Ces cartes subissent les contraintes du corps et sont placées sous l'emprise des émotions. Elles représentent l'ensemble des « *connaissances* » du cerveau sur lui-même, sur le monde extérieur et aussi sur la façon dont il peut interagir avec celui-ci. Toutefois, ces cartes peuvent être reconfigurées. L'anatomie et la physiologie des relations entre les neurones dessinant une carte peuvent être marquées par la survenue d'une nouvelle expérience : le caractère plaisant ou déplaisant de celle-ci va attribuer à chaque représentation sa valeur affective. Ainsi, les cartes ne sont pas immuables mais se déforment au fil du temps et des expériences vécues (Vernier & Vincent, 1996).

### La formation de cartes cognitives

La forme générale du cerveau, au cours de l'embryogénèse cérébrale, est donnée par la répartition homogène et segmentaire des neurones dans les trois plans de l'espace du cerveau. Leurs connexions sont alors assurées par la constitution de multiples prolongements appelés axones et dendrites. Les connexions entre neurones qui participent à l'élaboration de « cartes cognitives » se mettent en place selon deux directions principales : l'une est radiale et l'autre est tangentielle. La direction radiale consiste à relier l'intérieur et l'extérieur de notre cerveau en unissant nos organes périphériques aux régions profondes de celui-ci, puis au cortex sensoriel (exemple : œil et cortex occipital ou cortex moteur et muscle). La direction tangentielle est parallèle à la surface du cortex,

permettant d'associer les aires qui émettent ou reçoivent les principales modalités motrices et sensorielles. Chaque sens est dépendant d'une aire corticale principale ainsi que plusieurs autres secondaires. La communication entre les cellules élaborant la perception et l'action est établie par la connexion de ces différentes régions cérébrales. Les cartes cognitives sont donc élaborées au travers de ces associations de réseaux plus ou moins complexes, excités par l'activité électrique des neurones qui les composent. (Vernier & Vincent, 1996).

Il est à souligner que la qualité et la quantité des relations entre cellules sont déterminées par la chronologie des excitations et des inhibitions des influx nerveux les parcourant. De plus, on a pu constater chez l'embryon et le nouveau-né, qu'il existait beaucoup plus de connexions neuronales que nécessaire pour le fonctionnement du système, mais que seules les terminaisons utiles sont conservées. Ainsi les synapses inutiles sont éliminées. (Vernier & Vincent, 1996).

On peut donc considérer que les cartes cognitives sont non seulement mobiles et modelables, mais possèdent également une dimension temporelle.

#### b) Comprendre ses émotions

La formation du système nerveux de l'homme n'étant jamais achevée de par sa plasticité, ceci lui conférerait ses capacités d'apprentissage permanent, mais aussi sa mémoire. Cet inachèvement permettrait à l'environnement, à l'expérience et au vécu, d'imprimer une marque personnalisée et de diversifier le plus élémentaire des comportements (Vernier & Vincent, 1996).

#### Les voies du plaisir et de la souffrance au cœur de la construction du cerveau

Nous avons vu que les cartes cognitives étaient nourries par la valeur affective des informations qui leur parvenaient et que celles-ci reposaient sur le fonctionnement des voies nerveuses qui occupent les régions centrales du cerveau. Ces dernières utilisent des neurotransmetteurs spécifiques (plaisir = dopamine, souffrance = sérotonine etc.). Ceci étant, l'information sensorielle transportée par ces messages chimiques n'est ni rapide ni précise, car ils ne sont pas libérés dans les synapses et diffusent par conséquent plus



largement. La multiplicité des récepteurs et les différents mécanismes mis en jeu tels que la rétroaction négative ou la désensibilisation des récepteurs suite à une forte stimulation, rendent imprévisible le comportement induit par une situation sensorielle ou émotionnelle forte. Exemple : « *Ainsi, la survenue d'un danger peut provoquer l'activation du système sympathique : elle aboutit dans ce cas à la libération d'adrénaline par les glandes médullosurrénales, corollaire d'un comportement agressif et dominant. La même stimulation peut, au contraire, susciter un comportement de fuite ou de soumission : elle induit alors la mise en circulation d'hormones corticosurrénales* » (Vernier & Vincent, 1996). Ainsi, le corps est préparé à une réponse adaptée à un stimulus agréable ou agressif, par la mise en jeu des systèmes hormonaux périphériques commandés par le cerveau.

Au même titre que l'activité neuronale est capable d'influer sur la quantité et la qualité des connexions neuronales, les neuromodulateurs et hormones ont un pouvoir sur la configuration des cartes cognitives : certaines hormones altèrent la croissance et l'activité des connexions inter-neuronales ou bien entraînent la mort de neurones, comme la corticostérone et les neurones de l'hippocampe (Vernier & Vincent, 1996).

### La lecture des cartes

Le système limbique correspond à la région dessinée par des structures nerveuses qui réalisent la jonction entre les systèmes d'opposition plaisir/aversion et les zones où sont distribuées les fameuses cartes. Ces structures nerveuses participent également à l'évocation et la fabrication de souvenirs.

Il existe deux régions cérébrales essentielles à l'utilisation des cartes cognitives par l'homme : la partie frontale et antérieure des hémisphères cérébraux, ainsi que le cortex cingulaire (dit cingulum). Si l'une des deux parties se retrouve lésée, l'utilisation et la lecture de cartes devient difficile, voire impossible. L'expression et la perception des émotions, la capacité de planification d'activités et la prise de décision sont devenues complexes chez une personne souffrant de lésions préfrontales. Au même titre, les patients souffrant d'une lésion de l'aire cingulaire souffriront de mutisme akinétique : perte totale du langage et de l'initiative motrice ainsi qu'une immobilité complète et une absence de toute réaction émotionnelle (Vernier & Vincent, 1996).

L'hippocampe est la région qui permet de comparer l'état du monde à sa valeur affective. C'est la région emblématique du système limbique. Le cortex sensoriel transmet à l'hippocampe les données sur l'état du monde et la matière grise ventrale (noyaux accumbens) lui transmet, par le biais de connexions à doubles sens, sa valeur affective. L'hippocampe va alors se projeter sur le cortex par relais successifs et ainsi former une onde rythmique d'influx nerveux permettant la consolidation de cartes cognitives et affectives, mais aussi l'élaboration de souvenirs.

Si l'on prend une situation de mise en danger d'un individu face à une menace perçue par celui-ci :

- le cortex préfrontal traite les informations sensorielles et évalue les dangers possibles ; il « *fait le point* » sur la situation.

- Le corps amygdaloïde constitue le cœur des processus émotionnels et va agir en association avec le système limbique ; il « *décide de la stratégie* ».

- Enfin, l'hypothalamus va libérer des hormones stéroïdiennes qui prépareront l'organisme à se défendre.

Viennent se mêler à tout cela plusieurs systèmes de neurotransmission : les voies noradrénergiques vont favoriser l'attention sélective et les systèmes à GABA contrôlent les comportements défensifs.

Soumis à un stress, l'activité du cortex préfrontal droit de l'individu est responsable d'attitudes phobiques persistantes dans le temps. Ainsi, face à une menace, peu importe le comportement réel adopté par l'individu, celui-ci aura eu peur. Cette peur est le fruit du corps amygdaloïde. C'est dans celui-ci que nous apprenons à associer le plaisir à un objet ou une situation et développer le sentiment de haine ou de désespoir : « *j'ai aimé et je n'oublierai jamais* » « *j'ai souffert et je m'en souviendrai* » (Vernier & Vincent, 1996).

Le monde nous est donc perçu au travers des émotions et ce sont celles-ci qui donnent un sens à chaque situation. Les comportements et les émotions d'un individu ont chacun une histoire qui est intrinsèquement liée au passé et au vécu de l'individu. Il existe

un fond commun relatif aux comportements et émotions entre chaque individu, qui s'explique par la composante génétique de l'Homme. Toutefois, l'histoire individuelle de chacun rend imprévisible la façon dont sera vécue une même situation pour deux individus distincts (Vernier & Vincent, 1996).

### c) Conscience de soi

Avoir conscience de soi, c'est avoir conscience de sa propre pensée et de ses propres émotions. Notre esprit va observer et étudier notre réflexion et nos émotions. C'est ce que les psychologues appellent métacognition (conscience de sa propre pensée) et métahumeur (conscience de ses propres émotions). Nous pouvons l'apparenter à « *l'attention flottante* » de Freud qui est une des règles en psychanalyse, selon laquelle l'analyste doit avoir la même impartialité envers les différents détails de l'analysant (Site internet n°13). Il ne doit pas s'attacher à un détail en particulier. Certains qualifient de « *moi attentif* » cette conscience de soi qui permet au psychanalyste d'observer ses réactions face au discours du patient, ainsi que les réactions du patient lui-même. Cela semble faire intervenir les aires du langage issues du néocortex, qui cherchent à identifier et définir les émotions éprouvées (Goleman, 2014).

C'est la différence entre se mettre en colère et penser « *je suis en colère* » lorsque nous sommes furieux. Cette « *mince* » différence de notre activité mentale témoigne de la surveillance des émotions par les circuits néocorticaux et permet leur maîtrise de nos émotions. La conscience des émotions permet ainsi la maîtrise de soi. D'après les termes de John Mayer, la conscience de soi c'est être « *conscient à la fois de notre humeur du moment et de nos pensées relatives à cette humeur* » (Goleman, 2014). Il constate que cette conscience peut être moins objective, et la conscience de nos émotions se définit plutôt avec des pensées du genre « *je ne devrais pas me mettre dans cet état-là* » ou encore « *il ne faut plus que j'y pense* » en réponse à un évènement pénible. John Mayer considère qu'être conscient de nos sentiments, et vouloir les modifier, sont deux attitudes qui vont de pair : la personne qui admet être énervée, souhaite par ailleurs ne plus l'être. Mais il y a une différence entre vouloir modifier nos sentiments et la manière dont nous agissons réellement. Par exemple, si je suis conscient d'être en colère, je peux rester dans cet état, ou bien m'en libérer (Goleman, 2014).

D'après John D. Mayer, il existe trois catégories d'individus selon leurs rapports aux émotions :

#### Les personnes qui ont conscience d'elles-mêmes

Ce sont des personnes saines d'esprit, qui ont le sens de la mesure, avec une idéologie positive de la vie. Elles savent maîtriser leurs émotions de par leur caractère attentif.

#### Les personnes qui se laissent envahir par leurs émotions

Ce sont les émotions qui prennent le contrôle pour ces personnes. N'ayant pas conscience de leurs sentiments, elles vont rester de mauvaise humeur, et n'ont pas le contrôle sur leur vie affective.

#### Les personnes qui acceptent leurs dispositions d'esprit

Ces personnes ont conscience de leurs émotions mais ne vont pas forcément agir en conséquence. On différencie les personnes qui sont d'humeur joyeuse, et de ce fait ne vont pas modifier leur état, et celles qui sont d'humeur changeante. Bien que conscientes, elles ne vont pas y remédier pour autant. Cet état est retrouvé chez la personne dépressive qui est résignée au désespoir. (Goleman, 2014).

#### d) Maîtrise de soi

Déjà à l'époque de Platon, la maîtrise de soi était perçue comme une véritable vertu. Du mot grec « *sophrosyne* » la maîtrise de soi était qualifiée de sagesse et de tempérance (aptitude à contenir les fortes émotions). Jacques Cosnier démontre que le contrôle et la régulation de soi sont liés à l'expression (Cosnier, 1994). Certaines « *réactions* » écrit-il permettent une régulation de l'homéostasie, comme le fait de pleurer, de rire ou bien encore de crier, qu'il qualifie de « *réactions expressives de décharge* ». Pour lui, le contrôle individuel et le contrôle social sont mélangés et la réaction qui s'ensuit est l'association de la tendance expressive spontanée et de son contrôle. Ainsi cette association des réactions et du contrôle sont indissociables. La parole peut être l'objet de la régulation « *surveillez*

*vos paroles* » comme l'exprime Jacques Cosnier, mais elle peut aussi être l'instrument de la régulation, en utilisant la parole pour masquer nos sentiments par exemple.

D'après Daniel Goleman, dans son ouvrage intitulé *l'intelligence émotionnelle*, chaque sentiment a sa propre signification. Il ne faut pas refreiner nos émotions mais trouver un juste équilibre (Goleman, 2014). Aristote constatait qu'il faut un sentiment proportionnel aux circonstances. Si les émotions sont de trop faible intensité, alors arrive l'ennui. Mais au contraire, si elles sont non contrôlées et trop intenses, cela devient pathologique comme dans la crise maniaque par exemple. Il est important de souligner que la notion de maîtrise de nos émotions ne signifie pas de les refouler mais de leur trouver le mode d'expression le plus approprié à nos émotions.

La gestion de nos émotions est un acte que l'on effectue quotidiennement. Il nous est tous déjà arrivé d'être envahis par nos émotions, que ce soit de la colère ou au contraire de la joie, sans avoir réussi à maîtriser ce moment. Néanmoins nous pouvons en limiter la durée. On parle alors « *d'autorégulation émotionnelle* ». Cela implique de savoir apaiser ses peurs et ses angoisses, réprimer ses impulsions, mais également laisser s'exprimer ses sentiments (Goleman, 2014).

Lorsque nos émotions nous empêchent de nous concentrer, notre capacité mentale ou « mémoire active » est perturbée, avec en conséquence l'incapacité de garder en mémoire tout événement en lien avec notre activité en cours. Cette mémoire se situe au niveau du cortex préfrontal, là où se trouve également (comme nous l'avons décrit précédemment) le siège de nos émotions. L'angoisse par exemple, va inhiber notre capacité de concentration. Par ailleurs, la confiance et l'enthousiasme vont agir positivement sur notre mémoire active. D'après Daniel Goleman, les émotions influent sur notre capacité à penser, à apprendre et à résoudre des problèmes « *de sorte qu'elles définissent les limites de notre aptitude à utiliser nos capacités mentales innées et décident donc de notre avenir* » (Goleman, 2014). Ainsi les émotions jouent un rôle dans notre réussite.

La maîtrise de soi est donc fondée sur la conscience de nos émotions. Avoir conscience de nos émotions va permettre le contrôle de soi, qui est la capacité à gérer nos

émotions quelle que soit la situation rencontrée. Cette qualité va permettre de prévenir les éventuels conflits que l'on peut rencontrer à l'officine avec certains patients, en maîtrisant les affects naissants.

En effet, chaque échange avec autrui va susciter en nous une ou plusieurs émotions. Ces émotions apparaissent-elles en fonction de notre affinité envers cet interlocuteur ou bien nos relations sont-elles définies par nos émotions ?

#### e) Gestion des relations

Chaque échange social déclenche en nous une ou plusieurs émotions. Prenons quelques exemples. La joie est rencontrée lors d'échanges entre amis ; la tristesse est ressentie lors d'une perte d'un membre de notre entourage ; nous avons peur lorsque nous sommes agressés, et la colère nous gagne lorsque nous sommes victimes d'une injustice (Cosnier, 1994). D'après ces exemples, nous sommes constamment à la recherche de besoins ou d'objectifs. C'est ce qu'appelle « *intérêt* » le psychologue Néerlandais et Professeur à l'université d'Amsterdam, Nico H. Frijda. Il explique que les émotions ressenties sont la satisfaction ou la non satisfaction de cet intérêt. Ces intérêts sont catégorisés en trois groupes :

Les intérêts personnels : ils font référence à l'intégrité physique (comme les besoins élémentaires, la satisfaction et protection corporelle) et l'intégrité psychologique comme l'estime de soi. Ils seraient sources de joie et de peur.

Les intérêts relationnels : ce sont les liens familiaux amicaux qui constituent la base de la cohésion des groupes sociaux. Ces intérêts provoqueraient en nous soit de la joie soit de la tristesse.

Les intérêts sociaux : ils représentent la justice et l'ordre social. La colère serait l'émotion qui s'en dégage.

Il explique également que le sentiment de tristesse ressenti par une personne est dans vingt pour cent des cas lié à une expérience touchant une autre personne. Il confirme également que les événements émotionnels sont déclenchés le plus souvent dans un

contexte social, à l'exception de la peur qui est souvent ressentie lorsque l'on est seul ou en présence d'inconnus (Cosnier, 1994).

Si la plupart des évènements émotionnels sont déclenchés dans un contexte social, voyons ce qui se passe réellement dans nos officines, milieu riche en personnalités et émotions diverses.

## B. Les émotions au comptoir

L'officine est un lieu propice pour étudier les émotions. Les patients vivent des états émotionnels variés et nous, pharmaciens et préparateurs en pharmacie, devons y faire face tout en maîtrisant nos propres émotions.

D'après une étude réalisée au sein d'un centre hospitalier, portant sur les diverses régulations interactionnelles, nous retrouvons trois mécanismes :

- Il y a tout d'abord la régulation par empathie. Une personne en partageant les mêmes expressions participe à l'émotion de l'autre. Cela s'applique à la joie, la colère et témoigne de la compréhension d'autrui.
- Vient ensuite la régulation par mise à distance. C'est sur le ton de l'humour qu'elle s'accomplit. Entre collègues et surtout en milieu hospitalier entre soignants, cette régulation est beaucoup utilisée pour faire face aux situations délicates ou pénibles, liées aux patients.
- Enfin il existe la régulation par réassurance. On la retrouve lorsqu'il y a eu une faute. Le personnel répare cette erreur par un rappel des normes et adopte une conduite à tenir afin d'y remédier. Tout comme à l'officine lorsqu'il y a eu une faute de notre part, nous mettons en œuvre une procédure afin que l'erreur ne se reproduise plus (Grosjean, 2001).

### 1. Les enjeux pour le pharmacien

#### a) Etre empathique

D'après Jacques Cosnier, le concept d'empathie remonte à l'**Einfühlung**. Chez les romantiques allemands, l'acte d'Einfühlung oppose l'ensemble de nos connaissances

rationnelles du monde à une connaissance émotionnelle. Cela correspond à un « *processus de communication avec le monde* » (Cosnier, 1994). A la fin du XIXème siècle et au début du XXème, le concept d'Einfühlung prend sa place dans la littérature allemande et est repris par de nombreux auteurs notamment par Theodor Lipps. Pour lui, l'Einfühlung est la « *jouissance objectivée de soi* » (Cosnier, 1994). De plus, L'Einfühlung implique que le spectateur se projette dans l'objet de sa perception. « *L'Einfühlung implique que l'appréhension d'un objet sensible induit une tendance immédiate du sujet à réagir d'une certaine manière. Pour Lipps le spectateur d'un geste de fierté ressent en même temps en lui-même de la fierté* » (Cosnier, 1994).

En 1909, Edward B. Titchener traduit Einfühlung par *Empathy*, qui signifie étymologiquement « *en = in, pathos = souffrance ou passion* », dans ses « *Lectures on the experimental psychology of the thought processes* » (Cosnier, 1994). Le mot *Empathy* représente une combinaison d'images à la fois visuelles et kinesthésiques, au travers desquelles des expériences perceptives peuvent se réaliser. En 1915, Il définit l'*Empathy* comme « *un sentiment ou une projection de soi dans un objet avec des implications plus sociales : l'empathie était une façon de rendre notre environnement plus humain* » (Cosnier, 1994).

Carl Rogers avec sa méthode de « *thérapie non directive* » (Cosnier, 1994) a également contribué à la popularisation du concept d'empathie. Il donnera deux définitions de l'empathie à deux temps différents.

- En 1959 il explique « *la perception du cadre de référence interne d'une personne avec précision et dans ses composantes et significations émotionnelles de façon à les ressentir comme si l'on était cette personne, mais cependant sans jamais oublier le "comme si"* » (Cosnier, 1994).
- En 1975 il définit l'empathie comme « *un processus d'entrée dans le monde perceptif d'autrui qui permet de devenir sensible à tous les mouvements des affects qui se produisent en lui* » (Cosnier, 1994).

« *Pour connaître les autres il faut se comprendre soi-même* » (Goleman, 2014). Pour Goleman, l'empathie c'est comprendre ce que ressentent les personnes sans que celles-ci



expriment verbalement leurs émotions. C'est par le ton de la voix, le regard et bien d'autres signes que l'on peut ressentir leurs sentiments. C'est par la conscience et la maîtrise de soi (que l'on vient d'aborder) que l'on peut tenter de comprendre l'humeur d'autrui.

L'empathie est donc comme le qualifie Goleman, un « *radar social* » (Goleman, 2014). Prenons un exemple pour illustrer nos propos : à la pharmacie une patiente vient régulièrement et est toujours très aimable, mais pourtant depuis quelques temps elle ne parle plus, ne sourit plus et nous apprenons quelques temps après qu'elle a perdu sa sœur d'un cancer.

Ainsi, grâce à une meilleure analyse des sentiments des gens, l'empathie nous permet de mieux appréhender les interactions sociales. Nous n'allons pas nous occuper de la même façon d'un patient joyeux ou colérique. Le fait d'être attentif aux signaux émotionnels des patients nous permet d'apporter des réponses adaptées à leurs demandes en prenant en compte leur émotion particulière.

#### b) La compétence d'écoute

L'écoute active est une des bases de l'empathie. Nous pouvons l'apparenter à une sorte d'art. Dans les premiers temps de l'écoute, il faut savoir montrer au patient que l'on est ouvert à lui, sans préjugé. Nous sommes là pour lui, pour répondre à ses attentes, à ses questions, afin que le patient se sente écouté et compris. En ce sens, l'écoute active est avant tout une ouverture à la discussion, tant au niveau du discours que des attitudes : un contact physique facilite cette ouverture comme une poignée de main suivie d'une ouverture au dialogue du type : « *Racontez-moi* » ou bien « *Souhaitez-vous préciser quelque chose ?* » ... Il est important d'encourager la parole avec des questions ouvertes, des petits encouragements ou même un simple hochement de tête. Afin d'établir une écoute active de qualité, un des outils de communication à privilégier est la reformulation (Rantucci, 2008).

Plusieurs théories existent à propos de la reformulation. Il y a la reformulation écho, reflet, synthèse, de vérification, appui, éclairage, provocation, sentiment etc. Parmi ces dernières, nous avons choisis de nous intéresser à trois reformulations que l'on rencontre

souvent à l'officine. Nous avons d'une part **la reformulation synthétique** qui consiste à résumer avec ses propres mots, ce que l'on a entendu de la situation d'une personne.

Ex : Un patient nous dit : « *J'ai fini mes antibiotiques pour ma bronchite il y a sept jours, mais je tousse toujours autant* ».

Le pharmacien répond : « *Ce que je comprends, c'est que depuis une semaine vous n'observez aucune amélioration de votre toux malgré la prise d'antibiotiques* ».

D'autre part **la reformulation sentiment** permet d'intégrer l'état émotionnel de la personne.

Ex : Un patient nous dit : « *Même si le médecin m'a confirmé que je n'avais aucun problème de santé, je vais demander un second avis ... Ma mère et ma grand-mère sont décédées des suites d'un cancer* ».

Le pharmacien répond : « *Si j'ai bien saisi, vous avez peur que le médecin fasse une erreur et que vous développiez la même maladie que votre mère et votre grand-mère* ».

Puis enfin, **la reformulation éclairage** qui consiste à reformuler en s'appuyant sur les non-dits et le non verbal ce que l'on a entendu, compris, ressenti des propos de l'interlocuteur.

Ex : Un patient nous dit : « *J'en ai assez de tous ces médicaments* ».

Le pharmacien répond : « *Si je comprends bien ce que vous me dites, vous souhaitez arrêter de prendre vos médicaments ?* ».

Le but étant d'éclairer les propos du patient. Il faut être attentif et laisser le temps à l'interlocuteur d'éventuellement proposer de lui-même une reformulation.

Une écoute active suppose de la technique mais surtout l'adoption d'une attitude adaptée : en effet une écoute sans technique sera moins nocive qu'une écoute sans attitude adéquate. Selon Gordon Allport « *l'attitude, c'est l'état mental et neuropsychologique qui prépare l'individu à agir d'une manière particulière face à des*

*personnes ou des événements* » (Site internet n°3). Autrement dit, l'attitude c'est ce qui est supposé être derrière le comportement. D'après Jean Claude Abric, les attitudes sont des prédispositions à agir. Elles sont la cause cachée, parfois inconsciente, des comportements. Elles s'expriment plus ou moins ouvertement à travers divers indicateurs ; les paroles, le ton de la voix, les postures et les gestes ou l'absence de gestes (Site internet n°2).

L'écoute impose la mise en place de trois attitudes différentes que sont l'empathie, l'acceptation inconditionnelle et l'authenticité. La première étant une attitude qui consiste à écouter l'autre de façon très attentive, autant au plan du contenu qu'au plan du non-dit et du non verbal. L'acceptation conditionnelle implique d'essayer d'être conscient de ses représentations négatives ou positives vis-à-vis de telle ou telle personne, afin de les reconnaître en toute lucidité. Enfin, la congruence (ou authenticité) est une façon d'être en contact avec ce que l'on éprouve et ressent (joie, tristesse, colère, sentiment de manipulation, etc.) en tant qu'écouter et de l'exprimer verbalement si l'on juge le moment opportun (Gollet, 2008). Au moment de l'écoute active, ces attitudes se mettent en place de manière volontaire ou inconsciente. De plus, Elias Porter en 1950 développe ce qu'il appelle « *les six attitudes spontanées* » (Site internet n°4) (Site internet n°5).

Ex : Un patient adolescent nous dit : « *J'en ai marre d'être diabétique. Mes parents sont sans cesse en train de contrôler ce que je mange et je dois toujours faire attention à ma glycémie. Les autres jeunes de mon âge peuvent manger ce qu'ils veulent et quand ils veulent* ».

L'attitude de jugement/évaluation : On dit ce qui est bien ou mal suivant ses valeurs professionnelles (jugement moral). On approuve ou désapprouve. On évalue sur le plan logique (vrai/faux). Cette attitude peut dans certains cas clarifier ou sécuriser ou peut parfois culpabiliser, bloquer et susciter l'agressivité du patient (Site internet n°4) (Site internet n°21).

Réponse du pharmacien : « *Tes parents ont raison, c'est important pour ta santé* ».

L'attitude d'interprétation : On cherche une explication à ce qui est dit. On propose un sens aux paroles prononcées ou aux faits rapportés. Elle peut éclairer et inciter à la

réflexion. Cette attitude aboutit à un diagnostic. Il y a cependant un risque de perte de contact (l'interprétation étant jugée fausse) ou un risque de blocage de l'autre (Site internet n°4) (Site internet n°21).

Réponse du pharmacien : « *Tu trouves que ton alimentation est trop restreinte ?* ».

L'attitude de soutien et relation d'aide : Elle apporte un encouragement, une consolation. Elle peut être un moyen de dédramatiser la situation. Elle permet de soulager, aider, encourager, et rendre narcissique le patient. Elle favorise la dépendance mais peut être mal ressentie comme de la pitié, de la charité voir du paternalisme (Site internet n°4) (Site internet n°21).

Réponse du pharmacien : « *Tu sais, tous les adolescents diabétiques sont dans la même situation que toi* ».

L'attitude d'investigation ou d'enquête : On veut en savoir davantage, on pose des questions pour approfondir. L'objectif étant de collecter des informations techniques par le biais de questions ouvertes et fermées (neutres ou influencées). Cette attitude apporte un complément d'information et peut faciliter l'installation d'un dialogue et montre l'intérêt de l'interlocuteur au patient (Site internet n°4) (Site internet n°21).

Réponse du pharmacien : « *Tu contrôles ta glycémie combien de fois par jour ?* ».

L'attitude de conseil (orientée solutions) : On suggère, on propose une solution concrète à la situation exposée. Cela permet de sécuriser, et aider à prendre une décision difficile. Toutefois, il y a un risque de se substituer à l'autre, de favoriser la dépendance, voire de ne pas entendre la vraie demande (Site internet n°4) (Site internet n°21).

Réponse du pharmacien : « *Reprends rendez-vous avec le diététicien, afin que vous adaptiez ton alimentation selon les possibilités et tes envies* ».

L'attitude de compréhension/reflet (ou empathique) : On s'assure d'avoir bien compris ce que le patient a voulu dire. On est attentif aux sentiments qu'il exprime et provoque en nous. Cette attitude utilise la technique de la reformulation (des idées) et du

reflet (sentiments) en favorisant la confiance et la spontanéité du patient. Elle favorise son acceptation et sa prise en charge par lui-même. Elle est quelques fois ressentie comme de la passivité ou comme une attitude artificielle (surtout si on utilise des reformulations type « perroquet » : redire la même chose ce qui n'est pas judicieux (Site internet n°4) (Site internet n°21).

Réponse du pharmacien : « *Ce n'est pas facile de se restreindre alors que les autres jeunes peuvent manger ce qu'ils veulent* ».

Pour finir, être à l'écoute c'est avant tout comprendre ce que la personne dit, ce qu'elle ne dit pas, mais aussi ce qu'elle veut dire au-delà des mots et pouvoir cerner son état émotionnel. Ceci permet d'établir une communication authentique avec l'autre, supposant une attention et une concentration optimale sur la personne, la mise en repos de notre propre système de valeurs et de jugement et être très vigilant à l'ensemble des signes non verbaux (posture, geste, voix, débit de parole).

### c) Réussir à établir une relation de confiance

La relation pharmacien-patient a beaucoup évolué depuis ces dernières années. En effet, nous ne sommes plus la simple personne qui délivre les médicaments, mais un professionnel de santé qui s'engage auprès du patient, en entretenant une relation d'aide et de confiance.

On regroupe sous le terme d'alliance thérapeutique, un échange entre le pharmacien et le patient, fondée sur la crédibilité du pharmacien envers son patient, et la confiance du patient qui en découle.

Une étude de 2003 réalisée par Pauline Norris et Bridget Rowsell en Nouvelle Zélande, porte sur la satisfaction des patients dans leur relation avec leur pharmacien. Les patients ont exprimé le besoin d'être à l'aise à la pharmacie, avoir confiance dans les compétences du pharmacien, être accueillis de façon agréable, et recevoir toute l'attention qu'ils méritent auprès de l'équipe officinale (Norris & Rowsell, 2003). Les besoins exprimés par ces patients résument très bien la relation patient-pharmacien, basée sur l'aide et la confiance. Pour créer cette relation avec le patient, le pharmacien (comme nous venons de

le décrire) doit pouvoir dégager de l'empathie, et procurer toute l'intimité dont le patient a besoin afin qu'un sentiment de confiance s'installe.

L'officine n'est pas seulement un lieu de délivrance du médicament, c'est également un lieu d'entrevue, de contact et maintenant même d'entretien. Les patients attendent du pharmacien une prise en charge globale avec humanité. Le professionnel de santé se doit de répondre efficacement et avec pertinence, aux attentes du patient. Quelle que soit la demande du patient, l'échange doit être structuré et parfaitement défini au préalable. Il ne faut en aucun cas banaliser la demande du patient, qui serait contraire à notre mission de professionnel de santé, qui est de répondre aux attentes et besoins de nos patients.

Il est de notre devoir de savoir accueillir et prendre en charge un patient lorsqu'il entre dans une officine. Il existe une méthode préconisée par l'Ordre national des pharmaciens, qui permet la prise en charge d'un patient à l'officine de façon organisée, afin de répondre aux besoins et attentes du patient de façon optimale (Site internet n°1).

### **La démarche A.C.R.O.P.O.L.E**

La démarche A.C.R.O.P.O.L.E se décompose en huit étapes clés qui sont : Accueillir, Collecter, Rechercher, Ordonner, Préconiser, Optimiser, Libeller, Entériner.

#### **Accueillir**

Il est primordial, dans un premier temps, de montrer sa disponibilité par un regard empathique et un sourire, au patient. Prendre en charge un patient sur un comptoir non encombré et suffisamment espacé des autres, permet une meilleure confidentialité. Le patient se sentira plus à l'aise et il sera plus facile d'établir une relation avec lui.

#### **Collecter**

Après avoir accueilli la personne, le pharmacien se doit d'écouter le patient afin de répondre le plus précisément possible à sa demande. Le pharmacien pratiquera comme nous l'avons vu précédemment, l'écoute active et témoignera d'empathie le cas échéant.

### Rechercher

C'est l'étape où le pharmacien pose le plus de questions possibles pour répondre le mieux aux attentes du patient. Les questions ouvertes permettent de collecter le plus d'informations possibles.

Ex : « *Que vous arrive-t-il ?* », « *Comment l'expliquez-vous ?* ».

Puis il y a les questions fermées, qui viennent compléter le recueil d'informations, afin d'ajuster le conseil.

Ex : « *Le traitement est pour vous ?* », « *Il y a des allergies connues ?* », « *Prenez-vous un traitement médicamenteux ?* ».

Sans oublier la consultation du dossier pharmaceutique de la personne, ou de l'historique de délivrance.

### Ordonner

Il faut comprendre ce terme sous le sens de reformulation. En reformulant la demande de la personne, cela permet de ne rien oublier et l'acquiescement du patient nous confirme la bonne compréhension de la demande.

Ex : « *Si je résume, vous souffrez d'un mal de tête, et vous avez la sensation de nez bouché. Mais vous n'avez pas de fièvre, ni de traitement en cours ?* ».

### Préconiser

Après avoir réuni les informations nécessaires, le pharmacien évalue la suite de la prise en charge. Un avis médical est recommandé dans certaines situations.

### Optimiser

Chaque décision thérapeutique doit être expliquée au patient pour qu'il puisse comprendre afin d'adhérer à son traitement.

Ex : *« La tension artérielle est la pression exercée par le sang sur nos vaisseaux sanguins. Dans votre situation, la pression exercée est trop élevée et risque d'endommager les parois des vaisseaux sanguins ce qui augmente le risque d'apparition d'une maladie cardiovasculaire. Si vous prenez tous les jours votre traitement, votre pression artérielle sera régulée. Par conséquent, le risque cardiovasculaire sera diminué ».*

### Libeller

C'est une des étapes clés pour le patient. Le pharmacien va établir un plan de posologie en précisant les modalités de prise du traitement, en inscrivant sur les boîtes la posologie et en rappelant les posologies maximales et les délais entre les prises. Sans oublier de mentionner les effets indésirables les plus courants et les associations déconseillées.

### Entériner

Pour finir, il faut s'assurer de la compréhension du patient, et savoir si celui-ci a encore des questions.

Ex : *« Mes explications ont été assez claires ? », « Avez-vous d'autres questions ? ».*

Il ne faut pas oublier la demande complémentaire :

Ex : *« Avez-vous besoin d'autre chose ? ».*

Enfin conclure par une phrase montrant notre disponibilité au patient :

Ex : *« N'hésitez pas à revenir si besoin », « Je reste à votre disposition ».*

(Site internet n°1).



## Avoir de l'assurance

Le pharmacien doit montrer au patient qu'il fait preuve d'assurance afin qu'une relation de confiance puisse s'établir. Manquer d'assurance, rend le pharmacien passif, comme le décrit Mélanie Rantucci. Le pharmacien ne va pas engager une discussion avec le patient et se contente de délivrer le médicament ne suivant pas la méthode A.C.R.O.P.O.L.E. Néanmoins, avoir trop d'assurance n'est pas un atout. Certains pharmaciens ne vont pas prendre la peine d'écouter le patient et cela mène à une discussion bloquée tout comme avec le pharmacien passif (Rantucci, 2008).

Avoir de l'assurance c'est proposer au patient ses idées et conseils sans le juger sur ce qu'il fait. Avec cette approche il se crée une relation de confiance et de respect mutuel entre le pharmacien et le patient.

Ex : « *Au vu de tous les symptômes que vous m'avez décrits, je pense qu'il serait plus judicieux de s'orienter vers ce type de traitement plutôt que vers le médicament que vous m'avez demandé. L'autre médicament est tout aussi efficace mais compte tenu de vos antécédents, celui-là est bien plus adapté, vous comprenez ? N'hésitez pas à revenir nous voir ou consulter votre médecin traitant si les symptômes persistent.* » (Rantucci, 2008).

## 2. Les besoins du patient

Le pharmacien doit savoir reconnaître les attentes, les souhaits et les besoins de chaque patient. Comme nous l'avons vu, le pharmacien doit faire preuve d'empathie à l'égard des patients afin de comprendre leurs besoins. Ainsi il va pouvoir établir une relation de confiance avec le patient.

### a) La vision du patient sur sa maladie

Chaque patient voit de façon propre sa maladie. Deux personnes souffrant d'arthrose peuvent ne pas décrire les mêmes symptômes. Ainsi d'après Mélanie Rantucci, le pharmacien doit prendre en compte le vécu du patient face à sa maladie. Un patient qui arrive à l'officine pour une pathologie ORL avec des antibiotiques en prescription, prendra différemment son traitement s'il a mal ou non. C'est au pharmacien de prendre le temps,

de savoir écouter le patient et de lui expliquer le traitement. Un patient qui ne renouvelle pas toute son ordonnance pour une pathologie chronique comme pour l'asthme, est un patient qui n'est pas observant. Nous devons lui rappeler les dangers de la non observance médicamenteuse (Rantucci, 2008). De plus, comme nous le décrit Alice Hermann, la non observance d'un traitement peut être le reflet de la difficulté qu'a le patient à accepter sa pathologie. « *Accepter une pathologie c'est parfois passer par toutes les étapes du deuil : choc, déni, révolte, marchandage, tristesse puis acceptation* » (Hermann, 2016). Ce processus peut être parfois long. En ces circonstances, le patient n'est pas toujours enclin à accepter un traitement chronique.

#### b) Les comportements relatif à la santé

Une personne qui agit pour sa santé est une personne qui ressent une menace pour sa santé selon M. Rantucci. Plusieurs facteurs interviennent lorsqu'un patient décide de consulter ou non, un professionnel de santé (Rantucci, 2008).

#### Les facteurs modifiants

Ils rassemblent différentes variables :

- démographiques (âge sexe)
- psychosociologiques (classe social, personnalité)
- structurelles (connaissance de la maladie, antécédents médicaux)

#### Les perceptions individuelles

Ce sont les perceptions personnelles du danger de la maladie. Il peut exister ou non des prédispositions génétiques de maladie (Rantucci, 2008).

Prenons l'exemple d'une personne sans antécédent familiaux de diabète. Elle ne voit pas le danger pour elle et ne surveille pas son alimentation. Mais si cette personne est diagnostiquée diabétique de type deux, les facteurs modifiants vont intervenir dans la vision de cette personne. Comme personne de sa famille n'a eu de diabète, ce patient n'a aucune connaissance sur cette pathologie. Ainsi le risque est que cette personne ne suive

pas correctement son traitement, si elle n'en voit pas l'intérêt ou surtout, si elle ne se rend pas compte du danger de sa maladie.

### **Les facteurs extérieurs**

Les facteurs extérieurs rassemblent les campagnes de dépistage, les mesures hygiéno-diététiques, ainsi que l'entourage du patient (proches ayant la même maladie). Ces facteurs extérieurs peuvent influencer le patient et lui faire prendre conscience de sa pathologie (Rantucci, 2008).

### **Les obstacles à l'action**

Enfin, une personne peut être consciente des dangers que représente sa pathologie et pour autant ne pas agir en conséquence, du fait de plusieurs obstacles qui l'empêchent à prendre une décision. Prenons l'exemple du coût des traitements. Certains médicaments sont déremboursés et malgré l'effet bénéfique du traitement pour la santé du patient, le coût devient un obstacle à la bonne observance thérapeutique. De plus, des études démontrent que la cause économique n'est pas la seule responsable de la bonne compliance des patients à leurs traitements pour leur pathologie. Prenons l'exemple de cette étude intitulée « *Observance, et si nous écoutions les Patients ?* ». Dans cette enquête réalisée chez 1473 personnes atteintes d'une pathologie chronique quelconque, nous retrouvons quarante-quatre pour cent des participants qui ne prennent pas leur traitement en expliquant cela par un oubli et ce, peu importe le profil de patient (jeune, personne âgée, homme, femme) ou la pathologie concernée. Le comportement des patients est influencé directement selon leur rapport au traitement, selon que le patient apprécie ou déteste son traitement. Lorsque le patient aime son traitement, il y a moins d'oublis. Dix-huit pour cent des patients déclarent ne pas prendre leur traitement de manière intentionnelle. Cela est particulièrement vrai chez les patients atteints de pathologies chroniques présentant des signes de lassitude vis-à-vis de leur pathologie. De plus, dans un cas sur quatre, les prises des médicaments se trouvent modifiées : diminuées, augmentées, voire arrêtées (Site internet n°15).

« *Les obstacles à l'action sont la variable la plus importante dans la compréhension du comportement des patients relatif à la santé* » (Janz & Becker, 1984). Vient ensuite la perception de la prédisposition, puis les bienfaits de l'action et pour finir la gravité et sévérité perçues de la pathologie (Janz & Becker, 1984).

Ainsi, chaque patient est différent et il y a de multiples facteurs sociaux, culturels et environnementaux qui influencent le patient sur la vision de sa maladie. Pour le pharmacien, chaque situation est différente. L'empathie et l'écoute priment pour pouvoir respecter la vision du patient, ses connaissances et la manière dont il gère sa maladie. Ensemble le pharmacien et le patient évaluent les facteurs qui influent sur la maladie. Prenons l'exemple d'un patient en instauration de traitement antihypertenseur. Ne voyant pas de risque imminent, il pourra avoir une mauvaise observance. Le rôle du pharmacien sera donc d'expliquer la pathologie et trouver ensemble les moyens d'une meilleure observance.

Nous avons eu le cas d'un patient qui prenait un antidiabétique oral, mais il ne mangeait jamais à heure fixe et de plus, comme le médicament le faisait somnoler, il ne le prenait pas régulièrement. Son métier étant chauffeur-livreur, il fallait trouver une solution afin qu'il ait une meilleure observance thérapeutique et surtout que sa santé ne soit pas mise en danger. Ensemble nous avons envisagé que ses repas soient pris à heure régulière afin de mieux maîtriser le traitement et ainsi de pouvoir diminuer la prise du médicament pour éviter l'effet indésirable de somnolence.

### c) Les sentiments du patient liés à la maladie

Chaque patient est différent face à la maladie. Les réactions émotionnelles sont très variées et il est important que le pharmacien tienne compte des sentiments du patient lors d'un échange thérapeutique. C'est en reconnaissant et comprenant ces différentes réactions émotionnelles que l'échange avec le patient sera plus riche et efficace.

Les patients ressentent des émotions à des intensités plus ou moins grandes, selon les situations qu'ils rencontrent. Intéressons-nous de plus près à ces émotions afin de mieux les appréhender au comptoir (Rantucci, 2008).

## **La Frustration**

Cette émotion est très souvent rencontrée lorsqu'une personne tombe malade. Cela s'explique par la rupture entre la vie menée avant l'annonce de la maladie et après l'annonce. La frustration s'installe très vite dès lors que la moindre tâche du quotidien ne peut plus être faite aussi facilement. Une personne qui se casse la jambe n'est plus apte à marcher sans l'aide de cannes anglaises par exemple. Le fait de devoir prendre des médicaments peut aussi être frustrant pour les patients, comme faire attention à ce que l'on mange si nous sommes sous traitement AVK, avec pour certains médicaments, une prise de sang mensuelle pour contrôler si le traitement est efficace.

Cette frustration du patient peut être exprimée par de la colère ou de l'impatience au comptoir. Le rôle du pharmacien est d'aider le patient à trouver des solutions afin de minimiser cette frustration. Essayer de trouver des astuces pour pallier l'inobservance (Rantucci, 2008).

*Ex : « Je comprends tout à fait que la prise de glycémie capillaire plusieurs fois par jour et les injections d'insuline vous agacent. Mais grâce à tout cela, vous allez, au fur et à mesure, apprendre à vous connaître et apprendre à connaître cette maladie. Ainsi, mieux vous la gèrerez et meilleure sera votre qualité de vie à l'avenir. Je vous invite toutefois à retourner consulter votre médecin afin de revoir avec lui les objectifs et la fréquence des mesures de glycémie. Si votre diabète est contrôlé, on pourra peut-être faire en sorte d'améliorer votre quotidien ».*

## **La Peur et l'Anxiété**

Les patients ressentent de la peur face aux problèmes occasionnés par leur maladie et craignent les complications de la pathologie ou les effets indésirables des thérapeutiques. Ce sentiment est clairement exprimé de manière physique au comptoir, la personne étant nerveuse et posant de nombreuses questions sur sa maladie. Mais parfois chez certains patients, il est plus difficile de percevoir cette émotion. Les patients vont exprimer des plaintes plus ou moins communes comme des migraines, des troubles intestinaux ou des douleurs musculaires.

Le pharmacien doit inciter le patient à verbaliser cette peur ou cette anxiété. Cela va permettre de mieux situer ses craintes et ainsi, de mieux répondre à ses attentes. Dans certaines situations le pharmacien peut rassurer la personne en lui expliquant ses symptômes. Le pharmacien se doit d'orienter la personne souffrante, lorsqu'il est nécessaire, vers une aide psychologique (Rantucci, 2008).

### **Le sentiment de perte**

Le sentiment de perte est ressenti chez les patients dont l'apparence physique a changé à cause de la maladie, mais également lorsqu'il y a une perte d'autonomie. Certaines personnes se sentent diminuées juste en prenant des médicaments, alors qu'auparavant elles n'en avaient pas besoin.

En admettant cette émotion, le pharmacien encourage le patient à en parler, afin de l'aider à accepter cette perte et à trouver les moyens pour y pallier (Rantucci, 2008).

### **La colère, la dépendance et la culpabilité**

Ce sont des réactions émotionnelles très souvent vécues par le patient au cours de sa maladie. Ces sentiments se manifestent comme une conséquence d'expériences du vécu du patient (Rantucci, 2008).

Le pharmacien encore une fois doit savoir interpréter les différents signaux du patient qui indiquent qu'il est en colère. Parfois ils sont très explicites, le ton change, le langage aussi, le patient devient agressif et il témoigne d'une impatience au comptoir. Toutefois, chez certaines personnes ce sentiment n'est pas clairement exprimé. Toutefois il peut être destructeur pour le patient. Le pharmacien, afin de maîtriser la situation, devra essayer de calmer le patient en discutant des causes de sa colère.

Suivant le type de patient et selon la maladie, certains vont devenir dépendants de façon excessive, alors que d'autres vont se refuser à toute dépendance. La place du

pharmacien doit être d'encourager le patient à être autonome dans la mesure du possible. Cela permet une meilleure estime de soi et évite au patient de sombrer dans la dépression.

Le sentiment de culpabilité n'est pas facile à détecter pour le pharmacien. Souvent ces patients sont en retrait, ne sont pas très expressifs, et ne communiquent que très peu. Il faut que le pharmacien montre à ces patients qu'il reconnaît, accepte et comprend cette émotion (Rantucci, 2008).

### **Dépression et perte de l'estime de soi**

Ces émotions apparaissent lorsque les sentiments décrits ci-dessus persistent chez les patients. La dépression est facilement identifiable par le pharmacien. Elle se manifeste par la perte de toute motivation. Le patient ne souhaite pas communiquer avec son entourage et plus rien ne lui fait envie. Le rôle du pharmacien est alors d'inciter les patients à consulter une aide psychologique appropriée.

La perte de l'estime de soi se manifeste par une résignation de la personne face à sa maladie. Toutes les valeurs de cette personne sont remises en cause. Ce sentiment est l'un des plus difficiles à repérer pour le pharmacien, malgré les divers signaux que nous envoient les patients au comptoir. Un patient qui se blâme sans cesse, se rabaisse à la moindre occasion, ou encore un patient qui se plaint continuellement, est un patient dont les attitudes doivent nous alerter. Le pharmacien doit pouvoir démontrer au patient qu'il est encore le maître de la situation, en l'impliquant activement dans les choix concernant sa maladie. Le simple fait de lui demander sous quelle forme il préfère prendre ses comprimés (forme buvable, comprimés dispersibles ou secs), lui prouve qu'il a encore de l'emprise sur son traitement. Le pharmacien est là aussi pour montrer de l'intérêt à ses patients afin qu'ils ne perdent pas cette estime de soi (Rantucci, 2008).

Ex : « *Bonjour Mme Martin, comment allez-vous aujourd'hui ? Vous tolérez bien votre nouveau médicament ?* ».

Après avoir défini et expliqué les émotions que nous ressentons, nous allons étudier les différentes stratégies de communication qui s'offrent à nous afin d'améliorer la gestion de nos émotions d'une part, mais aussi celles des patients d'autre part, dans le but d'optimiser la relation patient-pharmacien à l'officine.



## II. Les stratégies de communication au service du dialogue et de la gestion des émotions

### A. La communication : définitions

#### 1. Généralités

La communication est un processus qui implique un échange d'information entre deux individus (prenons l'exemple ici d'un échange entre le pharmacien et un patient). L'un sera l'émetteur d'un message et l'autre le récepteur. Le message peut être transmis par la parole, l'écriture, mais aussi par le langage corporel (un sourire montre au patient qu'il est le bienvenu). Ce message est véhiculé à l'aide de signaux se trouvant dans un canal, reliant l'émetteur au récepteur. Les signaux sont organisés selon un code spécifique permettant au message d'apporter une information au récepteur. Le patient reçoit le message au travers de la vue ou de l'audition, et traduit ce message en information (le sourire est compris par le patient comme signe d'accueil) (Cosnier, 1977).

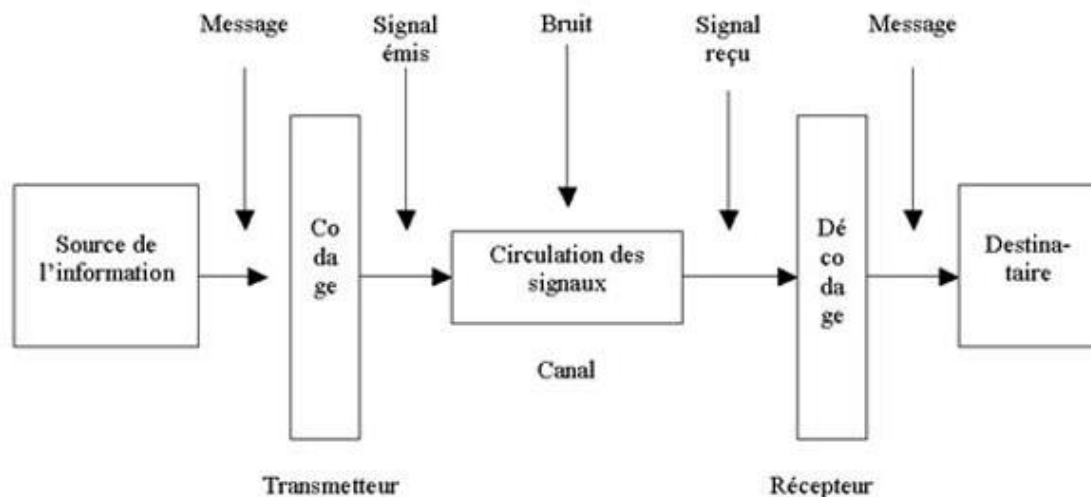


Figure 3 : Schéma de la communication de Shannon et Weaver (Chabot, 2000)

Mais l'information comprise par le récepteur n'est parfois pas celle voulue par l'émetteur et en résulte un malentendu. On le voit lors du feedback (le retour de l'information) du patient sur la façon dont il a interprété le message. Il est du devoir du pharmacien de clarifier le message dès que la situation s'y prête et de veiller à la bonne

compréhension du patient. De plus, le pharmacien se doit d'apporter une attention particulière au message renvoyé par le patient. C'est à partir de cette réponse que le pharmacien va entreprendre toutes les actions nécessaires, afin qu'une relation s'installe entre les deux individus.

Plusieurs chercheurs Américains de l'école de Palo Alto ont démontré qu'il est « *impossible de ne pas communiquer* » (Site internet n°4). Il y aura toujours une communication entre deux individus, même si ces derniers n'en sont pas conscients. A première vue, la parole nous semble être primordiale lors d'une conversation entre deux personnes. Mais si nous allons un peu plus loin, nous remarquons que le débit de parole, le ton de la voix ou bien les expressions faciales et gestes de ces deux personnes sont une multitude de signaux qui viennent se mêler et compléter le message véhiculé (Cosnier, 1977).

La communication peut donc se caractériser par deux formes :

- la communication verbale, exprimée par la parole. Celle-ci est composée de mots formant des phrases qui constituent le langage. Cela permet d'entrer en relation avec un individu en transmettant une idée ou un message.
- la communication non verbale, composée de gestes, mimiques faciales et mouvements corporels des individus tels que le regard, l'attitude, la posture etc.

(Site internet n°5)

## 2. La communication verbale

La communication verbale nous permet d'émettre une idée, véhiculer un message de façon structurée et codifiée selon notre langue. Les signaux linguistiques (lettres, ponctuations etc.) qui composent notre langage sont transmis au travers de la parole. Ce sont eux qui donnent un sens au discours (Pitard *et al.*, 2010).

Les mots ont deux sens dans la communication verbale. Un **sens dénotatif** qui est le sens défini par le dictionnaire, et un **sens connotatif**, qui dépend de l'émetteur et du

contexte (Pitard *et al.*, 2010). Le pharmacien doit éviter le sens connotatif et privilégier le sens dénotatif des mots qu'il emploie afin d'être mieux compris.

Le langage médical n'est pas connu de tous mais parfois les pharmaciens ont tendance à l'oublier. Employer des termes méconnus par le patient entraîne une rupture dans la relation pharmacien-patient. Le patient ne sera pas à l'aise et une inégalité va se créer entre les deux individus. Voici quelques expressions à éviter : « *Je note la posologie sur la boîte ?* », « *Ce médicament est un inhibiteur de la pompe à proton* », « *Présentez-vous des épistaxis récurrentes ?* », « *Vos dorsalgies sont-elles chroniques ou présentent-elles un caractère aigu ?* ».

Par ailleurs, il existe plusieurs pathologies qui dégradent qualitativement mais aussi quantitativement la communication verbale. Ainsi le langage sera perturbé. Afin d'établir une communication verbale, il faut tout d'abord élaborer un langage cohérent au niveau des aires du langage, au niveau du lobe frontal, pour le transmettre au niveau oral. En conséquence, les pathologies touchant le cortex frontal, l'appareil phonique mais également les cordes vocales et l'oropharynx vont indéniablement gêner la communication d'un individu.

#### a) Les critères d'efficacité d'une communication verbale

Selon l'article 35 du code de déontologie médicale « *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* » (Site internet n°9). Il en va de même pour le pharmacien. Nous nous devons de prononcer un discours clair et concis en employant un vocabulaire adapté à l'interlocuteur (Site internet n°5).

- Simplicité du message

Afin d'encourager les patients à prendre part à une conversation, en les laissant exprimer leurs sentiments et poser leurs questions, il est de notre intérêt de prononcer un discours simple. Pour cela, nous devons employer des termes courants, en évitant les

explications trop longues qui risquent de nuire à la bonne compréhension du patient. En revanche, si le pharmacien utilise un langage inapproprié, cela peut engendrer un rapport de supériorité : le patient risque de ne pas comprendre les conseils donnés, et ceci peut amener au désintérêt du patient dans une discussion devenue incompréhensible pour lui (Site internet n°5).

Ex : « *Ressentez-vous des algies post-zostériennes ?* » ou « *Ressentez-vous des douleurs à l'endroit où il y a eu le zona ?* ».

- Clarté et précision

Pour que le message soit transmis en globalité, il faut qu'il soit clair et concis et l'information comprise avec exactitude. Il ne faut pas hésiter à reformuler ses propos afin d'être certain que le patient ait compris l'information et si possible, avoir le moins de bruits parasites, ce qui n'est pas le cas de l'officine. Rappelons que le terme bruit en communication désigne tous les éléments qui font obstacle à la bonne réception du message par l'interlocuteur : le fait de ne pas parler assez fort, ou qu'il y ait du bruit au sens classique du terme, etc. C'est pourquoi il faut s'assurer de la bonne compréhension du patient, en d'autres termes, s'assurer que l'émetteur et le récepteur partagent le même code. Au contraire, un discours qui n'est pas précis peut susciter de l'inquiétude voire de la peur pour le patient, par le manque de précision sur les conseils par exemple (Site internet n°5).

Exemple de discours non précis : « *Ce médicament doit être pris deux fois par jour pendant six jours* ».

Exemple de discours précis : « *Ce médicament est un anti-inflammatoire. IL doit être pris le matin et le soir car son effet est prolongé sur douze heures. Il faut le prendre au milieu du repas pour ne pas avoir de brûlures d'estomac. Le traitement est pour une durée de six jours* ».

- Brièveté

Cela consiste à énoncer l'idée que l'on souhaite exprimer, en peu de mots. Un discours trop long risque de provoquer une incompréhension du patient, ou encore un désintérêt vis-à-vis de la conversation (Site internet n°5).

Exemple d'un discours bref : « *Ce médicament contre les brûlures d'estomac est à prendre le matin à jeûn* ».

Exemple d'un discours trop long : « *Ce médicament est un inhibiteur de la pompe à proton, c'est-à-dire, il va réguler l'acidité gastrique pour limiter vos brûlure d'estomac. Afin qu'il soit plus efficace, il doit être pris en dehors d'un repas, le matin à jeun ou le soir au coucher* ».

- Moment et à-propos

Le message doit respecter les attentes et répondre aux besoins du patient. On ne peut pas tout dire au comptoir. Parfois nous sommes amenés à discuter de certains sujets dans un lieu plus confidentiel. Prenons l'exemple de la délivrance de la pilule du lendemain : afin de donner l'ensemble des conseils associés, il est préférable de prendre la personne à part. Un discours non approprié ne présentera aucun intérêt pour le patient et pourra même causer de l'ennui (Site internet n°5).

- Vocabulaire et débit

Pour que la communication verbale soit efficace, il faut que le vocabulaire choisi par l'émetteur soit connu du récepteur et que le débit de parole ne soit pas trop rapide afin que l'information soit transmise en totalité. Enfin il faut que l'émetteur articule correctement pour que l'idée soit comprise. Le risque d'un vocabulaire inconnu pour le patient, ainsi qu'un débit inapproprié, suscitent le manque d'intérêt du patient, ce qui s'apparente à un monologue.

Selon de nombreuses recherches, dont celles du chercheur américain Albert Mehrabian, il existe des facteurs d'expressions qui participent à la bonne compréhension du message transmis lors d'une communication entre des individus (Site internet n°5).

### Répartition des facteurs d'expression influant sur la compréhension du message

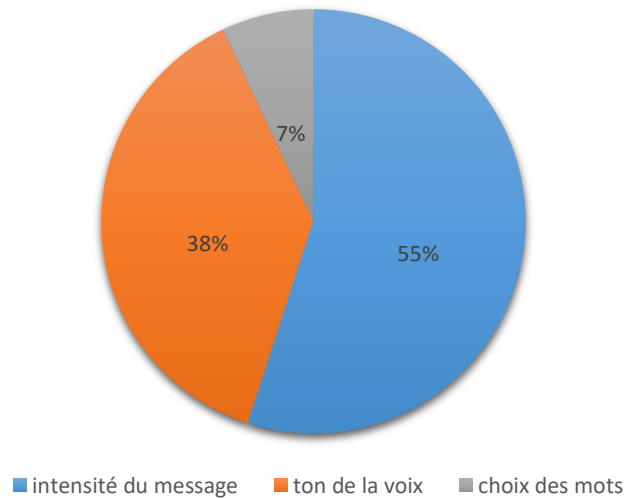


Figure 4 : Répartition des facteurs d'expression influant sur la compréhension du message (Site internet n°5).

D'après ces résultats, nous pouvons remarquer que la richesse du vocabulaire n'est pas le facteur clé en communication. Afin que le message soit transmis et compris par le récepteur, il faut que l'émetteur soit convaincu de ce qu'il exprime. Afin de mieux comprendre l'idée émise par l'émetteur, il est très important, venant du récepteur, de faire attention aux gestes et émotions qui accompagnent le message. Néanmoins, les chiffres énoncés par le psychologue Albert Mehrabian, ont été établis lors d'expériences très précises sur le rôle des expressions faciales dans la perception de la sympathie.

#### b) Les techniques de communication verbale

Il existe différentes techniques de communication pour aider les patients à exprimer leurs besoins. Nous allons retrouver la reformulation, les deux types de questions, mais aussi la rétroaction, la validation, la synthèse et enfin les messages en « JE » (Site internet n°5).

- Le reflet

Le reflet est la reformulation de l'idée émise de l'émetteur par le récepteur. Cette technique permet d'aider le patient à reconnaître son vécu à travers ce qu'il communique. Il existe plusieurs types de reformulation comme nous l'avons vu lorsque nous avons parlé de l'écoute active. Par ailleurs, nous souhaitons revenir sur deux types de reformulation qui nous paraissent être importants dans les techniques de communication verbale :

### **Le reflet simple**

C'est la reformulation reprenant les mêmes termes que le patient.

Ex : Le patient : « *Je ne veux pas reprendre ces traitements, ils ne m'aident pas et m'occasionnent plus de maux de ventre que de bienfaits* ».

Le pharmacien : « *Ce que je comprends, c'est que ces médicaments vous donnent des maux de ventre, que vous pensez qu'ils ne sont pas efficaces et par conséquent que vous ne souhaitez pas en reprendre, c'est bien cela ?* ».

### **Le reflet du sentiment**

Cette forme de reformulation, fait ressortir les émotions éprouvées par le patient lors de son discours.

Ex : Le patient : « *Je suis allée consulter le médecin car je tousse, mais il ne m'a pas donné d'antibiotiques. Je vais aller en voir un second* ».

Le pharmacien : « *Si j'ai bien saisi, vous avez peur que le médecin fasse une erreur et que votre toux ne soit pas soignée?* ».

- Les questions

Elles permettent d'obtenir des informations tout en maintenant une discussion. Il existe deux types de questions : les questions ouvertes ou fermées.

## Questions ouvertes

Ce type de question amène le patient à émettre une idée et surtout d'apporter plus de précisions sur le sujet de la discussion. Les questions ouvertes permettent également de relancer une conversation.

Ex : « *Comment vous sentez-vous depuis la semaine dernière ?* ».

## Questions fermées

Contrairement aux questions ouvertes, les réponses aux questions fermées sont courtes et précises. Le choix de réponses en est limité.

Ex : « *Est-ce la première fois que vous prenez ce traitement ?* ».

Les questions ouvertes enrichissent les échanges et permettent davantage de précisions sur le sujet de conversation. Les questions fermées vont nous permettre d'obtenir des réponses spécifiques. Néanmoins poser des questions trop directes peut être perçu comme une menace pour le récepteur, contrairement aux questions indirectes qui laissent une liberté de réponse. Mais nous devons faire attention à ne pas trop poser de questions qui pourraient être perçues comme une intrusion dans la vie privée des patients. Ainsi, il convient également d'être prudent sur l'utilisation du « *pourquoi* », témoin d'un jugement de valeur, qui peut faire culpabiliser les patients (Site internet n°5).

- La rétroaction

La rétroaction, aussi appelée Feedback en anglais, permet de confirmer la réception du message transmis par l'émetteur en lui signifiant son ressenti et les émotions que cela procure. Par exemple, le récepteur acquiesce par un hochement de tête en réponse à la question : « *M'avez-vous compris ?* » de l'émetteur (Site internet n°5).

- La validation

La validation permet au pharmacien de vérifier la bonne compréhension du message transmis par le patient, en le sollicitant par des questions ouvertes, en utilisant le reflet



mais aussi en faisant appel à la rétroaction. Cela permet d'ôter toute mauvaise perception, pour ne pas que la communication devienne confuse et qu'il en découle des désaccords (Site internet n°5).

- La synthèse

La synthèse a pour but de conclure une discussion ou faire le bilan sur la situation, en faisant le résumé de l'idée du patient.

Ex : « *Si je récapitule, vous aimeriez avoir des conseils sur un mode de vie plus adapté à vos problèmes et voir ensemble ce que je peux vous proposer pour vous aider à vous endormir, c'est cela ?* ». « *Oui, c'est bien cela* » (Site internet n°5).

- Les messages en JE

Utiliser le « *JE* » permet d'exprimer de façon objective ce que nous ressentons. Nous pouvons exprimer nos émotions plus facilement avec le « *je* ».

Prenons l'exemple d'un patient agressif avec refus de collaborer : la toute première chose à faire est de déterminer avec précision nos émotions ressenties. Une fois la reconnaissance permettant la maîtrise de nos émotions, nous serons en mesure de formuler un discours en employant « *JE* ». Cela nous permettra de continuer notre dialogue en étant libéré de nos émotions.

Ex : lors d'un entretien thérapeutique, le pharmacien explique au patient : « *J'ai besoin, pour partir sur de bonnes bases, de vous sentir concerné par votre santé* ».

Au lieu de : « *Vous ne semblez pas vous préoccuper de votre santé* » qui est beaucoup plus accusateur.

Le message en « *JE* » doit laisser place à un discours objectif dans le but de répondre le plus précisément possible au besoin du patient (Site internet n°5).

### 3. La communication non verbale

#### a) Définition

La communication non verbale regroupe tous les éléments signifiants (c'est-à-dire ayant un sens) qui sont transmis lors d'un dialogue entre deux individus, sans qu'il y ait l'emploi de la parole. C'est le mode de communication des émotions. L'information non verbale, complète le message verbal et fournit une aide à la bonne compréhension du message transmis (Site internet n°23).

Dans la relation mère-enfant, c'est ce mode de communication qui est utilisé. Lors des premiers mois, il y a une communication par les gestes, les odeurs, mais aussi par le regard. Cette communication non verbale serait biologiquement et génétiquement déterminée. On la retrouve d'ailleurs dans plusieurs cultures : c'est ce que nous avons abordé précédemment dans la théorie de Charles Darwin et repris plus tard par Paul Ekman avec les différentes expressions faciales. La communication non verbale complète la communication verbale par l'accentuation du discours, mais aussi en régulant le langage. Parfois le non verbal contredit la parole. Le message véhiculé par l'émetteur sera d'autant mieux compris par le récepteur si le ton et l'interprétation y sont appropriés (Pitard *et al.*, 2010).

De plus, le récepteur a tout intérêt à prêter attention aux émotions accompagnant le message afin de mieux interpréter l'idée véhiculée (Site internet n°5). Nous constatons donc que la communication verbale n'est pas le facteur déterminant en communication. La communication non verbale prédomine dans l'interprétation du message émis (Pitard *et al.*, 2010). C'est d'ailleurs pour cela que l'on qualifie le non verbal, de langage autonome.

Chez certaines populations, ces langages gestuels sont reconnus et identifiés ; comme le langage des signes par les indiens Nord-Américains, le langage des sourds et muets, celui des moines trappistes ou encore des crypto-langages des anciens napolitains. Ces différents langages ne dépendent pas de la langue parlée. Ils sont compris sans avoir besoin de traduction verbale (Cosnier, 1977).

Pourtant, le non verbal n'est pas encore très bien maîtrisé car c'est une notion très complexe. Il est reconnu et même utilisé à des fins diverses, comme dans l'art oratoire et dramatique, ou encore tout simplement dans l'arbitrage, où les gestes priment.

On différencie la « *communication explicite* » qui véhicule le message vocal, de la « *communication implicite* », qui d'après Albert Mehrabian, regroupe tous les éléments non verbaux qualifiés d'éléments « *contextuels* » (Cosnier, 1977).

De nos jours, avec les progrès de la science, nous nous sommes intéressés au comportement animal. Nous avons pu en déduire qu'il y avait bien une communication entre les espèces. Jacques Cosnier dans son ouvrage intitulé : la « *communication non verbale et langage* » nous explique que la communication animale est composée de signaux sonores, gestuels, ainsi que posturaux, mimiques, thermiques, tactiles et même électriques. On qualifie cette communication de multivariatives c'est-à-dire à multicanaux, et nous pensons qu'il en est de même pour l'être humain (Cosnier, 1977).

Après cette définition de la communication non verbale, nous allons à présent étudier les différents éléments qui la composent. Dans un souci de pertinence vis-à-vis d'une communication au sein de l'officine, nous nous intéresserons davantage à la mimogestualité parmi ces éléments.

#### b) La mimogestualité

Le terme mimogestualité désigne l'ensemble des gestes et mimiques qui accompagnent le processus d'énonciation oral. Ces gestes peuvent soutenir le discours prononcé par l'émetteur ou bien le contredire.

Durant un dialogue, nous allons retrouver en permanence ces éléments de la communication non verbale. Un hochement de tête, des sourires ou un regard complètent le dialogue et le rendent plus attrayant, plus compréhensible et plus rythmé. Les gestes sont représentés par des signes corporels ou manuels, tandis que les mimiques sont des signes faciaux. Les signes gestuels sont pour la plupart des signes naturels, mais ils peuvent devenir culturels s'ils sont imposés par la société. Prenons l'exemple de la poignée de main pour dire bonjour, qui n'a aucune signification dans certains pays. (Cosnier, 1977).

Selon la théorie de Jacques Cosnier, il existe deux grands groupes de gestes. La première catégorie de gestes correspond à ceux qui renforcent l'expression, comme pointer du doigt un objet au lieu de le citer verbalement. Ces gestes, appelés gestes illustratifs, accompagnent un discours généralement court que l'on retrouve au sein de discussions courantes. La deuxième catégorie de gestes relève plus de la psychologie affective, c'est pourquoi on les appelle les gestes expressifs. Accueillir un patient à bras ouverts, serrer la main à une personne pour lui dire bonjour, sont des gestes de la vie courante significatifs malgré l'absence de paroles (Cosnier, 1977).

- Les gestes illustratifs

Ces gestes permettent d'illustrer nos propos de plusieurs façons. C'est pourquoi ils sont classés en différents groupes (Cosnier, 1977).

**Les déictiques :** ce sont tous les gestes qui désignent le référent de la parole. Exemple : montrer du doigt l'objet dont on parle ou désigner le chiffre quatre avec nos doigts au lieu de le citer.

**Les spatiographiques :** ces gestes permettent d'expliquer la structure spatiale, comme le fait de décrire un escalier en colimaçon.

**Les kinémimiques :** ces gestes nous permettent de mimer l'action du dialogue.

**Les pictomimiques :** ce sont les gestes qui conceptualisent la forme du référent. Exemple : « *L'infirmier m'a piqué avec une aiguille grande comme ça* » (Cosnier, 1977).

- Les gestes expressifs

Ces gestes représentent la valeur affective et permettent l'expression des émotions de base telle que la joie, la peur, la colère, la tristesse, la colère, le dégoût, et la surprise. Accompagnés par des mimiques, ces gestes peuvent parfois se substituer à l'expression orale. Ces expressions émotionnelles peuvent précéder, suivre ou même accompagner la communication verbale car elles font partie intégrante du dialogue. Il existe des mimiques comme une grimace, un sourire, ou encore le froncement de sourcils, qui peuvent être

traduits en parole ce qui témoigne d'une corrélation entre le verbal et le non verbal (Cosnier, 1977).

Néanmoins, Jacques Cosnier en collaboration avec Jocelyne Vaysse dans leur ouvrage intitulé « *Sémiotique des gestes communicatifs* » (Cosnier & Vaysse, 1997), nous expliquent qu'il existe une pression socio-culturelle qui influence ces gestes expressifs, de façon à les valoriser ou au contraire les refouler. Parfois une personne va « *afficher en surface* » un sentiment par un sourire, qui va totalement contredire ce qu'elle ressent véritablement. Mais ce contrôle de ces émotions, comme nous l'avons décrit dans notre première partie, peut faillir et dans ce cas, l'individu va exprimer malgré lui ses réels sentiments.

La communication non verbale va ainsi permettre de renforcer la communication verbale par les gestes mais aussi les mimiques. De plus, elle peut tout à fait se substituer au langage comme nous l'avons évoqué précédemment ou encore être en contradiction avec le discours prononcé.

Prenons l'exemple d'un patient hospitalisé souffrant d'une dorsalgie. Lorsque le médecin lui demande s'il ressent des douleurs, celui-ci lui répond non en pensant qu'en répondant de la sorte il retournera plus vite à son domicile.

La mimogestualité a une part très importante dans la communication non verbale comme nous venons de le voir. Par ailleurs, il existe d'autres éléments qui nous permettent de comprendre l'importance du non verbal au sein de la communication.

### c) Les synchronisateurs de l'interaction

Ce sont des éléments qui sont essentiels à la communication. On les classe en deux sous-groupes qui sont : les phatiques et les régulateurs (Cosnier, 1977).

Les phatiques sont les éléments qui permettent d'assurer le contact entre les deux personnes. Le plus souvent ce sont les regards, ou bien certains gestes, comme faire une accolade lorsque l'on dit bonjour. Ils sont utilisés préférentiellement par l'émetteur.

Les régulateurs sont représentés par le hochement de tête et sont plus utilisés par le récepteur.

D'après de nombreuses recherches sur le rôle du regard dans la communication, nous avons pu en déduire que le récepteur regardait plus que l'émetteur. L'émetteur va regarder son interlocuteur à des moments opportuns durant le dialogue et à la fin du discours (Cosnier, 1977).

Pour résumer, un regard phatique par l'émetteur entraîne l'émission d'un élément régulateur chez le récepteur. Une « *synchronisation interactionnelle* » en découle, c'est ce que William S. Condon et William D. Ogston nous ont démontré en 1966, puis Adam Kendon en 1968 le confirme, en ajoutant la description du mouvement en miroir de l'auditeur, le comportement d'écoute et ce qu'il appelle le « *speech analogous* » lorsque le récepteur reproduit certains traits du message de l'émetteur. C'est ce que nous avons décrit plus haut dans les techniques de communications verbales (Cosnier, 1977).

Par ailleurs, nous rejoignons l'avis de Gilbert Dahan lorsqu'il affirme qu'il suffit de supprimer les éléments de régulation, pour que le discours devienne complètement incohérent. Imaginons-nous à l'officine, dispensant une ordonnance, reprenant étape par étape la démarche A.C.R.O.P.O.L.E. Si le patient en face de nous ne nous témoigne pas, par un élément de régulation sa bonne compréhension, notre discours n'a plus de sens et la communication n'est plus multivariante. Il n'y a plus d'interaction avec le patient, le dialogue est alors banalisé ce qui est à éviter à tout prix (Cosnier, 1977).

Il existe d'autres gestes au sein de la communication non verbale, plus difficiles à percevoir, mais non moins importants dans la compréhension du message délivré par l'émetteur.

#### d) Les métacommunicatifs

Ce sont des gestes ou postures expressives que l'émetteur fait lorsqu'il dialogue. Ils se reconnaissent mieux lorsqu'il y a une contradiction entre les mots prononcés et la pensée réelle de l'émetteur (Cosnier, 1977).

Ex : Une personne complimentant un repas alors qu'elle fait la grimace lorsqu'elle prend une bouchée.

Ces gestes doivent être vite compris par le pharmacien au cours d'un dialogue avec un patient, car cela témoigne d'un certain malaise vis-à-vis du sujet abordé, d'un problème de confiance, peut-être même d'un sentiment d'infériorité du patient vis-à-vis du pharmacien.

#### e) Les extra-communicatifs

Les éléments extra-communicatifs regroupent les gestes qui ne sont classés dans aucun des groupes précédents de communication non verbale. On y retrouve :

- les mouvements de confort, comme les jambes ou bras croisés ou les changements de positions au cours du dialogue.
- les gestes autocentrés : se gratter la tête, bailler ou encore se ronger les ongles.
- les manipulations d'objets, comme dessiner sur une feuille, fumer une cigarette...

Ces éléments sont déclenchés lorsque la situation demande un effort émotionnel (Cosnier, 1977).

Après avoir défini la communication verbale dans un premier temps, puis la communication non verbale dans un second temps, intéressons-nous à présent aux différents obstacles à la communication afin de mieux les appréhender.

#### B. Les obstacles à la communication

Toute communication contient des obstacles. Ces obstacles, même s'il est difficile de les éliminer totalement, peuvent toutefois être réduits afin d'atténuer leurs conséquences. Il convient de les identifier afin de les surmonter.

## 1. Les facteurs défavorisant

### a) La résistance à l'expression émotionnelle

« *L'émotion peut apparaître comme la dimension énergétique et dynamique de la vie relationnelle et de la communication à autrui. Elle exprime les mouvements d'attraction ou de répulsion, de plaisir ou de déplaisir, de tension ou de détente, de sécurité ou de peur, d'intérêts ou d'ennui que suscitent les communications interpersonnelles* » (Site internet n°6). Au cours d'une communication, chez le locuteur, les manifestations émotionnelles sont multiples et passent très généralement inaperçues moyennant qu'elles ne dépassent pas un certain seuil. Elles se traduisent essentiellement par une variation de la voix, des mimiques faciales, des postures corporelles changeantes ainsi qu'une stimulation du système neurovégétatif avec l'apparition de rougeur, sueur voir douleurs abdominales ou sensation vertigineuse etc.

Nous pouvons constater que l'être humain a tendance à essayer de camoufler ses expressions émotionnelles. Il y a comme une « *résistance* » qui prend racine dans la culture du sujet ou bien dans les différents mécanismes psychologiques de celui-ci. Ces fameuses défenses peuvent prendre plusieurs formes (Site internet n°6) :

**La répression et l'inhibition** de l'expression émotionnelle qui se caractérisent par un corps rigidifié, un visage sans expression et une voix monotone dénuée de sentiment.

**La dérivation** qui consiste à camoufler les manifestations émotionnelles par des activités motrices ou verbales, telles que la logorrhée ou toucher aux objets environnants, remuer les pieds etc.

**La fuite et l'évitement** permettent d'esquiver des situations ou sujets qui suscitent en nous des réactions affectives (sujets conflictuels, élément ayant trait à l'intime...).

**Le masquage** est l'exemple typique de la personne riante mais très gênée. Cette personne cherche alors à cacher ses réactions émotionnelles par des manifestations opposées.



**La dissociation** consiste, elle, à mettre de côté les réactions émotionnelles et l'expression verbale par la rationalisation et l'intellectualisation.

#### b) La complexité du comportement humain

Il nous est très difficile de comprendre le comportement humain. Cela rend difficile l'anticipation des réactions émotionnelles d'autrui et complexifie toute interaction relationnelle, y compris les communications au comptoir à l'officine entre pharmaciens et patients.

Kurt Lewin, philosophe américain, compare l'homme à un atome : fait d'attraction et de répulsion. Il parle de forces positives et négatives. Il étudie au travers de cette analogie le comportement humain.

Kurt Lewin considère deux types de forces. Les **forces internes** à l'individu en premier lieu puis les **forces externes**. Les premières ont une relation directe avec le vécu de l'individu depuis sa naissance, tandis que les dernières sont liées aux éléments environnementaux. Ainsi, le comportement est le fruit de l'action de toutes ces forces sur un individu à un instant donné. Ces forces peuvent être de natures différentes. Lewin catégorise la nature de ces forces en forces positives ou forces négatives (Lewin, 1935).

Les **forces positives** considèrent tout ce qui peut permettre à l'individu de s'épanouir dans le monde. Les tensions positives produites par ces forces vont alors initier des comportements d'approches pour l'individu.

Les **forces négatives** considèrent tout ce qui nous permet de fuir des situations inconfortables et malheureuses. C'est tout simplement un comportement d'évitement qui se met en place dans le but de ne pas subir les situations émotionnelles négatives.

Ainsi, l'individu, au sein d'une communication, est en interaction permanente avec ses forces internes (ce qu'il est), les forces externes (ce qu'il y a autour de lui), les forces positives (ce que le sujet apprécie ou ce dont il a besoin) et les forces négatives (ce que le sujet essaie de fuir, qu'il n'apprécie pas). Le comportement au sein de la communication est donc la résultante de toutes ces interactions entre ces forces et l'individu (Lewin, 1935).

Pour pratiquer une communication de qualité, il convient donc au pharmacien de comprendre les motivations qui sous-tendent le comportement du patient. Il est bon de se poser les questions suivantes : « *Qu'est-ce que le patient cherche à atteindre ?* » Et « *Qu'est-ce qu'il cherche à éviter ?* ».

A l'officine, tout acte de communication, faisant intervenir le pharmacien et le patient, est une transaction où chacun interagit et se positionne comme tel. La communication entre ces intervenants n'est jamais transparente car nul ne peut comprendre ce qui se passe dans la tête d'autrui.

## 2. Les sources de malentendus

### a) Défaut de métacommunication

Tout d'abord, rappelons ce qu'est la métacommunication : « *Ensemble des mimiques, attitudes, intonations, signaux affectifs qui accompagnent l'énoncé d'un message verbal et en renforcent, modifient ou infirment le contenu* » (Site internet n°7).

Le défaut de métacommunication amène à se poser des questions sur les difficultés de communication. La peur de heurter l'autre, l'anticipation négative des réactions de celui-ci ou bien une difficulté de l'autre à métacommiquer (s'il voit cette démarche comme une remise en cause de la relation ou de lui-même) sont des favorisants aux résistances à la métacommunication (Site internet n°6).

Au fur et à mesure, les difficultés au sein de la communication surgissent, et un défaut de métacommunication évite toute résolution de ces difficultés. La rancœur et les malentendus s'installent et deviennent source de tension (Site internet n°6).

### b) Défaut de congruence

Selon Carles Rogers, un défaut de congruence chez les interlocuteurs s'impose comme étant un décalage entre ce qu'ils ressentent et ce qu'ils pensent, entre ce qu'ils disent verbalement et leur communication non verbale ou entre ce qu'ils disent et ce qu'ils pensent. Le résultat de ce défaut de congruence est une communication confuse et

manquant de transparence ce qui impacte directement sur la relation entre les interlocuteurs (Site internet n°6).

#### c) La communication paradoxale

C'est Gregory Bateson qui met en lumière la communication paradoxale dans laquelle on retrouve plusieurs facteurs perturbants. « *Un paradoxe est un message dont la structure comporte une telle contradiction interne qu'il communique en même temps deux sens incompatibles* » (Marc et al., 2015).

Ex : un patient vient à la pharmacie renouveler son traitement : « *Je souhaiterais renouveler mon traitement car je n'ai plus de médicament pour mon cœur. Toutefois, entre nous, je ne les prends plus* ».

Exemple de réponse du pharmacien : « *Souhaitez-vous que l'on discute des raisons de ce refus de prise?* ».

#### d) Mécanismes projectifs

Plusieurs processus se distinguent lors d'une communication. Nous étudierons dans un premier temps les **mécanismes projectifs**, puis dans un second temps les **mécanismes de défense** et les **processus de coping** (Lewin, 1935).

Dans le **mécanisme projectif**, le patient va assimiler tout ce que dit le pharmacien en se disant que ce dernier fait et pense comme lui. Or, chaque mot ou phrase peut prendre un tout autre sens selon la propre perception du patient. Cette « assimilation par analogie » peut être très dangereuse. Le patient comme le pharmacien lors d'échanges relationnels peut très rapidement déformer le sens du message émis s'il croit que l'autre pense comme lui. En effet, le mécanisme projectif ne permet pas à l'individu d'imaginer que l'autre peut penser différemment de lui.

Ces nombreuses sources de malentendus créent des tensions au sein de la relation. Le malaise induit peut aboutir dans certaines situations à des fuites ou déformation de la communication. C'est dans ces circonstances que l'on voit apparaître les mécanismes de défense qui ont un rôle de protection de chacun des intervenants mais qui sont, eux aussi

à leur tour, sources de confusion et de malentendus. C'est ce que nous allons développer plus en détail (Lewin, 1935).

### 3. Mécanismes de défense et processus de coping

#### a) Généralités

La capacité de l'individu à faire face aux conflits, danger et toutes sources de tensions perçues à l'intérieur de lui-même ou dans son environnement mobilise en lui deux types d'opérations mentales que l'on appelle : mécanisme de défense et processus de coping (Chabrol, 2005).

Le **mécanisme de défense** est celui sur lequel nous allons le plus nous attarder ici. Il intervient lorsque le sujet est confronté à une situation désagréable, délicate ou hostile pour lui. Il va alors inconsciemment chercher à apaiser la situation en essayant de revenir à un état antérieur où les tensions n'étaient pas encore présentes (Chabrol, 2005).

A l'inverse, les **processus de coping**, que l'on peut traduire en français par « stratégie d'adaptation » ou « processus de maîtrise », sont des opérations mentales volontaires grâce auxquelles l'individu va trouver une réponse à son problème, qu'il soit interne ou externe (Chabrol, 2005).

« *Défense et coping coexistent en chacun de nous* » (Chabrol, 2005). Ces processus se mettent en route conjointement ou successivement et participent ainsi à notre adaptation au monde et aux difficultés qu'il nous fait rencontrer : du traumatisme majeur aux simples difficultés de la vie quotidienne. Défense et coping sont donc deux éléments à prendre en compte simultanément afin de mieux apprécier le sujet en souffrance.

#### b) Classification des mécanismes de défense

Il existe de multiples classifications des mécanismes de défense. Toutefois, on retrouve deux principales classifications proposées : les mécanismes de défense classés en fonction de leurs effets plus ou moins adaptatifs, ou en fonction de leurs cibles principales, les pensées ou les émotions. Nous retiendrons ici une classification en fonction du

caractère adaptatif des mécanismes de défense, classification proposée par le DSM-IV qui est un manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux (Chabrol, 2005).

Cette classification distingue les défenses :

- Matures : elles contribuent à la santé psychique et physique
- Névrotiques ou intermédiaires : elles sont liées aux névroses où elles sont prédominantes, mais sont également à ce jour appelées défenses intermédiaires car elles sont utilisées par chacun d'entre nous
- Immatures : elles sont liées aux troubles de la personnalité et aux troubles psychiatriques, comme les dépressions graves ou les psychoses lorsqu'elles prédominent (Chabrol, 2005).

Cette classification établie par le DSM-IV est constituée de sept niveaux avec un niveau mature et intermédiaire suivi d'une subdivision des défenses immatures en cinq autres niveaux que nous ne développerons pas dans ce travail. En effet, ces défenses immatures, liées aux troubles de la personnalité ou troubles psychiatriques, font l'objet d'une autre étude de notre point de vue.

Selon le DSM-IV, les sept niveaux évoqués sont :

- le niveau adaptatif élevé qui représente les défenses matures
- le niveau des inhibitions mentales qui représente les défenses intermédiaires névrotiques
- les niveaux immatures avec :
  - les niveaux de distorsion mineure de l'image de soi, du corps et des autres
  - les niveaux de distorsion majeure de l'image et des autres
- le niveau du désaveu
- le niveau de l'agir
- le niveau de la dysrégulation défensive

(Chabrol, 2005).

### c) Description des principaux mécanismes de défense

Il est bon de préciser que dans le cadre de ce travail, les mécanismes de défense ne sont pas tous évoqués. Seuls les mécanismes de défense que nous pouvons retrouver de manière courante à l'officine vont être développés.

#### **Le niveau adaptatif élevé**

Le psychiatre américain George E. Vaillant est le premier à décrire le niveau adaptatif élevé. Il le conçoit comme regroupant de réels mécanismes de défense, bien distincts des modes de coping fonctionnels. Les mécanismes de ce niveau sont involontaires et s'activent de manière automatique en dehors du contrôle du sujet. De plus, George E. Vaillant considère que ces mécanismes de défense peuvent modifier notre perception des réalités (Vaillant, 2000) (Chabrol, 2005) (Ionescu *et al.*, 2012).

#### **L'humour**

L'humour est une réponse « *soulignant les aspects amusants ou ironiques des conflits ou des situations de stress* » (Chabrol, 2005). L'humour consiste en effet à présenter une situation vécue comme traumatisante de manière à en dégager les aspects plaisants, ironiques, insolites. J. Christophe Perry en 2004 affirme : « *l'humour tend à relâcher la tension provoquée par le conflit d'une manière qui permet à tout le monde d'en bénéficier* » (Chabrol, 2005).

#### **La sublimation**

La sublimation canalise « *des sentiments ou des impulsions potentiellement inadaptés vers des comportements socialement acceptables (ex : les sports de contact pour canaliser des accès impulsifs de colère)* » (Chabrol, 2005).

#### **L'anticipation**

Anticiper consiste, lors d'une situation conflictuelle, à imaginer l'avenir en expérimentant d'avance ses propres réactions émotionnelles, en prévoyant les conséquences de ce qui pourrait arriver ou en envisageant différentes réponses ou

solutions possibles. L'anticipation est décrite dans le DSM-IV comme une réponse « *aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en éprouvant les réactions émotionnelles par avance ou en anticipant les conséquences d'un possible événement futur et en envisageant les réponses ou solutions alternatives réalistes* » (Chabrol, 2005).

### **La répression**

La répression est une réponse aux conflits et stress « *en évitant délibérément de penser à des problèmes, des désirs, des sentiments ou des expériences pénibles* » (Chabrol, 2005). Ces éléments perturbants sont donc écartés dans le préconscient et restent accessibles à tout moment. La répression peut être comparée à un oubli réversible et fonctionnel.

### **L'altruisme**

L'altruisme est une réponse aux conflits et aux stressseurs, internes ou externes, « *par le dévouement aux besoins des autres ; à la différence du sacrifice de soi qui est parfois caractéristique d'une formation réactionnelle, le sujet reçoit des gratifications soit directement par la réponse des autres, soit indirectement par procuration* » (Chabrol, 2005). L'altruisme est un mécanisme automatique qui ne peut être « *volontairement déployé* » (Vaillant, 2000).

### **Niveaux des inhibitions mentales**

Ce niveau est constitué de défenses en dehors de la conscience des sentiments, des idées, des souvenirs ou des craintes potentiellement menaçants. Ce niveau correspond au niveau névrotique ou intermédiaire. Ces défenses sont utilisées par tout le monde, tous types d'individus, névrotique ou exempt de trouble psychopathologique. Toutefois, chez le sujet **névrotique**, ce seront ces défenses qui vont être activées de façon prédominante (Chabrol, 2005).

### **Le refoulement**

Le refoulement expulse « *de la conscience des désirs, des pensées ou des expériences perturbantes. La composante affective peut rester consciente mais détachée des représentations qui lui sont associées* » (Chabrol, 2005). L'affect peut être déplacé, isolé ou refoulé. Le refoulement peut aussi se résumer par un rejet dans l'inconscient de représentations conflictuelles qui demeurent actives, tout en étant inaccessibles à la prise de conscience. Le retour du refoulé, dont les conséquences peuvent être anodines ou pathologiques, intervient en cas d'échec ou d'insuffisance du refoulement.

### **Le déplacement**

Le déplacement transfère « *un sentiment ou une réaction d'un objet à un autre objet substitutif (habituellement moins menaçant)* » (Chabrol, 2005). Le déplacement est à l'origine de phobies.

### **La formation réactionnelle**

Une formation réactionnelle substitue « *à des pensées ou à des sentiments inacceptables, d'autres comportements, pensées ou sentiments qui leur sont diamétralement opposés (ce mécanisme est habituellement associé au refoulement)* » (Chabrol, 2005). Cette transformation permet une économie du refoulement. La formation réactionnelle vient alors renforcer le refoulement par le contre-investissement d'attitudes opposées au désir refoulé.

### **L'annulation**

L'annulation utilise « *des mots ou des comportements visant à annuler ou à compenser symboliquement des pensées, des sentiments ou des actes jugés inacceptables* » (Chabrol, 2005). C'est l'illusion selon laquelle « *il serait possible d'annihiler un événement, une action, un souhait, porteur de conflits, grâce à la toute-puissance d'une action ou un souhait ultérieur, censé avoir un effet de destruction rétroactive* » (Ionescu et al., 2012).



### **L'isolation**

L'isolation sépare « *les idées des sentiments qui leur étaient initialement associés. Le sujet perd ainsi le contact avec les sentiments associés à une idée donnée (ex : un événement traumatique) alors qu'il reste conscient des éléments cognitifs qui l'accompagnent (ex : des détails descriptifs)* » (Chabrol, 2005). Le terme isolation recouvre deux sens. Il peut désigner soit une élimination de l'affect lié à une représentation (souvenir, idée, pensée) conflictuelle, alors que la représentation en question reste consciente, soit une séparation artificielle entre deux pensées ou deux comportements qui en réalité sont liés, leur relation ne pouvant être reconnue sans angoisse par la personne.

### **La dissociation**

La dissociation altère « *les fonctions d'intégration de la conscience, de la mémoire, de la perception de soi ou de l'environnement ou du comportement sensori-moteur* » (Chabrol, 2005). Elle permet au sujet de se détacher d'une réalité insupportable par la dépersonnalisation et la déréalisation lors de situation de stress intense : le sujet a l'impression de vivre un rêve ce qui peut se manifester par une amnésie.

### **L'intellectualisation**

L'intellectualisation est une réponse aux conflits et aux stress « *en s'adonnant à un usage excessif de pensées abstraites ou de généralisations pour contrôler ou minimiser des sentiments perturbants* » (Chabrol, 2005). Cela permet au sujet de maîtriser ses propres affects dans une situation qui serait trop angoissante, s'il reconnaissait y être personnellement impliqué, en ayant recours à l'abstraction, qui permet de s'évader d'une réalité pénible en privilégiant le monde des idées et du raisonnement logique, ou bien aux généralisations, qui servent à banaliser en se référant à l'expérience collective.

#### d) Autres mécanismes de défense

##### **La rationalisation**

Cela consiste en l'utilisation d'un discours très scientifique et complètement indigeste pour le patient. Le patient en quête de compréhension reçoit des réponses obscures de la part du pharmacien. Ce dernier instaure ainsi un dialogue sans échange qui conduit à la rupture de la communication.

##### **L'évitement**

L'évitement est tout simplement la fuite du pharmacien face aux questions du patient. Cette fuite, qu'elle soit réelle ou déguisée, engendre un manque de considération des besoins du patient. La relation en devient orpheline de tout affect.

##### **La fausse réassurance**

Le pharmacien est affecté par la situation qui génère en lui une source d'angoisse. Celle-ci devient incontrôlable et le pharmacien cherche à se rassurer inconsciemment en optimisant les résultats médicaux. Il participe ainsi à l'émergence d'un espoir artificiel chez le patient. Cela entretient un décalage entre la réalité des faits et la compréhension ainsi que le processus d'acceptation psychologique de la pathologie pour le patient.

##### **L'esquive**

Cela arrive lorsque le pharmacien se sent complètement démuni face à la souffrance psychique du malade. Il n'y a aucun contact relationnel avec le patient, ce qui engendre un sentiment de solitude pour le patient.

##### **La dérision**

Il s'agit ni plus ni moins d'un comportement de fuite. Le pharmacien adopte une communication restreinte imprégnée de dérision lorsque tous les autres comportements de fuite ont échoué. Cela accroît le sentiment de solitude et d'incompréhension du patient.

### **La banalisation**

Selon Martine Ruzniewski, la banalisation « *c'est LE mécanisme de la distanciation par excellence* » (Site internet n°20). Le professionnel traite la maladie, pas le malade. Le pharmacien va se focaliser sur la souffrance physique du patient de manière à occulter la souffrance morale. Le malade ne se sent pas du tout reconnu.

### **L'identification projective**

Ceci est un phénomène inconscient qui attribue aux patients quelques aspects de la personnalité du pharmacien en lui « prêtant » ses pensées, émotions ou sentiments. Ce mécanisme crée une réelle symbiose entre le pharmacien et le patient, ce qui donne l'illusion au pharmacien de croire ce qui est bon pour le patient. Ainsi, le patient se retrouve enfermé dans une fausse impression de partage de sa souffrance qui le confine dans un non-dit d'incompréhension (Site internet n°20).

### C. **L'analyse transactionnelle**

La théorie de l'analyse transactionnelle vient nous aider dans notre démarche de compréhension de la manière dont les individus interagissent devant le conseil. Le parent, l'adulte et l'enfant sont les trois états distincts de l'ego, constatés et décrits par Éric Berne, qui constituent la personnalité d'un individu. Ces états de l'ego décrivent des schémas répétitifs de sentiments, de vécu et de comportement de l'individu. Selon Éric Berne, lors de la communication, « *une transaction se produit entre les états d'ego des différents individus* » (Rantucci, 2008).

D'après Mélanie J. Rantucci, l'état « *parent* » est le reflet du comportement et des attitudes enseignés par les parents du sujet. Cet état induit une réponse quasi automatiquement similaire à celle de ses parents ou à d'autres figures d'autorité pour le sujet en étant soit critique, soit formateur. Les sentiments éprouvés par le sujet durant son enfance sont contenus dans l'état d'ego « *enfant* ». L'individu a tendance à faire surgir en lui un état d'ego « *enfant* » souvent en réponse à un état de « *parent* » chez une autre personne. De ce type de transaction découle un comportement adapté et obéissant, ou bien libre et irresponsable. L'état d'ego « *adulte* » incite le sujet à analyser davantage la

situation en récoltant des informations, pour ainsi répondre, décider après réflexion, ou anticiper les conséquences de ses actions. L'état d'ego « *adulte* » est moins automatique que les états d' « *enfant* » ou de « *parent* » (Rantucci, 2008).

Idéalement, deux individus communiquent dans l'état « *adulte* » lors d'une rencontre. Toutefois il arrive que certains individus adoptent un état d'ego particulier en fonction d'une situation particulière, ou bien par affinité vis à vis de cet état d'ego. L'état d'ego « *parent* » est en général l'état d'ego dont les professionnels de santé ont recours et en réponse à cela le patient développe un état d'ego « *enfant* », libre ou obéissant, ou bien « *parent* » critique. Ces échanges entraînent naturellement des problèmes de communication que nous allons illustrer par quelques exemples :

Le pharmacien (ego « *parent* ») : « *Tenez, prenez ces médicaments-là sinon les maux de tête vont revenir* ».

Le patient (ego « *enfant obéissant* ») : « *D'accord* ».

Ou bien (en tant qu'ego « *enfant libre* ») : « *Je ne prendrai pas ce médicament et ce n'est pas vous qui m'y obligerez* ».

Ou bien (en tant que « *parent critique* ») : « *Je n'ai pas besoin de vos conseils, mes maux de tête ne reviendront pas* ».

Il n'existe pas là de réponse idéale car elle provoque une tension entre les deux intervenants et favorise la non compliance du patient alors que l'objectif est d'encourager ce dernier dans sa prise en charge médicale. On va donc préférentiellement rechercher une transaction d'« *adulte* » à « *adulte* » (Rantucci, 2008).

Voici quelques exemples :

Le pharmacien (ego « *adulte* ») : « *Il est fortement conseillé dans votre situation de prendre ce médicament pour atténuer de manière efficace la cause de votre plainte* ».

Le patient (ego « adulte ») : « *Tout à fait, j'ai bien compris. Je vais faire en sorte de suivre ce traitement selon vos recommandations* ».

L'analyse transactionnelle est donc un outil qui nous permet de mieux comprendre la relation humaine pour faciliter la résolution de conflits et ainsi favoriser chez le patient sa propre prise en charge. Cet outil de communication est bien plus complexe que ce que nous exposons dans notre thèse. Cela dépasserait le cadre de notre travail de le présenter davantage. Néanmoins, nous avons souhaité l'évoquer car c'est un outil intéressant pour les personnes souhaitant approfondir davantage la connaissance qu'elles ont de leur propre communication.

### **III. Application des stratégies de communication lors de la gestion du patient agressif**

La colère fait partie des six émotions de base précédemment décrites. On lui confiait autrefois un rôle dans la préparation du corps pour la bataille. « *Se mettre en colère c'est demander au corps d'être plus fort pour se défendre* » (Site internet n°18).

Aujourd'hui, la colère s'apparente à une réaction de défense d'un individu lorsque celui-ci est menacé ou victime d'une injustice. Nous nous sommes demandée quelles attitudes sont adoptées par les professionnels de santé face à une personne colérique au comptoir. Afin de répondre à cette interrogation, nous avons réalisé un questionnaire sur la prise en charge du patient agressif au sein de l'officine.

#### **A. Etude menée**

##### **1. Objectif**

Ce questionnaire a été réalisé dans le but de mettre en évidence l'extrême difficulté pour les pharmaciens d'officines et préparateurs en pharmacie à appréhender un patient agressif au comptoir.

Ce questionnaire vise à étudier d'une part, notre comportement face à un patient colérique, voire agressif au comptoir et d'autre part, la capacité de communication des pharmaciens ou préparateurs en pharmacie, face aux patients agressifs à l'officine. Cette analyse, nous permettra par la suite d'établir une fiche conseil afin de mieux appréhender les situations délicates face à ce type de patient au comptoir.

##### **2. Méthode**

Ce sondage a été envoyé par l'intermédiaire du syndicat des pharmaciens de Normandie, par mail, à toutes les pharmacies de la région Normandie.

Nous avons souhaité inclure les préparateurs en pharmacie car ils sont amenés, autant que le pharmacien d'officine, à gérer une personne agressive au comptoir.

Le grand nombre de pharmaciens s'explique ici par le choix d'envoi du sondage. Comme le lien vers le questionnaire a été envoyé par mail, seul le titulaire dans la majorité des cas a répondu au sondage. En conséquence, l'étude portera en grande majorité sur des réponses de pharmaciens, sur les quatre-vingt-quinze participants.



Figure 5 : Proportion des préparateurs et pharmaciens ayant répondu à l'enquête.

### 3. Analyse des résultats

Nous vous proposons une analyse des résultats, en étudiant les réponses des participants, question après question. Certaines réponses étant similaires ou parfois même non exploitables, nous avons pris la décision de sélectionner les réponses les plus pertinentes des participants.

#### a) Le patient agressif

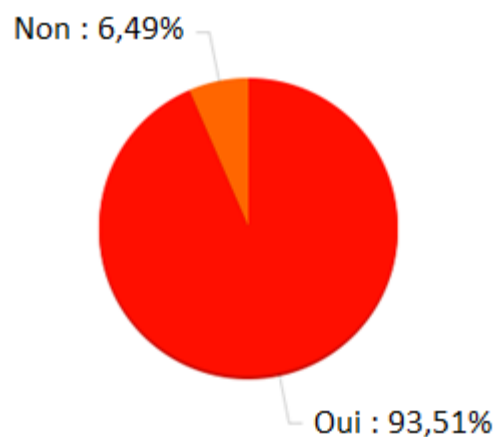


Figure 6 : Avez-vous déjà été confronté à un patient agressif au comptoir ?

D'après ce graphique nous pouvons en conclure que dans notre profession, il est très courant de rencontrer des personnes agressives. Néanmoins, il est important de préciser que durant nos six années d'études en pharmacie nous n'avons que très peu de cours sur la communication au comptoir. Il nous paraît intéressant d'exploiter davantage ce domaine afin de ne pas se sentir démuni face à ce type de situation.

Pour les participants ayant répondu positivement à la question, nous leur avons demandé de détailler leur réponse : « *Si OUI, comment avez-vous vécu cette situation ? Expliquez brièvement* ».

### **Analyse des réponses :**

**Participant n°2 :** « *Rester calme* », « *parler doucement tout en lui expliquant* ».

**Participant n°78 :** « *Ça met mal à l'aise, il faut à la fois rester dans sa position et rester calme et courtois. Ce qui n'est pas toujours évident* ».

Nous essayons pour la plupart d'instaurer un dialogue et voulons comprendre l'agressivité de la personne. Néanmoins, même si nous voulons prendre sur nous, nous ne restons que des humains et nos émotions peuvent vite prendre le dessus lorsque nous nous sentons menacés. Nous savons désormais que nos émotions ont une part importante dans notre capacité à penser, mais aussi à résoudre des conflits. Ainsi le contrôle de nos émotions est un moyen de prévenir ces conflits avec les personnes agressives.

**Participant n°52 :** « *Interloqué au début, énervé ensuite, retour au calme ensuite* ».

Ici ce participant synthétise bien la situation que la plupart des pharmaciens vivent. Pour une grande majorité, il est très difficile de contrôler ses émotions et surtout sa colère. Nous vivons l'agressivité d'autrui comme un reproche. Cela nous touche directement. Ainsi il est normal de passer par plusieurs états, mais comme le dit ce participant, il y a « *retour au calme* » car il faut essayer de comprendre la personne de l'autre côté du comptoir, pourquoi est-elle dans cet état de colère ? C'est notre rôle d'écouter le patient et de ne surtout pas surenchérir. Ceci nous rappelle les six attitudes différentes que l'on peut prendre au comptoir. Ici il sera préférable d'adopter l'attitude de compréhension aussi



appelée attitude empathique, qui est une écoute attentive aux divers sentiments exprimés par le patient.

**Participant n°36 :** « *Situation très déstabilisante, et extrêmement désagréable, qui monopolise beaucoup d'énergie et d'attention (quand on fait le bilan de notre journée, on se focalise sur l'agressivité d'un client, et on oublie les cinquante autres qui ont été très sympa...) On reçoit l'agressivité du client comme une forme de violence... ».*

Selon nos traits de caractères, nous allons plus ou moins bien réagir aux patients agressifs. Parfois nos émotions nous dépassent, et nous allons interpréter l'agressivité de notre patient comme une menace envers nous-même. Ici typiquement le participant s'est laissé envahir par ses émotions. C'est d'ailleurs pour cela qu'il parle de monopolisation de l'attention. C'est une réaction normale qui prouve que nous ne sommes pas indifférents au patient. Cependant il faut savoir reconnaître nos émotions dans un premier temps, pour que dans un second temps nous puissions les maîtriser, afin de mieux pouvoir appréhender la situation et ainsi mieux la vivre (Goleman, 2014).

**Participant n°6 :** « *Réaction calme mais angoissante car on ne sait pas jusqu'où la personne est capable d'agir ».*

**Participant n°34 :** « *J'ai essayé de rester le plus calme possible mais c'est beaucoup de stress et ensuite on y repense toute la journée en se demandant ce qu'on aurait pu faire pour éviter cette situation ».*

Ici le fait que le participant repense à la situation *a posteriori* montre l'importance du patient pour le pharmacien. Nous cherchons toujours le mieux pour nos patients.

**Participant n°27 :** « *Demande une extrême concentration pour éviter le pire pour soi ou les autres patient débriefing et "digestion" difficile après, on est "marqué" un moment. difficulté pour savoir que faire sur le moment lorsqu'il y a beaucoup de monde autour difficile de garder son calme parfois, mais cela est fondamental ».*

**Participant n°41 :** « *Cela génère un stress, ou un malaise quand toute la clientèle assiste à la scène ».*

**Participant n°80** : « *Je l'ai vécu comme un manque de respect envers ma compétence et mon conseil* ».

**Participant n°12** : « *La difficulté est de ne pas prendre cette agression comme une agression personnelle !* ».

C'est là, comme le dit ce participant, où est l'enjeu. Il ne faut surtout pas prendre l'agressivité du patient pour soi, qui témoigne seulement du mal-être de la personne. Cela fait donc référence aux divers mécanismes de défense vus dans le chapitre précédent.

**Participant n°8** : « *Ça nous amène à être énervé à notre tour* ».

Le patient arrive à nous transférer son agressivité. Il faut arriver à prendre sur soi afin d'être apte à comprendre le patient, et ainsi maîtriser nos émotions.

**Participant n°10** : « *Ne pas réagir, prendre sur soi* ».

Il est important de garder son calme, mais ne pas réagir n'est pas la solution. Il faut dialoguer pour ne pas que nos émotions nous submergent.

**Participant n°17** : « *Difficile de faire comprendre quelque chose à quelqu'un qui ne veut rien savoir et qui en plus vous accuse de faire le contraire de ce qu'il veut. C'est un sentiment d'impuissance* ».

**Participant n°25** : « *On se sent souvent impuissant et rabaissé alors que nous faisons le maximum pour le bien-être de nos patients* ».

On retrouve souvent ce sentiment d'impuissance qui n'est pas « *normal* » pour nous, professionnels de santé. Cela nous met dans une situation désagréable et on ne sait pas comment s'en sortir. Comme le dit le participant ceci est contradictoire pour nous, nous cherchons le « *bien-être* » des personnes, mais quelques-unes nous renvoient de l'agressivité en retour. Nous ne devons pas projeter cette agressivité sur nous car cela témoigne du mal-être de la personne.

**Participant n°42 :** « *Je suis resté calme et ai laissé le client seul un moment pour qu'il se calme. Il a fini par partir au bout d'un moment quand je lui ai expliqué que je ne reviendrai vers lui que quand il sera calmé* ».

Ici le pharmacien n'a pas une relation d'égal à égal avec le patient, on retrouve la relation Parent/Enfant, le côté autoritaire du pharmacien ne voulant pas écouter le patient, le laissant seul. Si nous n'instaurons pas, ou n'essayons pas d'instaurer un dialogue avec ce type de patients, la relation ne pourra pas s'améliorer. Ici nous avons un exemple de rupture relationnelle entre le pharmacien et le patient. Néanmoins, il est parfois difficile, voire impossible, d'entretenir un dialogue avec une personne agressive, car son émotion étant plus forte que sa raison, elle ne nous écoute plus. Dans cette situation il est préférable de prendre à l'écart ce patient pour espérer renouer un dialogue.

**Participant n°60 :** « *Une réaction de colère et de frustration se dégage de ce type de situation où nous avons des difficultés à garder notre calme car l'interlocuteur n'écoute plus personne et s'enfoncé dans ses certitudes. Lorsque nous arrivons à dédramatiser les choses et faire redescendre d'un ton les échanges le contact peut être rétabli et une conversation "normale" peut reprendre* ».

Ici le participant souligne l'importance de renouer un dialogue, qui ne peut se faire que si le patient, comme le pharmacien, maîtrise ses émotions.

**Participant n°44 :** « *Ne pas avoir peur et garder son sang-froid en essayant de comprendre pourquoi il se comporte de cette manière c'est-à-dire toujours rester à l'écoute (le rôle du pharmacien ne doit pas changer malgré ce genre de comportement). Nous ne connaissons pas forcément le passé de ces personnes, la raison qui les incite à boire par exemple, ce qui peut les rendre agressives. Il ne faut pas oublier qu'une personne peut être agressive sans manquer de respect. C'est là toute la subtilité. J'essaie d'éviter les mots comme "non". J'essaie de rassurer et de montrer qu'on peut trouver une solution. Avec les patients très alcoolisés, il faut doubler de vigilance, cela m'est déjà arrivé que la personne revienne pour s'excuser. Il faut penser à notre sécurité mais aussi à celle des clients dans la pharmacie qui sont témoins* ».

Cette réponse est très intéressante sur plusieurs points :

- Tout d'abord le participant parle de « *garder son sang-froid* » qui est pour nous la clé pour entretenir une discussion avec le patient. Ensuite, il souligne bien le rôle du pharmacien malgré l'émotion de la personne en face de nous au comptoir. On ne doit pas oublier notre métier et pourquoi nous l'exerçons. Comprendre la personne est primordial pour ensuite l'aider et répondre au mieux à sa demande.
- Ne pas formuler de phrases négatives est très important, car le « *non* » renforce l'autorité du pharmacien et nous ne sommes plus dans un dialogue d'égal à égal. Nous forçons le patient à une décision qui n'a pas été discutée en commun. Le refus sera presque automatique de la part de la personne agressive. Permettons-nous ici de rappeler que nous devons adopter la démarche A.C.R.O.P.O.L.E. afin de prendre en charge le patient de façon adaptée.
- Enfin concernant la sécurité des autres patients, l'officine étant un lieu où très souvent plusieurs personnes s'y retrouvent, il ne faut pas faire abstraction des autres patients lorsque qu'une personne agressive est à notre comptoir. C'est pourquoi prendre à l'écart la personne est le meilleur choix afin que les autres patients ne soient ni apeurés ni en colère à leur tour.

**Participant n°69** : « *J'ai le sentiment que nous ne sommes pas là pour nous substituer à une autorité policière pour lui faire entendre raison et que manifestement devant ce cas nous sommes en première ligne sans réelle solution!* ».

Cette réponse nous montre bien là toute l'ambiguïté de la question. Comment faire face à une personne agressive, alors que certaines personnes pensent que ce n'est pas le rôle du professionnel de santé de gérer cela ? Pourtant nous avons un rôle à jouer car nous sommes exposés aux patients agressifs, parfois même au quotidien. C'est pourquoi, nous vous proposons d'étudier ensemble la manière d'appréhender au mieux ces personnes agressives.

**Patient n°81** : « *J'essaie de répondre à sa demande dans la mesure du possible et de lui faire comprendre de se calmer s'il veut être entendu* ».

Il est primordial de faire comprendre au patient qu'un dialogue ne peut s'instaurer si les tensions ne sont pas apaisées. Ici le pharmacien montre sa volonté d'écoute, en expliquant l'intérêt pour le patient. Nous retrouvons l'attitude empathique qu'il faut adopter.

**Patient n°71** : « *Ne pas surenchérir, objectif recherché le plus souvent par le patient. L'amener à comprendre qu'il est dans l'impasse et qu'il doit s'adresser ailleurs (l'officine le suivant régulièrement, médecin, service hospitalier). L'appel aux services de police n'a jamais été nécessaire, mais des signalements ont eu lieu, ainsi qu'aux confrères environnants* ».

Il est important de prévenir les confrères si une personne agressive, avec qui vous n'avez pas pu entretenir un dialogue, sort de votre officine pour aller ailleurs. Il faut se soutenir entre professionnels de santé. De plus, plusieurs participants ont répondu qu'ils envoyaient ailleurs le patient colérique. Ici il est clairement expliqué : on envoie ailleurs le patient où il sera mieux renseigné. Si le but est de se « débarrasser de la personne » cela n'est pas la meilleure solution. Il est important de comprendre le patient avant toute chose.

**Patient n°72** : « *C'était difficile pour moi de garder mon calme face à cette agressivité mais en même temps je comprenais son mal être* ».

Ici ce pharmacien exprime bien la volonté d'écouter le patient, le fait de le comprendre permet de mieux réagir face à la personne.

Ainsi, l'écoute active et l'attitude empathique jouent un rôle fondamental dans la relation pharmacien patient. La reconnaissance de nos propres émotions permet de mieux les maîtriser et ainsi mieux vivre la situation avec un patient agressif.

## b) Seconder un membre de l'équipe

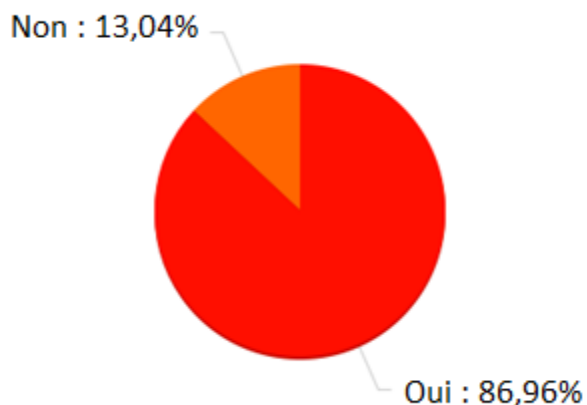


Figure 7 : Etes-vous déjà intervenu au comptoir car un autre pharmacien ou préparateur était face à un patient agressif ?

Le but de la question est de savoir comment le pharmacien (ou préparateur) va tenter de maîtriser une situation qui échappe à l'un de ses collègues.

### Analyse des réponses :

**Participant n°83** : « *Toujours faire tomber la tension surtout verbale* ».

**Participant n°2** : « *De lui expliquer paisiblement et toujours soutenir sa collègue dans son raisonnement* ».

**Participant n°84** : « *J'essaye de calmer le patient en parlant avec lui du problème qui le rend agressif et j'essaye de canaliser le collègue pour ne pas qu'il s'énerve à son tour* ».

L'idée principale qui ressort de ces réponses, est d'essayer d'apaiser les tensions entre le patient et le collègue. Il nous paraît indispensable pour communiquer avec une personne, de comprendre pourquoi cette personne se met en colère. C'est d'ailleurs ce que nous avons vu avec Kurt Lewin et le concept de forces positives et négatives. Le patient a un vécu, il faut donc se poser les bonnes questions afin de comprendre pourquoi il est agressif.

**Participant n°85 :** « *Comprendre d'abord le problème et le résoudre. Tout n'est pas toujours de la faute du patient énervé, il y a aussi parfois dans notre propre personnel des personnalités qui démarrent au quart de tour n'ont aucune diplomatie et font exploser les situations. Je parle en connaissance de cause étant confronté à ce problème, dans ce cas c'est une négociation à trois moi le client et le membre du personnel. Si par contre je suis sûre de la non-participation de mon collaborateur au conflit je le défends mais toujours avec diplomatie sauf si le client a franchement dérapé (insulte, grossièreté ...)* ».

Cette réponse est intéressante car, ici, le participant reste totalement neutre et essaie d'avoir une vision globale sur la situation. Cette attitude est sans doute très efficace pour permettre de dénouer une situation qui peut parfois être compliquée à résoudre.

**Participant n°63 :** « *Rester calme, parler posément, demander des explications et être compréhensif* ».

Cette réponse met en avant l'empathie du participant. Comme nous l'avons vu au premier chapitre de cette thèse, cette attitude nous semble être le comportement adéquat pour ce genre de situation.

**Participant n°6 :** « *Demander au client de rester calme et lui dire qu'il y a toujours une solution s'il y a un problème ou bien de lui expliquer qu'il peut partir afin de trouver mieux ailleurs* ».

Il faut être prudent lorsque l'on demande à un patient de rester calme car cela peut parfois aggraver la situation. Il n'est pas non plus judicieux de lui dire qu'il peut trouver mieux ailleurs. Le patient s'il veut aller ailleurs n'a pas besoin que le pharmacien le lui dise, et cela va envenimer d'autant plus la situation. Normalement nous ne sommes pas censés dire qu'il va trouver mieux ailleurs, mais nous nous devons de répondre au mieux aux attentes de nos patients. Toutefois, ce que le participant a voulu dire, c'est que parfois, malgré toute la bonne volonté du pharmacien, le patient ne veut rien entendre et reste entêté. Prenons l'exemple des génériques où parfois les personnes ne sont absolument pas compréhensives. Elles ne veulent ni les génériques, ni payer le médicament princeps. De ce fait, le pharmacien n'a pas de solution à leurs proposer. Bien souvent c'est le patient qui

décide de partir. Il faut savoir rester ferme sur nos décisions tout en restant à l'écoute des besoins du patient. Si nous ne trouvons pas de solution pour satisfaire le patient alors il est préférable de mettre fin à la discussion tout en restant poli et courtois envers la personne.

**Participant n°7 :** « *J'écoute le problème au comptoir en cours après avoir eu parfois au préalable une discussion avec le collaborateur. Si le client est dans "le faux" et refuse l'échange avec le collaborateur, j'appuie celui-ci en réexpliquant notre position professionnelle au client. Si c'est un problème relationnel, je propose de reprendre le client à mon collègue pour arrêter les tensions* ».

Cette réponse s'inscrit dans une démarche d'écoute et d'empathie. Le pharmacien va être à l'écoute de son collègue afin de savoir pourquoi il y a un malaise entre les deux individus. Il est important comme le dit ce participant, de faire la différence entre un problème relationnel et un problème de délivrance quelconque. Le problème relationnel sera plus facile à résoudre si le patient est repris par une autre personne.

**Participant n°13 :** « *Essaye de dénouer la situation* ».

**Participant n°16 :** « *Temporiser la situation, expliquer avec des mots simples, demander au patient ce qu'il souhaite faire, ce qu'il souhaitait que nous nous faisons* ».

**Participant n°34 :** « *Prendre sa place face au patient, reprendre la discussion calmement et voir comment arranger les choses* ».

**Participant n°35 :** « *Aider mon collègue dans l'explication et écouter le patient* ».

**Participant n°77 :** « *L'inviter à discuter aller dans le sens des arguments de la préparatrice porter intérêt à sa contrariété* ».

Toutes ces réponses reprennent globalement la même idée : il faut écouter le patient et aller dans le sens de son collègue lorsque celui-ci a raison et surtout savoir ce que souhaite faire le patient.



**Participant n°48 :** « *La plupart du temps l'arrivée d'une tierce personne qui relaye la personne agressée permet de calmer les choses* ».

**Participant n°36 :** « *Quand le ton monte trop haut, il est bon qu'une personne extérieure intervienne. Je suis intervenu afin de renouer le dialogue avec la personne agressive et repartir sur un échange plus apaisé* ».

**Participant n°42 :** « *Je lui ai expliqué qu'il fallait être correct avec mon personnel. Je lui ai demandé de se calmer et je m'occuperais de lui dès qu'il sera calme* ».

Cette réponse est très intéressante ; il est évident que lorsqu'une personne est agressive, ses émotions l'envahissent. Comme nous l'avons décrit précédemment, les émotions influent sur notre capacité à résoudre des problèmes (Goleman, 2014). Ainsi il est dans l'intérêt des patients et du pharmacien, d'attendre que l'individu réussisse à maîtriser ses émotions. Néanmoins, il faut faire preuve de tact. Demander à un patient en colère de se calmer peut l'énerver encore plus. Nous proposons plutôt une phrase du type : « *Nous ne pouvons pas dialoguer dans ces conditions. Par conséquent je ne peux répondre à votre demande. Je vous propose de reprendre la discussion calmement afin de trouver une solution à votre problème* ».

**Participant n°71 :** « *Discuter, identifier le problème, mettre sa qualité de responsable de l'officine en avant pour soulager le personnel nécessairement pris entre deux feux. L'immense majorité des colères manifestées sont liées à des frustrations et des incompréhensions du système de soin ou du système administratif. L'officine n'étant pas grande, il n'y a pas de moyens de mettre le patient à l'écart physiquement. La discussion ouverte reste le meilleur moyen de faire comprendre à la personne l'inefficacité de sa démarche agressive. Dans les cas beaucoup plus rares d'agressivité liée à des états de manque de volonté de mésusage ouverte, la menace ferme mais posée d'intervention des forces de police suffit à faire renoncer le patient agressif* ».

Dans cette réponse, le participant soulève un point important : faire comprendre au patient « *l'inefficacité de sa démarche agressive* ». Toutefois il faut le faire avec diplomatie. Ici le participant explique que, par manque de place, il ne peut prendre le patient à l'écart.

C'est peut être le point à améliorer, car nous restons persuadée qu'en changeant d'environnement, les tensions s'apaisent. Nous reviendrons sur ce point lorsque nous analyserons la question : « *Avez-vous déjà pris à l'écart un patient en colère dans un espace plus confidentiel, afin de mieux le comprendre ?* ».

**Participant n°27** : « *Le titulaire est là pour décharger le collaborateur de cette situation ; quand il s'agit clairement d'une réaction abusive et inappropriée, il faut inviter le client à partir. Si nous sommes en tort, à nous de trouver une solution d'apaisement* ».

**Participant n°55** : « *Si le collaborateur a tout fait pour calmer la personne et que celle-ci ne se calme pas, je lui demande de quitter la pharmacie* ».

Tout dépend de la « *réaction abusive* », notre but n'est évidemment pas de faire sortir le patient de la pharmacie dès que la situation nous échappe. Néanmoins lorsque nous avons tout essayé pour calmer le patient, malgré l'écoute active, l'empathie témoignée envers le patient et la mise à l'écart pour qu'il soit mieux compris, si en dépit de tous nos efforts, le patient est toujours agressif et qu'il tient des propos non acceptables envers nous (tel que des insultes), alors seulement nous pouvons lui demander de partir. C'est ce que résume le participant n°55.

**Participant n°17** : « *Généralement mon personnel sait quand ils doivent me chercher pour intervenir. Les clients n'ont pas la même attitude avec un pharmacien car je pense que pour obtenir quelque chose qu'ils savent pertinemment qu'ils ne peuvent avoir il faut qu'ils aient un argumentaire solide. C'est souvent les jeunes personnes et les nouvelles têtes qui en pâtissent le plus* ».

Voici un autre problème que soulève ce participant. Certains types de patients vont être différents selon la personne derrière le comptoir. C'est pourquoi il ne faut pas hésiter à seconder son (sa) collègue dès que la situation le (la) met en difficulté.

**Participant n°5** : « *Élever le ton jusqu'à interrompre le patient, le prier de s'excuser auprès de ma collègue, puis de partir* ».

Ici typiquement le participant entre dans un rapport de force avec le patient. Ceci n'est pas la meilleure solution. Comme nous l'avons vu en étudiant l'analyse transactionnelle, le participant prend l'état d'égo « *parent* » et le patient en réponse prendra l'état d'égo « *enfant libre* » ou « *parent critique* » (Rantucci, 2008). Un rapport de force se crée empêchant toute communication entre les deux individus.

**Participant n°28 :** « *En général, je n'interviens pas si l'adjoint ou le préparateur arrive à gérer la situation, par contre je revois systématiquement le patient lors de son passage suivant: pour lui remémorer les faits, ses propos, lui réexpliquer les règles et l'avertir qu'au prochain débordement, je le refuserai comme patient en avertissant son médecin traitant. Une fois j'ai dû menacer d'appeler la police pour que le patient quitte l'officine à 9h30 et ne revienne qu'à 17h, heure à laquelle devait avoir lieu la délivrance de son traitement en accord avec le médecin ».*

Là encore, tout dépend du type de débordement du patient envers le collègue. Le fait d'en discuter avec le patient *a posteriori*, peut être une bonne chose car les tensions sont apaisées. Le patient qui n'est plus agressif est, par conséquent, plus à même de comprendre l'objectif de la discussion. Toutefois il faut faire attention à ce que cela ne ressemble pas à une leçon de morale qu'un parent pourrait donner à son enfant ; nous faisons encore une fois référence à l'analyse transactionnelle. Mais si le dialogue est construit d'adulte à adulte, alors cela ne peut être que positif.

Ainsi, il est très courant dans notre métier de venir seconder un collègue qui se trouve être devant un patient agressif. D'après ces réponses nous constatons que certains participants n'adoptent pas la meilleure attitude face au patient colérique. Certains les renvoient de la pharmacie, d'autre répondent par de l'agressivité en retour. Il y a tout de même des participants qui adoptent la bonne attitude : calmer la situation, écouter le patient, le prendre à l'écart pour favoriser un climat de confiance dans le but d'instaurer un dialogue avec le patient. Intervenir lorsqu'un collègue se trouve être dans une situation délicate est une très bonne chose, surtout si la cause de l'agressivité du patient est d'ordre relationnel avec le collègue. La seule solution dans ce cas est de reprendre le patient afin que les tensions s'apaisent.

c) Perte de contrôle face au patient agressif



Figure 8 : Pensez-vous avoir déjà perdu votre contrôle face à une personne agressive ?

Cette question a pour but d'étudier la maîtrise des émotions des participants face aux patients agressifs. D'après le diagramme, nous constatons que un tiers des participants ont déjà perdu leur contrôle face à une personne agressive.

**Analyse des réponses :**

**Participant n°9 :** « Lors d'une demande répétitive de méthadone®. J'ai tenté de rester calme mais devant le mensonge du client je me suis mise en colère ».

**Participant n°12 :** « Personne qui refuse les génériques avec des explications irréalistes difficile de garder son calme quand la personne ne veut rien entendre ! ».

**Participant n°41 :** « Par exemple, contexte de surmenage et un client qui ne comprend pas le refus de délivrance justifié pourtant ».

Ces réponses témoignent que nous sommes des êtres humains et parfois il nous est difficile de contrôler nos émotions. Néanmoins, il faut reconnaître nos émotions comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, afin de les maîtriser.

Les réponses suivantes témoignent d'une perte totale de contrôle :

**Participant n°48** : « Une personne qui voulait défoncer la pharmacie avec sa voiture, tenant des propos incohérents, je l'ai "vidé" de la pharmacie en l'attrapant par le col ».

**Participant n°55** : « Manque de respect de la personne, je suis devenu à mon tour agressif et celle-ci eut peur, un collaborateur a pris le relai ».

**Participant n°62** : « Excédé par autant de mauvaise foi, je l'ai sorti physiquement de l'officine avec interdiction d'y revenir; pour info c'est une pharmacie d'hypermarché avec une grosse fréquentation ».

D'autres réponses sont intéressantes car elles décrivent des situations plus ou moins déstabilisantes où le participant se remet toutefois en question, analyse la situation et explique qu'il est difficile de ne pas se laisser envahir par ses émotions.

**Participant n°71** : « Une seule fois en garde de nuit. La personne invectivait à tort et à travers en coupant le service à d'autres patients. Une injonction plus forte a coupé net la diatribe, mais a aussi clos la discussion. Pas la meilleure attitude à avoir ».

**Participant n°72** : « J'ai perdu le contrôle face au client qui voulait du Rivotril® avec son ordonnance périmée, car même en lui expliquant calmement les règles de délivrance, il s'énervait de plus en plus. Dans ce cas difficile de garder son calme ».

**Participant n°80** : « La personne m'a insulté, et me coupait la parole en permanence. Je lui ai demandé de partir et de se représenter le lendemain en présence des titulaires si elle souhaitait se plaindre de moi. En attendant soit elle partait soit je la faisais partir ».

**Participant n°84** : « Un patient très agressif qui ne laisse pas s'exprimer son interlocuteur ».

**Participant n°27** : « Jamais, mais souvent dur après coup de revenir calme et serein pour les patients suivants ».

Cette réponse résume bien toute la complexité de maîtriser nos émotions. C'est pourquoi il est très important de ne pas refouler ses émotions, mais de les identifier pour

les contrôler. Dans le cas contraire, comme le disent certains participants, nous y repensons toute la journée et nous avons du mal à contenir nos émotions.

Dans notre métier il est normal d'avoir déjà perdu le contrôle face à ce type de patient. Néanmoins il faut savoir analyser la situation, et comprendre pourquoi nous nous sommes laissés envahir par nos émotions, afin de mieux les appréhender la fois suivante. Nous ressentons des émotions et nous devons en être conscients afin de gérer au mieux la situation que nous vivons.

d) Sentiment de menace vis-à-vis d'un patient agressif



Figure 11 : Vous êtes-vous déjà senti menacé face à un patient agressif ?

Si nous mettons en parallèle cette question avec la troisième question posée, nous en concluons que pratiquement la moitié des participants s'est déjà sentie menacée face à un patient agressif. Rappelons que la menace implique une atteinte à l'intégrité personnelle d'un individu. Par conséquent, si nous nous sentons menacés, nous allons en retour développer des réflexes de défense (Chabrol, 2005). Il est donc important de connaître ses mécanismes de défense pour améliorer notre communication dans des situations délicates. La communication se trouve au cœur de notre métier. Il est nécessaire de tenir un discours approprié dans n'importe quelle situation, même la plus délicate.

#### e) Stratégies ou actions mises en place

Nous avons posé la question : « *Existe-t-il des stratégies ou actions mises en place au sein de votre officine* » afin de connaître les différentes actions mises en œuvre au sein de l'officine, lorsqu'un membre de l'équipe fait face à un patient agressif.

**Participant n°1** : « *Non, nous n'avons pas eu à les gérer donc pas pensé à anticiper. Ce n'est de toutes façons pas si facile, chaque cas est différent* ».

**Participant n°2** : « *Dans l'officine nous avons des caméras et quand une personne a des difficultés avec un patient il y a très souvent une autre personne qui vient et parfois prend le relais* ».

**Participant n°81** : « *Rester calme et ferme et en dernier recours donner au patient* ».

**Participant n°16** : « *L'ensemble de l'équipe intervient en cas de besoin pour calmer le jeu* ».

**Participant n°18** : « *Rien de défini au préalable. Les pharmaciens prennent le relais si nécessaire* ».

**Participant n°42** : « *Non pas vraiment. Il faut rester calme et ne pas donner l'impression qu'on est craintif* ».

**Participant n°44** : « *Non c'est au feeling. Nous partageons toute notre expérience. Cela nous aide. Mais chaque cas est différent! Utiliser un langage simple et clair pour passer rapidement notre message car une personne agressive n'est plus forcément à l'écoute. Cette personne est dans son idée et ne vous écoute plus. Il faut trouver le mot qui fait "tilt" et cette personne va peut-être se dire "je crois qu'elle va me comprendre". Parfois ça ne marche pas* ».

**Participant n°27** : « *Tout dépend de qui est agressé, si employé : protocole de calmer le jeu, de se protéger et de contacter les autorités si nécessaire. Si titulaire, même chose mais avec une latitude plus grande de prise de risque* ».

Ces réponses nous montrent que dans la plupart des cas, il n'y a pas d'action mise en place. Comme le dit le participant n°44 « *c'est au feeling* ». Pourtant cela pourrait apporter un vrai plus à l'équipe officinale. Anticiper et savoir ce que l'on peut faire ou mettre en place (en cas d'erreur de l'officine par exemple) peut permettre de mieux gérer et la situation et son calme. On retrouve souvent des réponses qui différencient le membre de l'équipe et le titulaire comme le décrit le participant n° 27. S'il existe une procédure en cas de personne agressive, chacun réagira de manière semblable permettant une réelle cohésion au sein de l'équipe.

D'autres participants nous proposent des stratégies :

**Participant n°60** : « *Appeler un(e) collègue pour exposer un autre point de vue et proposer des alternatives au patient* ».

**Participant n°62** : « *Garder son calme et accéder à sa demande en espérant qu'il se calmera en cours de discussion* ».

**Participant n°63** : « *Essayer de le faire venir dans le bureau afin qu'il soit à l'écart des autres clients* ».

**Participant n°69** : « *Le client prononce des menaces verbales, dans ce cas nous les ignorons et essayons d'expliquer aux personnes présentes ayant assistées à la scène que ce client est malade et qu'il va se calmer chez lui. Si cela se répète nous déposons plainte auprès du service de police, pour agression* ».

**Participant n°81** : « *Rester calme. Ne pas créer de tensions supplémentaires. Appeler la police municipale si risque de problème majeur, mettre la télésurveillance sur écoute* ».

**Participant n°85** : « *Bouton anti agression de mon alarme (bof). Si on est nombreux à ce moment-là c'est un plus. Je n'ai toutefois jamais été confrontée à des situations très dangereuses, uniquement à des conduites verbales agressives. Une fois on a essayé de me cambrioler en pleine après-midi par l'arrière. J'ai plaqué le gars au sol puis je l'ai laissé partir parce que je ne savais plus quoi en faire et que personne, clients ou collaborateur, n'est venu m'aider* ».



Dans la plupart des situations, il n'y a pas d'actions spécifiques mises en place au sein des officines lorsqu'un membre de l'équipe est face à un patient agressif. Dans plusieurs réponses, nous retrouvons l'expression « *rester calme* », qui est une attitude relevant de l'empathie nécessaire pour maîtriser la situation en évitant des débordements de colère. Il nous semble nécessaire de disposer d'une procédure dans les officines expliquant la conduite à tenir face à un patient colérique. Toutefois, comme le dit le participant n°1 « *chaque cas est différent* ». Il faut donc réagir de manière adaptée à chaque situation. Néanmoins l'origine de la colère des patients est souvent la même : refus des génériques, coût des traitements, problème relationnel avec un membre de l'équipe, non compliance d'un toxicomane etc. Il est donc judicieux d'établir une fiche répertoriant les principales causes de colère avec les attitudes associées. C'est ce que nous proposerons en fin de thèse.

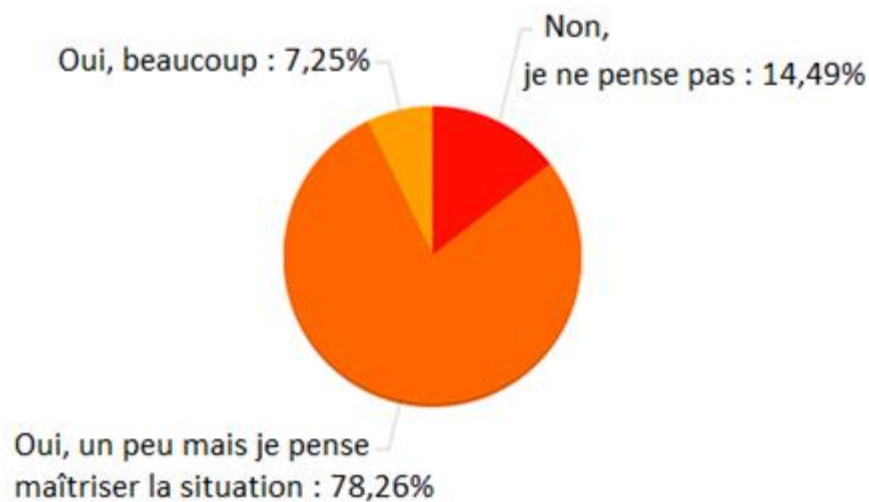


Figure 14 : Face à un patient colérique, votre comportement change-t-il ?

La majorité des participants pense réussir à maîtriser la situation face à un patient colérique, mais avoue changer de comportement. Ce qui rejoint notre pensée sur les différents mécanismes de défense des individus. Certains mécanismes sont regroupés sous le nom de niveau adaptatif élevé et sont inconscients. Savoir reconnaître notre changement de comportement est une bonne chose. D'après John Mayer, si l'on reprend

les différentes catégories d'individus, ces participants se retrouvent dans la catégorie des personnes qui ont conscience d'elles-mêmes (Goleman, 2014). Elles arrivent à maîtriser leurs émotions car elles y sont attentives.

Pour sept pour cent des participants, leur comportement change beaucoup. Ces personnes se retrouvent plutôt dans la deuxième catégorie de John Mayer et vont vite être envahies par leurs émotions. Là-encore une fiche conseil pourrait aider ces personnes à mieux les maîtriser. En effet, seuls quatorze pour cent des participants ne pensent pas changer de comportement. Ce qui montre que les autres personnes sont prêtes à évoluer sur cette question si on leur en donne les moyens ou les outils. Par exemple, en médecine, face au nombre croissant d'agression aux urgences, de nombreuses formations sont proposées et/ou demandées pour la gestion de ce type de comportement : colère, agression physique ou verbale...

Ceci est intéressant car on peut se demander si ces personnes n'ont pas conscience de leurs émotions. Ou au contraire, elles en ont tout à fait conscience et les maîtrisent de sorte qu'elles arrivent à ne pas changer de comportement face à un patient agressif.

f) Ecoute du patient colérique



Figure 17 : Vous êtes-vous déjà dit que vous auriez pu davantage écouter un patient colérique ?

Il y a tout de même plus d'un tiers des participants qui avoue s'être déjà remis en question concernant l'écoute du patient colérique. Mais pour plus de soixante pour cent des participants, il n'y a pas eu de remise en question. Pourtant lorsque l'on étudie les

réponses aux questions précédentes, nous nous apercevons que certains des participants auraient peut-être mieux fait d'écouter les réels besoins du patient agressif au lieu de lui demander de partir. Il est bon de rappeler que l'un des enjeux du pharmacien est d'appliquer la compétence d'écoute qui permet de comprendre la personne à travers les émotions qu'elle dégage. Sans oublier qu'il est primordial de ne pas faire intervenir son propre système de valeurs et de jugement.

g) Isoler le patient



Figure 20 : Avez-vous déjà pris à l'écart un patient en colère dans un espace plus confidentiel, afin de mieux le comprendre ?

A plus de soixante-dix pour cent, les participants ne prennent pas le patient colérique à part. Il est pourtant important, comme nous l'avons vu précédemment, de sortir le patient du contexte où la colère a eu lieu. Le patient va se sentir écouté par le professionnel de santé et un climat de confiance va pouvoir s'installer entre les deux intervenants. Toutefois, si l'origine de la colère est une faute du pharmacien, il est préférable de régler le problème au comptoir. Cela évite les malentendus : prendre le patient à part lorsque l'erreur vient du pharmacien suggère au patient que le pharmacien n'assume pas sa faute en évitant d'ébruiter son erreur.

Il faut différencier les pharmaciens qui n'ont pas pu prendre à l'écart le patient par manque de place, comme nous l'a mentionné un des participants, des pharmaciens qui

n'en ont pas vu l'intérêt, n'en ont jamais eu besoin et des pharmaciens que ne savent pas comment procéder.

h) Proportion de professionnel agressé ou insulté

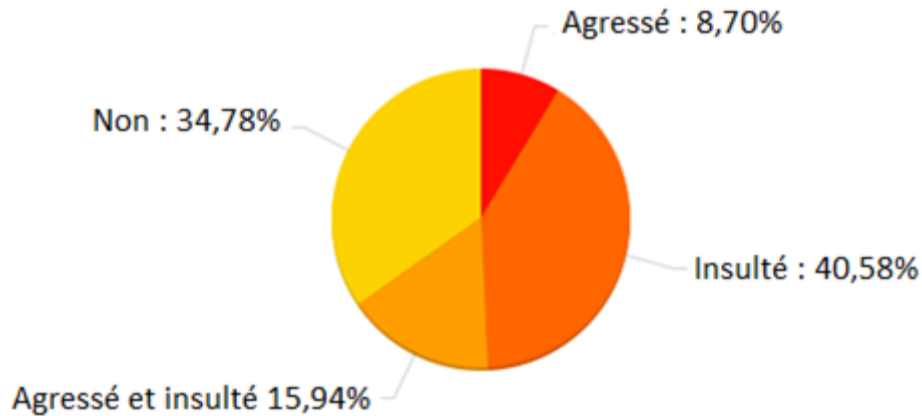


Figure 23 : Avez-vous déjà été insulté et/ou agressé par un patient?

D'après ce graphique, nous en concluons que dans notre métier nous sommes souvent confrontés à des patients agressifs. Que l'agression soit sous forme physique ou verbale, les participants ont répondu à plus de soixante pour cent, qu'ils avaient déjà été agressés.

Malheureusement, les pharmaciens ne sont pas vraiment préparés, à la sortie des études, à affronter ce type de patient. L'intérêt de cette étude réside dans la tentative de compréhension des mécanismes liés à la colère, permettant de décoder le message véhiculé par le patient agressif et de réagir de façon adaptée à la situation.

i) Renvoi d'un patient agressif



Figure 26 : Vous est-il déjà arrivé de renvoyer de la pharmacie un patient agressif ?

Pour un participant sur deux, il est déjà arrivé de renvoyer un patient de la pharmacie. Cette question nous amène à nous demander si cela est normal d'en arriver là. Il serait avisé de mettre au point une procédure afin d'éviter d'exclure un patient de la pharmacie du fait de son comportement. Si nous arrivons à maîtriser nos émotions ainsi que celles du patient, nous pourrions répondre efficacement à ses besoins.

En conclusion, ce questionnaire nous permet de mettre en évidence toute la complexité de la prise en charge du patient agressif au comptoir. Chaque personnalité réagit comme elle le peut face à ce type de patient. Malheureusement, dans certains cas, l'attitude adoptée par les participants n'est pas la plus efficace pour résoudre un conflit : la prise à l'écart du patient agressif n'est pas réalisée dans plus de soixante pour cent des cas. De plus, plus de soixante pour cent des participants ne remettent pas en question leur attitude d'écoute vis-à-vis du patient colérique. Enfin, plus de trente pour cent des participants avouent déjà avoir perdu le contrôle face à un patient agressif, tandis que seulement sept pour cent des participants affirment que leur comportement change beaucoup dans de telles situations. Il y a là un paradoxe, la perte de contrôle étant un changement radical du comportement d'un individu. Cette incohérence peut s'expliquer par l'inconscience de nos émotions et le manque de remise en question du professionnel de santé vis-à-vis de l'écoute du patient colérique.

Afin d'améliorer la prise en charge du patient agressif au comptoir, nous avons souhaité élaborer une fiche conseil résumant les attitudes à adopter et à proscrire face au patient colérique.

## B. Elaboration d'une fiche conseil

Etablir une relation avec le patient colérique nécessite de développer une multitude de compétences faisant appel aux différents principes théoriques de communication. Cela demande également une connaissance de ses émotions, de celles du patient et de l'influence de celles-ci. De plus, une attitude agressive fait émerger en chacun de nous, un ou plusieurs mécanismes de défense. Ces mécanismes, lorsqu'ils sont mis en jeu chez les professionnels de santé, altèrent la relation avec le patient. Nous avons donc souhaité nous attarder davantage sur la colère et créer une fiche conseil sur la gestion de la colère à l'officine.

### 1. Objectif de la fiche conseil

Cette fiche est un outil d'aide destiné à l'équipe officinale. Elle permet aux professionnels de mieux appréhender des situations typiques de patient en colère et agressif rencontrées au comptoir. L'objectif est d'optimiser la prise en charge du patient colérique afin de répondre au mieux à ses besoins.

### 2. Organisation de la fiche conseil

Il est entendu que le but n'est pas de regarder la fiche au moment où le patient agressif entre dans l'officine, mais que toute l'équipe officinale ait pris connaissance de cette procédure en amont, en cas d'agressivité au comptoir.

La fiche propose des attitudes à adopter et à proscrire face à un patient agressif, ainsi que des conseils pratiques résumés en fin de fiche. De plus, un tableau représentant les principales situations que l'on peut rencontrer au comptoir se trouve au verso de la fiche conseil.

# Conclusion

Au travers des diverses théories sur les émotions, nous avons pu conclure qu'il n'existait pas une définition précise de ce qu'est une émotion. Néanmoins depuis l'antiquité, le concept est connu et est placé au cœur de notre société comme le témoignent les écrits de Platon ou encore d'Aristote. De nombreux psychologues ont repris les idées de leurs prédécesseurs pour démontrer que nos émotions font de nous ce que nous sommes. Nos émotions nous guident dans notre manière d'agir et de réagir, comme nous l'explique James avec l'exemple de l'ours dans la forêt. C'est pourquoi, il est important de ne pas refouler ses émotions, mais de les accepter afin de mieux se connaître en somme, pour mieux communiquer. Chaque patient est différent, tout comme les raisons qui l'amènent à rentrer dans nos officines. C'est pourquoi, le pharmacien doit faire preuve d'écoute et d'empathie afin qu'une relation de confiance puisse s'installer entre les deux individus. Il nous a donc paru primordial de développer ces compétences dans la première partie. Afin de savoir ce que recouvrent ces deux concepts essentiels et au cœur de la relation soignant-soigné.

Par ailleurs, en consacrant notre deuxième partie aux différentes stratégies de communication, nous avons pu mettre en évidence la part importante que prend la communication non verbale au sein d'un dialogue. Il est important d'observer les différents gestes et mimiques des patients et d'identifier les obstacles qui altèrent la communication, afin de répondre au mieux aux besoins et aux attentes du patient.

Enfin nous avons souhaité interroger des pharmaciens et préparateurs en pharmacie par un questionnaire, dans le but d'évaluer leurs capacités à gérer des patients agressifs au comptoir. L'analyse a montré de nombreuses réactions non adaptées, d'où l'importance de se pencher sur la maîtrise des émotions et plus particulièrement sur l'écoute des besoins du patient. Par ailleurs, le questionnaire a confirmé l'extrême complexité de la prise en charge du patient agressif pour le professionnel de santé. C'est pourquoi nous avons

élaboré une fiche conseil permettant aux pharmaciens et préparateurs en pharmacie de développer une attitude plus adaptée face à ce type de patient.

Il serait, par ailleurs, intéressant d'étudier les différentes causes de non observance médicamenteuse des patients. Car malheureusement cela touche la plupart de nos patients. Et nous, les pharmaciens, nous avons un rôle clé à jouer à l'officine et plus particulièrement durant les entretiens thérapeutiques.



# Annexe1 : la fiche conseils

## Face à un patient agressif

### Les attitudes à adopter :

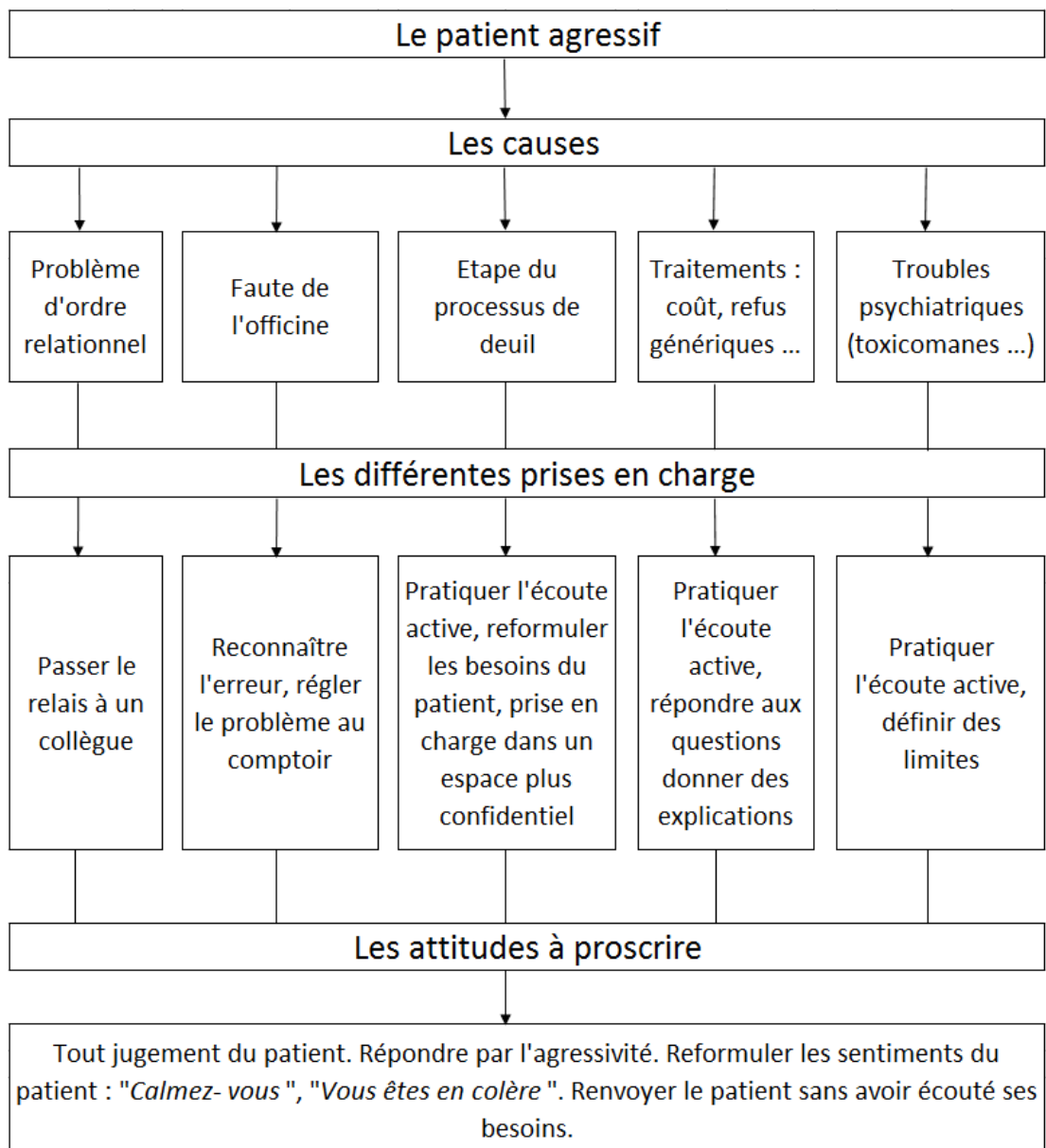
- Prendre en charge le patient avec empathie : un regard amical, un sourire
- Laisser le patient exprimer sa colère, tout en pratiquant l'écoute active
- Reformuler la requête du patient en vous appuyant sur les non-dits et le non verbal afin d'éclairer les propos du patient
- Etablir une relation de confiance : proposer si nécessaire un lieu plus confidentiel
- Etre conscient des émotions que cela engendre : définir ses propres limites
- Déléguer la prise en charge du patient à un collègue : si problème relationnel, prévoir qui intervient, à quel moment, comment il prend le relais... à définir en réunion d'équipe

### Les attitudes à éviter :

- Interpréter la situation en jugeant la personne
- Reformuler les sentiments (pointer la colère) : « *vous êtes en colère* », « *calmez-vous* »
- Refouler ses émotions : mécanisme de fuite, évitement
- Répondre au patient par la colère : réaction en « *miroir* »
- Renvoyer le patient

## Conseils pratiques :

- Si la situation nous échappe (les émotions nous envahissent) : passer le relais.
- Prendre à l'écart dans un espace plus confidentiel si l'origine de la colère n'est pas une faute de l'officine.
- Définir des limites à l'agressivité : ne renvoyer le patient qu'en cas d'extrême nécessité (insulte, propos raciste, violence envers la patientèle ou un des membres de l'équipe officinale).
- Ne pas se sentir visé systématiquement : la colère peut être le résultat de la maladie et/ou l'institution seule visée...



## Annexe 2 : questionnaire

Ce questionnaire vise à étudier notre comportement face à un patient colérique, voire agressif au comptoir. Etudiante en 6<sup>ème</sup> année de pharmacie, je consacre une partie de ma thèse à la capacité de communication des pharmaciens/ préparateurs face aux patients agressifs à l'officine. Cette analyse, me permettra par la suite d'établir une fiche conseil afin de mieux appréhender les situations délicates face à ce type de patient, au comptoir. Je sais combien le temps vous est compté mais sans votre collaboration il me sera difficile d'étudier ce phénomène. Je vous remercie pour votre compréhension et pour votre aide.

Afin que vous puissiez répondre aux questions, voici quelques définitions :

La colère est un état affectif violent et passager, résultant du sentiment d'une agression, d'un désagrément, traduisant un vif mécontentement et accompagné de réactions brutales : Se mettre en colère. C'est une grande irritation, violent emportement qui se traduit par de l'agressivité.

L'agressivité est une modalité du comportement des êtres vivants et particulièrement de l'être humain, qui se reconnaît à des actions où la violence est dominante.

Vous êtes : Pharmacien  Préparateur

Nom de la Pharmacie :

Question n°1 :

Avez-vous déjà été confronté à un patient agressif au comptoir ?

OUI  NON

Si OUI, comment avez-vous vécu cette situation ? *Expliquez brièvement*

Question n°2 :

Etes-vous déjà intervenu au comptoir car un autre pharmacien/préparateur était face à un patient agressif ?

OUI  NON

Si OUI, quelle a été votre réaction ?

Question n°3 :

Pensez-vous avoir déjà perdu votre contrôle face à une personne agressive ?

OUI  NON

Si OUI, dans quelle circonstance ? *Expliquez très brièvement*

Question n°4 :

Vous êtes-vous déjà senti menacé face à un patient agressif?

OUI  NON

Existe-t-il des stratégies/ actions mises en place dans de telles circonstances au sein de votre officine ?

Question n°5 :

Face à un patient colérique, votre comportement change-t-il ?

NON, je ne pense pas

OUI, un peu mais je pense maîtriser la situation

OUI, beaucoup

Question n°6 :

Vous êtes-vous déjà dit que vous auriez pu davantage écouter un patient colérique ?

OUI  NON

Question n°7 :

Avez-vous déjà pris à l'écart un patient en colère dans un espace plus confidentiel, afin de mieux le comprendre ?

OUI  NON

Si OUI, expliquez la situation brièvement

Question n°8 :

Avez-vous déjà été insulté et/ou agressé par un patient?

Agressé

Insulté

Agressé et insulté

Non

Si OUI, comment avez-vous réagi ? *Racontez en quelques mots*

Question n°9 :

Vous est-il déjà arrivé de renvoyer de la pharmacie un patient agressif?

OUI  NON

Si OUI, dans quelles circonstances ?

# Références bibliographiques

## Bibliographie

- Buron V. Étude des relations spatiales visuelles et de leur implication dans la discrimination des expressions faciales émotionnelles : arguments anatomo-fonctionnels. Th D Sciences cognitives mention psychologie, Lyon II, 2004.
- Chabot E. Information et Formation dans l'enseignement supérieur. Transactions cognitives et informatives de l'étudiant lors du parcours doctoral et rôle du professionnel de l'information et de la documentation. Th D Sciences de l'éducation, Tours, 2000.
- Chabrol H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, (82), 31-42.
- Charles S. (2002). Le salut par les affects : La joie comme ressort du progrès éthique chez Spinoza. *Philosophiques*, 29, 73-87.
- Cosnier J. (1977). Communication non verbale et langage. *Psychologie médicale*, 9(11), 2033-2049.
- Cosnier J. *Psychologie des émotions et des sentiments*. Retz, 1994.
- Cosnier J. Vaysse J. (1997). Sémiotique des gestes communicatifs. *Nouveaux actes sémiotiques*, 52, 7-28.
- Goleman D. *L'intelligence émotionnelle: intégrale*. Flammarion, 2014.
- Gollet C. La Communication Infirmier(e) à Domicile – Patient. Travail de fin d'études formation en soins infirmiers, Saint-Malo, 2008.
- Grosjean M. (2001). La régulation interactionnelle des émotions dans le travail hospitalier. *Revue internationale de psychologie*, 7(16-17), 339-384.
- Hermann A. Apports théoriques de la communication dans les interactions pharmacien-patient à l'officine. Th D Pharm, Rouen, 2016.
- Hume D. *Dissertation sur les passions - Traité de la nature humaine livre II*. Flammarion, 2015.
- Ionescu S. Jacquet MM. Lhote C. *Les mécanismes de défense : théorie et clinique*. 2<sup>ème</sup> éd. Armand Colin, 2012.
- Janz NK. Becker MH. (1984). The health belief model: a decade later. *Health Educ Q*, 11(1), 1-47.
- Lewin K. *A dynamic theory of personality*. McGraw Hillbook Compagny Inc, 1935.
- Marc E. Fisher GN. Picard D. *Relations et communications interpersonnelles*. 3<sup>ème</sup> éd. Dunod, 2015.
- Norris P. Rowsell B. (2003). Interactional Issues in the Provision of Counselling to Pharmacy Customers. *International Journal of Pharmacy*, 11(3), 135-42.

Nugier A. (2009). Histoire et grands courants de recherche sur les émotions. *Revue électronique de Psychologie Sociale*, 4, 8-14.

Pitard L. Peruzza E. Collège national des acteurs en soins infirmiers de la SFAP. *Soins de confort et de bien-être - Soins relationnels - Soins palliatifs et de fin de vie*. Masson, 2010.

Rantucci M. *Le dialogue pharmacien patient*. Groupe liaisons, 2008.

Sander D. Scherer K. *Traité de psychologie des émotions*. Dunod, 2009.

Vaillant GE. (2000). Adaptive mental mechanisms : Their role in a positive psychology. *American Psychological Association*, 55(1), 89-98.

Vernier P. Vincent J-D. (1996). Le rôle majeur des émotions. *Science et vie*, (195).

## Sitographie

1. AcQO. Comportement. <http://www.acqo.fr/Comportement>, consulté le 11 août 2016.
2. Bergamaschi A. Attitudes et représentations sociales. *Revue européenne des sciences sociales*. [En ligne], 49-2 | 2011. <http://ress.revues.org/996>, consulté le 30 octobre 2016.
3. Boudon R. Attitude, *Encyclopedia Universalis*.  
<http://www.universalis.fr/encyclopedie/attitude/1-le-concept-d-attitude/>, consulté le 10 août 2016.
4. CEDIP. Facteurs généraux de la communication.  
[http://www.cedip.equipement.gouv.fr/IMG/pdf/Facteurs\\_generaux\\_de\\_la\\_communication\\_cle2512de.pdf](http://www.cedip.equipement.gouv.fr/IMG/pdf/Facteurs_generaux_de_la_communication_cle2512de.pdf), consulté le 31 août 2016.
5. Cemeq. Centre d'élaboration des moyens d'enseignement du Québec.  
[http://www.csmoesac.qc.ca/sites/default/files/files/doc\\_5.2b\\_communications\\_cemeq.pdf](http://www.csmoesac.qc.ca/sites/default/files/files/doc_5.2b_communications_cemeq.pdf), consulté le 1 septembre 2016.
6. Chacon M-J. La communication interpersonnelle. [http://www.creg.ac-versailles.fr/IMG/pdf/lien\\_interpersonnel-2.pdf](http://www.creg.ac-versailles.fr/IMG/pdf/lien_interpersonnel-2.pdf), consulté le 31 août 2016.
7. Dictionnaire médical de l'académie de médecine. Metacommunication.  
<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=metacommunication>. Consulté le 17 juillet 2016.
8. Dufresne J. La division tripartite de l'âme selon Platon.  
[Http://agora.qc.ca/documents/ame--la\\_division\\_tripartite\\_de\\_lame\\_selon\\_platon\\_par\\_jacques\\_dufresne](Http://agora.qc.ca/documents/ame--la_division_tripartite_de_lame_selon_platon_par_jacques_dufresne), consulté le 17 juillet 2016.
9. Légifrance. Code de déontologie médicale – Article 35.  
[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=163332CD5FE06A5C926C1980F5156161.tpdjo11v\\_1?cidTexte=LEGITEXT000006072634&idArticle=LEGIARTI000006680538&dateTexte=20121101&categorieLien=cid](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=163332CD5FE06A5C926C1980F5156161.tpdjo11v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072634&idArticle=LEGIARTI000006680538&dateTexte=20121101&categorieLien=cid), consulté le 03 novembre 2016.
10. Longeart M. Platon. <http://www.ac-grenoble.fr/PhiloSophie/logphil/auteurs/platon.htm>, consulté le 24 juillet 2016.
11. Lopez P. Les émotions secondaires.  
<http://emotionalintelligencepolyon.blogspot.fr/2014/08/les-emotions-secondaires.html>, consulté le 20 juillet 2016.
12. Luxinnovation. Pyramide des besoins de Maslow = Hiérarchisation des besoins.  
<http://www.innovation.public.lu/fr/innover/gestion-innovation/marketing/pyramidedemaslow-fr.pdf>, consulté le 30 octobre 2016.
13. Megglé V. L'attention flottante en psychanalyse. <http://www.psychanalyse-en-mouvement.net/actualites/article-104-20071204104-l-attention-flottante-en-psychanalyse.html>, consulté le 24 juillet 2016.



14. Morne J. Descartes. Le corps de l'animal et le corps de l'homme.  
<http://pierre.campion2.free.fr/mornejdescartes.htm>, consulté le 17 juillet 2016.
15. Pfizer France. Observance, et si nous écoutions les patients ?.  
<http://www.pfizer.fr/medias/communiques-de-presse/communiques-2015/observance-et-si-nous-ecoutions-les-patients>, consulté le 6 juillet 2016.
16. Piroska N. Faire l'histoire des émotions à l'heure des sciences des émotions. BUCEMA 2013, hors-série n°5. <http://cem.revues.org/12539>, consulté le 31 juillet 2016.
17. Remacle P. Renault.P. Fournier F.D. Murcia J.P. Vebr T. Carrat C. L'antiquité grecque et latine du moyen âge. <http://remacle.org/bloodwolf/philosophes/Aristote/rheto2.htm>, consulté le 17 juillet 2016.
18. Ristat X. Psychologie de la colère : défense ou agression.  
<http://www.cygnification.com/psychologie-colere/>, consulté le 20 septembre 2016.
19. Roy V. Psychologie des émotions.  
[http://psychobiologierouen.free.fr/OLD/S6UE3/Psychobiologie\\_Emotions\\_II.pdf](http://psychobiologierouen.free.fr/OLD/S6UE3/Psychobiologie_Emotions_II.pdf), consulté le 18 juillet 2016.
20. Ruzniewski M. Mécanismes de défenses des soignants.  
[http://www.medical78.com/nat\\_fmc\\_annonce\\_soignants\\_rusz.pdf](http://www.medical78.com/nat_fmc_annonce_soignants_rusz.pdf), consulté le 30 août 2016.
21. Storebjerg P. Attitudes et techniques de l'entretien non directif. <http://www.univ-montp3.fr/infocom/wp-content/REC-attitudes-et-reactions4.pdf>, consulté le 7 août 2016.
22. Suzanne E. L'approche cartésienne. <http://www.implications-philosophiques.org/recherches/lhomme-psychique-ou-neuronal/dualisme-et-reductionnisme-chez-descartes/>, consulté le 17 juillet 2016.
23. Terrier C. La communication non verbale.  
[http://www.cterrier.com/cours/communication/60\\_non\\_verbal.pdf](http://www.cterrier.com/cours/communication/60_non_verbal.pdf), consulté le 1 septembre 2016.

## 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.



**QUESNEL Emeline**

**Etude des émotions dans la relation pharmacien-patient : gestion de la colère au comptoir.**

Th. D. Pharm., Rouen, 2016, 96 p.

---

**RESUME**

Aujourd'hui, le rôle du pharmacien a beaucoup évolué, passant de la simple délivrance du médicament inscrit sur une ordonnance, à un rôle d'éducateur de santé. Nous sommes au service du patient dans l'intérêt de sa santé. La communication est par conséquent au cœur de notre métier.

Depuis l'antiquité, le rôle des émotions est placé au cœur de notre société comme le témoigne les écrits de Platon ou encore d'Aristote. De nombreux psychologues ont repris les idées de leurs prédécesseurs pour démontrer que nos émotions font de nous ce que nous sommes.

Chaque patient est différent, tout comme les raisons qui l'amènent à rentrer dans nos officines. C'est pourquoi, le pharmacien doit faire preuve d'écoute et d'empathie afin qu'une relation de confiance puisse s'installer entre les deux individus.

Par ailleurs, en étudiant les différentes stratégies de communication qui s'offrent à nous, nous pouvons mettre en avant la part importante que prend la communication non verbale au sein d'un dialogue. Il est donc important d'observer les différents gestes et mimiques des patients et d'identifier les obstacles qui altèrent la communication afin de répondre au mieux aux besoins et aux attentes du patient.

Afin de connaître la prise en charge du patient agressif à l'officine, un questionnaire a été diffusé aux pharmacies de la région Normandie. Le but de ce questionnaire est de mettre en évidence la complexité de cette prise en charge. Ainsi, nous avons élaboré une fiche conseil permettant aux pharmaciens et préparateurs en pharmacie de développer une attitude plus adaptée face à ce type de patient.

---

**MOTS CLES :** Emotions – Colère – Communication – Ecoute – Relation pharmacien-patient

---

**JURY**

Président : Mr GUERBET Michel, Professeur de toxicologie

Membres : Mme GROULT Marie-Laure, Maître de conférences

Mr WABLE Thierry, Professeur de communication

Mme Gallais Marie, Docteur en Pharmacie

---

**DATE DE SOUTENANCE :** 30 novembre 2016