



HAL
open science

Évaluation de la formation à l'éducation thérapeutique dans les facultés de pharmacie de France sur l'année universitaire 2016-2017

Justine Eymard-Vernain

► **To cite this version:**

Justine Eymard-Vernain. Évaluation de la formation à l'éducation thérapeutique dans les facultés de pharmacie de France sur l'année universitaire 2016-2017. Sciences pharmaceutiques. 2019. dumas-02113909

HAL Id: dumas-02113909

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02113909>

Submitted on 29 Apr 2019

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

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

AVERTISSEMENT

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

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

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

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

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

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

Année : 2019

**ÉVALUATION DE LA FORMATION À L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DANS
LES FACULTÉS DE PHARMACIE DE FRANCE SUR L'ANNÉE UNIVERSITAIRE
2016-2017**

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE
DIPLOME D'ÉTAT

Justine EYMARD-VERNAIN

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE
GRENOBLE

Le : 11/04/2019

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Pr. Benoit ALLENET, Professeur d'université - Pharmacien hospitalier (Directeur de thèse)

Membres :

Docteur Audrey LEHMANN, Pharmacien hospitalier.

Docteur Cécile MONTAGNAT-TATAVIN, Pharmacien d'officine.

Docteur Jean-Luc RAPPA, Pharmacien d'officine.

L'UFR de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Michel SEVE**

Vice-doyen et Directrice des Etudes :
Mme Christine DEMEILLIERS

Année 2018 – 2019

**ENSEIGNANTS – ENSEIGNANTS/CHERCHEURS
HDR et ou Pharmaciens**

Statut	Nom	Prénom	Laboratoire	Pharmacien	HDR
MCF	ALDEBERT	DELPHINE	TIMC-IMAG UMR CNRS 5525, TheREx	oui	oui
PU-PH	ALLENET	BENOIT	TIMC-IMAG UMR CNRS 5525, TheMAS	oui	oui
PU	BAKRI	ABDELAZIZ	TIMC-IMAG UMR CNRS 5525	oui	oui
MAST	BARDET	JEAN-DIDIER	TIMC-IMAG UMR CNRS 5525, TheMAS	oui	non
MCF	BATANDIER	CECILE	LBFA – INSERM U1055	oui	non
PU-PH	BEDOUCHE	PIERRICK	TIMC-IMAG UMR CNRS 5525, TheMAS	oui	oui
MCF	BELAIDI-CORSAT	ELISE	HP2, Inserm U1042	non	oui
MAST	BELLETT	BEATRICE	-	oui	non
MCF	BOUCHERLE	BENJAMIN	DPM - UMR CNRS 5063	oui	non
PU	BOUMENDJEL	AHCENE	DPM – UMR CNRS 5063	non	oui
MCF	BOURGOIN	SANDRINE	IAB – CRI INSERM U823	non	non
MCF	BRETON	JEAN	LCIB – UMR CEA E3	oui	oui
MCF	BRIANCON-MARJOLLET	ANNE	HP2 – INSERM U1042	non	non
PU	BURMEISTER	WILHEM	UVHCI- UMI 3265 EMBL CNRS	non	oui
MCU-PH	BUSSER	BENOIT	Institute for Advanced Biosciences, UGA / Inserm U 1209 / CNRS 5309	oui	oui
Professeur Emerite	CALOP	JEAN	-	oui	oui
MCF	CAVAILLES	PIERRE	TIMC-IMAG UMR CNRS 5525	non	non
MCU-PH	CHANOINE	SEBASTIEN	CR UGA - INSERM U1209 - CNRS 5309	oui	non
MCF	CHOISNARD	LUC	DPM – UMR CNRS 5063	non	non
AHU	CHOVELON	BENOIT	DPM – UMR CNRS 5063	oui	non
PU-PH	CORNET	MURIEL	TIMC-IMAG UMR CNRS 5525 TheREx	non	oui
Professeur Emérite	DANEL	VINCENT		non	oui
PU	DECOUT	JEAN-LUC	DPM – UMR CNRS 5063	non	oui
MCF Emérite	DELETRAZ-DELPORTE	MARTINE	LPSS – EAM 4129 LYON	oui	oui
MCF	DEMEILLIERS	CHRISTINE	TIMC-IMAG UMR CNRS 5525	non	oui
PU-PH	DROUET	CHRISTIAN	GREPI EA7408	oui	oui
PU	DROUET	EMMANUEL	IBS – UMR 5075 CEA CNRS HIV & virus persistants Institut de Biologie Structurale	oui	oui
MCF	DURMORT	CLAIRE	IBS – UMR CEA CNRS 5075	non	oui
PU-PH	FAURE	PATRICE	HP2 – INSERM U1042	non	oui

MCF	FAURE-JOYEUX	MARIE	HP2 – INSERM U1042	oui	oui
PRCE	FITE	ANDREE	-	non	non
MCU-PH	GARNAUD	CECILE	TIMC-IMAG UMR CNRS 5525 TheReX	oui	non
PRAG	GAUCHARD	PIERRE- ALEXIS	-	non	non
MCU-PH	GERMI	RAPHAELE	IBS – UMR CEA CNRS 5075 HIV & virus persistants Institut de Biologie Structurale	oui	oui
MCF	GEZE	ANNABELLE	DPM – UMR CNRS 5063	non	oui
MCF	GILLY	CATHERINE	DPM – UMR CNRS 5063	oui	oui
PU	GODIN-RIBUOT	DIANE	HP2 – INSERM U1042	non	oui
MCF	GONINDARD	CHRISTELLE	LECA – UMR CNRS 5553	non	non
Professeure Emérite	GRILLOT	RENEE	-	oui	oui
MCF Emérite	GROSSET	CATHERINE	DPM – UMR CNRS 5063	oui	oui
MCF	GUIEU	VALERIE	DPM – UMR CNRS 5063	non	non
AHU	HENNEBIQUE	AURELIE	TIMC-IMAG UMR CNRS 5525 TheREx	oui	non
MCF	HININGER- FAVIER	ISABELLE	LBFA – INSERM U1055	oui	oui
MCF	KHALEF	NAWEL	TIMC-IMAG UMR CNRS 5525	non	non
MCF	KOTZKI	SYLVAIN	HP2 – UMR S1042	oui	non
MCF	KRIVOBOK	SERGE	DPM – UMR CNRS 5063	oui	oui
PU	LENORMAND	JEAN-LUC	TIMC-IMAG UMR CNRS 5525 TheREx	non	oui
PU	MARTIN	DONALD	TIMC-IMAG UMR CNRS 5525	non	oui
PRCE	MATTHYS	LAURENCE	-	non	non
AHU	MAZET	ROSELINE	DPM – UMR CNRS 5063	oui	non
AHU	MINOVES	MELANIE	HP2 – INSERM U1042	oui	non
PU	MOINARD	CHRISTOPHE	LBFA - INSERM U1055	non	oui
PU-PH	MOSSUZ	PASCAL	IAB – INSERM U1209	non	oui
MCF	MOUHAMADOU	BELLO	LECA – UMR CNRS 5553	non	oui
MCF	NICOLLE	EDWIGE	DPM – UMR CNRS 5063	oui	oui
MCF	OUKACINE	FARID	DPM – UMR CNRS 5063	non	non
MCF	PERES	BASILE	DPM – UMR CNRS 5063	non	oui
MCF	PEUCHMAUR	MARINE	DPM – UMR CNRS 5063	non	oui
PU	PEYRIN	ERIC	DPM – UMR CNRS 5063	oui	oui
AHU	PLUCHART	HELENE	TIMC-IMAG – UMR CNRS 5525 TheMAS	oui	non
MCF	RACHIDI	WALID	LCIB – UMR E3 CEA	non	oui
MCF	RAVELET	CORINNE	DPM – UMR CNRS 5063	non	oui
PU	RIBUOT	CHRISTOPHE	HP2 – INSERM U1042	oui	oui
PU-PH	SEVE	MICHEL	LBFA – INSERM U1055	oui	oui
MCF	SOUARD	FLORENCE	DPM – UMR CNRS 5063	oui	non
MCF	SPANO	MONIQUE	IBS – UMR CEA CNRS 5075	non	oui
MCF	TARBOURIECH	NICOLAS	IBS – UMR CEA CNRS 5075	non	oui
MCF	VANHAVERBEKE	CECILE	DPM – UMR CNRS 5063	non	non
PU	WOUESSIDJEWE	DENIS	DPM – UMR CNRS 5063	oui	oui

AHU : Assistant Hospitalo-Universitaire
ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches
BCI : Biologie du Cancer et de l'Infection
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIB : Centre d'Innovation en Biologie
CRI : Centre de Recherche INSERM
CNRS : Centre National de Recherche Scientifique
DCE : Doctorants Contractuels Enseignement
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
IAB : Institute for Advanced Biosciences
IBS : Institut de Biologie Structurale
LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes
LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
LPSS : Laboratoire Parcours Santé Systémique
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
MAST : Maître de Conférences Associé à Temps Partiel
MCF : Maître de Conférences des Universités
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PAST : Professeur Associé à Temps Partiel
PRAG : Professeur Agrégé
PRCE : Professeur certifié affecté dans l'enseignement
PU : Professeur des Universités
PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
SyMMES : Systèmes Moléculaires et nanoMatériaux pour l'Energie et la Santé
TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation
UMR: Unité Mixte de Recherche

Remerciements

À **Benoit Allenet**, Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger et de présider ma thèse. Vos conseils et vos capacités d'organisation m'ont beaucoup aidé dans la réalisation de ce travail.

À **Audrey Lehmann**, Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Votre expertise sera d'une aide précieuse à l'évaluation de cette thèse.

À **Cécile Montagnat-Tatavin**, Merci pour ton aide, tes conseils et ta bienveillance depuis mon stage de 6^{ème} année en officine. C'est toujours un plaisir de travailler avec toi.

À **Jean-Luc Rappa**, Merci pour tes conseils dans l'élaboration de ce projet. Ton implication dans ce métier a toujours été pour moi un exemple.

Aux facultés de pharmacie et à leurs enseignants, Merci d'avoir pris du temps pour répondre à mon enquête.

Aux équipes de la Pharmacie de St Laurent du Pont et de la Pharmacie des Aiguinards, Merci pour votre gentillesse et pour vos bons conseils durant mes premières années de pratique professionnelle.

À **mes parents**, Un immense merci pour votre soutien, votre amour et votre aide sans faille depuis toutes ces années. Merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir encouragé dans mes choix. Si j'en suis là aujourd'hui, c'est principalement grâce à vous.

À **mon frère Guillaume**, Merci pour ton affection et pour tes précieux conseils.

À **mon papy et ma mamie**, qui ne sont malheureusement plus là mais qui auraient été fiers de moi. Je n'oublierai pas ces belles années passées avec vous. Vous me manquez.

À toute ma famille, Merci pour les bons moments que l'on passe tous ensemble.

À mes amies de longue date, Audrey (mon binôme), Chloë, Léa, Marine, Sophie. Merci pour tous ces fous rires, ces voyages et surtout pour votre présence depuis si longtemps.

À mes ami(e)s de faculté, Merci pour votre bonne humeur et pour tous ces moments partagés avec vous.

À Edouard, Merci pour ces belles années passées à tes côtés et pour celles à venir.

Table des matières

Liste des figures	11
Liste des tableaux	12
Liste des abréviations	12
Introduction	14
Partie 1 : Généralités	16
1. Evolution du système de santé français	16
1.1 Amélioration de l'espérance de vie liée aux progrès et évolution des pathologies à partir du vingtième siècle.....	16
1.1.1 Evolution de l'espérance de vie en France.....	16
1.1.2 Augmentation des maladies chroniques et de leur complexité	17
1.1.3 Une médecine de plus en plus technique et complexe	18
1.1.4 Un parcours de soins de plus en plus complexe (multiplicité des acteurs et des types de structure)	20
1.1.4.1 Les acteurs de soins hospitaliers	20
1.1.4.2 Les acteurs de soins de ville : médecins, pharmaciens, professionnels paramédicaux	21
1.2 Augmentation du nombre de patients ayant des difficultés d'adhésion médicamenteuse	24
1.2.1 Définitions de l'observance et de l'adhésion médicamenteuse	24
1.2.2 Facteurs influençant l'adhésion médicamenteuse du patient	26
1.2.2.1 Les facteurs liés au patient	27
1.2.2.2 Les facteurs liés à la maladie	28
1.2.2.3 Les facteurs liés au traitement	28
1.2.2.4 Les facteurs socio-économiques	29
1.2.2.5 Les facteurs liés au système de soins	29
1.3 Conséquences socio-économiques	30
1.3.1 Complications pour le patient	30
1.3.2 Conséquences économiques	30

2. La pharmacie clinique : une réponse à l'évolution de l'état de santé.....	31
2.1 La pharmacie clinique : un modèle évolutif	31
2.2 Les processus de la pharmacie clinique	32
2.2.1 Phase de dispensation	32
2.2.1.1 Analyse de l'ordonnance	32
2.2.1.2 Informations et conseils de bon usage du médicament	33
2.2.1.3 Délivrance	34
2.2.2 Bilan partagé de médication	34
2.2.3 Plan pharmaceutique personnalisé	35
3. Education thérapeutique	35
3.1 Définition, objectifs et efficacité de l'ETP	35
3.2 L'éducation thérapeutique dans la loi française	37
3.3 Organisation de l'ETP en France	38
3.3.1 Par qui ?	38
3.3.2 Pour qui, où et quand ?	39
3.4 Elaboration d'un programme d'ETP	40
3.5 Rôles du pharmacien dans l'ETP	42
3.6 Formation pour dispenser et coordonner l'ETP	43
Partie 2 : Matériels et méthodes	45
1. Elaboration du questionnaire.....	45
2. Diffusion du questionnaire et recueil des données.....	47
3. Analyse des réponses	48
Partie 3 : Résultats.....	49
1. Périmètre de l'étude et de l'échantillonnage	49
2. Bilan de l'enseignement à l'ETP au cours de la formation initiale.....	51
2.1 Répartition de l'enseignement à l'ETP en fonction des années universitaires.....	51
2.2 Organisation de l'enseignement à l'ETP en fonction des années universitaires.....	54
2.2.1 Nombre d'heures en fonction de l'année universitaire	54
2.2.2 Méthodes pédagogiques utilisées, évaluation des enseignements et intervenants.....	60
2.2.2.1 Méthodes pédagogiques	60
2.2.2.2 Evaluation des enseignements.....	61
2.2.2.3 Les différents intervenants	62
2.2.3 Thèmes d'enseignement à l'ETP abordés au cours de la formation initiale	63

2.2.3.1	Thèmes principaux enseignés dans le cadre de l'ETP	63
2.2.3.2	Thèmes d'ETP orientés sur les populations spécifiques	66
2.2.4	Diplôme validant la formation initiale en ETP : Certificat de dispensation	67
2.2.5	Thèses d'université pharmaceutiques sur l'ETP	68
3.	Bilan de l'enseignement à l'ETP au cours de la formation continue	69
3.1	Existence d'une formation continue au sein des facultés de pharmacie	69
3.2	Organisation de la formation continue au sein des facultés de pharmacie.....	70
3.2.1	Méthodes pédagogiques utilisées et population concernée par la formation continue	70
3.2.1.1	Méthodes pédagogiques	70
3.2.1.2	Personnes concernées par la formation continue	71
3.2.2	Thèmes d'enseignement à l'ETP abords au cours de la formation continue	72
3.2.2.1	Thèmes principaux enseignés dans le cadre de l'ETP	72
3.2.2.2	Thèmes d'ETP orientés sur les populations spécifiques	73
3.2.3	Diplômes validant la formation continue en ETP	74
3.2.3.1	Certificat de dispensation à l'ETP.....	74
3.2.3.2	Autres diplômes.....	75
3.2.3.3	Partenariats au sein de la formation continue.....	75
3.3	Recoupement entre les thèmes enseignés au cours de la formation initiale et continue	76
3.4	Les facteurs d'influence de la formation à l'ETP dans les facultés de pharmacie.....	77
3.4.1	Partenariats de l'enseignement à l'ETP	77
3.4.2	Origine du choix des thèmes enseignés.....	78
Partie 4 :	Discussion	80
1.	Limites de l'étude.....	80
1.1	Pertinence de l'étude	80
1.2	Les biais de l'étude.....	80
2.	Formation initiale	81
2.1	Les années d'enseignement	81
2.2	Le nombre d'heures consacré à l'enseignement à l'ETP	83
2.3	Méthodes pédagogiques	83
2.4	Evaluation des enseignements et certification	84
2.5	Les différents intervenants	85
2.6	Thèmes enseignés.....	86
3.	Formation continue	88

3.1 Méthodes pédagogiques	88
3.2 Populations concernées par la formation continue.....	89
3.3 Thèmes enseignés.....	90
3.4 Les diplômes obtenus au cours de la formation continue	91
4. Les facteurs d'influence de la formation à l'ETP dans les facultés de pharmacie.....	92
4.1 Les partenariats	92
4.2 L'origine du choix des thèmes abordés au cours de l'enseignement à l'ETP.....	93
5. Synthèse	93
Conclusion.....	97
Bibliographie.....	99
Annexe : Questionnaire envoyé aux facultés de pharmacie de France	104
Serment de Galien	112
Résumé.....	113

Liste des figures

<u>Figure 1</u> : Espérance de vie à la naissance et taux de mortalité infantile de 1950 à 2015.....	16
<u>Figure 2</u> : Taux d'adhésion médicamenteuse en fonction de la pathologie.....	26
<u>Figure 3</u> : Répartition nationale de l'enseignement à l'ETP en fonction des années universitaires.....	51
<u>Figure 4</u> : Nombre d'heures obligatoires reçues par étudiant en fonction de l'année universitaire.....	56
<u>Figure 5</u> : Nombre d'heures facultatives reçues par étudiant en fonction de l'année universitaire.....	59
<u>Figure 6</u> : Méthodes pédagogiques utilisées au cours de la formation initiale.....	60
<u>Figure 7</u> : Répartition nationale du corps enseignant à l'ETP.....	62
<u>Figure 8</u> : Thèmes enseignés dans le cadre de l'ETP au cours de la formation initiale.....	63
<u>Figure 9</u> : Répartition générale des thèmes orientés sur des populations spécifiques dans le cadre de l'ETP.....	66
<u>Figure 10</u> : Formation continue au sein des facultés de pharmacie.....	69
<u>Figure 11</u> : Méthodes pédagogiques utilisées pendant la formation continue.....	70
<u>Figure 12</u> : Thèmes enseignés dans le cadre de l'ETP au cours de la formation continue.....	72
<u>Figure 13</u> : Répartition générale des thèmes concernant les populations spécifiques dans le cadre de la formation continue à l'ETP	73
<u>Figure 14</u> : Comparaison des thèmes enseignés au cours de la formation initiale et continue.....	76
<u>Figure 15</u> : Les différents partenariats de l'enseignement à l'ETP.....	77
<u>Figure 16</u> : Origine du choix des thèmes enseignés au cours de la formation initiale et continue.....	78

Liste des tableaux

<u>Tableau I</u> : Nombre d'étudiants admis en 2 ^{ème} année de pharmacie dans les différentes facultés.....	49
<u>Tableau II</u> : Répartition de l'enseignement obligatoire et facultatif à l'ETP au cours des années universitaire pour chaque faculté.....	52
<u>Tableau III</u> : Nombre d'heures obligatoires par étudiant au cours des années universitaires dans les facultés de pharmacie françaises.....	55
<u>Tableau IV</u> : Nombre d'heures facultatives par étudiant au cours des années universitaires dans les facultés de pharmacie françaises.....	58
<u>Tableau V</u> : Nombre d'étudiants par promotion ayant obtenu un certificat permettant de dispenser l'ETP.....	67
<u>Tableau VI</u> : Nombre de pharmaciens ayant un certificat permettant de dispenser l'ETP.....	74

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé
AFDET : Association Française pour le Développement de l'Education Thérapeutique
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRIP : Cercle de Réflexion de l'Industrie Pharmaceutique
DESU : Diplôme d'Etudes Supérieures Universitaires
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DMP : Dossier Médical Partagé
DU : Diplôme Universitaire
ERET : Espace Régional d'Education Thérapeutique

ESPIC : Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FIR : Fonds d'Intervention Régional

FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

FNEIPS : Fonds National de prévention, d'éducation et d'information sanitaire

GRIEPS : Groupe de Recherche et d'Intervention pour l'Education permanente des Professions Sanitaires et sociales

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension Artérielle

HPST : Hôpital Patients Santé Territoires

IDM : Infarctus Du Myocarde

INFIPP : Institut National de Formation et d'Intégration par la Pratique Professionnelle

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

InVS : Institut de Veille Sanitaire

IREPS : Instance Régionale d'Education et Promotion Santé

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

NTIC : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

SARL : Société à Responsabilité Limitée

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

UFR : Unité de Formation et de Recherche

UTEF : Unité Transversale pour l'Education du Patient

INTRODUCTION

L'essor croissant des pathologies chroniques dans notre société nécessite de construire une nouvelle approche dans la représentation du patient face à sa maladie. Les caractéristiques de ces affections imposent des bouleversements dans la vie du patient et de son entourage avec un impact médical mais aussi social. L'individu doit s'adapter à une nouvelle vie. De la réussite de cette adaptation dépend la qualité de son vécu. Il est donc important que le patient devienne un acteur principal de sa prise en charge.

L'éducation thérapeutique est un concept apparu à la fin des années 90. Il permet à la personne malade de bénéficier d'une aide tout au long de son parcours de soins pour lui apprendre à renforcer son autonomie face à la maladie, à la gestion des traitements et à améliorer sa qualité de vie. Dans le processus d'éducation thérapeutique, les actions d'accompagnement des professionnels de santé tiennent une place prépondérante. Cette approche partenariale est une étape nouvelle dans la relation soignant-soigné. Ceci justifie pour le professionnel d'acquérir une posture et une formation assez éloignée des codes de formation habituelle.

Le pharmacien de par son expertise et son positionnement au cœur du système de soins doit naturellement être un acteur privilégié dans l'accompagnement du patient dans son parcours d'éducation thérapeutique. Il est donc nécessaire qu'il bénéficie d'une formation adaptée.

L'objectif de cette thèse est de recenser l'offre de formation à l'éducation thérapeutique des facultés de pharmacie de France. Connaître sa composition, son organisation, les modes d'enseignement et d'évaluation sont importants pour mieux l'adapter aux attentes et besoins des professionnels.

Une première partie bibliographique montre l'importance des enjeux d'une bonne prise en charge des pathologies chroniques dans notre société, notamment par l'éducation thérapeutique et grâce à des professionnels, particulièrement des pharmaciens, bien formés à cet effet. Dans la seconde partie, après avoir énoncé la méthodologie de l'étude, nous présenterons les résultats de notre questionnaire sur la formation à l'ETP envoyé à l'ensemble des facultés de pharmacie de France. Pour finir, nous discuterons de l'ensemble de l'étude et des perspectives qui peuvent se dessiner sur cet enseignement.

Partie 1 : Généralités

1. Évolution du système de santé français

1.1 Amélioration de l'espérance de vie liée aux progrès et évolution des pathologies à partir du vingtième siècle.

1.1.1 Évolution de l'espérance de vie en France

En France et jusqu'au début du 20^{ème} siècle, les maladies infectieuses étaient les principales causes de mortalité. L'histoire de la prise en charge des soins aux patients s'est donc organisée naturellement au fil des siècles sur une prise en charge de pathologies aiguës rapidement évolutives. Au 20^{ème} siècle, les progrès nutritionnels, l'amélioration de l'hygiène, la découverte des antibiotiques et la généralisation de la vaccination ont quasiment éradiqué ces causes de mortalité avec pour conséquence une augmentation de l'espérance de vie.

Espérance de vie à la naissance et taux de mortalité infantile de 1950 à 2015

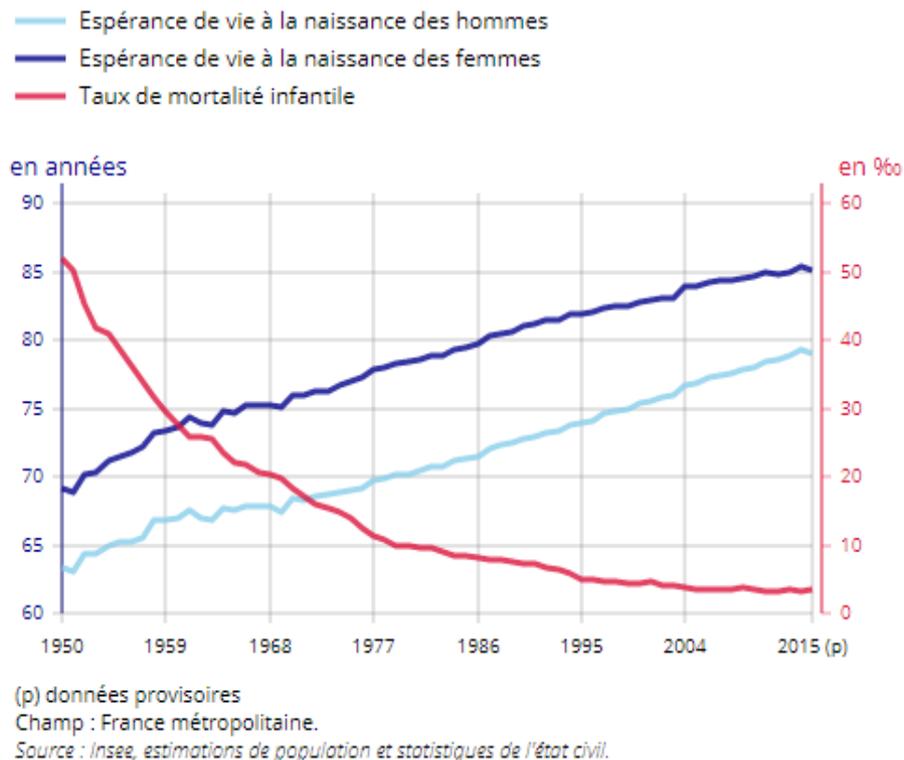


Figure 1 : Espérance de vie à la naissance et taux de mortalité infantile de 1950 à 2015 [1]

Au 21^{ème} siècle, l'amélioration de l'espérance de vie se fait par l'augmentation de la part des personnes âgées dans la population générale. Selon le rapport de l'INSEE de 2010, la part des personnes de plus de 60 ans représentera 31% de la population générale en 2035 contre 23% aujourd'hui. La population des plus de 85 ans devrait être multipliée par 4 en 2060. La caractéristique des gains d'espérance de vie, à l'heure actuelle, se fait donc sur la baisse de la mortalité à des âges avancés et non plus sur celle de la mortalité infantile [2].

1.1.2 Augmentation des maladies chroniques et de leur complexité

Les modifications des caractéristiques démographiques de notre population se sont accompagnées d'une évolution des pathologies rencontrées. Nous assistons à une augmentation des maladies chroniques (pathologies cardiovasculaires, diabète, cancers, maladies respiratoires chroniques, troubles mentaux, affections visuelles, auditives, bucco-dentaires, pathologies ostéo-articulaires et maladies génétiques). À titre d'exemple « En France, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement s'élevait à 4,6 % en 2012, soit trois millions de personnes traitées, contre 2,6 % en 2000, soit 1,6 million de personnes » [3].

Le rapport de l'InVS de 2017, sur l'état global de santé en France, a montré que la fréquence des maladies chroniques augmentait avec l'âge. Le pourcentage des personnes atteintes de ces maladies passe de 55% entre 65 et 75 ans à 75% pour les plus de 85 ans. Les situations polyopathologiques sont également en forte augmentation puisque 93 % des plus de 70 ans déclaraient au moins deux maladies chroniques [4].

Un rapport de la CNAMTS de 2011, montre que 82% des patients ayant une maladie cardiovasculaire avaient au moins une autre pathologie ou un autre traitement et 33% au moins trois autres.

1.1.3 Une médecine de plus en plus technique et complexe

Les avancées scientifiques et thérapeutiques qui ont marqué la seconde moitié du 20^{ème} siècle puis l'explosion technologique quasi exponentielle de ces vingt dernières années, ont eu un impact considérable dans l'amélioration de l'état de santé de la population [5].

L'essor de la recherche clinique et du savoir médical ont été tels que la nécessité d'une segmentation de la médecine en différentes spécialités a été inévitable. Les progrès technologiques de ces dernières années en matière d'investigations diagnostiques, de techniques interventionnelles et de robotisations ont accentué l'hyperspécialisation technique du corps médical intervenant sur des pôles technologiques d'excellence (cardiologie interventionnelle, rythmologie interventionnelle). Ces progrès ont été associés à une meilleure connaissance des facteurs de risque, à la manière de les maîtriser (y compris sur le plan socio-comportemental) mais aussi à une organisation innovante des dépistages ainsi qu'à une meilleure organisation des soins urgents [6].

L'essor des possibilités d'investigations, de traitements et la multiplicité des intervenants ont justifié une prise en charge du patient de plus en plus standardisée. Ceci permet à ce dernier d'être soigné dans les meilleures conditions au vu des connaissances actuelles et des contraintes financières. Ceci renforce aussi l'aspect de technicité des personnels de santé appliquant les protocoles au détriment d'une approche plus individuelle.

Demain la prise en charge des pathologies et la surveillance des patients atteints d'affection(s) chronique(s) devraient être largement bouleversées par les innovations technologiques [7].

Ainsi la médecine génomique va permettre, à partir de notre génome, d'identifier les prédispositions à certaines maladies et les indices permettant d'affiner un pronostic ou de développer des thérapies ciblées (ex: Les femmes porteuses des gènes BRCA1 et BRCA2 mutés ont un risque élevé (50%) de développer un cancer du sein) [8].

L'apport des nanobiotechnologies va permettre la délivrance de médicaments ciblés sur la tumeur par l'utilisation de vecteurs. Elle permettra aussi l'usage d'électrodes commandant une prothèse implantée et celui de capteurs orientant l'individu sur des comportements de prévention.

Les NTIC (nouvelles technologies de l'information et de la communication) appliquées à la médecine du patient, utilisant capteurs et recueil des données à distance, devraient développer le concept de smart médical home. Elles pourront, par exemple, aider les personnes âgées au maintien à domicile (système de détection des chutes, patch cutané délivrant le médicament par message d'activation à distance afin d'améliorer l'adhésion) [9].

Ces nouvelles technologies conduisant à une « numérisation » de l'individu, avec un déluge de données techniques à exploiter, risquent cependant de rajouter beaucoup de complexité pour la compréhension du patient face à sa maladie.

1.1.4 Un parcours de soins de plus en plus complexe (multiplicité des acteurs et des types de structures)

La prise en charge des patients atteints d'affection(s) chronique(s) justifie l'intervention de différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins: consultations de médecine générale et de différentes spécialités, actes techniques et biologiques variés, traitements médicamenteux ou non, accompagnement psychosocial ou social. Le juste enchaînement de ces différentes compétences professionnelles apparaît souhaitable tant sur un plan humain que sur un plan économique. Elle justifie une coordination des intervenants fondée sur de bonnes pratiques. C'est la définition du parcours de soins coordonnés [10]. La multiplicité des acteurs du système de soins avec des modes d'organisation très différents et celle des organisations administratives censées les supervisées, sont autant de freins à une coordination rationnelle et personnalisée autour du patient.

1.1.4.1 Les acteurs de soins hospitaliers

L'hôpital, regroupé désormais sous l'appellation établissements de santé public, a une activité qui regroupe les soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique), les soins de suite et de réadaptation (SSR), les soins de longue durée (gériatrie). L'ensemble représente 350 000 lits environ soit 65 % de l'hospitalisation [11]. L'hôpital produit une forte intensité de services sur une courte durée. Ces propriétés se traduisent par une efficacité élevée concernant le traitement des maladies aiguës et des épisodes aigus des maladies chroniques.

L'attractivité de l'hôpital a des effets indésirables (saturation indéfiniment renouvelée des capacités matérielles et humaines réduisant l'efficacité de l'ensemble, tarification à l'activité T2A contribuant à une inflation des actes). L'hôpital, et principalement l'hôpital universitaire, reste le lieu principal de l'innovation bio médicale. Il s'ouvre progressivement aux innovations organisationnelles avec par exemple, les UTEP (unité transversale d'éducation du patient) qui ont pour mission d'accompagner sur le plan conception et méthode, les acteurs d'un programme d'ETP, de participer à des formations en ETP, de promouvoir les actions et innovation en ETP [12].

Les établissements de santé privés avec un statut à but lucratif (SARL) ou à but non lucratif (ESPIC étroitement contrôlé par les pouvoirs publics) développent une offre orientée sur les prises en charge de courte durée (MCO), de prise en charge ambulatoire voire de prise en charge à domicile. Ils sont également assujettis à la tarification à l'activité. Ce secteur peine à se développer dans un secteur très concurrencé par l'hôpital public. Il connaît depuis plusieurs années des restructurations importantes avec la constitution notamment de groupes de cliniques. Ainsi en 2012 une quarantaine de groupes rassemblait plus de 600 cliniques [13].

1.1.4.2 Les acteurs de soins de ville : médecins, pharmaciens, professionnels paramédicaux

Ces derniers travaillent dans la durée avec des relations de proximité avec les patients. Ils sont donc le recours prioritaire pour intégrer le patient dans des programmes de dépistage, de prévention et de suivi des pathologies chroniques. En effet, les patients chroniques reçoivent des conseils des professionnels avec lesquels ils sont en contact à l'occasion de leur suivi

médical et de la prise de leur traitement. Il s'agit donc d'un moment privilégié pour lutter contre les défauts d'adhésion médicamenteuse. Mais les soins de villes souffrent d'une organisation favorisant la segmentation des prises en charge. Le décloisonnement concerté des interventions nécessite du temps et de l'investissement, ce qui va à l'encontre des caractéristiques de l'exercice libéral :

- Mode d'exercice professionnel individuel ou en groupe restreint (cabinet médicaux, paramédicaux, pharmacie) ;
- Mode de rémunération à l'acte (médecins, paramédicaux) ou à l'ordonnance (pharmaciens).

À cela s'ajoute des problèmes contemporains démographiques :

- D'après l'ordre des pharmaciens (2018), l'orientation vers l'officine diminue : -5,7% en dix ans ;
- D'après l'ordre des médecins (2016), il y a une baisse de 8,4 % des effectifs de médecins généralistes installés de 2007 à 2016 ;
- Problème du temps consacré aux soins effectifs (tâches administratives, temps partiels).

Consciente des handicaps qui pèsent sur ce secteur indispensable à la coordination du parcours de soin de proximité, la loi du 4 mars 2002 introduit les réseaux de santé comme nouvelles structures pour répondre aux besoins d'organisation des intervenants. En 2012, le rapport de la DGOS sur le fonctionnement des réseaux de santé apparaît contrasté. Leur compétence et leur place dans la coordination ville hôpital sont confirmées. Cependant, il existe une très forte hétérogénéité des réseaux (716 sont financés par la FIQCs en 2011 devenu FIR en 2012) [14].

Certains réseaux proposent une expertise hospitalière et réalisent des soins à la place des effecteurs eux-mêmes. Ils constituent donc des nouveaux acteurs de prise en charge qui complexifient l'offre de soins déjà présente. Par ailleurs, le rapport IGAS de 2006 montre que beaucoup de réseaux n'arrivent pas à atteindre une taille critique en matière de population et de professionnels pour pouvoir entraîner une évolution certaine et durable des pratiques.

Selon le rapport IGAS de 2014, 50% des réseaux prennent en charge un nombre de patients inférieur à 300.

En conclusion, le rapport préconise d'orienter les réseaux en appui pour la coordination des soins c'est-à-dire :

- Organiser et planifier le parcours de santé et le suivi du patient en situation complexe, en lien avec l'équipe de soins de premier recours ;
- Apporter un appui aux différents intervenants (professionnels de santé de premier recours, sociaux, médico-sociaux, la famille) auprès du patient ;
- Favoriser une bonne articulation entre la ville-hôpital (entrée-sortie d'hôpital) et avec les intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social.

Ces nouvelles orientations pourraient se faire à partir des maisons de santé pluri professionnelles ou des pôles de santé pluri professionnels. Leur organisation, à partir des professionnels de santé du secteur de ville, a l'avantage de la proximité avec la population. Ils s'ouvrent à d'autres modes d'exercice favorisant les échanges et pourraient donc être une solution pour une meilleure prise en charge de la permanence des soins, de la prévention et de l'éducation des patients [15].

D'autres structures de soins complexifient encore l'offre de soins de ville. La liste ne peut être exhaustive, citons entre autres les centres de santé qui offrent des soins de prévention et d'éducation aux populations mais où les professionnels sont salariés [15].

1.2 Augmentation du nombre de patients ayant des difficultés d'adhésion médicamenteuse

1.2.1 Définitions de l'observance et de l'adhésion médicamenteuse

L'une des conséquences de l'augmentation du nombre de maladies chroniques est la prise de médicaments au long cours. Les patients ont donc besoin d'adaptation pour la prise régulière de leur traitement. Il s'agit d'une nouvelle organisation qui peut être source de problèmes dès le début de la prise en charge de la maladie mais aussi sur l'ensemble de l'évolution de cette dernière.

D'après Haynes [16], **l'observance thérapeutique** se définit comme « *l'importance avec laquelle les comportements (en termes de prise de médicaments, de suivi de régime ou de changements de mode de vie) d'un individu coïncident avec les conseils médicaux ou de santé* ». L'observance a deux objectifs majeurs : elle intervient au niveau individuel en maintenant l'efficacité clinique, biologique et la qualité de vie d'une personne ; mais aussi au niveau de la santé publique en réduisant la transmission de certaines pathologies et l'apparition de résistances. L'observance est donc le principal facteur du succès ou de l'échec thérapeutique. Ce terme d'observance a cependant une connotation plutôt réductrice envers le patient qui doit obligatoirement se soumettre aux recommandations et prescriptions des

professionnels de santé pour ne pas être considéré comme non observant autrement dit comme un « mauvais » patient [17]. L'observance est difficilement évaluable car il s'agit d'une notion instable dans le temps qui ne tient pas compte des facteurs intrinsèques (environnementaux et psychosociaux) liés au patient. En effet, un patient peut avoir la volonté de se soigner mais se heurter à certaines difficultés (effets indésirables, altérations de la qualité de vie...).

Afin de ne pas rattacher l'individu au terme de « bon » ou de « mauvais » patient, on parlera **d'adhésion médicamenteuse** qui se définit comme « *l'appropriation réfléchie, de la part du patient, de la prise en charge de sa maladie et de ses traitements, associée à la volonté de persister dans la mise en pratique d'un comportement prescrit* » [18]. Pour que l'adhésion médicamenteuse se fasse correctement, il est important de déceler les attentes du patient (objectifs, motivations...), ses capacités de prise en charge (disponibilité, ressources...) mais aussi la compréhension de la maladie et des thérapeutiques (rôles des médicaments, examens complémentaires...). Il s'agit donc d'un partenariat soignant-soigné. Cependant le patient va évoluer tout au long de sa vie, il y aura donc nécessité de remettre périodiquement ce partenariat en question pour pouvoir l'adapter.

Selon l'étude du CRIP et de l'IMS Health, le taux d'adhésion en France est d'environ 40% [19] contre 50% (soit un patient sur deux) d'après l'OMS. Ce taux connaît des disparités en fonction de la pathologie comme nous le montre le graphique ci-dessous :

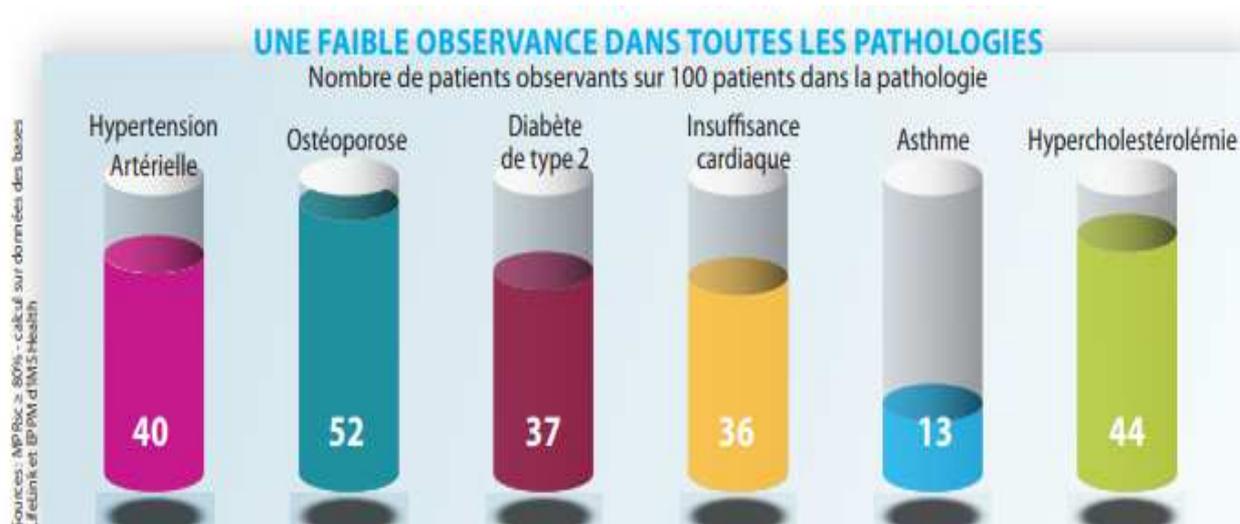


Figure 2 : Taux d'adhésion médicamenteuse en fonction de la pathologie [19]

Seulement 13% des patients asthmatiques prennent leur traitement correctement. Nous observons que la plupart des pathologies, excepté l'ostéoporose et l'hypercholestérolémie, sont en dessous du taux d'adhésion français. Nous pouvons donc affirmer qu'il existe un réel problème d'adhésion médicamenteuse en France.

1.2.2 Facteurs influençant l'adhésion médicamenteuse du patient

Le défaut d'adhésion thérapeutique est donc soit volontaire soit involontaire. Les facteurs intrinsèques du patient peuvent influencer son comportement et sa démarche envers sa thérapeutique. L'OMS a classé ces facteurs en cinq dimensions :

1.2.2.1 Les facteurs liés au patient

La croyance des patients envers les médicaments mais aussi les émotions de chacun ont un impact sur l'adhésion thérapeutique. La survenue d'une maladie que l'on ne peut pas guérir même si on peut la soigner bouleverse le vécu du patient. Elle impose des contraintes au long cours: surveillance, examens, traitements, prévention des complications. Le patient doit donc faire le deuil de son espérance de bonne santé ; tout en continuant à s'estimer et en se surveillant encore plus pour se maintenir en état. Pour y arriver, il passe par différentes phases psychiques schématiquement décrites dans les traités : le choc, le déni, la révolte, le marchandage, la résignation avant l'acceptation active. Ces étapes ne sont ni forcément chronologiques, ni forcément de répartition égale. Cela dépend de la personnalité du patient [20].

Le malade doit être convaincu que les contraintes du traitement ne s'opposent pas à ses choix de vie, mais qu'au contraire elles lui permettront de les réaliser. On peut aider à cette maturation mais on ne peut pas la brusquer.

Par ailleurs, certaines pathologies comme l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie ou encore le diabète peuvent être asymptomatiques ou pauci symptomatiques. Les patients ne se considèrent pas comme malades, il est donc compliqué pour eux de suivre correctement un traitement sans en percevoir le bénéfice.

Enfin l'impact des croyances négatives de la population vis-à-vis des médicaments à usage psychiatriques est très fort.

1.2.2.2 Les facteurs liés à la maladie

La durée de la maladie peut avoir un impact sur l'adhésion du patient [21]. Dans certaines maladies, l'existence de handicap physique peut également entraîner des défauts d'adhésion médicamenteuse.

Certaines personnes peuvent également présenter des troubles mentaux et/ou psychologiques comme la dépression, l'anxiété mais également des troubles d'addiction qui peuvent impacter sur leur envie de se soigner [22].

1.2.2.3 Les facteurs liés au traitement

L'existence des polyopathologies entraîne une augmentation du nombre et de la fréquence de prises des médicaments. D'après une étude réalisée par le CNAMTS en 2012, la prise de plus de cinq médicaments par jour peut impacter l'adhésion médicamenteuse de par sa complexité mais également par l'augmentation d'interactions médicamenteuses et des effets indésirables.

D'autres caractéristiques du médicament [23] comme la forme galénique, la voie d'administration, les modalités de prises mais aussi la disponibilité du médicament peuvent être source de difficultés d'adhésion thérapeutique.

1.2.2.4 Les facteurs socio-économiques

Plusieurs études ont été réalisées afin de démontrer l'impact de l'âge sur l'adhésion médicamenteuse. Ces études sont controversées il est donc difficile de déterminer les tranches d'âge les plus à risque de rencontrer des difficultés d'adhésion médicamenteuse.

Le statut socio-économique (ressources financières, logement, emploi, niveau d'étude) du patient peut avoir des répercussions sur l'adhésion médicamenteuse en le rendant vulnérable [24]. D'autre part la société a une grande influence sur l'adhésion médicamenteuse, comme par exemple les patients atteints du VIH qui ont peur d'être stigmatisés [25].

1.2.2.5 Les facteurs liés au système de soins

D'après Haynes (1979) la relation soignant-soigné est un déterminant essentiel dans l'observance. La confiance entre le soignant et le patient est primordiale, il ne faut pas l'imposer au patient qui pourrait l'interpréter comme « une violation de son autonomie » [26].

Les soignants quant à eux travaillent en connaissance de la maladie et de ses évolutions. Ils veulent donc mettre en place le plus rapidement possible les mesures pour pallier à ses évolutions. Il y a donc très souvent une discordance de temps entre le malade et le soignant. Cette discordance de perception est source d'incompréhension et de défaut d'adhésion [20].

Tout au long de la prise en charge de sa pathologie chronique, un patient sera souvent confronté à différents professionnels de santé. Ce pluri professionnalisme peut avoir un impact sur l'adhésion du fait d'un manque de coordination entre les différents professionnels [27].

1.3 Conséquences socio-économiques

1.3.1 Complications pour le patient

La difficulté d'adhésion thérapeutique peut être responsable de multiples complications pour le patient. D'après l'étude Jalma, un défaut d'adhésion médicamenteuse entraîne 12 000 décès soit 2% des décès annuels qui pourraient être évités en France [28]. Elle est également responsable de 100 000 journées complètes d'hospitalisation par an dont 14% des hospitalisations porteurs de BPCO, 10% des hospitalisations pour insuffisance cardiaque, 4% des hospitalisations diabétiques et 40% des hospitalisations psychiatriques (d'après les psychoses Llorca de 2010). Une seconde étude a montré que pour les patients atteints de diabète, d'hypercholestérolémie, d'HTA ou d'insuffisance cardiaque, les taux d'hospitalisation « étaient significativement plus bas chez les patients présentant une adhérence élevée aux médicaments » [29].

En plus de l'augmentation du taux d'hospitalisation, les défauts d'adhésion thérapeutique peuvent être responsables d'un manque d'efficacité des thérapeutiques et d'une altération de la qualité de vie du patient (aggravation de la maladie, erreurs médicamenteuses) [30].

1.3.2 Conséquences économiques

Le nombre d'hospitalisations évitables coûte environ 1 milliard d'euros par an. La moitié de ces coûts concerne la psychiatrie [28].

Le CRIP et l'IMS Health affirment que les coûts liés aux complications évitables, avoisinent les 9 milliards d'euros par an en France. Le CRIP a également fait une étude pour évaluer le coût des défauts d'adhésion médicamenteuse en fonction de la pathologie. Ces montants vont de 207 millions d'euros par an pour les complications liées à l'asthme jusqu'à 4,4 milliards d'euros pour les AVC [19].

Au niveau mondial, la perspective d'économie de santé liée à une adhésion médicamenteuse adaptée serait de 269 milliards d'euros par an [31].

2. La pharmacie clinique : une réponse à l'évolution de l'état de santé

2.1 La pharmacie clinique: un modèle évolutif

La pharmacie clinique est un concept qui a beaucoup évolué au cours des années. En 1961, il était défini par Walton comme l'utilisation optimale des connaissances du pharmacien pour optimiser une prescription et éviter les mésusages des médicaments.

De nos jours, la pharmacie clinique est centrée sur le patient et sur son parcours de soins pour optimiser la prise en charge médicamenteuse en collaboration avec les autres professionnels de santé et le patient. Cette approche mêle l'expertise pharmaceutique et l'accompagnement du patient dans son processus de soins [32]. Il débouche sur un plan pharmaceutique personnalisé dans lequel peut s'intégrer des actions d'éducation thérapeutique.

2.2 Les processus de la pharmacie clinique

2.2.1 Phase de dispensation

La dispensation est un acte pharmaceutique réalisé sous la responsabilité du pharmacien. Elle permet d'optimiser l'efficacité des traitements mais également de réduire l'iatrogénie médicamenteuse ce qui lui donne un rôle important dans la santé publique. La dispensation comprend au moins trois grandes étapes [33] :

2.2.1.1 Analyse de l'ordonnance

Le premier point est la conformité de l'ordonnance. Le pharmacien doit s'assurer que le type d'ordonnance et les éléments mentionnés [34] dessus sont exacts.

La seconde étape est l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance. Elle permet au pharmacien de déceler les contre-indications, les interactions mais aussi les erreurs de posologie afin de sécuriser cette étape de dispensation et par conséquent la prise en charge du patient.

Pour optimiser l'analyse pharmaceutique, plusieurs outils sont mis à la disposition du pharmacien :

- L'historique du patient consultable grâce au logiciel pharmaceutique ;
- Les questions auprès du patient ou des professionnels de santé ;
- Le dossier pharmaceutique mis en place suite à la loi du 30 janvier 2007. Il s'agit d'un dossier informatique créé par le pharmacien avec l'accord préalable du patient. Ce dossier est accessible uniquement en présence de la carte vitale du patient et permet de voir les

médicaments, prescrits ou non, pris durant les 4 derniers mois. Le patient conserve le droit de regard sur son dossier pharmaceutique et peut le clôturer à tout moment [35] ;

- Le dossier médical partagé est un dossier confidentiel et sécurisé qui permet de garder toutes les données médicales relatives au patient : historique des soins des 24 derniers mois, comptes-rendus d'hospitalisation, résultats d'analyse, antécédents médicaux, coordonnées des personnes à prévenir en cas d'urgence et les directives concernant la fin de vie du patient. Seuls le patient et les professionnels de santé autorisés, ont accès au DMP. A l'instar du dossier pharmaceutique le patient est libre de le clôturer s'il le souhaite. Il peut s'opposer également à la transcription de certaines données dans son dossier [36].

La dernière étape est le suivi et la réévaluation de l'ordonnance lors des renouvellements. Le pharmacien doit interroger le patient sur son ressenti face au traitement, sur ses motivations à se soigner et sur les difficultés rencontrées.

2.2.1.2 Informations et conseils de bon usage du médicament

Qu'il s'agisse d'une prescription ou d'une demande en vente libre, le pharmacien a l'obligation d'informer et de conseiller le patient sur le bon usage du médicament. Le pharmacien doit d'abord prendre connaissance des données relatives au patient afin de sécuriser la prise en charge. L'information et les conseils transmis par le pharmacien doivent être clairs. Le pharmacien devra s'assurer que le patient a compris toutes ses informations [33].

2.2.1.3 Délivrance

La phase de délivrance de l'ordonnance doit respecter les règles de substitution prioritaire au profit des médicaments génériques sauf à de rares exceptions (antiépileptiques, antithyroïdiens) dont la substitution pourrait nuire à l'adhésion ou à la qualité du traitement. Cette phase doit respecter les règles de délivrance quant à la quantité délivrée, la durée, la dose d'exonération.

D'après l'article R. 4235-61 du code de la santé publique et dans l'intérêt du patient, s'il y a un trouble de conformité de l'ordonnance ou des problèmes dans l'analyse pharmaceutique, le pharmacien garde le droit et le devoir de s'opposer à la délivrance des médicaments incriminés tout en prévenant le médecin. La délivrance se termine par la traçabilité [33].

2.2.2 Bilan partagé de médication

Le bilan de médication est la seconde étape dans le processus de pharmacie clinique. D'après la définition de la HAS, il s'agit « *d'une analyse critique structurée des médicaments du patient par le pharmacien dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement* ». Il concerne les patients âgés de 65 ans ou plus atteints d'une affection longue durée ou les personnes âgées de 75 ans ou plus bénéficiant d'un traitement comprenant au moins cinq molécules prescrites pour une durée de six mois [37]. Il s'agit d'une nouvelle mission rémunérée, conférée aux pharmaciens et qui renforce leur rôle auprès des patients.

Le bilan partagé de médication est un entretien structuré associé à une synthèse approfondie de la situation médico-thérapeutique (anamnèse, contre-indication, interactions

médicamenteuses) du patient. [32,38]. Les objectifs sont de faciliter l'adhésion médicamenteuse, de réduire l'iatrogénie et ses complications mais aussi d'éviter le gaspillage de médicament. Le bilan de médication, de par la synthèse faite, va permettre de cibler les patients les plus à risques pour lesquels il serait recommandé de faire un plan pharmaceutique personnalisé [39]. Il s'agit donc d'une étape préalable à la sélection des patients pouvant bénéficier d'une éducation thérapeutique.

2.2.3 Plan pharmaceutique personnalisé

Le plan pharmaceutique personnalisé est la dernière étape du processus de pharmacie clinique. Il consiste à faire une synthèse des problèmes soulevés au cours du bilan de médication. Il s'en suit un entretien pharmaceutique approfondi avec le patient pour connaître ses attentes et sa motivation à se soigner. Le plan pharmaceutique personnalisé se terminera par une proposition, toujours en accord avec le patient, d'un plan d'optimisation de prise en charge thérapeutique : on définit ensemble les objectifs à atteindre et les moyens à mettre en œuvre. Ce moment privilégié de partenariat entre le pharmacien et son patient peut être une occasion propice pour l'accompagner dans l'adhésion à un programme d'ETP ciblé [32, 39].

3. Éducation thérapeutique

3.1 Définition, objectifs et efficacité de l'ETP

Nombreuses sont les définitions en rapport avec l'éducation thérapeutique. Les plus complètes semblent être celle de Deccache et Lavendhomme (1989) et celle de l'OMS (1998)

« L'éducation du patient est un processus continu, par étapes, intégré dans la démarche de soins, comprenant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements, les soins, l'organisation et procédures de soins, les comportements de santé et ceux liés à la maladie, et leurs facteurs d'influence (représentations de santé et maladie, représentations de rôle, pouvoir sur la santé, sentiment d'efficacité, sens de la maladie et de la santé, etc.). Ce processus est destiné à aider le patient (et sa famille) à comprendre la maladie et les traitements, participer aux soins, prendre en charge son état de santé et favoriser un retour aux activités normales et au projet de vie. Il s'effectue entre des acteurs (institution, soignants, patients et familles), vise des objectifs de santé définis à partir d'aspirations et de besoins objectifs et subjectifs, se réalise dans un contexte institutionnel et organisationnel impliquant des ressources et des contraintes, utilise des méthodes et moyens éducatifs et nécessite des compétences et des structures de coordination ».

L'éducation thérapeutique se définit donc comme un processus d'accompagnement qui positionne le patient au cœur de la démarche de soins. L'objectif est de l'aider à accepter au mieux sa maladie mais également lui permettre d'envisager, toujours de son plein gré, des changements de son mode de vie ainsi que de ses comportements de santé [40]. Il s'agit d'acquérir des compétences d'auto soins et des capacités d'adaptation afin d'améliorer ou de stabiliser sa qualité de vie mais aussi de réduire le nombre de complications [41].

Cela fait plus de 30 ans que l'éducation thérapeutique du patient se développe. Elle a été initiée par des professionnels convaincus de l'intérêt et de l'efficacité de cette méthode pour améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques. Cette efficacité a été prouvée au travers de nombreuses études [40]. La Revue médicale suisse a publié en 2009, la

synthèse de 500 méta-analyses réalisées pour évaluer l'efficacité de l'ETP. Il en résulte que 58% des études affirmaient « une amélioration significative des différents critères de santé suite à la mise en place de séances d'ETP » [42].

3.2 L'éducation thérapeutique dans la loi française

En France, l'éducation thérapeutique du patient s'est développée depuis plus de vingt ans avec, au départ, un caractère informel et non structuré [43].

En juin 2007, la Haute autorité de santé a publié des recommandations générales en matière d'ETP [43, 44]. Ces dernières permettent la structuration et l'évaluation des processus d'ETP et déterminent l'octroi d'un agrément préalable à l'amorce de tout dispositif, agrément délivré par l'Agence Régionale de Santé de référence. La HAS rappelle les différentes étapes d'un programme d'ETP: élaboration d'un diagnostic éducatif; définition d'un programme personnalisé avec des priorités d'apprentissage pour le patient; planification et mise en œuvre des séances d'ETP individuelle ou collective; réalisation d'une évaluation des compétences acquises par le patient tout au long du programme [40, 43].

À ce jour, la France est le seul pays à avoir légiféré sur l'ETP en l'intégrant dans l'article 84 de la loi Hôpital Patients Santé Territoires du 21 juillet 2009 [43, 45]. L'objectif était d'en faire une priorité nationale et de l'intégrer pleinement dans le parcours de soins du patient.

Enfin le décret de 2010 conditionne l'autorisation des programmes d'ETP à un agrément et un financement par les ARS.

3.3 Organisation de l'ETP en France:

3.3.1 Par qui ?

L'ETP est assurée par deux types d'intervenants : les promoteurs et les acteurs. Les **promoteurs** assurent la mise en place structurée des programmes d'ETP sur le territoire français [40]. Au niveau national, l'INPES veille à la conception et la réalisation des programmes de prévention et d'éducation thérapeutique. Cet institut établit également des critères de qualité pour les actions et les formations à l'ETP.

La HAS a, elle aussi, un rôle au niveau national avec pour missions d'élaborer les recommandations de bonnes pratiques destinées aux professionnels de santé mais aussi de mesurer et améliorer la qualité des soins et de l'accompagnement dans les établissements de santé [46].

Au niveau régional, il existe une multitude de promoteurs potentiels comme les associations de patients, les unités transversales d'éducation du patient (UTEPE), les centres, maisons et réseaux de santé mais surtout les services hospitaliers.

L'ARS a également un rôle prépondérant en accréditant les programmes d'ETP. En effet c'est elle qui autorise l'ouverture des programmes répondants aux priorités régionales [43, 47], qui les évalue et qui coordonne l'offre territoriale. L'ARS va également aider au financement les structures ayant obtenu l'autorisation de créer un programme d'ETP. Elle verse des fonds aux programmes qui répondent aux priorités régionales en fonction de l'état de santé de la population, de leur niveau et de la qualité de leur activité [47].

Les autres intervenants sont les **acteurs**. Ils sont formés pour dispenser l'ETP auprès des patients. Le processus d'éducation thérapeutique fait intervenir une équipe pluri-professionnelle comprenant les professionnels de santé médicaux et paramédicaux comme les médecins, pharmaciens, dentistes, kinés, infirmiers ; d'autres professionnels comme les psychologues, diététiciens, ergothérapeutes, podologues... mais aussi les patients experts, les associations et les organismes en lien avec la santé [40, 47]. Ce travail collaboratif nécessite une cohérence des discours, des approches pédagogiques et psychosociales et des décisions interprofessionnelles pour optimiser la prise en charge du patient.

3.3.2 Pour qui, où et quand?

L'éducation thérapeutique concerne les patients, quel que soit leur âge, atteints de maladie(s) chronique(s) ou de maladie à durée limitée mais nécessitant une prise en charge complexe (médicament à risques : anticoagulants, antiépileptiques, chimiothérapies, situations précaires, surveillance régulière...) [40]. L'entourage du patient peut également participer à un programme d'éducation thérapeutique mais toujours avec l'accord de ce dernier. La population ciblée est donc très large. Néanmoins peu de personnes atteintes de pathologies chroniques savent exactement ce qu'est l'éducation thérapeutique. Elles en sont souvent informées au cours d'une hospitalisation ou si elles font partie d'associations de patients. Or la plupart d'entre elles sont suivies exclusivement par les structures de ville et ont donc peu accès à l'information [48].

En effet, les nombreux programmes d'ETP sont majoritairement dispensés dans les structures hospitalières (80% des cas) parce qu'elles sont bien adaptées à un mode d'exercice pluri professionnel. La faiblesse de l'organisation de l'ETP en soins de ville (17% pour les

officines, 16% pour les réseaux et 7,5 % au domicile du patient) [49] tient de l'inadaptation des programmes actuels à l'organisation ambulatoire (exercice individuel, manque de temps, rémunération de l'acte d'ETP) [48].

Pour réaliser une séance éducative de qualité, elle doit être planifiée hors période aigue et indépendamment des autres processus de soins. L'avis du patient doit être pris en compte, une démarche éducative lui est proposée quand il se sent prêt et quand le moment est jugé opportun par l'équipe soignante [40]. On comprend donc bien les difficultés techniques que cela représente notamment pour les effecteurs privés.

3.4 Élaboration d'un programme d'ETP [43, 47, 51, 52]

Il existe de très nombreux programmes d'éducation thérapeutique en France (3950 en 2014) [50]. Établir un projet d'ETP nécessite au préalable de définir une population ciblée (patients porteurs d'une maladie reconnue parmi les 30 affections longue durée, l'asthme, les pathologies répondant à un besoin particulier, ou reconnues comme prioritaires au niveau régional). Ces besoins doivent naturellement être non couverts par une structure d'ETP déjà en place au niveau régional.

Le programme doit être élaboré dans le respect du cahier des charges des programmes d'ETP édicté par l'arrêté du 2 août 2010. Le projet est porté par une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels de santé mais aussi d'autres professionnels (psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs), des patients experts, des associations agréées œuvrant dans le champ de la santé.

L'équipe doit comprendre obligatoirement deux professionnels de santé dont un médecin. Toutes les personnes de l'équipe doivent avoir effectué une formation minimale à l'ETP de 40 heures. Le coordinateur du projet peut être un médecin, un autre professionnel de santé ou un représentant d'associations agréées.

Le programme doit s'appuyer sur des données disponibles d'efficacité potentielle. Une auto-évaluation annuelle et une évaluation quadriennale d'activité et des résultats doivent être programmées. Par ailleurs, une charte de confidentialité doit être signée par les intervenants. Une charte de déontologie entre les intervenants est également prévue.

Selon les recommandations de la HAS, le programme doit comporter quatre étapes successives que nous avons déjà citées : bilan éducatif partagé, programme personnalisé d'ETP, planification des séances d'ETP, évaluation des compétences acquises.

Cette démarche doit se faire avec le consentement éclairé initial du patient, qui peut par ailleurs, quitter librement le programme à tout moment.

Un programme d'ETP ne peut démarrer qu'après avoir constitué un dossier complet de demande respectant le cahier des charges national des programmes d'ETP. Ce dernier est envoyé à l'ARS où doit avoir lieu le programme. L'autorisation donnée vaut alors pour l'ensemble du territoire. Le promoteur du projet doit également lister les sources de financement du programme en précisant, pour chaque source, leur montant. Puis en demander l'accord aux ARS.

Les financeurs des projets peuvent être publics ou privés. Parmi les financeurs publics, on retrouve le fond d'intervention régional (FIR) dépendant des ARS. Les projets financés sont majoritairement ceux qui recouvrent les pathologies chroniques fréquentes en fonction des priorités régionales. On retrouve également le Fond National de Prévention et d'Education en Information Sanitaire (FNEIPS) géré par la CPAM.

Parmi les financeurs privés, sont présentes l'industrie pharmaceutique qui ne peut mettre en œuvre un programme d'ETP mais peut aider à son financement, les fondations d'entreprise et les associations de malade. Des organismes offrent également leur expertise et leurs ressources non financières pour aider à l'organisation des programmes d'ETP. Nous citerons les UTEP pour la coordination et l'utilisation des ressources méthodologiques, l'IREPS pour ses ressources documentaires et de formation.

Enfin les réseaux de santé, les centres et maisons de santé par leurs caractéristiques d'interdisciplinarité, leur proximité et leur organisation orientée vers l'ambulatoire semblent être des ressources prometteuses pour organiser des programmes d'ETP touchant le plus largement possible les populations concernées.

3.5 Rôles du pharmacien dans l'ETP

L'implication des pharmaciens au sein des programmes d'éducation thérapeutique tend à se développer mais se fait encore rare [49].

Le pharmacien a pourtant un rôle essentiel au sein des programmes d'ETP. Il doit tout d'abord utiliser son expertise pharmaceutique : expliquer au patient le fonctionnement de ses

médicaments ; les bénéfices et les risques qu'il peut en attendre [53]. Il doit pour cela utiliser des outils pédagogiques élaborés avec les patients et les autres professionnels de santé [40].

Il doit aussi avoir une posture d'écoute et d'accompagnement adaptée à chaque patient. Ce type d'engagement est déjà, en partie, intégré dans les processus de pharmacie clinique. Il permet au pharmacien d'acquérir une culture et des réflexes propices à son intégration au sein des programmes d'ETP.

Pour finir, le pharmacien doit également se mettre en relation avec les autres professionnels de santé qui participent à la prise en charge du patient [40].

3.6 Formation pour dispenser et coordonner l'ETP

D'après l'arrêté du 2 août 2010 « *L'acquisition des compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient requiert une formation d'une durée minimale de **quarante heures** d'enseignements théoriques et pratiques, pouvant être sanctionnée notamment par un certificat ou un diplôme* » [51]. Cet enseignement, permettra aux personnes l'ayant suivi, d'animer des programmes d'ETP.

Les compétences peuvent s'acquérir dans le cadre de la formation initiale. Dans ce cas elles peuvent concerner les étudiants de toutes les filières (pharmacie d'officine, pharmacie hospitalière ou pharmacie industrielle). Ces 40 heures peuvent être dispensées de manière obligatoire ou facultative selon la faculté. La répartition de l'enseignement peut se faire sous forme de cours théoriques, de travaux dirigés mais aussi sous forme de mises en situation.

[54]. À la fin de ces 40 heures, au minimum, d'enseignement les étudiants pourront, s'ils le désirent, obtenir un certificat universitaire qui justifie leur capacité à dispenser l'ETP.

Il existe également une formation continue pour les personnes exerçant déjà leur profession mais souhaitant se former pour dispenser l'ETP. Cette formation est organisée soit dans le cadre de l'université, soit le plus souvent par d'autres organismes non universitaires.

La formation minimale de 40 heures est nécessaire pour obtenir soit un certificat universitaire soit une attestation de dispensation de l'ETP. L'ensemble de ces certificats et attestations correspondent à une formation de grade 1.

Pour approfondir ses connaissances et son expertise en matière d'ETP, l'université propose des diplômes. Le diplôme universitaire (DU) est une formation plus poussée correspondant à 100 heures de formation. Il s'agit d'un grade 2. L'admission se fait majoritairement sur dossier en fonction des projets.

Le Master est le diplôme le plus complet en ETP. Il s'agit d'un diplôme national, de grade 3, qui nécessite beaucoup d'investissement avec la réalisation d'un mémoire. Le Master se déroule sur un ou deux ans et concerne les personnes ayant un projet en rapport avec l'ETP. Comme pour le DU, l'admission en Master s'effectue sur dossier [55].

Le niveau de formation pour coordonner un programme d'ETP n'a pas été formellement établi par la loi, en dehors des 40 heures requises. L'évolution des pratiques conditionnée par la demande de certaines ARS devrait, dans l'avenir, s'orienter vers des personnes ayant une formation poussée de grade 2 ou 3 pour coordonner les programmes.

Partie 2 : Matériels et méthodes

Pour évaluer au mieux l'enseignement à l'éducation thérapeutique dans les facultés de pharmacie de France, nous avons réalisé une enquête sous forme d'un questionnaire. Ce questionnaire a été diffusé, par e-mail, aux 24 facultés de pharmacie de France métropolitaine. Les DOM TOM sont rattachés aux facultés métropolitaines partenaires : Bordeaux, Marseille, Nantes, Paris.

1. Élaboration du questionnaire

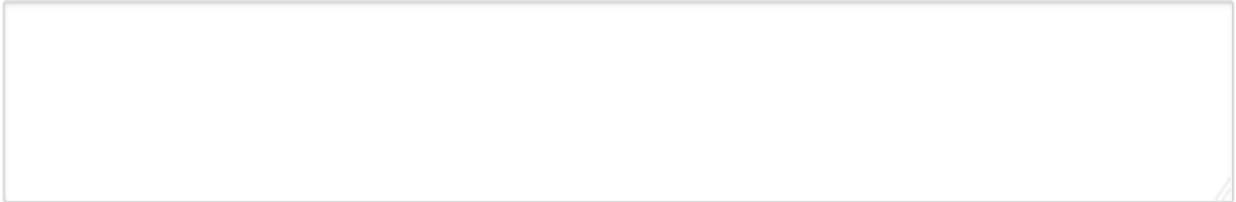
Le questionnaire comprend trente questions. Vingt d'entre elles sont des questions à items orientant vers des réponses à choix multiples, ceci afin de faciliter le recueil et l'analyse des données. Exemple ci-dessous :

L'enseignement à l'éducation thérapeutique au cours de la formation initiale du pharmacien comporte t-il les thèmes généraux cités ?

- Les enjeux de l'éducation du patient
- La psychologie de la santé
- La relation soignant-soigné
- Ecoute active
- Sciences de l'éducation (ingénierie de formation)
- Evaluation
- Accompagnement de l'adhésion thérapeutique
- La déontologie
- L'organisation et la mise en œuvre d'un programme éducatif
- Autre

D'autre part, dix autres questions sont rédactionnelles afin de personnaliser et affiner les réponses thématiques. Exemple ci-dessous :

Existe-t-il, au sein de votre faculté, des sujets de thèse concernant l'éducation thérapeutique ?



Nous avons également laissé une place importante aux commentaires à la fin de chaque question pour évaluer au plus près la sensibilité et les objectifs d'enseignement de chaque UFR.

Le questionnaire est organisé en quatre parties :

Une première partie (questions 1 à 4) ayant pour objectif de recenser les facultés participant à l'étude (zone géographique, démographie étudiante, identification de l'enseignant responsable).

Une deuxième partie (questions 5 à 16) axée sur la formation initiale des étudiants en pharmacie à l'ETP avec pour objectifs:

- De connaître comment est structuré l'enseignement à l'ETP au sein des facultés ;
- De connaître les thèmes prioritaires de cet enseignement.

Une troisième partie (questions 17 à 25) axée sur la formation post universitaire à l'ETP qui reprend les mêmes objectifs que pour la formation initiale.

Une dernière partie (questions 26 à 30) permettant d'évaluer le nombre de pharmaciens ayant été accrédités pour la dispensation ou la coordination à l'ETP en 2016-2017.

Au sein du questionnaire, plusieurs questions sont orientées pour connaître les outils pédagogiques utilisés dans le cadre de l'ETP par les facultés, le degré d'implication des facultés à des projets d'enseignement interprofessionnels à l'ETP, le degré d'implication des facultés à la formation continue post universitaire et l'importance de la position du pharmacien en tant que coordinateur de programme.

2. Diffusion du questionnaire et recueil des données

Le choix a été fait d'adresser les questionnaires aux doyens ou directeurs des UFR (unité de formation et recherche) de pharmacie. Ces derniers ont été sollicités directement par l'intermédiaire de notre doyen de la faculté de Grenoble, le professeur Michel Sève. Par leur fonction de coordinateur de l'équipe pédagogique de chaque faculté, ils sont les mieux à même de donner leur avis sur l'orientation générale pédagogique de chaque faculté et de connaître l'enseignant responsable de l'enseignement à l'éducation thérapeutique qui pourra remplir le questionnaire.

Le questionnaire a été envoyé pour la première fois le 16 mai 2018 et fermé le 30 novembre 2018. Il y aura eu en tout sept relances. Le questionnaire a été envoyé sous deux formats :

- Sphinx : Il s'agit d'un logiciel d'enquête et d'analyse des données. Le questionnaire en ligne permet d'avoir une version informatisée. Parmi les facultés ayant participé à cette étude, onze d'entre elles ont utilisé le format Sphinx.

- Word: Il s'agit d'un logiciel de traitement de texte. L'objectif était d'avoir une version papier à retourner par courrier. Dix facultés ont utilisé le format Word mais l'ont rempli directement sur ordinateur et me l'ont retourné par mail.

Les réponses par Word sont nominatives avec le nom de chaque personne ayant rempli le questionnaire. Les réponses par Sphinx sont anonymes mais inscrivent la faculté et l'enseignant référent.

3. Analyse des réponses

Pour analyser l'ensemble des réponses sur un mode identique, une retranscription des formats Word dans Sphinx a été nécessaire afin d'utiliser les outils d'analyse du dernier logiciel. Cette méthode a donc justifié l'intégration manuelle des questionnaires de dix facultés dans le format Sphinx.

Le système Sphinx comptabilise toutes les réponses y compris celles correspondant à 0. Par exemple, à la question concernant le nombre d'heures en fonction de l'année d'enseignement, certaines facultés n'ont pas répondu et d'autres ont noté 0 heure. Ces dernières ont donc été comptabilisées, de manière différente, ce qui faussait le résultat.

Certains répondants ont soit par inattention, soit par mauvaise compréhension cochés des items contradictoires. Il a fallu s'orienter en recoupant les différents items et en utilisant les commentaires pour réajuster les réponses. La cohérence des réponses a donc été vérifiée une à une.

Partie 3 : RÉSULTATS

1. Périmètre de l'étude et échantillonnage

Il existe en France 24 facultés pratiquant l'enseignement de la pharmacie. Ces 24 universités (dont voici la liste ci-dessous) ont toutes été contactées dans le cadre de cette étude.

Classement des facultés par nombre d'étudiants en 2 ^{ème} année	
Paris Descartes	320
Lyon	250
Montpellier	220
Lille	205
Marseille	204
Bordeaux	170
Toulouse	150
Nantes	129
Nancy	126
Strasbourg	122
Rennes	110
Tours	106
Grenoble	100
Caen	95
Dijon	91
Amiens	88
Rouen	85
Clermont Ferrand	80
Angers	75
<i>Poitiers*</i>	<i>72</i>
Besançon	70
<i>Reims*</i>	<i>70</i>
Limoges	68
<i>Paris Sud*</i>	<i>50</i>

* Facultés n'ayant pas répondu au questionnaire

Tableau I : Nombre d'étudiants admis en 2^{ème} année de pharmacie dans les différentes facultés

Avec 21 retours sur 24 questionnaires envoyés, soit un taux de participation de 88%, l'interprétation des résultats de cette étude sera réalisée à partir des réponses provenant d'un échantillon très large d'universités.

La totalité des facultés de pharmacie en France, ayant répondu au questionnaire, offrent un enseignement à l'éducation thérapeutique pendant la formation initiale.

95% des facultés de pharmacie ont un enseignement **spécifique** à l'éducation thérapeutique pendant la formation initiale répondant ainsi au nombre d'heures obligatoires d'enseignement de la matière. La faculté de Rouen n'a pas de module d'enseignement spécifique à l'éducation thérapeutique pendant la formation initiale mais l'intègre dans l'enseignement plus général. Cette faculté projette de créer ultérieurement un module d'enseignement spécifique.

Par ailleurs, la totalité des facultés ont un enseignant référent en matière de formation à l'éducation thérapeutique.

2. Bilan de l'enseignement à l'ETP au cours de la formation initiale

2.1 Répartition de l'enseignement à l'ETP en fonction des années universitaires

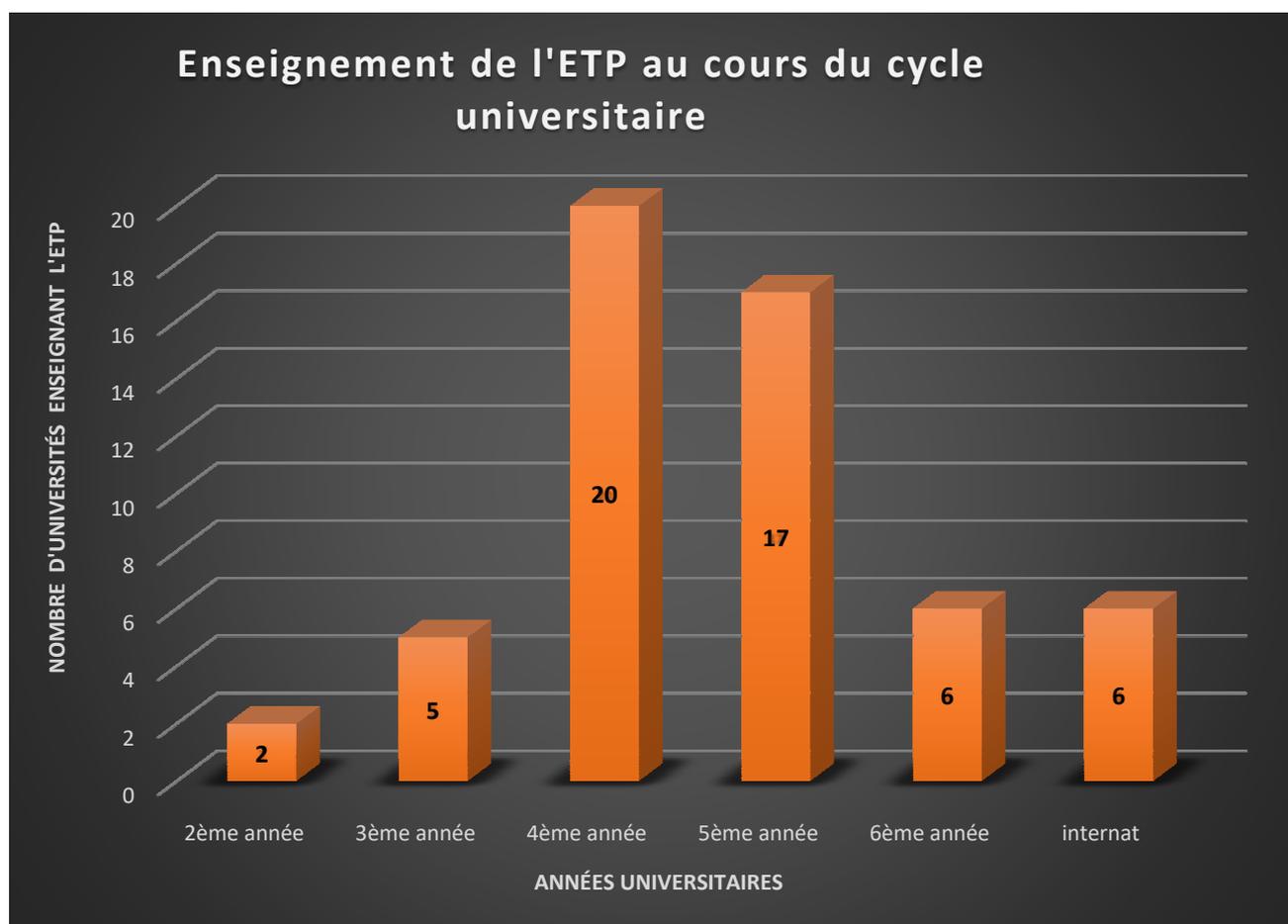


Figure 3 : Répartition nationale de l'enseignement à l'ETP en fonction des années universitaires

	Formation générale			Formation spécifique		
	2 ^{ème}	3 ^{ème}	4 ^{ème}	5 ^{ème}	6 ^{ème}	Cycle long (= internat)
Amiens						
Angers						
Besançon						
Bordeaux						
Caen						
Clermont Ferrand						
Dijon						
Grenoble						
Lille						
Limoges						
Lyon						
Marseille						
Montpellier						
Nantes						
Nancy						
Paris						
Rennes						
Rouen						
Strasbourg						
Toulouse						
Tours						

Tableau II : Répartition de l'enseignement obligatoire et facultatif à l'ETP au cours des années universitaires pour chaque faculté

L'enseignement à l'éducation thérapeutique du patient se fait majoritairement en 4^{ème} et en 5^{ème} année de pharmacie. La totalité des facultés ont, au moins, un enseignement au cours de l'une de ces deux années.

Pour les facultés enseignant l'éducation thérapeutique en filière générale (2^{ème} à 4^{ème} année) : 95% des facultés ayant répondu ont un module d'enseignement à l'éducation thérapeutique au cours de la filière générale. 100% de celles-ci ont un enseignement en 4^{ème}

année et 14 d'entre elles, soit 70%, ont un enseignement uniquement en 4^{ème} année.

La faculté de Grenoble a un enseignement sur les trois années de formation générale.

La faculté de Limoges n'a pas d'enseignement au cours de la formation générale.

Pour les facultés enseignant l'éducation thérapeutique par filière (5^{ème}, 6^{ème} année et internat) : Il faut préciser que l'enseignement de 6^{ème} année ne comprend que la filière officine et celle du cycle long que la filière internat. En effet la filière industrie n'est plus sur le site universitaire à partir de la 6^{ème} année.

95% des facultés ayant répondu ont un enseignement à l'éducation thérapeutique au cours de la formation par filière. 81% soit 17 facultés ont, au moins, un enseignement au cours de la 5^{ème} année et 47% soit huit d'entre elles ont un enseignement uniquement au cours de la 5^{ème} année. Les facultés d'Angers et de Marseille ont un enseignement sur les trois années de formation par filière. La faculté de Toulouse n'a pas d'enseignement par filière.

Concernant les facultés enseignant en 5^{ème} année, huit d'entre elles ont précisé la filière concernée :

- Les 8 facultés ont un enseignement à l'ETP en 5^{ème} année qui concerne les officinaux ;
- 4 d'entre elles ont un enseignement à l'ETP en 5^{ème} année qui concerne l'internat ;

Le biais de ce résultat est très fort puisque plus de la moitié des facultés soit neuf d'entre elles n'ont pas précisé la filière d'enseignement concernée.

2.2 Organisation de l'enseignement à l'ETP au cours des années universitaires

2.2.1 Nombre d'heures en fonction de l'année universitaire

Depuis la loi HSPT de 2010, pour réaliser des actions d'éducation thérapeutique, un soignant a l'obligation de se former pendant au moins 40 heures. 20 facultés de pharmacie, soit 95%, proposent au minimum les 40 heures d'enseignement requises pour la formation des étudiants.

Il est à noter que le nombre d'heures total d'enseignement de la faculté de Clermont-Ferrand est de 35 heures (voir tableaux ci-dessous). Cependant, cette dernière faculté assure un nombre effectif de 40 heures dans ses commentaires.

Parmi ces vingt facultés, 40% soit huit d'entre elles enseignent plus de 40 heures avec un maximum de 75 heures pour la faculté de Caen.

Le nombre d'heures peut être scindé en deux parties :

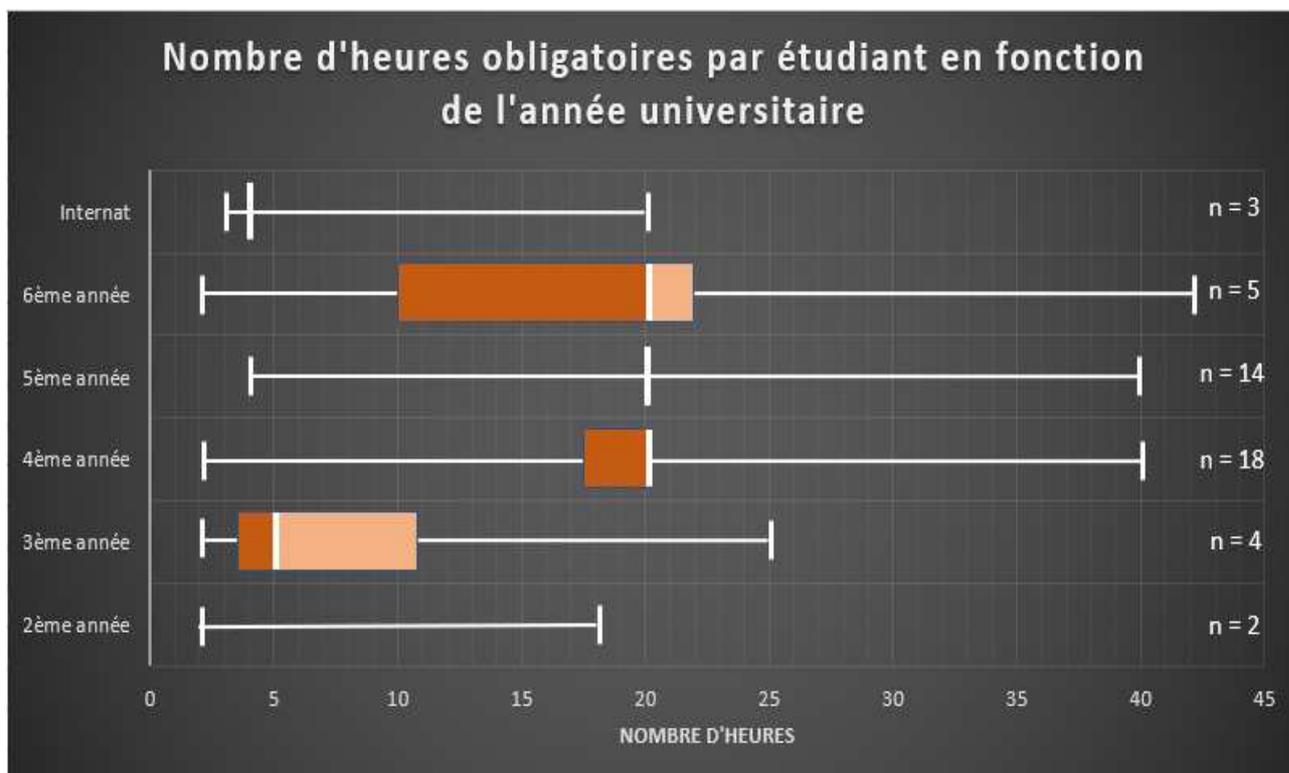
- les **heures obligatoires** ;
- les **heures facultatives**.

Si l'on compte uniquement les heures d'enseignement obligatoires, 18 facultés atteignent les 40 heures.

Nombre d'heures obligatoires reçues par étudiant au cours de l'année universitaire

	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année	6 ^{ème} année	Internat
Amiens			20 h	20 h		4 h
Angers		6 h	10 h	4 h	10 h	
Besançon			20 h	20 h		
Bordeaux			14 h	26 h		
Caen			13 h	40 h	22 h	
Clermont-Ferrand			19 h			
Dijon			20 h	20 h		
Grenoble	18 h	25 h	17 h			
Lille		4 h	18 h	18 h		3 h
Limoges				40 h		
Lyon			20 h	20 h		
Marseille	2 h		40 h	5 h	2 h	20 h
Montpellier			20 h	20 h		
Nancy			20 h		20 h	
Nantes			20 h	20 h		
Paris Descartes						
Rennes			20 h	20 h		
Rouen						
Strasbourg			2 h		42 h	
Toulouse		2 h	38 h			
Tours			20 h	20 h		
Moyenne du nombre d'heures reçues/étudiant dans les facultés dispensant l'ETP	10 heures	9 heures	20 heures	21 heures	19 heures	9 heures

Tableau III : Nombre d'heures obligatoires par étudiant au cours des années universitaires dans les facultés de pharmacie françaises



$n =$ effectif

Médiane: Valeur x qui permet de couper l'ensemble des valeurs en deux parties égales.

Quartile: Chacune des trois valeurs qui divisent les données triées en quatre parts égales, de sorte que chaque partie représente $1/4$ de l'échantillon de population

Figure 4 : Nombre d'heures obligatoires reçues par étudiant en fonction de l'année universitaire.

Le tableau III montre la moyenne du nombre d'heures obligatoires reçues par étudiant au cours des années universitaires. La figure 4 qui représente les boîtes à moustaches, nous permet d'étudier l'exploitabilité des moyennes ci-dessus :

Les moyennes d'heures obligatoires reçues par étudiant au cours de la deuxième, troisième, sixième année et de l'internat, relevées sur le premier tableau, ne sont pas exploitables. En effet, les effectifs sont réduits et le nombre d'heure est trop dispersé.

En revanche, les moyennes d'heures obligatoires reçues par étudiant en 4^{ème} et 5^{ème} année et qui sont respectivement de 20 heures et de 21 heures, sont parfaitement exploitables du fait d'un effectif important et du caractère homogène du nombre d'heures.

En 4^{ème} année: Un quartile est confondu avec la médiane ce qui signifie que 50% du nombre d'heures obligatoires est compris entre 18 heures et 20 heures. Pour être plus précis, en calcul des déciles nous retrouvons 60% des valeurs comprises entre 18 heures et 20 heures.

En 5^{ème} année : Les deux quartiles sont confondus avec la ligne médiane ce qui signifie que 50% du nombre d'heures obligatoires est de 20 heures. En calcul des déciles nous retrouvons 70% des valeurs comprises entre 19 heures et 22 heures.

Nombre d'heures facultatives reçues par étudiant au cours de l'année universitaire

	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année	6 ^{ème} année	Internat
Amiens						40 h
Angers		6 h	10 h	6 h	18 h	
Besançon						
Bordeaux						
Caen						
Clermont-Ferrand				16 h		
Dijon						
Grenoble						
Lille						
Limoges						
Lyon						
Marseille						
Montpellier						20 h
Nancy						
Nantes						
Paris Descartes			20 h	20 h		
Rennes						
Rouen		4 h				
Strasbourg						
Toulouse						
Tours						3 h
Moyenne du nombre d'heures reçues/étudiant dans les facultés dispensant l'ETP	/	5 heures	15 heures	14 heures	18 heures	21 heures

Tableau IV : Nombre d'heures facultatives par étudiant au cours des années universitaires dans les facultés de pharmacie françaises

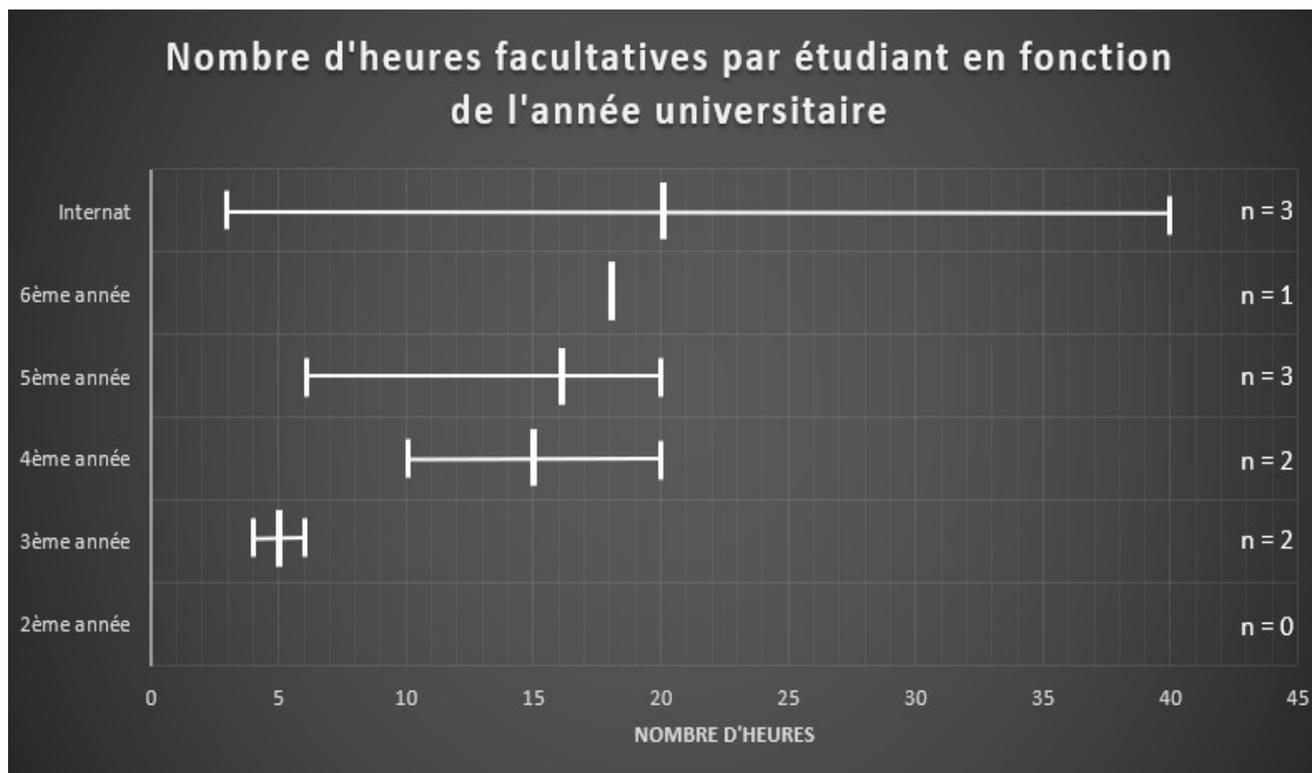


Figure 5 : Nombre d'heures facultatives reçues par étudiant en fonction de l'année universitaire

8 facultés de pharmacie sur les 21 ayant répondu au questionnaire intègrent des heures facultatives dans leur programme d'enseignement à l'ETP.

La faiblesse de l'effectif et le caractère disparate des valeurs d'heures facultatives ne permettent pas d'exploiter de manière fiable, les moyennes relevées sur le tableau.

A noter que deux facultés, Paris Descartes et Rouen, ne proposent un enseignement à l'ETP que de manière facultative. Par ailleurs, la faculté de Rouen n'est pas engagée dans un enseignement à l'ETP accrédité.

2.2.2 Méthodes pédagogiques utilisées, évaluation des enseignements et intervenants

2.2.2.1 Méthodes pédagogiques

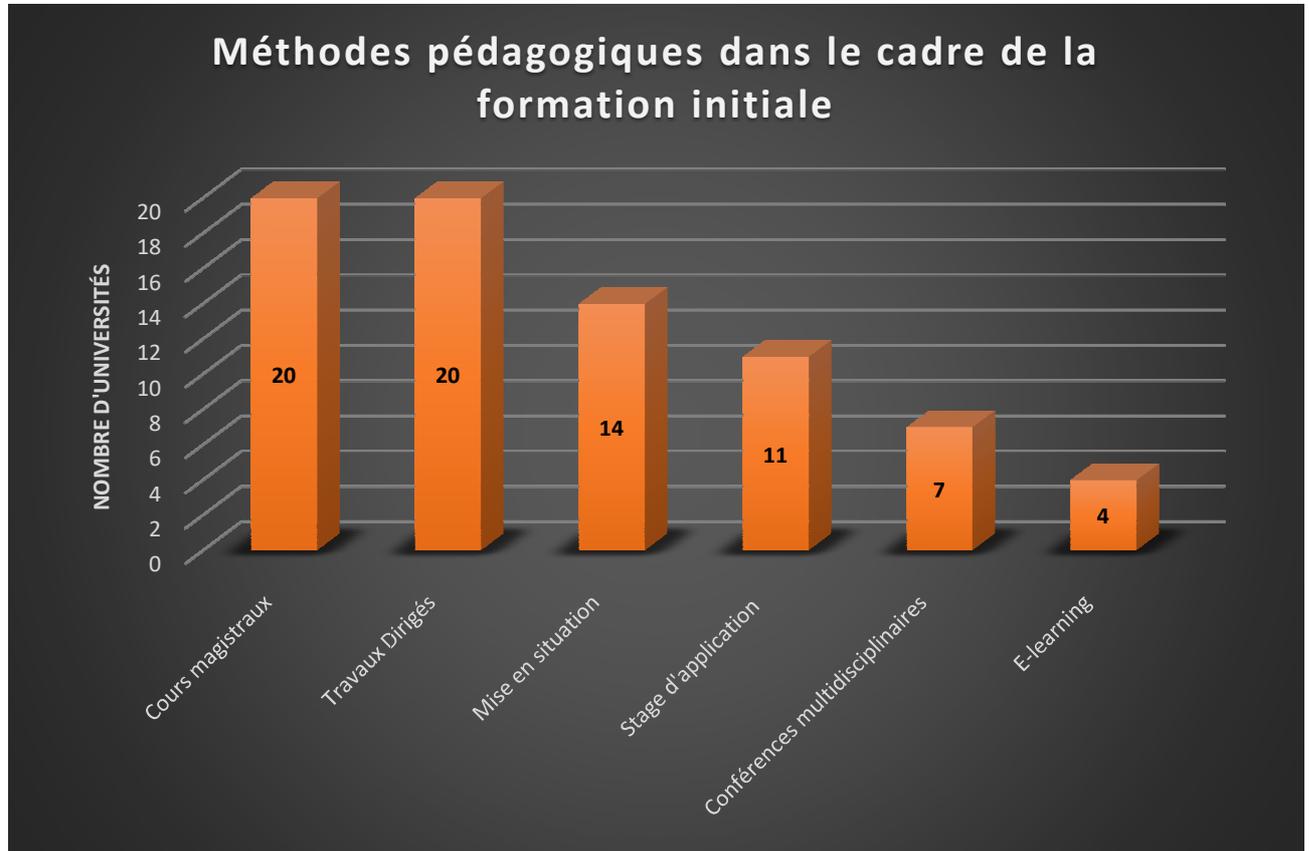


Figure 6 : Méthodes pédagogiques utilisées au cours de la formation initiale

Dans 20 facultés, soit 95%, l'enseignement à l'éducation thérapeutique est réalisé sous forme de **cours magistraux** et de **travaux dirigés**. Parmi ces facultés, 12 d'entre elles soit 60% ont un nombre d'heures destiné aux travaux dirigés qui est supérieur à celui des cours magistraux. En moyenne, nous avons 23 heures de travaux dirigés et 19 heures de cours magistraux.

En plus de ces deux méthodes d'enseignement, 67% soit 14 facultés enseignent sous forme de **mise en situation** par petits groupes de travail.

11 facultés, soit 52%, utilisent une autre méthode pédagogique qui est le **stage d'application**. 5 d'entre elles ont précisé qu'il s'agit du stage hospitalier réalisé au cours de la 5^{ème} année de pharmacie. Le nombre d'heure reçu, dans ce cas, est difficilement quantifiable.

Si on englobe la formation par travaux dirigés, celle par stage d'application et les mises en situation, les méthodes pédagogiques d'enseignement à l'éducation thérapeutique sont très largement pratiques.

7 facultés, soit 33%, offrent des **conférences multidisciplinaires** avec une ouverture de la formation des étudiants en pharmacie à d'autres disciplines comprenant les médecins, infirmiers, diététiciens, psychologues, patients experts.

2.2.2.2 Évaluation des enseignements

La totalité des facultés de pharmacie ont une évaluation des acquis pour chaque étudiant concernant l'ETP. 90% soit 19 facultés organisent une **évaluation écrite** et 81% soit 17 d'entre elles organisent une **évaluation orale**. Parmi les facultés qui ont une évaluation orale, 9 d'entre elles sont sous forme de **mise en situation** professionnelle.

6 facultés, soit 29%, proposent comme évaluation un **rendu de mémoire**.

2.2.2.3 Les différents intervenants

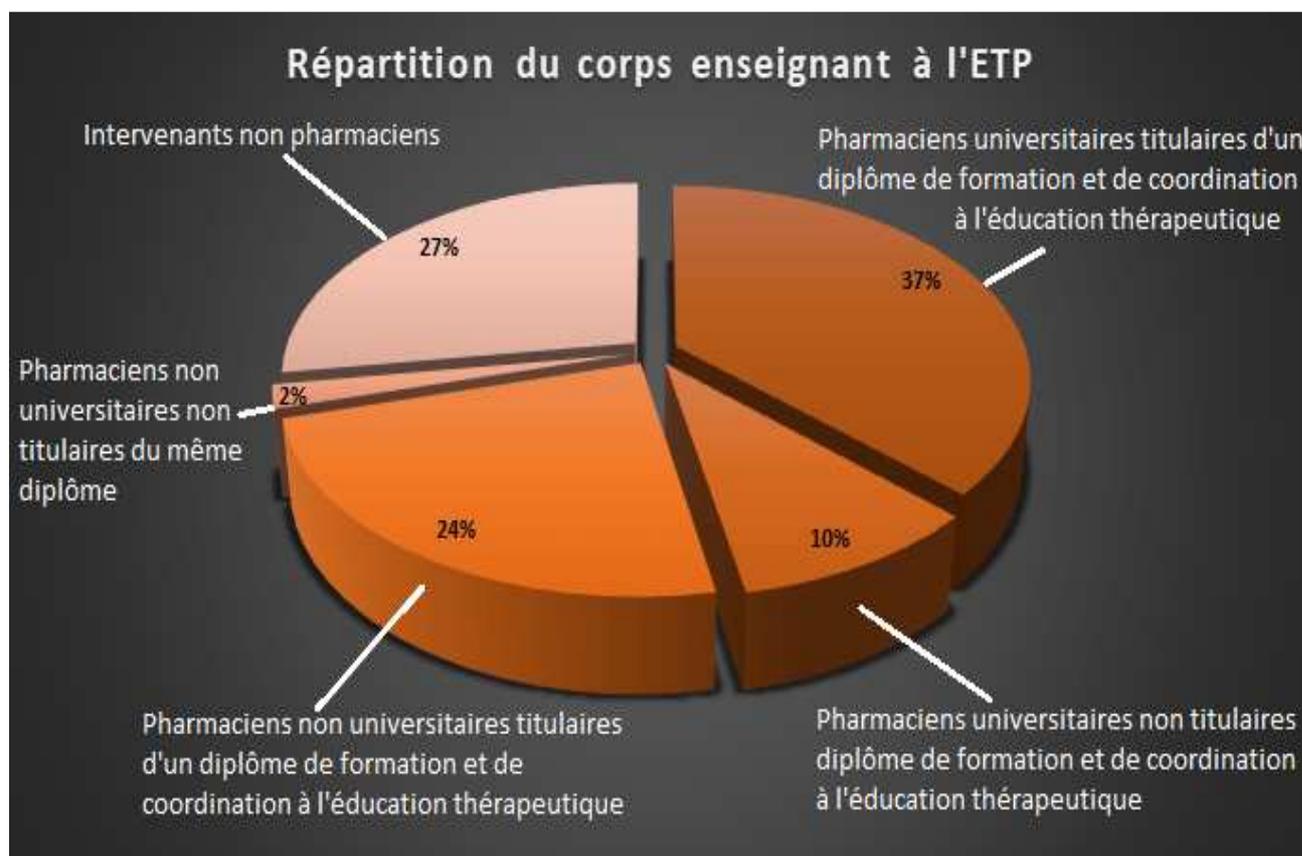


Figure 7 : Répartition nationale du corps enseignant à l'ETP

La figure 7 nous montre que 73% des enseignements à l'ETP sont des **pharmaciens** et 27% sont issus d'autres corps de métier. La répartition du corps enseignant sur l'ensemble des facultés, montre un pourcentage de 61% de **pharmaciens diplômés** en formation et/ou en coordination de l'éducation thérapeutique.

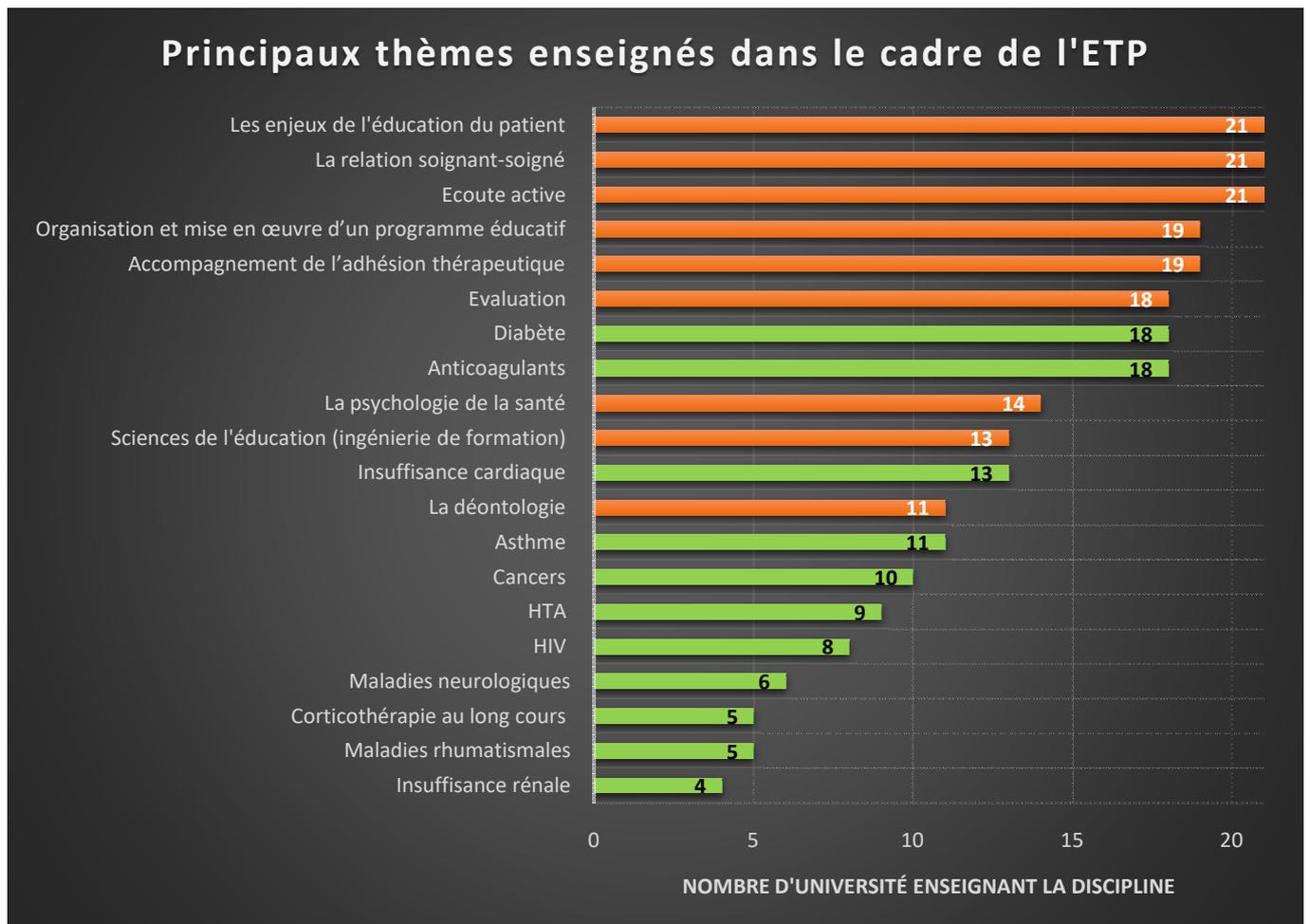
De plus la totalité des facultés ont, au moins, un **enseignant pharmacien titulaire d'un diplôme de formation et/ou de coordination** à l'éducation thérapeutique du patient.

15 facultés soit 71% d'entre elles font appel à des enseignants extérieurs à la faculté de pharmacie pour l'enseignement à l'éducation thérapeutique. La répartition est de 14 facultés

qui ont des **intervenants non pharmaciens** (médecins, psychologues, infirmiers...) et 12 facultés qui font appel à des **pharmaciens non universitaires**.

2.2.3 Thèmes d'enseignement à l'ETP abordés au cours de la formation initiale

2.2.3.1 Thèmes principaux enseignés dans le cadre de l'ETP



■ Méthodologie en communication de santé

■ Thèmes pratiques

Figure 8 : Thèmes enseignés dans le cadre de l'ETP au cours de la formation initiale

Les thèmes en rapport avec la méthodologie en communication de santé peuvent être classés en différents groupes :

- Enseignement de communication: *Relation soignant-soigné, Ecoute active* : l'ensemble des facultés enseigne ces deux thèmes.
- Enseignement du processus d'ETP: *Enjeux de l'ETP, Organisation et mise en place d'un programme d'ETP, Evaluation, Accompagnement de l'adhésion thérapeutique* : 95% des facultés enseignent ces thèmes.
- Enseignements des sciences humaines et sociales : *Psychologie de santé* : 14 facultés, soit 67%, enseignent ce thème.
- Enseignement de l'ingénierie de formation (construire, outiller et évaluer une séquence pédagogique) : *Science de l'éducation* : 13 facultés soit 62% d'entre elles enseignent ce thème.
- *Déontologie* : 11 facultés enseignent ce thème.

Toutes les facultés proposent donc des enseignements en lien avec la méthodologie en communication de santé.

Les facultés de Lyon et de Rennes étudient d'autres thèmes généraux plus en lien avec l'organisation de l'éducation thérapeutique: ETP cadre législatif et réglementaire, collaboration interprofessionnelle, ETP intégrée à la pratique officinale, exemples de programmes d'éducation thérapeutique (retours d'expérience).

La totalité des facultés enseignent des **thèmes pratiques** qui concernent, plus spécifiquement, les maladies ou certains médicaments. Une majorité des facultés, soit 18 d'entre elles, proposent un enseignement pratique sur le diabète et les anticoagulants.

L'insuffisance cardiaque et l'asthme sont respectivement enseignés dans 13 et 11 facultés de pharmacie. En ce qui concerne les autres thèmes pratiques, ils sont enseignés dans moins de la moitié des facultés.

D'autres thèmes pratiques, non proposés dans le questionnaire, ont été listés par les facultés :

- La sphère cardiovasculaire (AVC, Dyslipidémie, maladies cardiovasculaires) est retrouvée dans 14% des cas soit 3 des facultés ;
- Les douleurs (douleurs chroniques et traitements substitutifs des opiacés), les greffes rénales, hépatiques et la broncho pneumopathie chronique obstructive sont enseignées dans 2 facultés de pharmacie soit 10% ;
- Divers thèmes : Dermatite atopique, maladies inflammatoires chroniques intestinales, exercice physique adapté, hyperuricémie chronique, sevrage tabagique sont enseignés dans 5% des facultés seulement.

2.2.3.2 Thèmes d'ETP orientés sur des populations spécifiques

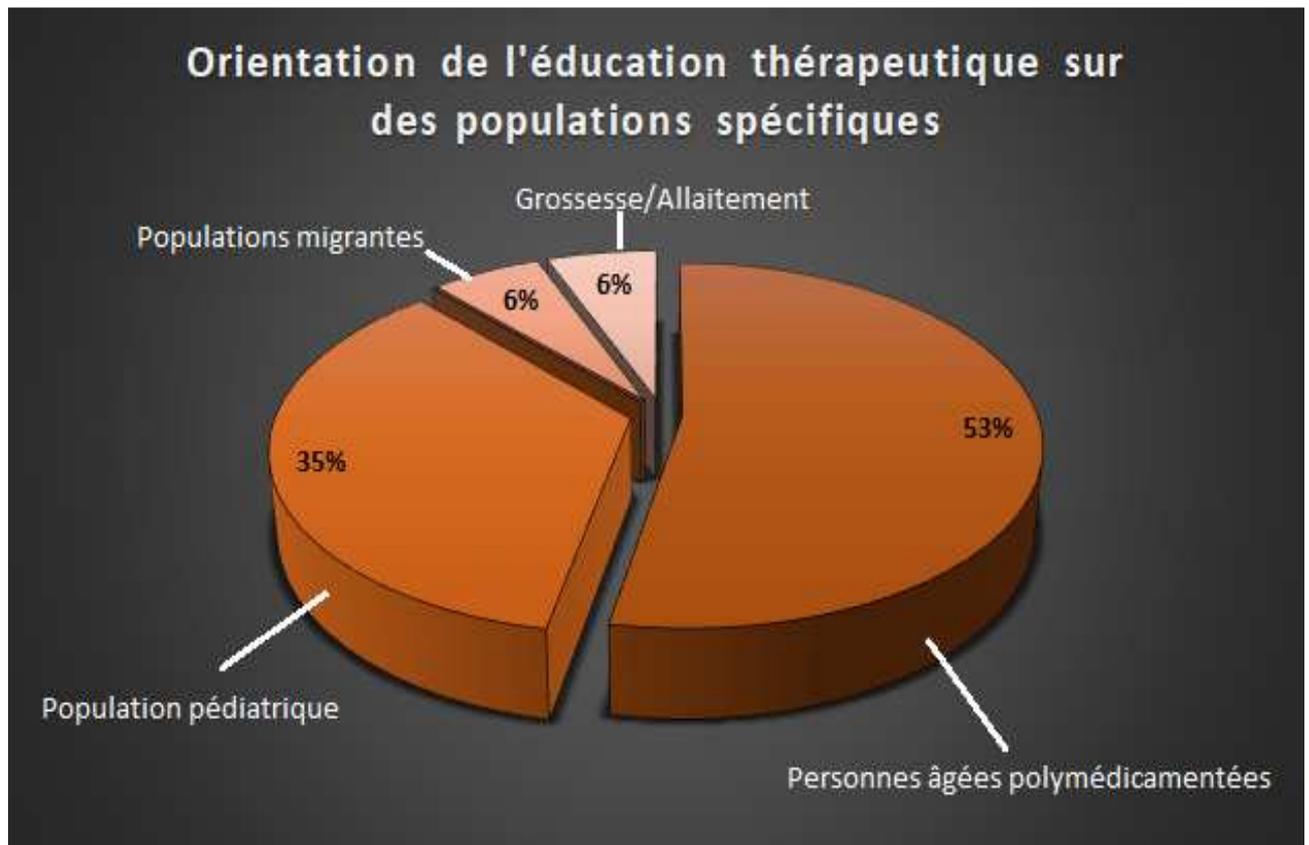


Figure 9 : Répartition générale des thèmes orientés sur des populations spécifiques dans le cadre de l'ETP

La figure 9 doit cependant être pondérée par le fait que 12 facultés seulement, soit 57% d'entre elles, proposent un enseignement sur les populations spécifiques.

Le thème, **personnes âgées polymédicamentées**, est majoritairement enseigné au sein de ces facultés puisque 10 d'entre elles le proposent.

2.2.4 Diplôme validant la formation initiale en ETP : Certificat de dispensation

	Nombre d'étudiants titulaires d'un certificat de dispensation de l'ETP en 2016-2017	Proportion d'étudiants (%)
Amiens	Non connu	/
Angers	Non connu	/
Besançon	35	50%
Bordeaux	60	35%
Caen	35	37%
Clermont-Ferrand	40	50%
Dijon	55 [<i>officinaux + internat</i>]	60%
Grenoble	100	100%
Lille	Non connu	/
Limoges	52 [<i>40 filière officine ; 12 filière internat</i>]	76%
Lyon	120 [<i>60 filière officine ; 60 filière internat</i>]	48%
Marseille	199	98%
Montpellier	60-70 [<i>uniquement promotion officinale</i>]	30%
Nancy	80 [<i>uniquement promotion officinale</i>]	63%
Nantes	30 [<i>uniquement promotion officinale</i>]	23%
Paris Descartes	170	53%
Rennes	110	100%
Rouen	Non connu	/
Strasbourg	44	36%
Toulouse	150	100%
Tours	60 [<i>uniquement promotion officinale</i>]	57%

Tableau V : Nombre d'étudiants par promotion ayant obtenu un certificat permettant de dispenser l'ETP

Quatre facultés dispensent les 40 heures de formation à l'ETP pendant la formation générale, le taux de certification est donc proche de 100%.

1410 étudiants, ayant potentiellement obtenu un certificat de dispensation de l'ETP, sont dénombrés sur une promotion nationale de 3056 étudiants. Compte tenu des facultés n'ayant pas participé à l'étude et celles n'ayant pas répondu à cet item, on peut extrapoler que près de 50% des étudiants en pharmacie auront la possibilité de dispenser l'ETP au cours de leur parcours professionnel.

2.2.5 Thèses d'université pharmaceutiques sur l'ETP

90% des facultés ont des étudiants en pharmacie qui travaillent sur des thèses en rapport avec l'éducation thérapeutique. Voici quelques exemples de sujets donnés: ETP médicament et allaitement, ETP en post IDM, sujets en lien avec la pratique officinale dans le cadre des nouvelles missions du pharmacien d'officine (entretiens pharmaceutiques...), ETP hospitalière, ETP Analyse des besoins.

3. Bilan de l'enseignement à l'ETP au cours de la formation continue

3.1 Existence d'une formation continue au sein des facultés de pharmacie

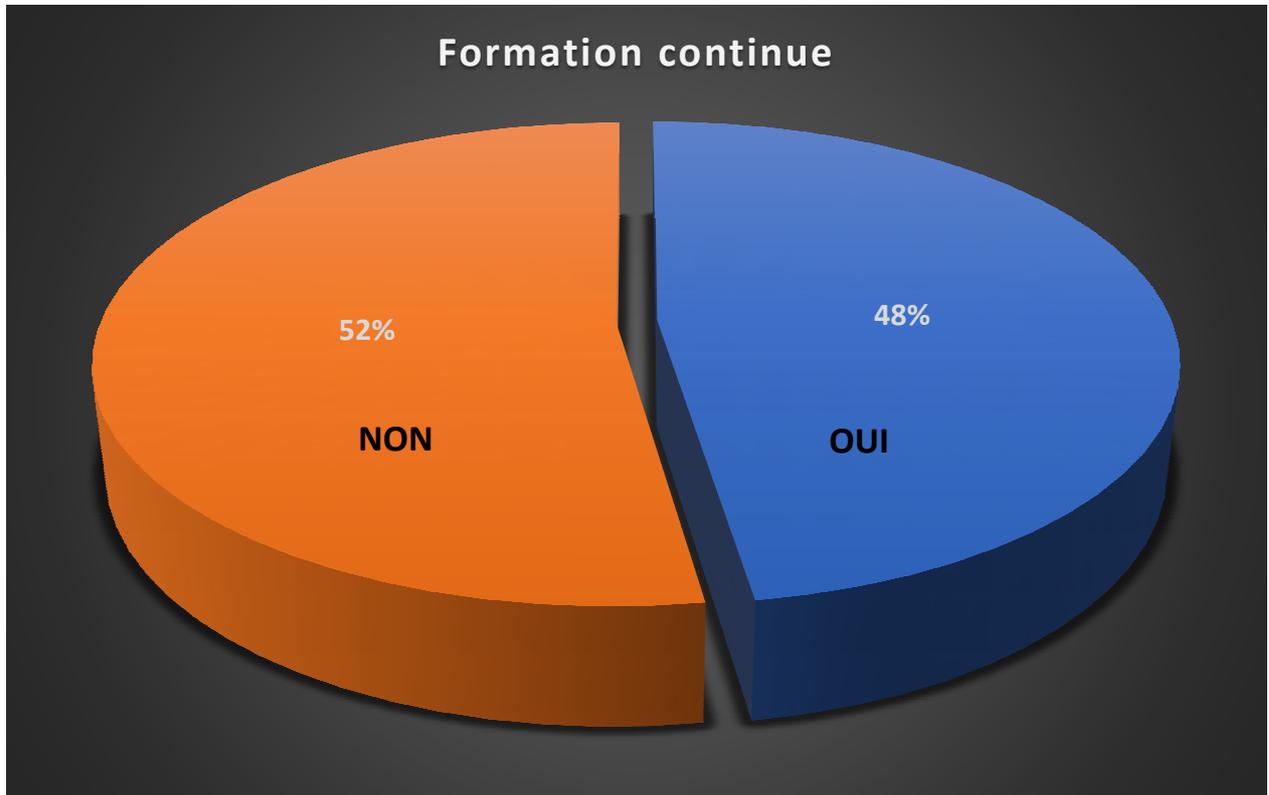


Figure 10 : Formation continue au sein des facultés de pharmacie

48% soit 10 des facultés de pharmacie ayant répondu au questionnaire, proposent **une formation continue** pour les professionnels de santé déjà diplômés.

Plus de la moitié des facultés, soit 52%, n'ont pas de formation continue.

Les facultés de Besançon, Caen et Toulouse ne font pas de formation continue directement mais sont en partenariat avec d'autres structures : Hôpital universitaire, autres facultés (médecine, STAPS), réseaux agréés ARS.

Concernant la faculté de Lyon, une formation continue avait déjà été mise en place mais qui n'est pas reconduite pour le moment. Une reprise de projet est attendue.

De nombreuses offres de formation continue sont extra universitaires. Les chiffres obtenus au cours de notre étude seront donc à relativiser.

3.2 Organisation de la formation continue au sein des facultés de pharmacie

3.2.1 Méthodes pédagogiques utilisées et population concernée par la formation continue

3.2.1.1 Méthodes pédagogiques

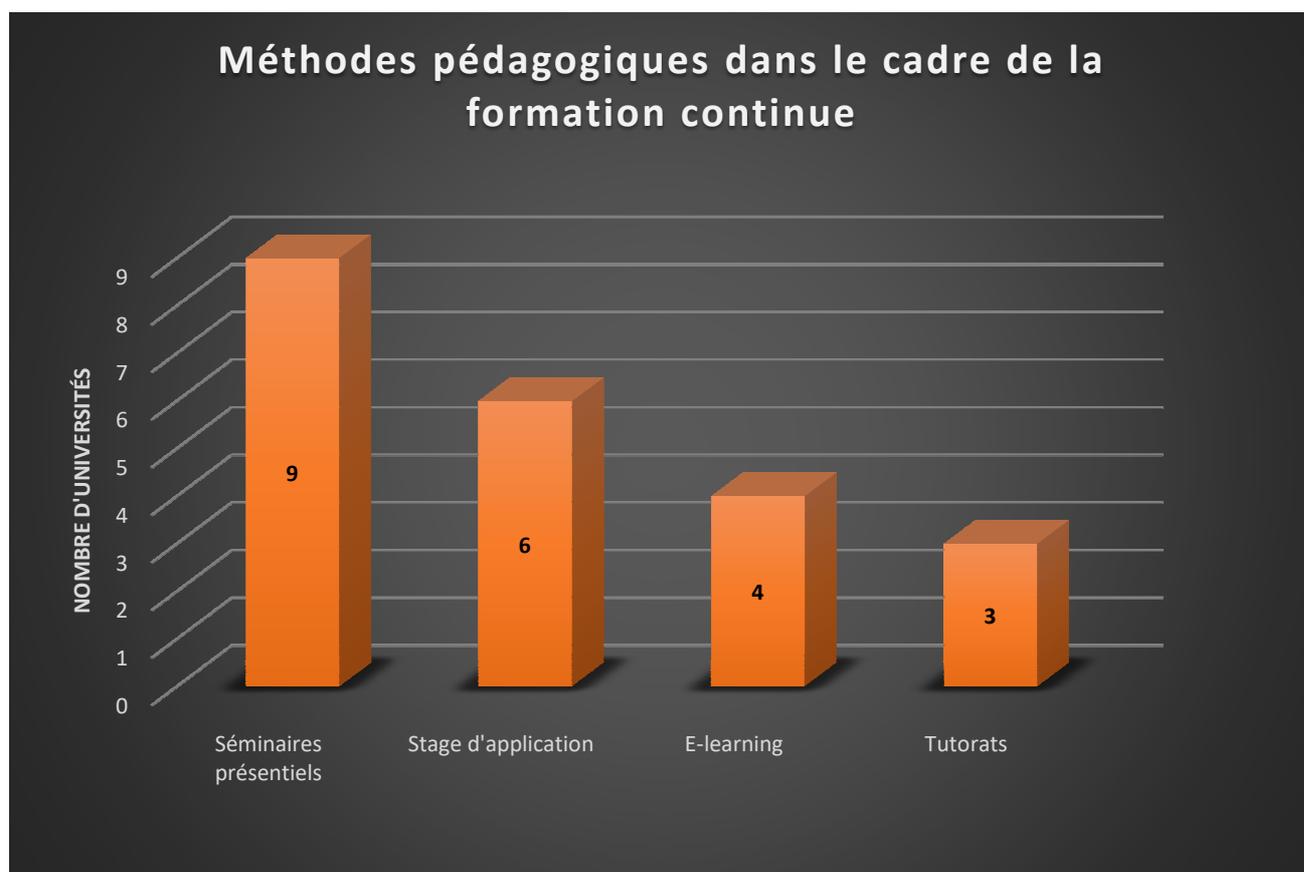


Figure 11 : Méthodes pédagogiques utilisées pendant la formation continue

Parmi les 10 facultés offrant une formation continue, 9 d'entre elles font de l'enseignement post universitaire sous forme de **séminaires présentsiels** et 6 facultés font de l'enseignement continu sous forme de **stage d'application**.

Les **formations via internet ou intranet** ainsi que les **tutorats** restent minoritaires.

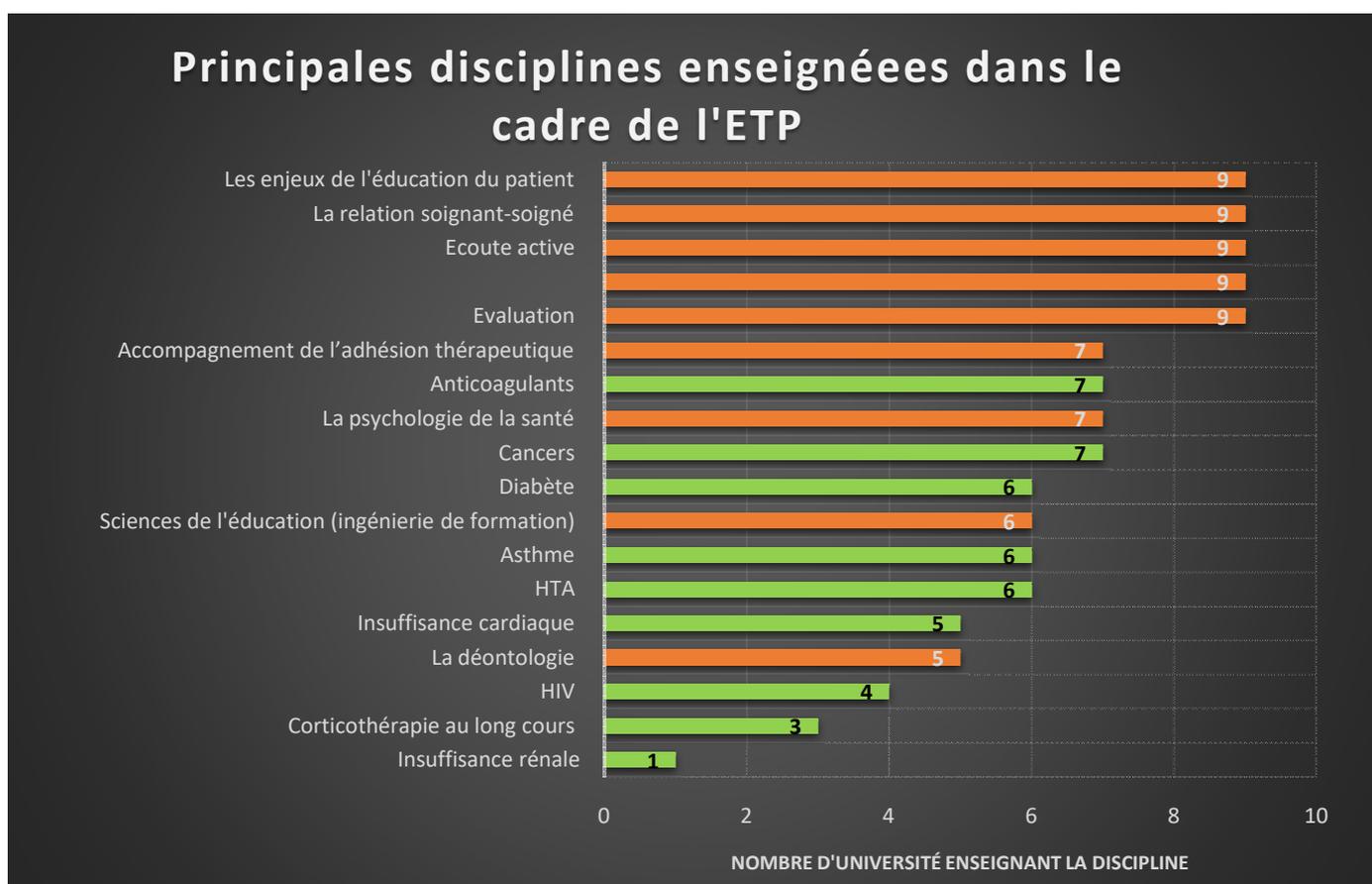
3.2.1.2 Personnes concernées par la formation continue

La formation continue dans les facultés de pharmacie s'adresse aux **pharmaciens** officinaux et hospitaliers, aux internes en pharmacie mais également à d'autres personnes. Dans les 10 facultés proposant une formation continue, cette dernière s'adresse à des professionnels de santé autre que les pharmaciens : **Médecins, dentistes, psychologues, infirmiers, diététiciens, ergothérapeutes**.

De plus la faculté de Grenoble intègre, depuis maintenant deux ans, les **patients-experts** au sein de sa formation.

3.2.2 Thèmes d'enseignement à l'ETP abordés au cours de la formation continue

3.2.2.1 Thèmes principaux enseignés dans le cadre de l'ETP



■ Méthodologie en communication de santé ■ Thèmes pratiques

Figure 12 : Thèmes enseignés dans le cadre de l'ETP au cours de la formation continue

Les 10 facultés ayant une formation continue, enseignent toutes des thèmes en lien avec la méthodologie en communication de santé. À l'instar de la formation initiale, les thèmes concernant la communication et les processus en matière d'ETP sont les plus enseignés : 9 facultés sur 10.

Les thèmes pratiques principalement abordés au cours de la formation continue sont les anticoagulants et le cancer : 7 facultés sur 10.

6 facultés font un enseignement sur l'asthme, diabète et HTA.

3.2.2.2 Thèmes d'ETP orientés sur des populations spécifiques

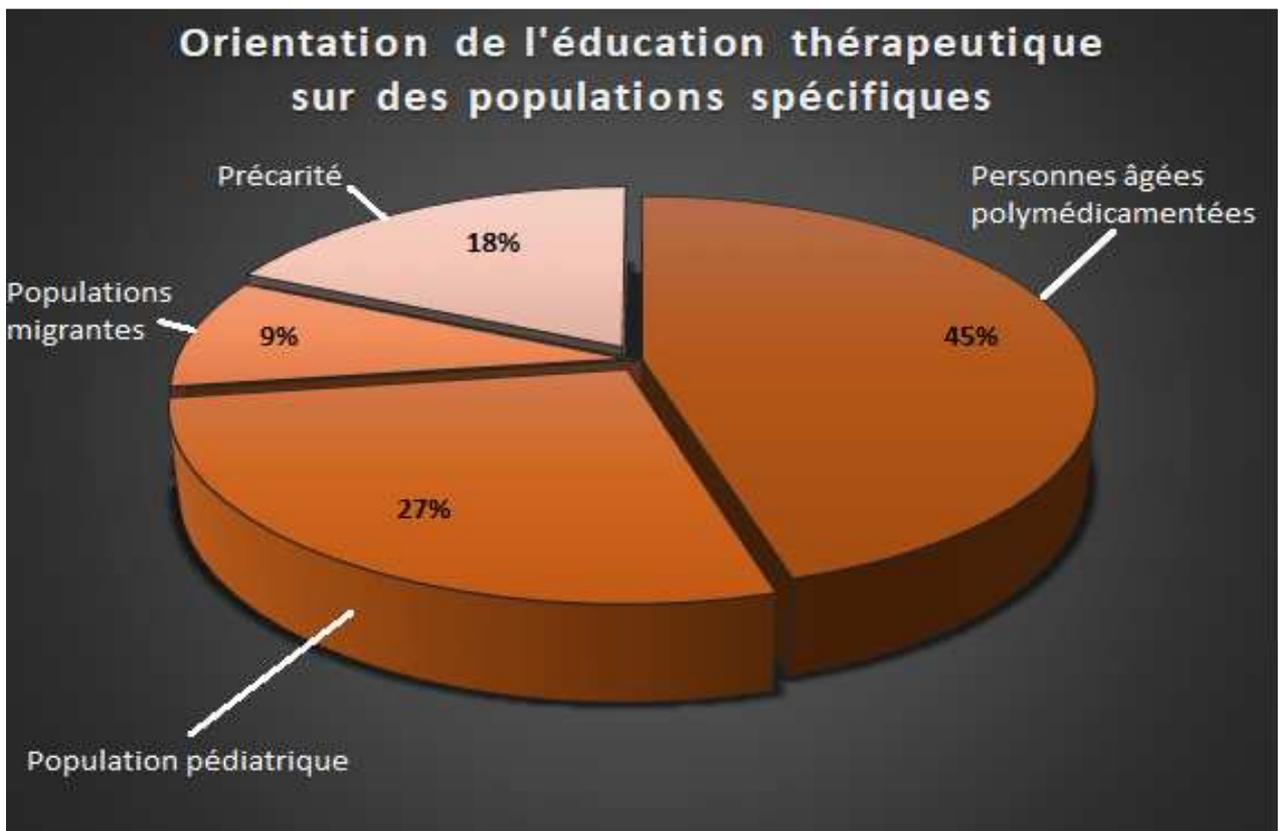


Figure 13 : Répartition générale des thèmes concernant les populations spécifiques dans le cadre de la formation continue à l'ETP

Il existe, comme pour la formation initiale, un intérêt poussé concernant l'ETP chez les personnes âgées polymédicamentées.

27% des thèmes concernent une demande de formation à l'ETP pour les populations migrantes et précaires.

3.2.3 Diplômes validant la formation continue en éducation thérapeutique du patient

3.2.3.1 Certificat de dispensation à l'ETP

La validation de formation continue à l'ETP se présente majoritairement sous la forme d'un certificat universitaire de **dispensation**. 9 des 10 facultés proposant une formation continue, valident leur enseignement sous cette forme.

	Nombre de pharmaciens titulaires d'un certificat de dispensation de l'ETP en 2016-2017
Amiens	Non connu
Angers	Non connu
Besançon	2 <i>[1 maître de conférences des universités pharmacien hospitalier + 1 assistant hospitalier universitaire]</i>
Bordeaux	/
Caen	/
Clermont-Ferrand	Non connu
Dijon	/
Grenoble	10
Lille	/
Limoges	/
Lyon	/
Marseille	32
Montpellier	/
Nancy	Non connu
Nantes	10
Paris Descartes	Non connu
Rennes	/
Rouen	Non connu
Strasbourg	Non connu
Toulouse	40 mais stop en 2017-2018
Tours	/

Tableau VI : Nombre de pharmaciens ayant un certificat permettant de dispenser l'ETP

3.2.3.2 Autres diplômes

Les facultés de Clermont-Ferrand, Grenoble et Rouen offrent une formation diplômante validant une compétence de **coordination** à l'éducation thérapeutique du patient.

En 2016-2017, trois personnes issues du master II de Clermont-Ferrand ont obtenu le diplôme leur permettant de coordonner l'éducation thérapeutique. La faculté de Marseille propose un diplôme d'études supérieures universitaires (DESU) spécifique à l'éducation thérapeutique des personnes âgées en sortie d'hospitalisation. Il s'agit d'une formation ne validant pas une compétence à la coordination.

3.2.3.3 Partenariats au sein de la formation continue

Parmi les facultés proposant une offre de formation continue, 6 d'entre elles, ont une offre qui est majoritairement portée par les universités de pharmacie.

Dans 4 facultés, l'offre de formation continue est co-portée avec d'autres UFR. Il s'agit principalement des facultés de santé (médecine et paramédicale).

3.3 Recouplement entre les thèmes enseignés au cours de la formation initiale et continue

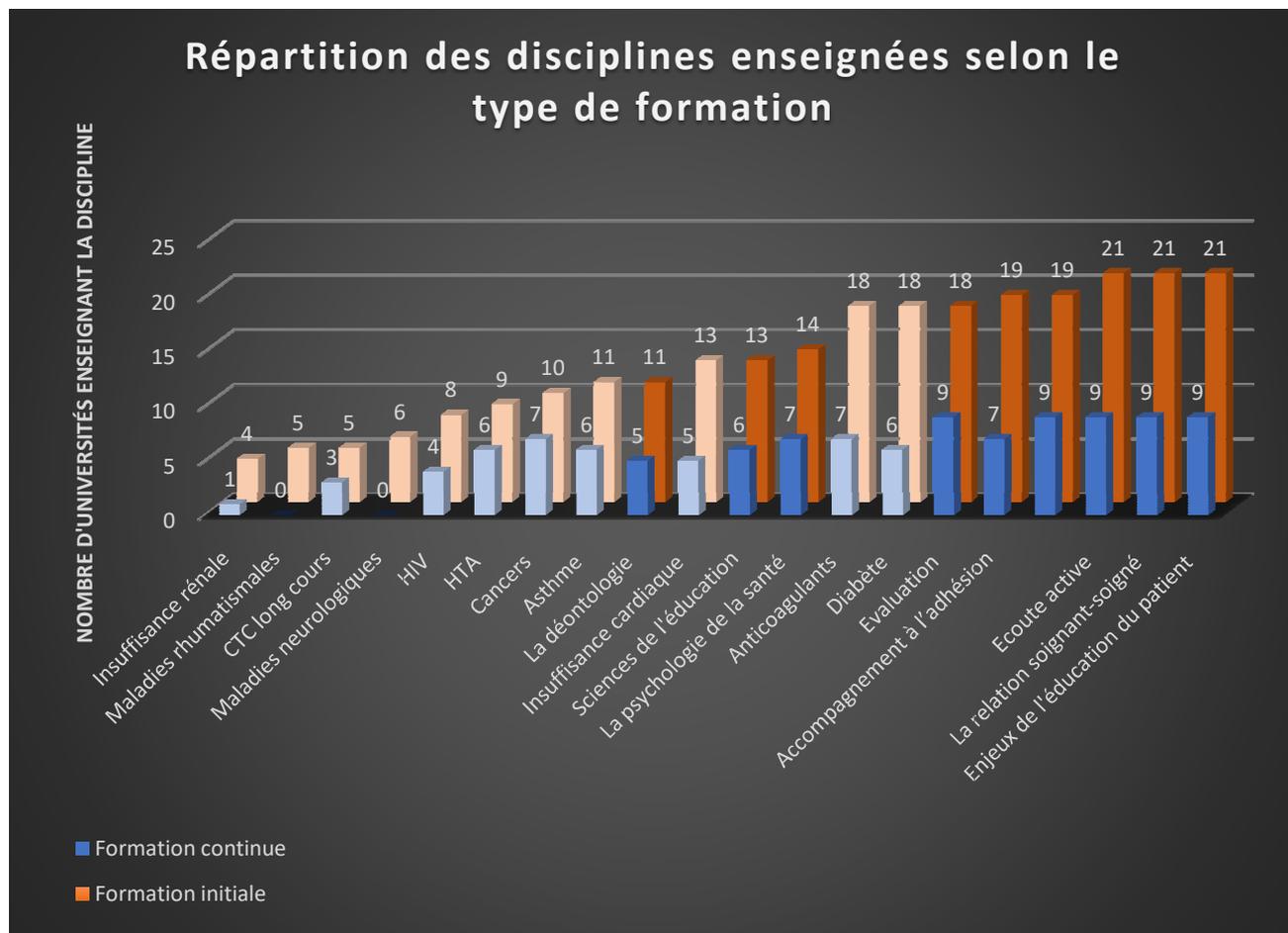


Figure 14 : Comparaison des thèmes enseignés au cours de la formation initiale et continue

Les thèmes méthodologiques sont enseignés dans la quasi-totalité de l'échantillon consacré à la formation initiale et à la formation continue.

Le diabète, les anticoagulants et l'insuffisance cardiaque sont des thèmes pratiques majoritairement dispensés au cours des deux formations. En dehors de ces thèmes, il n'existe pas de corrélation véritable d'enseignement entre les différentes formations.

3.4 Les facteurs d'influence de la formation à l'ETP dans les facultés de pharmacie

3.4.1 Partenariats de l'enseignement à l'ETP

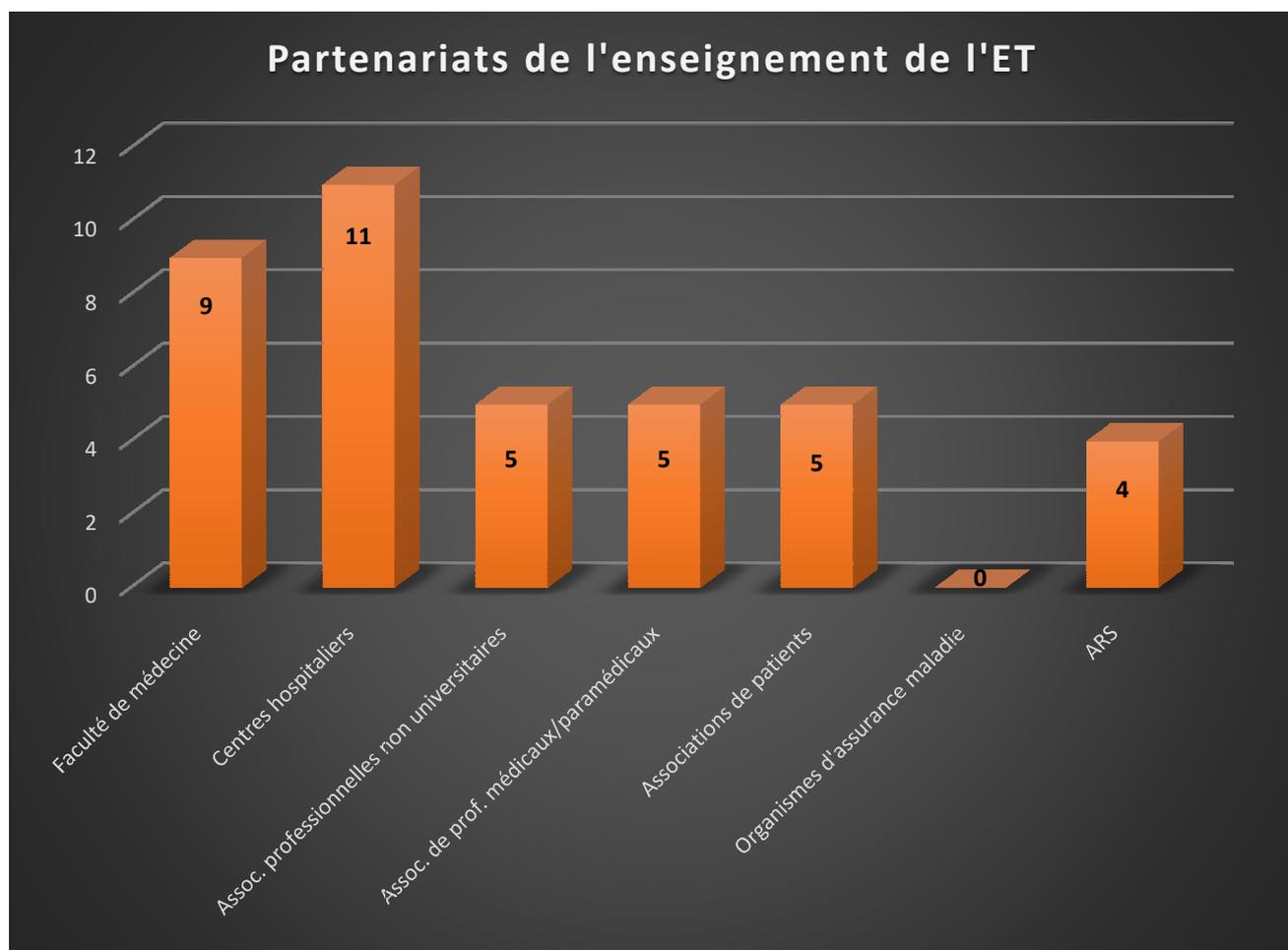


Figure 15 : Les différents partenariats de l'enseignement à l'ETP

18 facultés sur 21 ont répondu à cette question et ont un partenariat pour leur enseignement à l'ETP. Les partenariats se font majoritairement avec les **centres hospitaliers** mais aussi avec les **facultés de médecine**.

9 facultés ont des partenariats avec des **associations**, ce qui montre bien que l'enseignement à l'éducation thérapeutique fait intervenir de nombreux professionnels (médicaux ou autre).

4 facultés ont également un partenariat avec les **agences régionales de santé (ARS)**. Parmi les partenariats cités mais non proposés ci-dessus, nous retrouvons :

- L'Union Régionale des Professionnels de santé (URPS) ;
- Master 1 Staps mais également des spécialistes de l'activité physique adaptée ;
- La coordination Multi partenariale pour l'éducation thérapeutique ou l'unité transversale pour l'éducation du patient (UTEPT) qui sont des réseaux rattachés ou non au CHU de Besançon ;
- Réseaux de santé régionaux.

3.4.2 Origine du choix des thèmes enseignés

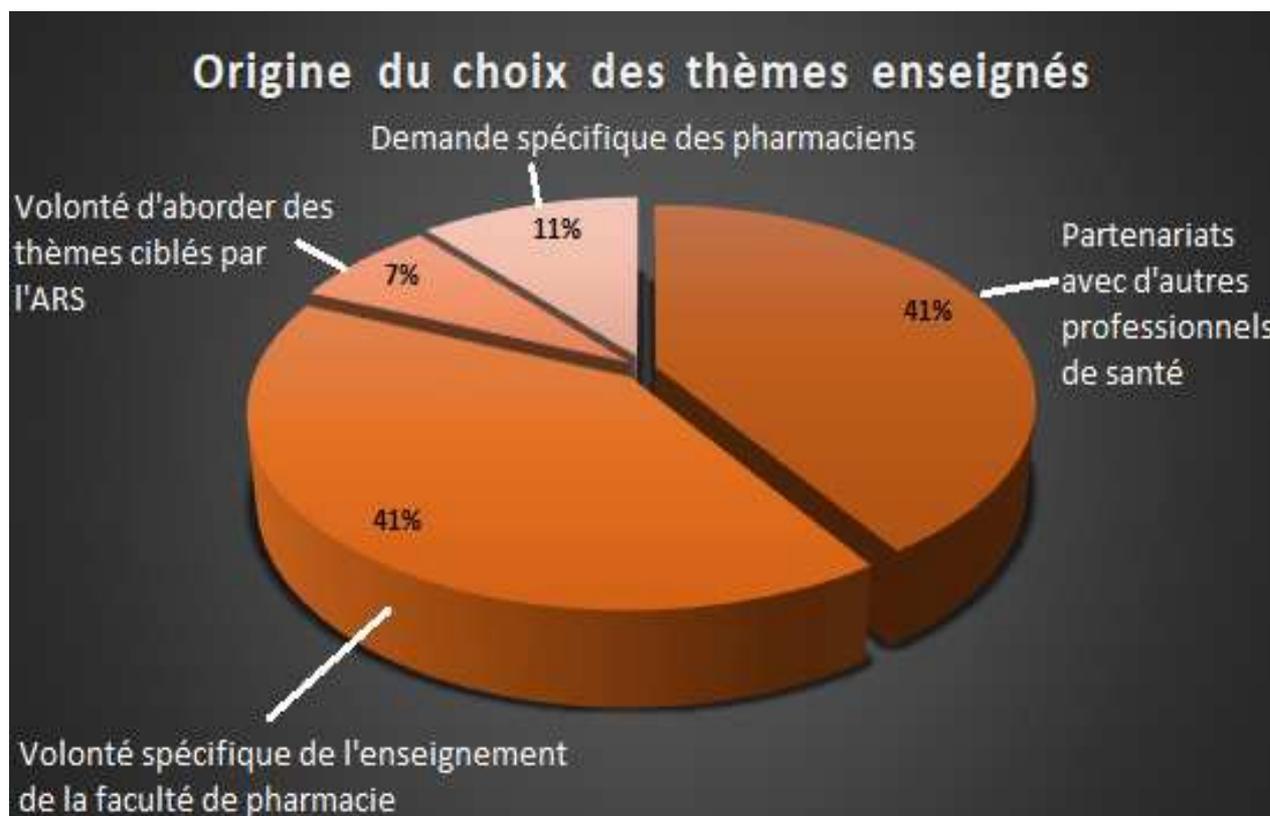


Figure 16 : Origine du choix des thèmes enseignés au cours de la formation initiale et continue

8 facultés seulement ont répondu à cette question. Nous remarquons que le choix des thèmes enseignés dépend principalement de la **volonté des facultés de pharmacie** ainsi que des **partenariats avec les autres professionnels de santé**.

La demande spécifique des pharmaciens et la volonté des ARS sont moins considérées dans le choix des thèmes enseignés.

Partie 4 : Discussion

1. Limites de l'étude

1.1 Pertinence de l'étude

Les questionnaires ont d'abord été envoyés aux doyens des facultés de pharmacie puis renseignés par les enseignants universitaires référents pour l'éducation thérapeutique. On peut donc supposer obtenir la meilleure pertinence possible des réponses. Ces dernières, quant à elles, proviennent non seulement de 88% des UFR mais elles concernent également les universités les plus importantes en termes d'effectifs puisqu'elles représentent à elles seules 94% des étudiants en 2^{ème} année. Il est donc entendu que les résultats présentés lors de cette étude concernent une large majorité des étudiants en pharmacie.

1.2 Les biais de l'étude

Un **biais de non-réponse** est identifiable lors de l'analyse de ce questionnaire. En effet sur les vingt-quatre facultés de pharmacie interrogées, trois d'entre elles n'ont pas répondu à l'enquête. Ces trois facultés font partie des cinq plus petites UFR (en termes d'effectifs de 2^{ème} année) de pharmacie de France. Il apparaît donc judicieux d'envisager que certains résultats inhérents aux petites universités soient biaisés (nature du corps enseignant, formation continue, raisons financières...). De plus, les facultés n'ayant répondu que partiellement au questionnaire sont nombreuses. La quasi-totalité d'entre elles ont laissé, au minimum, un item sans réponse. Par ailleurs nous avons constaté que certaines facultés ayant répondu

négativement à l'item concernant la formation continue, n'ont pas répondu aux questions plus générales de la fin du questionnaire.

La qualité des réponses a un rôle important sur la pertinence des résultats. En effet certaines réponses peuvent être incomplètes ou erronées du fait d'une mauvaise compréhension, d'un manque de temps ou d'une mauvaise qualité de la question. Par exemple, certaines facultés ont regretté que la question sur les partenariats ne soit pas envisagée aussi pour la formation initiale. Par ailleurs le procédé de commentaire libre à la fin de chaque question, a été très utile pour affiner certaines réponses. Néanmoins le caractère facultatif de ce dernier item peut aussi constituer un **biais d'interprétation**.

2. Formation initiale

L'importance de l'enseignement à l'éducation thérapeutique est confirmée par le fait que la grande majorité des facultés a répondu au questionnaire et que pour celles qui ont répondu, toutes ont un enseignement et un référent ETP au cours de la formation initiale.

2.1 Les années d'enseignement

Les questions relatives aux années d'enseignement à l'ETP au cours de la formation initiale permettent de cibler soit l'ensemble d'une promotion, c'est le cas des enseignements entre la 2^{ème} et la 4^{ème} année, soit des groupes plus restreints après le choix par filière (industrie, internat, officine).

Lorsque l'enseignement est dispensé à l'ensemble d'une promotion, on remarque que ce dernier est majoritairement effectué en 4^{ème} année. On note cependant que quelques facultés ont fait le choix de dispenser l'enseignement à l'ETP sur plusieurs années générales, notamment Grenoble qui enseigne sur le cursus de 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} année. Quelles sont les raisons de ces choix ? Nous avons conscience qu'un enseignement qui concerne l'ensemble d'une promotion nécessite un investissement financier et humain important. On peut cependant se demander si la répétition des acquis, notamment au niveau des méthodes pédagogiques, n'est pas nécessaire pour mieux maîtriser cette nouvelle posture que l'on demande au futur pharmacien dans sa relation avec le patient.

Au niveau de l'enseignement après le choix des filières, on remarque que ce dernier se fait majoritairement en 5^{ème} année avec un ciblage préférentiel pour les étudiants destinés à l'officine et, dans une moindre mesure, vers ceux destinés à l'internat. Les étudiants en industrie sont exclus de ce dispositif. Les raisons de ces choix se comprennent aisément du fait de la proximité permanente des pharmaciens officinaux auprès de la population. Ils ont donc une position privilégiée dans l'accompagnement des patients. Les pharmaciens hospitaliers ont également un rôle primordial d'inducteur. En effet ils sont présents au cours d'un moment bouleversant dans la vie du patient, celui de l'hospitalisation. Ce moment peut être extrêmement motivant pour que le malade ait envie d'acquérir les bonnes attitudes pour se soigner. En ce qui concerne les pharmaciens d'industrie, on peut regretter qu'ils soient peu intégrés dans la formation initiale à l'ETP. Mieux comprendre les attentes et les difficultés rencontrées par les patients, pourrait conduire à améliorer ou simplifier les concepts de fabrication des médicaments pour une meilleure utilisation. De plus, un nombre non négligeable de ces étudiants reviennent à la pratique officinale au cours de leur vie professionnelle.

2.2 Le nombre d'heures consacré à l'enseignement de l'ETP

Selon l'arrêté du 2 août 2010 [51] modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'ETP « *L'acquisition des compétences nécessaires pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient requiert une formation d'une durée minimale de quarante heures d'enseignements théoriques et pratiques, pouvant être sanctionnée notamment par un certificat ou un diplôme* ». L'étude montre que la totalité des facultés, sauf celle de Rouen, respecte ce minimum d'heures de formation à l'ETP.

La moitié des facultés se borne à ce taux de 40 heures. Ce sont celles qui regroupent leur enseignement sur la quatrième et la cinquième année.

L'autre moitié dispense au-delà de ces 40 heures requises notamment la faculté de Caen qui propose jusqu'à 75 heures de formation obligatoire. Ce sont les facultés qui, généralement, enseignent sur plus de deux ans. La disparité des résultats ne nous permet donc pas de définir un nombre d'heures de formation reconnu comme optimal par toutes les facultés. Cette disparité des résultats est d'ailleurs renforcée par le caractère obligatoire ou facultatif de l'enseignement selon les facultés. Ainsi Paris Descartes ne privilégie que l'enseignement facultatif. Ce dernier apparaît cependant très attractif puisqu'il concerne 53% de la promotion.

2.3 Méthodes pédagogiques

Les vingt facultés ayant un enseignement spécifique à l'ETP, proposent un enseignement sous forme de cours magistraux et de travaux dirigés.

On constate également un enseignement sous forme de mise en situation dans quatorze facultés et sous forme de stage d'application dans onze d'entre elles. Ceci nous montre l'importance accordée par les facultés de pharmacie à un enseignement interactif et en groupe où la communication est prépondérante.

Seulement sept facultés sur les vingt-et-une proposent un enseignement sous forme de conférences multidisciplinaires. L'ETP est basée sur une prise en charge pluri professionnelle nécessitant des échanges continus entre les différents professionnels de santé. On peut s'étonner du peu d'engouement pour cette méthode pédagogique révélée par notre étude.

Quatre des facultés proposent du E-learning. L'étude montre que cette méthode est encore peu développée pour l'éducation thérapeutique. L'intérêt sur le plan financier et de la gestion du temps est indéniable. Cependant cette méthode a l'inconvénient d'être peu interactive sur le plan des échanges humains, nécessaires à l'acquisition des méthodes pédagogiques de communication.

2.4 Évaluation des enseignements et certification

L'importance de l'évaluation est une forme de reconnaissance de la matière enseignée. Toutes les facultés en ont une consacrée à l'ETP. Le mode d'évaluation répond aussi aux caractéristiques de la matière enseignée : la quasi-totalité des facultés organise un examen écrit et dix-sept d'entre elles font un examen oral du fait de l'importance de la communication dans cet enseignement.

Le nombre de personnes certifiées oriente sur la politique d'enseignement des facultés. Quatre d'entre elles certifient toute la promotion. Les autres facultés s'orientent principalement sur une formation des officinaux et plus accessoirement sur les internats.

D'après notre étude, 1410 étudiants en pharmacie, soit près de 50% de l'ensemble des étudiants en pharmacie sur les vingt-et-une facultés sont certifiables et peuvent donc intégrer directement un programme d'ETP. Les facultés de pharmacie ont donc compris la nécessité de former en masse les futurs pharmaciens à l'ETP de manière à ce que la profession prenne une place plus importante dans les programmes. À ce jour, les pharmaciens sont encore peu impliqués dans ceux-ci, comme nous le montre l'étude faite en 2015 par la Société française de pharmacie clinique [49]. Cette étude recensait seulement 177 pharmaciens impliqués dans 228 dispositifs éducatifs, sur l'ensemble du territoire français.

Par ailleurs six facultés ont opté pour une évaluation de l'enseignement sous forme de mémoire. Le choix de cette évaluation, nécessitant un fort investissement personnel, est plus orienté vers une formation qualitative sur un panel d'étudiants motivés.

2.5 Les différents intervenants

Toutes les facultés de pharmacie, sauf celle de Rennes, ont des enseignants universitaires. Le fait de choisir ces professionnels apporte la référence pédagogique et la recherche d'innovation en matière d'ETP.

De plus les vingt-et-une facultés ont au moins un des intervenants qui est un pharmacien pour son rôle d'expertise pharmaceutique.

La reconnaissance d'une certification est nécessaire pour enseigner l'ETP puisque toutes les facultés ont au moins un intervenant qui possède un diplôme de dispensation et/ ou de coordination de l'ETP. Le questionnaire n'a cependant pas permis de connaître le grade de formation des enseignants en ce qui concerne l'ETP.

Quinze facultés sur vingt-et-une sont ouvertes aux non universitaires dans l'enseignement à l'ETP. Il s'agit soit d'intervenants non pharmaciens, soit d'intervenants pharmaciens mais non universitaires. Ceci permet de mettre en évidence l'importance de la formation transversale et interprofessionnelle au sein de l'enseignement à l'ETP. Il est cependant dommage que notre questionnaire n'ait pas invité les répondants à préciser la proportion des intervenants non pharmaciens et notamment des patients experts.

2.6 Thèmes enseignés

L'ensemble des facultés intègre l'importance méthodologique en communication de santé dans l'enseignement à l'ETP. Le futur pharmacien doit d'abord maîtriser l'approche d'une écoute active vis-à-vis du patient pour mieux comprendre ses attentes et ses besoins. Il doit pour cela établir une relation interactive soignant-soigné et accompagner son patient dans sa démarche face à la maladie et aux soins. D'après les résultats, près de 100% des facultés ayant répondu organisent un enseignement de communication et d'organisation du processus d'ETP.

Cette approche méthodologique transversale indispensable pour la mise en place d'une démarche d'ETP est aussi une nouvelle façon de se positionner au côté de son patient dans les nouvelles missions accordées au pharmacien : bilan de médication, entretiens pharmaceutiques, programmes spécifiques de santé publique, dépistage.

Environ deux tiers des facultés enseignent également une approche de l'ingénierie de formation et de sciences humaines et sociales qui viennent compléter l'approche méthodologique de communication en santé.

Dans notre étude nous voyons la prépondérance accordée par les facultés à la méthodologie plus qu'aux thèmes pratiques, relatifs aux pathologies cardio-respiratoires, métaboliques et oncologiques principalement. Les résultats de notre étude sont homogènes pour la partie méthodologique de l'enseignement à l'ETP. Ils sont hétérogènes pour le développement des thèmes pratiques. Beaucoup de thèmes pratiques non cités ont été rajoutés en commentaire. On peut comprendre qu'il s'agit surtout d'un support à l'expérience méthodologique.

L'étude des populations spécifiques apparaissait une question importante parce qu'elle est un exemple de transversalité de l'approche. Dans ce cas on ne classe plus les patients en fonction de leur pathologie mais selon l'appartenance à un groupe social : enfants, personnes âgées, personnes migrantes. Il s'agit de mieux intégrer la composante environnementale dans l'adhésion thérapeutique. Seule la moitié des facultés a pu organiser cette approche.

3. Formation continue

Cette partie de l'étude présente de nombreux biais du fait des faibles effectifs étudiés. Néanmoins l'organisation de la formation continue peut donner des renseignements intéressants qui permettront, peut-être, d'améliorer l'organisation de la formation initiale à venir.

Moins de la moitié des facultés assure une formation continue. Cette dernière est principalement enseignée par d'autres organismes non universitaires régionaux. Pour exemple la faculté de Besançon a précisé que la formation continue est assurée par l'Unité transversale d'éducation du patient (UTEP). Il existe de multiples organismes assurant des formations du même type. Nous citerons donc quelques exemples : l'Espace régional d'éducation thérapeutique (ERET devenu récemment Planethpatient) qui permet le développement de l'éducation thérapeutique du patient en Normandie ; le GRIEPS ; l'INFIPP, l'AFDET.

Cette multitude de référents dans l'organisation de la formation rend l'offre complexe et peu propice aux évaluations d'efficacité.

3.1 Méthodes pédagogiques

Parmi les facultés de pharmacie offrant une formation continue, différentes méthodes pédagogiques sont utilisées. Le séminaire présentiel est largement plébiscité. Ce type de formation a l'avantage de permettre un travail de groupe et des échanges d'expérience. Il a aussi l'avantage d'être concentré sur un temps imparti pour mieux s'adapter aux contraintes de professionnels en exercice.

Le stage d'application et le tutorat, de par leur aspect chronophage, correspondent à des formations plus ciblées.

Le E-learning permet aux professionnels de santé de suivre la formation à domicile. Elle est plus présente au sein de la formation continue qu'initiale dans la mesure où elle permet une liberté horaire pour les professionnels en manque de temps. Elle se fait au détriment de l'interactivité.

3.2 Personnes concernées par la formation continue

Nous avons vu que seuls les étudiants en pharmacie sont formés au cours de la formation initiale. L'étude montre que la formation continue portée par les UFR de pharmacie, elle, s'adresse aux différents professionnels de santé comme les médecins, les pharmaciens, les infirmiers, les psychologues, les dentistes, les diététiciens mais également les ergothérapeutes. Il s'agit donc de la reconnaissance, par les professionnels expérimentés, de la nécessité de travailler en groupe pour maîtriser et uniformiser les méthodes pédagogiques nécessaires à l'éducation thérapeutique. Chaque profession amène sa propre expertise mais apprend aussi à cogérer un projet de manière transversale pour mieux s'adapter aux attentes des patients.

On remarque que dans notre étude, seule la faculté de Grenoble intègre des patients experts au sein de sa formation continue interdisciplinaire. Cette approche apparaît particulièrement intéressante dans la mesure où le patient, son ressenti et ses attentes sont au centre de la préoccupation d'un programme d'ETP. Il est regrettable que notre étude n'ait pas pu apporter de réponses suffisamment précises sur le sujet des patients experts car les facultés de Paris,

Marseille et Grenoble développent un projet d'université des patients, l'ETP étant au cœur de ces projets [56]. L'intégration de ce type de patient va devenir indispensable dans la formation des professionnels dans la mesure où la collaboration entre soignant et soigné doit se faire de manière réciproque. Apprendre de son patient est une nouvelle expérience culturelle qui casse les codes d'apprentissage traditionnels.

3.3 Thèmes enseignés dans la formation continue

À l'instar de la formation initiale, les thèmes plébiscités au cours de la formation continue à l'ETP sont principalement ceux en lien avec la méthodologie de communication avec le patient. La comparaison des deux figures permet même de mettre en évidence un intérêt aussi soutenu pour les méthodes pédagogiques dans les deux types de formation.

En ce qui concerne les thèmes pratiques, le diabète et les anticoagulants restent prépondérants. La prise en charge des cancers, de l'HTA et l'asthme présente un intérêt accru dans la formation continue. Ces résultats sont cependant peu représentatifs d'un choix opéré du fait de l'échantillonnage réduit.

L'étude des populations spécifiques dans la formation continue, même si l'échantillonnage est restreint, montre quand même un plus net intérêt pour les populations ayant des conditions de vie précaires (population migrante et population précaire représentent le tiers des thèmes abordés pour les populations spécifiques). Il s'agit d'une confirmation de l'intérêt de bien comprendre l'environnement socio-économique d'un patient pour pouvoir l'aider.

3.4 Les diplômes obtenus au cours de la formation continue

Les résultats d'obtention de diplômes à l'ETP dans le cadre d'une formation continue universitaire ne sont pas interprétables compte tenu du faible taux de réponses et de l'importance de la formation continue assurée par les organismes privés. Il serait sans doute intéressant de contacter l'ensemble des ARS pour connaître l'impact réel de la formation des pharmaciens.

Certaines facultés organisent des formations diplômantes plus élaborées que la certification des 40 heures nécessaires à la dispensation de l'ETP. Dans notre étude, deux facultés déclarent proposer un diplôme universitaire : Grenoble et Rouen. Ce sont des diplômes qui dispensent une centaine d'heures de formation théorique et pratique. Il est à noter que Paris Sud, qui n'a pas répondu à notre étude, dispense néanmoins un diplôme universitaire de ce type. La faculté de Marseille propose un diplôme d'études supérieures universitaires. Il s'agit d'une formation poussée mais qui, dans ce cas, cible une population spécifique (population âgée). Enfin deux universités, Clermont-Ferrand et Grenoble, organisent également une formation continue et initiale sous forme de Master 2 (niveau 3).

Actuellement sur le plan national, une certification permet de dispenser et de coordonner un programme d'ETP. Néanmoins les agréments sont donnés par les ARS. Ce sont ces dernières qui décident si une formation complémentaire est nécessaire pour coordonner un programme. Il s'agit là d'une forme d'organisation incomplète que le législateur devra clarifier. Le développement des formations universitaires complémentaires types DU (grade 2) ou Master (grade 3) devraient naturellement s'inscrire dans ce cadre de manière croissante.

4. Les facteurs d'influence de la formation à l'ETP dans les facultés de pharmacie

4.1 Les partenariats

Dans le cadre de la formation à l'ETP, l'ouverture de l'enseignement à d'autres partenaires est confirmée puisque la grande majorité des facultés ont un partenariat. Il existe un biais de non-réponse de trois sur vingt-et-une facultés sans doute lié au mauvais positionnement de cette question, au sein de l'étude. En effet il y a pu avoir confusion dans la mesure où pour certains cette question semblait être uniquement destinée à la formation continue.

Les partenariats privilégiés restent hospitalo-universitaires notamment avec la faculté de médecine. Ceci tient d'abord des proximités géographiques entre les facultés et les centres hospitaliers universitaires. Mais aussi, d'une reconnaissance de la nécessité d'une collaboration entre la médecine et la pharmacie pour l'élaboration d'un enseignement à l'ETP.

Les associations extra-universitaires sont également fortement représentées comme partenaires avec neuf facultés sur vingt-et-une. Ces associations regroupent les pharmaciens extra-universitaires, les professions médicales et paramédicales et de manière intéressante, les patients. Cette étude sur les partenariats apparaît extrêmement importante puisqu'elle confirme la nécessité d'ouverture et d'interactions transversales entre les professionnels de santé et les patients au sein de l'ETP.

On note également la faiblesse de la représentation de la tutelle (ARS et assurance maladie) dans les partenariats. Est-ce une volonté d'indépendance des facultés vis-à-vis de l'état ? Est-ce un manque d'investissement du législateur concernant la formation à l'ETP ?

4.2 L'origine du choix des thèmes abordés au cours de l'enseignement à l'ETP

Seize facultés ont répondu à cet item. Le choix des thèmes est alors majoritairement influencé par les milieux extra-universitaires comportant pharmaciens, professions médicales et paramédicales. Il s'agit, là aussi, d'une demande d'ouverture de l'enseignement de la part des professionnels qui par leur expérience, relayent les besoins ressentis par les patients.

Notons également la faiblesse de l'influence des ARS dans les choix des thèmes enseignés. Ceci apparaît surprenant, les ARS étant chargées d'accréditer les programmes d'ETP.

5. Synthèse

Cette étude sur la formation à l'ETP dans les facultés de pharmacie de France présente des limites du fait de l'imprécision de certaines questions et de certaines réponses. La place prépondérante de l'enseignement universitaire à l'éducation thérapeutique ne fait cependant aucun doute. Pour exemple, dix-neuf facultés de pharmacie sur vingt-et-une, ont des projets de thèse à l'ETP sur cette année universitaire.

La loi prévoit 40 heures d'enseignement obligatoire afin d'être certifié pour la dispensation de l'ETP. Quelle est l'importance de ce chiffre dans la qualité de l'enseignement ? Le faible effectif concernant la formation continue ne nous permet pas de tirer de conclusion. En revanche, pour la formation initiale on remarque qu'il existe une grande disparité du nombre d'années d'enseignement, du nombre d'heures enseignées et des méthodes

pédagogiques employées. La plupart des facultés enseigne un socle d'environ 40 heures, principalement réparties sur deux ans (4^{ème} et 5^{ème} année), avec des méthodes d'enseignement mêlant cours pratiques et théoriques. D'autres facultés vont beaucoup plus loin en proposant soit une formation plus étalée dans le temps, soit plus conséquente en termes horaires.

Il serait intéressant de connaître, au niveau de chaque faculté, le nombre d'étudiants ayant réclamé leur certificat de dispensation à l'ETP, pour entrer dans une pratique collaborative d'ETP.

À titre personnel, je pense que la formation à l'ETP doit apprendre à acquérir une nouvelle posture relationnelle avec le patient. Il s'agit d'une approche d'enseignement à laquelle notre formation antérieure ne nous a pas préparés. L'idée d'avoir une formation répétitive et pratique sur plusieurs années pour acquérir une nouvelle culture de communication m'apparaît donc intéressante. Nous pouvons d'ailleurs remarquer, grâce à cette étude, que l'enseignement des méthodes pédagogiques, à la communication de santé est une préoccupation commune aux formations initiale et continue.

Un autre point peut être soulevé par cette étude, le nombre d'étudiants et de pharmaciens formés à l'ETP. Là encore, l'échantillon restreint pour la formation continue ne nous permet pas de répondre. En revanche, nous avons vu que la moitié des étudiants en pharmacie étaient formés. Cependant il existe aussi de grandes disparités selon les facultés. Certains privilégient une formation commune à toute la promotion, d'autres font de l'enseignement facultatif et/ou ciblé. Au-delà des considérations techniques et financières, je pense qu'une formation de ce type devrait toucher une part importante de futurs professionnels. En effet, il me semble intéressant qu'un maximum de pharmaciens puisse intégrer les programmes d'ETP pour y amener leur expertise.

Par ailleurs, notre questionnaire a permis de soulever un autre problème. Il s'agit de l'ouverture de l'enseignement aux autres professionnels de santé et aux patients. En effet, dans le cadre de l'ETP, il existe une nécessité de fonctionner en réseaux collaboratifs et d'avoir une approche transversale vis-à-vis des patients. Il faut donc prendre l'habitude dès notre formation de travailler ensemble. Cette ouverture apparaît embryonnaire au niveau de la formation initiale. Il n'y a pas de cours communs avec les autres disciplines.

Par contre l'enseignement est ouvert à des intervenants non pharmaciens. L'ouverture apparaît beaucoup plus accomplie dans la formation continue où les différents professionnels de santé et même les patients peuvent se former ensemble. Fort de cette constatation, il serait important d'établir un partenariat d'enseignement initial des futurs professionnels de santé. A l'époque de la réorganisation de la PACES et de la disparition du *numerus clausus*, l'intégration d'une unité d'enseignement en communication de santé, précurseur de l'éducation thérapeutique, pourrait être une excellente affirmation de la nécessité de travailler en collaboration.

La prise de conscience de l'importance de l'éducation thérapeutique et de la nécessité d'une formation adaptée de la part des professionnels de santé n'est plus à faire. D'une manière plus générale, le problème reste celui de faire entrer massivement des populations ciblées dans des programmes d'ETP. Sélectionner et accompagner ces populations, peuvent s'intégrer dans la démarche des entretiens pharmaceutiques et des processus de pharmacie clinique. Promouvoir ces pratiques s'avère donc indispensable, dans le cadre de notre profession. Le but est d'améliorer la qualité de vie du patient malade mais aussi, sur un plan collectif, de réduire les complications liées aux mauvaises prises en charge et leurs coûts pour la société.

Le pharmacien et plus particulièrement le pharmacien d'officine, par son positionnement en relation constante avec la population a une place privilégiée pour sélectionner les patients justifiant une éducation thérapeutique. Il peut le faire notamment par le biais du développement de la pharmacie clinique. L'étape entre la sélection du patient et l'intégration dans un programme d'ETP semble présenter de nombreux obstacles. Quels organismes conseiller ? Comment les contacter ? Quelles sont les procédures d'intégration ? Il serait judicieux de simplifier la procédure pour que chaque pharmacien puisse avoir un accès rapide avec un interlocuteur chargé ensuite de guider le patient dans l'intégration à un programme.

Pour finir, l'évolution du métier de pharmacien pourrait aussi s'enrichir d'une nouvelle façon d'exercer ses compétences. L'exercice au sein des programmes d'ETP pourrait devenir une activité à part entière ou complémentaire aux autres modes d'exercice de la pharmacie. Au niveau de la pharmacie d'officine, la baisse du volume des ventes peut être compensée, en partie par la création d'activités rémunérées (entretiens pharmaceutiques, bilans de médication, vaccination...). Cette baisse d'activité entraîne aussi une réduction du nombre d'heures de travail pour la profession. Ce phénomène impacte les pharmaciens salariés avec le développement du temps partiel subi ou choisi.

L'intégration dans des réseaux peut devenir aussi un moyen de développer un complément à leur activité tout en leur permettant de découvrir une nouvelle façon d'exercer leur métier. Pour cela, le parcours semble encore difficile. En effet, selon l'étude de la SPFC sur les pratiques éducatives sur le territoire français, 42% des actions éducatives sont faites en dehors de tout financement et 38% des cas, ces actions sont comptabilisées dans le temps de travail des pharmaciens [49]. Il faut donc bien sûr se doter de moyens financiers et organisationnels conséquents, dont la mise en œuvre appartient à notre législateur.

THÈSE SOUTENUE PAR : Justine EYMARD-VERNAIN

TITRE : ÉVALUATION DE L'OFFRE DE FORMATION À L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DANS LES FACULTÉS DE PHARMACIE DE FRANCE SUR L'ANNÉE UNIVERSITAIRE 2016-2017

CONCLUSION

Depuis le siècle dernier, les progrès technologiques et médicaux ont permis d'améliorer l'espérance de vie. Ce vieillissement de la population s'est accompagné d'une augmentation des pathologies chroniques entraînant une plus grande complexité de la prise en charge du patient. Cette complexité nécessite une adaptation de son comportement. En effet, vivre avec la maladie pendant de nombreuses années justifie d'être soutenu et accompagné du fait des conséquences personnelles, socio-familiales et économiques que cela entraîne. L'éducation thérapeutique est l'une de ces solutions d'accompagnement. Il s'agit d'un processus de soins dont le but est d'apprendre à mieux vivre avec sa maladie. Le patient doit à la fois améliorer son autogestion en matière de santé tout en bénéficiant d'un soutien qualifié de la part de personnels formés à cette action. Dans ce contexte, les professionnels de santé doivent se repositionner. En effet il leur est nécessaire, tout en gardant leur fonction d'expertise propre, de développer un rôle de partenaire pour que le patient devienne un véritable acteur de sa prise en charge. Le pharmacien de par sa compétence en matière thérapeutique et sa proximité exceptionnelle a un rôle fondamental pour participer aux programmes d'éducation thérapeutique. La formation reçue par les étudiants en pharmacie et les pharmaciens va conditionner le succès de cette nouvelle approche partenariale avec les patients.

L'objectif de cette thèse est d'évaluer la formation initiale et la formation continue enseignées au sein des facultés de pharmacie de France en matière d'éducation thérapeutique. Ainsi une enquête sous forme de questionnaire a été envoyée dans les vingt-quatre facultés de pharmacie de France et vingt-et-une d'entre elles y ont participé.

Ce travail a permis de reconnaître la place prépondérante de l'éducation thérapeutique au sein de l'enseignement universitaire puisque toutes les facultés de pharmacie ayant répondu à l'étude ont une offre de formation initiale. Il existe cependant une grande hétérogénéité au niveau de son enseignement (nombre d'heures, années d'enseignement, méthodes pédagogiques).

La formation continue est peu enseignée au sein des facultés de pharmacie puisque seulement dix facultés sur vingt-et-une ont une offre. Le reste est dispensé par des organismes non universitaires. Les deux types de formation mettent l'accent sur l'importance de l'approche méthodologique en communication en matière de santé pour réussir une éducation thérapeutique. La formation continue met en évidence un élément important dans cette nécessité de communication : celui de l'ouverture de la formation aux autres professionnels de santé puisque la totalité des facultés de pharmacie ont une formation continue ouverte. Ceci traduit une demande de la part des professionnels expérimentés de travailler en collaboration avec les autres professionnels pour mieux aider et convaincre les patients.

Cette demande de socle commun d'enseignement à la communication de santé pourrait elle se traduire par une formation initiale réunissant l'ensemble des étudiants en santé ? Un enseignement de ce type les premières années d'étude, aurait le mérite de toucher un maximum de futurs professionnels. Ceci créerait une véritable culture commune d'approche des patients. Le but serait d'inciter ces derniers à intégrer massivement des programmes d'aide au maintien d'un bon état de santé notamment grâce à l'éducation thérapeutique.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 20/07/19

LE DOYEN



Pr. Michel SÈVE

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE



Pr. Benoit ALLENET

Pour la Présidence
et par délégation
Le Doyen de l'Université
Pr. Michel SÈVE

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Insee Références. Tableaux de l'économie française. Espérance de vie- Mortalité. Edition 2016. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906668?sommaire=1906743>
- [2] Meslé F, Vallin J. Espérance de vie: peut-on gagner trois mois par an indéfiniment ? Population & Sociétés 2010 ; n°473: 1-4.
- [3] Bonaldi C, Grémy I, Vernay M. Les maladies chroniques : tendances récentes, enjeux et perspectives d'évolution. Santé publique 2015 HS/ S1: 189-197.
- [4] HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire : Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. Mars 2015 : 9.
- [5] Benkimoun P. L'impact de l'innovation en médecine. Les tribunes de la santé 2004/1 n°2: 15-26.
- [6] Cash R. Présentation des rapports de prospective sur l'innovation en santé. HCAAM, Rapport 2016 ; Tome 2 : 83-84.
- [7] Santé Sciences Po. Annexe 3 : Rapport 2008 de l'Office de prospective en santé de Sciences. 2008 ; HCAAM, tome 2 : 91-94.
- [8] INSERM. Annexe 14 : Articles de synthèse parus dans « Science et Santé » entre 2011 et 2014. HCAAM, tome 2 : 126-128
- [9] Topol E. The creative destruction of medicine. 2012.
Disponible sur : <http://creativestructionofmedicine.com/>
- [10] HAS. Parcours de soins; Questions/Réponses. Mai 2012; Partie 1: 1-3.
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf
- [11] DREES. Les établissements de santé. Edition 2017 ; 20-27.
Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2015.pdf>
- [12] CHU Grenoble. UTEP : Unité transversale pour l'éducation thérapeutique du patient.
Disponible sur: <https://www.chu-grenoble.fr/content/unite-transversale-deducation-therapeutique-du-patient-utep>
- [13] Vie publique. Que sont les établissements de santé privés à but lucratif ? Mars 2016.
Disponible sur <https://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/etablissements-sante/que-sont-etablissements-sante-prives-but-lucratif.html>

- [14] DGOS. Guide méthodologiques : Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? Octobre 2012 : 6-65.
- [15] Millois H. Le déploiement de l'éducation thérapeutique du patient au sein des maisons de santé. Mémoire de l'école des hautes études en santé publique ; Mars 2016 : 17-20
- [16] Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. Compliance in Health Care. Baltimore: MD: Johns Hopkins University Press; 1979 : 1-15.
- [17] Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique: de quoi parlons nous? Revue Mal Respir 2005; 22: 31-34.
Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/showarticlefile/156964/index.pdf>
- [18] Allenet B, Baudrant M, Lehmann A, Gauchet A. Il nous faut arrêter de parler du patient « non observant » à ses traitements mais plutôt d'un patient présentant des difficultés d'adhésion médicamenteuse. Annales Pharmaceutiques Françaises 2018 ; 76 : 489-498.
- [19] IMS Health, CRIP. Améliorer l'observance. Traiter mieux et moins cher. 2014/11 : 1-15.
Disponible sur : <https://lecrip.org/wp-content/uploads/2014/11/BrochureObservance-imprim1.pdf>
- [20] Grimaldi A. La maladie chronique. Les Tribunes de la santé 2006/4 (n° 13) : 45-51.
- [21] Diallo A-M , Lokrou A, et al. Observance Thérapeutique des Patients Diabétiques de Type 2 Sous Antidiabétiques Oraux Au CHU Gabriel Toure au Mali. Diabetes metab 2013 ; 39 : 113.
- [22] Gasquet I, et al. Déterminants de l'observance thérapeutique des antidépresseurs. L'encéphale vol 27; 2001; n° 1: 83-91.
- [23] Giet D, Scheen A.J. Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. Revue Médicale Liège 2010; 65 : 239-245.
Disponible sur : https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/70194/1/20100506_03.pdf
- [24] Adam-Vezina E, Cognet M. Projet de recherches : l'observance analyse critique des savoirs. Rapport final 2010 ; n°09003003 ; Chapitre III : 56-59.
- [25] Agence nationale de recherche sur le sida. L'observance aux traitements contre le VIH/sida : Mesure, déterminants, évolution. 2001: 102.
Disponible sur : http://www.anrs.fr/sites/default/files/2017-09/observance_traitements_dec2001.pdf

- [26] Reach G. Patient autonomy in chronic care: solving a paradox. Patient preference and adherence. PubMed Décembre 2013; vol. 8: 15-24.
Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3865080/>
- [27] Cutler DM, Everett W. Thinking outside the pillbox – Medication adherence as a priority for health care reform. N Engl J Med, 2010; 362: 1553-1555.
- [28] Jalma. Les enjeux de l’observance en France, cinq propositions pour renforcer l’observance des produits de santé. 2014 : 1-15.
- [29] Sokol, Michael C, et al. Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost. Medical Care juin 2005; vol. 43 n°6 : 521-530.
- [30] Compagnon C, Lopez A. Pertinence et efficacité des outils de politique publique visant à favoriser l’observance. Rapport IGAS 2015-037 R : 25-26.
- [31] IMS Health, CRIP. L’observance en France : Plus de 9 milliards d’euros d’économies potentielles en 1 seule année sur 6 pathologies chroniques ! Presse novembre 2014 : 1.
Disponible sur : <https://lecrip.org/wp-content/uploads/2014/11/Info-Pressa-Observance-VF1.pdf>
- [32] Allenet B, Mouchoux C, Pourrat X, Honoré S, et al. De la dispensation aux soins pharmaceutiques : vers un modèle intégratif de la pharmacie clinique. PHCLIN-2018: 1-13
- [33] Ordre national des pharmaciens. Arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d’officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières. Edition décembre 2016 : 8-15.
- [34] Ameli. Médicaments. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/medicaments-et-dispositifs/medicaments>
- [35] Service public. Dossier pharmaceutique. Vérifié le 11 décembre 2018. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F16033>
- [36] Assurance maladie. Le dossier médical partagé. Disponible sur : <https://www.dmp.fr/patient/je-decouvre>
- [37] HAS. Avis n°2017.0082/AC/SA3P du 4 octobre 2017 du collège de la HAS relatif aux supports d’accompagnement des patients âgés polymédicamentés par les pharmaciens d’officine – le bilan de médication, convention entre l’UNCAM et les syndicats d’officinaux.

[38] Le bilan partagé de médication pour une meilleure coordination des soins. Publié en avril 2018. Disponible sur : <http://www.omedit-normandie.fr/media-files/13460/2018-06-01-le-bilan-partage-de-medication-pour-une-meilleure-coordinatio..pdf>

[39] Société française de pharmacie clinique. Le modèle SFPC de la pharmacie clinique. Disponible sur : <http://sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/1875-modele-sfpc-pharmacie-clinique-2018.html>

[40] Allenet B, Baudrant M, Calop N. Chapitre 62 : L'éducation thérapeutique du patient : contexte, concepts et méthodes. Livre Pharmacie clinique et thérapeutique ; 3^{ème} édition : 1274-1284.

[41] HAS, INPES. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Juin 2007 : 9-10.

[42] Golay A, Lager G, Pataki Z. Efficacité de l'éducation thérapeutique. Revue médicale suisse 2009 ; 5 : 688-690.

[43] Allenet B, Rouprêt-Serzec J, et al. Pratiquer l'éducation thérapeutique du patient après la loi « Hôpital patients santé territoires » : comment passer en pratique d'une action non coordonnée à une offre de soin structurée et une reconnaissance des compétences ? 2011; 46: 110-115.

[44] HAS. Education thérapeutique du patient. Mis en ligne le 19 juin 2014. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

[45] Legifrance. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n° 1. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

[46] HAS. Missions de la HAS. Mis en ligne le 23 avril 2018. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1002212/fr/missions-de-la-has

[47] Alliance maladies rares. Guide pratique de l'Éducation Thérapeutique du Patient. Elaborer un programme d'ETP ; Mis à jour en juin 2017 : Fiches 7 à 10.

[48] France Assos santé. Education thérapeutique : pour qui, pourquoi ? Disponible sur : <https://www.france-assos-sante.org/2018/03/30/education-therapeutique-pour-qui-pourquoi/>

[49] Lehmann A, Janoly-Duménil A, Baudrant-Boga M, Allenet B. Pharmacien et éducation thérapeutique du patient : quelles pratiques sur le territoire français ? PHCLIN-379 ; 2015:1-8.

[50] AFDET. 20 idées pour réinventer l'ETP. Plaidoyer issu du séminaire des Utep ; 10 octobre 2017 : 1-11.

[51] Legifrance. Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. JORF n°0178 du 4 août 2010 page 14397 texte n° 30. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664581&categorieLien=id>

[52] Legifrance. Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. JORF n°0019 du 23 janvier 2015 page 1009 texte n° 19. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2015/1/14/AFSP1501146A/jo/texte>

[53] Allenet B. Pour que l'éducation thérapeutique du patient devienne pour le pharmacien une posture de travail. Annales Pharmaceutiques Françaises 2012 ; 70 : 53-57.

[54] Académie nationale de Pharmacie. Recommandations relatives à l'éducation thérapeutique du patient. Adoptées au Conseil du 10.04 et 22.05 2013 : 1-3.

[55] Alliance maladies rares. Guide pratique de l'Éducation Thérapeutique du Patient. Acquérir des compétences et se former à l'ETP; Mis à jour en juin 2017 : Fiches 15 à 16.

[56] Université des patients Auvergne Rhône-Alpes. 2016-2019. Disponible sur : <https://udpara.org/l-universite-des-patients.html>

Annexe : Questionnaire envoyé aux facultés de pharmacie de France

26/12/2018

Formation à l'éducation thérapeutique dans les facultés de pharmacie de France

Formation à l'éducation thérapeutique dans les différentes facultés de pharmacie françaises

Justine EYMARD-VERNAIN, étudiante en 6ème année de pharmacie à la faculté de Grenoble.

L'éducation thérapeutique (ET) devrait prendre de plus en plus d'importance parmi les nouvelles missions du pharmacien. Elle va s'en doute nécessiter une collaboration étroite avec les autres professionnels de santé. Dans le cadre de ma thèse, je m'intéresse aux différentes formations à l'éducation thérapeutique enseignées dans les facultés de pharmacie françaises. Par conséquent je vous envoie un questionnaire faisant l'état des lieux de cet enseignement dans votre faculté et je vous remercie de prendre quelques instants de votre temps pour y répondre.

NB: Cliquez sur la rubrique "Autre" ou "Commentaire" lorsque vous voulez laisser une remarque concernant une question.

Quel est le nom de votre faculté et dans quelle ville se trouve-t-elle ?

Dans votre faculté, quel est le nombre d'étudiants admis en deuxième année de pharmacie ?

L'éducation thérapeutique fait-elle l'objet d'un enseignement au niveau de votre faculté ?

- Oui
 Non
 Commentaire

Si oui, pourriez vous nous donner le nom et les coordonnées du responsable de l'enseignement à l'éducation thérapeutique de votre faculté?

Concernant la formation universitaire initiale à l'éducation thérapeutique

***Au niveau de l'organisation:
Existe-t-il un enseignement à l'éducation thérapeutique abordé au cours de l'année universitaire ?***

*** Formation générale en sciences pharmaceutiques (FGSP)**

**** Formation approfondie en sciences pharmaceutiques (FASP)**

FGSP2 (2^è
année)

FGSP3 (3^è
année)

FASP1 (4^è année)

FASP2 (5^è année)

FASP3 (6^è année)

Cycle long
(internat)

Quel est le nombre d'heures obligatoires d'enseignement à l'éducation thérapeutique, reçues par étudiant chaque année ?

FGSP2 (2^è
année)

FGSP3 (3^è
année)

FASP1 (4^è année)

FASP2 (5^è année)

FASP3 (6^è année)

Cycle long
(internat)

Quel est le nombre d'heures facultatives d'enseignement à l'éducation thérapeutique pouvant être reçues par étudiant chaque année ?

FGSP2 (2 ^e année)	<input type="text"/>	▲ ▼
FGSP3 (3 ^e année)	<input type="text"/>	▲ ▼
FASP1 (4 ^e année)	<input type="text"/>	▲ ▼
FASP2 (5 ^e année)	<input type="text"/>	▲ ▼
FASP3 (6 ^e année)	<input type="text"/>	▲ ▼
Cycle long (intermat)	<input type="text"/>	▲ ▼

Quelle est la répartition du nombre d'heures d'enseignement à l'éducation thérapeutique par étudiant :

Nombre d'heures pour les cours magistraux	<input type="text"/>
Nombre d'heures pour les travaux dirigés	<input type="text"/>
Nombre d'heures pour les stages d'application	<input type="text"/>
Autre	<input type="text"/>

Utilisez vous d'autres méthodes pédagogiques?

- E-learning
 Simulation
 Conférence multidisciplinaire
 Autre

Concernant l'évaluation de ces enseignements, utilisez vous un(e) ?

- Évaluation écrite
 Évaluation orale
 Mise en situation professionnelle
 Rendu de mémoire
 Autre

Le module d'enseignement à l'éducation thérapeutique est-il assuré par:

- Des pharmaciens universitaires titulaires d'un diplôme de formation et de coordination à l'éducation thérapeutique
- Des pharmaciens universitaires non titulaires d'un diplôme de formation et de coordination à l'éducation thérapeutique
- Des pharmaciens non universitaires titulaires d'un diplôme de formation et de coordination à l'éducation thérapeutique
- Des pharmaciens non universitaires non titulaires du même diplôme
- Des intervenants non pharmaciens (médecins, psychologues, spécialistes de la communication, patients experts)
- Commentaire

L'enseignement à l'éducation thérapeutique au cours de la formation initiale du pharmacien comporte-t-il les thèmes généraux cités ?

- Les enjeux de l'éducation du patient
- La psychologie de la santé
- La relation soignant-soigné
- Ecoute active
- Sciences de l'éducation (ingénierie de formation)
- Evaluation
- Accompagnement de l'adhésion thérapeutique
- La déontologie
- L'organisation et la mise en œuvre d'un programme éducatif
- Autre

L'enseignement à l'éducation thérapeutique au cours de la formation initiale du pharmacien comporte-t-il les thèmes spécifiques cités ?

- Anticoagulants
- Insuffisance cardiaque
- Diabète
- Asthme
- Corticothérapie au long cours
- Cancérs
- HTA
- HIV
- Autre

Existe-t-il un enseignement à l'éducation thérapeutique orienté sur des populations spécifiques ?

- Personnes âgées polymédicamenteuses
- Population pédiatrique
- Voyageurs
- Populations migrantes
-

Autre

Selon vous, l'enseignement à l'éducation thérapeutique mériterait-il d'être organisé en unité d'enseignement spécifique lors de la formation initiale universitaire des étudiants en pharmacie ?

- Oui
 Non
 En projet pour les prochaines années
 Commentaire

Existe-t-il, au sein de votre faculté, des sujets de thèse concernant l'éducation thérapeutique ?

Concernant la formation continue (post universitaire) à l'éducation thérapeutique

Avez-vous une offre de formation continue ?

- Oui
 Non
 Commentaire

Si oui, quelle offre et sous quelle forme ?

- Certificat universitaire ou diplôme universitaire validant une formation à l'éducation thérapeutique
 Certificat universitaire ou diplôme universitaire validant une compétence à la coordination à l'éducation thérapeutique
 Master 2
 Autre

Cette offre est elle:

- Portée par votre UFR de pharmacie
- Co-portée avec d'autres UFR
- N'est pas portée (votre UFR participe à la maquette)
- Commentaire

Dans le cadre de l'enseignement à l'éducation thérapeutique, existe-il un ou plusieurs partenariats avec:

- La faculté de médecine
- Les centres hospitaliers
- Les associations professionnelles non universitaires (ordre des pharmaciens, syndicats, organisation de formation continue)
- Les associations de professionnels médicaux et paramédicaux (médecin, infirmiers, psychologues...)
- Les associations de patients
- Les organismes d'assurance maladie
- Les ARS
- Autre

Dans le cadre de la formation post universitaire, l'enseignement à l'éducation thérapeutique concerne t-il:

- Uniquement des pharmaciens
- Autres professionnels de santé
- Autres personnes
- Commentaire

L'enseignement post universitaire à l'éducation thérapeutique est il organisé:

- Sous forme de séminaires présentiels
- Sous forme de séminaires en ligne
- Tutorats
- Sous forme d'E-learning
- Stage d'application
- Autre

L'enseignement à l'éducation thérapeutique au cours de la formation continue du pharmacien comporte t-il les thèmes généraux cités:

- Les enjeux de l'éducation du patient
- La psychologie de la santé
- La relation soignant-soigné
-

- Ecoute active
- Sciences de l'éducation (ingénierie de formation)
- Evaluation
- Accompagnement de l'adhésion thérapeutique
- La déontologie
- L'organisation et la mise en œuvre d'un programme éducatif
- Autre

L'enseignement à l'éducation thérapeutique au cours de la formation continue du pharmacien comporte-t-il les thèmes spécifiques cités:

- Anticoagulants
- Insuffisance cardiaque
- Diabète
- Asthme
- Corticothérapie au long cours
- Cancers
- HTA
- VIH
- Autre

Existe-t-il un enseignement à l'éducation thérapeutique orienté sur des populations spécifiques:

- Personnes âgées polymédicamenteuses
- Population pédiatrique
- Voyageurs
- Grossesse/ Allaitement
- Populations migrantes
- Autre

Sur le plan de la formation à l'éducation thérapeutique en général

Le choix des thèmes spécifiques a-t-il été fait en fonction :

- D'une volonté spécifique de l'enseignement de la faculté de pharmacie
- D'un partenariat avec d'autres professionnels de santé (médecins, infirmiers...) de manière à faciliter la création de réseaux
- D'une volonté d'aborder les thèmes ciblés par votre ARS
- De demande spécifique des pharmaciens hospitaliers ou d'officine
- Autre

Connaissez-vous le nombre d'étudiants en pharmacie ayant obtenu un certificat permettant de dispenser l'éducation thérapeutique pendant l'année universitaire 2016-2017 ?

Connaissez-vous le nombre de pharmaciens ayant obtenu un certificat ou un diplôme universitaire permettant de dispenser l'éducation thérapeutique pendant l'année universitaire 2016-2017 ?

Connaissez-vous le nombre de pharmaciens ayant obtenu un certificat ou un diplôme universitaire permettant de coordonner l'éducation thérapeutique pendant l'année universitaire 2016-2017 ?

Avez-vous d'autres remarques qui vous paraissent importantes dans le cadre de l'enseignement à l'éducation thérapeutique et qui vous paraissent ne pas avoir été abordées dans ce questionnaire ?



Serment de Galien



« Je jure en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque ».

Justine EYMARD-VERNAIN

UFR PHARMACIE FILIÈRE : Officine

**ÉVALUATION DE LA FORMATION À L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DANS
LES FACULTÉS DE PHARMACIE DE FRANCE SUR L'ANNÉE UNIVERSITAIRE
2016-2017**

RÉSUMÉ : Le développement des maladies chroniques, au cours du siècle dernier, nécessite une adaptation du comportement du patient. Bien vivre avec une pathologie, souvent complexe, demande un effort permanent. Le patient doit donc être soutenu et accompagné dans sa démarche. Pour cela les professionnels de santé doivent se repositionner pour évoluer vers un véritable partenariat soignant-soigné. L'éducation thérapeutique est l'une de ces solutions d'accompagnement. Le pharmacien, par sa compétence professionnelle et sa proximité auprès des patients, a un rôle fondamental pour participer aux programmes d'éducation thérapeutique. La formation reçue par les étudiants en pharmacie et les pharmaciens va conditionner le succès de cette nouvelle approche partenariale. L'objectif de cette thèse est d'évaluer, grâce à un questionnaire, l'offre de formation initiale et de formation continue dispensée au sein des facultés de pharmacie de France. Les résultats ont montré une reconnaissance de l'importance de l'éducation thérapeutique au sein de l'enseignement. Les différentes formations mettent également l'accent sur l'apprentissage des méthodes pédagogiques en matière de communication de santé. Enfin, le développement d'un socle commun d'apprentissage entre les différents professionnels permettrait de répondre aux nouveaux enjeux partenariaux soignant-soigné.

MOTS CLÉS : Formation, éducation thérapeutique du patient, facultés de pharmacie de France.