HAL
open science

Le rôle de la communication patient – pharmacien d'officine dans l'observance thérapeutique dans les affections de longue durée

Djamila Moui-Lahcene

To cite this version:

Djamila Moui-Lahcene. Le rôle de la communication patient – pharmacien d'officine dans l'observance thérapeutique dans les affections de longue durée. Sciences pharmaceutiques. 2018. dumas-01928075

HAL Id: dumas-01928075

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01928075v1

Submitted on 20 Nov 2018

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 NORMANDIE

UFR SANTE – Département PHARMACIE

Année 2018

THESE

Pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 29 juin 2018 par

MOUI LAHCENE Djamila

Née le 18 novembre 1992 à Montivilliers

Le rôle de la communication patient – pharmacien d'officine dans l'observance thérapeutique dans les affections de longue durée

Président du jury :

M. Gilles GARGALA – Maître de conférences en Parasitologie (PH)

Membres du jury :

M. Thierry WABLE – Professeur en Communication

M. Gaëtan DELAVOIPIERE – Docteur en pharmacie

M. Maxime MAUPAS – Docteur en Pharmacie

REMERCIEMENTS

A **Monsieur Thierry Wable**,

Pour m'avoir fait l'honneur d'être mon directeur de thèse, et pour avoir accepté très rapidement de m'accompagner au cours de ce travail.

Je vous remercie pour votre disponibilité, pour vos conseils et encouragements.

Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A **Monsieur Gilles Gargala**,

Pour avoir accepté de juger mon travail, mais aussi pour votre bonne humeur, que ce soit en cours ou bien en stage hospitalier.

Merci pour tout ce que vous nous avez appris.

A **Monsieur Gaëtan Delavoipiere**,

Merci pour m'avoir fait intégrer votre équipe à la Pharmacie Flaubert au cours de mes études.

Ce fut un réel plaisir de travailler dans votre pharmacie et je n'en garde que de très bons souvenirs !

Merci pour votre gentillesse, pour votre confiance et pour avoir accepté sans hésitation de juger mon travail.

A **Maxime Maupas**,

Merci pour tout ce que tu m'as appris pendant mon stage officinal, pour ta confiance en moi dès le début et pour ton implication, notamment avec tes centaines de questions par jour pour tester mes connaissances !

Toi et tes parents m'avez donné confiance en mes capacités et grâce à vous j'ai pu débuter ma vie professionnelle sereinement.

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

A **la Pharmacie de la Mare au Clerc**,

A *Mr Goulet, Richard, Agnès, Morgane, Nathalie, Jessie et Alysson*, j'ai passé cinq belles années à vos côtés.

Je vous remercie de tout mon cœur pour votre patience et pour votre pédagogie pour me former.

J'ai été ravie de travailler avec une si belle équipe. (Et c'est d'ailleurs vous qui m'avez donné envie d'exercer ce métier depuis mon stage de troisième au collège !)

Merci pour tout.

A **mes parents**,

Les meilleurs parents du monde, qui sont là pour moi depuis toujours et qui m'ont toujours encouragée et soutenue pour mes études et pour tout ce que j'entreprends.

Merci d'avoir cru en moi, j'espère vous rendre fiers.

A **ma sœur**,

Sans qui je ne serais certainement pas pharmacien actuellement. Merci pour tes allers-retours hebdomadaires, pour tes cours particuliers de thermodynamique (entre autres), et pour m'avoir supportée avant mes périodes d'examens (et tous les autres jours de l'année) !

Je te remercie de tout mon cœur et je te dois en grande partie mon diplôme.

J'espère que tu es fière de moi.

A **ma famille**,

Mes frères, ma belle-sœur ainsi que mes nièces, si importants pour moi.

A **mes amis**,

Charlotte, Morgane, Romain, Paul, Mélanie et Yaman sans qui ces études auraient été bien plus longues ! A nos pauses cafet', révisions de dernières minutes, balades en forêt à la recherche de champignons, et bien d'autres péripéties !

A *Fanny, Alice et Alysson*, j'ai été ravie de travailler avec vous pendant mes études.

A *Laurène*, ma petite kiné, quelle chance avons-nous eu de nous rencontrer en Paces !

Mais aussi à *Marie, Anne, Laure, Camille, Fabienne, Maël…* et aux autres, mes amis toujours là pour moi.

Et enfin à **mon Chéri** et futur mari,

Merci pour ton amitié depuis le lycée, pour ton extrême gentillesse (et tes codes wifi !), pour tes encouragements pour terminer ma thèse et pour ton amour désormais au quotidien.

L'avenir nous réserve de très belles choses j'en suis convaincue.

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

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle **APTER**	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal **BENHAMOU**	HCN	Médecine interne
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mme Sophie **CANDON**	HCN	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE** *(détachement)*	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Pierre **CZERNICHOW** *(surnombre)*	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie

Mr Frédéric **DI FIORE**	CB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
Mr Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
Mr Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie

Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
M. Benoit **MISSET**	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François **MUIR** *(surnombre)*	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ** *(surnombre)*	HB	Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles **TOURNEL**	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre **VANNIER** *(surnombre)*	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure **WELTER**	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	Neurophysiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas **MOUREZ**	HCN	Virologie
Mr Gaël **NICOLAS**	HCN	Génétique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN**	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr David **WALLON**	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

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

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy **BELLIEN** (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**	Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mr Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie

Mme Nejla EL **GHARBI-HAMZA**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
M. Jérémie **MARTINET** (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine **MALLETER**	Toxicologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**	Chimie analytique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Anaïs **SOARES**	Bactériologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie **CHAMPY**	Pharmacognosie
M. Jonathan **HEDOUIN**	Chimie Organique
Mme Barbara **LAMY-PELLETER**	Pharmacie Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

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

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PH-PH)	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-PH)	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mr Emmanuel **HAZARD**	UFR	Médecine Générale
Mme Marianne **LAINE**	UFR	Médecine Générale
Mme Lucile **PELLERIN**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

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

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine **CLEREN** (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel **LETELLIER** (med)	Physiologie
Mme Christine **RONDANINO** (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle *HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

CB - Centre Henri Becquerel *CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

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

TABLE DES MATIERES

LISTE DES FIGURES **17**

LISTE DES ANNEXES **18**

INTRODUCTION **19**

PARTIE I : L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE **20**

1. Généralités 20
1.1. Définition 20
1.2. La mesure de l'observance 21
1.2.1. Les méthodes directes 21
1.2.1.1. Dosage de médicaments, métabolites ou marqueurs 21
1.2.1.2. Vérification de la prise du traitement par l'observation 22
1.2.1.3. Utilisation de flacons et piluliers électroniques 22
1.2.2. Les méthodes indirectes 23
1.2.2.1. Décompte des comprimés 23
1.2.2.2. Fréquence du renouvellement 23
1.2.2.3. Niveau de réponse clinique 24
1.2.2.4. Interrogatoires et auto-questionnaires 24
2. Quelques chiffres concernant l'observance 25
2.1. Le diabète 26
2.1.1. Généralités 26
2.1.2. Les différents types de diabètes 26
2.1.2.1. Le diabète de type 1 : insulino-dépendant 26
2.1.2.2. Le diabète de type 2 : non insulino-dépendant 26
2.1.2.3. Les autres types de diabète 27
2.1.3. Les complications 27
2.1.3.1. A court terme 27
2.1.3.2. A plus long terme 27
2.1.4. L'observance en chiffres 28
2.2. L'asthme 28
2.2.1. Généralités 28
2.2.2. L'observance en chiffres 28
2.3. L'hypertension artérielle 29
2.3.1. Généralités 29
2.3.2. L'observance en chiffres 29
3. L'inobservance thérapeutique 30
3.1. Les causes 30
3.1.1. Les facteurs propres aux patients 30
3.1.1.1. L'âge 30
3.1.1.2. Le niveau socio-culturel 31
3.1.1.3. Le statut émotionnel 31
3.1.1.4. Les comportements individuels 32
3.1.2. Les facteurs socio-économiques et l'environnement 32
3.1.3. Les facteurs liés aux pathologies 33
3.1.4. Les facteurs liés au traitement 33
3.1.5. Les facteurs dépendants du système de soins 34
3.2. Les risques 35

3.2.1. Les complications 35
3.2.2. Les surcoûts 36
3.3. Particularité des Affections de Longue Durée (ALD) 36
3.3.1. Définition 37
3.3.1.1. Les ALD exonérantes 37
3.3.1.2. Les ALD non exonérantes 38
4. Les alternatives à l'inobservance 39
4.1. L'information au patient 39
4.2. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) 40
4.3. L'implication de l'entourage 40
4.4. La coopération des professionnels de santé 41

PARTIE II : QU'EST-CE QUE COMMUNIQUER ? 43

1. Quelques définitions 43
1.1. Langage, langue et parole 43
1.2. Signal et signe 44
1.3. Dénotation et connotation 45
1.4. Le référent 46
1.5. Message et code 46
1.6. Le canal 47
1.7. La rétroaction ou feedback 47
2. La communication verbale 48
2.1. Le schéma canonique de Jakobson 48
2.2. Les différentes fonctions du langage 49
2.3. La communication par l'écrit 51
2.4. D'autres communications verbales 52
3. Le non verbal 52
3.1. La communication par les silences 52
3.2. La communication par l'espace 53
3.3. La communication par l'image 55
3.4. La communication par les gestes 58
3.5. Le para verbal 59
4. Les obstacles à la communication 60
4.1. Au niveau de l'émetteur 60
4.2. Au niveau du message 61
4.3. Au niveau du récepteur 61
4.4. Au niveau du canal 61
4.5. Au niveau du code 62

PARTIE III : LES ENJEUX DE LA COMMUNICATION PATIENT – PHARMACIEN D'OFFICINE 63

1. L'impact de la communication : une alliance thérapeutique 63
1.1. Le verbal 63
1.1.2.1. Les questions fermées 67
1.1.2.2. Les questions ouvertes 67
1.2. Le non verbal 68
1.3. Le para verbal 68
2. L'importance de l'écoute 69
2.1. L'écoute passive 69

2.2. L'écoute active 69
2.2.2.1. La reformulation écho 70
2.2.2.2. La reformulation reflet 70
2.2.2.3. La reformulation synthèse 71
2.2.2.4. La reformulation clarification 72
3. L'empathie 72
3.1. Définition 72
3.2. Exemple 73
4. Le monopole du suivi pharmaceutique par le pharmacien d'officine 76
4.1. La proximité avec le patient 76
4.2. Le contact avec les médicaments et dispositifs médicaux 80
4.3. Les plans de posologie et fiches conseils 83

PARTIE IV : LES PERSPECTIVES D'EVOLUTION FAVORABLES A LA COMMUNICATION 86

1. De nouvelles missions déléguées au pharmacien d'officine 86
2. L'éducation thérapeutique du patient 87
2.1. Définition 87
2.2. Les différentes étapes de l'éducation thérapeutique (Haute Autorité de Santé) 88
2.3. Les entretiens pharmaceutiques 89
3. La confidentialité à l'officine 93
4. Des nouveaux moyens de communication 94
4.1. Le DO-Pill 94
4.2. Le Logiciel de Suivi d'Observance (LGO) 96

PARTIE V : ENQUETE AUPRES DES PHARMACIENS D'OFFICINE 97

1. Objectif de l'enquête 97
2. Méthodologie 97
3. Résultats 101
3.1. Le statut des personnes sondées 101
3.2. Caractéristique des officines 102
3.3. Les cours de communication 103
3.4. Le dialogue avec les patients 105
3.5. Le rappel des posologies 108
3.6. Les fiches conseils, aide-mémoires et plans de posologies 111
3.7. La place du pharmacien dans l'inobservance thérapeutique 113
4. Exploitation des résultats - discussion 115

CONCLUSION 120

SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES 122

SERMENT DE GALIEN 129

LISTE DES FIGURES

Figure n°1 : Graphique de la proportion des officinaux sondés pendant l'enquête

Figure n°2 : Graphique de la proportion de pharmaciens sondés pendant l'enquête

Figure n°3 : Graphique représentant le type de pharmacies sondées

Figure n°4 : Graphique de la proportion de pharmaciens ayant eu des cours de communication dans le cadre de leurs études

Figure n°5 : Graphique de la proportion de pharmaciens ayant trouvé les cours de communication utiles pendant leurs études

Figure n°6 : Graphique de la proportion de pharmaciens ayant trouvé cela intéressant d'avoir des cours de communication

Figure n°7 : Graphique de la proportion de pharmaciens adaptant la tonalité

Figure n°8 : Graphique de la proportion de pharmaciens utilisant des questions ouvertes au comptoir

Figure n°9 : Graphique représentant les raisons de la non-utilisation des questions ouvertes au comptoir

Figure n°10 : Graphique de la proportion des pharmaciens rappelant les posologies pour les patients ayant des traitements chroniques

Figure n°11 : Graphique de la proportion de pharmaciens ayant amélioré l'observance d'un patient après un rappel de posologies et/ou modalité de prise

Figure n°12 : Graphique sur la fréquence des rappels sur les dispositifs d'inhalation lors d'un renouvellement

Figure n°13 : Graphique sur la fréquence des rappels sur les règles d'injection et/ou de mesure de la glycémie lors d'un renouvellement

Figure n°14 : Graphique sur la fréquence de délivrance de fiches ou aide mémoires à l'officine

Figure n°15 : Graphique sur la fréquence de distribution de plans de posologie à l'officine

Figure n°16 : Graphique de la proportion de pharmaciens pensant qu'ils sont les acteurs clé pour détecter l'inobservance thérapeutique

Figure n°17 : Graphique de la proportion de pharmaciens ouverts pour étendre les entretiens pharmaceutiques

LISTE DES ANNEXES

Annexe n°1 : Questionnaire de Moriski ou MMAS (Morisky Medication Adherence Scale) (Morisky D et al., 2008)

Annexe n°2 : Triangle sémiotique de C. K. Ogden et I. A. Richards (The mean of meaning, 1923)

Annexe n°3 : Schéma de Jakobson (Closing statements : Linguistics and Poetics, 1960)

Annexe n°4 : Plan de posologie (OMEDIT Aquitaine – mai 2016)

Annexe n°5 : Fiche conseil Tarceva® (OMEDIT)

Annexe n°6 : Questionnaire d'évaluation de l'observance (Assurance Maladie)

Annexe n°7 : DO-Pill (Pharmagest)

Annexe n°8 : Questionnaire de l'enquête auprès des pharmaciens d'officine

INTRODUCTION

Au comptoir de la pharmacie, il n'est pas rare de voir des patients qui arrêtent leur traitement sans avis médical ou qui ne le prenne pas régulièrement. Ces traitements sont pourtant essentiels afin de préserver leur santé et donc améliorer leur qualité de vie. L'observance thérapeutique du patient est ainsi un véritable défi de la santé publique. C'est pour cela que nous avons décidé d'aborder ce sujet dans cette thèse, afin d'étudier les causes de cette inobservance et les potentielles solutions que nous, pharmaciens d'officine, pouvons apporter.

Nous avons choisi de traiter l'observance pour les affections de longue durée car il s'agit très souvent de patients réguliers de la pharmacie, l'inobservance est alors plus simple à déceler que pour les patients de passage ou à traitements ponctuels. De plus, au fil du temps, une relation de confiance se lie avec ces patients ce qui facilite grandement la détection de l'inobservance thérapeutique.

Dans une première partie, nous nous attacherons à rappeler des éléments importants concernant l'observance thérapeutique ainsi que quelques chiffres afin d'avoir une idée plus précise sur le phénomène d'inobservance observable dans notre population. Nous aborderons ensuite les risques et causes de cette inobservance, puis certaines alternatives, à savoir la communication patient – pharmacien qui peut permettre de favoriser l'observance.

Une seconde partie abordera les concepts clés de la communication, puis une troisième partie traitera cette communication mais cette fois à l'officine et sera illustrée d'exemples concrets de cas de comptoir.

Nous verrons ensuite dans la quatrième partie que des évolutions sont en cours et permettent de modifier positivement les échanges à l'officine, notamment avec les entretiens pharmaceutiques faisant partie des nouvelles missions des pharmaciens.

Enfin, la cinquième et dernière partie portera sur une enquête que nous avons réalisée auprès des pharmaciens d'officine et dont l'objectif était d'avoir une idée plus précise de l'intérêt que portent les pharmaciens à la communication au comptoir, ainsi que sur leurs pratiques lorsqu'ils sont face aux patients.

PARTIE I : L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE

1. Généralités

1.1. Définition

L'observance thérapeutique se définit comme *« le degré de concordance entre les comportements des patients, en termes de prise de médicaments, de suivi de régime ou de changements de mode de vie, et les recommandations médicales ou en termes de santé »*. (Haynes et al., 1979)

De nombreuses définitions existent mais celle-ci semble bien définir l'observance car elle englobe tous les aspects de la prise en charge du patient. Elle concerne les prescriptions de tous les professionnels de santé et toutes les pratiques du patient en rapport avec sa santé.

Il s'agit effectivement de la concordance entre les prescriptions et conseils des différents professionnels de santé et la conduite du patient. Cela concerne les ordonnances de médicaments avec les recommandations de prises (posologie, horaire de prise, durée de traitement, précautions d'emploi), l'assiduité pour les rendez-vous et examens complémentaires à réaliser pour le suivi (prises de sang par exemple) ; mais aussi les conseils comme par exemple les règles hygiéno-diététiques, l'exercice physique, l'éviction du tabac…

Ainsi, une bonne observance aura un retentissement positif sur la santé, ce qui influera sur la qualité de vie du patient ainsi que sur le pronostic d'évolution de sa maladie.

Elle représente donc un véritable enjeu pour le patient et est devenue une préoccupation et un problème de santé publique aux vues des nombreuses études réalisées sur ce sujet et qui ne cessent de croître.

Précisons que l'observance n'est pas à confondre avec l'adhésion thérapeutique. L'adhésion ne se résume pas à un simple suivi des prescriptions et des recommandations, il s'agit ici d'un comportement dynamique de la part du patient. Cela nécessite une collaboration avec le personnel soignant ainsi qu'une volonté d'implication et d'appropriation de sa propre prise en charge. Le patient n'est pas juste soumis à sa prescription, il y a ici une acceptation de sa pathologie.

Les termes observance et adhérence sont aujourd'hui souvent confondus malgré leur différence. Nous pouvons ainsi dire que l'adhésion thérapeutique permet d'améliorer l'observance.

1.2. La mesure de l'observance

Il n'y a aujourd'hui aucun outil permettant de mesurer l'observance avec précision, mais il existe néanmoins de nombreuses méthodes mises en place afin de déterminer au mieux l'observance pour un patient à un instant donné. Ces méthodes peuvent être classées en deux groupes, les méthodes directes et les méthodes indirectes. (Benoit, Pon, Zimmermann, 2009)

1.2.1. Les méthodes directes

1.2.1.1. Dosage de médicaments, métabolites ou marqueurs

Ce dosage peut se faire dans le sang ou dans les urines, mais il présente l'inconvénient de ne pas prendre en compte les variations interindividuelles du métabolisme. Il peut en effet exister une variation en fonction de l'état physiologique du patient comme pour les nouveau-nés, les femmes enceintes, ou encore les personnes âgées ; mais aussi pour les personnes dénutries, insuffisantes rénales ou hépatiques.

Ces facteurs expliquent que certaines personnes s'éloignent de la réponse thérapeutique attendue.

Aussi, en raison du polymorphisme génétique, il existe une variabilité de réponse aux traitements médicamenteux dans la population. Par exemple pour le cytochrome P450 2D6, certains seront des métaboliseurs intermédiaires ou lents et il y aura donc une diminution de l'élimination du médicament et donc une augmentation d'activité de la molécule. Cela pourra provoquer d'éventuels effets indésirables indépendants de l'observance du patient qui aura respecté strictement les posologies et fréquences de prises.

A l'inverse, il existe également des métaboliseurs ultra-rapides, il y aura alors une augmentation de l'élimination et donc une diminution d'activité de la molécule ce qui entrainera une éventuelle persistance de la pathologie. (C. F. Samer, 2004)

Au-delà du polymorphisme génétique, il existe aussi d'autres obstacles à la réalisation de cette méthode. Il peut en effet y avoir absorption d'autres substances qui influencent l'activité du médicament. Par exemple, la prise de pilule oestroprogestative doit se réaliser de façon quotidienne et idéalement à heure fixe. La prise concomitante de millepertuis qui est une plante à propriété antidépresseur peut perturber son activité. Il est inducteur du cytochrome 3A4, même cytochrome qui métabolise l'oestroprogestatif oral, ce qui se traduira

par une augmentation de l'élimination de l'oestroprogestatif et donc par une activité insuffisante. La contraception sera ici altérée. (ANSM, 2017)

De plus, cette méthode n'exclut pas la variabilité entre les différents laboratoires qui réalisent les mesures, ou même les erreurs de mesures dans un même laboratoire, ce qui rend la méthode moins précise. Elle est utilisée principalement en recherche plutôt qu'en pratique courante.

1.2.1.2. Vérification de la prise du traitement par l'observation

Cette observation de prise médicamenteuse peut être réalisée par un soignant ou par un tiers. Les inconvénients sont qu'elle n'exclut pas d'éventuelles dissimulations de la part du patient, qui peut par exemple faire semblant de prendre le traitement mais qui le jette lorsque la personne l'observant n'est plus là.

De plus, cette méthode est irréalisable à grande échelle en raison des grandes contraintes qu'elle implique.

1.2.1.3. Utilisation de flacons et piluliers électroniques

Cette méthode est une véritable avancée dans l'évaluation de l'observance puisqu'elle permet de déterminer avec précision les médicaments pris du flacon, ce qui donne une mesure assez fiable de l'observance.

Il s'agit de flacons contenant les comprimés et ayant un bouchon relié électroniquement à des capteurs. En cas d'oubli de prise de comprimés, il y aura alors des signaux lumineux et/ou sonores pour rappeler au patient l'oubli, et à partir d'un certain délai après l'heure de prise il pourra y avoir un envoi de SMS. Les signaux lumineux peuvent être de différentes couleurs si le patient possède plusieurs traitements.

Ce genre de dispositif est aussi utilisé sur des piluliers qui pourront ainsi détecter les oublis, les variations d'horaires de prises et les éventuels surdosages. Il pourra ensuite y avoir une transmission d'informations à l'entourage et aux professionnels de santé qui suivent le patient, ou des alertes à tout moment en cas de surdosage par exemple.

Les inconvénients de cette méthode sont qu'elle n'assure pas une réelle prise médicamenteuse, une personne pourra en effet sortir les comprimés du flacon ou pilulier mais rien ne prouve qu'elle les a effectivement pris. De plus, le matériel mis en place est assez coûteux et ne peut donc pas être utilisé à trop grande échelle.

1.2.2. Les méthodes indirectes

1.2.2.1. Décompte des comprimés

Le décompte des unités thérapeutiques repose sur le comptage de comprimés restant dans le flacon ou la plaquette de médicament, ce qui permet de déterminer le nombre de jours pendant lequel le patient n'a pas été observant.

C'est un moyen simple et peu onéreux, mais l'inconvénient est qu'on ne peut pas s'assurer que les comprimés ayant quitté le conditionnement ont bien été pris par le patient.

1.2.2.2. Fréquence du renouvellement

L'évaluation de la fréquence du renouvellement permet de déterminer le niveau de possession du médicament. Cela permet de voir si le patient est observant en venant rechercher son traitement tous les mois par exemple. Cette méthode utilise les registres informatiques présents à la pharmacie, ainsi que le Dossier Pharmaceutique (DP) accessible à l'aide de la carte vitale pour les patients ayant accepté l'ouverture de celui-ci.

Avec cette méthode, il est possible de déterminer numériquement l'observance avec le MPR (Medication Possession Ratio). Pour le calcul du MPR, la somme des durées des ordonnances acquises au cours de la période de calcul est divisée par le nombre total de jours que représente cette période. Cela détermine si le patient a eu en sa possession le médicament et a donc été observant. (IMS Health, CRIP, 2014)

Les inconvénients sont la fiabilité des résultats car il n'est pas exclu qu'une personne ne venant pas réaliser son renouvellement à la bonne période ne possède pas encore des comprimés en avance datant d'une ancienne ordonnance et résultant d'un chevauchement. Cette méthode doit donc être utilisée dans des conditions précises, c'est-à-dire en absence de chevauchement des ordonnances, ce qui parait difficile à réaliser étant donné que rares sont les personnes réalisant leur renouvellement au jour près à l'officine (en tenant compte des dimanches, jours fériés, difficulté d'organisation due à un emploi du temps chargé…).

De plus, le renouvellement tous les mois à la bonne période ne garantit pas que le patient prenne correctement ses médicaments à domicile.

1.2.2.3. Niveau de réponse clinique

Cette méthode détermine l'observance en fonction de l'effet biologique ou thérapeutique observé après la prise du traitement, comme par exemple la mesure de la pression artérielle pour un patient sous traitement antihypertenseur.

C'est une méthode assez approximative étant donné qu'il existe une réponse individuelle, l'absence ou insuffisance d'effet thérapeutique peut donc être dû à la réponse du patient et non pas à l'observance du traitement. Un traitement qui n'aura pas le bénéfice escompté sera donc remplacé par un autre, qui sera possiblement plus efficace malgré la même observance qu'avec le traitement précédant.

Aussi, il y a un certain impact de l'état psychologique du patient sur son état clinique. En effet en fonction de son état d'esprit il pourra y avoir une éventuelle rechute.

Tous ces éléments rendent cette méthode imparfaite.

1.2.2.4. Interrogatoires et auto-questionnaires

L'évaluation de l'observance peut se réaliser par un simple interrogatoire du patient avec des questions sur les prises de médicaments, les oublis, leur fréquence… Il s'agit d'une méthode facilement réalisable qui permet, en cas de problème d'observance délibéré, d'essayer de soulever des problématiques afin de mieux en comprendre les raisons.

L'utilisation d'auto-questionnaires qui sont standardisés et qui sont en général assez courts et donc remplis facilement par le patient peut aussi être judicieuse. Ces questionnaires permettent d'obtenir un score qui reflète l'observance du patient. L'inconvénient est que ces questionnaires ne donnent pas les raisons de la mauvaise observance, et qu'il faut donc nécessairement s'entretenir avec le patient pour trouver les causes sous-jacentes.

Il existe par exemple le questionnaire de Moriski ou MMAS (Morisky Medication Adherence Scale) :

Morisky Medication Adherence Scale (MMAS)

MMAS	Oui	Non
Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre traitement ?		
Vous arrive-t-il de ne pas faire attention aux jours auxquels vous prenez votre traitement ?		
Si vous vous sentez parfois moins bien lorsque vous prenez votre traitement, cessez-vous de le prendre ?		
Lorsque vous vous sentez mieux, arrêtez-vous parfois de prendre votre traitement ?		

Points attribués à chaque item
Oui = 1 Non = 0

Patient très observant = 0
Patient modérément observant = 1 ou 2
Patient non observant = 3 ou 4

5

Morisky D, et al. J Clin Hypertens 2008; 10:348–354. Morisky D et al. J Clin Epidemiol 2011;64:262–263. Korb-Savoldelli V et al. J Clin Hypertens 2012;14(7):429-34.

Annexe n°1 : Questionnaire de Moriski ou MMAS (Morisky Medication Adherence Scale)

L'inconvénient de ces méthodes est le risque d'éventuels mensonges ou plutôt de dissimulation de la vérité afin de ne pas décevoir le professionnel de santé ou de ne pas être réprimandé par celui-ci.

2. Quelques chiffres concernant l'observance

Pour ces chiffres concernant l'observance, nous nous limiterons à quelques pathologies que nous retrouvons très fréquemment à l'officine. Il s'agit du diabète, de l'asthme et de l'hypertension artérielle.

Ces pathologies ont aussi la particularité de pouvoir avoir un contrôle, à savoir l'hémoglobine glyquée pour le diabète, la fréquence des crises pour l'asthme, et la mesure de la pression artérielle pour l'hypertension artérielle.

Cela peut donc nous permettre de détecter une éventuelle inobservance thérapeutique.

2.1. Le diabète

2.1.1. Généralités

En France, 5,1 millions de personnes sont concernées et dans le monde il y a 422 millions de diabétiques. (CEED, 2016)

Il s'agit d'une épidémie mondiale qui se développe et qui est en lien avec l'augmentation du surpoids et de l'obésité. En France le nombre de personnes touchées ne cessent de croître ce qui est notamment dû au vieillissement de la population.

Dans ce cadre, il est donc important de participer à la bonne prise en charge des patients et de s'assurer de la bonne observance des traitements mis en place.

2.1.2. Les différents types de diabètes

2.1.2.1. Le diabète de type 1 : insulino-dépendant

Il s'agit d'un déficit majeur de la sécrétion pancréatique d'insuline par les cellules bêta des îlots de Langerhans. En France environ 150 000 personnes seraient concernées. (Vidal recos, 2016)

Dans ce diabète, nous retrouverons la présence d'auto-anticorps traduisant une réponse auto-immune et qui provoqueront une destruction massive des cellules bêta.

Le traitement repose sur l'injection d'insuline selon différents schémas et dans le but de mimer au mieux la sécrétion d'insuline physiologique tout au long de la journée.

2.1.2.2. Le diabète de type 2 : non insulino-dépendant

Longtemps silencieux, il est la conséquence d'une altération de l'insulino-sécrétion et des effets de l'insuline sur les tissus cibles (insulino-résistance). Le diabète de type 2 représente plus de 92 % des diabétiques traités en France. (Vidal recos, 2016)

Le traitement est médicamenteux avec monothérapie, bithérapie ou trithérapie. Les insulines peuvent également s'y ajouter ou remplacer le traitement médicamenteux si ces traitements ne permettent pas d'atteindre l'objectif glycémique.

2.1.2.3. Les autres types de diabète

Comme autre diabète, nous pouvons citer le diabète MODY (Maturity Onset type Diabetes of the Young) provoqué par des mutations. Dans 50 % des cas il s'agit de la mutation de la glucokinase, on parle alors de diabète MODY 2.

Il y a aussi le diabète gestationnel qui correspond à une augmentation de l'insulino-résistance en deuxième partie de grossesse.

2.1.3. Les complications

Les complications du diabète sont nombreuses.

2.1.3.1. A court terme

Un mauvais équilibre glycémique peut provoquer des complications dramatiques telles que le coma. Il pourra être hypoglycémique, la cause peut alors être un repas insuffisant ou encore un surdosage médicamenteux (en insuline ou en sulfamides hypoglycémiants par exemple).

Le coma pourra aussi être acidocétosique, il se traduit par une acidification du sang et par la présence de dérivés de l'acétone dans le sang et les urines.

2.1.3.2. A plus long terme

Il y aura une possible altération des artères avec des macroangiopathies telle que l'athérosclérose, ou des microangiopathies telles qu'une rétinopathie, glomérulopathie, ou neuropathie diabétique.

Il y a aussi des complications infectieuses, en effet un diabète mal équilibré favorise les infections bactériennes et mycosiques.

L'observance thérapeutique est donc ici primordiale afin d'être dans le bon objectif glycémique ce qui permettra d'éviter les complications qui peuvent parfois entrainer le décès.

2.1.4. L'observance en chiffres

Une étude a été réalisée en hôpital de jour sur soixante patients afin de déterminer leur observance. Le sex-ratio de l'étude était de 2,4, et l'âge moyen de 65 ± 9,6 ans. Un questionnaire anonyme a été distribué pour évaluer leur adhésion aux traitements.

Le traitement comportait de façon non exclusive des antidiabétiques oraux dans 67 % des cas, des analogues du GLP-1 dans 22,6 % des cas et de l'insuline dans 35,5 % des cas.

Parmi ces patients, 15,4 % des patients avaient omis la prise de comprimés sur les trente derniers jours précédant l'admission en hôpital de jour, et 30 % avaient oublié certaines de leurs injections. (C. Toumane, S. Auffret, Y. Dhane, 2014)

Malgré les risques de complications nous observons qu'un nombre non négligeable de patients ne respectent pas les modalités de prise de leurs traitements.

2.2. L'asthme

2.2.1. Généralités

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies respiratoires caractérisée par des épisodes récurrents d'obstruction bronchique associés à une hyperréactivité bronchique. Elle concerne tous les âges et touche 6 à 7 % de la population générale. Elle est le plus souvent d'origine allergique. (Vidal recos, 2016)

L'asthme se manifeste par des crises plus ou moins rapprochées qui se traduisent par une dyspnée associée à une toux irritante ainsi qu'une oppression thoracique. C'est une pathologie qui peut grandement altérer la qualité de vie du patient s'il est mal contrôlé.

Le traitement médicamenteux repose sur des antiasthmatiques inhalés (Ventoline®, Symbicort®…) et/ou par des comprimés (Singulair®, Oxéol®…).

2.2.2. L'observance en chiffres

L'étude REALISE a évalué sur des personnes asthmatiques le contrôle de l'asthme, la perception de la maladie et l'observance. L'étude a été réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire sur 1024 personnes âgées de dix-huit à cinquante ans. Les résultats ont mis en évidence que 56 % admettaient ne pas prendre leur traitement de fond correctement tous les jours. Les principales raisons évoquées étaient un asthme sous contrôle qui affecte peu les activités quotidiennes pour 46 %, l'oubli ou manque d'habitude pour 21 %, et une

utilisation seulement lors des périodes symptomatiques pour 14 %. (C. Raherisona, P. Mayranb, A. Jeziorski, 2016)

Nous pouvons constater que plus de la moitié des patients interrogés ne prennent pas leur traitement correctement, ce qui montre qu'il y a un grand travail à mener sur l'observance thérapeutique.

2.3. L'hypertension artérielle

2.3.1. Généralités

L'hypertension artérielle correspond à une élévation de la pression artérielle, avec une pression artérielle systolique ≥ à 140 et/ou diastolique ≥ à 90 mmHg.
« *Elle est mal connue et associe probablement des anomalies de la régulation neuroendocrinienne de la pression artérielle, des facteurs génétiques et des facteurs environnementaux, en particulier la consommation de sel.* » (Vidal Recos, 2016)

En France, environ 12 millions de patients sont traités pour cette pathologie et 20 % des hypertendus connus ne sont pas traités. (Vidal Recos, 2016)

L'hypertension artérielle peut entraîner de graves complications, notamment l'Accident Vasculaire Cérébral, l'infarctus ou encore l'insuffisance cardiaque.

Pour dépister la maladie, il faudra effectuer une mesure de la pression artérielle à l'aide d'un tensiomètre sur le patient au repos. Il faudra au moins deux mesures de la pression artérielle au cours de trois consultations successives et sur une période de trois à six mois pour confirmer le diagnostic d'HTA.

Il peut aussi être judicieux de réaliser la mesure hors du cabinet médical (à domicile ou à la pharmacie) pour éviter l'effet « blouse blanche ».

2.3.2. L'observance en chiffres

L'étude ODACE a mesurée l'observance des patients ayant une hypertension artérielle non contrôlée à l'aide d'un auto-questionnaire du comité français de lutte contre l'hypertension artérielle.

1630 hommes et 1612 femmes ont été inclus et les données ont montré que 20 % des hommes et 17 % des femmes étaient non observants.

Les deux premiers facteurs de mauvaise observance étaient le manque de motivation, ainsi que la considération de leur pathologie comme une simple anomalie et non comme une maladie pouvant entrainer de graves complications. (G. Reach, D. Guedj-Meynier, B. Darné, 2015)

Toutes ces études nous montrent les progrès qu'il reste à réaliser dans le domaine de l'observance thérapeutique, l'inobservance pouvant être principalement détectée par le pharmacien d'officine qui a un contact privilégié avec les patients.

Nous allons détailler dans la prochaine partie les risques et causes de cette inobservance, ainsi que les alternatives envisageables pour agir à son encontre.

3. L'inobservance thérapeutique

3.1. Les causes

A l'inverse de l'observance thérapeutique, l'inobservance est l'inadéquation entre les prescriptions et conseils des professionnels de santé et le comportement du patient.

Il existe cinq groupes de facteurs recensés par l'OMS pouvant influencer l'observance du patient (Sabaté, 2003) :

- les facteurs propres aux patients
- les facteurs sociaux-économiques et l'environnement
- les facteurs liés aux pathologies
- les facteurs liés au traitement
- les facteurs dépendants du système de soins.

Nous allons développer par la suite chacun de ces cinq points.

3.1.1. Les facteurs propres aux patients

3.1.1.1. L'âge

L'âge de certains patients devient parfois un obstacle à la bonne observance des traitements. En effet, l'âge avancé peut parfois provoquer des problèmes cognitifs notamment au niveau de la mémoire. Les patients pourront oublier de prendre leur traitement ou au contraire doubler la dose s'ils ne se souviennent pas l'avoir déjà pris, ce qui peut avoir des conséquences graves et irréversibles.

Il faut noter également que plus les patients sont âgés et plus la polymédication est fréquente. Une polymédication associée à des problèmes cognitifs pourra entraîner des confusions entre les différents traitements.

Les tremblements de certaines personnes âgées peuvent de la même façon être un frein pour la bonne observance. C'est notamment le cas lors de l'administration de collyre, un patient n'ayant personne dans son entourage proche pour lui administrer éprouvera de grandes difficultés. Les gouttes seront alors mises à côté ce qui rendra le traitement inefficace.

3.1.1.2. Le niveau socio-culturel

L'observance dépend aussi du niveau socio-culturel. Le manque de connaissances ou de compréhension du traitement et des pathologies entraînera une moins bonne adhésion et donc une moins bonne observance.

Aussi, certaines personnes écouteront les conseils et informations données par l'entourage familial ou par leurs voisins plutôt que ceux donnés par les professionnels de santé, or ces informations seront parfois erronées voire dangereuses. Par exemple, certains arrêteront leur traitement car une personne de l'entourage a eu le même traitement et a eu de nombreux effets indésirables, ou bien n'a pas eu les bénéfices escomptés.

Il pourra aussi y avoir certaines croyances comme par exemple des patients qui préfèrent utiliser l'homéopathie ou les médecines douces et qui ne voient pas l'utilité d'utiliser l'allopathie pour se soigner, celle-ci étant pourtant inévitables dans certaines pathologies lourdes telles que les cancers.

3.1.1.3. Le statut émotionnel

Le statut émotionnel du patient a aussi une grande influence sur la prise médicamenteuse. L'observance sera moins bonne chez les patients dépressifs, en situations de stress ou ayant vécu des évènements éprouvants récemment. Ces patients seront moins disposés à suivre leur traitement correctement.

3.1.1.4. Les comportements individuels

Les comportements individuels jouent aussi un rôle dans l'inobservance, ainsi sept profils de patients ont été décrits : (A. Robinson, 2008)

- Le patient docile : c'est un patient qui suit scrupuleusement son traitement
- Le démissionnaire précoce : ce patient arrêtera précocement le traitement
- L'intérimaire : il suit son traitement mais avec parfois des oublis, des sauts de prises…
- L'intermittent : il suit son traitement de façon très irrégulière, il change parfois la dose. Le patient ignore les indications et instructions de prise
- Le joueur : il est conscient des bénéfices du traitement mais tente tout de même d'arrêter
- Le distrait : il a des difficultés à suivre son traitement car il a d'autres préoccupations
- Le rebelle : c'est un patient qui s'oppose à tout ce qui lui est proposé

Il peut y avoir combinaison de multiples facteurs, ce qui rend encore plus difficile la détection et compréhension de l'inobservance.

3.1.2. Les facteurs socio-économiques et l'environnement

Certains facteurs en lien avec la vie professionnelle peuvent empêcher la bonne observance, comme par exemple des horaires de travail aléatoires ou encore un emploi du temps très chargé en association avec un traitement à prises fréquentes dans la journée. Il peut aussi y avoir des contraintes professionnelles comme par exemple des déplacements ou voyages collectifs.

Ces éléments donnent un rythme de vie soutenu et empêchent la mise en place d'un rituel de prise médicamenteuse, ce qui favorise donc les oublis.

L'environnement du patient influence aussi l'observance. Certaines habitudes peuvent être difficiles à modifier, notamment au niveau des règles hygiéno-diététiques. Il peut être difficile d'abandonner un verre d'alcool surtout si celui-ci est présent à table lors des repas collectifs, ou la cigarette surtout lorsque l'entourage fume et participe à ces habitudes.

Aussi, d'autres facteurs liés à l'environnement peuvent diminuer l'observance, comme par exemple le manque d'accompagnement et de soutien de l'entourage, les conflits ou une situation familiale difficile.

3.1.3. Les facteurs liés aux pathologies

La pathologie elle-même peut influencer l'observance. En effet, la présence de symptômes favorise la prise du traitement car le patient souhaitera soulager ces symptômes. En revanche l'absence de symptômes rend un peu abstraite l'utilité du traitement, c'est pour cela que la communication est ici essentielle afin de bien expliquer au patient le but de son traitement et la stratégie thérapeutique adoptée.

La gravité de la pathologie peut aussi avoir son influence. En cas de mauvais pronostic, la peur des complications ou parfois même de la mort pourra influencer positivement l'observance. Mais selon les patients, ce mauvais pronostic pourra aussi avoir un impact négatif et provoquer un abandon, d'où l'individualité de chaque patient et l'importance de communiquer avec chacun d'eux.

La durée de la pathologie peut aussi jouer un rôle, une pathologie chronique nécessite une prise de traitement à long terme voire à vie et donc une grande implication et motivation de la part du patient. Au bout d'un certain temps et avec le vieillissement, un sentiment de lassitude peut s'installer, avec un découragement voire un abandon. Certaines personnes âgées prendront la décision d'arrêter de prendre leurs traitements pour éliminer toutes contraintes qu'ils engendrent au quotidien, et dans le but de profiter au maximum de leur fin de vie.

Le médecin traitant ainsi que le pharmacien auront ici un grand rôle afin de détecter précocement ce genre de pensées négatives. Cela permettra par la suite de prendre le temps de dialoguer avec ces patients afin de leur redonner confiance en leurs traitements et pour leur rappeler les avantages que ceux-ci présentent au-delà des contraintes de prises.

3.1.4. Les facteurs liés au traitement

Plusieurs facteurs liés au traitement lui-même peuvent influencer l'observance, comme par exemple son efficacité. Un médicament qui réduit significativement les symptômes sera plus facilement pris par le patient, et moins oublié étant donné le soulagement que celui-ci procure. C'est notamment le cas pour les médicaments antidouleurs, qui peuvent littéralement améliorer la qualité de vie.

La tolérance a aussi un rôle important dans l'observance, un médicament qui provoque de nombreux effets indésirables sera arrêté plus facilement. Nous pouvons par exemple citer le tramadol qui est un antidouleur qui provoque souvent des somnolences, vertiges et nausées selon les patients, et qui sera très souvent arrêté pour ces raisons.

La forme galénique peut aussi avoir une influence, car certaines personnes peuvent avoir des difficultés à avaler les comprimés, ou peuvent être rebutés par le goût de certaines suspensions buvables. Ces personnes pourront donc prendre le traitement moins fréquemment que prévu, ou même totalement l'arrêter.

L'observance dépend aussi de la fréquence de prise du médicament. Un traitement qui doit être pris de nombreuses fois dans la journée sera plus contraignant, et certaines prises pourront alors être oubliées.

Enfin, le coût peut aussi freiner l'observance. En effet, un médicament trop coûteux et non remboursé par la sécurité sociale pourra ne pas être pris par le patient.

3.1.5. Les facteurs dépendants du système de soins

L'observance thérapeutique dépend aussi du système de soins, notamment de la prise de rendez-vous chez le médecin. Une difficulté de prise de rendez-vous avec de trop longs délais pourra affecter l'observance en provoquant des périodes d'interruption de traitement si l'ordonnance est terminée. Aussi, le coût de la consultation peut également freiner le patient.

L'inobservance peut aussi se manifester en cas de manque de communication avec le médecin et pharmacien. En effet un patient qui n'a pas réellement conscience des enjeux de son traitement sera moins impliqué dans sa prise en charge et donc moins observant. Il faut que le patient acquière certaines connaissances et compétences afin qu'il y ait une véritable adhésion thérapeutique.

L'inobservance n'est donc pas de la seule responsabilité du patient, et la détermination de ses causes se révèle être un problème complexe étant donné le nombre élevé de facteurs intervenants.

3.2. Les risques

3.2.1. Les complications

L'inobservance thérapeutique présente de nombreuses conséquences. Chaque patient présentant une pathologie et ayant consulté le médecin et les professionnels de santé doit posséder un traitement ou une stratégie thérapeutique afin de se soigner au mieux et d'améliorer ainsi son pronostic vital.

En cas de défaut d'observance thérapeutique, la pathologie ne sera pas traitée de façon optimale et sa persistance pourra altérer la qualité de vie et entraîner de nombreuses complications.

En prenant l'exemple d'un patient en dépression et possédant un traitement antidépresseur, la mauvaise observance de ce traitement pourra entraîner un échec thérapeutique, ce qui pourra engendrer des complications psychosociales. Cette dépression pourra en effet devenir très handicapante et avoir un retentissement sur la vie et la santé générale du patient, comme par exemple sur son sommeil ou sur son alimentation. Dans les cas plus graves, la dépression provoquera des idées noires et parfois même le suicide. Il est donc dans l'intérêt du patient de respecter scrupuleusement la stratégie thérapeutique mise en place, et il est aussi dans le rôle des professionnels de santé de s'entretenir avec le patient afin de détecter d'éventuels signes d'inobservance.

En plus des complications psychosociales, il y a aussi de nombreuses complications médicales qui peuvent découler de l'inobservance.

Dans le cas de l'hypercholestérolémie par exemple, la principale complication sera l'infarctus du myocarde, dans l'hypertension artérielle l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC), et dans le diabète les coronaropathies. Ces complications pourront entrainer des hospitalisations ainsi que des consultations supplémentaires non prévues au départ dans la prise en charge, alors qu'il suffit d'une bonne adhésion au traitement pharmacologique pour obtenir une réduction significative des hospitalisations. (Sokol, McGuigan, Verbrugge, Epstein, 2005)

L'inobservance peut aussi engendrer une escalade thérapeutique. Prenons l'exemple d'un patient présentant une hypertension artérielle et un traitement antihypertenseur. Si le patient ne prend pas son médicament ou le prend de façon intermittente, sa tension restera toujours aussi élevée et le médecin qui reprendra la tension à la prochaine consultation pourra en déduire que le médicament prescrit à la consultation précédente n'est pas assez efficace.

Il augmentera la dose, le substituera par un autre médicament qui selon lui serait plus efficace ou en ajoutera un autre en complément. L'inobservance peut donc fausser toute la prise en charge thérapeutique.

L'inobservance thérapeutique représente donc un risque personnel pour chaque patient et peut mener à de nombreuses complications voire même au décès si la pathologie n'est pas traitée. C'est pour cela que l'observance thérapeutique est aujourd'hui un enjeu majeur de la santé publique.

3.2.2. Les surcoûts

Comme nous l'avons vu précédemment, l'inobservance thérapeutique a de nombreuses conséquences. Mais en plus des complications, cela entraîne des surcoûts pour le système de soin. En effet, les médicaments prescrits et délivrés par la pharmacie mais qui ne seront jamais pris représenteront une dépense inutile sur le plan économique. De plus, l'échec thérapeutique lié à ce défaut d'observance engendrera une escalade thérapeutique et donc de nouveaux traitements qui représenteront un coût qui lui aussi aurait été évitable.

Les complications apparues et liées à un mauvais suivi des prescriptions médicales entraineront des consultations supplémentaires, notamment chez des spécialistes, avec parfois des passages aux urgences ainsi que des hospitalisations qui financièrement parlant sont loin d'être négligeables.

Chaque année, il y a une dépense de 9,3 milliards d'euros par le système de soins correspondant au coût des complications évitables si l'observance des patients avait été optimale. Cela représente un véritable gaspillage des ressources et augmente inutilement le déficit de l'Assurance Maladie. (IMS Health, CRIP, 2014)

3.3. Particularité des Affections de Longue Durée (ALD)

L'inobservance thérapeutique peut concerner toutes les affections, même celles de très courtes durées. C'est notamment le cas pour les traitements antibiotiques qui sont souvent prescrits pour une durée courte d'environ une semaine, mais qui sont très souvent arrêtés avant la fin.

Les patients qui au bout de quelques jours ressentiront une amélioration des symptômes ne verront pas l'utilité de poursuivre le traitement pendant la durée totale prescrite, or les bactéries ne seront pas totalement éradiquées bien que les symptômes se soient estompés. Il y aura donc un risque de rechute qui pourra conduire à des complications,

à la prise d'un nouveau traitement antibiotique celui-ci ayant été inefficace, ainsi qu'à de possibles résistances bactériennes.

Au-delà de l'amélioration des symptômes, l'arrêt de l'antibiotique peut aussi être dû à la survenue d'effets indésirables, notamment de troubles digestifs très fréquents. C'est le cas de l'Augmentin® (Amoxicilline/Acide clavulanique) qui provoque quasi-systématiquement des diarrhées. Il est donc important d'en informer le patient afin de pouvoir prévenir ces effets en proposant notamment des probiotiques qui restaurent la flore intestinale, ce qui pourra améliorer l'observance du traitement.

Mais l'inobservance concerne aussi tout particulièrement les Affections de Longue Durée ou ALD. Ces ALD peuvent se classer en deux groupes, les ALD exonérantes et les ALD non exonérantes.

3.3.1. Définition

3.3.1.1. Les ALD exonérantes

Une ALD exonérante se définie comme une « *maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ouvrant droit à la prise en charge à 100 % pour les soins liés à cette pathologie.* » (Ameli, 2017)

Ces ALD sont listées par le Ministère de la Santé et sont au nombre de trente. Nous pouvons citer l'AVC invalidant, l'insuffisance cardiaque grave, le diabète de type 1 et de type 2, Alzheimer, Parkinson…

L'ALD exonérante peut aussi correspondre à d'autres pathologies absentes de la liste des 30 ALD fixée par le Ministère, il peut en effet s'agir d'une ou plusieurs « *affections entraînant un état pathologique invalidant nécessitant un traitement d'une durée prévisible supérieure à six mois et particulièrement coûteux* » (ALD 31 et ALD 32). (Ameli 2017)

Ces affections sont exonérantes ce qui signifie que toutes les dépenses liées aux soins et aux traitements de cette affection sont remboursées à 100 % par l'Assurance Maladie et que le patient ne règle pas le ticket modérateur. Cela permet aux patients de ne pas être démunis face aux coûts des soins médicaux et des traitements souvent très onéreux, et qui devront de plus être poursuivis au minimum pendant six mois étant donné la longue durée de ces affections.

Par la gravité de ces pathologies et leurs éventuelles conséquences, l'observance est ici indispensable.

3.3.1.2. Les ALD non exonérantes

Une ALD non exonérante est une « *affection qui nécessite une interruption de travail ou des soins d'une durée supérieure à six mois, mais qui n'ouvre pas droit à la suppression du ticket modérateur. Les soins dispensés dans le cadre de cette pathologie sont remboursés aux taux habituels* ». (Ameli, 2017)

3.3.2. Les ALD et l'observance thérapeutique

Les ALD représentent un nombre non négligeable de patients dans la population. En effet en 2015, 10,1 millions d'affiliés au régime général de l'Assurance Maladie bénéficiaient du dispositif des ALD, soit 16,6 % des assurés. (Ameli, 2015)

La particularité réside dans le fait que ce sont des affections qui nécessitent des traitements pendant une longue durée voire à vie, ce qui implique certaines contraintes. En effet, un traitement pris quotidiennement et avec des horaires de prises précis favoriseront la mauvaise observance avec parfois des oublis. Aussi, au bout d'un certain nombre d'années, il risque d'y avoir une certaine lassitude qui s'installe, avec un manque de motivation et un découragement avec le temps.

Certains patients ayant une pathologie comme l'hypertension artérielle ou l'hypercholestérolémie pourront être moins observant avec le temps étant donné que leur pathologie ne présente pas de manifestations symptomatologiques directes, et qu'il s'agit seulement de facteurs de risques qui leur parait plus ou moins lointains. L'importance du traitement peut donc leur paraître moins évidente, malgré le fait qu'il peut éviter bien des complications comme par exemple l'AVC ou l'infarctus du myocarde.

De plus, les ALD concernent très majoritairement les personnes âgées en raison de l'altération due au vieillissement, et elles sont très souvent polypathologiques et possèdent donc plusieurs traitements. La polymédication favorise la mauvaise observance car il pourra y avoir des pertes de mémoire qui causeront l'oubli de prise du traitement ou bien au contraire la prise d'une double dose. Il pourra aussi y avoir des mélanges de médicaments dus à des troubles cognitifs, ou d'autres défauts d'observance dus à l'âge.

Il est à prévoir que le problème de l'observance ne fera qu'augmenter avec le temps étant donné que les malades chroniques ne cessent de croître. Il est donc justifié que les

études concernant l'observance thérapeutique se multiplient puisqu'il s'agit d'un réel enjeu de la santé publique, malgré le fait que ce soit un thème assez peu documenté.

Nous nous limiterons pour la suite à traiter l'observance thérapeutique pour les ALD.

4. Les alternatives à l'inobservance

4.1. L'information au patient

Il y a un devoir d'information du patient sur son état de santé d'après l'article L.1111-2 du Code de la Santé Publique dont voici un extrait :

« ***Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé***. *Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.*
Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. *Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.* »

L'information délivrée au patient doit être claire avec l'utilisation de termes simples et compréhensibles. Le patient ne retient dans sa mémoire qu'une petite partie de ce qu'on lui dit il est donc judicieux d'éviter un langage trop technique et des détails superflus qui le noieraient d'informations.

L'information doit aussi être adaptée au patient lui-même en fonction de la pathologie et de son pronostic, mais aussi en fonction de son âge, de sa personnalité, et des autres facteurs qui lui sont propres.

Notre rôle de pharmacien est pédagogique. Nous devons expliciter les bénéfices attendus par le traitement prescrit, présenter son mécanisme d'action simplifié, les éventuels effets secondaires, les modalités de prises ainsi que les conseils associés. Nous devons aussi nous assurer que les informations ont bien été comprises et que le patient a bien conscience

de ses troubles. Nous devons répondre aux questions complémentaires s'il y en a, et lui proposer de reformuler ce qu'il a compris afin de vérifier ses connaissances.

Une bonne information au patient permettra une meilleure compréhension de sa pathologie et de ses traitements, et ainsi une meilleure adhésion et observance thérapeutique.

4.2. L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

L'éducation thérapeutique permet au patient de mieux gérer sa maladie chronique. Elle fait partie intégrante de la prise en charge du patient et permet de rendre le patient plus autonome en lui préparant un suivi personnalisé à l'aide de séances individuelles ou collectives. Il s'agit d'une approche centrée sur le patient qui permet de renforcer les capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche. Il y aura pour cela réalisation d'un diagnostic éducatif qui permettra de définir les compétences à acquérir au regard de son projet de vie.

Nous verrons plus en détails l'éducation thérapeutique dans la dernière partie ainsi que les nouvelles missions du pharmacien à ce sujet.

4.3. L'implication de l'entourage

L'entourage d'un patient atteint d'une affection de longue durée peut aussi être impliqué dans la prise en charge, notamment grâce aux entretiens pharmaceutiques vus précédemment. En effet, ils pourront aussi participer à ces séances et ainsi mieux comprendre la pathologie et être plus à même de le soutenir.

En prenant l'exemple d'un patient atteint d'un diabète de type 2, un entourage informé des risques de complications (microangiopathies, macroangiopathies…) pourra mieux comprendre les restrictions alimentaires et évitera de proposer des aliments sucrés de types pâtisseries à des moments non adéquats. L'entourage pourra aussi rappeler à l'ordre le patient lorsqu'il fera des excès ou lors de l'oubli d'une prise médicamenteuse, ce qui peut être un avantage dans le vécu de sa maladie.

Il est donc important dans ce cadre de communiquer avec l'entourage puisque cela peut permettre d'améliorer l'observance thérapeutique.

4.4. La coopération des professionnels de santé

Cette démarche de coopération concerne tous les professionnels de santé et elle a notamment été favorisée par la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) du 21 juillet 2009.

Elle est devenue essentielle en raison du vieillissement de la population car cela entraîne une augmentation des maladies chroniques et des polypathologies.

Il y a aussi une évolution défavorable de la répartition des professions médicales avec de grandes disparités, il est donc impératif de réaliser un partage des compétences entre les différents professionnels de santé et de profiter des multiples progrès technologiques en terme de communication, notamment la visioconférence.

D'après l'article L4011-1 du Code de la Santé publique : « *Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience (...)* »

Cette coopération concerne tout particulièrement les médecins et pharmaciens étant donné leur proximité avec les patients et l'extension actuelle des compétences du pharmacien.

Le pharmacien à la vue de l'ordonnance du patient doit s'interroger sur la prise médicamenteuse, vérifier la bonne observance, et le cas échéant interroger le patient sur les problèmes rencontrés. Un patient qui par exemple ne prend plus son médicament car il a du mal à l'avaler doit être pris en charge afin de lui trouver une solution, comme par exemple remplacer la forme galénique par une suspension buvable ou par des comprimés effervescents. Si ces formes ne sont pas disponibles, il sera alors judicieux de contacter le médecin afin de trouver une autre alternative médicamenteuse qui permettra une meilleure prise médicamenteuse et donc une meilleure observance.

Cette collaboration permet aussi l'orientation du patient chez le médecin ou non. Un patient avant de prendre rendez-vous chez son médecin ira souvent premièrement demander un avis au pharmacien lorsqu'il présente des symptômes sans signes de gravité apparents.

Un patient se présentant à l'officine avec un œil rouge par exemple sera alors interrogé pour tenter de déterminer la cause :

- Depuis combien de temps ?
- Y'a-t-il une douleur ou des démangeaisons ?
- Y'a-t-il des troubles visuels ou une photophobie ?

Etc.

L'interrogatoire permettra alors de déterminer s'il s'agit d'une conjonctivite ou d'une sècheresse oculaire par exemple. Le pharmacien choisira alors soit de délivrer un collyre selon le type de conjonctivite ou un lubrifiant oculaire s'il s'agit d'une simple sécheresse oculaire ; ou bien il orientera vers le médecin en cas de doute ou de signe de gravité.

Cela permet ainsi de prendre en charge le patient plus rapidement et plus efficacement, et d'éviter une consultation médicale si elle n'est pas nécessaire.

Le point commun entre l'information au patient, l'éducation du patient, l'implication de son entourage et la coopération entre les professionnels de santé réside en un seul mot : la **communication**. Elle apparaît comme essentielle dans ce défi de la santé publique qu'est l'observance, nous allons donc aborder dans la prochaine partie certains concepts clés de la communication.

PARTIE II : QU'EST-CE QUE COMMUNIQUER ?

La communication traverse toutes les activités humaines depuis toujours. Elle se révèle être une science interdisciplinaire, qui nécessite des notions tant en rhétorique, en sociologie, en psychologie mais aussi en sciences du langage. Elle est aujourd'hui une matière à part entière, enseignée à l'université là où elle apparaît centrale dans de nombreux métiers très différents les uns des autres ; dans les métiers de la santé pour apprendre à mieux communiquer avec les patients et leur famille, ou encore dans le commerce pour apprendre à mieux convaincre.

Les ouvrages concernant cette discipline n'ont donc cessé d'augmenter ces dernières années, intéressant les chercheurs, enseignants, étudiants, mais aussi les personnes qui souhaitent la découvrir ou encore améliorer leur vie relationnelle.

1. Quelques définitions

Dans cette partie, nous allons aborder quelques définitions qui fondent les bases générales de la communication. Cela nous permettra par la suite de mieux comprendre et traiter la communication entre le pharmacien et le patient au comptoir.

1.1. Langage, langue et parole

Le mot communication provient du verbe latin *communicare* qui signifie « *rendre commun, partager* » (Hachette, 1934). La communication consiste ainsi en la transmission d'informations d'un émetteur vers un récepteur, ce qui permet d'entrer en interaction, et donc de partager. Ces informations peuvent être diverses. Elles peuvent être des connaissances, des souvenirs, des images, des jugements, des sentiments, des désirs…

Linguiste russe, Ferdinand de Saussure (1857 – 1913) a fondé la linguistique moderne et les bases de la sémiologie par un ouvrage posthume publié par deux de ses élèves linguistes, Charles Bailly et Albert Séchehaye. Cet ouvrage Cours de linguistique générale (1916) a permis de mettre en place les concepts fondamentaux qui ont été utiles aux générations suivantes. Il distingue alors le langage, la langue et la parole.

La communication est commune aux hommes et aux animaux, mais le langage est une aptitude génétique que seul l'homme possède, une caractéristique de l'espèce humaine qui permet de parler. Autrement dit, il s'agit de la faculté d'assimiler une ou des langues quelles qu'elles soient. Il est à différencier de la langue, qui elle est un héritage culturel qui dépend de la société qui nous entoure.

La langue dépend notamment de la localisation géographique, ainsi la langue française est utilisée en France, la langue anglaise au Royaume-Uni, sans compter la présence de dialectes particuliers selon les villes dans certains pays. La langue chinoise possède par exemple sept dialectes principaux qui sont le Mandarin, le Wu, le Hakka, le Min, le Cantonais, le Xiang et le Gan, sans compter d'autres dialectes plus minoritaires et donc parfois non mentionnés dans les classifications (Shaozhou Tuhua, Xianghua…). (Li Wang, Analyse grammaticale des mots dérivés de la langue chinoise, 1980)

La langue tient aussi compte de l'origine sociale. Il y aura alors une utilisation de termes soutenus dans l'aristocratie ou au contraire de termes familiers dans les zones défavorisées, ceci en fonction de l'environnement et des interactions avec celui-ci.

La parole quant à elle résulte de l'utilisation de la langue et du langage et représente l'utilisation personnelle de la langue, notamment avec la prononciation ou l'accent. Il s'agit des différences entre chaque personne, comme par exemple entre un accent du Nord et un accent Marseillais. Bien que la langue soit la même, il y a tout de même une variante.

La distinction entre langage, langue et parole s'avère être une notion fondamentale en communication. La langue est un tout en soi, elle ne se confond pas avec le langage. Aussi la dichotomie langue/parole, chère à Saussure, sépare ce qui est social de ce qui est individuel.

Après avoir défini le langage, la langue et la parole, nous allons maintenant nous intéresser au message. Nous allons pour cela aborder la distinction entre signal et signe.

1.2. Signal et signe

Le signal est une marque porteuse d'informations qui est délibérément produite lors de la transmission d'un message et qui joue un rôle fondamental ; sans elle il n'y a pas de communication pleine et entière. Il fournit une information par nature, avec par exemple les mots qui ont une forme phonique. Le signal possède un sens c'est-à-dire une signification correspondante, autrement dit sa représentation mentale. Le signal est d'après Ferdinand de Saussure le *signifiant*, c'est à dire l'image acoustique ; et son sens le *signifié*, qui représente le concept, le mot défini. Selon lui, le signifiant et le signifié forment le signe.

Le lien entre signifiant et signifié peut-être assez arbitraire, en effet un signifié peut posséder plusieurs signifiants et il n'y a aucun rapport motivé entre les deux. Prenons l'exemple d'une pomme, elle peut posséder à la fois « pomme » comme signifiant, mais aussi « apple » en anglais, ou « manzana » en espagnol.

Le signifié peut lui aussi être arbitraire, notamment lors de l'utilisation de symboles. Les symboles sont des signaux qui par leur forme ou leur nature évoquent spontanément un élément dans une culture donnée, mais peuvent être inconnus dans d'autres. C'est une représentation fondée sur une convention qu'il faut connaître pour pouvoir la comprendre, par exemple la colombe de la paix, la balance de la justice, la croix des chrétiens ou la vache sacrée des hindous. Ces éléments peuvent être interprétés différemment si la convention n'est pas connue et la signification peut donc évoluer.

Nous pouvons ainsi dire que le signe linguistique est l'union arbitraire d'un signifiant et d'un signifié.

Après avoir différencié signal et signe, nous allons maintenant définir deux autres notions fondamentales, la dénotation et la connotation dans un discours.

1.3. Dénotation et connotation

La dénotation représente la forme la plus objective du discours, c'est l'information de la façon la plus neutre possible, ce que veulent dire les mots. On peut d'ailleurs les définir à l'aide du dictionnaire, il s'agit du sens premier, du sens littéral.

La connotation quant à elle est plus complexe, ce sont des éléments qui s'ajoutent au sens littéral, un surplus de sens qui n'était pas explicitement présent au départ.

Elle fait notamment la richesse des œuvres littéraires puisqu'elle permet à l'auteur de donner un sens particulier à ses mots et d'être ainsi unique dans son écriture. La connotation peut par exemple se manifester par le registre de langue, les figures de styles (euphémisme, métaphore, allégorie…), l'intonation ou encore le timbre de la voix.

Prenons un exemple pour illustrer notre propos : les termes cheval, destrier et canasson ont la même dénotation (ils désignent le même animal et seront donc définis de la même façon). Cependant, ils diffèrent par leurs connotations. A côté de cheval, qui est assez neutre, le terme destrier connote une langue poétique, littéraire, alors que le terme canasson connote une langue plutôt familière.

Le lecteur peut lui aussi apporter certaines connotations en fonction de son interprétation et de son imagination, ce qui explique que certains textes, notamment les textes religieux, soient interprétés différemment selon les lecteurs et les périodes de l'Histoire. Comme exemple, nous pouvons prendre la couleur verte. La connotation est ce à quoi la couleur peut être associée, c'est-à-dire la nature, l'espoir, ou encore la pharmacie.

La connotation est donc un élément complexe parfois difficile à déceler.

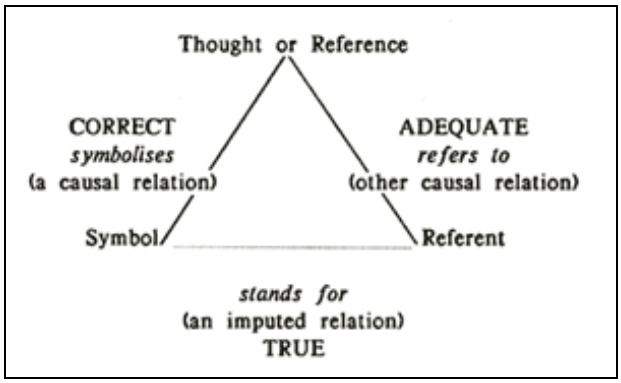
1.4. Le référent

Comme nous l'avons vu précédemment, Ferdinand de Saussure a défini le signifiant et le signifié. Après de nombreuses années d'études et de développement des concepts initiaux par de nombreux passionnés de linguistique, est apparu un nouvel élément : le référent.

Il y a donc eu instauration en plus de la relation signifiant/signifié, la relation référent/signe.

Le référent est alors décrit comme l'élément désigné par le discours, ce dont on parle. Il fait partie du domaine de la réalité objective.

Cet élément a donné naissance au triangle sémiotique de Charles Kay Ogden et Ivor Armstrong Richards, deux anglais ayant écrit l'ouvrage The mean of meaning ou Le sens du sens en 1923 dont voici le triangle dans sa version originale :



Annexe n°2 : Triangle sémiotique de C. K. Ogden et I. A. Richards

Le « *symbol* » représente ici le mot lui-même. Prenons l'exemple d'un médicament, il s'agit ici du mot médicament dans sa représentation acoustique \me.di.ka.mɑ̃\, autrement dit, il s'agit du signifiant.

Le « *referent* » est ce à quoi renvoie le symbole, c'est-à-dire le médicament en lui-même (nous pouvons imaginer un comprimé), il s'agit du signifié.

La « *thought* » ou « *reference* » est le concept à quoi il fait penser, c'est-à-dire ici un remède qui permet de ne plus être malade.

Après avoir défini le référent, nous allons maintenant traiter le message et le code.

1.5. Message et code

Le message est l'information transmise par l'émetteur, c'est-à-dire l'ensemble des signaux transmis et perceptibles qui permettent la communication.

Le code est l'instrument que l'on utilise pour transmettre le message, c'est-à-dire l'oral, l'écrit, la langue des signes, le morse, le télégraphe...
Ils suivent tous une certaine convention. Nous pouvons prendre l'exemple de la langue, il s'agit d'un code qui correspond à une culture donnée et qui dépend de l'environnement dans lequel nous vivons. Le code doit être connu par le destinataire sinon le message ne sera pas compris, c'est pour cela que dans un pays étranger dont nous ne connaissons pas la langue il peut être difficile de communiquer et de se faire comprendre des autres. Le système de code n'est pas le même.

Il en est de même pour les personnes de milieux ou de générations différentes, les personnes plus âgées ayant souvent du mal à comprendre les plus jeunes, un jargon particulier dépendant de leur groupe peut entraîner des incompréhensions.

Afin d'avoir une transmission efficace, il est donc nécessaire d'avoir un décodage du message encodé par l'émetteur. Cela permet au destinataire de lui donner un sens.

1.6. Le canal

Le canal permet l'acheminement du message et donc sa transmission, il s'agit du support physique qui transporte les signaux de la source jusqu'à la cible. Les canaux sont divers, il y a la voix elle-même lorsque l'on parle, le papier lorsque nous écrivons, le fil téléphonique lorsque nous passons un coup de fil à une personne etc.

Le canal possède une grande importance dans l'acte de communication, car en cas de dysfonctionnement de celui-ci, les signaux ne seront pas transportés et ne seront donc pas reçus.

1.7. La rétroaction ou feedback

La rétroaction ou feedback en anglais est la réponse donnée par le récepteur et qui confirme que l'émetteur a bien été compris lors de l'émission de son message. Ce retour permet de contrôler la compréhension du récepteur et ainsi d'ajuster le message, en reformulant par exemple s'il n'a pas été compris.

Il peut se manifester de plusieurs façons différentes, sous forme verbale avec des mots, mais aussi avec des gestes ou postures par exemple. La communication est ainsi une série de feedback successifs.

Il peut être positif, et aller dans le sens de la communication avec des encouragements ou acquiescements par exemple ; ou négatif en freinant ou en stoppant la communication, avec par exemple une demande de reformulation ou une désapprobation.

2. La communication verbale

La communication verbale comme l'indique son nom utilise le verbe. Elle concerne donc la communication avec la voix mais pas seulement, elle concerne aussi la langue des signes par exemple, ou encore la communication par l'écrit.

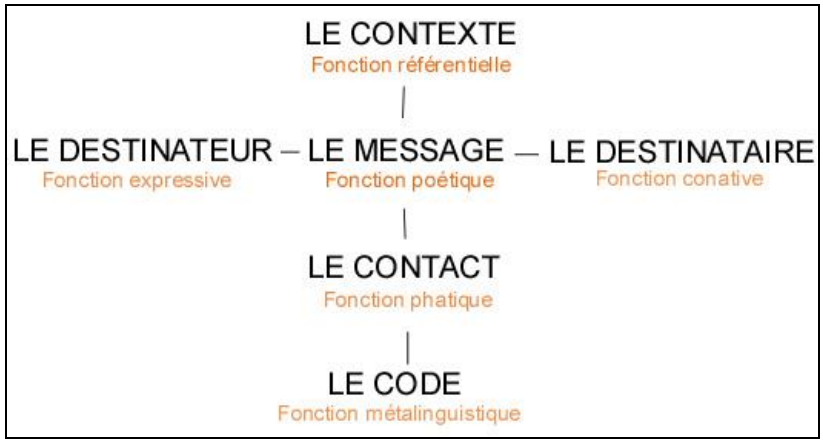
2.1. Le schéma canonique de Jakobson

Roman Ossipovitch Jakobson (1896 – 1982) est un linguiste Russe considéré comme l'un des plus influents du XXème siècle. Intéressé à la fois par la poésie, la psychanalyse, la critique littéraire, mais aussi par la linguistique générale, il fut fortement influencé par Ferdinand de Saussure dans ce domaine. Il a alors eu l'occasion de réaliser de nombreuses publications qui exercent encore une grande influence aujourd'hui.

Dans son ouvrage Closing statements : Linguistics and Poetics (1960) traduit par Nicolas Ruwet Essais en linguistique générale (1963), Jakobson affirme que chaque communication verbale comporte six facteurs, dont nous avons donné les définitions précédemment :

« Le ***destinateur*** *envoie un* ***message*** *au* ***destinataire****. Pour être opérant, le message requiert d'abord un* ***contexte*** *auquel il renvoie (c'est ce qu'on appelle aussi dans une terminologie quelque peu ambiguë, le « référent »), contexte saisissable par le destinataire, et qui est, soit verbal, soit susceptible d'être verbalisé ; ensuite, le message requiert un* ***code****, commun, en tout ou au moins une partie, au destinateur et au destinataire (ou, en d'autres termes, à l'encodeur et au décodeur du message) ; enfin, le message requiert un* ***contact****, un canal physique et une connexion psychologique entre le destinateur et le destinataire, contact qui leur permet d'établir et de maintenir la communication.* »

Chaque facteur mis en évidence précédemment est associé à une fonction selon lui, ce qui donne à chaque communication verbale une certaine orientation.
Cela a permis à Jakobson d'élaborer un modèle linguistique divisé en six fonctions du langage afin de mieux comprendre les buts de la communication. Nous pouvons représenter son modèle linguistique par le schéma suivant :



Annexe n°3 : Schéma de Jakobson

Nous allons par la suite définir les différentes fonctions du langage avec un exemple concret au comptoir.

2.2. Les différentes fonctions du langage

Comme nous l'avons vu précédemment, il y a six fonctions du langage et chacune d'entre elle est associée à un élément de la communication : le destinateur, le message, le destinataire, le contexte, le contact ou le code.

Nous pouvons illustrer ces différentes fonctions du langage en partant d'une situation de comptoir :

« *Je suis déçu ! Je vais devoir prendre un médicament en plus de mon traitement. Cela me fend le cœur… Ca veut dire que je suis vraiment malade.*
(Silence)
Vous m'entendez ? Avouez que vous ne m'écoutez pas ! »

2.2.1. La fonction émotive, ou expressive

Elle est représentée dans notre citation par « *Je suis déçu !* ».
Dans cette fonction, le message sera centré sur le destinateur, c'est-à-dire celui qui émet le message, le pronom personnel « *je* » est d'ailleurs utilisé. Il lui permettra d'extérioriser, de donner son opinion, de faire connaître ses idées, émotions, désirs… Ici, il exprime la déception.

2.2.2. La fonction poétique

Elle est représentée dans notre citation par « *Cela me fend le cœur…* ».
Cette fonction est axée sur la forme et le style du message lui-même. Elle permet ici de rendre le message plus esthétique avec une prononciation facile et de jolies sonorités. Dans notre citation, « *Cela me fend le cœur* » aurait pu être remplacé par « *Ca me fait du mal* » ou « *Je suis démoralisée* », mais cela aurait été moins harmonieux. Le patient a alors fait le choix d'utiliser cette forme particulière du message.

2.2.3. La fonction conative ou incitative

Elle est représentée dans notre citation par « *Avouez que vous ne m'écoutez pas !* »
Cette fonction est axée sur le destinataire, elle permet d'agir en provoquant une certaine réaction, un certain comportement chez l'interlocuteur.
Il utilise souvent l'impératif comme ici « *Avouez* » qui montre la volonté d'action sur le destinateur. Le patient souhaite ici faire réagir le pharmacien et obtenir une réponse, une confirmation ou infirmation.

2.2.4. La fonction référentielle ou dénotative

Elle est représentée dans notre citation par « *Je vais devoir prendre un médicament en plus de mon traitement.* ».
Cette fonction est centrée sur le contexte ou référent et sert à désigner une réalité. Il s'agit de l'objet de la conversation, de ce dont on parle, c'est-à-dire ici l'ajout d'un médicament sur l'ordonnance du patient par le médecin. Cette fonction englobe donc les informations que porte le message.

2.2.5. La fonction phatique

Elle est représentée dans notre citation par « *Vous m'entendez ?* ».
Elle est centrée sur le canal et permet d'établir, d'interrompre ou de prolonger la communication, en vérifiant par exemple que le canal entre les interlocuteurs n'est pas rompu. Dans notre exemple, il y a une vérification de l'attention du destinataire, c'est-à-dire une vérification que la connexion psychologique entre les interlocuteurs fonctionne bien en demandant si le destinataire écoute.

2.2.6. La fonction métalinguistique

Elle est représentée dans notre citation par « *Ca veut dire que je suis vraiment malade.* ».

Elle est centrée sur le code et permet de s'assurer que ce qui est dit est bien compris, notamment grâce à la reformulation comme dans notre citation, en expliquant que le fait d'avoir un médicament en plus résulte d'une mauvaise santé.

Cette fonction est très utilisée, notamment dans le processus pédagogique car elle permet d'être mieux compris et facilite ainsi la transmission effective du message.

Ces différentes fonctions du langage définies par Jakobson peuvent ainsi nous permettre de mieux comprendre les interactions entre le pharmacien et les patients au comptoir.

2.3. La communication par l'écrit

Dans la communication par l'écrit, seuls les mots donnent un sens au message. Il n'y a pas de ton, de gestes, ou encore de regards qui ont pourtant une très grande importance comme nous allons le voir dans une prochaine partie.

L'émetteur et le récepteur ne communiquent pas en temps réel mais en différé, ce qui peut avoir l'inconvénient de parfois laisser place à une mauvaise interprétation ou à d'éventuels malentendus. C'est pourquoi les mots employés se doivent d'être justes et précis.

Dans cette communication, il y a une sensibilité aux fautes d'orthographe qui peuvent distraire et détourner le lecteur du fond du message, mais aussi aux figures de style ainsi qu'aux termes employés. Ils permettent de mieux connaître la personne à qui nous nous adressons, avec parfois certains préjugés, comme par exemple une personne faisant de nombreuses fautes d'orthographe sera décrédibilisée et parfois ressentie à tord comme manquant de culture.

Les figures de style ainsi que de la ponctuation viennent enrichir le texte, ainsi que l'utilisation de smileys qui permettent de préciser l'état d'esprit de l'émetteur mais qui sont souvent ambigus.

La forme de communication écrite paraît donc statique mais se révèle être en réalité très dynamique. Elle n'attendra néanmoins jamais la force et la précision de la communication orale.

2.4. D'autres communications verbales

Au-delà de la forme orale et écrite, la communication verbale peut aussi se manifester par d'autres moyens. Il y a par exemple la langue des signes qui est la langue gestuelle que les personnes atteintes de surdité utilisent pour communiquer et qui est considérée comme une langue à part entière. Elle assure toutes les fonctions remplies par l'oral et est conditionnée par la gestuelle des mains, de la tête et du visage. L'utilisation de la gestuelle ne fait pas d'elle une communication non verbale car il s'agit d'une transcription du langage parlé, elle est donc considérée comme une communication verbale.

Comme autre mode de communication verbale, nous pouvons citer le makaton qui a été mis au point au Royaume-Uni et qui a pour but d'aider les personnes souffrantes de troubles d'apprentissages et de la communication, notamment les autistes. Il utilise la parole, les gestes, mais aussi les pictogrammes comme support ce qui permet de soutenir et compléter le langage.

3. Le non verbal

3.1. La communication par les silences

Le silence dérive du latin *silere* qui signifie « *ne pas dire* », il s'agit de l'absence de tout son audible. Il est malgré tout constitutif du langage au même titre que la parole et est nécessaire à l'échange. Nous pouvons d'ailleurs décrire dix principaux types de silences différents (C. Terrier, 2007). Il est à noter que certaines classifications en distinguent bien davantage, et qu'il n'existe pas de hiérarchie ni d'ordre entre les silences.

- 1er silence : il s'agit du silence d'opposition, comme par exemple chez une personne irritée ayant reçue une mauvaise nouvelle et cherchant à s'isoler.

- 2ème silence : silence d'invite, il concerne la personne très attentive qui écoute l'interlocuteur jusqu'au bout afin d'aller plus loin dans la discussion.

- 3ème silence : le silence de retrait concerne la personne cherchant l'isolement notamment dû à l'ennui dans un groupe, il marque la fin de la communication.

- 4ème silence : il s'agit du silence d'indifférence notamment lors d'une discussion avec un inconnu, il s'agit d'une prise de distance qui montre une volonté de ne pas communiquer avec l'autre.

- 5ème silence : le silence dubitatif renvoie quant à lui au scepticisme ou aux interrogations.

- 6ème silence : c'est le silence qui marque le respect.

- 7ème silence : il exprime la supériorité ou l'arrogance.

- 8ème silence : silence entre amoureux, il représente une communication profonde entre deux personnes, il n'y a pas besoin de paroles pour se comprendre.

- 9ème silence : il s'agit du silence qui exprime le chagrin.

- 10ème silence : ce dernier silence est un silence de défi ou d'obstination calculée, le but étant d'aller plus loin dans la discussion.

Chaque silence influence donc la conversation de façon positive ou négative, et il est nécessaire de savoir l'interpréter en fonction du contexte.

3.2. La communication par l'espace

La communication ne passe pas que par les mots, l'espace a aussi son importance même si nous l'utilisons inconsciemment dans la vie de tous les jours.
Edward T. Wall, anthropologue américain, a écrit un ouvrage qui deviendra célèbre pour son approche pertinente concernant l'importance de l'espace dans la communication : The hidden dimension ou La dimension cachée (1966).

Dans cet ouvrage, il part du principe que chaque personne possède un espace ou territoire individuel qui lui permet d'assurer sa sécurité et son épanouissement, une sorte de bulle psychologique. Cet espace varie en fonction des personnes, ainsi certaines préfèreront la distance avec l'interlocuteur, et d'autres au contraire rechercheront la proximité. Cela va dépendre de la personnalité de chacun, une personne sociable et tactile aura tendance à s'approcher de son interlocuteur, tandis qu'une personne timide et introvertie aura tendance à prendre du recul vis-à-vis de son interlocuteur. Cela dépend aussi du degré de connaissance et d'intimité avec la personne.

Edward T. Hall définit aussi la proxémie qui selon lui est « *l'ensemble des observations et théories que l'homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique* », cela signifie que les distances en communication dépendent aussi des facteurs culturels.

D'après une étude de Morris en 1977, en Europe occidentale l'interlocuteur se trouvera à la distance du bout des doigts, en Europe de l'Est à la distance du poignet, et dans la région méditerranéenne à la distance du coude, ce qui montre une proximité plus exacerbée. Edward T. Hall s'est fortement intéressé à ce phénomène. Il a réalisé une classification générale comportant quatre distances qu'il a présentées dans son ouvrage La dimension cachée en 1966. Il a décrit pour chacune des distances un mode proche et un mode éloigné :

- La distance publique

Le *mode éloigné* se situe à une distance de 7,50 mètres ou plus, il permet de solenniser le coefficient hiérarchique. Les gestes sont alors stéréotypés et le discours formalisé, comme par exemple pour un homme politique réalisant un discours, ou encore un comédien réalisant un spectacle.

Le *mode proche* quant à lui se trouve à une distance entre 3,60 et 7,50 mètres et signifie la présence à la collectivité. Le locuteur marque ses distances et l'information devient plus formelle, comme par exemple lors d'une réunion ou d'une conférence, ou encore lors d'un enseignement professeur-élèves.

La distance publique est donc la zone de confort qui permet de parler en public.

- La distance sociale

Le *mode éloigné* se situe entre 2,10 et 3,60 mètres et représente un coefficient hiérarchique comme par exemple un PDG à ses salariés, ou relève d'un souci de tranquillité comme une personne rentrant du travail et souhaitant se détendre à distance de son entourage.

Le *mode proche* est situé entre 1,25 et 2,10 mètres, il concerne les relations professionnelles de bureau, les administrations qui reçoivent les clients au guichet, ou les négociations impersonnelles.

Cette distance permet donc les relations professionnelles et commerciales, les émotions sont bien maitrisées.

- La distance personnelle

Le *mode éloigné* se situe entre 75 et 125 cm, cette distance favorise un échange bénéfique avec une certaine proximité, le dialogue est fluide, il concerne les bavardages et les discussions de sujets neutres.

Le *mode proche* se situe entre 45 et 74 cm, il est synonyme de bonne entente avec une certaine familiarité, à portée de gestes et à proximité du parfum.

La distance personnelle est la distance idéale lors d'une communication à la pharmacie, elle favorise un échange bénéfique avec le patient qui peut alors se sentir proche et compris. Il ne faut pas hésiter à s'approcher du patient car le comptoir installe une certaine séparation qui peut mettre de la distance et ainsi défavoriser l'échange.

- La distance intime

Le *mode éloigné* se situe entre 15 et 40 cm et concerne l'intimité et la famille, c'est une relation privilégiée entre les personnes. La personne entre notre « bulle de protection » qui est la zone de confort dans laquelle nous sommes pleinement à l'aise. C'est aussi un espace qu'il faut respecter afin que la personne ne se sente pas agressée dans son intimité, car lorsqu'elle est imposée, on recule et fuit le regard de l'autre comme par exemple à l'heure de pointe dans le bus ou métro.

Le *mode proche* est le corps à corps qui comprend l'acte sexuel et la lutte, la vision précise est alors brouillée. La présence de l'autre s'impose (vision, odeur, chaleur du corps, rythme respiratoire). C'est la relation la plus proche avec des contacts peau à peau.

3.3. La communication par l'image

La communication ne se réalise pas que par les mots ou par la distance nous séparant de notre interlocuteur, notre image aussi communique à sa façon.
Elle communique avant même qu'on ait prononcé un mot, et transmet d'importants signaux puisqu'il s'agit du premier élément que l'on perçoit chez quelqu'un. Elle reflète l'individualité de chaque personne et influence l'opinion de l'interlocuteur.
L'image est véhiculée par l'apparence, c'est-à-dire l'allure générale d'une personne, qui passe par la corpulence, les vêtements, le maquillage, les accessoires, ou encore la coiffure.

3.3.1. La corpulence

La corpulence a un rôle dans les interactions. En effet, l'individu apparaît comme généralement responsable de sa corpulence, c'est un caractère variable sur lequel chacun de nous peut agir.

Aujourd'hui dans nos sociétés, la minceur est nettement valorisée étant synonyme de beauté et de réussite. D'après les études de l'INSEE, les personnes vivant dans les milieux les plus défavorisés seraient plus corpulentes, ce qui peut s'expliquer par une accessibilité

moindre aux produits de qualité et aux sports parfois coûteux. Chaque personne renvoie donc des informations sur son comportement alimentaire, mais aussi indirectement sur sa catégorie socioprofessionnelle.

Ces disparités entrainent certains préjugés voire parfois des discriminations en raison de la vision négative des personnes en surpoids. Celles-ci sont parfois stéréotypées peu séduisantes, paresseuses ou encore négligées.

Mais il est à noter que l'image que ces personnes dégagent est perçue en fonction du récepteur, car certains trouveront au contraire les personnes en surpoids bonnes vivantes. Aussi s'il s'agit de femmes, certains leur attribueront un côté maternel.

3.3.2. Les traits du visage

Chacun de nous possède des traits du visage qui lui sont propres et qui peuvent révéler des aspects de notre personnalité. En effet, un visage mature sera par exemple jugé plus compétent, et au contraire un visage enfantin sera jugé plus sympathique et sincère.

3.3.3. Les vêtements

Autrefois, simples outils pour se réchauffer et se protéger des conditions climatiques, les vêtements ont aujourd'hui un rôle bien plus important. Ils peuvent embellir une personne par les différentes textures et formes qui peuvent mettre en valeur, mais aussi séparer différentes catégories sociales.

Les vêtements luxueux seront associés aux classes aisées, la tenue de sport aux sportifs, la blouse aux personnes exerçant dans le milieu de la santé, ou encore l'uniforme aux militaires.

Chaque personne se vêtit en fonction du milieu, de sa culture, de sa génération, ainsi que de la mode, ce qui fait que chacun de nous a un style vestimentaire qui lui est propre.

Les couleurs aussi ont leur importance, ainsi les couleurs vives seront associées à la gaité et donc à une personne drôle et dynamique, tandis que le noir notamment dans le style gothique sera associé à la tristesse et à la mort et donc à une personne dépressive et morose.

A chacun de choisir s'il préfère le conformisme, ou bien au contraire l'originalité…

3.3.4. La coiffure et le maquillage

En psychologie, chaque coiffure peut être décryptée et reliée à certains traits de caractère. Ainsi pour les personnes portant une frange, cela traduirait une certaine timidité, un caractère sensible, une nécessité de garder une barrière entre elles et les autres. Au contraire,

les personnes portant une coiffure à front dégagé seraient franches, ouvertes et dynamiques, et n'auraient pas peur d'aller de l'avant.

Il en est de même pour le maquillage. D'après une étude réalisée par des chercheurs de l'université de Harvard et de Boston et publiée en 2011 dans la revue scientifique *Plos One*, les femmes maquillées seraient perçues comme plus attrayantes, sympathiques, compétentes et fiables.
L'article nommé *Cosmetics as a Feature of the Extended Human Phenotype : Modulation of the Perception of Biologically Important Facial Signals* et écrit par Nancy L. Etcoff, Lauren E. Haley, Shannon Stock, Sarah A. Vickery et David M. House s'est basé sur les photos de vingt-cinq femmes âgées de vingt à cinquante ans maquillées avec trois maquillages différents, un naturel, un professionnel, et un glamour. Les photos ont ensuite été visionnées par cent quarante-neuf personnes pendant deux cent cinquante millisecondes, puis par cent dix-neuf personnes autant qu'elles le souhaitaient.

Dans les deux cas, l'étude a montré que les femmes maquillées dégageaient une personnalité positive, ce qui montre que le maquillage a bel et bien son importance dans la vie de tous les jours.

3.3.5. Les accessoires et tatouages

Les accessoires envoient aussi des signaux. Ainsi une femme portant de gros bijoux en excès et de couleurs vives sera perçue comme une personne voulant se faire remarquer et assez superficielle, et au contraire une femme ne portant aucun bijou peut paraître dans le refus de se mettre en valeur.

Il en est de même pour les personnes portant des piercings, ceux-ci peuvent paraître banales pour certains mais excentriques voire déplacés pour d'autres.

De la même façon, les tatouages peuvent renseigner la personnalité et même le vécu d'une personne par les motifs et couleurs choisis, un cœur avec des initiales nous fera donc parvenir l'information d'une relation amoureuse ou d'un lien fort le reliant à une autre personne.

Autant de détails qui paraissent dérisoires mais qui ont pourtant une grande importance. Il est donc essentiel d'adapter son image afin qu'elle soit cohérente avec ce que l'on souhaite dégager, une image qui reflète notre identité.

3.4. La communication par les gestes

La communication par la gestuelle a une grande importance. Il s'agit de notre allure générale, notre position dans l'espace, ou encore nos gestes qui peuvent parfois exprimer voire trahir nos émotions.

3.4.1. Les mouvements et postures

Chacun de nos mouvements peut renvoyer une certaine image de nous à l'interlocuteur selon le rythme et l'amplitude. En effet, une personne anxieuse ou sous pression aura par exemple des mouvements saccadés, répétés et rapides, tandis qu'une personne à l'aise prendra son temps et n'essayera pas de combler son mal être de manière gestuelle.

Cela peut alors porter préjudice lors d'un entretien d'embauche par exemple, ou les postures seront involontairement adoptées et dictées par le stress et l'appréhension, mais qui se ressentira fortement par le recruteur. Ainsi, le fait de croiser les bras ou les jambes montrera une certaine fermeture face à l'autre, ou encore un dos courbé et un regard fuyant montrera un signe de soumission et de faiblesse de caractère. Au contraire, une personne sûre d'elle aura une position droite, la tête haute ainsi qu'un regard fixe ce qui crédibilisera le message verbal.

Notre posture et gestuelle a donc une très grande importance dans l'image que nous dégageons, et agit indirectement sur le discours délivré et la réceptivité de l'interlocuteur.

3.4.2. Le visage et ses mimiques

A travers le visage et ses mimiques peuvent se transmettre des émotions. Une personne sous tension paraîtra crispée suite aux contractions des muscles de son visage, et une personne en colère froncera les sourcils par mécontentement et serrera les lèvres, ce qui ne sera pas attrayant pour l'interlocuteur.

Aussi la tristesse aura comme action de ternir le visage, et au contraire le bonheur pourra illuminer un visage et rendre la personne plus sympathique.

Les expressions faciales doivent donc être adaptées à la situation et seront déterminantes dans la conversation étant donné qu'une personne qui ressent de la négativité aura à son tour son visage qui se ferme par une réaction de feed back.

3.4.3. Le regard

D'après le célèbre poème d'Yves Le Guern, « *les yeux sont le miroir de l'âme* ». Le regard est un outil puissant dans la communication, c'est l'élément qui exprime le plus de nous même.

Les yeux reflètent les émotions, il est donc important de ne pas avoir un regard fuyant ou focalisé sur notre environnement pendant le dialogue avec un interlocuteur, cela donnera un message corrompu qui mettra en lumière un manque de connaissances ou de capacités relationnelles.

A l'inverse, il faut rester vigilant afin de ne pas arborer un regard trop soutenu, l'idéal étant de ne pas fixer ou au contraire fuir du regard la personne. Il s'agit de trouver le bon équilibre.

Il est donc essentiel de tenir compte des gestes, des expressions faciales, des mimiques ainsi que du regard puisqu'ils font partie intégrante de notre comportement global et sont déterminants dans la compréhension du message que nous souhaitons délivrer.

3.5. Le para verbal

Le para verbal entoure les mots et exprime les sentiments par la façon dont ils sont prononcés. Il envisage ce qui est relatif à la voix, c'est-à-dire le ton, le volume, le rythme, le timbre, ou encore les différents accents qui peuvent donner des indications sur le groupe culturel, la classe sociale, ou la région d'origine de l'être parlant. Il concerne aussi les pauses et hésitations lors de la prise de parole.

D'après Albert Mehrabian, professeur de psychologie aux Etats-Unis, le para verbal représenterait 38 % de la communication, ce résultat étant basé sur deux études qu'il a réalisées en 1967 et publiées dans deux articles, *Decoding of inconsistent communications* dans le Journal of Personality and Social Psychology, ainsi que dans *Interference of attitudes from non verbal Communication in two Chanels* dans le Journal of Consulting Psychology.

Lors de sa première étude, des sujets en nombre significatif ont écouté neuf mots, trois à connotations positives, trois à connotation neutre, et trois à connotation négative. Chacun de ces mots a été prononcé avec une certaine tonalité, à son tour soit positive, neutre ou négative. Les sujets ont ensuite associé une émotion après avoir écouté les différents mots. L'étude a démontré que les sujets se basent plus sur les tonalités plutôt que sur le mot en lui-même, et donc que le para verbal prédomine sur le verbal.

Lors d'une seconde expérience, les sujets toujours en nombre significatif ont écouté un enregistrement de femme qui prononce un mot avec une intonation positive, neutre, puis négative ; puis leur a été présenté trois photos de femmes avec une émotion positive, négative

ou neutre. Ils devaient ensuite attribuer des caractéristiques de personnalité à ces femmes en fonction de la voix.

Cette étude a montré que le canal visuel et donc non verbal est prédominant par rapport au verbal dans l'image que nous nous faisons d'une personne.

A. Mehrabian a ensuite combiné les résultats de ses deux études sur la différence d'impact entre les messages verbaux et non verbaux, et les résultats obtenus ont permis d'énoncer la « règle de 7 % - 38 % - 55 % », 7 % représentant le verbal et donc les mots employés, 38 % le para-verbal que nous venons de voir, et enfin 55 % pour le non verbal.

Cela a donc montré que le para verbal a une part non négligeable dans la communication, et qu'il est même nettement plus important que les mots employés.

Cependant il est important de noter que malgré la généralisation de cette règle cela a été vivement discuté pour plusieurs raisons. Tout d'abord les résultats de deux études ont été combinés pour obtenir les résultats finaux. De plus l'étude n'a concerné que des femmes et ne portait que sur un seul mot prononcé, ce qui ne permet pas d'en tirer des conclusions sur une conversation plus naturelle, au comptoir par exemple. Par ailleurs cette seule étude ne peut permettre de conclure à ces chiffres concernant le verbal, non verbal et para-verbal.

L'étude de Mehrabian a donc de grandes limites et il faut la considérer avec grande méfiance.

Après avoir traité la communication verbale et non verbale, nous allons voir qu'il existe parfois de nombreux obstacles à la communication.

4. Les obstacles à la communication

4.1. Au niveau de l'émetteur

Les obstacles peuvent se situer à différents niveaux, notamment au niveau de l'émetteur. Ils peuvent concerner la différence de langue ou de culture mais aussi la façon de parler avec l'utilisation de termes inconnus du récepteur. C'est le cas notamment pour le jargon médical que les patients peuvent ne pas connaître, l'émetteur peut ne pas se rendre compte de la difficulté des termes étant donné qu'ils font partie de son quotidien, comme par exemple « algie », « antipyrétique » ou encore « aura » lors d'une migraine.

Le manque de compétences relationnelles de l'émetteur peut aussi devenir un obstacle, sa difficulté à parler en public ou sa timidité par exemple vont empêcher le message d'être délivré avec clarté.

Il peut aussi y avoir un obstacle au niveau du rapport de place que donne l'émetteur à l'interlocuteur, soit trop proche ce qui peut mettre mal à l'aise, soit trop distant ce qui peut dégager une certaine froideur, ou encore trop haut par exemple ce qui donne un rapport de hiérarchie injustifié.

4.2. Au niveau du message

Les obstacles peuvent aussi se manifester au niveau du message, il pourra par exemple y avoir des fuites et perditions d'informations lors de la transmission. C'est notamment le cas lors du téléphone arabe, l'information finale se retrouve altérée avec des informations qui seront soit supprimées, erronées, ou encore avec des informations supplémentaires qui n'étaient pas présentes au départ ce qui transformera totalement le message.

Il pourra aussi y avoir un contenu inadapté à la cible, trop compliqué, trop succinct, ou encore une rédaction incertaine avec par exemple de nombreuses fautes d'orthographe ce qui pourra encombrer le message de départ.

4.3. Au niveau du récepteur

L'obstacle peut venir du récepteur et dans sa façon de décoder le message en fonction de son niveau de langue et de son niveau culturel. Des malentendus peuvent être dus à un manque de vocabulaire, le récepteur ne connaît probablement pas le jargon technique médical : « *Vous êtes apyrétique ?* » à la place de « *Vous n'avez pas de fièvre ?* ». Le manque de connaissance peut alors être la cause du malentendu.

Il pourra aussi y avoir des ambiguïtés car aucun terme ne signifie la même chose pour tous, cela dépend de la personnalité de chacun et de notre vécu. Le message peut donc être altéré à cause d'une mauvaise interprétation de la personne réceptrice, ce qui dépend totalement de sa personnalité, par exemple méfiante, parano, ou au contraire naïve.

L'obstacle peut aussi venir du récepteur en lui-même comme par exemple certaines personnes malentendantes ou malvoyantes qui auront plus de difficultés à déchiffrer le message.

4.4. Au niveau du canal

Plusieurs éléments peuvent affecter le canal, notamment le bruit environnant qui peut diminuer l'audibilité du message transmis. Cela peut se produire lors de la délivrance d'un message dans un lieu public avec de nombreuses personnes parlant en même temps, ou encore lors d'une mauvaise connexion téléphonique.

Cela peut aussi être dû à une mauvaise visibilité, comme par exemple au niveau d'une ordonnance dont la compréhension peut être freinée par l'écriture du médecin par exemple.

En communication, nous parlons de « bruits », ce sont des perturbations qui peuvent intervenir au cours de la communication et l'affecter.

4.5. Au niveau du code

Comme nous l'avons vu dans une partie précédente (1.5), le code doit être connu par le destinataire sinon le message ne sera pas compris.

Les deux interlocuteurs doivent ainsi pouvoir se comprendre, ce qui implique notamment de parler la même langue afin de faciliter la transmission du message. Le cas échéant, des malentendus et incompréhensions pourront avoir lieu.

Il pourra aussi y avoir des ambiguïtés au niveau des procédés d'écriture, notamment pour des messages qui communiquent deux sens à la fois. Nous pouvons illustrer nos propos avec la phrase suivante : « *Cette réunion était mortelle !* » Cette réunion peut ici avoir été fortement ennuyeuse, ou bien avoir été très réussie puisque l'expression peut être utilisée dans les deux cas.

L'obstacle peut aussi résider dans le vocabulaire employé, les professionnels de santé ont parfois des difficultés à se transposer à la place des patients qui possèdent peu de notions médicales. Des mots médicaux devenus banalisés dans le langage courant des médecins et pharmaciens peuvent alors être inconnus pour le destinataire, ce qui entraînera des difficultés pour le récepteur à décoder le message.

La communication a donc été fortement étudiée et est assez complexe. Nous allons maintenant aborder la communication au comptoir entre patients et pharmacien, et voir l'importance de l'écoute, de l'empathie, et le rôle clé du pharmacien dans l'observance thérapeutique du patient.

PARTIE III : LES ENJEUX DE LA COMMUNICATION PATIENT – PHARMACIEN D'OFFICINE

1. L'impact de la communication : une alliance thérapeutique

La communication avec le patient à l'officine a une très grande importance car elle permet entre autres d'établir une relation thérapeutique d'aide et de confiance. Le pharmacien délivre les médicaments à l'officine mais n'est pas considéré comme un simple fournisseur de médicaments, il se doit de créer une relation de qualité avec ses patients et de s'impliquer sincèrement et efficacement dans cette relation.

La relation que le pharmacien lie avec les patients est un processus continu qui se développe au fil du temps, et les multiples interactions qui participent à son évolution permettent d'avoir un plus grand impact des conseils délivrés, même si elles paraissent initialement sans importance. Pour cela, le pharmacien d'officine doit soigner ses interactions, que ce soit au niveau du verbal, du non-verbal, mais aussi du para-verbal.

1.1. Le verbal

1.1.1. La prise de contact – l'accueil

La prise de contact avec le patient et l'accueil qui lui sont réservés conditionnent toute la suite de l'interaction. Il faut veiller à accueillir le patient de façon positive avec tout ce que cela implique.

Il y a une grande importance des premiers mots engagés, cela permet de le mettre à l'aise afin qu'il puisse par la suite se livrer plus facilement. Pour cela, il faut bien évidemment ne pas négliger le premier « *Bonjour* » accompagné d'un sourire, signe de bienséance mais aussi de premier pas vers le patient. Si le patient est connu, il ne faut pas hésiter à y joindre son nom (« *Bonjour Mr L.* »), cela permet de personnaliser la relation. Le patient ne se sentira alors plus comme un patient lambda mais bien comme une personne à part entière.

1.1.2. Le questionnement

Par la suite, il y aura la nécessité d'un questionnement afin de mieux connaître le patient et pour pouvoir ensuite mieux déterminer son observance et son ressenti face à sa pathologie. Il faut procéder avec sympathie et respect, et avoir un bon contenu des échanges de façon générale pour pouvoir espérer une collaboration du patient.

Il faut aussi, avant de se lancer dans un questionnement, voir si le patient est réceptif afin qu'il ne prenne pas les questions comme une intrusion dans sa vie privée.

Exemple 1 :

Madame F. se présente à l'officine avec une ordonnance à renouveler pour son mari âgé de quarante-deux ans. Il s'agit du traitement habituel de son mari, prescrit par son médecin généraliste tous les six mois et comprenant un anti-inflammatoire pour ses douleurs ainsi qu'un protecteur gastrique, et un traitement pour son cholestérol trop élevé.

1 Kétoprofène LP 100 mg : 1 comprimé le soir
2 Oméprazole 20 mg : 1 gélule le matin à jeun
3 Atorvastatine 20 mg : 1 comprimé le soir

Traitement pour six mois

Pharmacien : « *Bonjour Madame* »
Madame F. : « *Bonjour, je viens pour renouveler l'ordonnance de mon mari, il ne veut que les deux premiers.* »
Pharmacien : « *Très bien Madame. Si je puis me permettre, il ne veut pas que je renouvelle aussi son médicament pour le cholestérol ?* »
Madame F. : « *Euh si le médicament pour le cholestérol… kétoprofène c'est ça ? Il ne veut pas de l'anti-douleur il va mieux* »
Pharmacien (montrant l'ordonnance) : « *En fait le kétoprofène est l'anti-inflammatoire pour ses douleurs, il est ici accompagné de l'oméprazole qui est un protecteur gastrique pour éviter les maux d'estomac liés à sa prise. C'est l'atorvastatine le médicament contre le cholestérol* »
Madame F : « *Ah bon ? Il ne le prend plus depuis plusieurs mois… Cela explique pourquoi sa dernière prise de sang était si mauvaise !* »

Pharmacien : « *Je vous remets donc la boîte d'atorvastatine, mais il faut tout de même informer le médecin de tout ça, et retourner le voir assez rapidement et avec la prise de sang afin qu'il puisse réévaluer la situation et voir si le traitement qu'il a aujourd'hui est encore bien adapté* »

Madame F. : « *Oui cela est prévu, il a rendez-vous la semaine prochaine ! On parlera au médecin de tout ça* »

Pharmacien : « *Très bien Madame. Il vous fallait autre chose pour aujourd'hui ?* »

Madame F. : « *Non, merci pour tout, bonne journée* »

Pharmacien : « *De rien bonne journée à vous aussi Madame.* »

Cette situation aurait pu être gérée totalement différemment, c'est-à-dire en ne délivrant que les deux premiers médicaments de l'ordonnance comme ce que souhaitait initialement Madame F. Même en demandant à Madame F. si les traitements étaient connus, elle aurait répondu oui, et le pharmacien serait passé à coté de l'inobservance thérapeutique de Monsieur F.

<u>Exemple 2 :</u>

Madame R., trente-cinq ans et présentant un terrain allergique, se présente à l'officine avec son ordonnance.

1 Bilaska® 20 mg : un comprimé le soir

2 Cromadoses® 2 pour cent : 1 goutte 2 à 6 fois par jour si besoin

Traitement pour 3 mois

Pharmacien : « *Bonjour Madame* »

Madame R. : « *Bonjour, je viens pour renouveler mon Bilaska®. J'ai encore des gouttes pour les yeux pas besoin de m'en remettre.* »

Pharmacien : « *D'accord. Je vois que c'est le deuxième mois que vous le prenez, tout se passe bien avec ce traitement ?* »

Madame R. : « *Eh bien pour tout vous dire il va falloir que je revois mon médecin car ça ne marche pas du tout… Pourtant ça fait bien un mois que je le prends, et bien le soir comme sur l'ordonnance !* »

Pharmacien : « *Vous voulez dire que vous avez encore des manifestations allergiques ?* »

Madame R. : « *Oui ! Le nez qui coule les yeux qui grattent etc.* »

Pharmacien : « *Je comprends, et puis avec le printemps ça n'arrange pas les choses… A quel moment de la soirée le prenez-vous ?* »
Madame R. : « *Je le prends au moment du repas tous les soirs, je ne l'oublie jamais…* »
Pharmacien : « *Alors en fait, c'est un médicament qui doit être pris à jeun, c'est-à-dire au moins 1h avant le repas ou deux heures après afin que ça ne perturbe pas son absorption dans l'organisme. Cela explique probablement qu'il n'y ait pas eu l'efficacité escomptée…* »
Madame R. (d'un air agacé) : « *Ah bon à jeun ? Je ne savais pas, on ne le l'a pas dit le mois dernier quand je suis venue chercher le médicament !* »
Pharmacien (d'un air désolé) : « *C'est un élément qui aurait dû être mentionné effectivement… Il serait bien de refaire un mois complet avec la boîte que je vais vous donner mais cette fois en le prenant bien à jeun, vous pouvez le prendre au coucher par exemple ? Et si ce n'est toujours pas efficace, le médecin pourra alors revoir tout ça et éventuellement prescrire un autre antihistaminique, car il y en a un grand nombre* »
Madame R. : « *D'accord faisons comme ça…* »

Le mois suivant, Madame R. se présente à l'officine avec la même ordonnance :

Pharmacien : « *Bonjour Madame R.* »
Madame R. : « *Bonjour voilà l'ordonnance je viens renouveler.* »
Pharmacien : « *D'accord, alors comment s'est passé ce second mois de traitement ?* »
Madame R. : « *Très bien ! Je l'ai pris au coucher et comme par miracle plus d'allergie !* »
Pharmacien : « *Je suis ravi ! Ce n'était donc qu'une question d'heure de prise et pas d'efficacité du traitement* »
Madame R. : « *Oui apparemment* »

Encore une fois, le questionnement a permis d'améliorer l'observance thérapeutique au niveau de la modalité de prise du Bilaska®. Aussi, il faut accepter le fait que le mois dernier toutes les informations que nous sommes sensé délivrer au patient n'ont pas été correctement délivrées ou du moins non retenues par la patiente, il faut donc savoir rester neutre et adapter le discours afin d'apaiser la patiente qui semble dans l'incompréhension.

Il convient donc de faire l'effort de communiquer de façon efficace avec chaque patient, et ne pas hésiter à le questionner avec bien sûr respect et la discrétion. Pour cela il y a deux types de questions qui peuvent être posées au comptoir.

1.1.2.1. Les questions fermées

Les questions fermées sont celles qui limitent le choix de réponses, comme par exemple : « *Avez-vous pris vos traitements ce matin ?* », « *Connaissez-vous bien le traitement ?* », « *Prenez-vous bien ce médicament en mangeant ?* ».

Elles offrent un choix de réponses peu diversifié, souvent « *oui* » ou « *non* », et empêchent donc de poursuivre la discussion. Le patient sera aussi influencé pour donner sa réponse car en disant qu'il n'a pas pris ses traitements par exemple, il aura probablement une crainte de se faire juger ou de se faire remarquer par rapport aux autres patients présents dans la pharmacie.

Au comptoir il faut donc les utiliser avec modération, ou les alterner avec des questions ouvertes pour éviter que cela ne s'apparente à un interrogatoire (ce qui peut être mal vu par le patient).

Aussi en cas de questions fermées il faut éviter de poser des questions qui influencent la réponse. Il faudra par exemple préférer « *Souhaitez-vous que je réécrive les posologies sur les boîtes ?* » à la place de « *Vous connaissez bien n'est-ce-pas je ne réécris pas sur les boîtes ?* », cela est plus neutre et mettra moins mal à l'aise le patient s'il y a nécessité d'écrire sur les boîtes.

1.1.2.2. Les questions ouvertes

Elles permettent quant à elles de répondre en s'exprimant librement sur un sujet, comme par exemple : « *Quelles-sont les difficultés que vous rencontrez pour prendre vos traitements ?* », « *Pourquoi ne prenez-vous plus ce médicament ?* », « *De quelle manière prenez-vous ce médicament ?* ».

Les réponses seront riches en informations et seront complètes puisque ce sont des questions qui invitent à parler d'eux même, ce qui favorisera donc l'échange. Il n'y aura pas de réponse préétablie et cela donnera moins l'impression d'un interrogatoire.

Néanmoins, si le patient ne semble pas réceptif, les questions fermées peuvent dans ce cas être une bonne alternative car elles permettent une bonne approche du patient. Cela donnera moins l'impression que le pharmacien essaye de s'immiscer dans sa vie privée.

1.2. Le non verbal

Comme le rappelle bien le célèbre dicton d'Henri Jeanson, « *Une première impression est toujours la bonne, surtout quand elle est mauvaise* ». Il faut ainsi veiller à faire bonne impression, notamment grâce aux gestes et aux expressions du visage. Différents éléments peuvent faire évoluer positivement le dialogue, comme par exemple un regard direct vers le patient. Cela mettra le patient en confiance contrairement au fait d'avoir le regard rivé sur l'ordonnance ou l'écran ce qui montrera un visage fermé. Dans ce cas cela instaurera une distance avec le patient.

Il y a aussi une importance d'un sourire bienveillant, d'être proche du comptoir avec dans l'idéal les mains ouvertes et non les bras croisés ou derrière le dos. Aussi, il ne faut pas hésiter à se pencher vers le comptoir en cas d'incompréhension du patient face à son ordonnance par exemple, dans le but d'expliquer plus précisément les choses, contrairement au fait de reculer qui serait alors pris par le patient comme un signe de fermeture et de fuite.

1.3. Le para verbal

Comme nous l'avons vu dans la seconde partie, le para verbal envisage ce qui est relatif à la voix, c'est-à-dire le ton, le volume, le rythme et le timbre. Il n'y a alors pas de règles bien précises étant donné qu'il faut s'adapter à chaque patient. Avec un patient plutôt réservé et parlant peu par exemple, il faudra essayer de parler doucement et lentement, d'être calme afin de ne pas le mettre mal à l'aise notamment par rapport aux autres personnes présentes dans l'officine. Il ne faudra pas augmenter le volume par exemple et être trop extraverti. Il pourra alors y avoir un repli sur soi du patient qui se sentira brusqué. Le fait de ne pas parler fort détermine aussi une des bases du métier de pharmacien, à savoir la confidentialité.

D'après l'Article 23 du code de déontologie pharmaceutique : « *Les services au patient doivent être fournis de façon confidentielle et discrète afin que la vie privée du patient soit toujours respectée.* »

Il est donc important de moduler tous ces éléments en fonction du patient, mais aussi en fonction des obligations déontologiques du pharmacien.

2. L'importance de l'écoute

2.1. L'écoute passive

Elle consiste à laisser le patient s'exprimer librement sans l'interrompre, lui laisser l'opportunité de se livrer. Il faut alors être ouvert et attentif, et il est mieux pour cela de regarder le patient dans les yeux et ne pas détourner le regard, cela l'encouragera à exprimer encore plus ses ressentis.

Avant d'expliquer plus amplement les traitements par exemple, il est plus judicieux de demander de quelle façon il les prend et d'opter pour une écoute active afin de seulement compléter les informations manquantes, plutôt que de le noyer d'informations, bien que l'éducation thérapeutique fasse partie intégrante du métier de pharmacien.

Aussi il est important de prendre le temps avec chaque patient, bien que ce ne soit parfois que de simples renouvellements. Il faut en effet prendre en considération que si une personne semble parfaitement connaître son traitement, elle peut aussi être persuadée de le prendre correctement alors que ce n'est pas le cas (comme nous avons pu le voir dans un exemple précédent avec le Bilaska®).

Il faut laisser le temps à chaque patient de s'exprimer, même si cela n'est pas toujours évident étant donné la charge de travail à l'officine (file d'attente s'allongeant, téléphone qui sonne…). Il est important de ne pas interrompre le patient et de s'adapter au mieux à la situation pour avoir une prise en charge idéale du patient.

L'écoute passive est ainsi très importante dans la relation patient - pharmacien, et doit être développée tout au long de notre exercice officinal.

2.2. L'écoute active

2.2.1. Définition

D'après le psychologue et psychothérapeute Carl Rogers dans son ouvrage La relation d'aide et la psychothérapie : « *L'écoute active est à la fois une technique et une attitude qui permet de considérer l'autre, de le prendre en compte. Écouter n'a rien à voir avec le fait d'être d'accord ou non avec ce que dit l'autre, c'est recevoir tout ce qu'il dit ou manifeste dans l'intention de comprendre sa pensée* » (2002)

Il s'agit donc de s'adapter à l'interlocuteur, et il faut pour cela savoir prendre du recul et accepter l'autre sans jugements ni préjugés, prendre en compte ses émotions et ses sentiments.

Tout le monde peut pratiquer l'écoute active, il n'y a pas besoin de formation particulière en psychologie par exemple. C'est une écoute centrée sur le patient et il faut pour cela être attentif, neutre et bienveillant.

Mais il ne suffit pas d'écouter, il faut aussi engager une réponse qui montre l'implication du pharmacien. Il faut écouter puis reformuler ce qui permet de confirmer ce qu'on a entendu, mais il ne suffit pas de reformuler en répétant mécaniquement, il faut faire l'effort de comprendre ce que le patient veut dire, et trouver un début de solution aux éventuels problèmes rencontrés.

2.2.2. Les reformulations

D'après l'ouvrage de Carl Rogers G. Marian Kinget, il y a quatre principaux types de reformulations (Psychothérapie et relations humaines, 1969) et celles-ci peuvent être aisément utilisées au comptoir.

2.2.2.1. La reformulation écho

Elle consiste à seulement répéter les paroles du patient, elle est d'ailleurs aussi appelée reformulation perroquet.

Exemple :
Patient : « *Je me sens fatigué ces temps-ci…* »
Pharmacien : « *Vous vous sentez fatigué ces temps-ci ?* »

Cela permet d'insister sur les propos et aussi de montrer au patient qu'il est écouté.

2.2.2.2. La reformulation reflet

Cette reformulation consiste à paraphraser ce que le patient vient de dire avec nos propres mots. Elle est aussi appelée reformulation miroir.

Exemple :

Patient : « *Je ne prend plus ce médicament car les horaires de prises ne me conviennent pas.* »

Pharmacien : « *En d'autres termes vous avez arrêté de prendre ce médicament car vous trouvez que cela vous gêne trop dans votre vie quotidienne ?* »

Cela invite tout d'abord le patient à se livrer encore plus, ce qui est favorable à la suite de la discussion, mais cela permet aussi de montrer au patient qu'il n'est pas juste écouté (comme avec la reformulation écho) mais qu'il est aussi compris.

2.2.2.3. La reformulation synthèse

Il s'agit de résumer les propos du patient, c'est pour cela qu'elle est aussi appelée reformulation résumée.

Exemple :

Patient : « *Je devrais prendre mon médicament anti-inflammatoire en mangeant mais vu que j'oublie je le prends le plus souvent à jeun. Je le prends lorsque la douleur se réveille et généralement c'est lorsque je ne suis pas chez moi, c'est surtout lorsque je suis en réunion. Je ne peux donc pas manger quelque chose en même temps, alors je le prends comme ça. Mais ces temps-ci je commence à ressentir des maux de ventre, je pense que c'est à cause de ça…* »

Pharmacien : « *Pour résumer vous ne prenez pas votre ibuprofène en mangeant et cela vous provoque donc des maux d'estomac ces temps-ci ?* »

Cela permet de recentrer les propos et de dégager l'essentiel. Cela permet aussi de préciser la pensée du patient si elle s'avère inexacte.

Exemple :

Patient : « *Oui enfin je pense que c'est ça qui me provoque des maux de ventre je n'en suis pas sûr du tout !* »

2.2.2.4. La reformulation clarification

Elle permet d'aller plus loin dans ce qui a été dit, en prenant en compte ce qu'on a cru comprendre entre les lignes ou ce qu'on a déduit. Elle est aussi appelée reformulation élucidation.

Exemple :
Patient : « *Je ne vais pas pouvoir continuer comme ça avec mes injections d'insuline…* »
Pharmacien : « *En clair vous voulez arrêter de faire vos injections ?* »

Elle permet de clarifier la pensée du patient, et peut aussi l'amener à réagir.

Exemple :
Patient : « *Oui vous avez très bien compris, je commence à en être à bout de tout ça.* »

L'écoute active est une technique de communication qui ne doit pas être négligée. C'est en effet la forme optimale d'écoute et elle permet de développer l'empathie qui est très importante dans la relation patient – pharmacien et que nous allons voir prochainement.

3. L'empathie

3.1. Définition

Carl Rogers écrit dans un de ses ouvrages : « *Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si »* ». (A way of being, 1980)

Pour lui, être empathique est le fait de se mettre à la place d'une personne mais tout en restant émotionnellement indépendant. Il y aura une réponse émotionnelle face à une émotion provenant d'autrui mais il faut tout de même distinguer soi et autrui pour pouvoir réguler ses propres réponses émotionnelles. Il faudra prendre en compte ce que le patient ressent, identifier ses sentiments en prenant note de ce qu'il dit au niveau verbal mais aussi du comportement non verbal. Il faudra aussi utiliser la reformulation que nous avons vu précédemment afin d'avoir une réponse empathique et d'être donc dans l'écoute active.

L'empathie est essentielle à la fondation de la relation patient – pharmacien, le patient sera alors encouragé à se livrer, à exprimer ses préoccupations et ses sentiments. Aussi, il n'est pas rare qu'un patient nous dise que tout va bien pour lui alors que son attitude traduise le contraire. Il convient donc d'y être attentif.

3.2. Exemple

Madame M., soixante-cinq ans, se présente à l'officine avec son ordonnance prescrite par son diabétologue. L'ordonnance présente ses injections d'insuline ainsi que le nécessaire d'injection et de mesure de la glycémie.

1 Lantus® 100U/ML Solostar : 28 U le soir
2 Apidra® 100U/ML Solostar : 7 U le matin, 8U le midi, 9U le soir
3 Lancettes Accu-Chek® Fastclix
4 Bandelettes Accu-Chek® performa
5 Aiguilles BD® Microfine 5 mm

Traitement pour six mois

Madame M. : « *Bonjour, je viens pour renouveler mes insulines. Mais je crois que je vais arrêter tout ça…* »
Pharmacie : « *Vous allez arrêter avec tout ça c'est-à-dire ?* »
Madame M. : « *J'en ai marre je vais arrêter les injections. Tant pis il faut bien mourir de quelque chose de toute façon !* »
Pharmacien : « *Non il ne faut pas dire ça, vos traitements sont très importants !* »
Madame M. : « *Oui c'est ce qu'on n'arrête pas de me répéter. Bon je vais vite prendre mes injections je suis pressé s'il vous plaît…* »
Pharmacien : « *Oui je reviens.* »
Le pharmacien va chercher les médicaments et les délivre.

Le pharmacien va chercher les boîtes de médicaments et ne demande pas plus d'informations, pourtant il y a un évident mal-être de la patiente. Malgré le fait que le pharmacien ai rappelé l'importance du traitement, il n'y a pas eu de questionnement ni d'empathie. Madame M. retourne donc à son domicile avec la même envie d'arrêter ses injections d'insuline, ce qui est très dangereux pour sa santé.

La situation aurait pu être gérée différemment comme le montre l'exemple suivant.

Madame M. : « *Bonjour, je viens pour renouveler mes insulines. Mais je crois que je vais arrêter tout ça…* »

Pharmacien : « *Bonjour Madame M., qu'est-ce qui ne va pas aujourd'hui ? Vous m'avez l'air bien ennuyée…* »

Madame M. : « *Oui je commence à en avoir marre de tout ça…* »

Pharmacien : « *Vous commencez à en avoir marre de tout ça ? Qu'est-ce-qui vous embête ces temps-ci dites moi tout…* »

Madame M. : « *Je n'ai plus la force ces temps-ci…* »

Pharmacien : « *Vous n'avez plus la force par rapport à quoi Madame M.* ? »

Madame M. : « *Je n'arrive plus à m'en sortir avec mes traitements.* »

Pharmacien : « *Avec tous vos traitements ?* »

Madame M. : « *Avec mon insuline… Lorsqu'on est invité je dois m'isoler pour faire mon injection ça commence à devenir pesant... Je ne peux pas faire comme tout le monde et rester dans le salon, je dois aller faire mes injections dans la salle de bain…* »

Pharmacien : « *D'accord je comprends… Vous avez l'impression d'être mis de côté à cause de votre pathologie c'est ça ?* »

Madame M. : « *Oui d'être mise de côté et d'être incomprise…* »

Pharmacien : « *Incomprise par les personnes qui vous entourent ?* »

Madame M. (commençant à s'ouvrir) : « *Oui je me sens incomprise par mon mari, je ne me sens pas soutenue…* »

Pharmacien : « *Pourquoi vous ne vous sentez pas soutenue ?* »

Madame M. : « *Je ne sais pas il mange pleins de sucreries à côté de moi, ça ne m'aide pas…* »

Pharmacien : « *Oui ça ne doit pas être évident. Avez-vous essayé de lui en parler ?* »

Madame M. : « *Non pas vraiment…* »

Pharmacien : « *Vous devriez peut-être essayer de lui en parler ? De lui dire comme vous ressentez les choses ?* »

Madame M. (haussant les épaules) : « *Oui peut-être bien…* »

Pharmacien : « *Après lui avoir parlé vous aurez peut-être plus de soutien de sa part. Surtout que ce sont des traitements très importants qu'il ne faut surtout pas arrêter, même si cela peut être contraignant et ça je le conçois totalement.* »

Madame M. : « *Oui contraignant c'est le cas de le dire. Je vais essayer de lui parler on ne sait jamais !* »

Pharmacien : « *Oui c'est ce que vous devriez faire. Aussi, je ne sais pas si vous connaissez, mais il existe des associations de patients, et il y a des réunions de groupe ce qui peut être intéressant. Tout le monde peut échanger, et au moins les patients sont diabétiques donc il y a une compréhension les uns des autres. Ces associations permettent de rassurer et d'accompagner les patients, de donner des conseils etc.* »

Madame M. : « *Je ne connais pas du tout…* »

Pharmacien : « *Des patients de l'officine font ça et j'ai de très bons retours sur ces réunions. Je peux vous donner des coordonnées si vous le souhaitez ?* »

Madame M. : « *Oui pourquoi pas* »

Pharmacien : « *Je pense que ça vous fera du bien de parler et d'avoir en plus un accompagnement. Vos injections d'insuline sont très importantes et il ne faut pas les arrêter ni se décourager. Aussi sachez qu'en cas de doute ou autre par rapport à vos traitements, nous sommes aussi là pour vous écouter et pour vous conseiller.* »

Madame M. : « *D'accord je vous remercie pour votre gentillesse et votre écoute en tout cas.* »

Pharmacien : « *De rien Madame M.* »

Avec la même patiente et le même problème de non-observance, la situation a été gérée totalement différemment. Dans ce deuxième cas, le pharmacien a posé des questions et a fait preuve d'empathie, la patiente a ainsi pu être en confiance et s'est livrée. Elle a été encouragée, s'est sentie comprise et remercie le pharmacien pour son écoute, son empathie, ce dont elle avait besoin. Elle repart aussi avec les coordonnées d'une association pour patients diabétiques, ce qui pourra l'accompagner et l'aider tout au long de sa maladie.

L'empathie permet donc parfois de donner une toute autre tournure aux évènements, elle doit donc être utilisée et travaillée tout au long de l'exercice officinal, bien que certaines personnes soient plus aptes à en faire preuve que d'autres.

4. Le monopole du suivi pharmaceutique par le pharmacien d'officine

4.1. La proximité avec le patient

4.1.1. La disponibilité du pharmacien

Le pharmacien est un acteur de santé publique qui a un rôle privilégié. En effet il a un rôle de proximité de part le grand nombre d'officines présentes sur le territoire et bien dispersées géographiquement. Il a aussi une grande disponibilité au niveau des plages horaires, ce qui permet aux patients de s'y rendre pour chercher leurs traitements ou demander des conseils à des heures adaptées à leur emploi du temps, comme par exemple après le travail ou le encore le samedi. Les patients ont ainsi une certaine facilité à s'adresser au pharmacien étant donné leur proximité avec la patientèle.

4.1.2. La fréquence de rencontre avec le patient

Le pharmacien a pour rôles principaux de délivrer les médicaments aux patients, de les aider à mieux comprendre leur maladie et leurs traitements, ainsi que de les accompagner tout au long de celle-ci.

Pour les accompagner, le pharmacien a l'avantage de voir les patients tous les mois au renouvellement des ordonnances étant donné que les délivrances se font au mois (sauf exception des conditionnements trimestriels ou encore pour les départs prolongés en vacances). Il peut donc voir l'évolution du patient, dialoguer et voir comment il supporte ses traitements, et il est en première ligne pour dépister l'inobservance thérapeutique.

Le médecin est aussi à même de dépister cette inobservance mais étant donné que la fréquence des ordonnances est rarement d'un mois mais souvent de trois mois, six mois ou même un an pour les traitements chroniques, il a moins la possibilité de s'en rendre compte. De plus, il n'a pas la connaissance de ce que le patient vient réellement chercher à la pharmacie, le patient peut effectivement se rendre chez son médecin, récupérer une ordonnance mais ne pas aller chercher les médicaments par la suite.

Les pharmaciens ont donc un rôle privilégié dans le dépistage de l'inobservance thérapeutique.

4.1.3. Le dossier pharmaceutique

En plus de voir les patients tous les mois ou presque, le pharmacien possède leur dossier pharmaceutique, ce qui permet de voir les traitements délivrés et la date de délivrance. Si un patient n'est pas venu les chercher depuis plusieurs mois, le pharmacien peut alors intervenir afin de le convaincre de reprendre son traitement ou de chercher une solution pour qu'il puisse devenir plus observant. Il peut aussi orienter vers le médecin traitant ou le spécialiste si la situation paraît trop complexe.

Cela n'est malheureusement pas possible pour les patients de passage et qui ne possèdent pas de dossier pharmaceutique puisqu'il faut rappeler qu'il n'est pas obligatoire et que nous sommes tenu de demander au patient son accord avant chaque création.

Au-delà des ordonnances rédigées par le médecin, le pharmacien peut en effet savoir ce qui a été effectivement donné au patient. Il est très fréquent pour une ordonnance donnée que le patient dise « *Mettez-moi tout sur l'ordonnance sauf celui-là car j'en ai encore* ». Un discours comme celui-ci doit amener le pharmacien à s'interroger sur l'observance, en questionnant le patient pour en savoir plus. Lorsque les conditionnements médicamenteux sont de vingt-huit ou trente jours et que le patient ne prend pas les boîtes tous les mois, cela peut être un premier signe d'alerte. Il faut alors demander si le patient ne le prend pas car il en a encore, ou bien car il a arrêté de prendre son traitement.

Il est important pour le pharmacien de faire ce pas, en adaptant bien sûr l'approche et les mots en fonction du patient pour ne pas qu'il se mette sur la défensive, car cela peut être délicat et mal pris pour le patient. Si malgré toutes les précautions prises le patient prend mal la question, des réponses peuvent être convaincantes comme par exemple : « *Je suis désolée mais votre santé dépend de ce traitement il m'est donc important de vous rappeler* tout ça ». Il est dans notre devoir de questionner le patient même si la question semble difficile ou personnelle et que le patient pourrait mal réagir.

Exemple :

Monsieur S., soixante-trois ans, se présente à l'officine avec une ordonnance du médecin traitant de la date du jour. Il s'agit de son traitement habituel qu'il a depuis plusieurs années, à savoir un antidiabétique oral, un anti-agrégeant plaquettaire, ainsi que du paracétamol en cas de douleurs.

1 Metformine 1000 mg : un comprimé matin, midi et soir

2 Kardegic® 160 mg : un sachet le midi

3 Paracétamol 1g : un comprimé matin, midi et soir si douleurs

Traitement pour trois mois

Pharmacien : « *Bonjour Monsieur* »

Monsieur S. : « *Bonjour, voilà mon ordonnance.* »

Pharmacien : « *Merci* »

Le pharmacien revient avec toutes les boîtes et les pose sur le comptoir, Monsieur S. pointant du doigt la metformine :

Monsieur S. : « *Par contre je ne vais pas prendre celui-là.* »

Pharmacien : « *D'accord je ne le remets pas. Vous en avez encore à la maison ? Car si je peux me permettre je vois dans votre dossier qu'on ne vous en a pas délivré depuis plus de trois mois* »

Monsieur S. : « *Non en fait je ne le prends plus vraiment…* »

Pharmacien : « *Ah bon vous ne le prenez plus… Pour quelle raison ?* »

Monsieur S. : « *Ca me donne des troubles digestifs, des diarrhées, donc j'ai arrêté de le prendre, à quoi il sert déjà ?* »

Pharmacien : « *C'est un médicament pour votre diabète, il permet d'éviter que le taux de glycémie devienne trop élevé, c'est donc très important que vous le preniez… Le preniez-vous bien en mangeant ? Cela permet de limiter les troubles digestifs* »

Monsieur S. (commençant à s'agacer) : « *Oui on me l'a déjà dit et je l'ai pris en milieu de repas mais ça ne change rien alors je ne le prends plus et c'est définitif n'insistez pas.»*

Pharmacien : « Vous devriez tout de même en parler à votre médecin, car il existe un médicament presque équivalent, le Stagid®, c'est de la metformine aussi mais sous une autre forme, et celui-ci provoque moins de troubles digestifs. Vous pourriez essayer, peut-être que celui-ci irait mieux ? »

Monsieur S. (d'un air attentif) : « *Ah bon…* »

Pharmacien : « *Oui, ça ne coûte rien d'essayer, et au moins votre glycémie sera bien équilibrée, ce qui est très important pour éviter les complications à l'avenir.* »

Monsieur S. *: « Oui je sais le médecin me le répète à chaque fois, surtout que ma prise de sang n'est pas très bonne...* »

Pharmacien : « *Voilà donc une bonne raison pour reprendre le traitement !* »

Monsieur S. : « *Bon, je vais voir pour prendre rendez-vous prochainement alors...* »

Pharmacien : « *Entendu, et j'espère donc vous revoir prochainement avec votre nouveau traitement !* »

Ici, ce patient ne semble pas très ouvert à la discussion dès le départ. Il est donc important lorsqu'il nous dit de ne pas remettre la metformine de ne pas tout de suite le questionner en lui demandant « *Pourquoi vous ne le prenez plus ? Vous ne devez pas arrêter comme ça sans avis médical !* », car cela pourrait être très mal pris et le patient risque de se braquer.

Aussi, nous allons dans son sens en disant « *D'accord je ne le remets pas.* ». Cela permet au patient de se sentir écouté et non jugé. Il faudra ensuite adapter le discours en fonction du patient afin de mieux comprendre les raisons de cette non-observance thérapeutique, et rechercher les bons arguments afin de le convaincre de reprendre sont traitement.

Nous parlons aussi des éventuelles complications, puis proposons une solution c'est-à-dire un autre médicament ayant la même efficacité mais avec moins de troubles digestifs. Cela permet de ne pas faire de leçon de morale au patient, mais plutôt lui trouver une solution qui lui est propre et qui rend la relation encore plus personnalisée.

Le dossier pharmaceutique nous donne ainsi une opportunité supplémentaire de détecter l'inobservance thérapeutique, il ne faut donc pas la négliger.

4.1.4. Une relation de confiance à juste distance

Pour pouvoir aborder le sujet de la non-observance qui est quelque peu délicat, le pharmacien a l'avantage d'avoir une certaine proximité avec le patient, et d'avoir pour les patients réguliers une connaissance du contexte familial et professionnel. Le pharmacien est aussi présent de l'annonce du diagnostic jusqu'à la mise en route des traitements, ainsi que tout au long de sa prise en charge.

Le pharmacien pourra grâce à une relation de confiance encourager le patient et dissiper ses doutes et inquiétudes. Il faudra également une relation à juste distance, et il faut pour cela une évidente sympathie et serviabilité de la part du pharmacien avec un bon contenu social des échanges, mais sans négliger le professionnalisme et l'image sérieuse qui doit s'en dégager.

Un pharmacien très compétent mais qui manque de relationnel aura plus de difficultés à avoir un impact au niveau de ses conseils et à fidéliser la patientèle. Le fait de fidéliser le

patient permet un meilleur suivi, et il n'est pas rare que les patients attachés à une certaine pharmacie refusent d'aller dans une autre, avec des discours comme « *Je viens ici car on est toujours bien servi !* », ou même « *Je ne viens que maintenant car j'étais en déplacement et je ne voulais pas aller ailleurs, quand on a nos petites habitudes !* ».
Ces personnes sont tout d'abord reconnaissantes de l'accueil qui leur est réservé, d'où l'importance de l'accueil comme nous l'avons vu précédemment. Ils ont un attachement à « leur » pharmacie et sont aussi reconnaissants des compétences des pharmaciens. Cette relation de confiance permet ainsi une certaine collaboration.

Il est donc important de ne pas négliger cet aspect du métier, qui peut parfois être oublié lors des études pharmaceutiques qui sont plus théoriques que pratiques, bien que les cours de communication soient en expansion dans le domaine pharmaceutique et plus généralement médical.

4.2. Le contact avec les médicaments et dispositifs médicaux

Lorsqu'un patient se présente à l'officine et que nous délivrons les médicaments, il y a l'avantage de pouvoir ouvrir les boîtes et de montrer les produits. Pour un collyre sous forme d'unidoses par exemple, nous pouvons les montrer, indiquer comment elles s'ouvrent et préciser qu'il faut la jeter après chaque utilisation car celles-ci ne possèdent pas de conservateur. L'explication peut le cas échéant paraître un peu abstraite si le patient n'a jamais vu d'unidoses.

Il en est de même pour les pommades ophtalmiques, le patient paraît souvent perplexe à l'idée de se mettre de la pommade dans l'œil et il est important de bien préciser les modalités d'utilisation afin d'avoir une efficacité optimale du produit.

De la même façon, lorsqu'il y a des techniques d'administration particulières comme par exemple des systèmes d'inhalation (traitements de fond et de crise d'asthme, injections d'insuline pour les personnes diabétiques), il convient de vérifier après explication que les gestes ont bien été compris, en demandant éventuellement au patient de réaliser le geste devant nous. Cette mise en pratique du patient permet de s'assurer que les gestes ont bien été assimilés.

Cela peut s'intégrer dans une démarche d'éducation thérapeutique, que nous verrons dans une prochaine partie.

Exemple :

Monsieur T., vingt-huit ans, se présente à l'officine avec son ordonnance prescrite par son médecin traitant. L'ordonnance présente son traitement pour l'asthme ainsi qu'un anti-histaminique anti-allergique. Il vient renouveler son troisième mois.

1 Ventoline® : 2 bouffées en cas de crise

2 Seretide® Diskus 500µg/50µg/dose: 1 dose matin et soir

3 Lévocétirizine : 1 comprimé le soir

Traitement pour six mois

Monsieur T. : « *Bonjour je viens vous voir car je n'ai plus de Ventoline®* »

Pharmacien : « *D'accord… Par contre je vois dans votre dossier pharmaceutique qu'on vous en a déjà donné une boîte il y a quinze jours, vous n'en avez déjà plus ?* »

Monsieur T. : « *J'en prends beaucoup en ce moment je fais pas mal de crise…* »

Pharmacien : « *Vous faites des crises à quelle fréquence environ ?* »

Monsieur T. : « *Presque tous les jours c'est invivable ces temps-ci…* »

Pharmacien : « *D'accord, et au niveau du Seretide® Diskus le prenez-vous bien tous les jours comme indiqué sur l'ordonnance ?* »

Monsieur T. : « *Non j'oublie assez souvent à vrai dire, et quand je prends ma dose j'ai l'impression que ça ne me fait rien du tout. Alors qu'avec la Ventoline® ça marche tout de suite !* »

Pharmacien : « *Oui c'est normal, la Ventoline® a un très court délai d'action contrairement au Seretide® Diskus, c'est le traitement de la crise, mais le Seretide® Diskus doit tout de même être pris tous les jours car il constitue votre traitement de fond. C'est ce traitement qui vous empêchera de faire des crises en réalité.* »

Monsieur T. : « *Oui mais je l'ai fait deux mois ça ne m'a rien fait du tout.* »

Pharmacien : « *Et au niveau de l'utilisation tout se passe pour le mieux ? Je vais vous chercher une boîte et on va voir ensemble pour l'utilisation…* »

Monsieur T. : « *Non je n'ai pas de souci pour l'utiliser, oui allez-y…* »

Le pharmacien revient avec une boîte de Seretide® Diskus

Pharmacien : « *Je vous laisse le faire devant moi ?* »

Monsieur T. : « *Oui alors ce n'est pas compliqué on ouvre par ici et on inspire là* »

Le patient a ici oublié de charger la dose avant inspiration

Pharmacien : « *Est-ce que vous appuyez sur ce piston d'habitude avant d'inspirer ?* »

Monsieur T. : « *Euh non jamais* »

Pharmacien : « *Alors en fait si vous ne pressez pas ce piston la dose n'est pas chargée, le traitement n'est donc pas pris, je comprends mieux pourquoi ça ne vous faisait aucun effet !* »
Monsieur T. : « *Ah bon j'ai toujours fait comme ça pourtant…* »
Pharmacien : « *Je vous laisse donc recharger la dose maintenant et la prendre* »
Monsieur T. presse le piston et prend sa bouffée de Seretide
Monsieur T. : « *Voilà c'est fait, je n'avais jamais fait attention au piston voyez-vous…* »
Pharmacien : « *Et il faut faire ceci tous les matins, il devrait y avoir moins de crises maintenant, et vous aurez donc moins besoin de votre Ventoline* »
Monsieur T. : « *Oui je vais réessayer comme ça du coup merci beaucoup* »
Pharmacien : « *Je vous rappelle aussi qu'il faut se rincer la bouche après chaque utilisation de Seretide pour éviter les petites mycoses buccales vu que c'est un corticoïde* »
Monsieur T. (souriant) : « *Oui ça je le faisais déjà, enfin ça ne servait à rien du coup !* »
Pharmacien : « *Très bien. Et si même en prenant le traitement de cette manière il y a toujours autant de crise, il faudra voir avec le médecin traitement pour éventuellement le modifier* »
Monsieur T. : « *D'accord merci* »

Ici, le fait de demander à la personne de nous montrer comment elle procède nous a permis de voir qu'elle n'utilise pas le dispositif correctement, et nous pouvons donc rectifier sa façon de faire. Cela peut être très utile pour compléter les connaissances actuelles du patient. Cela peut aussi entrer dans le cadre d'un entretien pharmaceutique, que nous reverrons plus en détail dans une prochaine partie.

Le fait de délivrer les traitements et d'avoir cette proximité avec le patient nous donne donc l'opportunité d'expliquer avec plus de clarté, il ne faut donc pas hésiter à sortir les médicaments et dispositifs des boîtes afin d'expliquer plus précisément les choses.

4.3. Les plans de posologie et fiches conseils

4.3.1. Les plans de posologie

Pour compléter les informations qu'il délivre, le pharmacien d'officine a aussi la possibilité de distribuer des plans de posologie individuels qui se présentent sous forme de tableaux et qui sont facilement réalisables grâce aux logiciels de gestion officinale.

Voici un exemple de tableau qui pourrait être distribué au comptoir, et qui peut être pré-rempli par le logiciel informatique utilisé à l'officine :

Médicaments (DCI / noms de spécialité)	Horaires de prise				Durée de traitement	Explication(s)	Commentaire(s)
	Matin	Midi	Soir	Coucher			

Annexe n°4 : Plan de posologie (OMEDIT Aquitaine – mai 2016)

Cela permet d'organiser les prises médicamenteuses de façon détaillée et en fonction des habitudes de vie de chaque patient. Le pharmacien indique le nom du médicament et de son générique, note le nombre de comprimés à administrer, à quel moment il doit les prendre, et éventuellement la durée de traitement si c'est pour une courte durée (antibiotique par exemple). Il peut éventuellement ajouter des explications comme « à prendre en mangeant » s'il s'agit d'un anti-inflammatoire, ou « à prendre à jeun » pour un traitement par Levothyrox®, ainsi que des commentaires comme par exemple l'utilité du traitement (« antihypertenseur », « pour l'anxiété », « pour dormir »).

Cela peut aider les patients, notamment les personnes âgées souvent poly-pathologiques ou présentant des troubles cognitifs liés à la vieillesse, qui peuvent se perdre parmi tous leurs traitements. Cela permet alors d'améliorer l'observance thérapeutique et ne prend pas beaucoup de temps à l'officine. L'essentiel est de savoir le proposer aux patients, et de déterminer les patients qui sont susceptibles d'en avoir besoin.

Cela peut aussi être une aide pour les patients qui réalisent leur pilulier hebdomadaire, le plan de posologie sera alors plus lisible et mieux organisé qu'une ordonnance, parfois écrite à la main par le médecin et difficile à déchiffrer pour le patient.

4.3.2. Les fiches conseils

En plus des plans de posologie, le pharmacien peut distribuer des fiches pratiques que le patient pourra lire à tête reposée, comme par exemple la fiche suivante réalisée par l'OMEDIT que l'on retrouve facilement sur leur site internet. Cette fiche concerne le Tarceva® qui est un agent anticancéreux indiqué dans le traitement de certains cancers du poumon et du pancréas.

CONSEILS AUX PATIENTS

Le TARCEVA® est pris **une fois par jour, au même moment tous les jours**, de préférence le matin. Il doit être pris avec un grand verre d'eau, **à jeun, une heure avant ou deux heures après un repas.**

Ne pas **écraser** ou **mastiquer** les comprimés. Demandez conseil à votre médecin ou pharmacien, si vous ne pouvez pas avaler les comprimés.

Se laver soigneusement les mains avant et après chaque manipulation des comprimés.

Ne pas laisser à portée des enfants.

Ne pas jeter les emballages ni les comprimés dans votre poubelle. Rapportez les à votre pharmacien.

Ne pas boire de jus de pamplemousse ni manger de **pamplemousse** pendant le traitement.

Si vous avez oublié de prendre vos comprimés de TARCEVA®, ne prenez pas la dose oubliée et ne doublez pas la dose suivante. Prenez la dose habituellement prescrite le jour suivant et noter cet oubli dans le carnet de suivi.

Ne jamais arrêter le traitement ou modifier le rythme d'administration sans avis du médecin prescripteur.

Ne pas prendre TARCEVA® en cas de grossesse et d'allaitement. Utilisez une méthode de contraception efficace pendant toute la durée du traitement et jusqu'à 2 semaines après la fin de celui-ci.

En cas de souillure des draps ou des vêtements (vomissements...), laver ce linge immédiatement et séparément, en machine à température élevée (60-90°C).

Il est conseillé aux hommes d'uriner en position assise pour éviter une contamination accidentelle.

Contactez rapidement le médecin en cas de:
- toux ou de difficulté à respirer.
- aggravation d'une éruption cutanée (bulles sur la peau).

Rédigée par l'OMéDIT de Haute-Normandie — Validée par le Réseau Onco-Normand

- 2 -

Annexe n°5 : Fiche conseil Tarceva® (OMEDIT)

La fiche est présentée de façon à ne pas noyer d'informations le patient, elle inclut des pictogrammes et est très synthétique. Cela permet tout d'abord de rappeler la posologie ainsi que les modalités de prise, par exemple ici une fois par jour, de préférence le matin et strictement à jeun. Certains éléments en gras ou en italique sont mis en avant ce qui permet au patient de déterminer les informations les plus importantes.

Une petite fiche telle que celle-ci peut aider à être observant et accompagner le patient en cas de situation compliquée, notamment en cas d'oubli de comprimé. Il ne faut donc pas négliger la distribution de ce type de fiches à l'officine.

De nombreuses méthodes permettent d'aider le patient à être plus observant, et nous allons maintenant voir les évolutions dans ce domaine.

PARTIE IV : LES PERSPECTIVES D'EVOLUTION FAVORABLES A LA COMMUNICATION

1. De nouvelles missions déléguées au pharmacien d'officine

Il y a eu une évolution des missions des pharmaciens d'officine notamment suite à la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) du 21 juillet 2009. Cette loi a fait suite à la désertification médicale et a eu pour objectif de réorganiser la chaîne de soins. Elle a ainsi délégué aux pharmaciens d'officine d'autres missions.

« *Structures traditionnelles de la pharmacie, les officines de ville disposent désormais d'un rôle renforcé. Leurs missions, jusque-là consacrées à la dispensation au détail des médicaments et des produits, et à l'exécution de préparations magistrales et officinales, sont intégrées dans l'offre de soins globale. Les pharmacies d'officine sont maintenant placées dans le système de santé tout entier, essentiellement par la participation aux soins de premier et de second recours, au service public de la permanence des soins, à l'éducation thérapeutique, aux actions d'accompagnement des patients.* » (La loi HPTS à l'hôpital, les clés pour comprendre, Ministère des Solidarités et de la Santé, 2010)

Les missions des pharmaciens d'officine sont donc désormais énoncées dans le Code de la Santé Publique et sont les suivantes :

- contribution aux soins de premier recours, les pharmaciens d'officine réalisent en effet des soins de proximité. Ils délivrent les médicaments et dispositifs médicaux avec les conseils associés, et peuvent aussi participer au dépistage en prenant la tension des patients, en mesurant leur glycémie capillaire, ou encore en réalisant les analyses d'urine. Ils participent aussi à la prévention et participent aux premiers soins lors de plaies ou brûlures par exemple
- participation à la coopération entre professionnels de santé
- participation à la mission de service public de la permanence des soins avec une continuité d'accès aux soins grâce aux services de garde et d'urgence
- participation aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé
- participation à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients, avec notamment les entretiens pharmaceutiques

- possibilité d'assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement de santé
- possibilité d'être désignés comme correspondant au sein d'une équipe de soins par le patient
- peuvent proposer des conseils ou des prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes

Grâce à cette loi, les missions des pharmaciens ont pu être clairement définies pour la première fois et cette activité à ainsi pu être intégrée au sein du système de soins. Nous développerons dans la prochaine partie la mission d'éducation thérapeutique et d'accompagnement du patient, celle-ci étant au centre de la communication patient - pharmacien.

2. L'éducation thérapeutique du patient

2.1. Définition

L'éducation thérapeutique du patient « *vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.* » (rapport OMS-Europe, 1996)

L'éducation thérapeutique peut être proposée à toute personne ayant une maladie chronique, ainsi qu'aux proches du patient afin de mieux comprendre la maladie et les traitements, ce qui peut aider le patient à mieux vivre sa maladie au quotidien et ainsi améliorer la qualité de vie. Tout professionnel de santé peut informer le patient qu'il a la possibilité de bénéficier d'une éducation thérapeutique. (Haute Autorité de Santé)

Le programme d'éducation thérapeutique se planifie en quatre étapes et propose un cadre logique et cohérent.

2.2. Les différentes étapes de l'éducation thérapeutique (Haute Autorité de Santé)

2.2.1. Elaborer un diagnostic éducatif

Pour élaborer un diagnostic éducatif, il faut pratiquer l'écoute active. Le but est d'apprendre à connaître le patient, identifier ses besoins, ses attentes et sa réceptivité à la proposition de l'éducation thérapeutique. Il faut appréhender les différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, évaluer ses potentialités et prendre en compte ses demandes et son projet. Il s'agit d'appréhender la manière de réagir du patient à sa situation et ses ressources personnelles, sociales, environnementales.

2.2.2. Définir un programme personnalisé d'éducation thérapeutique du patient avec des priorités d'apprentissage

Il s'agit de formuler avec le patient les compétences à acquérir au regard de son projet ainsi que la stratégie thérapeutique. Il faut négocier avec lui les compétences afin de planifier un programme individuel, et les communiquer sans équivoque au patient et aux professionnels de santé impliqués dans la mise en œuvre et le suivi du patient.

2.2.3. Planifier et mettre en œuvre des séances d'éducation thérapeutique du patient individuelle ou collective, ou en alternance

Il faut sélectionner les contenus à proposer lors des séances d'éducation thérapeutique, les méthodes et techniques participatives d'apprentissage, ainsi que réaliser les séances.

2.2.4. Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme

Il s'agit de faire le point avec le patient sur ce qu'il sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et appliquer, et sur ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir. Cela permet aussi de lui proposer une nouvelle offre d'éducation thérapeutique du patient qui tient compte des données de cette évaluation.

L'éducation thérapeutique à l'officine peut se réaliser par les entretiens pharmaceutiques, qui concernent actuellement les patients sous anticoagulants oraux, les

patients asthmatiques, ainsi que les patients âgés à risque iatrogénique. Cette éducation thérapeutique du patient est capitale dans le processus d'observance des patients. En effet, un patient suit forcément mieux un traitement lorsqu'il en comprend l'utilité et le bien-fondé.

2.3. Les entretiens pharmaceutiques

2.3.1. Les entretiens antivitamines K (AVK) et Anticoagulants d'Action Directe (AOD)

Les entretiens pharmaceutiques ont pu débuter à l'officine le 28 juin 2013 après la publication de l'avenant n°1 au Journal Officiel. Ce dispositif a tout d'abord concerné les patients majeurs sous traitements par antivitamines K (AVK) de façon chronique, à savoir depuis au moins six mois. L'objectif de ces entretiens est d'obtenir un meilleur suivi du patient ainsi qu'une meilleure adhésion thérapeutique, les anticoagulants étant des médicaments à faible marge thérapeutique qui peuvent provoquer des hémorragies ou thrombose si les modalités de prises ne sont pas optimales. Ces entretiens on été jugés utiles car les anticoagulants constituent la première cause de iatrogénie en France et provoquent chaque année un grand nombre d'hospitalisations et de décès.

Ces entretiens favorisent le bon usage du médicament, le pharmacien a la possibilité d'évaluer la connaissance par le patient de son traitement et peut ainsi délivrer des informations supplémentaires sur la posologie, les modalités de prise, les précautions d'emploi, et l'importance de la mesure régulière de l'INR. Ils permettent aussi d'assurer une prise en charge personnalisée et optimale de chaque patient. Cela renforce les rôles de conseils, d'éducation et de prévention du pharmacien.

Un an après la mise en place des entretiens AVK, une évaluation a été réalisée par la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie). Cette étude a montré que 63 % des officines avaient mis en place ce dispositif et que 161 110 entretiens avaient déjà été réalisés. Aussi, 289 patients interrogés par la CNAM ont donné une note moyenne de 8,7/10 à ce dispositif. La majorité des patients dit avoir pris conscience de l'importance du suivi et de la surveillance de l'INR, et pour 74 % d'entre eux le traitement AVK est mieux compris. (Ameli, décembre 2014)

Ces entretiens qui ont eu un retour positif ont ainsi été étendus aux patients sous Anticoagulants d'Action Directe (AOD) depuis l'avenant n°8 de la Convention Nationale Pharmaceutique entré en vigueur le 29 juin 2016. Les entretiens concernent donc désormais

tous les patients sous anticoagulants, car « *l'absence de suivi biologique du patient sous AOD appelle à une vigilance renforcée sur les risques induits, notamment pour les patients fragilisés et sur les signes évocateurs de surdosage ou sous dosage* ». (article 28.1.1.)
Les conditions d'inclusion des patients sont les même que pour les AVK, c'est-à-dire des patients majeurs et ayant un traitement chronique par AOD pour une durée d'au moins six mois.

Ces entretiens sont rémunérés mais sous conditions. Pour qu'il y ait une Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP), il faut en effet réaliser dans l'année civile de référence au moins deux entretiens pharmaceutiques. La rémunération perçue sera de quarante euros par an et par patient. Par la suite, c'est-à-dire au cours des années N+1 et les suivantes, il pourra y avoir un seul entretien, mais il faudra réaliser au moins deux suivis de l'observance sur l'année et la rémunération sera de trente euros. Tout cela sera à adapter en fonction de chaque patient et de l'appréciation du degré d'observance.

Des documents sont mis à disposition pour faciliter les entretiens pour les pharmaciens, notamment un questionnaire de six questions pour évaluer l'observance, le patient répond par « oui » ou « non » et un score détermine son degré d'observance :

Questionnaire d'évaluation de l'observance

ACCOMPAGNEMENT PHARMACEUTIQUE

Pensez à conserver ce document. Il est essentiel à l'attribution de votre rémunération.

Les questions qui suivent permettent d'évaluer le degré d'observance du traitement prescrit et ainsi de mieux identifier les contraintes liées au traitement afin de pouvoir en discuter avec votre patient.

Nom du patient : ..... Date : ... / ... / ...

	oui	non
1 Ce matin, avez-vous oublié de prendre votre médicament ?	☐	☐
2 Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	☐	☐
3 Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	☐	☐
4 Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	☐	☐
5 Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	☐	☐
6 Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	☐	☐

Compter un point par réponse notée « non » :

- bonne observance : score = 6
- faible observance : score 4 ou 5
- non-observance : score < = 3

Source : Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K. Évaluation de l'observance du traitement anti-hypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. Presse médicale. 2001 ; 30 : 1044-48.

05-2016-studio-graphique-2015195

La santé progresse **avec vous**

l'Assurance Maladie

Annexe n°6 : Questionnaire d'évaluation de l'observance (Assurance Maladie)

Il y a aussi des supports d'accompagnement validés par la Haute Autorité de santé à disposition, notamment un guide d'accompagnement pharmacien avec de nombreuses informations pour mener à bien l'entretien et assurer un bon accompagnement de chaque patient, ainsi qu'une fiche de suivi de l'entretien qui constitue un support d'échange avec le patient et qui permet d'assurer la traçabilité et le suivi de ces entretiens.

Pour sélectionner les patients, les pharmaciens constituent les principaux promoteurs, ainsi que l'assurance maladie qui communique via le site de l'Assurance Maladie (ameli). Pour adhérer au dispositif, le pharmacien doit remettre au patient un document d'information, obtenir son consentement, procéder à l'adhésion du patient via le téléservice sur le site de l'Assurance Maladie (ameli) et donner un exemplaire du bulletin d'adhésion électronique.

Les entretiens ont aussi été valorisés à partir du 1er janvier 2018 après une interpellation régulière des syndicats sur la difficulté à mettre en œuvre le dispositif ainsi que sur la faible rémunération. La durée des entretiens d'évaluation est ainsi réduite et les entretiens thématiques sont dédiés à un unique sujet choisi par le pharmacien. Aussi, il y a une revalorisation du forfait annuel à cinquante euros par patient lors de la première année et trente euros les années suivantes, et cette rémunération interviendra au plus tard fin mars de chaque année.

Ces entretiens qui favorisent la meilleure observance des patients sont donc en plein développement, et ils ont aussi été mis en place pour les patients asthmatiques comme nous allons le voir prochainement.

2.3.2. Les entretiens pour les patients asthmatiques

Les entretiens pharmaceutiques pour les patients asthmatiques ont été mis en place par l'avenant n°4 de la Convention Nationale Pharmaceutique qui est entré en vigueur le 3 décembre 2014. Le principe est le même que pour les entretiens pharmaceutiques pour les patients sous anticoagulants oraux, à savoir l'amélioration de l'observance thérapeutique et un meilleur suivi de chaque patient. Il était au départ destiné uniquement aux patients traités sous corticoïdes en initiation de traitement mais sont désormais destinés à l'ensemble des patients asthmatiques chroniques sous corticoïdes inhalés ou non grâce à l'avenant n°8 de la Convention Nationale.

Les modalités de mise en œuvre sont les mêmes que pour les entretiens pour les patients sous anticoagulants oraux, ainsi que la rémunération (la valorisation du 1er janvier 2018 est ici aussi accordée).

2.3.3. D'autres entretiens pharmaceutiques

L'avenant n°11 de la Convention Nationale publié dans le Journal Officiel le 16 décembre 2017 a permis d'élargir les missions du pharmacien. Il leur permet désormais de procéder à un bilan de médication pour les personnes de plus de soixante-cinq ans souffrant de pathologies chroniques ou les patients de plus de soixante-quinze ans. Le but est de réaliser un bilan de médication pour les patients âgés ayant une polymédication c'est-à-dire possédant au moins cinq médicaments différents. Cela permettra au pharmacien d'établir un bilan des connaissances au patient sur ses traitements ainsi que de s'assurer de sa bonne observance pour éviter la iatrogénie responsable chaque année de grand nombre d'hospitalisations et de décès. Roland Muzeau a en effet déclaré à l'Assemblée Nationale en 2011 : « *On estime dans notre pays à 150 000 le nombre d'hospitalisations annuelles liées à des accidents médicamenteux et de 13 à 18 000 le nombre de morts provoquées par des médicaments* ».

La rémunération sera de soixante euros la première année, trente euros en cas de nouveaux traitements et vingt euros en cas de continuité de traitement.

Les entretiens pharmaceutiques favorisent grandement la communication patient – pharmacien d'officine et permettent d'obtenir une meilleure adhésion et observance thérapeutique du patient. D'autres entretiens pharmaceutiques sont actuellement en cours de discussion, notamment pour les patients sous chimiothérapie orale ainsi que les patients en sevrage tabagique, ce qui montre une prise de conscience de l'importance du pharmacien dans ce domaine.

3. La confidentialité à l'officine

D'après l'article Art R. 4235-5 du Code de déontologie des pharmaciens : « *Le secret professionnel s'impose à tous les pharmaciens dans les conditions établies par la loi. Tout pharmacien doit en outre veiller à ce que ses collaborateurs soient informés de leurs obligations en matière de secret professionnel et à ce qu'ils s'y conforment.* »

Ce secret professionnel ainsi que la confidentialité du pharmacien à l'égard de ses patients est un élément essentiel du métier mais aussi un devoir nécessaire.

Pour favoriser cette confidentialité, des recommandations ont été publiés par l'Ordre National des Pharmaciens concernant l'aménagement des locaux de l'officine. Il faut pour cela lors de la dispensation médicamenteuse des comptoirs en nombre suffisants et assez distants les uns les autres pour ainsi pouvoir communiquer librement avec le patient sans que les autres personnes présentes dans la pharmacie entendent.

Le pharmacien doit aussi prévoir dans son officine « *un espace de confidentialité où il peut recevoir isolément les patients. Cet espace est réputé adapté dès lors qu'il permet un dialogue entre le pharmacien et le patient en toute confidentialité* ». (Article 8 de la Convention Nationale, 4 mai 2012).

Cette réorganisation de l'officine permet de recevoir les patients qui souhaitent parler d'un sujet qui les mettent mal à l'aise, par exemple le test VIH, une mycose, un oubli de pilule, ou tout autre sujet qui nécessite une mise à l'écart des comptoirs. Un sujet non gênant pour un patient peut être très gênant pour un autre, c'est pour cela qu'il faut communiquer efficacement et traiter chaque patient de façon spécifique.

Cet espace de confidentialité peut aussi servir à réaliser les entretiens pharmaceutiques des patients, et peut être équipé d'un poste information afin de pouvoir consulter le Dossier Pharmaceutique.

L'espace de confidentialité s'inscrit donc dans une évolution positive de la communication patient – pharmacien.

4. Des nouveaux moyens de communication

4.1. Le DO-Pill

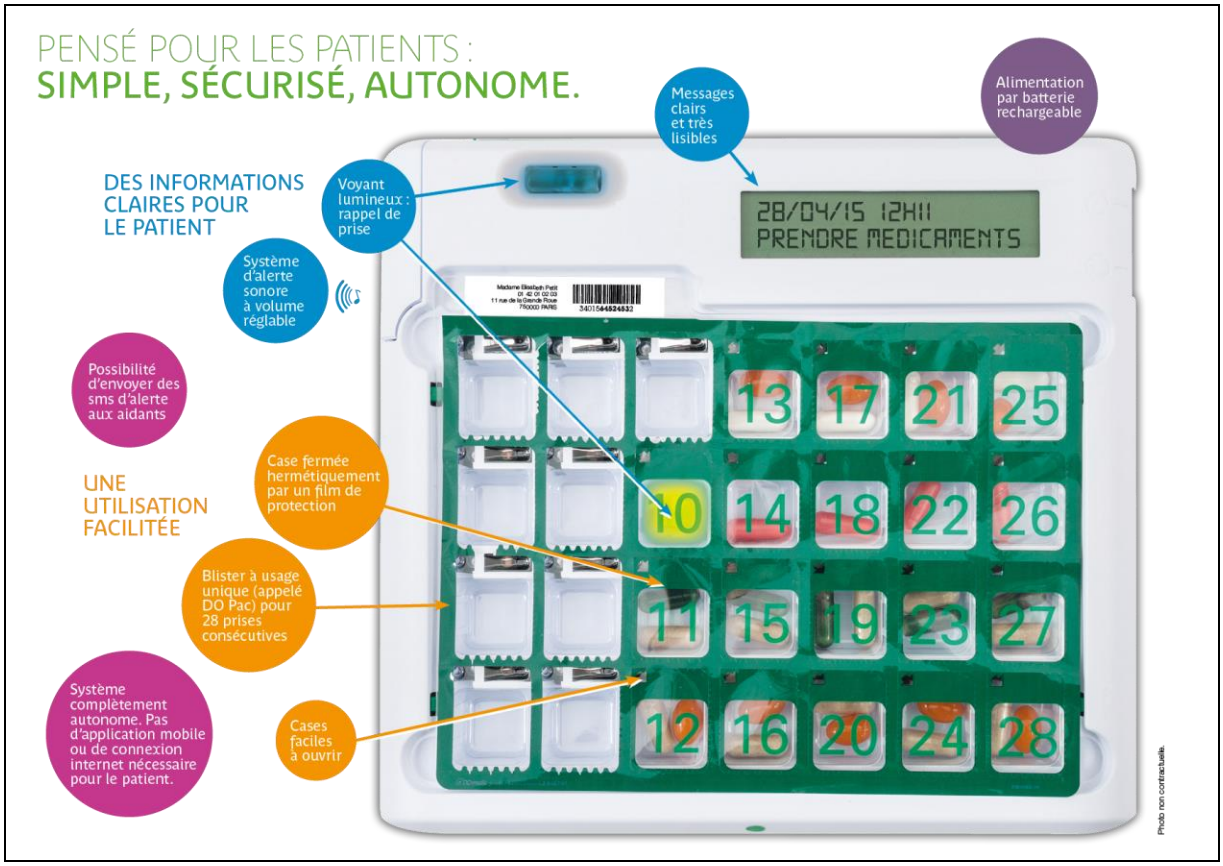
Le DO-Pill est un pilulier électronique développé par Pharmagest qui a été mis sur le marché pour la première fois en France le 1er septembre 2015. Préparé par le pharmacien pour un patient donné, ce pilulier a la particularité d'émettre un signal sonore et lumineux au niveau de la case correspondante au médicament que le patient doit prendre à une heure donnée. Ce pilulier se charge de façon classique avec une prise secteur et possède une autonomie de sept jours, il est de plus facile d'utilisation.

Ce pilulier qui rappelle la prise médicamenteuse peut être très utile pour les personnes possédant de nombreux traitements et susceptibles d'oublier les prises, notamment les

personnes âgées polypathologiques. Cela évite de surcroît les confusions lorsqu'il y a des génériques et que les patients ont du mal à s'y retrouver.

Chaque case du pilulier est refermée hermétiquement et une fiche se situant au dos du pilulier indique clairement le contenu de chaque case. Les cases du pilulier sont de plus jetables ce qui permet aux pharmaciens de préparer le prochain pilulier avant que le patient rende celui qu'il utilise déjà.

Pour vérifier la bonne observance du patient, les informations de prises peuvent être notifiées par SMS et/ou email (mauvaise prise, retard de prise…) au pharmacien ainsi qu'aux proches si besoin.



Annexe n°7 : DO-Pill (Pharmagest)

Ce pilulier permet donc de s'assurer que les patients prennent bien leurs traitements et permet ainsi de détecter l'inobservance. De plus il apporte de la sécurité pour le patient celui-ci étant directement préparé par le pharmacien. Cet outil met ainsi en avant le rôle clé du pharmacien dans l'observance et nous montre que la communication, même si elle s'avère sous forme de SMS ou d'email, peut aider à combattre l'inobservance thérapeutique.

4.2. Le Logiciel de Suivi d'Observance (LGO)

Ce logiciel développé par Pharmagest permet de centraliser des informations concernant l'état de santé du patient à savoir les traitements, les allergies, les constantes (tension, poids, glycémie…). Il permet aussi de suivre en temps réel les prises médicamenteuses du patient s'ils utilisent le DO-Pill que nous avons vu précédemment. Cela permet de centraliser et organiser les informations du patient, notamment après un éventuel entretien pharmaceutique.

Il s'agit d'un réel accompagnement qui peut donc permettre une meilleure adhésion du patient, des conseils peuvent également être envoyés via des fiches pratiques ou par un support multimédia par exemple ce qui permet une communication continue avec les patients.

Ces nouveaux outils pourtant très utiles pour l'observance thérapeutique ne sont que trop peu utilisés aujourd'hui. L'importance du suivi du patient et l'attribution de nouvelles missions qui ne cessent de croître depuis la loi HPTS nous laisse à penser que ces « technologies » ont un avenir prometteur dans les officines.

Nous avons vu l'importance de la communication pour favoriser l'observance thérapeutique des patients et le rôle clé des pharmaciens d'officine. De nombreuses évolutions ont eu lieu pour aider les pharmaciens à participer plus activement dans ce domaine et des évolutions sont encore en cours ce qui est un point très positif.

Il était important dans ce cadre de consulter les pharmaciens d'officine pour connaître leur point de vue sur le sujet. C'est pour cela que nous avons réalisé une enquête que nous allons détailler dans la prochaine partie.

PARTIE V : ENQUETE AUPRES DES PHARMACIENS D'OFFICINE

1. Objectif de l'enquête

Comme nous avons pu le voir précédemment, le pharmacien d'officine a un rôle privilégié dans la détection de l'inobservance thérapeutique et il jouit d'une proximité avec le patient et certains avantages qui lui permettent d'agir activement à son encontre. Il était donc intéressant de sonder les pharmaciens afin de connaître leur point de vue à ce sujet.

Une enquête a ainsi été réalisée sous forme d'un questionnaire auprès des pharmaciens d'officine, et elle avait pour objectif d'avoir une idée plus précise de l'intérêt que portent les pharmaciens à la communication au comptoir, ainsi que sur leurs pratiques lorsqu'ils sont face aux patients.

2. Méthodologie

Pour réaliser cette enquête, un questionnaire a été réalisé sous forme de Questions à Choix Multiples et avec parfois une possibilité de justification. Il s'agit d'un questionnaire court composé de treize questions afin de réduire le temps de réponse et donc d'augmenter la probabilité que les pharmaciens y répondent, un questionnaire trop long et trop fastidieux pouvant les freiner.

Le questionnaire est le suivant :

Enquête réalisée auprès des pharmaciens d'officine dans le cadre d'une thèse ayant pour sujet :

L'observance thérapeutique dans les affections de longue durée : le rôle de la communication patient – pharmacien d'officine

1. Votre statut :

   - □ Titulaire
   - □ Pharmacien adjoint
   - □ Préparateur
   - □ Etudiant en pharmacie

2. Localisation de l'officine :

   - □ Rurale
   - □ Urbaine
   - □ Centre commercial

3. Avez-vous déjà eu des cours de communication dans le cadre de vos études en pharmacie ?

   - □ Oui
   - □ Non

   3.1. Si oui, cela vous est-il utile dans votre exercice professionnel actuel ?

   - □ Oui
   - □ Non

   3.2. Si non, auriez-vous trouvé cela intéressant d'en avoir ?

   - □ Oui
   - □ Non

4. Pour instaurer une meilleure relation de confiance, adaptez-vous la tonalité de votre voix en fonction du patient ?

   - □ Oui
   - □ Non

5. Privilégiez-vous les questions ouvertes lorsque vous dialoguez avec les patients ?

   - □ Oui
   - □ Non

   5.1. Si non pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

   - □ Je n'en vois pas l'intérêt
   - □ Cela perd en spontanéité
   - □ Cela demande trop de temps au comptoir
   - □ Autre :……

6. Rappelez-vous les posologies et/ou les modalités de prise pour les traitements chroniques connus depuis plusieurs années ? (Sans demande de la part du patient)

- □ Systématiquement
- □ Souvent
- □ Peu
- □ Jamais

6.1. Si peu ou jamais, pour quelle(s) raison(s) ?

……
……..

7. Avez-vous déjà amélioré l'observance d'un patient en lui rappelant une posologie et/ou une modalité de prise pour un traitement pourtant pris de façon chronique ?

- □ Oui
- □ Non

8. Pour les patients asthmatiques, faites-vous (ou proposez-vous) des rappels sur les dispositifs d'inhalation lorsqu'il s'agit d'un renouvellement ? (Sans demande de la part du patient)

- □ Systématiquement
- □ Souvent
- □ Peu
- □ Jamais

9. Pour les patients diabétiques sous insuline, faites-vous (ou proposez-vous) des rappels sur les règles d'injection et/ou de mesure de la glycémie capillaire lorsqu'il s'agit d'un renouvellement ? (Sans demande de la part du patient)

- □ Systématiquement
- □ Souvent
- □ Peu
- □ Jamais

10. Délivrez-vous des fiches ou aide-mémoires aux patients concernant leurs traitements ou leur pathologie ?

- □ Systématiquement
- □ Souvent
- □ Peu
- □ Jamais

11. Rédigez-vous un plan de posologie lorsque le patient possède de nombreux traitements ?

- □ Systématiquement
- □ Souvent
- □ Peu
- □ Jamais

12. Selon vous, le pharmacien d'officine est-il l'acteur clé pour dépister l'inobservance thérapeutique ?

- □ Oui
- □ Non

13. Seriez-vous ouvert pour étendre les entretiens pharmaceutiques à un plus grand nombre de patients dans le but de mieux dépister cette inobservance ?

- □ Oui
- □ Non

13.1. Si non pourquoi ?

……
……

Annexe n°8 : Questionnaire de l'enquête auprès des pharmaciens d'officine

Pour diffuser notre questionnaire, nous avons décidé de faire appel à LGPI de Pharmagest, logiciel de gestion officinale qui a la possibilité d'afficher un lien vers mon questionnaire sur sa page d'accueil. Mon questionnaire a donc été publié sous forme informatique, et les personnes sondées ont pu rajouter leur code postal en tout début de questionnaire afin de connaître leur localisation.

« *Le sondage a été publié du 02 au 09 avril 2018 dans 9009 pharmacies équipées du logiciel LGPI de Pharmagest. 180 formulaires ont été obtenus dans 171 pharmacies.*
Avec plus de 900 collaborateurs, le Groupe Pharmagest possède une expertise dans tous les métiers de l'informatique Haute Technologie liés à la Santé et des métiers spécialisés qui lui sont associés : informatique officinale, solutions pour la e-Santé, solutions pour les laboratoires, solutions pour les patients…

Partenaire privilégié des pharmaciens depuis plus de 30 ans, Pharmagest conçoit des solutions informatiques innovantes à destination des officines et met à disposition des pharmaciens des services permettant de répondre au double enjeu de leur profession : renforcer l'accompagnement thérapeutique et assurer la pérennité de leur officine. » (Pharmagest)

En utilisant ce procédé, cela a permis d'obtenir des réponses de diverses régions de France d'après les codes postaux, ce qui a été plus aléatoire. En effet, les cours de communication peuvent être plus développés dans certaines facultés de pharmacie par exemple, les résultats auraient donc été moins exploitables.

3. Résultats

Les résultats nous ont par la suite été envoyés par mail, avec un fichier présentant le pourcentage pour chaque réponse, ainsi qu'un autre fichier Excel présentant tous les résultats par personne sondée, et avec donc tout le détail des réponses notamment pour les réponses libres.

Nous allons par la suite exposer les résultats par thèmes, qui sont au nombre de sept et qui regroupent parfois plusieurs questions, puis il y aura ensuite une analyse globale ainsi qu'une discussion.

Il est à noter que les pourcentages ont été arrondis au point supérieur pour éviter les décimales et pour ainsi avoir plus de clarté. Aussi, le nombre de personnes correspondant aux pourcentages est donné dans la légende.

3.1. Le statut des personnes sondées

1. Votre statut

- □ Titulaire
- □ Pharmacien adjoint
- □ Préparateur
- □ Etudiant en pharmacie

Sur les cent quatre-vingt officinaux sondés, il y a quatre-vingt-sept pharmaciens adjoints (48 %), trente-sept préparateurs (21 %), trente-deux titulaires (18 %) et vingt-quatre étudiants (13 %).

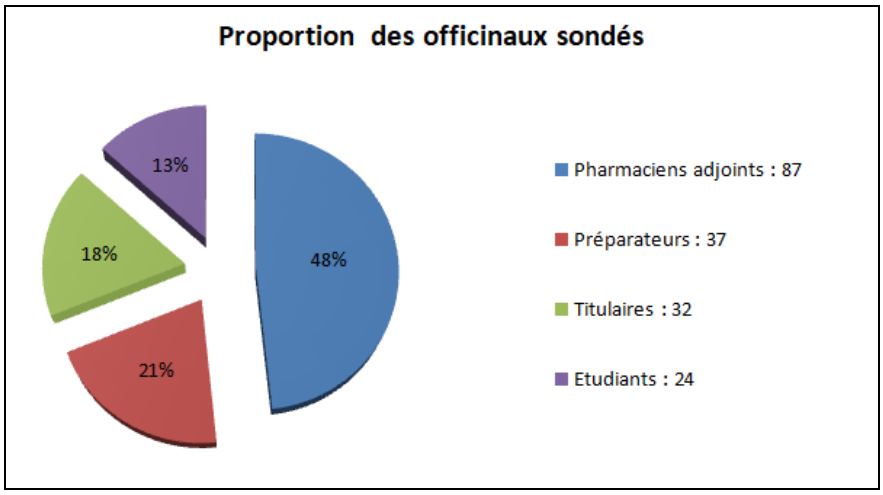


Figure n°1 : Graphique de la proportion des officinaux sondés pendant l'enquête

Le questionnaire était destiné aux seuls pharmaciens mais il n'était pas possible de les sélectionner dès le départ notre questionnaire étant vu par tous, à savoir par les pharmaciens, préparateurs et étudiants. C'est pour cela que la première question permet de déterminer qui répond au questionnaire, pour pouvoir par la suite sélectionner seulement les réponses de titulaires et pharmaciens adjoints.

Les réponses données par les étudiants en pharmacie ainsi que par les préparateurs auraient été toutes aussi intéressantes mais étant donné que certaines questions ne s'adressent qu'aux pharmaciens cela aurait faussé les résultats en les commentant dans leur ensemble. (Notamment la question 3 « *Avez-vous déjà eu des cours de communication dans le cadre de vos études en pharmacie ?* », ainsi que la question 13 « *Seriez-vous ouvert pour étendre les entretiens pharmaceutiques à un plus grand nombre de patients dans le but de mieux dépister cette inobservance ?* ».) En les prenant en compte dans les réponses nous n'aurions pas pu analyser globalement et de façon convenable les résultats.

Nous sélectionnons donc par la suite seulement les réponses de titulaires et de pharmaciens adjoints, qui sont ici majoritaires. Nous avons finalement en notre possession cent dix-neuf réponses de pharmaciens d'officine.

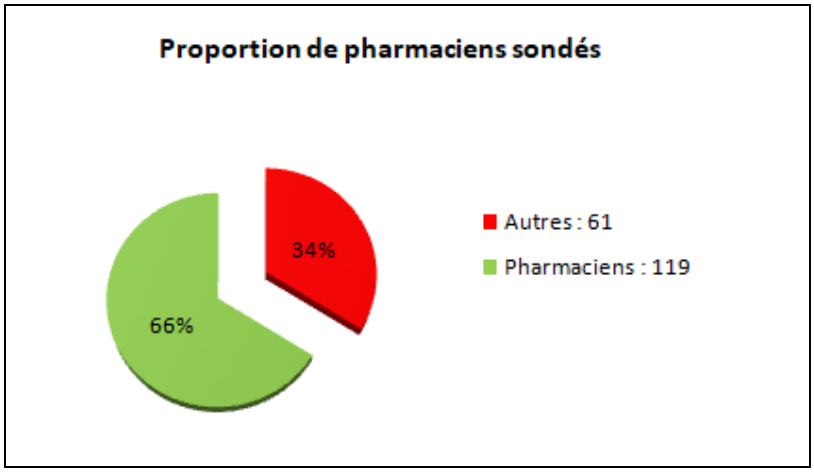


Figure n°2 : Graphique de la proportion de pharmaciens sondés pendant l'enquête

3.2. Caractéristique des officines

2. Localisation de l'officine :
   - □ Rurale
   - □ Urbaine
   - □ Centre commercial

Nous avons distingué les pharmacies urbaines, rurales ainsi que les pharmacies de centres commerciaux. Les pharmacies urbaines sont au nombre de soixante-cinq et sont ici majoritaires (55 %), quarante-quatre pharmacies sont en milieu rural (37 %), et dix pharmacies se trouvent dans un centre commercial (8 %).

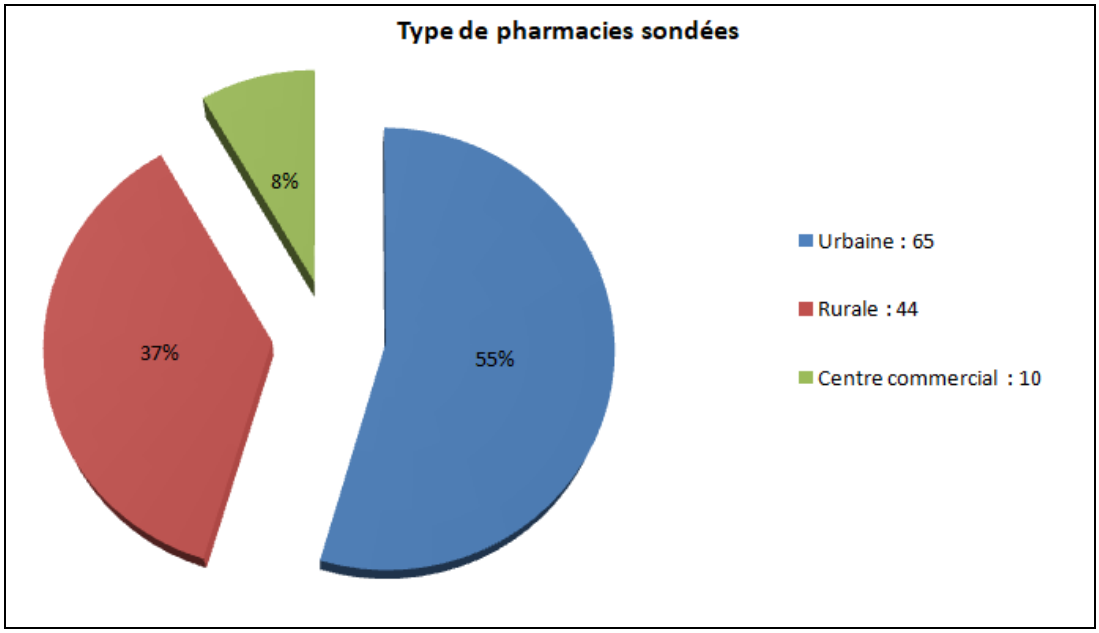


Figure n°3 : Graphique représentant le type de pharmacies sondées

3.3. Les cours de communication

3. Avez-vous déjà eu des cours de communication dans le cadre de vos études en pharmacie ?
   - ☐ Oui
   - ☐ Non

Sur les cent dix-neuf pharmaciens sondés, cinquante-trois ont déjà eu des cours de communication (45 %), ce qui est non négligeable et montre le développement de cette matière à la faculté.

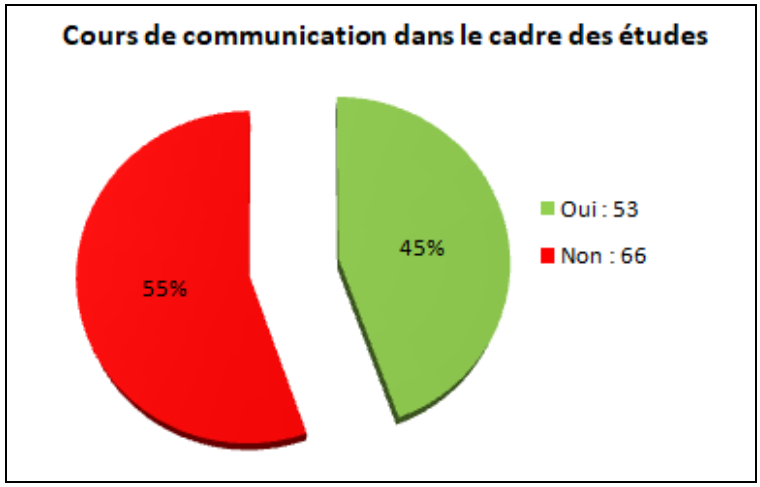


Figure n°4 : Graphique de la proportion de pharmaciens ayant eu des cours de communication dans le cadre de leurs études

3.1. Si oui, cela vous est-il utile dans votre exercice professionnel actuel ?

- ◻ Oui
- ◻ Non

Parmi les cinquante-trois pharmaciens qui ont eu des cours de communication, trente-cinq ont trouvé cela utile (66 %), ce qui représente la majorité. Il s'agit d'un point positif car cela montre que les pharmaciens trouvent ces cours utiles à la faculté pour la suite de leur exercice officinal.

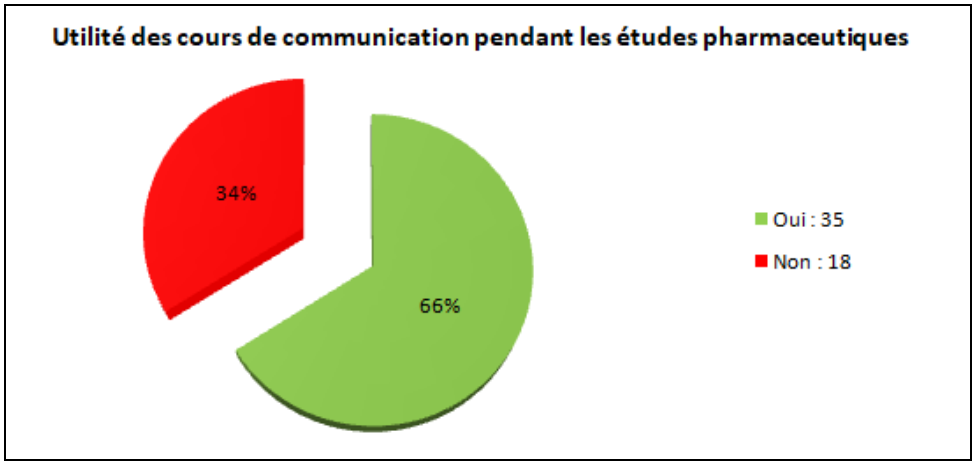


Figure n°5 : Graphique de la proportion de pharmaciens ayant trouvé les cours de communication utiles pendant leurs études

3.2. Si non, auriez-vous trouvé cela intéressant d'en avoir ?

- ◻ Oui
- ◻ Non

Parmi les soixante-six pharmaciens qui n'ont jamais eu de cours de communication, soixante-et-un d'entre eux auraient trouvé cela intéressant d'en avoir (92 %). Cela montre encore une fois que les cours de communication à la faculté sont assez bien vus et intéressent fortement les pharmaciens.

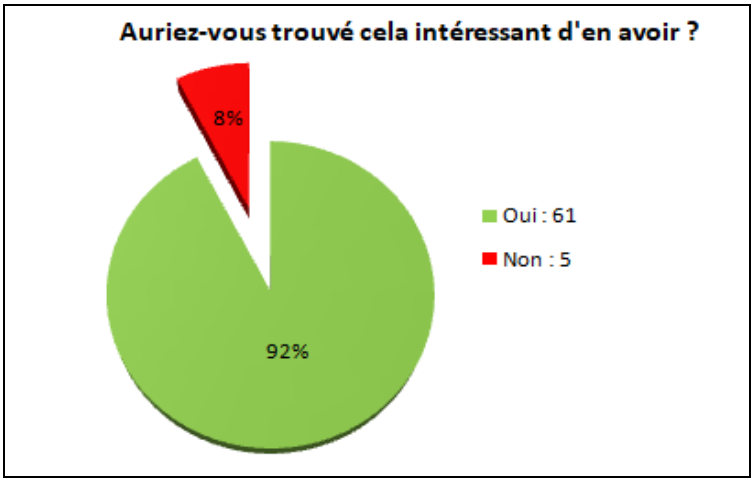


Figure n°6 : Graphique de la proportion de pharmaciens ayant trouvé cela intéressant d'avoir des cours de communication

3.4. Le dialogue avec les patients

4. Pour instaurer une meilleure relation de confiance, adaptez-vous la tonalité de votre voix en fonction du patient ?
   - ◻ Oui
   - ◻ Non

Sur les cent dix-neuf pharmaciens interrogés, cent treize d'entre eux (95 %) adaptent la tonalité de leur voix en fonction du patient, ce qui représente la quasi-totalité des pharmaciens. Cela est un point positif car en adaptant la tonalité de leur voix, les pharmaciens s'adaptent ainsi à chaque patient et favorisent leur mise en confiance.

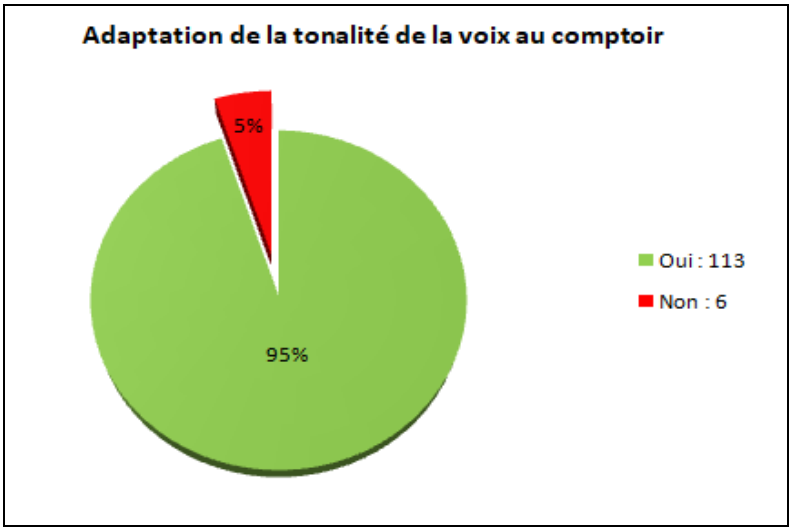


Figure n°7 : Graphique de la proportion de pharmaciens adaptant la tonalité de leur voix au comptoir

5. Privilégiez-vous les questions ouvertes lorsque vous dialoguez avec les patients ?
   - ◻ Oui
   - ◻ Non

Aussi, cent huit d'entre eux (91 %) font l'effort de poser des questions ouvertes lorsqu'ils dialoguent avec les patients, ce qui représente ici encore la très grande majorité. Cela montre que les pharmaciens laissent le patient s'exprimer, ce qui peut permettre par la suite de détecter une éventuelle inobservance thérapeutique.

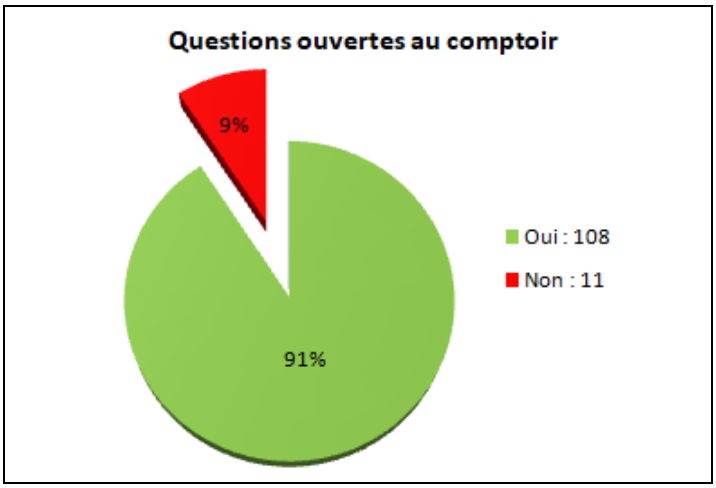


Figure n°8 : Graphique de la proportion de pharmaciens utilisant des questions ouvertes au comptoir

5.2. Si non pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

- □ Je n'en vois pas l'intérêt
- □ Cela perd en spontanéité
- □ Cela demande trop de temps au comptoir
- □ Autre :……

Parmi les onze personnes qui n'utilisent pas les questions fermées, trois personnes trouvent que cela demande trop de temps au comptoir (27 %), trois personnes trouvent que cela perd en spontanéité (27 %), une personne n'en voit pas l'intérêt (9 %), et une autre personne ne les utilise pas pour ces trois raisons réunies. Trois autres personnes ne les utilisent pas pour d'autres raisons (9 %) :

- « je n'y pense pas »
- « je n'ai pas l'habitude »
- « il y a la barrière de la langue », cette dernière justification probablement dans une pharmacie à forte population étrangère.

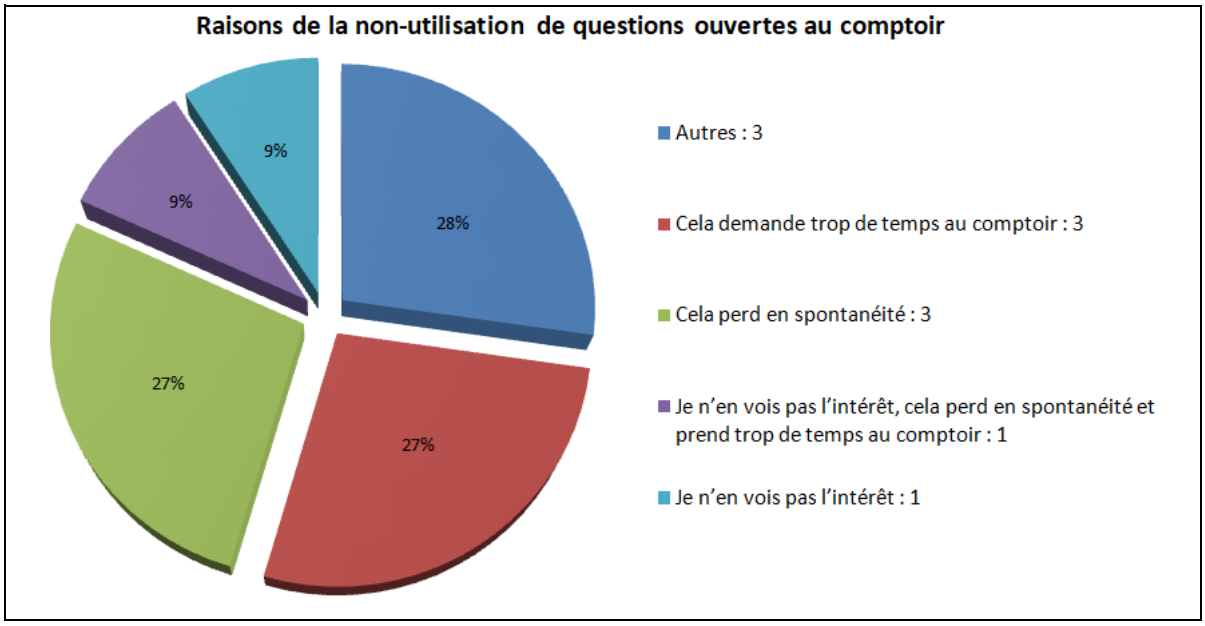


Figure n°9 : Graphique représentant les raisons de la non-utilisation des questions ouvertes au comptoir

3.5. Le rappel des posologies

6. Rappelez-vous les posologies et/ou les modalités de prise pour les traitements chroniques connus depuis plusieurs années ? (Sans demande de la part du patient)
   - □ Systématiquement
   - □ Souvent
   - □ Peu
   - □ Jamais

Sur les cent dix-neuf pharmaciens interrogés, soixante-neuf d'entre eux rappellent **souvent** les posologies et/ou modalités de prises même lorsqu'il s'agit d'un traitement chronique (58 %), et trente-deux d'entre eux les rappellent même **systématiquement** (27 %), ce qui représente la grande majorité.

Dix-sept pharmaciens (14 %) ne les rappellent que **peu** et un pharmacien (1 %) ne les rappellent **jamais**. Nous pouvons constater que la grande majorité des pharmaciens rappellent les posologies même s'il s'agit de traitements chroniques ce qui est une bonne chose.

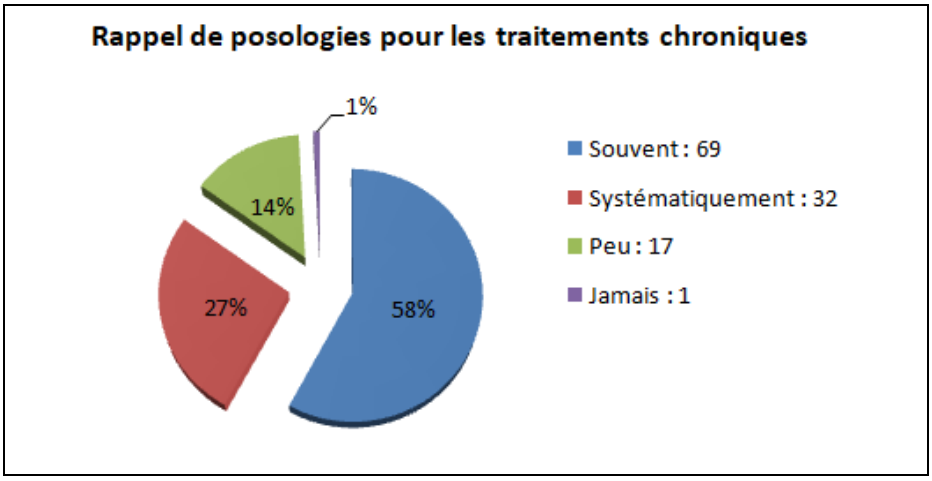


Figure n°10 : Graphique de la proportion des pharmaciens rappelant les posologies pour les patients ayant des traitements chroniques

6.1. Si peu ou jamais, pour quelle(s) raison(s) ?

……

Parmi les dix-huit pharmaciens ne rappelant que **peu** ou **jamais** les posologies, les raisons étaient les suivantes :

- Pour dix pharmaciens : le patient connait déjà son traitement ; il dit souvent « c'est bon je connais »

- Pour trois pharmaciens : il n'y a pas eu de demande de la part du patient
- Pour un pharmacien : « pas envie d'embêter le patient »
- Pour un pharmacien : « pas envie de lasser le client »
- Pour un pharmacien : « manque de temps »
- Deux pharmaciens n'ont pas souhaité se justifier.

7. Avez-vous déjà amélioré l'observance d'un patient en lui rappelant une posologie et/ou une modalité de prise pour un traitement pourtant pris de façon chronique ?
   - □ Oui
   - □ Non

Parmi les pharmaciens interrogés cent onze (93 %) ont déjà amélioré l'observance d'un patient qui prenait pourtant son traitement de façon chronique, ce qui montre la grande utilité des rappels au comptoir.

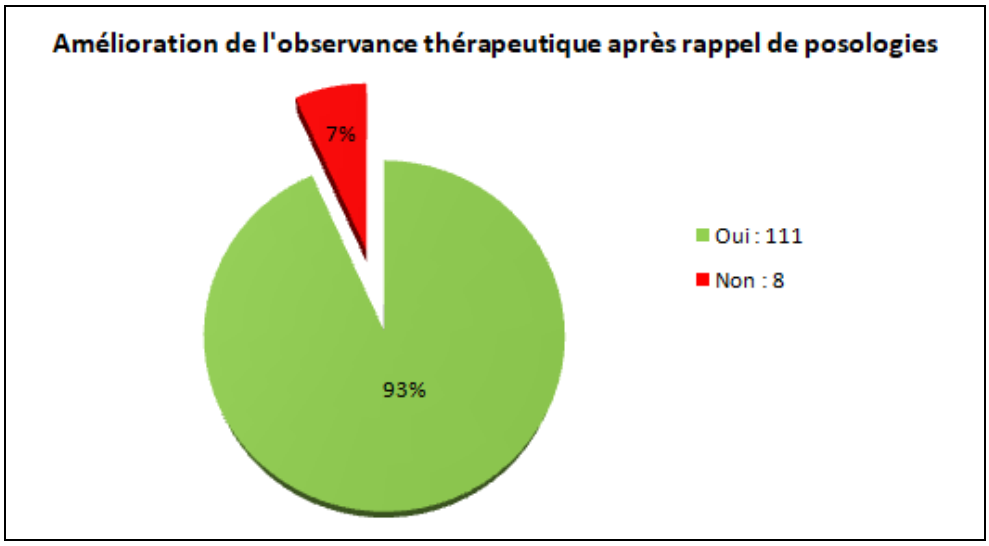


Figure n°11 : Graphique de la proportion de pharmaciens ayant amélioré l'observance d'un patient après un rappel de posologies et/ou modalité de prise

8. Pour les patients asthmatiques, faites-vous (ou proposez-vous) des rappels sur les dispositifs d'inhalation lorsqu'il s'agit d'un renouvellement ? (Sans demande de la part du patient)
   - □ Systématiquement
   - □ Souvent
   - □ Peu
   - □ Jamais

Pour les patients asthmatiques, cinquante-cinq pharmaciens (46 %) font ou proposent **souvent** des rappels sur les dispositifs d'inhalation lorsqu'il s'agit d'un renouvellement, quarante pharmaciens (34 %) le font **peu**, et quinze pharmaciens (13 %) **jamais**. Seulement neuf pharmaciens (7 %) font ou proposent des rappels **systématiquement**.

Cela nous montre qu'il reste encore des progrès à faire en matière de rappels pour les patients asthmatiques car un grand nombre de pharmaciens réalisent trop peu ces rappels.

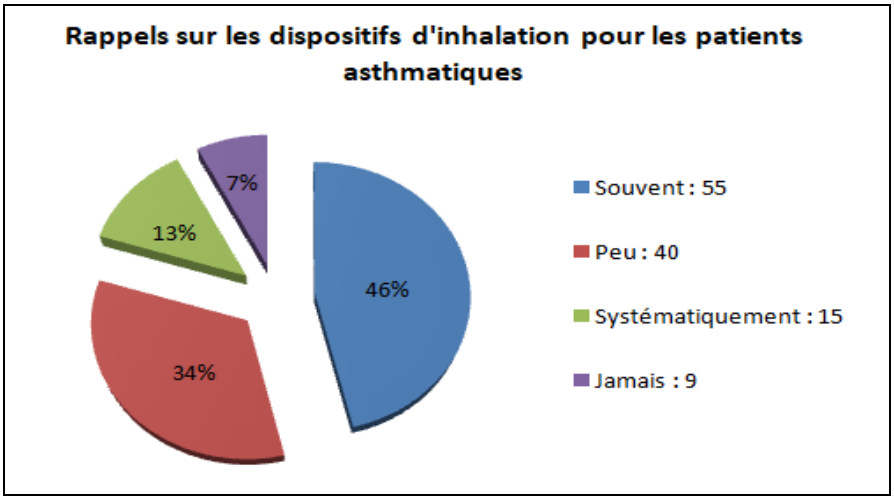


Figure n°12 : Graphique sur la fréquence des rappels sur les dispositifs d'inhalation lors d'un renouvellement

9. Pour les patients diabétiques sous insuline, faites-vous (ou proposez-vous) des rappels sur les règles d'injection et/ou de mesure de la glycémie capillaire lorsqu'il s'agit d'un renouvellement ? (Sans demande de la part du patient)
   - ☐ Systématiquement
   - ☐ Souvent
   - ☐ Peu
   - ☐ Jamais

De la même façon pour les patients diabétiques, soixante-dix pharmaciens (59 %) font ou proposent **souvent** des rappels sur les règles d'injection et/ou de mesure de la glycémie lorsqu'il s'agit d'un renouvellement, vingt-quatre pharmaciens (20 %) ne le font **jamais**.

Vingt-deux pharmaciens (18 %) font ou proposent **souvent** ces rappels et seulement trois pharmaciens (3 %) le font **systématiquement**.

Le constat est encore plus marqué pour les patients diabétiques, très peu de pharmaciens prennent le temps de faire des rappels pourtant importants, ce qui montre qu'à l'avenir des progrès doivent être recherchés à ce niveau.

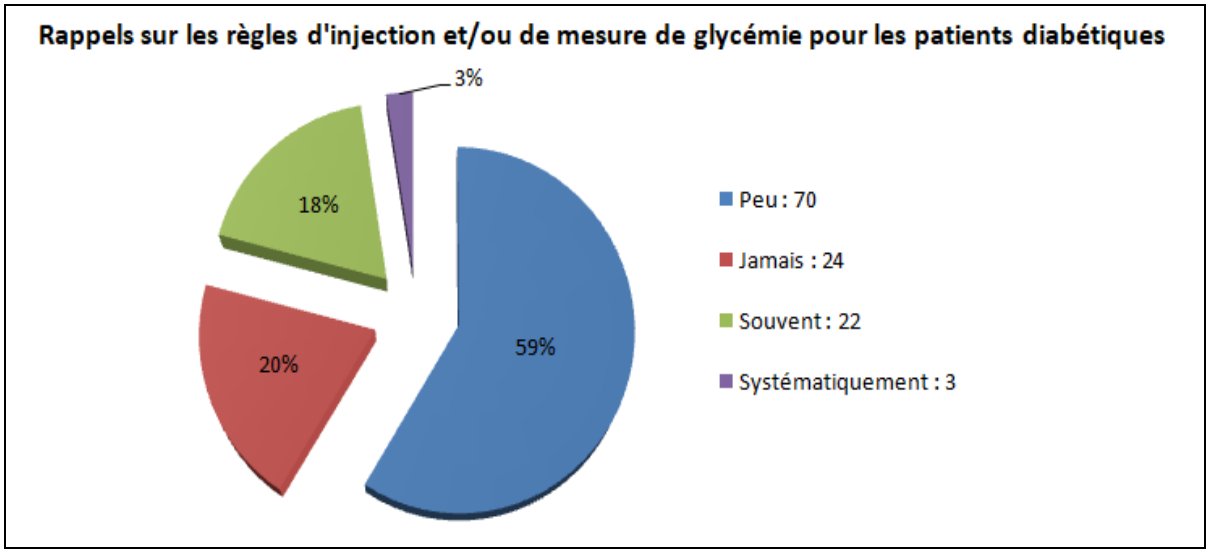


Figure n°13 : Graphique sur la fréquence des rappels sur les règles d'injection et/ou de mesure de la glycémie lors d'un renouvellement

3.6. Les fiches conseils, aide-mémoires et plans de posologies

10. Délivrez-vous des fiches ou aides mémoire aux patients concernant leurs traitements ou leur pathologie ?
    - □ Systématiquement
    - □ Souvent
    - □ Peu
    - □ Jamais

Concernant la délivrance de fiches ou aide-mémoires, soixante-et-un pharmaciens (51 %) en délivrent **peu** et trente-cinq pharmaciens (29 %) n'en délivrent **jamais**,

Vingt-deux pharmaciens (19 %) en délivrent **souvent** et seulement un pharmacien (1 %) en délivre **systématiquement**.

Nous pouvons voir que la distribution de fiches ou aide-mémoires est peu fréquente à l'officine et que 29 % des pharmaciens n'en distribuent jamais, celles-ci peuvent pourtant être très utile pour le patient qui souhaite relire à tête reposée toutes les informations délivrées au comptoir.

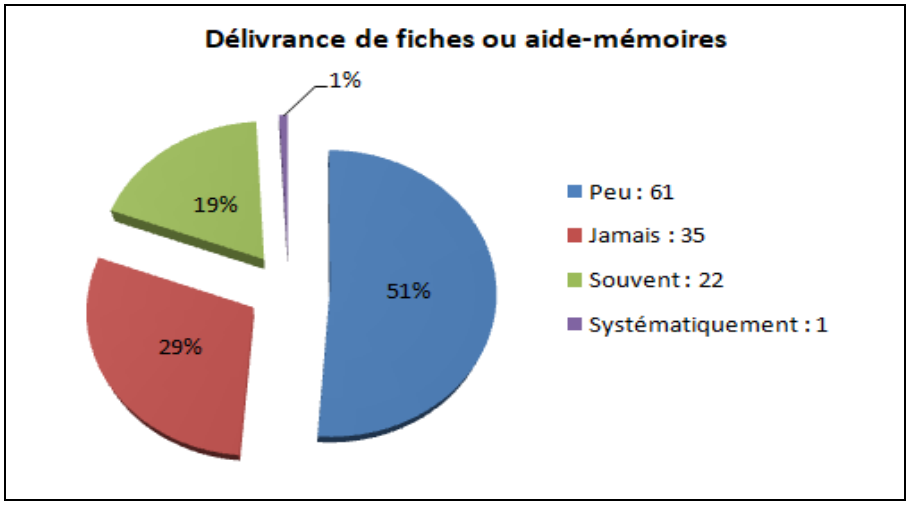


Figure n° 14 : Graphique sur la fréquence de délivrance de fiches ou aide-mémoires à l'officine

11. Rédigez-vous un plan de posologie lorsque le patient possède de nombreux traitements ?

- ◻ Systématiquement
- ◻ Souvent
- ◻ Peu
- ◻ Jamais

Pour la rédaction des plans de posologie, cinquante-neuf pharmaciens (50 %) en rédigent **peu** et trente-sept pharmaciens (31 %) n'en rédigent **jamais**. Vingt pharmaciens (17 %) en rédigent **souvent** et seulement trois pharmaciens (2 %) en rédigent **systématiquement**.

Le bilan est le même que pour les fiches et aide mémoires, peu de plans de posologie sont distribués à l'officine. Ils peuvent pourtant être une grande aide pour les patients dans leur prise en charge, notamment pour les patients âgés souvent polymédiqués.

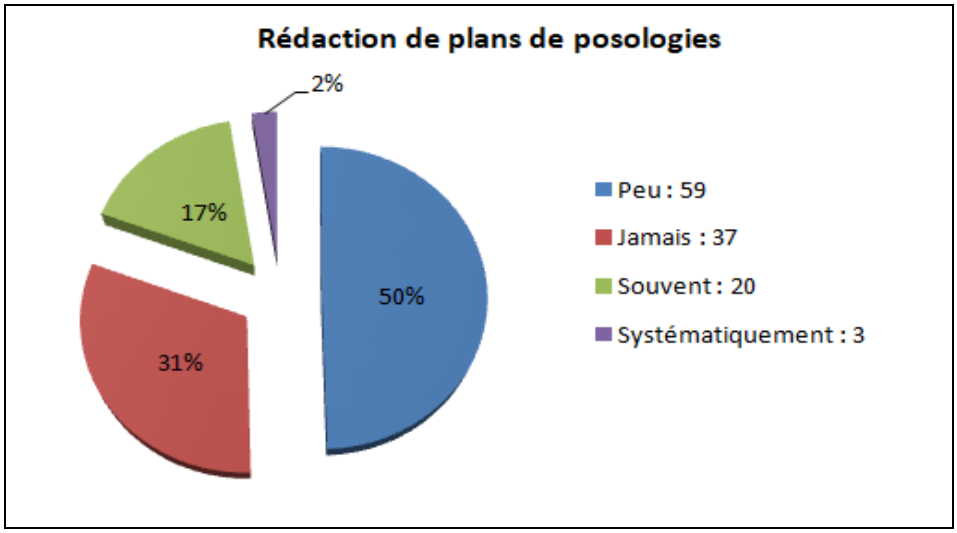


Figure n°15 : Graphique sur la fréquence de distribution de plans de posologie à l'officine

3.7. La place du pharmacien dans l'inobservance thérapeutique

12. Selon vous, le pharmacien d'officine est-il l'acteur clé pour dépister l'inobservance thérapeutique ?
    - ☐ Oui
    - ☐ Non

Parmi les cent dix-neuf pharmaciens, cent quinze d'entre eux (97 %) pensent que le pharmacien est l'acteur clé pour dépister l'inobservance thérapeutique, contre seulement quatre pharmaciens (3 %) qui pensent le contraire. Les pharmaciens d'officine ont donc bien conscience de leur rôle clé.

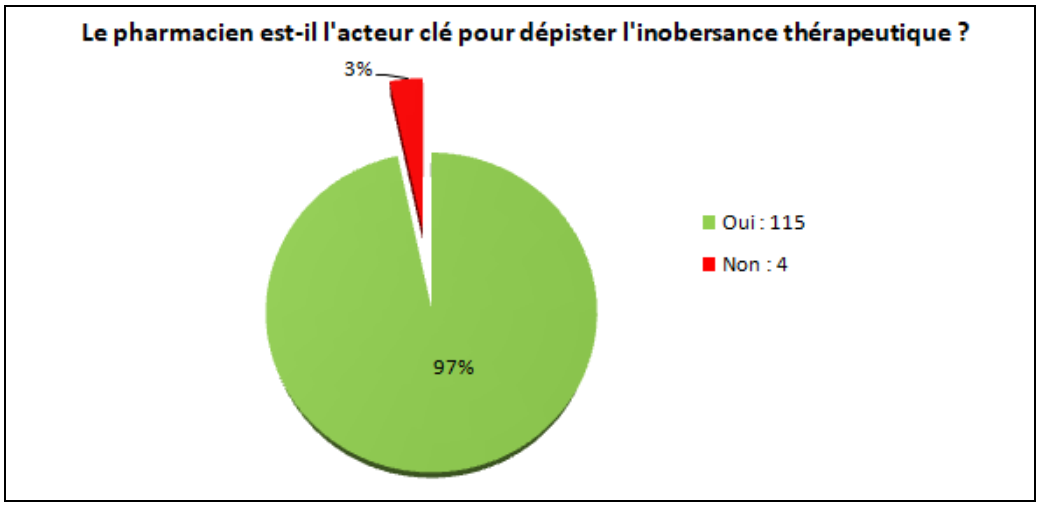


Figure n°16 : Graphique de la proportion de pharmaciens pensant qu'ils sont les acteurs clé pour détecter l'inobservance thérapeutique

13. Seriez-vous ouvert pour étendre les entretiens pharmaceutiques à un plus grand nombre de patients dans le but de mieux dépister cette inobservance ?
    - ☐ Oui
    - ☐ Non

Quatre-vingt-dix-neuf pharmaciens (83 %) sont favorables à l'élargissement des entretiens pharmaceutiques à des personnes qui ne sont ni sous anticoagulants oraux ni asthmatiques, ceci dans le but de mieux dépister l'inobservance thérapeutique et afin d'aider ces patients à être plus observants. Vingt pharmaciens (17 %) n'y sont pas favorables.

La grande majorité est favorable à cette étendue, ce qui est un point positif étant donné les évolutions qui sont en cours dans le domaine des entretiens pharmaceutiques, à savoir leur possible étendue aux patients sous chimiothérapie orale et en sevrage tabagique.

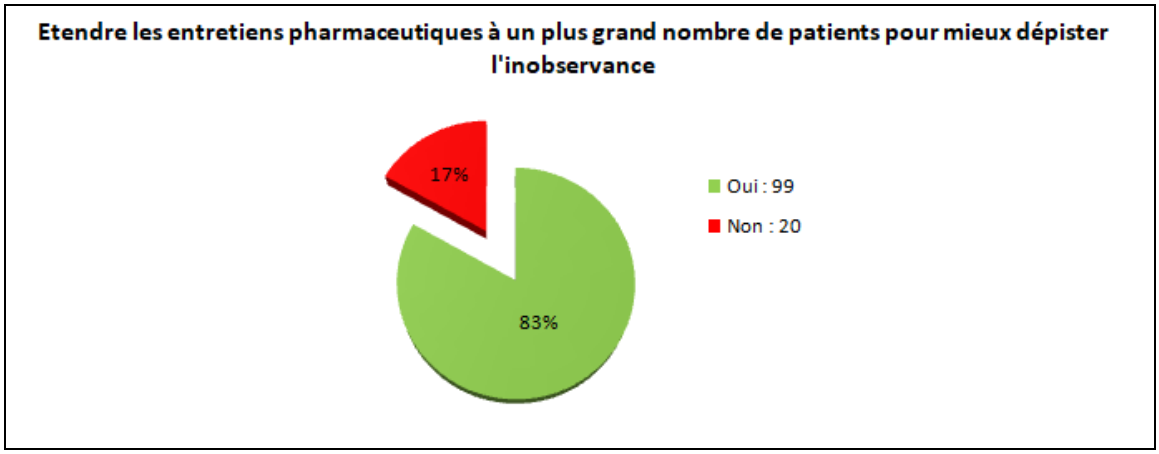


Figure n°17 : Graphique de la proportion de pharmaciens ouverts pour étendre les entretiens pharmaceutiques

13.1. Si non pourquoi ?

.....

Parmi les vingt pharmaciens qui n'y sont pas favorables, les raisons sont :

- Pour cinq pharmaciens : cela intéresse peu les patients, il y aura un manque d'adhésion de leur part, ou ils sont persuadés de connaître leurs traitements
- Pour trois pharmaciens : cela manque de rémunération, ou rémunération trop tardive ce qui ne motive pas les pharmaciens
- Pour trois pharmaciens : il y a un manque de temps pour les pharmaciens pour gérer ce genre d'entretiens
- Pour deux pharmaciens : le dépistage de l'inobservance peut être fait au comptoir

- Pour deux pharmaciens : cela est inutile, ne fonctionne pas
- Cinq pharmaciens n'ont pas souhaité se justifier.

4. Exploitation des résultats - discussion

⇨ Durant cette enquête, nous avons obtenu un total de cent quatre-vingt réponses d'officinaux qui ont tous répondu à la totalité des questions. Il s'agit d'un nombre correct qui nous permet d'exploiter convenablement les résultats.

Le logiciel LGPI est présent dans 9009 pharmacies, le nombre de réponses obtenues paraît donc faible par rapport au nombre de pharmacies dans lequel il était disponible. Cela peut s'expliquer par le fait que le questionnaire était visible sur le portail du logiciel, et que pour les facturations à l'officine la page d'accueil est différente. Certains ordinateurs ne sont pas sur le portail mais sont toujours sur l'onglet « facturation » ce qui peut expliquer qu'il n'ait pas eu la visibilité espérée.

Aussi, même sur le portail, le lien vers mon questionnaire défilait par période de deux secondes parmi d'autres rubriques et articles, il fallait donc être sur le portail au moment où celui-ci défilait, et de plus avoir le temps d'y répondre.

Tous ces éléments peuvent expliquer le faible nombre de réponses par rapport aux 9009 pharmacies possédant LGPI de Pharmagest.

Malgré le fait que nous ayons uniquement sélectionné les réponses de titulaires et pharmaciens adjoints, cela laisse à notre disposition cent dix-neuf réponses ce qui reste non négligeable étant donné la faible durée de l'étude qui n'a durée que seps jours (du 2 au 8 avril).

⇨ La majorité des pharmaciens interrogés exercent en milieu urbain puisqu'ils représentent 55 %, suivi du milieu rural à 44 %. Le reste des pharmaciens exercent dans une pharmacie de centre commercial et sont quant à eux très minoritaires.

⇨ Concernant les cours de communication, nous pouvons voir que 45 % des pharmaciens interrogés ont déjà eu des cours à la faculté. Ils ne représentent pas la majorité mais cela montre tout de même une émergence de cette matière celle-ci étant assez récente dans l'enseignement. Il y a donc une prise de conscience de l'importance de la communication dans les métiers de la santé.

De plus parmi ces pharmaciens, 66 % ont trouvé cela utile, ce qui de la même manière montre que l'enseignement de cette discipline à la faculté peut aider à gérer la complexité des relations avec le patient au comptoir.

Aussi, la grande majorité des pharmaciens n'ayant jamais eu de cours de communication à la faculté auraient trouvé cela intéressant d'en avoir, ce qui est montre encore une fois l'intérêt porté à ce sujet.

⇨ Concernant le dialogue avec les patients au comptoir, nous observons que la très grande majorité des pharmaciens (95 %) adaptent la tonalité de leur voix en fonction du patient et posent des questions ouvertes (91 %), ce qui laisse donc au patient l'opportunité de se livrer et qui est donc un point positif.

Aussi, parmi les personnes qui n'utilisent pas les questions ouvertes, les raisons principales semblent être que cela demande trop de temps au comptoir, cela montre également que dans la pratique laisser s'exprimer le patient n'est pas toujours chose facile en fonction de la charge de travail à l'officine. Une des autres raisons principales est le manque de spontanéité, poser des questions ouvertes représente donc tout de même un effort de communication lorsqu'elles ne sont pas utilisées habituellement. Les cours de communications peuvent alors être utiles dans ce cas et être bénéfiques pour la relation que le pharmacien lie avec ses patients.

⇨ Pour les traitements chroniques connus depuis de nombreuses années, les pharmaciens rappellent souvent les posologies à 58 %, et systématiquement à 27 %, ce qui est un point positif et montre que les pharmaciens prennent le temps pour s'assurer que le patient prend correctement ses traitements, malgré le fait que ces traitements soient chroniques.

Parmi les pharmaciens qui rappellent peu ou jamais les posologies, les principales raisons sont que les patients connaissent ou disent connaître le traitement, mais aussi qu'ils n'ont pas envie d'embêter les patients avec des informations qui leur ont déjà été donné auparavant.

Il est donc important de rappeler que des patients pensant être observants ont peut-être en leur possession de mauvaises informations de modalités de prise de leurs traitements. C'est pour cela qu'il est important de faire des rappels réguliers, comme par exemple simplement dire « bien en mangeant celui-ci » au moment où nous passons la boîte au scanner par exemple. L'information sera délivrée mais le patient n'aura pas l'impression que nous lui expliquons un traitement qu'il connaît déjà.

Nous observons de surcroît que 93 % des pharmaciens sondés ont déjà amélioré l'observance thérapeutique d'un patient en rappelant une posologie pour un traitement pourtant pris de façon chronique. Cela montre bien l'importance de ces rappels.

Concernant les rappels sur les dispositifs d'inhalation, 46 % des pharmaciens font souvent ces rappels, ce qui n'est pas négligeable, mais seulement 13 % le font systématiquement ce qui reste un faible pourcentage. De plus 7 % des pharmaciens ne font jamais ces rappels, ce qui montre qu'il reste encore du travail à faire à ce niveau.

Les rappels sont pourtant rapides et peuvent être très utiles, comme par exemple agiter la Ventoline® avant emploi, se rincer la bouche après un corticoïde. Aussi, d'après notre expérience personnelle à l'officine, nous avons pu constater que de nombreuses personnes ayant un enfant sous chambre d'inhalation délivrent deux bouffées dans la chambre d'emblée, alors qu'il ne faut en délivrer qu'une, attendre au moins dix respirations de l'enfant, puis délivrer la deuxième. Il est donc important de redonner cette information, même si les parents semblent connaître les modalités de prises.

Pour les patients diabétiques sous insuline, nous pouvons voir que 59 % des pharmaciens rappellent peu les règles d'injection et/ou de mesure de la glycémie capillaire lorsqu'il s'agit d'un renouvellement, et 20 % ne les rappellent jamais, ce qui représente la très grande majorité des pharmaciens.

Les conseils délivrés peuvent pourtant être tout aussi rapides et utiles que pour les traitements de l'asthme, notamment pour la mesure de la glycémie capillaire. Il faut donner des conseils comme par exemple se laver les mains avec un savon doux puis rincer à l'eau chaude. Aussi il ne faut jamais se piquer sur la pulpe des doigts mais plutôt sur la face latérale de la dernière phalange et jamais sur le pouce et l'index, et toujours changer de lancette avant chaque mesure.

Pour l'injection d'insuline il est également important de rappeler de bien agiter le stylo pour les insulines NPH (insulines intermédiaires), de réaliser le pli cutané avant de se piquer et de tourner le stylo d'un quart avant de retirer l'aiguille de la peau. Ces informations peuvent être utiles pour les patients ayant pris d'autres mauvaises habitudes il est donc important de ne pas les négliger.

⇨ Concernant la rédaction des plans de posologies, nous pouvons voir que 50 % des pharmaciens en rédigent peu, et 37 % jamais, ce qui représente la très grande majorité.

Le plan de posologie peut pourtant être une véritable aide pour les patients polypathologiques et possédant de nombreux traitements, de plus ces tableaux sont

réalisables à partir des logiciels informatiques de l'officine. Le tableau est donc déjà tout fait, personnalisé avec les traitements du patient et peut être imprimé rapidement. Il suffit par la suite seulement de le compléter, ce qui est plutôt rapide à réaliser. Cet outil pourtant utile n'est que très peu délivré à l'officine, la principale raison étant probablement le manque d'habitude puisque les pharmaciens notent les posologies au stylo sur les boîtes, ce qui semble être suffisant. Le plan de posologie peut pourtant compléter ceci et donner une vision d'ensemble des traitements du patient. Des remarques de prises peuvent de plus être ajoutées ce qui est un avantage certain.
La raison de ce fort pourcentage peut aussi être l'ignorance de cette fonctionnalité des logiciels. Il serait donc utile à l'avenir de mettre cet outil en avant.

De la même façon, il y a peu de distribution de fiches ou aide-mémoires à l'officine puisque 51 % en dispensent peu et 29 % jamais. La raison est sûrement l'absence de documents à la disposition des pharmaciens, ou de fiches conseils déjà toutes faites. La distribution de fiches pourrait pourtant permettre aux patients de lire à tête reposée, puisque les informations délivrées au comptoir peuvent parfois être nombreuses et fastidieuses en fonction de l'explication donnée. Ces fiches peuvent aussi être rédigées dans un vocabulaire simple afin qu'elles soient accessibles à tous, et avec notamment des images et schémas pour plus de clarté.
Ces fiches peuvent être réalisées en interne, mais il est certain que cela représente une charge de travail supplémentaire ce qui peut donc être un frein.

⇨ La très grande majorité des pharmaciens (97 %) pensent que le pharmacien est l'acteur clé pour le dépistage de l'inobservance thérapeutique, et 83 % seraient ouverts pour étendre les entretiens pharmaceutiques pour les autres patients afin de dépister cette inobservance. Les pharmaciens semblent donc être conscients que l'inobservance thérapeutique est un véritable fléau de nos jours, et ils semblent bien impliqués dans le combat de l'inobservance thérapeutique

Les pharmaciens qui n'y sont pas favorables pointent du doigt principalement le fait que les patients ne sont pas intéressés par ce genre d'entretien, le manque de rémunération ou la rémunération trop tardive par rapport à la date des entretiens, ainsi que le manque de temps. Les entretiens pharmaceutiques pour l'asthme et pour les AVK n'ayant pas été concluants dans certaines officines, il n'y a visiblement aucune envie de se lancer dans d'autres entretiens.

Les résultats obtenus durant cette étude sont donc encourageants, nous pouvons voir que les cours de communication se développent et intéressent les pharmaciens. Mais il est à noter que des progrès sont à faire en matière de rappels de posologies ainsi que de distribution de documents, à savoir les fiches, aide-mémoires et plans de posologie.

Les pharmaciens semblent aussi ouverts à étendre les entretiens pharmaceutiques, cependant il faudrait pour cela une grande organisation en raison du manque de temps à l'officine, ainsi qu'un système de rémunération différent puisque celui utilisé pour les entretiens d'asthme et anticoagulants n'a pas l'air de convenir aux pharmaciens, et les empêchent d'être motivés pour ces entretiens. Cela serait donc intéressant à développer à l'avenir.

CONCLUSION

Dans ce grand défi de la santé publique qu'est l'observance thérapeutique, une grande importance doit être accordée à la **communication patient – pharmacien d'officine**.
En effet, le pharmacien possède tout d'abord une certaine proximité avec le patient ce qui lui permet d'établir aisément une relation thérapeutique d'aide et de confiance. De plus, il possède un rôle clé dans son suivi de par sa fréquence de rencontre avec le patient (souvent tous les mois) ainsi que par son accès au Dossier Pharmaceutique.

La communication au comptoir doit être développée par les pharmaciens, notamment en utilisant des questions ouvertes, en pratiquant l'écoute active ou encore la reformulation. Cette communication qui a longtemps été oubliée au détriment d'une formation pharmaceutique très théorique est aujourd'hui en pleine expansion. Les cours de communication à la faculté sont en effet désormais admis et ne cessent de croître dans les formations des métiers de la santé. Cette véritable prise de conscience est un point positif et d'autres mesures sont mises en place pour faciliter cette communication avec le patient.

Le pharmacien est de plus en plus présent dans le suivi thérapeutique du patient, notamment avec les entretiens pharmaceutiques qui sont encore en pleine évolution aujourd'hui.

L'enquête que nous avons réalisée auprès des pharmaciens d'officine nous a montré qu'ils sont conscients de leur rôle clé pour détecter l'inobservance thérapeutique et qu'ils trouvent les cours de communication importants pour leur exercice officinal au comptoir.

Nous pouvons tout de même noter que les rappels de posologie ne sont pas toujours réalisés, et que les patients en affections de longue durée possédant des traitements depuis de nombreuses années méritent tout de même ces rappels.

De plus, peu de documents sont distribués à l'officine, ceux-ci pouvant pourtant être très utiles. Il serait judicieux de penser à une base de données spécifique contenant des fiches conseils ou aide-mémoires à remettre aux patients. Les plans de posologies mériteraient également plus de visibilité et de communication à ce sujet étant donné l'aide qu'ils peuvent apporter.

Il faut donc être conscient que malgré toutes les évolutions technologiques telles que les pharmacies en ligne, nous, pharmaciens devons rester proches du patient et développer sans cesse notre communication au comptoir car elle peut être fortement bénéfique et déterminante pour favoriser l'observance thérapeutique.

SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

ABBOTT, Mon diabète | Freestyle Diabète
Disponible sur https://www.freestylediabete.fr/mon-diabete, consulté le 17 novembre 2017

Agence National de la sécurité du médicament et des produits de santé, Interactions médicamenteuses
Disponible sur http://ansm.sante.fr/Dossiers/Interactions-medicamenteuses/Interactions-medicamenteuses-et-cytochromes/(offset)/1, consulté le 15/12/2016

AMELI, Avenants
Disponible sur
https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-reference/textesconventionnels/avenants, consulté le 13 mars 2018

AUBRY DE KARINE, La reformulation : techniques et effets | Kolibri Coaching,
Disponible sur
http://www.kolibricoaching.com/art-de-coacher/les-techniques-de-reformulation/, consulté le 10 janvier 2018

AZERNOUR BONNEFOY L., Ecoute active : comme ça se passe ? - Onmeda.fr
Disponible sur https://www.onmeda.fr/therapies/ecoute-active.html, consulté le 25 mars 2017

AZOULAI G., L'empathie, qu'est-ce que c'est ?
Disponible sur https://www.afdem.org/articles/empathie/, consulté le 10 octobre 2017

BARRIERG., *La communication non verbale*. Comprendre les gestes : perception et signification, ESF, 2017

BAYLON C., MIGNOT X., *La Communication : les outils et les formes de la communication : une présentation méthodique et illustrée*, Paris, Armand Colin, 2005

BENOIT M., PON J., ZIMMERMANN M.A, *Comment évaluer la qualité de l'observance ? L'Encéphale*, supplément 3, S87-S90, 2009

BIZOUARDC., SPELIERS J., *Vivre la communication*, Lyon, Chronique sociale, 2009

BOUTE G., *Fonctions du langage de Jakobson, par l'exemple* | Zeboute' Blog
Disponible sur https://zeboute-infocom.com/2011/01/04/semiotique-fonctions-du-langage-de-jakobson-par-lexemple/, consulté le 11 janvier 2017

Centre Européen d'Etude du diabète, *Les chiffres*,
Disponible sur ceed-diabete.org/fr/le-diabete/les-chiffres/, consulté le 15 mars 2017

CHOUKROUNMG., *La communication et l'éducation du patient*, Sid, 2008

Centre Européen d'étude du diabète, Les chiffres, Acido-cétose
Disponible sur
https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-acido-cetose-3672/, consulté le 17 novembre 2017

Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, Cespharm - Rôle du pharmacien
Disponible sur
http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien, consulté le 10 octobre 2017

TERRIER C., Communication, Disponible sur
http://www.cterrier.com/modeop_cours/communication/60_non_verbal.pdf, consulté le 14 avril 2017

DELMAS H., Le paraverbal | Communication Non Verbale
Disponible sur http://www.la-communication-non-verbale.com/2010/02/paraverbal-5471.html, consulté le 22 janvier 2017

CRIP et IMS Health®, Améliorer l'observance, LeCrip,
Disponible sur http://lecrip.org/wp-content/uploads/2014/11/BrochureObservance-imprim1.pdf, consulté le 26 mars 2017

Département d'études françaises de l'Université de Toronto, Langage et communication
Disponible sur http://www.linguistes.com/langue/intro.htm, consulté le 20 décembre 2016

DE SAUSSURE F., *Cours de linguistique générale Etudes et documents*, Payot, 1969

EDITH S., Processus de conceptualisation d'« empathie »
Disponible sur https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-3-page-28.htm, consulté le 16 janvier 2018

E.J., Langage, langue, parole
Disponible sur http://laboiteasaussure.fr/langage_langue_parole.htm, consulté le 16 mai 2018

ETCOFF NL., STOCK S., HALEY L., VICKERY SA., HOUSE DM., Cosmetics as a Feature of the Extended Human Phenotype: Modulation of the Perception of Biologically Important Facial Signals, Plos One, 2011
Disponible sur http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0025656, consulté le 12 décembre 2016

Etudes-litteraires.com, Les fonctions du langage
Disponible sur https://www.etudes-litteraires.com/fonctions-du-langage.php, consulté le 10 janvier 2017

FRANCE SILVER ECO, DO-Pill, le pilulier connecté
Disponible sur https://www.solutions-bien-vieillir.com/solution/do-pill-le-pilulier-connecte/, consulté le 10 mars 2018

GIFFARD D., communication définition-théorie psychologique cours de psychologie formation infirmière, Disponible sur http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/communication.htm, consulté le 10 décembre 2016

GIORDAN A., GOLAY A., *Bien vivre avec sa maladie*, Paris, Le Livre de poche, 2014

GUILBAULT C., SFU: Introduction to French Linguistics
Disponible sur https://www.sfu.ca/fren270/introduction/page1_3.html, consulté le 10 février 2018

Haynes RB., Taylor DW., Sackett DL.,1979, *Compliance in health care. Baltimore* : John Hopkins UniversityPress

HEBERT L., Roman Jakobson : Les fonctions du langage / Signo - Théories sémiotiques appliquées
Disponible sur http://www.signosemio.com/jakobson/fonctions-du-langage.asp, consulté le 05 janvier 2017

HORNE R., PARHAM R., DRISCOLL R., ROBINSON A., (2008), *Patients'Attitudes to Medicines and Adherence to Maintenance Treatment in InflammatoryBowelDisease, InflammatoryBowelDiseases*, Volume 15, Issue 6, pages 837-844

JAKOBSON R., Traduit Nicolas RUWET N., *Les Fondations du langage. Essais de linguistique générale I*, Éditions de Minuit, 2003

KAY OGDEN C., ARMSTRONG RICHARDSI., *The meaning of meaning, Harcourt, Brace& World, Inc.*,
Disponible sur http://s-f-walker.org.uk/pubsebooks/pdfs/ogden-richards-meaning-all.pdf, consulté le 15 avril 2017

Legifrance, (2013), L4011-1 du Code de la Santé publique
Disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020887842&dateTexte=&categorieLien=cid, consulté le 15 janvier 2018

JHENRY M., OMS | L'observance des traitements prescrits pour les maladies chroniques pose problème dans le monde entier
Disponible sur http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/fr/, consulté le 25 mars 2017

Jobprod, L'art de communiquer sans parler ! | JobProd
Disponible sur https://jobprod.com/communiquer-sans-parler/, consulté le 22 janvier 2017

LAMBLOT C., COOPÉRATION pharmacien-médecin : Quel protocole ? – Exercice professionnel
Disponible sur https://blog.santelog.com/2012/03/30/cooperation-pharmacien-medecin-quel-protocole-exercice-professionnel/, consulté le 10 février 2018

LAMOUROUX A., MAGNAN A., VERVLOET D., Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? - EM|consulte
Disponible sur http://www.em-consulte.com/rmr/article/156964, consulté le 20 mars 2017

Larousse Éditions, Archive Larousse : Larousse Médical - observance thérapeutique - occlusion de l'œil
Disponible sur http://www.larousse.fr/archives/medical/page/690, consulté le 15 mars 2017

Legifrance, (2016), L.1111-2 du Code de la Santé Publique,
Disponible sur
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=1666F763F51EBC907D94F80A463ADA36.tplgfr31s_3?idSectionTA=LEGISCTA000006185255&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180531, consulté le 16 février 2018

MACREZ P., Favoriser l'observance thérapeutique
Disponible sur https://www.infirmiers.com/les-grands-dossiers/diabete/favoriser-observance-therapeutique.html, consulté le 25 mars 2017

MAINGUENEAUD.CHISSJL., FILLIOLET J., *Introduction à la linguistique - Tome 2 : Syntaxe, communication,* poétique, PARIS, Hachette, 2006

MEHRABIAN A, FERRIS SR., 1967, *Inference of attitudes fromnonverbal communication in two channels. Journal of Consulting Psychology,* 31 (3), 248-252

Ministère de la Santé et des Sports et l'ANAP, (2010) La loi HPTS à l'hôpital, les clés pour comprendre, Ministère des Solidarités et de la Santé

MISDRAHI D., Comprendre l'observance thérapeutique - La Réponse du Psy
Disponible sur https://www.lareponsedupsy.info/ObservanceTherapeutique, consulté le 25 mars 2017

OLLIVIER B., *Les Sciences de la communication : théories et acquis*,Paris, Armand Colin, 2007

PAILLARD C., Cours IFSI - Écoute active : de quoi parle-t-on ?
Disponible sur https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsi/cours/cours-tout-savoir-ecoute-active.html, consulté le 10 janvier 2018

PEIFFER C., Qu'est-ce que l'empathie ?
Disponible sur https://www.leblogdesrapportshumains.fr/quest-ce-que-lempathie/, consulté le 04 février 2018

Pharmagest, Accompagnement du Patient - Nos solutions
Disponible sur https://pharmagest.com/solution/services-aux-patients/, consulté le 10 mars 2018

Pharmagest, DO-Pill, le pilulier connecté préparé par le pharmacien
Disponible sur https://pharmagest.com/solutions/dopill-pilulier-connecte/, consulté le 13 mars 2018

Pharmagest, Logiciel de Suivi d'Observance
Disponible sur https://pharmagest.com/solutions/logiciel-suivi-observance/, consulté le 10 mars 2018

PITTE M., Ecoute active - Communication - Cours cadres de santé - EspaceSoignant.com
Disponible sur https://www.espacesoignant.com/cadre-de-sante/cds-communication/ecoute-active, consulté le 10 janvier 2018

POURCHEZ J., LECLERC L., SARRY G., VERGNON JM., DUBUS JC., 2017, Chambres d'inhalation pour délivrance de fluticasone chez le nourrisson au banc d'essai, *Revue des Maladies Respiratoires* Volume 34, n°1 pages 29-35

REACH G., GUEDJ-MEYNIER D., DARNE B., HERPIN D., 2015, *Facteurs associés à la non-observance chez les hommes et chez les femmes hypertendus non contrôlés : étude ODACE, Annales de cardiologie et d'angéiologie* Volume 64, n°3 pages 222-226

RUWET N., *Linguistique et poétique*, Paris, Éditions de Minuit, 1963

RANTUCCI M., *Le dialogue pharmacien patient*, WOLTERS KLUWER, 2008

ROGERSC., MARIAN KINGET G., *Psychothérapie et relations humaines - Théorie de la thérapie centrée sur la personne*, ESF Editeur, 2009

Sabaté, E., 2003,*Adherence to Long-TermTherapies: Evidence for Action. World HealthOrganization*, Geneva

SAMER CF., DESMEULES JA., ROSSIER MF., HOCHSTRASSER D., DAYER P., (2004), Le polymorphisme génétique du cytochrome P450 2D6 : le Bon, l'Ultrarapide, l'Intermédiaire et le Lent, *Rev Med Suisse*, volume o.23775

Teva santé, Observance & Iatrogénie
Disponible sur https://www.teva-sante.fr/teva/observance-iatrogenie/, consulté le 20 mars 2017

SOKOL M., McGUIGAN K., ROBERT R., VERBRUGGE R., EPSTEIN R., (2005), *Impact of MedicationAdherence on Hospitalization Risk and HealthcaeCost, Medical Care* Volume 43, n°6

THIERS B., Le modèle de Jakobson appliqué à la rédaction web
Disponible sur https://www.responsable-communication.net/le-modele-de-jakobson-applique-a-la-redaction-web/, consulté le 05 janvier 2017

TOUMANE C., AUFFRET S., DHANE Y., MAILLEFAUD T., DUPUY O., BEGIN HIA, SAINT-MANDE, (2014), Enquête sur l'observance thérapeutique de patients diabétiques type 2, Diabetes&amp ; *Metabolism* Volume 40, n° S1 page A112

TOURETTE-TURGIS C., *L'éducation thérapeutique du patient: la maladie comme occasion d'apprentissage*, DE BOECK UNIVERSITE, 2015

VIDAL, Le dépistage de l'HTA - EurekaSanté par VIDAL
Disponible sur https://eurekasante.vidal.fr/maladies/coeur-circulation-veines/hypertension-arterielle.html?pb=complications-depistage, consulté le 17 novembre 2017

WANG L., *Analyse grammaticale des mots dérivés de la langue chinoise*, Asie orientale, Cahiers de linguistique, 1980

Wikipédia, Albert Mehrabian
Disponible sur
https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Albert_Mehrabian&oldid=148147701, consulté le 13 janvier 2017

Wikipédia, Communication verbale
Disponible sur
https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Communication_verbale&oldid=138529810, consulté le 15 janvier 2018

Wikipédia, Ferdinand de Saussure
Disponible sur
https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Ferdinand_de_Saussure&oldid=148780518, consulté le 05 janvier 2017

Wikipédia, Signe linguistique
Disponible sur
https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Signe_linguistique&oldid=146058217, consulté le 20 janvier 2017

UNIVERSITÉ DE ROUEN

UNIVERSITE de ROUEN
Faculté de Médecine et de Pharmacie

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.

MOUI LAHCENE Djamila

Le rôle de la communication patient – pharmacien d'officine dans l'observance thérapeutique dans les affections de longue durée

Th. D. Pharm., Rouen, 2018, 101 p.

RESUME

L'inobservance thérapeutique est un véritable problème de santé publique. De nombreuses études ont été réalisées à ce sujet et ont montrées que nombreux sont les patients qui ne suivent pas scrupuleusement leurs traitements. Les causes peuvent être diverses, il peut y avoir des facteurs propres aux patients comme l'âge ou le niveau socio-culturel, des facteurs socio-économiques, des facteurs liés aux pathologies ou aux traitements, ou encore des facteurs dépendant du système de soins.

Afin de favoriser l'observance thérapeutique des patients, la communication patient – pharmacien d'officine a une grande importance. Le pharmacien a en effet un rôle clé dans le suivi du patient pour plusieurs raisons, il a tout d'abord une certaine proximité et voit les patients très régulièrement lors des renouvellements d'ordonnance. Cela permet de créer une relation de confiance à juste distance, ce qui favorise l'adhésion thérapeutique et donc l'observance notamment dans les affections de longue durée.

De nombreuses évolutions ont eu lieu concernant les missions du pharmacien afin de favoriser cette communication, notamment avec les entretiens pharmaceutiques du patient à l'officine. Ceux-ci sont d'ailleurs en pleine évolution positive.

Une enquête a été réalisée sous forme de questionnaire auprès des pharmaciens d'officine, et elle avait pour objectif d'avoir une idée plus précise de l'intérêt que portent les pharmaciens à la communication au comptoir, ainsi que sur leurs pratiques lorsqu'ils sont face aux patients. Cette enquête a permis de voir que les cours de communication se développent et intéressent les pharmaciens. Mais il est à noter que des progrès sont encore à faire en matière de rappels de posologies ainsi que de distribution de documents, à savoir les fiches, aide mémoires et plans de posologie à l'officine.

Les pharmaciens semblent aussi ouverts à étendre les entretiens pharmaceutiques, mais il faudrait pour cela une grande organisation en raison du manque de temps à l'officine, ainsi qu'un système de rémunération différent puisque celui utilisé pour les entretiens d'asthme et anticoagulants n'a pas l'air de convenir aux pharmaciens. Cela les empêche d'être motivés pour ces entretiens.

Les résultats de cette enquête sont tout de même encourageants pour l'avenir.

MOTS CLES : Observance thérapeutique – communication – relation patient/pharmacien – affections de longue durée

---

JURY

Président : Mr Gilles GARGALA, Maître de Conférences

Membres : Mr Thierry WABLE, Professeur en communication
Mr Gaëtan DELAVOIPIERE, Docteur en Pharmacie
Mr Maxime MAUPAS, Docteur en Pharmacie

DATE DE SOUTENANCE : vendredi 29 juin 2018