



HAL
open science

Accompagnement de la personne handicapée à l'officine : le point de vue des professionnels

Martin Pedelahore

► To cite this version:

Martin Pedelahore. Accompagnement de la personne handicapée à l'officine : le point de vue des professionnels. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03132634

HAL Id: dumas-03132634

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03132634>

Submitted on 5 Feb 2021

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

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

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE
UFR DE PHARMACIE

Année : 2020

THESE D'EXERCICE
Pour le
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement
Le 26 octobre 2020
Par
Martin PEDELAHORE

ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE HANDICAPEE A L'OFFICINE : LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS

Directeur de thèse : **Mme Brigitte VENNAT**

Jury :

Président :

Mme Brigitte VENNAT

Professeur
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Membres :

Mme Christiane FORESTIER

Professeur
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Mme Sabrina BEDHOMME

Maître de conférence associée
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Mme Corinne MOUNIER

Docteur en Pharmacie,
Beaumont (63)

Remerciements

A Mme Vennat, ma directrice de thèse qui me fait également l'honneur de présider ce jury. Merci d'avoir encadré et coaché ce projet. Merci pour votre patience, vos conseils avisés sur ce travail mais également l'implication que vous déployez dans notre cursus de formation officinal.

A Mr Durand et toute son équipe de l'ADAPEI 63 ainsi qu'à **Mr Slagenhauffi et toute l'équipe de l'ADAPT 63**. Ce sont grâce à eux que toutes les réponses de patients handicapés ont pu être récoltées. Merci infiniment pour votre motivation, l'implication de vos équipes et la qualité du travail rendu. J'espère être amené à échanger avec vous à l'avenir au travers de mon métier.

A Mme Forestier et Mme Bedhomme, enseignantes et membres de mon jury. Vous m'honorez de votre présence en ce jour. Vous m'avez chacune à votre manière permis d'approfondir les connaissances de ce métier, de développer ma curiosité et de choisir cette profession officinale. Merci pour le temps que vous dépensez à former des jeunes praticiens comme moi.

A Mme Mounier, pharmacien et membre de mon jury, ainsi qu'à son associée **Mme Martin** qui ne peut être des nôtres aujourd'hui. Vous m'avez accueilli dans votre officine, formé dans les derniers mois, soutenu et motivé pour écrire cette thèse. Merci de votre engagement en tant que maitres de stage, et de votre gentillesse en tant que chefs et personnes.

A ma maman, mes frères et sœurs au sens large. Vous m'avez inculqué des valeurs d'altruisme, de sens du travail, d'amour et de famille qui me guideront toute ma vie. Merci pour votre soutien dans les épreuves, mais surtout pour votre joie et vos sourires au quotidien.

A ma partenaire, mon amour, ma meilleure amie, la seule, l'unique, Fanny. Déjà merci pour ton travail minutieux de relecture et de correction de mes tournures de phrases alambiquées.

Mais plus encore merci de me supporter tous les jours, de rire à mes blagues nulles, d'avoir toujours ce regard tendre envers les autres. Merci pour ta droiture, ta force de caractère. Plus nous avançons ensemble, plus je sais que c'est toi et pour toujours. Je t'aime.

A Lionel, un mec super sympa.

A mes amis, ces fiers et bons lurons. Je vous remercie d'avoir fait de ma vie ce qu'elle est : une vie pleine et joyeuse. Merci à vous **mes amis clermontois**, d'avoir accueilli un jeune haut-savoyard dans vos rangs. Vous ne connaissez pas les vraies montagnes mais vous êtes quand même plutôt sympas et j'espère qu'on saura toujours se donner des nouvelles, et se rencontrer même de manière impromptue. **A mes amis hauts-savoyards**, au premier rang desquels les copains du théâtre. Merci pour l'aventure que j'ai vécu pendant dix ans à vos côtés, je sais que ces souvenirs seront gravés pour toujours. Et enfin, merci à vous les 3 mousquetaires du lycée d'avoir contribué à me construire tel que je suis.

A mon défunt père, qui ne peut être des nôtres aujourd'hui c'est pourquoi je lui dédie ce travail. J'espère que tu es fier de moi quand tu me regardes depuis là-haut.

Table des matières

INTRODUCTION	9
PREMIERE PARTIE : LE HANDICAP	12
CHAPITRE 1 : DEFINITIONS ET CLASSIFICATION	13
1. Définition	13
2. Classification des handicaps	14
2.1. Handicap moteur.....	15
2.2. Handicap mental et sensitif.....	15
2.2.1. Handicap mental	15
2.2.2. Handicap auditif.....	16
2.2.3. Handicap visuel	16
2.2.4. Autisme et troubles du développement	16
2.2.5. Handicap psychique.....	17
2.2.6. Plurihandicap et polyhandicap.....	17
DEUXIEME PARTIE : FOCUS NATIONAL SUR LE HANDICAP	19
1. Préambule	20
CHAPITRE 1 : ORGANISATION DE LA GESTION DU HANDICAP EN FRANCE	22
1. Le handicap en France : Loi du 11 Février 2005	22
2. Instances et administration nationale pour le handicap	24
CHAPITRE 2 : OBLIGATIONS LEGISLATIVES RELATIVES A L'INFRASTRUCTURE DE L'OFFICINE.....	30
1. Accès	30
2. Espace intérieur	31
CHAPITRE 3 : CONDITIONS DE DISPENSATION ET ADAPTATION A LA PERSONNE HANDICAPEE.....	33
1. Obligations du pharmacien d'officine : Ordre National des Pharmaciens	33
2. Bonnes pratiques de dispensation et déontologie : Ordre National des Pharmaciens.....	34
3. Adaptation des obligations et bonnes pratiques au cadre du handicap.....	36
TROISIEME PARTIE : ENQUETE DE TERRAIN	38
CHAPITRE 1 : ATTENTES DES PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP ; ENQUETE AUPRES DES PROFESSIONNELS DE TERRAIN.....	39
1. Matériel et Méthode	39
1.1. Population cible.....	39
1.2. Questionnaire patient : la prise en charge du patient handicapé.....	39
1.3. Passation du questionnaire.....	41
1.4. Analyse des réponses.....	41
2. Résultats et discussion.....	41
2.1. Résultats	41

2.1.1.	Répondant au questionnaire	42
2.1.2.	Prise en charge dans les pharmacies d'officine	43
2.1.2.1.	Comment vous sentez-vous pris en charge dans les pharmacies ?	43
2.1.2.2.	Qu'attendez-vous de la part des professionnels de santé dans une pharmacie ?	44
2.1.2.3.	Vous sentez-vous traités différemment des autres patients dans une officine ?	45
2.1.2.4.	Quelles semblent être les contraintes majeures rencontrées lors d'une visite à l'officine ?	45
2.1.2.5.	Quelles semblent être les contraintes majeures dans l'interaction avec le pharmacien ou son équipe ?	46
2.1.2.6.	Avez-vous l'impression que les pharmaciens et leurs équipes sont à l'aise face au handicap ?	46
2.1.3.	Commentaire(s) Libre(s)	47
2.2.	Discussion	47
2.3.	Conclusion de l'enquête	51
CHAPITRE 2 : POINT DE VUE DES PHARMACIENS D'OFFICINE SUR LE HANDICAP		53
1.	Matériel et Méthode	53
1.1.	Population cible	53
1.2.	Questionnaire Pharmacien : la prise en charge du patient handicapé	53
1.3.	Passation du questionnaire	54
1.4.	Analyse des réponses	55
2.	Résultats et discussion	55
2.1.	Résultats	55
2.1.1.	Répondant au questionnaire	55
2.1.2.	Relation de l'équipe officinale au handicap	57
2.1.2.1.	Vous sentez-vous à l'aise face au handicap ?	57
2.1.2.2.	Êtes-vous souvent confronté au handicap dans votre pratique ?	57
2.1.2.3.	Pensez-vous que les personnes en situation de handicap nécessitent une attention particulière ?	58
2.1.2.4.	Quelles semblent-être les principales contraintes lors de l'accueil et du service au comptoir d'une personne handicapée ?	58
2.1.2.5.	Si le patient est sous curatelle/tutelle, quelles sont les informations transmises au patient ?	59
2.1.2.6.	Vous sentez-vous suffisamment formés face au handicap dans votre pratique ?	60
2.1.2.7.	Connaissez-vous certaines instances chargées d'encadrer l'aide à la prise en charge des personnes handicapées ? Si Oui lesquelles ?	60
2.1.3.	Commentaire(s) libre(s)	61
2.2.	Discussion	61
2.3.	Conclusion de l'enquête	66
CONCLUSION		70
BIBLIOGRAPHIE		73

ANNEXE I : QUESTIONNAIRE PATIENTS	77
ANNEXE II : QUESTIONNAIRE PHARMACIENS.....	79
ANNEXE III : RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES PATIENTS.....	81
ANNEXE IV : RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES PHARMACIENS	83

Liste des tableaux et figures

Figure 1 : Les composantes de la CIF.....	14
Figure 2 : Données sur le handicap en France	20
Figure 3 : Le handicap chez les actifs en France	21
Figure 4 : Ratio Hommes-Femmes chez les patients	42
Figure 5 : Répartition des âges parmi les répondants.....	42
Figure 6 : Ratios de l'appartenance à un réseau handicap et part des réseaux handicap chez les répondants.....	43
Figure 7 : Répartition des aidants ayant répondu au questionnaire	43
Figure 8 : Ressenti des patients quant à leur prise en charge à l'officine	44
Figure 9 : Ressenti des patients quant à la différence de traitement à l'officine.....	45
Figure 10 : Répartition des contraintes lors des visites à l'officine	45
Figure 11 : Répartition des contraintes lors des échanges avec les équipes officinales	46
Figure 12 : Ressenti des patients quant au niveau d'aisance des équipes face au handicap ..	47
Figure 13 : Ratio Homme-Femme chez les pharmaciens	55
Figure 14 : Ratio des fonctions des pharmaciens	56
Figure 15 : Répartition de l'âge chez les pharmaciens.....	56
Figure 16 : Nombre d'employés des officines	56
Figure 17 : Ratios des types de pharmacie et de l'appartenance à un groupement.....	57
Figure 18 : Niveau d'aisance des pharmaciens face au handicap.....	57
Figure 19 : Fréquence de confrontation au handicap à l'officine.....	58
Figure 20 : Contraintes lors des échanges avec le patient handicapé	59
Figure 21 : Ressenti des pharmaciens quant au niveau d'informations transmis aux patients par les aidants	59
Figure 22 : Ressenti quant à la formation au handicap des pharmaciens	60
Figure 23 : Instances en charge d'usagers handicapés	60

Liste des abréviations

ADAPEI	Association départementale de parents et d'amis des personnes handicapées mentales
ADAPT	Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées
AGEFIPH	Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées
ARS	Agence Régionale de la Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAT	Centre d'Aide par le Travail
CCAH	Comité national Coordination Action Handicap
CIF	Classification Internationale du Fonctionnement
CIH	Comité Interministériel du Handicap
CPAM	Caisse Primaire de l'Assurance Maladie
DMLA	Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge
DP	Dossier Pharmaceutique
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ERP	Établissement destiné à Recevoir du Public
ESAT	Établissement et Service d'Aide par le Travail
HAD	Hospitalisation A Domicile
HPST	« Hôpital, Patients, Santé et Territoire »
IME	Institut Médico-Éducatif
INSEE	Institut national des Statistiques et des Études Économiques
LSF	Langue des Signes Française
MAD	Maintien A Domicile
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OTC	<i>Over The Counter</i> ou « Médicaments en vente libre »
PAERPA	Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie
PCH	Prestation de Compensation Handicap

PPS	Plan Personnalisé Santé
SAAD	Services de l'Aide A Domicile
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes handicapés
TOC	Troubles Obsessionnels Compulsifs
UCA	Université Clermont Auvergne

INTRODUCTION

Si les hommes naissent libres et égaux en droit, ce n'est pas tout à fait exact dans le domaine de la santé. Notre société comprend de nombreux individus à qui la vie n'a pas fait de cadeaux. Le handicap fait partie intégrante de notre quotidien, à chacun de l'accepter, de le comprendre et de donner, à ceux qui en sont atteints, une expérience de vie la plus proche possible d'une vie saine. Les pharmaciens, en tant que professionnels de santé, sont amenés à être confrontés à des individus atteints de handicaps : moteurs, sensitifs, mentaux, acquis ou bien innés. Plusieurs problématiques se posent alors : nous sentons-nous prêts à répondre à leurs attentes quotidiennes ? La communication est-elle facile à instaurer avec un individu handicapé mental ou sensitif ? Quelles sont les normes en matière d'accueil d'usagers handicapés moteurs ? Les patients sont-ils satisfaits de l'offre médicale fournie en officine ? Autant de questions auxquelles nous essaierons de répondre au cours de ce travail.

La relation entre officinaux et patients handicapés n'est pas un sujet très abordé dans la littérature spécialisée. Aussi, voilà pourquoi nous nous sommes intéressés au milieu du handicap et à sa rencontre avec le milieu officinal. Nous nous proposons donc d'établir un état des lieux des relations entre les équipes officinales et les patients en situation de handicap. Pour ce faire, nous avons mis en place une double enquête sous la forme de questionnaires ciblant les patients atteints de handicap d'un côté et les pharmaciens d'officine et leurs équipes de l'autre.

Cette enquête s'articulera en trois grandes parties. Premièrement, une partie sera consacrée à la définition du handicap de la manière la plus large possible. Nous y présenterons succinctement les différents types de handicap tels qu'on peut les retrouver dans la littérature, et nous nous intéresserons aussi à la notion de plurihandicap.

Une seconde partie sera consacrée au cadre légal du handicap en France et plus particulièrement aux règles en vigueur à l'officine. Nous y décrirons les textes de lois et les instances gouvernementales qui encadrent le handicap dans notre pays. Puis nous nous intéresserons aux problématiques de l'accueil d'usagers handicapés au sein de nos officines, ainsi qu'aux bonnes pratiques de dispensation à l'officine. Le but sera d'essayer de voir ce que l'on peut en tirer pour les adapter aux patients handicapés.

Enfin, une troisième grande partie sera consacrée à notre enquête à proprement parler. Nous présenterons en parallèle nos deux questionnaires. Le premier pour sonder les attentes des patients handicapés et leurs aidants quant à l'offre de soin à l'officine. Le second sera consacré à l'étude du point de vue des pharmaciens d'officine sur le handicap. A l'issue de l'exploration des résultats de ces enquêtes, le but sera de croiser les conclusions tirées afin de mettre en lumière les points positifs notables, mais également pointer les zones d'ombres et réfléchir à des solutions pour les éclaircir.

PREMIERE PARTIE : LE HANDICAP

Chapitre 1 : Définitions et classification

Dans cette première grande partie, nous vous proposons de définir le cadre de cette thèse en définissant les grands concepts nécessaires à la discussion autour du thème du handicap. Ainsi, nous détaillerons dans un premier temps une définition la plus large possible du mot « handicap ». Ensuite, nous vous proposerons de cerner les différentes sous-catégories du handicap telles que les présentent la grande Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) du handicap et de la santé.

1. Définition

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), nous pouvons trouver la définition suivante : « est handicapée toute personne dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises » (1). Par ailleurs, au niveau national et législatif, on retrouve dans le texte de la loi du 11 février 2005 – loi fondamentale sur les droits des personnes en situation de handicap – cette définition : « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » (2).

Trois grands concepts semblent entrer en ligne de compte pour bien définir le cadre d'un handicap. Premièrement, la déficience : pour reprendre les mots de l'OMS, la déficience correspond à « toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique » (3). Deuxièmement, l'incapacité : là encore, selon l'OMS, on la caractérise dans le domaine de la santé comme une « réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon normale ou dans les limites considérées comme normales, pour un être humain » (3). Enfin, le désavantage : « [...] le désavantage social d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal,

compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels » (3). Il n'est pas possible de parler correctement d'un handicap sans aborder l'interconnexion entre ces grands concepts.

2. Classification des handicaps

Selon la CIF le handicap se définit comme le terme regroupant « les déficiences, les limitations de l'activité et restrictions à la participation » (4). On peut également définir le handicap comme une interaction entre des personnes présentant une affection médicale, et des facteurs personnels et environnementaux (5). La figure 1 démontre l'aspect plurifactoriel du handicap selon la CIF (4).

Figure 1. Interaction entre les composantes de la CIF

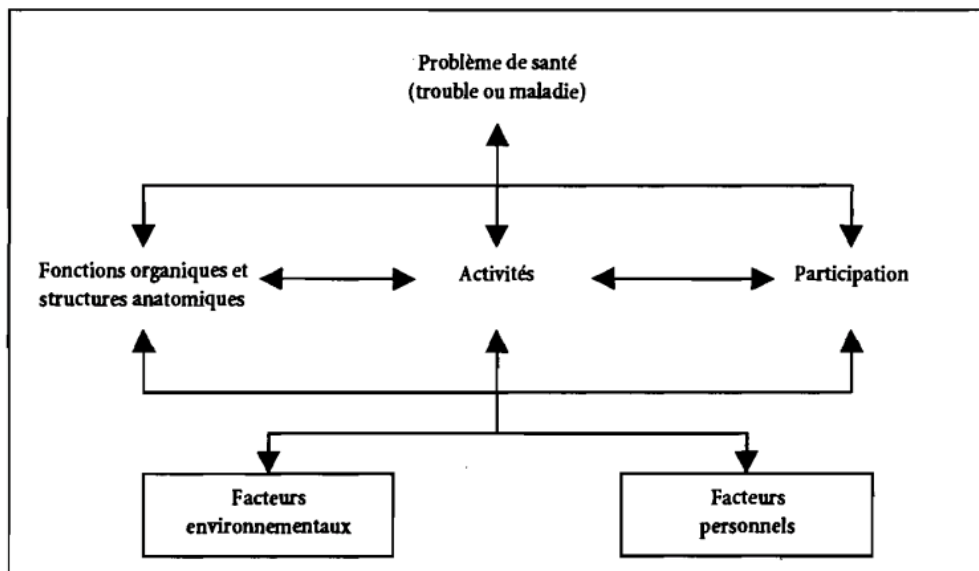


Figure 1 : Les composantes de la CIF

La CIF permet une universalité des termes vis-à-vis du handicap, peu importe le pays où elle s'applique car elle est éditée en anglais via l'OMS. Ce document définit tous les termes touchant de près ou de loin le milieu du handicap. Il a été établi en 2001 (4).

L'une des définitions proposées porte sur les déficiences et est très intéressante : « Les déficiences représentent des écarts par rapport à certaines normes généralement acceptées de l'état biomédical du corps et de ses fonctions. La définition de leurs composantes repose

principalement sur le jugement des personnes compétentes pour évaluer le fonctionnement physique et mental par rapport à des normes généralement reconnues » (4).

Dans l'approche et les recherches sur le handicap, on retrouve souvent cette figure qui montre bien les multiples aspects à prendre en compte au regard d'un malade – en général d'ailleurs, pas uniquement dans un contexte de handicap et de déficience.

2.1. Handicap moteur

Bien que la réglementation en matière d'accessibilité à l'officine ne soit pas le point principal de cette thèse, il semble intéressant malgré tout de rechercher une définition précise de ce type de déficit. Au niveau de la CIF, on remarque qu'il faut bien différencier : les atteintes des articulations et du squelette, les atteintes musculaires, les atteintes nerveuses de la coordination ou de la réalisation d'un mouvement. Là encore, il s'agit d'un problème multifactoriel. Sur le site du CCAH, Comité national Coordination Action Handicap, une association de patients et d'aidants cherchant à améliorer le quotidien des personnes handicapées et prônant le vivre ensemble, on peut lire que le handicap moteur, également appelé déficience motrice, englobe tous les troubles (de la dextérité, de la motricité...) « pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité, notamment des membres supérieurs et/ou inférieurs » (2) entraînant ainsi des soucis dans le déplacement, dans le maintien ou le changement de position, dans la réalisation de gestes précis ou non... Ces déficits peuvent être aussi bien innés qu'acquis.

2.2. Handicap mental et sensitif

Sans vouloir faire de généralités, il nous semble plus simple de regrouper l'ensemble de ces déficiences sous cette appellation globale. Néanmoins, ici nous allons prendre le temps de définir les différents troubles que nous pouvons trouver sous cette appellation.

2.2.1. Handicap mental

On parle également de handicap intellectuel, et selon l'OMS, il peut se définir comme « un arrêt du développement mental ou un développement incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales. Il a des origines

multiples mais principalement : des maladies génétiques – la trisomie 21 représente la forme la plus connue de handicap mental, en France elle concerne 50 à 60 000 personnes avec 1000 nouveaux nés par an – soucis lors de la grossesse, naissances compliquées, maladies de la petite enfance (infections en premier lieu)...

2.2.2. Handicap auditif

Le handicap auditif se caractérise par une perte partielle ou totale du spectre auditif, sa forme la plus « sévère » est la surdité. Selon les cas, l'atteinte peut entraîner une difficulté pour la personne handicapée à oraliser sa pensée. Lui aussi peut être congénital ou acquis (viroses, parasitoses...), et il implique une perte de contact avec son environnement socio-culturel, pouvant entraîner un isolement de la personne. La principale source d'aide pour les personnes qui souffrent de surdité est la LSF – Langue des Signes Française – permettant d'établir une réelle communication. Cela ne fait néanmoins pas disparaître, ni ne minimise le handicap. Il est intéressant de prendre en considération que beaucoup de personnes âgées souffrent d'hypoacousie d e au vieillissement, entraînant donc potentiellement un isolement.

2.2.3. Handicap visuel

Le handicap visuel regroupe l'ensemble des atteintes de l'œil entraînant une malvoyance pouvant aller jusqu'à la cécité. On retrouve des cas de déficit congénital ou acquis, avec beaucoup d'atteintes dégénératives pouvant entraîner une cécité (glaucome, cataracte, DMLA...), bien qu'avec les progrès de la chirurgie et de la prise en charge médicale, l'incidence de ces cas tend à diminuer. Il existe des solutions pour améliorer le quotidien des personnes qui souffrent de handicap visuel, notamment via l'alphabet Braille.

2.2.4. Autisme et troubles du développement

Ils se définissent comme «un ensemble d'affections caractérisées par un certain degré d'altération du comportement social, de la communication, du langage, par la modicité des centres d'intérêts et des activités, qui sont spécifiques à la personne et répétitives » (6). Selon l'OMS, les troubles du développement, et en particulier l'autisme, sont des troubles apparaissant dans la petite enfance – majoritairement dans les 5 premières années de la vie et se poursuivant jusqu'à l'âge adulte – touchant environ 1 enfant sur 160 à travers le monde

(6). Ces troubles peuvent parfois être aidés par la rééducation et des thérapies comportementales afin de favoriser la communication et le comportement social. Il est intéressant de noter que dans ce type de handicap, le fonctionnement intellectuel peut aller de la « déficience profonde à des capacités cognitives supérieures » (6).

2.2.5. Handicap psychique

C'est par la loi du 11 février 2005 que le terme de maladie psychique a été retenu (7). Dans cette loi, on peut voir que le handicap psychique se différencie du handicap mental par ceci : il est secondaire à une maladie psychique et n'a pas de cause claire identifiable. De plus, pour ces handicapés, les capacités intellectuelles sont conservées, néanmoins, c'est dans la manière de les utiliser au quotidien que leur déficience transparait. Un traitement médicamenteux spécifique est souvent concomitante et nécessaire dans la prise en charge de ce déficit. Parmi les causes possibles on retrouve les maladies psychiques suivantes : troubles bipolaires, psychoses et schizophrénies, troubles névrotiques comme les TOC – Troubles Obsessionnels Compulsifs...

2.2.6. Plurihandicap et polyhandicap

Il est malheureusement fréquent que des individus soient atteints simultanément par plusieurs déficits en même temps. La notion de plurihandicap s'utilise pour des patients atteints de déficiences motrices et/ou sensorielles mais sans qu'on ne puisse définir l'un de ces déficits comme un déficit majeur. Selon les sources, le cas le plus représenté est celui de surdi-cécité. On parle plus fréquemment de polyhandicap. Ce terme englobe toutes les atteintes et déficiences les plus lourdes (à différents niveaux organiques) ayant une origine commune et entraînant une restriction importante de l'autonomie. Ces cas les plus lourds nécessitent un accompagnement constant, les patients en souffrant étant complètement dépendants d'autrui dans les moindres besoins de la vie quotidienne (2).

Il existe de nombreuses autres formes de troubles s'apparentant au handicap, parmi lesquels toutes les maladies dégénératives – Sclérose en plaques, Maladie d'Alzheimer, DMLA, Myopathies, Mucoviscidose... ces troubles étant d'autant plus terribles qu'ils sont longs à se développer et diminuent l'autonomie des malades tout au long de leur pathologie. Elles ne

peuvent pas être guéries à l'heure actuelle, mais leur développement peut être ralenti par des traitements et une prise en charge médicale précoce. On retrouve aussi de plus en plus dans la littérature, l'ensemble des troubles dits « *dys* », qui sont des troubles du développement cognitif spécifiques et entraînant des troubles de l'apprentissage : dyslexie, dyspraxie, dyscalculie... ces troubles peuvent être rééduqués et présentent un bon taux de récupération lors du développement de l'enfant.

DEUXIEME PARTIE : FOCUS NATIONAL SUR LE HANDICAP

1. Préambule

12 millions de français (personnes handicapées, souffrant d'une incapacité ou d'une limitation d'accès) seraient touchés par un handicap. Ceci représenterait 24% de la population active française chez les 15-64 ans. 54% des personnes en situation de handicap dans cette tranche d'âge sont des femmes. Le premier handicap recensé chez les 15-64 ans est la déficience auditive puisque 5,2 millions de personnes sont concernées par ce handicap. Il est intéressant de noter que d'après ces chiffres, 4 déficients auditifs sur 5 sont atteints d'une autre déficience également. 2,3 millions des usagers en situation de handicap sont atteints de déficiences motrices, on entend par là les difficultés de se mouvoir, difficultés à exécuter certains gestes et certains mouvements. On recense ensuite 1,7 millions d'usagers atteints de déficience visuelle avec 33% de déficience légère, 55% de déficience moyenne et 12% de déficience profond dont 3,2% d'aveugles. Là encore, il est à noter que 30% de ces personnes sont atteintes d'un polyhandicap. Enfin, d'après ces chiffres, 700 000 personnes sont touchées de déficiences intellectuelles. Ces données proviennent de l'INSEE et sont reprises schématiquement dans la figure 2 (8). Ces usagers handicapés sont accompagnés par plus de 11 millions d'aidants engagés au quotidien avec eux dans tous les domaines : scolarité, travail, sport...(9).

1,8 million de personnes âgées entre 15 et 64 ans ont une reconnaissance administrative du handicap leur permettant de bénéficier de la loi sur l'obligation



Figure 2 : Données sur le handicap en France

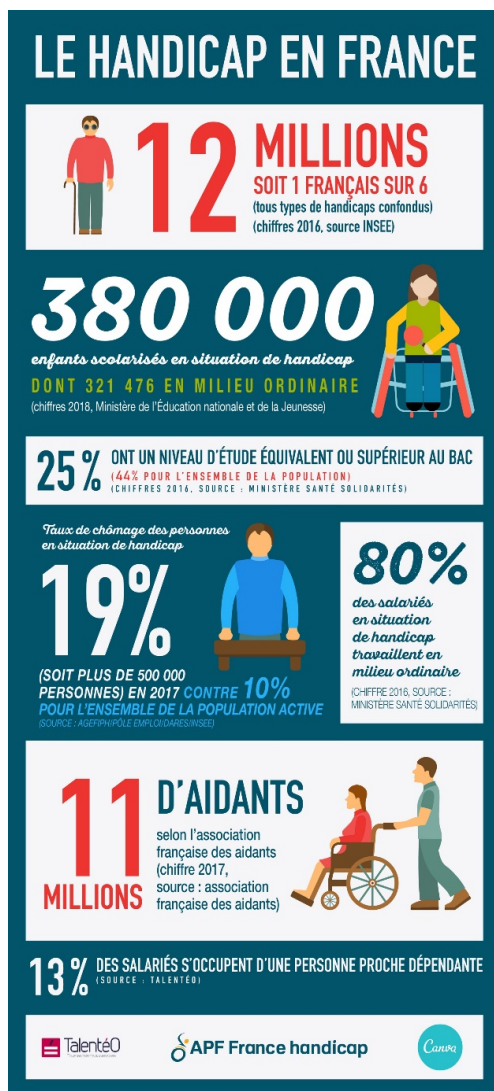


Figure 3 : Le handicap chez les actifs en France

d'emploi de travailleurs handicapés. On peut élever à 9,6 millions de personnes le nombre de travailleurs déclarant souffrir d'une limitation de leur capacité à exercer un emploi. La figure 3 (9) présente d'ailleurs les statistiques nationales quant à la part d'utilisateurs handicapés en situation active ou en recherche d'emploi. On dénombre plus d'hommes que de femmes dans cette population active : les hommes handicapés bénéficient donc de manière plus régulière d'une reconnaissance administrative de leur handicap, tandis que les femmes obtiennent plutôt une reconnaissance de leur handicap via des soucis de santé ou un besoin d'aidants au quotidien (10).

Pour lier ces chiffres à la pratique quotidienne à l'officine, il sera intéressant de demander aux professionnels s'ils ont l'impression d'être souvent confrontés aux divers types de handicap. D'autant

que la notion d'handicap peut dépasser le cadre des définitions présentées dans la partie précédente ; par exemple, la barrière de la langue peut être un frein au dialogue, de même l'analphabétisme, qui n'est pas considéré comme un handicap selon ces définitions, peut s'avérer limitant dans la distribution des informations lors d'une dispensation.

Les questions à se poser à ce stade sont les suivantes : quelles sont les offres proposées dans le milieu pharmaceutique pour répondre aux besoins de ces patients et usagers ? Comment prendre en charge les différents handicaps au comptoir ? Quelles relations entretenir avec les aidants ?

Chapitre 1 : Organisation de la gestion du handicap en France

1. Le handicap en France : Loi du 11 Février 2005

Cette loi promulguée le 11 février 2005, appelée couramment « Loi Handicap », est le texte de référence en matière de législation au sujet des personnes et usagers en situation de handicap. Ce texte, développé et adopté sous la présidence de Jacques Chirac, promeut l'égalité de tous et la participation citoyenne des personnes en situation de handicap (11). Ce texte vient améliorer et compléter la précédente législation appliquée jusqu'alors par la loi du 30 juin 1975. Il est à noter que les grandes avancées de ce texte sont l'inclusion et la reconnaissance du handicap psychique, dont nous évoquons la définition plus tôt dans cette enquête, ainsi que la création des MDPH ou Maisons Départementales des Personnes Handicapées. Les textes de loi étant souvent difficiles à analyser et explorer pour une personne non formée, il est possible de retrouver, notamment sur les sites des instances territoriales en charge d'usagers handicapés, des résumés de ces textes. Aussi, nous vous proposons de nous intéresser principalement à celui proposé par l'ADAPEI du 41 (12), puisque nous l'avons trouvé clair, structuré et facile d'accès.

Ce texte propose tout d'abord en préambule une nouvelle définition officielle du handicap en France que voici : « Art. L. 114. - Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »(13). Cette définition se veut plus inclusive que ce qui se faisait jusqu'alors. Ce texte a été promulgué avec l'intention d'améliorer l'autonomie des usagers en situation de handicap.

On y trouve ainsi une autre idée majeure, celle du droit à la compensation (14). Ce droit est assez compliqué à expliquer avec clarté mais on peut l'expliquer de la manière suivante : il s'agit du devoir des collectivités locales et nationales, de tout mettre en œuvre pour permettre à une personne handicapée de compenser ses « écarts de vie » en comparaison

avec la vie d'un citoyen « sain ». Nous entendons par « écarts de vie » l'ensemble des situations pour laquelle un handicap va léser son détenteur, en comparaison de ce qu'un individu sain pourrait faire dans la même situation. Ce droit est individuel, financier et/ou via des moyens physiques. Il doit prendre en compte le projet de vie de l'utilisateur en situation de handicap (14). La mise en œuvre de ce droit se fait via la création de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH). Cette dernière va débloquer les fonds (paiements des aides humaines et matérielles par exemple), et les hommes de terrain pour réaliser les besoins des usagers handicapés (aménagement d'intérieur et d'extérieur des logements...). La mise en application de cette prestation se fait via les MDPH en lien avec l'utilisateur, sa famille...

D'ailleurs, comme nous le disions en préambule, c'est via ce texte que l'État instaure les MDPH. Chaque département s'est dû de développer une de ces structures d'accueil. La vocation de ces structures est l'accueil des personnes handicapées et de leurs aidants, l'insertion professionnelle et sociale, l'accompagnement et le conseil, ainsi que la sensibilisation des concitoyens à la thématique du handicap (11). Ces MDPH deviennent les coordinateurs entre les usagers et les instances ministérielles locales : Agences Régionales de Santé (ARS), Conseils Départementaux, Éducation Nationale, Caisse d'Allocations Familiales (CAF), Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), ... Mais également avec des acteurs privés comme les organismes mutualistes, les associations de patients handicapés,...

Les résumés retiennent ensuite comme grande idée novatrice celle de la non-discrimination à l'embauche. Les leviers mis en œuvre par l'État pour lutter contre les discriminations à l'embauche sont doubles : des aides financières pour les sociétés, et le durcissement des sanctions en cas de non-conformité à la loi (12). Cette idée d'égalité de tous aux yeux de la loi se retrouve notamment dans cet alinéa de la loi : « Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté. » (13). Des quotas sont mis en place avec une obligation d'emploi de 6% de personnes handicapées dans les entreprises et dans la fonction publique. Toute entreprise ne s'y résolvant pas sera contrainte de verser une contribution à l'AGEFIPH – Association de Gestion de Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Handicapés – qui

réinvestit cet argent récolté pour inclure plus de travailleurs handicapés au sein des entreprises.

Dans la même optique, le texte promeut le droit à l'école pour tous : « L'État est garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire et définit des objectifs pluriannuels d'actions. [...] A cette fin, l'action poursuivie vise à assurer l'accès de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte handicapé aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et son maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie.» (13). Cette loi instaure le droit pour tout enfant handicapé à être scolarisé dans l'établissement scolaire le plus proche de son domicile. Les MDPH mettent en œuvre, de la même manière qu'avec les PCH, des Projets Personnalisés de Scolarisation (PPS) avec les établissements scolaires. Bien évidemment, la scolarité « normale » étant souvent difficile, tous les aménagements sont possibles au cas par cas entre l'élève, la MDPH et l'établissement. Pour les élèves handicapés les plus lourds, il existe une commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées permettant de scolariser les enfants ou les adolescents dans des établissements médico-éducatifs (12).

Enfin, dernière grande ligne que retiennent les résumés, toujours dans cette idée d'équité et d'autonomisation des usagers handicapés, la loi tend à améliorer l'accessibilité. Elle se veut globale : accessibilité aux établissements recevant du public, aux instances, aux logements neufs, aux transports en commun publics, à l'accessibilité aux programmes télévisés pour les malentendants et les sourds (sous titrage à la demande obligatoire pour les programmes publics, langue des signes...), création du label *AccessiWeb*... Un rapport annuel est demandé aux communes de plus de 5000 habitants en matière d'accessibilité et en vue de planifier les futurs travaux à effectuer (12).

2. Instances et administration nationale pour le handicap

Parler de handicap sans parler de la manière dont il est géré par les grandes instances publiques serait incomplet. Ainsi, nous vous proposons de décliner de manière non exhaustive le diagramme de gestion du handicap en France.

Le sommet de la pyramide ne constitue pas un ministère du gouvernement au sens littéral, puisqu'il s'agit du secrétariat d'État chargé des personnes handicapées. Ce secrétariat répond directement au Premier Ministre français. La secrétaire actuelle, Mme Sophie Cluzel, y a été nommée le 7 Juin 2020. Ce secrétariat se veut d'être le porte-parole des 12 millions de français touchés par le handicap, et a pour principale mission d'aider nos concitoyens à changer leurs regards sur le handicap et de coordonner la mise en œuvre des politiques d'inclusion et d'égalité en matière de travail, scolarité... On peut d'ailleurs lire sur le site gouvernemental de ce secrétariat : « Nous devons changer le regard de la société sur le handicap, vaincre les préjugés et lever les obstacles. Nous devons relever le défi d'une société accessible et solidaire, qui facilite la vie au quotidien au lieu de stigmatiser, et qui rend possible tous les parcours de vie » (15). Le secrétariat en place s'est donné plusieurs grandes missions, parmi elles, nous pouvons retenir : la facilitation de la rentrée scolaire pour les enfants handicapés, la mise en place d'un nouveau grand plan « autisme » en 2017 (le 4^{ème} en date), la revalorisation de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) équivalente à 100 euros par mois, la continuité de l'effort d'inclusion à l'embauche et à la formation au sein des entreprises publiques et privées, ainsi que la valorisation du sport paralympique avec l'objectif majeur que sont les jeux olympiques « Paris 2024 » (15).

Par ailleurs, nous pouvons souligner l'importance d'un second organe ministériel : le Comité Interministériel du Handicap (CIH). Comme son nom l'indique, cet organe est interministériel puisque le handicap est l'affaire de tous, et les lois en lien avec ce sujet doivent être réfléchies et appliquées au sein de chaque ministère. De ce fait, le CIH a pour mission de « définir, coordonner et évaluer les politiques conduites par l'État en faveur des personnes handicapées » (16). Comme nous le disions précédemment, ces missions doivent se faire à tous les niveaux de la vie : scolarisation, embauche, logement, aides financières... Il est d'ailleurs à noter que depuis 2013, il est obligatoire pour chaque projet de loi d'inclure un volet « handicap ». En d'autres termes, le rôle du CIH est un rôle de regard sur les actions ministérielles et de coordonner celles interministérielles en lien avec le handicap. Bien qu'un secrétaire général auprès du Premier Ministre soit nommé, l'ensemble du gouvernement peut être amené à siéger au sein du comité. Le dernier en date a eu lieu le 3 décembre 2019, il

s'agissait du 5^{ème} depuis sa création. Suite à ce dernier, 22 mesures ont été retenues pour être mises en œuvre. Nous vous proposons d'en retenir quelques-unes :

- La possibilité de maintenir ouvert à vie le droit de compensation d'un handicap, si la personne a moins de 60 ans et que son handicap n'est pas susceptible d'évoluer favorablement.
- La délivrance à vie de la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) en cas de handicap irréversible.
- La création d'une indemnisation de 3 mois pour le congé d'un proche aidant.
- La mise en place d'un numéro unique d'appel pour rompre l'isolement des aidants.
- L'amélioration de la scolarisation et des modalités d'accompagnement des enfants handicapés, polyhandicapés.
- La mise en œuvre des premiers logements dits « évolutifs » avec l'obligation d'y implanter des salles de bain adaptables, afin de pouvoir aménager maisons ou appartements en cas d'apparition d'un handicap.
- La mise en place d'un centre de ressources « vie intime, sexuelle et accompagnement à la parentalité » dans chaque région, pour les femmes en situation de handicap, leurs proches et les professionnels.
- La mise en place au plus tard à partir de septembre 2020 de tarifs préférentiels tendant vers la gratuité pour les services de transports collectifs terrestres, pour les accompagnateurs d'usagers handicapés. Et ce en parallèle de l'élargissement de l'offre de transports adaptés.
- Amélioration de l'accès aux soins via des offres de consultations au sein des établissements de santé et la mise en place d'une tarification graduée des consultations hospitalières.
- Augmenter la place des jeunes handicapés sur le marché de l'embauche public et privé.
- Améliorer l'accès à la culture via des livres adaptés, des formats numériques, l'accessibilité à l'audiovisuel public et l'augmentation du volume horaire de programmes adaptés (17).

Il sera intéressant de voir dans quelle mesure ces projets auront été mis en place dans les années à venir bien sûr.

Au niveau local, ce sont les ARS qui doivent s'assurer de la bonne application des politiques de santé et notamment vis-à-vis du handicap. Intéressons-nous alors au rôle des ARS pour cette mise en place des plans nationaux pour les personnes en situation de handicap. Étant un acteur de proximité, il est de leur devoir de constituer un maillage territorial et d'assurer la coordination et la communication entre les différents acteurs locaux. Les ARS de par leurs actions de santé publique, visent à améliorer l'accès aux soins de tous, notamment via des Fonds d'Intervention Régionaux (FIR) pour l'accès à des consultations médicales notamment. Les ARS doivent également adapter le financement des établissements et services médico-sociaux accueillant des usagers handicapés. Par ailleurs, les ARS renforcent l'aide à domicile pour favoriser l'accompagnement et le maintien à domicile via les Services de l'Aide A Domicile (SAAD), services de Maintien et d'Hospitalisation A Domicile (MAD et HAD)... Elles coordonnent la mise en place de mesures concrètes de simplification du quotidien des plus fragiles, notamment via des aides financières visant à l'aménagement du logement ou du véhicule, la mise en place du tiers payant pour l'acquisition de matériel de MAD ou d'équipements techniques (fauteuils roulants principalement). Bien évidemment, les ARS se veulent proches des accompagnants en leur facilitant l'accès à une information fiable dans tous les domaines touchant au handicap ainsi qu'avec la mise en place de solutions de répit pour les aider à se reposer (16). Ces objectifs s'incluent dans un large dispositif nommé « Une réponse adaptée pour tous » lancé en 2014, et ayant pour date butoir de mise en place le 1^{er} Janvier 2018, qui a pour but d'assurer un parcours de vie sans rupture. Les ARS en sont un des acteurs les plus impliqués, au même titre que les MDPH, les établissements spécialisés,...(18).

Ce plan d'envergure nationale, et encré dans la politique locale, me permet de faire le lien avec quelques instances privées avec lesquelles nous avons été amenés à travailler pour cette enquête. Bien qu'elles soient indépendantes, ce sont elles qui sont le plus en lien avec les usagers handicapés, via leurs IME (Instituts Médico-Éducatifs), leurs CAT (Centres d'Aide par le Travail), ESAT (Établissements et Services d'Aide par le Travail) et leurs solutions de logement et d'accueil... Nous aimerions d'ailleurs en profiter pour les remercier pour leur confiance, leur implication dans la distribution des questionnaires liés à notre enquête, le recueil des informations et leur amabilité.

La première d'entre elle est l'ADAPEI ou « Association départementale de parents et d'amis des personnes handicapées mentales ». Cette association loi 1901, créée en 1959 par des parents d'enfants handicapés, regroupe des bénévoles, des parents, des personnes elles-mêmes en situation de handicap mental. L'association a pour vocation l'accompagnement des usagers en situation de handicap, la reconnaissance de leurs droits et leur insertion dans la vie active (19). Nous avons été en contact avec l'ADAPEI 63 qui mène son action à travers le Puy de Dôme. Ils œuvrent auprès des personnes handicapées – mentales surtout, avec des invalidités physiques parfois également – en gérant près de 2000 patients. L'une des missions principales est de favoriser leur insertion professionnelle au sein des 10 ESAT de la région. Ces ESAT permettent d'offrir à des professionnels et des particuliers, des services d'entretien et de création d'espaces verts, de la blanchisserie ou encore des travaux de peinture. L'association travaille également pour améliorer l'offre médico-sociale, avec des solutions adaptées à chacun. Les populations concernées sont de deux types : autonomes avec environ 60% des effectifs et celles placées en foyers, soit environ 40%. Les handicaps suivis sont majoritairement mentaux, mais de plus en plus de patients sont amenés à être suivis avec des handicaps psychiques.

La deuxième association que nous souhaitons vous présenter, et avec qui nous avons pu travailler est l'ADAPT ou « Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées ». Son but est également l'accompagnement des personnes handicapées dans le quotidien, au travers de projets de reconnaissance auprès du grand public « Vivre ensemble, égaux et différents » (projet associatif 2016-2022)(20). L'association œuvre au travers de 110 établissements et services en France : scolarisation, insertion, soins et formations, et touche plus de 19 000 personnes comme on peut le lire sur leur site internet. Nous avons, pour notre part, été en contact avec la branche du 63. Elle gère deux établissements, un ESAT et un SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) gérant à l'année respectivement 18 travailleurs et 22 soignés. L'ADAPT 63 accompagne des personnes accidentées de la vie, avec des handicaps acquis, suite à des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC), des accidents de la route, des cancers... Leur but est de sécuriser leurs patients et de leur réapprendre une certaine autonomie. Œuvrent au sein

de l'association des médecins, infirmiers, ergothérapeutes, psychiatres, psychologues, moniteurs et cadres coordinateurs. La moyenne d'âge des usagers touchés est de 35 ans.

Chapitre 2 : Obligations législatives relatives à l'infrastructure de l'officine

1. Accès

L'accès à l'officine doit être facile et adapté à tous. L'Ordre des Pharmaciens a développé en 2013 un fascicule reprenant l'ensemble des règles principales nécessaires au bon aménagement d'une officine (21). Ces recommandations sont en lien avec les dispositions du Code de la construction et de l'habitation (22), ainsi qu'avec le décret relatif à l'accessibilité aux personnes handicapées (23). La date limite d'application ou de mise en œuvre de travaux permettant l'application de ces mesures devait se faire avant le 1^{er} janvier 2015.

Les termes exacts du Code concernant l'accès à un bâtiment visant à recevoir du public (ERP) sont les suivants : « Les dispositions architecturales, les aménagements et équipements intérieurs et extérieurs des locaux d'habitation, qu'ils soient la propriété de personnes privées ou publiques, des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des lieux de travail doivent être tels que ces locaux et installations soient accessibles à tous, et notamment aux personnes handicapées, quel que soit le type de handicap, notamment physique, sensoriel, cognitif, mental ou psychique, dans les cas et selon les conditions déterminées aux articles L. 111-7-1 à L. 111-7-11. Ces dispositions ne sont pas obligatoires pour les propriétaires construisant ou améliorant un logement pour leur propre usage » (22).

Ainsi, depuis le 1^{er} Janvier 2015, toutes les officines doivent être en conformité avec les demandes des arrêtés précédents, et notamment celui du 1er Août 2006 (24), article auquel nous nous référerons beaucoup dans cette partie, pour permettre un accès uniforme pour tous les patients, en particulier ceux en situation de handicap, de déficience visuelle et auditive. Si des places de stationnement sont aménagées devant l'officine, au minimum une place de parking doit être réservée aux personnes handicapées – avec le marquage au sol adéquat – et un chemin d'accès spécifique en matériau non glissant et non réfléchissant devra relier cette place et l'entrée de l'officine. Une rampe d'accès doit être aménagée si des escaliers sont obligatoires pour l'accès à la porte. Cette rampe d'accès doit avoir une inclinaison moyenne de 5% mais elle peut varier entre 8 et 10% maximum selon la longueur de cette dernière (8% sur 2 mètres ou 10% sur 0,5 mètres). Ces plans doivent déboucher sur

des paliers de repos peu importe la longueur du plan. L'ouverture de l'officine devra se faire par une porte automatique, d'une largeur définie par cet arrêté à savoir 1m40 d'ouverture au minimum (ou des battants de 90cm chacun si la porte est constituée de plusieurs battants) (22).

Le texte de loi rentre dans des détails techniques par la suite mais l'essentiel des normes relatives à l'accès extérieur de la pharmacie et les plus intéressantes à noter sont celles-ci.

2. Espace intérieur

De même que l'accès extérieur, les espaces de circulation dans les murs de l'officine ainsi que les comptoirs de délivrance sont soumis à des règles gouvernementales strictes. Pour reprendre le Code de la construction et de l'habitation, en particulier l'article L.5121-5 « la superficie, l'aménagement, l'agencement et l'équipement des locaux sont adaptés aux activités et permettent le respect des bonnes pratiques mentionnées à l'article »(22). Dans notre cadre, il est à noter qu'évidemment, l'ensemble des locaux doit se conformer à la législation sur l'accessibilité aux personnes handicapées.

Trois espaces sont décrits : le comptoir ou espace de délivrance, l'espace de circulation intérieur, ainsi que l'espace de confidentialité. Pour ce qui est de l'espace intérieur, tout doit être mis en place pour permettre la libre circulation de tous. Ainsi, au-delà d'avoir des espaces suffisamment larges pour laisser circuler des fauteuils roulants, il est nécessaire selon la loi d'avoir des éléments structurants facilement repérables pour les usagers souffrant de déficiences visuelles. L'espace de délivrance doit, quant à lui, s'aménager afin de répondre à une règle essentielle à l'officine : la confidentialité des patients.

Pour ce qui est de la circulation dans les locaux, il faut que les allées soient sans danger pour les personnes handicapées, et facilement détectables pour les personnes souffrant de déficiences visuelles. L'autonomie de tous doit être possible : un usager doit pouvoir, seul, rentrer, circuler et ressortir de la pharmacie.

Ainsi, il est recommandé de mettre en place des comptoirs individuels, suffisamment espacés les uns des autres pour garantir une forme de confidentialité. Si la pharmacie ne permet pas ces aménagements, ou si les banques sont déjà d'un seul tirant, les équipes devront créer des « barrières » physiques pour optimiser la confidentialité. Libre à chaque officine ensuite d'apposer au sol des informations visuelles pour le respect des espaces dédiés, de la confidentialité, de la courtoisie...(21). Toujours pour ces comptoirs, au moins un des postes devra être utilisable en position « debout » comme en position « assise » et permettant un échange visuel direct. Pour ce faire, une banque au moins doit avoir une tablette avec une hauteur maximale de 80 cm permettant l'échange écrit pour les deux partis (22).

Toute démarche de soin nécessitant une plus grande confidentialité, ou si le pharmacien ou son équipe le juge nécessaire, devra être orientée vers l'espace de confidentialité de l'officine.

Voilà donc les quelques règles importantes notables que l'on peut retrouver dans la législation. Bien entendu, d'autres règles rentrent plus dans les détails, mais nous ne les jugeons pas nécessaires pour cette présentation.

Chapitre 3 : Conditions de dispensation et adaptation à la personne handicapée

Cette partie s'articule autour des devoirs du pharmacien et de son équipe dans la pratique de son métier. Nous axerons notre travail autour des bonnes pratiques de dispensation à l'officine, et de ces dernières nous extrairons les informations essentielles à retenir pour les transposer au milieu du handicap.

1. Obligations du pharmacien d'officine : Ordre National des Pharmaciens

Nous trouvons intéressant de faire un laïus sur les obligations du pharmacien titulaire d'officine au cours de sa pratique, indépendamment de sa vision du métier. Nous avons d'ailleurs trouvé sur le site de l'Ordre National des Pharmaciens une « fiche métier » énumérant brièvement les différentes missions obligatoires auxquelles le pharmacien s'engage au cours de sa pratique, et voilà d'ailleurs ce que l'on peut trouver dans ce document quant à ses rôles :

- Assure la dispensation et le bon usage du médicament à usage humain et vétérinaire.
- S'assure de la bonne compréhension du traitement par le patient.
- Propose au patient un suivi pharmaceutique via le Dossier Pharmaceutique (DP).
- Contribue avec les autres professionnels de santé à un accompagnement personnalisé du patient (éducation thérapeutique...).
- Réalise des adaptations galéniques ou des préparations magistrales et officinales.
- Répond aux attentes du public en matière de santé : disponible sans rendez-vous, il joue un rôle majeur dans les soins de premier recours (conseil pharmaceutique et/ou orientation vers d'autres professionnels de santé si nécessaire).
- Participe aux actions de santé publique, de prévention et de dépistage.
- Contribue aux dispositifs de sécurité sanitaire (pharmacovigilance, matériovigilance, alertes sanitaires, retraits de lots...).
- Coopère avec les autres professionnels de santé au sein des réseaux de santé, des établissements pour personnes âgées...
- Contribue à la continuité de l'accès aux médicaments 7 jours sur 7, 24h sur 24.

- Garantit en toutes circonstances un bon accès aux médicaments en gérant les achats, les stocks et la bonne conservation de ceux-ci.
 - Gère et manage l'officine et son équipe (pharmaciens adjoints, préparateurs, étudiants, secrétaires...).
 - En qualité de maître de stage, encadre et forme les stagiaires étudiants en pharmacie.
- (25)

Ces obligations doivent être les lignes de conduite de notre pratique quotidienne. Elles doivent systématiquement être appliquées pour chaque patient, sans discrimination de son état de santé. Le pharmacien et son équipe doivent toujours être au service de la personne.

2. Bonnes pratiques de dispensation et déontologie : Ordre National des Pharmaciens

« La dispensation est l'acte pharmaceutique qui associe à la délivrance des médicaments, l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe, la préparation éventuelle des doses à administrer et la mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage des médicaments. Le pharmacien a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale. Il doit, par ses conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient (article R. 4235-48 du code de la santé publique). Une dispensation de qualité constitue un enjeu de santé publique important puisqu'elle doit contribuer à une efficacité optimale des traitements et à une diminution des risques de iatrogénies médicamenteuses. [...]. Ces bonnes pratiques s'appliquent aux pharmaciens d'officine (titulaires et adjoints), aux pharmacies mutualistes et aux pharmacies de secours minières. [...] Les présentes bonnes pratiques s'appliquent sans préjudice des règles déontologiques et professionnelles inscrites dans le Code de la santé publique, telles que : [...] le devoir d'exercer sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine (article R. 4235-2 du code de la santé publique), [...] l'obligation de porter secours à toute personne en danger immédiat (article R.4235- 7 du code de la santé publique) ; le devoir d'adopter un comportement conforme à ce qu'exigent la probité et la dignité de la profession (article R. 4235-3 du code de la santé publique) [...] »

(26).

Ce texte constitue le préambule de l'arrêté du 28 novembre relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies[...] (26). Il en ressort que le Pharmacien a pour devoir, de mettre sur un pied d'égalité toute personne franchissant le seuil de son officine. Ces bons comportements et obligations doivent être appliqués peu importe la demande du patient, son état de santé, l'état d'esprit du pharmacien au moment de la dispensation, et bien entendu, dans tout ce qui entoure la délivrance d'ordonnances : conseils, écoute...

Si nous entrons plus dans le détail de l'arrêté, nous pouvons identifier plusieurs étapes clés dans une bonne dispensation. Premièrement, l'analyse de l'ordonnance et la réponse à une demande de médicaments à prescription facultative. Deuxièmement, le conseil pharmaceutique, puis vient en troisième étape la délivrance, et enfin la dernière étape : la participation à la vigilance et aux alertes sanitaires.

Si nous développons tout d'abord l'analyse de l'ordonnance et de la demande de médicaments à prescription facultative, l'idée principale est d'identifier : le patient et ses informations personnelles – contexte de la prescription, primo prescription ou renouvellement – l'identité et la fonction du prescripteur. Il faut ensuite s'attaquer à l'analyse des médicaments en fonction de la situation du patient, sa maladie et tout ce qui peut entourer son contexte actuel : femme enceinte ou allaitante, allergie à un ou plusieurs produits, automédication en parallèle... Puis le pharmacien se doit de vérifier si l'ensemble de ces médicaments peut se délivrer sans qu'il n'y ait d'interactions médicamenteuses pouvant engendrer des soucis pour le patient, mais aussi pour l'efficacité de son traitement. Ceci se regroupe sous l'appellation globale d'analyse pharmaceutique et est au cœur de la dispensation par le pharmacien d'officine.

La seconde mission traitée par cet arrêté est celle du conseil pharmaceutique. Cette notion encadre l'ensemble des données dispensées au patient par le pharmacien autour de sa prescription, et plus encore autour d'une demande spontanée de médicaments. Ces conseils doivent être adaptés au style de vie et aux habitudes du patient, pour permettre la plus grande sécurité et le meilleur effet du ou des médicaments chez le patient. On peut par exemple citer

comme données importantes à donner au moment de la dispensation : la posologie, les modalités d'administration, un plan de prise – tout particulièrement pour les patients âgés, polymédiqués – et les possibles interactions médicamenteuses, mais à cela on peut rajouter les aspects organoleptiques de la formulation ou les règles hygiéno-diététiques à associer. Tout ceci doit se faire dans des termes adaptés permettant la compréhension du patient et son adhésion au traitement.

Le troisième axe développé par cet arrêté est celui de la délivrance. Les grandes lignes de cette partie sont les suivantes : le pharmacien se doit de délivrer des spécialités selon leur dénomination commune internationale et non celles des princeps ou des marques de spécialités et ce en l'absence ou non d'une mention au préalable du médecin « non substituable ». Le pharmacien doit délivrer les médicaments selon leurs règles propres, avec une attention particulière pour ceux appartenant aux médicaments stupéfiants par exemple. La quantité de substance délivrée au patient doit respecter la réglementation en vigueur ainsi que les besoins du patient, à ce titre nous pouvons comprendre que ce texte met en garde contre la sur-médication. La délivrance est tracée selon les articles de références du Code de la santé publique (liste I ou II). Pour tout ce qui n'est pas du domaine des médicaments à prescription obligatoire, la possibilité est laissée au pharmacien de tracer cet acte via le dossier pharmaceutique du patient par exemple (avec son accord bien entendu).

Pour ce qui est de la contribution aux vigilances et traitements des alertes sanitaires, il est demandé au pharmacien d'officine de participer à la notification des effets indésirables des médicaments après leur mise sur le marché en faisant le lien entre les patients et les instances en charge de les recenser, notamment les centres régionaux de pharmacovigilance. Il en va de même pour les mésusages, les dépendances et les abus graves.

3. Adaptation des obligations et bonnes pratiques au cadre du handicap

Pour faire le lien avec le cadre de cette enquête, retenons quelques lignes de ce que nous avons pu lire ci-dessus. Nous vous proposons tout d'abord de voir ce que nous pouvons retenir des obligations du pharmacien. Premièrement, ce dernier « s'assure de la bonne compréhension du traitement par le patient ». La communication est le pilier de la

dispensation et de l'acte pharmaceutique. La dispensation de médicaments et de conseils à un individu « normal » peut parfois s'avérer complexe notamment à cause de la communication et du manque de compréhension des deux partis. Mais pour des individus particulièrement sensibles comme ceux de notre enquête, la difficulté à instaurer un dialogue simple et compréhensible est une difficulté majeure. Pourtant, il est bien nécessaire d'essayer de transmettre l'ensemble des informations nécessaires à la continuité des thérapeutiques en place et à la bonne observance du patient. Retenons également le devoir de contribution « avec les autres professionnels de santé, à un accompagnement personnalisé du patient ». La coopération avec les autres professionnels de santé est un élément clé de la bonne prise en charge d'un usager handicapé. Le caractère plurifactoriel d'un handicap sous-entend que plusieurs acteurs œuvrent autour d'un usager handicapé pour sa bonne prise en charge. D'autant que plus la communication est établie entre ces acteurs, moins le risque d'erreurs lors de la prise en charge du patient est important. Justement, afin de limiter ces erreurs, un outil se doit d'être proposé aux patients : le Dossier Pharmaceutique (DP). Pour rappel, le DP permet pour son bénéficiaire de recenser tous les médicaments qui lui ont été délivrés sur un laps de 4 mois, indépendamment de la pharmacie où on l'a servi, et ce, qu'ils soient issus d'une prescription médicale ou d'un conseil pharmaceutique (27). Cet outil a pour objectif principal de sécuriser au mieux la dispensation des médicaments et d'améliorer la coordination entre professionnels. Cet outil est entièrement sécurisé et garantit l'intégrité des données pour le patient, en effet seul le pharmacien avec l'accord du patient et sa carte vitale peut y avoir accès. Il est facile de voir comment cet outil pourrait venir en aide aux usagers en situation de handicap. Il n'est en effet pas garanti qu'un patient se serve que dans une seule pharmacie, ni qu'il n'y ait pas de doublons dans ses ordonnances. Ainsi, cet outil permet d'éviter au moins les doubles délivrances pour un patient donné. Si 99,9% des officines sont équipées de l'outil et sont en mesure de le proposer à leurs patients, l'ouverture de DP n'a pas encore atteint le 100% chez les assurés (28). La Cour des Comptes annonçait 60% de dossiers actifs sur le total des assurés en France en 2018, avec un maximum atteint en 2019 avec 38,3 millions de DP actifs au 1^{er} juin 2019.

TROISIEME PARTIE : ENQUETE DE TERRAIN

Chapitre 1 : Attentes des patients en situation de handicap ; enquête auprès des professionnels de terrain

Nous avons réalisé une enquête sous la forme de questionnaires destinés aux personnes en situation de handicap ainsi que leurs accompagnants (tuteurs, curateurs, familles...) visant à sonder leurs points de vue sur notre pratique de la pharmacie à leur égard. L'enquête est purement informative et qualitative plus que quantitative. Afin d'entrer en contact avec ces usagers, nous avons utilisé la filière « UCA Handicap » au nom de la faculté de Pharmacie. Cette filière de l'UCA s'engage à permettre à tous d'avoir un accès équivalent dans les études supérieures en France, en lien avec les directives institutionnelles et les devises d'équité prônées par notre pays.

1. Matériel et Méthode

Un questionnaire intitulé « Questionnaire patient : la prise en charge du patient handicapé » a été réalisé sous la forme d'un PDF modifiable que vous pourrez retrouver en *Annexe I*. Le questionnaire s'oriente autour de trois parties distinctes : une partie permettant l'identification de la personne répondant au questionnaire, une partie comprenant des questions à choix multiples et des encarts de réponses libres, et enfin une partie laissant place à un commentaire libre.

1.1. Population cible

Le questionnaire est destiné à toutes les personnes en situation de handicap s'étant déjà rendues dans une officine pour y chercher un traitement ou un conseil et à tout aidant d'une personne en situation de handicap se rendant pour elle en officine pour les mêmes raisons.

1.2. Questionnaire patient : la prise en charge du patient handicapé

La première partie du questionnaire est consacrée à l'identification du répondant. Elle renseigne si le patient a répondu seul au questionnaire ou s'il a été rempli par un aidant. Elle identifie, son handicap : mental, moteur ou sensitif, avec pour ce dernier, la possibilité de préciser de quel type de trouble il est atteint (mutisme, cécité...) sans obligation de réponse cependant. Si la personne a eu recours à un aidant, il lui est permis de préciser sa fonction :

tuteur, curateur, famille... Le questionnaire identifie ensuite le sexe, la tranche d'âge du patient ainsi que son appartenance ou non à un réseau de handicap.

Le questionnaire s'articule ensuite autour de 6 questions. Tout d'abord, une question à choix multiples portant sur le ressenti quant à la prise en charge dans les officines, avec 5 niveaux de réponse allant du « Pas du tout bien pris en charge » à « Très bien pris en charge ». Un encart de réponse libre est proposé ensuite si le répondant a coché « Pas du tout » pour permettre d'apporter un complément de réponse. La question suivante sonde les répondants sur leurs attentes de la part de l'équipe officinale à leur égard, et ce via un encart de réponse libre. La question suivante demande aux répondants s'ils se sentent traités différemment des autres patients dans les officines, tout d'abord avec un choix binaire « Oui-Non », puis avec un encart de réponse libre s'ils avaient coché « Oui » pour expliquer en quoi. Ensuite, nous avons interrogé les usagers handicapés sur les principales contraintes rencontrées lors de leurs visites dans les locaux des officines, avec là aussi des réponses à choix multiples dont voici les propositions cochables : « Temps accordé aux patients, Accessibilité à l'officine (parking, absence de rampes...), Accessibilité dans l'officine (encombrement, manque de visibilité...), Horaires d'ouverture, Monde dans l'officine ». La question suivante porte sur les contraintes majeures des personnes handicapées et leurs aidants dans l'interaction avec l'équipe officinale, sous forme d'une réponse à choix multiples dont voici les propositions : « Manque de compréhension, Complexité de l'information donnée, Absence ou manque d'adaptation lors de la délivrance, Absence ou manque de conseils adaptés, Dialogue complexe ». La dernière question demande aux répondants s'ils ont l'impression que les pharmaciens et leurs équipes sont à l'aise ou non face au handicap, et ce une nouvelle fois via une réponse à choix multiples en 5 niveaux allant de « Pas du tout à l'aise » à « Très à l'aise ». Nous avons ensuite laissé un encart pour laisser la parole aux répondants sous le nom de « Commentaire(s) Libre(s) ».

Le choix de proposer des réponses à choix multiples, se justifie pour deux raisons : premièrement, cadrer les réponses attendues à ces questions et donc s'assurer d'avoir des résultats utilisables et deuxièmement, d'avoir des données plus facilement extractibles et analysables ensuite.

1.3. Passation du questionnaire

La passation du questionnaire s'est fait principalement par mail dans un premier temps, après une prise de contact initiale par téléphone avec des instances publiques et privées travaillant de près ou de loin avec le handicap. Les contacts ont été nombreux au début de l'enquête mais deux partenaires majeurs ont poursuivi celle-ci : l'ADAPEI 63 et l'ADAPT 63. Pour ces deux instances, nous nous sommes rencontrés et avons échangé autour des enjeux de l'enquête, de leurs attentes personnelles et de la manière de récupérer les données. Dans les deux cas la même façon de faire a été retenue. L'ADAPEI et l'ADAPT ont fait passer le questionnaire au sein de leurs établissements d'accueil de patients handicapés (ESAT et CAT pour l'ADAPEI, et SAMSAH pour l'ADAPT), et des aidants (moniteurs de travail, infirmiers...) ont récupéré les réponses en direct au cours de séances. Enfin les deux instances ont centralisé les réponses aux questionnaires et nous les ont faites parvenir une fois qu'ils avaient le maximum de résultats possible.

1.4. Analyse des réponses

L'analyse des réponses s'est faite en deux temps. Une première phase de collecte manuscrite des données : comptage des enquêtes rendues, pointage des réponses aux QCM et annotation des réponses libres exploitables. Puis dans un second temps, les données ont été collectées dans un tableur informatique (Excel® 2018, version 16.16.24) et présentées dans un tableau que vous pouvez voir en *Annexe III*. Certains résultats ont ensuite fait l'objet d'histogrammes et de graphiques et sont inclus dans la suite de cette enquête en tant que figures.

2. Résultats et discussion

2.1. Résultats

55 réponses ont pu être récupérées par nos partenaires de l'ADAPT et l'ADAPEI, ainsi, tous les pourcentages et données qui suivent sont basés sur ce nombre de réponses.

2.1.1. Répondant au questionnaire

Les patients ayant répondu sont majoritairement des hommes, avec 71% des répondants (n = 39). La figure 4 montre d'ailleurs le ratio hommes-femmes parmi les répondants au questionnaire.

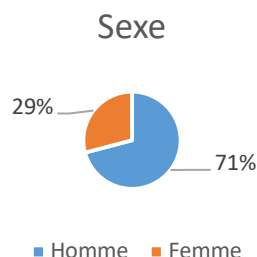


Figure 4 : Ratio Hommes-Femmes chez les patients

La tranche d'âge des patients la plus représentée par cette enquête est la tranche des 41-50 ans avec 40% des répondants (n = 22). La figure 5 présente la répartition des tranches d'âge parmi les répondants au questionnaire.

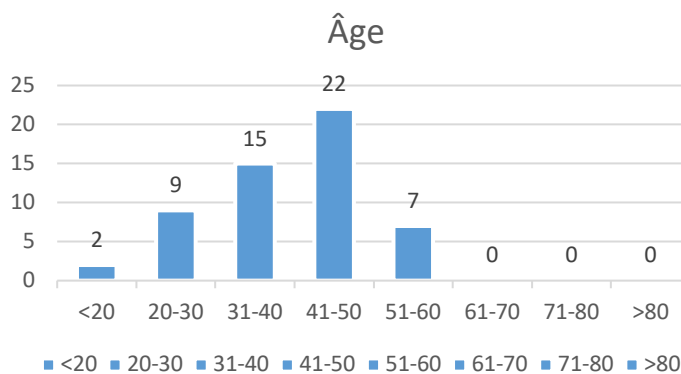


Figure 5 : Répartition des âges parmi les répondants

Pour les réponses recueillies au sein de l'ADAPEI et de l'ADAPT, 40 personnes se définissent comment atteintes d'un handicap mental, 18 d'un handicap moteur et 13 d'un handicap sensitif (cécité, autisme, dyspraxie...). Certains patients ont coché plusieurs cases pour se qualifier.

En ce qui concerne l'appartenance à un réseau d'encadrement de personnes en situation de handicap, 89% des répondants adhèrent à un tel réseau (n = 49). La figure 6 met en évidence

les ratios d'appartenance à un réseau de ce type et recense les parts des différentes instances citées parmi les répondants.

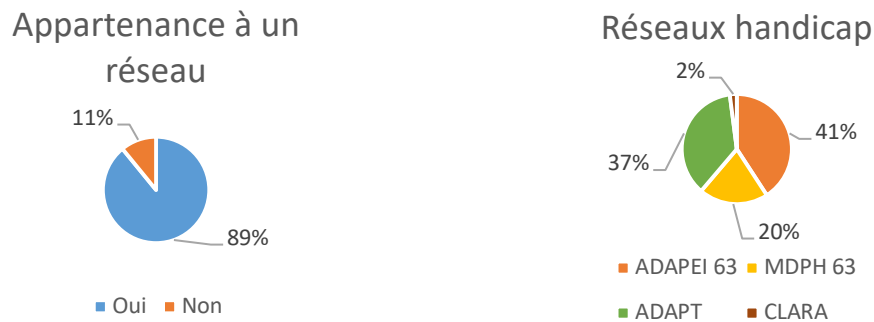


Figure 6 : Ratios de l'appartenance à un réseau handicap et part des réseaux handicap chez les répondants

Environ 69% (n = 38) des personnes interrogées ont eu recours à un aidant pour remplir le questionnaire. La figure 7 montre la répartition des types d'aidants ayant participé à fournir des résultats pour cette enquête.

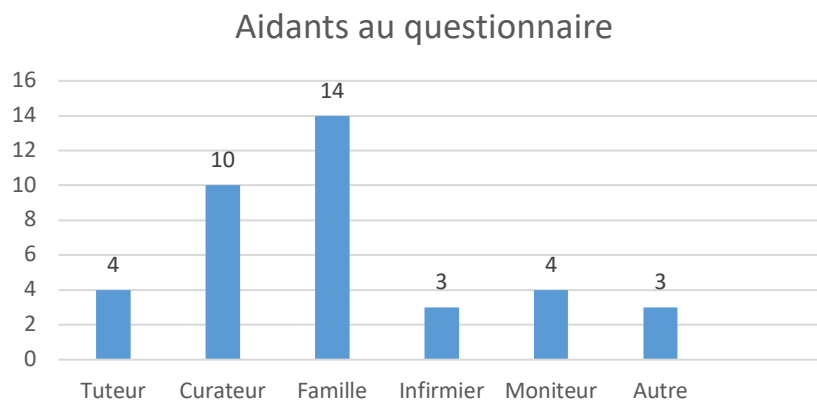


Figure 7 : Répartition des aidants ayant répondu au questionnaire

2.1.2. Prise en charge dans les pharmacies d'officine

2.1.2.1. Comment vous sentez-vous pris en charge dans les pharmacies ?

En majorité, les usagers, avec 62% des réponses (n = 34), se sentent bien pris en charge dans les officines. La figure 8 présente d'ailleurs la répartition des réponses à ce questionnaire à choix multiples.

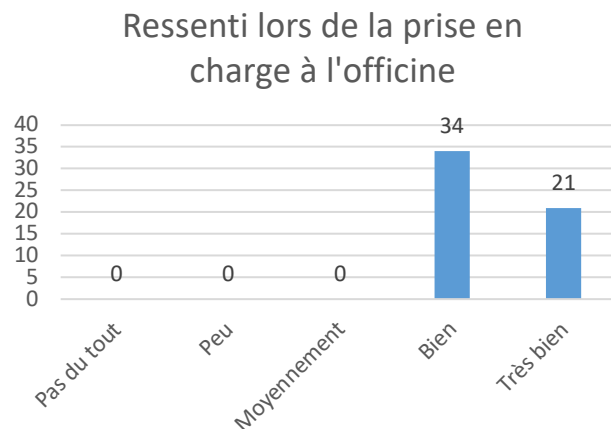


Figure 8 : Ressenti des patients quant à leur prise en charge à l'officine

2.1.2.2. Qu'attendez-vous de la part des professionnels de santé dans une pharmacie ?

Les réponses libres données par les patients à cette question ne nous permettent pas d'extraire de données sous forme d'un graphique ou d'un tableau. Ainsi, nous proposons de vous présenter quelques-unes des idées exploitables proposées par les répondants.

L'une des principales sources de confusion et de stress qui ressort pour les patients en situation de handicap, est la différence entre ce qu'il peut y avoir d'écrit sur l'ordonnance et ce que les patients peuvent recevoir réellement. Le concept de génériques n'est déjà pas quelque chose d'acquis pour la population générale mais pour ces usagers particuliers, c'est encore moins le cas. Cette notion est aussi bien ressortie dans les questionnaires que dans les échanges que nous avons pu avoir avec les instances qui ont accepté de travailler avec nous. Des phrases telles que « j'aimerais avoir ce qu'il y'a d'écrit sur l'ordonnance » ou encore « pourquoi des fois ce n'est pas le bon médicament qui est donné ? » ont pu être notées dans nos questionnaires. Une seconde idée qui a pu ressortir, est celle de la qualité de l'accueil. Les usagers en situation de handicap attendent de nos équipes qu'elles prennent le temps de les recevoir, de leur expliquer calmement et avec le plus de détails possible leurs prescriptions. Ils veulent globalement avoir des informations sur : l'indication du médicament, le nombre de prises et la durée du traitement. Par ailleurs, la notion de jugement ou même, dans certains

questionnaires, de moquerie a pu ressortir. Ils attendent de nous le plus grand professionnalisme et que nous les traitions comme des égaux.

2.1.2.3. Vous sentez-vous traités différemment des autres patients dans une officine ?

Environ 84% (n = 46) des choix se sont orientés vers la réponse : « Non, nous ne nous sentons pas traités différemment des autres patients ». La figure 9 présente le ratio des réponses recensées à cette question.

Vous sentez-vous traités différemment ?

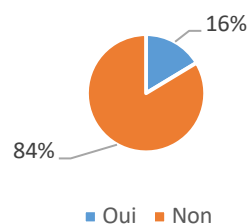


Figure 9 : Ressenti des patients quant à la différence de traitement à l'officine

2.1.2.4. Quelles semblent être les contraintes majeures rencontrées lors d'une visite à l'officine ?

Deux réponses ressortent principalement pour cette question : le manque de temps accordé (n = 21) de même que le monde à l'officine (n = 32). La figure 10 montre ainsi la répartition des réponses données à cette question.

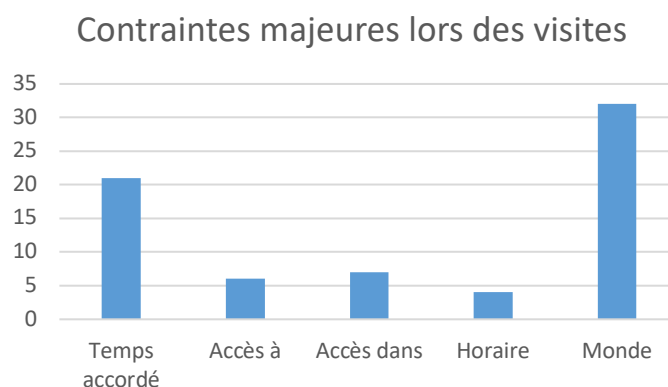


Figure 10 : Répartition des contraintes lors des visites à l'officine

Par ailleurs, dans l'encart de réponses libres nous avons pu voir des réponses revenir à plusieurs reprises : le manque de confidentialité dans nos locaux, ainsi que le manque de places de stationnement devant certaines officines.

2.1.2.5. Quelles semblent être les contraintes majeures dans l'interaction avec le pharmacien ou son équipe ?

Trois réponses ressortent principalement pour cet item : le dialogue (n = 24), la complexité de l'information (n = 22) ainsi que le manque de compréhension (n = 20) semblent être les principales limites à l'interaction entre patients handicapés et les équipes officinales. La figure 11 reprend les proportions des différentes réponses apportées.

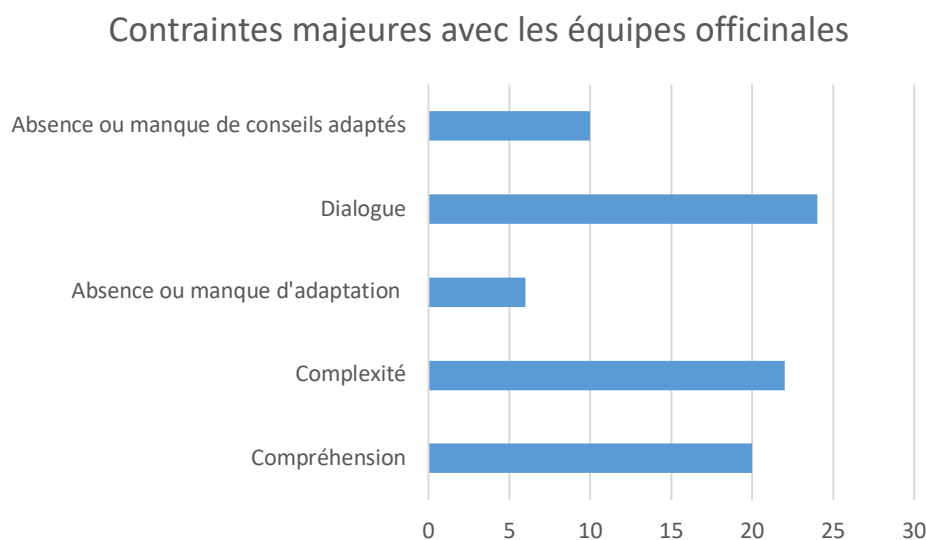


Figure 11 : Répartition des contraintes lors des échanges avec les équipes officinales

2.1.2.6. Avez-vous l'impression que les pharmaciens et leurs équipes sont à l'aise face au handicap ?

51% des répondants (n = 28) estiment que les équipes officinales sont « Plutôt » à l'aise face au handicap. La figure 12 montre la répartition des réponses cochées par les répondants.

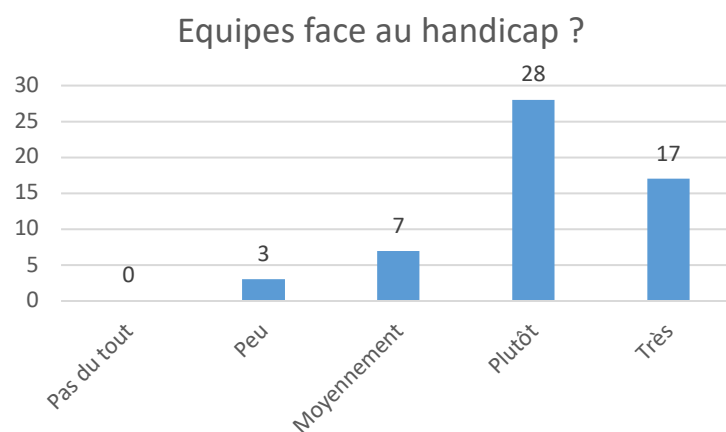


Figure 12 : Ressenti des patients quant au niveau d'aisance des équipes face au handicap

2.1.3. Commentaire(s) Libre(s)

Aucune information complémentaire exploitable n'a été retrouvée dans cette section du questionnaire.

2.2. Discussion

Cette enquête a donc été basée sur 55 questionnaires. Nous avons pu établir le profil de nos répondants : il s'agit d'hommes (71%), ayant principalement entre 41 et 50 ans (40%), adhérant à des réseaux d'aide pour le handicap (89%). Les handicaps recensés sont divers, multifactoriels, puisque les répondants sont souvent atteints de plurihandicap. Les personnes interrogées ont eu recours à un aidant pour répondre au questionnaire (69%). Intéressons-nous aux informations clés de ce questionnaire. 62% des usagers interrogés estiment être bien pris en charge dans nos officines, et 84% ne se sentent pas traités différemment des patients « normaux ». Les principales limites ressenties par ces usagers lors de leurs visites dans nos officines semblent être le monde et le manque de temps accordé au comptoir. Pour ce qui est des limites notables dans les interactions avec nos équipes, les patients notent principalement : la difficulté à dialoguer, le manque de compréhension, ainsi que la complexité de l'information transmise. Par ailleurs, 51% des répondants estiment que les équipes officinales sont plutôt à l'aise face au handicap.

En introduction de cette discussion, nous aimerions replacer notre étude dans le contexte sanitaire auquel nous avons dû faire face. L'étude s'étant déroulée de Septembre 2019 à Octobre 2020, nous avons été confrontés à la pandémie mondiale de Covid-19. Cette crise sanitaire sans précédent a freiné la récupération de données auprès des instances en charge de patients handicapés. Et cela, simplement parce que les centres d'accueil type ESAT, CAT et autres ont été fermés pour éviter tout danger de contamination à ces patients à risque. Ceci a donc eu un impact sur le nombre de questionnaires récupérés, bien que les équipes en place aient fait leur maximum pour nous faire parvenir des réponses une fois la reprise d'activité effectuée. Un second biais est à prendre en compte pour nos données : le temps. Une année s'est écoulée entre la mise en place des questionnaires et la clôture de l'enquête. Ceci est tout d'abord dû au contexte sanitaire dont nous parlions, mais également dû au besoin de diverses relances auprès des instances afin d'obtenir des réponses à cette enquête. Enfin, le biais majeur de cette étude semble être le peu de données récoltées et le manque de diversité des sources. En effet, tous nos 55 questionnaires remplis proviennent exclusivement de nos deux partenaires : l'ADAPEI 63 et l'ADAPT 63. Il est donc difficile d'extraire ces données pour en tirer des généralités. Néanmoins, nous nous permettons de nuancer ce propos par le fait que ces instances nous ont fourni des réponses variées en terme de handicaps : la surdité étant la moins représentée, les handicaps mentaux et moteurs étant les plus représentés.

Intéressons-nous désormais à ce que l'on peut trouver dans la littérature scientifique. Une thèse réalisée au sein de l'université de Nantes en 2018 s'est intéressée au ressenti des patients sourds ou malentendants quant à leur prise en charge à l'officine (29). L'étude se présente comme une succession d'entretiens réalisés en face à face avec 12 patients sourds et malentendants. Le mode de recueil des données étant sensiblement différent du nôtre, c'est surtout au niveau des conclusions que nous pouvons comparer nos enquêtes. Ainsi, voici les données les plus en lien avec notre enquête. Les patients malentendants et sourds interrogés dans cette thèse nantaise, estiment que l'officine est un environnement qui peut devenir rapidement stressant pour deux raisons : le bruit occasionné par la patientèle parfois nombreuse, ainsi que la difficulté à comprendre et se faire comprendre. Ces notions sont également ressorties au cours de notre propre enquête. Mais il est intéressant de noter que

le mode de récolte des données, les entretiens, a permis une plus grande liberté de parole et donc de propositions de la part des patients. Ainsi plusieurs pistes de réflexion quant à l'amélioration de ces points sont proposées par les patients interrogés. Tout d'abord, l'importance de la posture dans la communication. En effet, les patients notent que trop souvent les équipes officinales ne regardent pas vers eux quand ils leurs parlent, leur adressent la parole depuis l'« arrière-boutique », n'articulent pas suffisamment ou alors trop au contraire. Ainsi, voici les quelques idées proposées par les patients pour améliorer la communication avec des patients particuliers mais qui peuvent s'appliquer en règle générale d'ailleurs : regarder le patient dans les yeux, avoir un langage audible, articuler mais sans trop exagérer – trop articuler ou parler trop fort pourrait être stigmatisant et mal vu des patients, ne pas hésiter à avoir recours à l'écrit si besoin. Il faut savoir qu'une grande majorité des malentendants sont rééduqués pour lire sur les lèvres.

Il est possible de voir quelques données relatives au ressenti des patients à l'officine dans un travail mené dans une autre thèse nantaise de 2008 (30). L'échantillon est très restreint puisque les résultats proviennent de 4 entretiens menés avec des patients handicapés (moteurs, auditifs ou visuels). Les attentes des usagers en situation de handicap sont sensiblement les mêmes que celles récoltées dans notre étude : des informations claires sur les traitements, une attention particulière de la part de l'équipe, une communication simple. D'après ces témoignages, les clés d'une relation saine entre un patient atteint de déficit visuel et son pharmacien sont la confiance et l'habitude. La confiance est primordial car hormis le braille sur les boites, la forme et la taille de celles-ci, ainsi que les médicaments en eux même, il n'existe pas de moyen au moment de la délivrance pour que le pharmacien aide au mieux son patient. D'où l'importance des habitudes : ranger les boites selon les attentes du patient et l'aider à se repérer dans l'officine par exemple. Les témoignages des patients handicapés moteurs ne recensent pas de soucis particuliers, la communication étant identique avec un individu sain, il n'y a que la circulation dans l'officine qui pourrait poser problème. Mais depuis 2015, toutes les officines se doivent d'obéir à ces normes comme nous l'avons vu précédemment.

Dans une étude coréenne publiée en janvier 2019, il a été demandé à des patients souffrant de déficiences visuelles la manière dont ils profitaient des services pharmaceutiques à l'officine (31). Pour ce faire, 114 participants ont été sélectionnés, via des réseaux d'écoles pour malvoyants, pour obtenir un échantillon représentatif de la population de Corée du Sud. Les données ont été recueillies via un questionnaire. Contrairement aux autres études dont nous avons pu parler et à la nôtre, celle-ci est la seule à pouvoir être représentative d'une population et à présenter des résultats quantitatifs. Après une enquête initiale récoltant des données statistiques sur les types de handicaps visuels, le nombre de pharmacies visitées par mois ou encore le niveau d'études des participants, le questionnaire s'oriente sur la relation entre ces patients et leurs traitements, ainsi que leurs relations avec les équipes officinales. Pour ce qui est des médicaments sur prescription, il est intéressant de voir que seulement 26,5% (n = 30) des patients interrogés admettent recourir à une aide extérieure pour ranger et trier leurs médicaments, les autres utilisent des repères visuels comme la taille des boîtes ou des rangements spécifiques pour différencier leurs traitements, soit 46% (n = 52). Paradoxalement, l'usage de braille à la maison n'a été noté que chez 10% des interrogés. L'affaire se complique pour ces patients malvoyants lorsqu'ils ont à faire avec des médicaments conseils type OTC. Le besoin de passer par un aidant est cette fois-ci plébiscité à 56,3%. Le rôle du pharmacien face à l'identification du médicament conseillé est donc primordial. Ceci rejoint ce que nous avons pu voir avec l'étude précédente : le besoin d'habitudes et de confiance pour ces patients atteints de déficiences sensorielles. D'ailleurs, l'étude montre bien ce besoin des professionnels de santé puisque 62% des interrogés préfèrent obtenir des traitements et des informations sur ces derniers via leurs pharmaciens plutôt que via des services en ligne. La conclusion de l'étude montre malgré tout un manque à gagner pour les pharmaciens : 68,1% des patients estiment insuffisant l'adaptation des informations et des conseils donnés par le pharmacien lors de la dispensation d'un traitement. Les patients interrogés proposent des pistes pour améliorer cette délivrance : utilisation d'élastiques pour identifier les boîtes ou pour indiquer le nombre de prises par jour, enregistrer une note vocale sur le téléphone du patient...

2.3. Conclusion de l'enquête

Ces études nous ont permis de montrer plusieurs choses. Globalement, les patients sont contents du service produit par les équipes officinales dans le cadre de l'accompagnement des personnes handicapées. Mais plusieurs points restent à améliorer malgré tout. Les usagers handicapés sont plus sensibles que les patients « sains » aux changements et aux situations de stress. L'environnement officinal peut selon l'affluence, être un environnement bruyant et donc stressant. Le manque de temps accordé au comptoir revient également comme l'une des limites aux échanges entre patient et professionnel. Plus globalement, c'est la difficulté à établir une discussion et le manque d'adaptation du langage des officinaux qui ressortent comme les contraintes principales notées par les patients. Plusieurs pistes de réflexion pour améliorer ces soucis ressortent de ces études. Pour ce qui est de l'environnement stressant et du manque de temps accordé, une solution simple semble se profiler : proposer aux patients handicapés de se rendre dans l'espace de confidentialité. Cet espace est dédié aux actes médicaux tels que la vaccination, mais également aux entretiens tels que les entretiens thérapeutiques ou les bilans partagés de médication. Ainsi, emmener un patient sensible dans cet espace semble être tout à fait indiqué. Il est facile d'y assoir son patient si besoin, mais également d'y parler librement. Bien entendu, il semble difficile d'y réaliser toute la dispensation d'une ordonnance, le poste de vente n'étant pas dans cet espace, mais nous pourrions imaginer de s'y rendre après avoir fait la délivrance informatique, pour y adapter les conseils, parler plus facilement et mieux se faire comprendre du patient. Pour ce qui est de l'identification des boîtes pour les patients souffrant de déficits visuels, plusieurs pistes ont donc été mises en avant. Rappelons qu'à l'heure actuelle, des informations en braille sont systématiquement présentes sur les emballages. Mais ceci ne doit pas se substituer à une adaptation au cas par cas. Tous les patients malvoyants ne sont pas formés à la lecture du braille, nous pensons notamment aux patients âgés atteints de DMLA par exemple, qui souffrent de ce déficit visuel « sur le tard ». L'implication de la famille ou des proches, en accord avec le patient devrait être systématiquement proposée d'ailleurs. D'autres méthodes d'identification comme par exemple avoir recours à des élastiques pour identifier les boîtes ou les posologies semble être un bon outil de communication. Cet espace serait également le bon endroit pour prendre le temps d'éclaircir les doutes que peuvent avoir ces patients sur les différences entre la prescription et la délivrance de génériques. Comme nous avons pu le

voir, ce point est très anxiogène pour eux avec le sentiment qu'on ne leur délivre pas le bon traitement. Mais en prenant du temps pour rassurer et identifier, nous pouvons améliorer ce point et diminuer leur stress. L'étude coréenne faisait, à juste titre, le distinguo entre la dispensation d'ordonnances et celle de médicaments OTC et ceci entre à nouveau dans cette notion d'habitude et de routine. Notre attention doit être encore plus importante à l'instauration de traitements temporaires car ils ne rentrent pas dans le quotidien, dans la routine de ces patients. Une attention particulière doit d'ailleurs être portée sur l'aspect plurifactoriel d'un handicap. En effet, comme nous l'a montré le profil établi des répondants, il est très commun qu'un individu souffre de polyhandicap et qui dit polyhandicap dit également multiplicité des médecins spécialistes encadrants et donc des prescriptions. Les aidants infirmiers travaillant au sein de SAMSAH avec qui nous avons pu discuter ont d'ailleurs bien noté le soucis de la poly-prescription chez ces patients. Cette notion est bien à intégrer car elle peut être source de confusion pour les patients et pour leurs accompagnants. A nous donc de leur simplifier la tâche au maximum et rendant notre dispensation claire, pratique et simple.

Chapitre 2 : Point de vue des pharmaciens d'officine sur le handicap

Nous avons réalisé une enquête sous la forme de questionnaires destinés aux pharmaciens et à leurs équipes officinales visant à sonder leurs points de vue sur la pratique du métier officinal vis-à-vis du handicap. L'enquête est purement informative et qualitative plus que quantitative. Afin d'entrer en contact avec ces professionnels, nous avons utilisé le réseau des maîtres de stage d'Auvergne via la faculté.

1. Matériel et Méthode

Un questionnaire intitulé « Questionnaire Pharmacien : la prise en charge du patient handicapé » a été réalisé sous la forme d'un PDF modifiable que vous pourrez retrouver en *Annexe II*. Le questionnaire s'oriente autour de trois parties distinctes : une partie permettant l'identification du pharmacien répondant au questionnaire, une partie comprenant des questions à choix multiples et des encarts de réponses libres, et enfin une partie laissant place à un commentaire libre.

1.1. Population cible

Le questionnaire est destiné à tous les pharmaciens d'officine, en les incitant à sonder leurs équipes officinales également pour y répondre.

1.2. Questionnaire Pharmacien : la prise en charge du patient handicapé

La première partie du questionnaire est consacrée à l'identification du répondant. Elle permet d'identifier la fonction du pharmacien répondant (Titulaire, Adjoint), son sexe, sa tranche d'âge. Elle permet également de sonder le type de pharmacie dans laquelle il exerce (urbaine, rurale ou autre), si la pharmacie en question est affiliées à un groupement, et enfin le nombre d'employés de l'officine.

Le questionnaire s'articule ensuite autour de 7 questions. Tout d'abord, une question à choix multiples portant sur le ressenti des pharmaciens face au handicap, avec 5 niveaux de réponse allant de « Pas du tout à l'aise » à « Très à l'aise ». La question suivante sonde les équipes sur la fréquence de leurs confrontations au handicap dans leur pratique quotidienne. Là encore,

nous proposons un questionnaire à choix multiples avec 5 niveaux de réponse allant de « Jamais » à « Quotidiennement ». Nous demandons ensuite aux pharmaciens et leurs équipes s'ils pensent que les usagers en situation de handicap nécessitent une attention particulière au comptoir, avec une réponse à choix binaire « Oui-Non ». Ensuite, nous avons interrogé les équipes officinales sur les principales contraintes rencontrées lors de l'accueil et du service au comptoir d'usagers handicapés. Pour ce faire, un encart de réponses libres a été mis à leur disposition. La question suivante demande aux équipes d'établir selon eux le niveau d'informations transmises aux patients handicapés, lorsque ce sont des aidants qui viennent pour eux à l'officine. Pour ce faire, un questionnaire à choix multiples leur est proposé avec 4 niveaux de réponse allant d'« Aucune information n'est transmise » à « Toutes les informations sont transmises ». Nous sondons ensuite les équipes sur leur besoin de formation face au handicap, avec une question à réponse binaire « Oui-Non » : « Vous sentez-vous suffisamment formés face au handicap ? ». La dernière question demande aux répondants s'ils connaissent des instances privées ou publiques traitant avec des usagers handicapés, avec une nouvelle fois une réponse à binaire « Oui-Non », puis un encart de réponses libres, s'ils ont coché « Oui », leur demandant des exemples.

Nous avons ensuite laissé un encart pour laisser la parole aux répondants sous le nom de « Commentaire(s) Libre(s) ».

Le choix de proposer des réponses à choix multiples, se justifie pour deux raisons : premièrement cadrer les réponses attendues à ces questions et donc s'assurer d'avoir des résultats utilisables, et deuxièmement d'avoir des données plus facilement extractibles et analysables ensuite.

1.3. Passation du questionnaire

La passation du questionnaire s'est faite par mail via le réseau des maîtres de stage d'Auvergne, et ce, via la scolarité de la faculté. Les réponses ont ensuite été retournées par mail par ces mêmes maîtres de stage.

1.4. Analyse des réponses

L'analyse des réponses s'est faite en deux temps. Une première phase de collecte manuscrite des données : comptage des enquêtes rendues, pointage des réponses aux QCM et annotation des réponses libres exploitables. Puis dans un second temps, les données ont été collectées dans un tableur informatique (Excel® 2018, version 16.16.24) et présentées dans un tableau que vous pouvez voir en *Annexe IV*. Certains résultats ont ensuite fait l'objet d'histogrammes et de graphiques et sont inclus dans la suite de cette enquête en tant que figures.

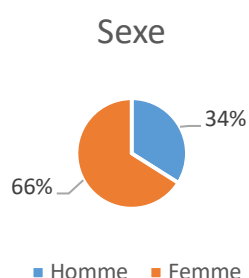
2. Résultats et discussion

2.1. Résultats

53 réponses de la part des pharmaciens maîtres de stage ont été récupérées au cours de cette enquête. Les résultats et pourcentages suivants sont basés sur ce nombre de retours enregistrés. L'Auvergne recense 447 officine – 142 dans l'Allier, 65 dans le Cantal, 85 en Haute-Loire et 235 dans le Puy-de-Dôme – au 1^{er} septembre 2020 (32), l'enquête cible donc environ 12% des officines d'Auvergne.

2.1.1. Répondant au questionnaire

Les pharmaciens ayant répondu sont majoritairement des femmes avec 66% des réponses (n = 35). La figure 13 montre d'ailleurs le ratio Homme-Femmes parmi les répondants.



*Figure 13 : Ratio Homme-Femme
chez les pharmaciens*

Par ailleurs, 92% des pharmaciens ayant répondu au questionnaire (n = 49) sont des titulaires. La figure 14 montre le ratio des titulaires et adjoints parmi les répondants au questionnaire.

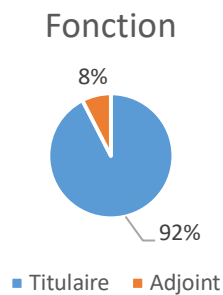


Figure 14 : Ratio des fonctions des pharmaciens

La tranche d'âge la plus représentée parmi les répondants est celle des 51-60 ans avec 47% des répondants (n = 25). La figure 15 montre d'ailleurs la répartition d'âge parmi les répondants.

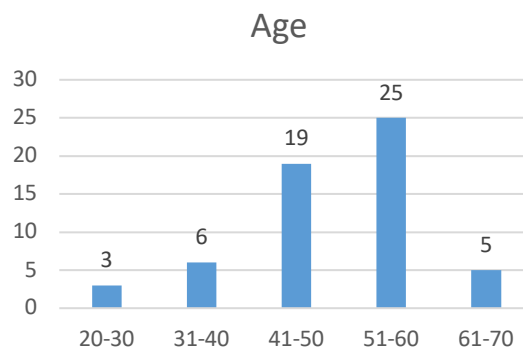


Figure 15 : Répartition de l'âge chez les pharmaciens

Les pharmacies interrogées sont principalement urbaines à hauteur de 57% (n = 30), ont en moyenne 6 employés et sont majoritairement en groupement pour 64% d'entre elles (n = 34). La figure 16 montre la répartition du nombre d'employés dans les pharmacies ayant répondu.

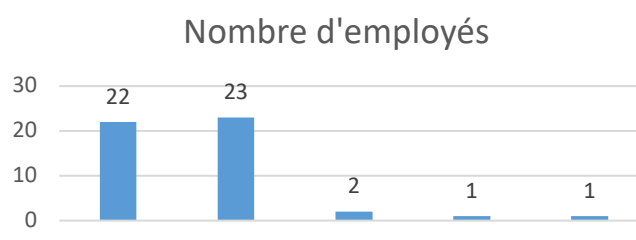


Figure 16 : Nombre d'employés des officines

La figure 17 englobe deux figures montrant respectivement le ratio entre les pharmacies urbaines et rurales et le ratio d'appartenance à un groupement parmi les répondants.

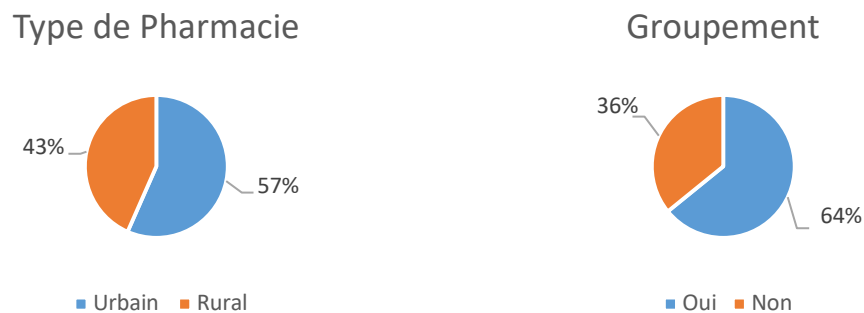


Figure 17 : Ratios des types de pharmacie et de l'appartenance à un groupement

2.1.2. Relation de l'équipe officinale au handicap

2.1.2.1. Vous sentez-vous à l'aise face au handicap ?

La majorité des répondants ont coché être « Plutôt » à l'aise face au handicap pour 58,5% d'entre eux (n = 31). La figure 18 montre la répartition des réponses du niveau d'aisance des pharmaciens face au handicap.

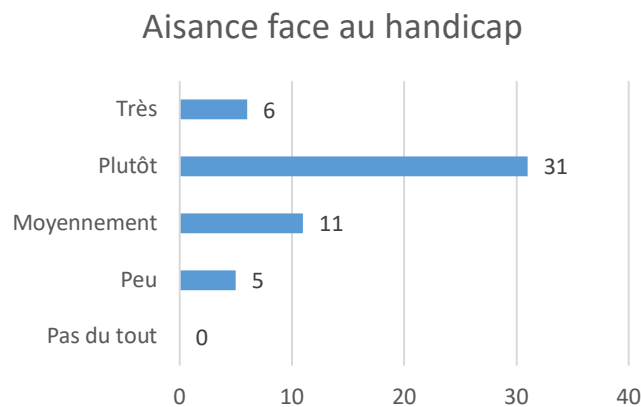


Figure 18 : Niveau d'aisance des pharmaciens face au handicap

2.1.2.2. Êtes-vous souvent confronté au handicap dans votre pratique ?

La majeure partie des pharmaciens, avec 53%, estiment être « Occasionnellement » confrontés au handicap dans leur pratique (n = 28). La figure 19 montre la répartition des

réponses à ce questionnaire à choix multiples sur la fréquence de rencontre du handicap à l'officine.

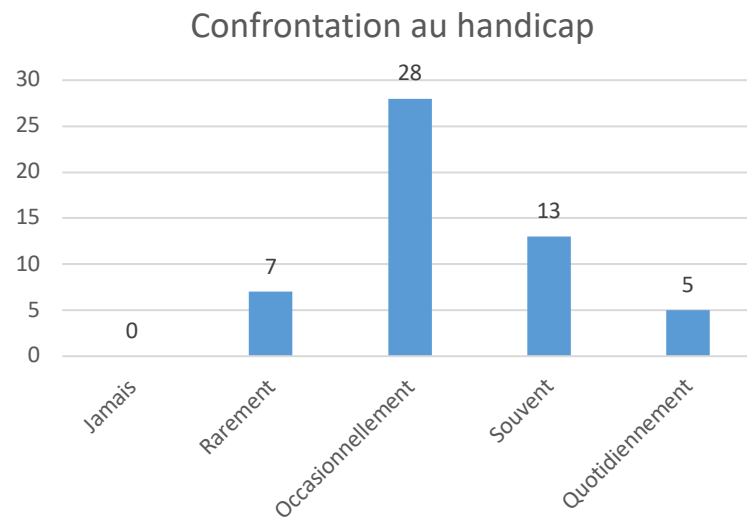


Figure 19 : Fréquence de confrontation au handicap à l'officine

2.1.2.3. Pensez-vous que les personnes en situation de handicap nécessitent une attention particulière ?

A cette question, la réponse des pharmaciens a été unanime. 100% des répondants pensent que les usagers en situation de handicap nécessitent une attention particulière lors de leur déplacement dans nos officines.

2.1.2.4. Quelles semblent-être les principales contraintes lors de l'accueil et du service au comptoir d'une personne handicapée ?

Nous vous présentons les réponses libres collectées sous la forme du nuage de mots ci-dessous en figure 20. Le nuage de mot a été réalisé sur le site gratuit <https://nuagedemots.com> et recense les principales idées exploitables pour cette question. Sont ainsi à noter comme contraintes principales lors de l'accueil et du service au comptoir d'une personnes handicapée : la compréhension de l'information, la communication et la difficulté à s'expliquer.



Figure 20 : Contraintes lors des échanges avec le patient handicapé

2.1.2.5. Si le patient est sous curatelle/tutelle, quelles sont les informations transmises au patient ?

Les répondants estiment pour la majorité d’entre eux avec 60% des réponses (n = 32) que « quelques » informations sont transmises au patient lorsqu’un aidant se déplace pour lui à la pharmacie. La figure 21 montre d’ailleurs la répartition des réponses à cette question.

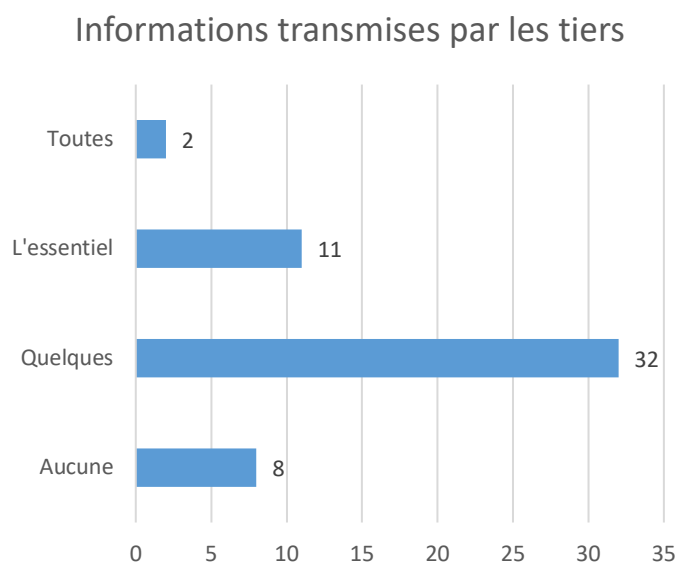


Figure 21 : Ressenti des pharmaciens quant au niveau d'informations transmis aux patients par les aidants

2.1.2.6. Vous sentez-vous suffisamment formés face au handicap dans votre pratique ?

A cette question, 66% des répondants (n = 35) ont estimé ne pas être suffisamment formés face au handicap dans leur pratique. La figure 22 montre le ratio des réponses à cette question.

Vous sentez-vous suffisamment formés ?

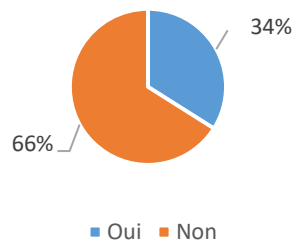


Figure 22 : Ressenti quant à la formation au handicap des pharmaciens

2.1.2.7. Connaissez-vous certaines instances chargées d'encadrer l'aide à la prise en charge des personnes handicapées ? Si Oui lesquelles ?

Les pharmaciens interrogés ont coché à 66% (n = 35) ne pas connaître d'instances prenant en charge les usagers handicapés.

Chez les 34% (n = 18) ayant coché en connaître, nous vous présentons les différentes instances recensées parmi les réponses citées, sous la forme d'un nuage de mots à la figure 23. Les principales instances ressortant de ce questionnaire sont : les MDPH, les ESAT et les CAT.



Figure 23 : Instances en charge d'usagers handicapés

2.1.3. Commentaire(s) libre(s)

Aucune information complémentaire exploitable n'a été retrouvée dans cette section du questionnaire, hormis des avis personnels nous étant adressés par rapport au sujet de cette enquête.

2.2. Discussion

Cette enquête a donc été basée sur 53 questionnaires. Nous avons pu établir le profil des pharmaciens ayant participé à notre enquête : il s'agit de femmes (66%), exerçant comme titulaires (92%), ayant entre 51 et 60 ans. Les pharmacies interrogées comptent 6 employés en moyenne, exercent en milieu urbain (57%), et en groupement (64%). Si nous nous penchons sur les informations principales que nous avons pu sortir de ce questionnaire, nous pouvons voir que les pharmaciens se sentent plutôt à l'aise face au handicap (58,5%), et y sont confrontés occasionnellement (53%). La totalité des pharmaciens interrogés estiment que les patients handicapés sont des patients nécessitant une attention toute particulière lors de leur venue dans les officines. Les principales contraintes notées par les pharmaciens lors de l'interaction avec des patients handicapés sont : les contraintes de communication en général et plus particulièrement la difficulté à faire comprendre les informations données. Par ailleurs, 60% des pharmaciens interrogés estiment que seulement quelques informations sont transmises aux patients handicapés lorsque c'est un aidant qui se déplace pour eux à l'officine. Il est intéressant de noter que 66% des pharmaciens s'estiment trop peu formés face au handicap dans leur pratique.

En introduction de cette discussion, nous aimerions replacer notre étude dans le contexte sanitaire auquel nous avons dû faire face. L'étude s'étant déroulée de Septembre 2019 à Octobre 2020, nous avons été confrontés à la pandémie mondiale de Covid-19. Cette crise sanitaire sans précédent a pu freiner la récupération de données, les équipes officinales s'étant entièrement consacrées à la gestion de la crise pour encadrer au mieux leurs patients. Ceci a donc pu impacter le nombre de questionnaires récupérés, ainsi que parfois le manque de données exploitables au sein de ces questionnaires.

Regardons maintenant ce que l'on peut trouver dans la littérature scientifique. Une thèse rédigée au sein de l'Université de Nantes en 2018 a effectué une étude dans laquelle on peut retrouver quelques similitudes (33). Cette thèse s'appuie, comme notre étude, sur la rédaction d'un questionnaire ayant été distribué aux pharmaciens et portant sur la relation entre les pharmaciens et les usagers sourds et malentendants. Cette étude se base sur n = 30 réponses de pharmaciens. Contrairement à ce que nous avons pu réaliser pour notre part, le questionnaire a été remis en main propre aux pharmaciens et les données récoltées autour d'un entretien entre le thésard et les pharmaciens. Les principaux résultats de cette étude que nous pouvons mettre en lumière par rapport à notre enquête se portent sur les difficultés rencontrées lors de l'échange au comptoir. Nous pouvons ainsi noter que les deux principales difficultés présentées dans cette étude sont : la difficulté de compréhension et la difficulté à transmettre l'information. L'étude n'est menée cependant que pour des patients malentendants et sourds, mais il est intéressant de voir que ces deux points sont ceux qui reviennent principalement, comme dans notre étude. Cette étude montre le fait que les pharmaciens soient plus vite démunis dans la communication lors de demandes spontanées du patient. Voilà un point que nous n'avons pas soulevé dans notre étude. Il est effectivement plus simple pour le pharmacien de dérouler sa « mécanique professionnelle » lors de la dispensation d'une ordonnance, les médicaments étant prescrits, il ne reste qu'à expliquer au patient son traitement. Mais dans ce cas, les boîtes servent de support, on y retrouve d'ailleurs souvent des pictogrammes et des aides à la délivrance : « X Matin, X Midi, X Soir », « X prises par jour », sur « X jours ». Mais la demande spontanée sous-entend de la compréhension sans support ce qui peut s'avérer plus complexe. D'autant plus dans des cas où le patient souffre de déficits pour s'exprimer.

Une limite est similaire pour nos deux études : le nombre de réponses est relativement restreint. Pour rappel, nous avons recensé 53 réponses de pharmaciens, là où l'autre étude n'en a recensé que 30. Ainsi, bien que les données recueillies puissent être considérées comme qualitatives, il semble difficile d'extrapoler ces données à des niveaux régionaux, et encore moins au niveau national. Notons quand même que nos données ont été récoltées dans des pharmacies des 4 départements de l'Auvergne (03, 15, 42, 63) et qu'elles correspondent à 12% des officines de la région. Un autre biais est notable dans notre étude : le mode de distribution. Nous avons profité du réseau des pharmaciens maîtres de stage

d'Auvergne pour distribuer nos questionnaires. Ce mode de distribution nous a permis de nous tourner vers des titulaires normalement intéressés à la formation d'étudiants et plus susceptibles de répondre à l'enquête, mais il nous prive également de récolter des données chez d'autres profils de pharmaciens. De plus, cela rejoint le biais précédent puisque cela nous a limité à un cadre régional pour notre enquête.

Une autre étude a été menée dans le cadre d'une thèse en pharmacie en 2013 à Rouen (34) et se rapproche du cadre de notre étude. Cette étude s'est basée sur 46 officines réparties entre du rural, du semi rural et de l'urbain, ce qui s'approche du nombre de questionnaires récoltés pour notre propre étude, ainsi que du type de pharmacies sondées. Là encore, les questionnaires ont été remis en main propre aux officines et les données récoltées lors d'entretiens entre le thésard et les pharmaciens. Des questions similaires aux nôtres ont été posées aux équipes officinales : « Rencontrez-vous des difficultés pour répondre aux besoins des personnes handicapées ? », « Pensez-vous être assez formés sur le handicap ? ». Par ailleurs, cette étude se veut plus quantitative, avec des questions de recensement du nombre de patients handicapés visitant les officines et ce selon les types de handicap (mobilité réduite, malvoyants et non-voyants, malentendants et sourds). Il est intéressant de voir que comme pour notre étude, une grande majorité de pharmaciens ne se sentent pas suffisamment formés et informés face au handicap avec ici 67% (n = 34) de pharmaciens ayant répondu à cette enquête. Pour rappel, notre étude a montré que 66% des pharmaciens sondés estiment la même chose.

Intéressons-nous enfin à une dernière thèse, plus ancienne, soutenue à la faculté de Nantes en 2008 (30) dont certains tenants et aboutissants peuvent nous intéresser. Cette étude a été menée sur 62 pharmacies. 89% des pharmacies interrogées (n = 55) avaient alors estimé se sentir à l'aise face au handicap. Ce chiffre conforte ce que nous avons pu recenser au sein de notre enquête puisque 58,5% de nos pharmaciens (n = 31) se sentent plutôt à l'aise face au handicap, et si on y ajoute les 11% (n = 6) qui se sentent très à l'aise, on s'approche du chiffre présenté dans cette thèse nantaise. Là encore, l'enquête avait mis en évidence, via des réponses libres, le ressenti général d'un manque de formation et d'information face au handicap chez les pharmaciens.

Ces différentes études ont réalisé un travail considérable dans le recueil de données sur les moyens d'accueil physiques : banques d'accueil, rampes d'accès, espacements des allées, sens de circulation... Pour notre part, nous n'avons pas ou peu abordé ces thématiques dans nos questionnaires et ce pour concentrer nos questions sur l'interaction entre le pharmacien et son patient.

Intéressons-nous maintenant à des études internationales sur la relation entre le pharmacien d'officine et les usagers en situation de handicap. Une première étude écossaise menée entre 2015 et 2016 s'est intéressée à la gestion de patients âgés atteints de troubles sensoriels (35). Cette étude soulève le problème des handicaps acquis. Un usager né avec un handicap grandira avec ce dernier et aura plus de facilité à s'adapter à son environnement et à apprendre à interagir avec les autres. Mais pour les personnes vieillissant et acquérant des handicaps : maladies de dégénérescences visuelles, perte d'audition, AVC... c'est une autre histoire. L'étude a interviewé de manière très différente (interviews téléphoniques avec envoi de dossiers au préalable aux équipes) des équipes officinales et soulève des points très intéressants. Le point notable de cette étude est la sensibilisation des équipes au fait qu'un manque de compréhension du patient au comptoir, c'est une rupture de sa chaîne de traitement. L'étude pousse cette idée en parlant de mise en danger du patient avec des risques iatrogéniques importants en particulier pour les sujets âgés. Les points clés de cette mise en danger lorsque la communication entre patient et pharmacien ne se fait pas correctement sont les suivants : la sur-prescription, le manque de lisibilité de certains piluliers, le risque de doubler ou d'oublier les prises si le patient est atteint de démences, l'impossibilité ou la difficulté à identifier les médicaments une fois qu'on les sort de leur boîte. Bien que le cadre de cette étude ne soit pas exactement le même que dans la nôtre, ces notions sont importantes à se remémorer. Le risque est toujours de prendre pour acquis quelque chose chez le patient, simplement parce que pour nous c'est le cas. Dans les résultats de notre autre étude sur le ressenti des usagers handicapés à l'officine, nous avons pu voir qu'un des soucis qui préoccupait le plus les usagers handicapés est la différence qu'il peut y avoir entre la prescription et ce qu'ils reçoivent. Nous entendons par là la substitution des princeps par des génériques. Nous pouvons tout à fait faire le parallèle avec l'étude écossaise. Si l'on ne prend pas le temps d'expliquer au patient et surtout de s'assurer de sa compréhension, le risque

iatrogène peut vite arriver. S'il comprend son traitement et est capable d'identifier ses médicaments indépendamment de leur boîte, on peut penser que le suivi et la compliance au traitement n'en seront que meilleurs. Cette étude sensibilise également à un thème important : tous les handicaps ne se voient pas. Les équipes interviewées présentent des cas de « mauvaise dispensation » où ils pensaient avoir à faire à des patients sains, mais en fait ces derniers étaient soit malentendants mais acquiesçaient, soit en situation de démence acquise avec des difficultés à comprendre ce qu'on leur dit. Il faut donc systématiquement essayer de s'assurer de la compréhension de l'information par son patient.

Une étude coréenne menée en janvier 2019 s'est intéressée à l'utilisation de médicaments et services pharmaceutiques chez des patients malvoyants et aveugles du point de vue des pharmaciens (31). Des questionnaires ont été remplis auprès de 47 pharmacies et ils demandaient aux pharmaciens diverses informations sur les profils de traitements qu'utilisaient leurs patients malvoyants, mais aussi leurs moyens de conseiller des médicaments à leurs patients. 61,5% des pharmaciens ayant répondu dispensent, quand ils le peuvent, leurs conseils aux accompagnants des usagers malvoyants. 36% d'entre eux utilisent des outils identifiables (taille des boîtes, forme des contenants et contenus...), et 40% admettent répéter un grand nombre de fois les informations pour s'assurer qu'elles soient transmises. La suite de l'enquête se portait sur l'utilisation de stickers d'aide à la dispensation en braille, développés en Corée et censés aider le pharmacien à faciliter l'identification de ses médicaments par le patient. Pour l'heure, la communauté pharmaceutique semble divisée sur l'utilisation de ces stickers, principalement d'après l'étude, parce qu'ils ne sont pas suffisamment variés. Mais le braille semble bien être le moyen le plus sûr de communication avec des patients aveugles. Bien que ces stickers n'existent pas à l'heure actuelle en France, des aides visuelles en braille sont obligatoires sur les emballages des médicaments en France depuis 2008 (36). Cette étude met bien en lumière le manque d'outils à l'heure actuelle pour l'aide à la communication et à l'identification des produits par les patients malvoyants.

Nous avons pu voir dans la littérature plusieurs points communs avec notre enquête. Tout d'abord, le milieu officinal est forcément amené à traiter avec divers types de handicap au moins occasionnellement. Les pharmaciens se sentent plutôt à l'aise face au handicap (58,5%

pour notre étude). Cependant, un point reste flou : pour les quelques patients que nous sommes amenés à voir directement, c'est souvent avec leurs aidants que nous traitons.

Le sujet qui revient ensuite de manière systématique est, comme nous l'avons vu, celui de la communication, et au-delà de la difficulté recensée à communiquer avec des patients, celle du manque d'outils d'aide à la dispensation. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'enquête ayant demandé aux pharmaciens comment ils évaluaient leurs relations avec ces aidants. Pour notre part, 60% des pharmaciens interrogés ont estimé que seulement quelques informations sont transmises par les aidants aux aidés une fois qu'ils leur remettent les traitements. Le manque de formation est enfin ce qui a pu ressortir de notre étude ainsi que des autres études abordées. 66% de nos pharmaciens sondés ne s'estiment pas suffisamment formés face à ce domaine. Il est d'ailleurs intéressant de noter qu'au cours de nos recherches, nous n'avons trouvé aucune archive d'un cahier du « Moniteur des Pharmacies » dédié au handicap, magazine très répandu chez les officinaux et entrant dans la stratégie de formation continue des professionnels de santé.

2.3. Conclusion de l'enquête

Cette étude a donc mis en lumière plusieurs points notables. Bien que la majorité des pharmaciens s'estiment être plutôt à l'aise face au handicap, la communication avec les usagers handicapés est ce qui pèche le plus dans leur pratique. Comprendre et se faire comprendre, voilà donc le point le plus délicat. Et bien que certains pharmaciens mettent en œuvre des systèmes d'aide à la dispensation (apprentissage de la langue des signes, utilisation de symboles visuels et sensoriels identifiables...) il ne s'agit ici pas de la norme. Le risque principal est de renoncer, de penser se simplifier la tâche en simplifiant trop. Mais en faisant cela, nous sortons de nos engagements de professionnels de santé et ceux qui en pâtissent au final, ce sont nos patients et leurs aidants.

En effet lors de nos divers échanges avec les équipes de professionnels, beaucoup nous ont fait part du manque de suivi dans les traitements des patients handicapés. De plus, en dehors des SAMSAH, la plupart des aidants ne sont pas des professionnels de santé, mais la famille, les tuteurs, etc. Lors de leurs venues dans les officines pour les patients, nous pouvons facilement penser qu'il est difficile pour quelqu'un dont ce n'est pas le traitement de

s'approprier les conseils donnés par le pharmacien ou son équipe sur ce dernier. Comme nous l'avons largement vu, la communication est encore plus difficile avec les usagers handicapés, et le souci que nous rencontrons au comptoir est le même lorsque les aidants donnent les médicaments. Mais ce que nous avons vu ressortir de nos échanges, c'est que les équipes d'aidants sont toujours demandeuses de ces conseils. Aussi, faut-il nous forcer à faire au mieux pour l'éducation aux traitements et la transmission des informations. Car même si tout ne pourra pas être répété et intégré, la moindre information acquise permettant d'améliorer la prise en charge médicamenteuse d'un de nos patients est positive.

Ainsi, une demande émanant des instances en charge de patients handicapés m'a amené à réfléchir à la possibilité du développement d'un poste de « pharmacien référent ». Ce rôle se tiendrait au sein d'infrastructures informelles mais encadrées, à la manière d'un MAD ou d'une HAD. Pour expliquer cela en d'autres termes, l'idée serait d'établir un lien sans engagement financier d'aucun parti, entre les réseaux d'accompagnement d'handicapés et une pharmacie pour un patient donné. Ainsi le pharmacien se verrait adresser les ordonnances des divers prescripteurs soit directement par eux, soit par les accompagnants, soit par les infirmiers. Mais il n'y aurait donc pour un patient qu'un seul pharmacien « officiel », choisi par lui et/ou ses aidants, pour faire au plus simple pour le patient. Ce pharmacien aurait ainsi une vue d'ensemble des traitements pour un patient, et limiterait les doublons ou autres automédications parallèles en regard de l'état physiologique ou des soins en cours. Comme nous le précisons, cet accord ne devrait cependant pas être lié à une rémunération ou un accord financier quelconque. Principalement pour assurer la liberté à chacun de choisir ses soignants. Nous n'avons pas trouvé pour l'heure de texte référent pour appuyer nos propos. Mais dans la loi HPST de 2009, l'inter-professionnalité au service du patient est grandement conseillée. En ce sens, on retrouve déjà des missions spécifiques pour les pharmaciens d'officine comme par exemple : le rôle de pharmacien référent pour des EHPAD, ou encore le PAERPA (Parcours des Personnes Âgées en Perte d'Autonomie) (37). Pour reprendre l'exemple des PAERPA, voici ce que l'on peut lire sur ce document de l'Ordre National des Pharmaciens : « *En pratique, le médecin traitant ou l'équipe de soins hospitalière demande que le patient âgé [...]bénéficie du dispositif. Puis, le médecin traitant rédige un plan personnalisé de santé (PPS), selon un modèle validé par la Haute Autorité de Santé, pour*

coordonner les soins de proximité. Les professionnels participant à la prise en charge du patient âgé – médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes (en relation avec d'autres professionnels : ergothérapeutes, professionnels de l'éducation physique adaptée...) – bénéficient d'une formation et communiquent par le biais d'un carnet de liaison laissé au domicile du patient et d'une messagerie sécurisée »(37). Sans aller jusque dans des considérations aussi importantes et des infrastructures complexes, nous pensons que l'avenir est à l'entraide et qu'il existe déjà des actions de ce type nous conforte dans cette idée. L'impact de ce genre de mises en œuvres serait très intéressant à mesurer quant à l'amélioration de la qualité de vie du patient, et pour ce qui nous concerne, de sa prise en charge en terme de soins.

En outre et toujours dans cet objectif de s'assurer de la bonne prise en charge médicamenteuse des patients, la systématisation de l'ouverture du dossier pharmaceutique serait à envisager pour ces usagers sensibles. Cet outil reste trop méconnu du grand public, nous avons d'ailleurs été frappés que lors de nos échanges aucune instance n'ait mentionné cet outil pour le suivi des patients. Il est pourtant un très bon outil en matière de suivi des prescriptions et de diminution du risque de doublons lors de la dispensation dans plusieurs pharmacies.

Les pharmaciens semblent être demandeurs de formations sur le sujet du handicap. Il serait intéressant à l'avenir d'avoir des intervenants extérieurs sur ce sujet au cours de notre formation soit universitaire, soit professionnelle. L'ADAPT étant un organisme de sensibilisation du grand public au handicap, la formation faisant donc partie de leurs méthodes, semblait particulièrement motivée à l'idée d'instaurer ce genre de projet. Le but n'étant pas d'avoir une formation « scolaire » sur les différents handicaps mais plutôt de s'axer sur l'accueil, le dialogue, l'adaptation à l'autre et les instances locales et nationales qui traitent du sujet. Un chiffre de notre étude est parlant sur ce manque de connaissances : 66% des pharmaciens interrogés n'ont pas été en mesure de citer des instances publiques ou privées touchant au milieu du handicap. Nous avons tous à gagner de la différence des autres, ce sujet pourrait nous permettre de nous orienter vers une pratique plus humaine de la profession, moins vendeurs que professionnels de santé, ouverts aux autres et surtout

n'oubliant aucun de nos patients. Mais s'adapter ça s'apprend. Nous pensons donc que ces formations au cours de notre cursus universitaire ou dans le cadre de soirées conviviales autour du thème du handicap, nous seraient profitables pour notre pratique.

CONCLUSION

Le handicap est une condition qui touche 12 millions de français environ (10). Ce phénomène ne fait pas de discrimination puisqu'on considère au même titre les handicaps innés que les handicaps acquis : accident de la route entraînant une invalidité lourde, AVC, maladies dégénératives (Alzheimer, DMLA, sclérose en plaque...), etc. L'état s'engage d'ailleurs auprès de nos concitoyens handicapés, avec de plus en plus d'offres sur le sujet depuis la loi du 11 février 2005 (13) et la création des MDPH. Des acteurs interviennent à tous les niveaux : le gouvernement au niveau national, les ARS au niveau régional, des acteurs locaux variés au sein des communautés (MDPH, ADAPEI, ADAPT, CAT, ESAT...), etc. La politique actuelle tend à l'inclusion des usagers handicapés dans notre quotidien, en favorisant l'éducation, la formation professionnelle et en leur simplifiant l'accès aux aides (aides à domicile, interprètes, aides financières...)(17). Le pharmacien en tant que professionnel de santé se doit de donner à tous les patients le même niveau de soin et de répondre aux attentes de chacun. Encadré par les Bonnes Pratiques de Dispensation (26), le pharmacien travaille avec les autres acteurs autour du patient handicapé pour garantir la continuité des soins. C'est dans ce contexte que nous avons lancé notre double enquête pour cerner les attentes des patients handicapés à l'officine ainsi que le point de vue des pharmaciens et leurs équipes sur le handicap. Voici donc les conclusions générales qui en découlent.

Les usagers handicapés semblent globalement satisfaits du service de soin pourvu en pharmacie. Mais ce sont bien entendu des usagers particuliers, très sensible au stress. Or nos officines peuvent rapidement devenir un environnement stressant et notamment en cas de forte affluence puisque ceci entraîne du bruit. Le patient handicapé, et plus particulièrement s'il est atteint de handicaps sensitifs ou mentaux, a besoin d'établir une routine, des habitudes pour gérer son quotidien. A nous de l'aider à établir ses habitudes dans nos officines afin de créer un fort niveau de confiance et de s'assurer de son adhérence aux traitements ainsi que de sa compréhension. Afin de l'aider, nous avons pu voir qu'il ne faut pas hésiter à se servir de l'espace de confidentialité pour prendre le temps avec le patient, s'assurer de sa bonne compréhension et lui créer un cadre calme et sain. Les patients handicapés et leurs aidants sont demandeurs de conseils au même titre que n'importe quel patient, à nous de nous adapter à leurs besoins. Pour ce faire, voici quelques pistes de réflexion : imaginer nos conseils, se servir de repères visuels identifiables (écritures sur les boîtes pour les malentendants,

élastiques pour les malvoyants par exemple), passer par l'écrit le plus possible. L'implication de la famille et des proches dans le traitement semble également être très importante pour un meilleur suivi des traitements.

Les pharmaciens quant à eux se disent être plutôt à l'aise en matière de handicap. Le point le plus compliqué selon eux semble être la problématique de la communication. Le risque pour nous, c'est de renoncer à donner nos conseils par simplicité mais ce sont les patients qui en pâtiront. Notre travail nous a amené à réfléchir à un poste de « pharmacien référent » comme on peut déjà en retrouver au sein d'EHPAD ou de réseaux PAERPA (37). Ce pharmacien centraliserait toutes les prescriptions en lien avec un patient donné et s'assurerait de l'absence de doublons ou de contre-indications majeures en lien avec l'état physiologique du patient. Ce rôle s'inscrit dans les missions du pharmacien de proximité décrit dans la loi HPST de 2009 et valorise son rôle de professionnel de santé au service de ses patients. L'ouverture systématique du DP pour ces patients particuliers serait un bon outil de suivi et de diminution du risque iatrogénique principalement en cas d'automédication. D'autant qu'à l'heure actuelle, le nombre d'ouverture de DP en France n'est pas encore satisfaisant (28). Enfin, comment appréhender le monde du handicap si nous ne sommes pas formés ? Les pharmaciens sont demandeurs de formation sur le sujet, soit dans le cadre du cursus universitaire, soit dans celui de la formation continue à laquelle tout pharmacien doit se tenir. Les instances avec qui nous avons travaillé sont d'ailleurs motivées pour proposer ces formations. Alors saisissons cette occasion d'ouvrir nos horizons, de nous former à l'accueil de l'autre et de devenir chaque jour de meilleurs pharmaciens pour nos patients.

Le doyen de l'UFR de Pharmacie,
Brigitte VENNAT

Le président du jury,
Brigitte VENNAT

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport Mondial sur le Handicap - OMS [Internet]. 2011 [cité 5 sept 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_fr.pdf?ua=1
2. CCAH. Les différents types de handicap [Internet]. ccah.fr. [cité 5 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ccah.fr/CCAH/Articles/Les-differents-types-de-handicap>
3. Handicap Info. Définition du handicap - Handicap Info [Internet]. Handicap Info. [cité 5 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.handicap-info.fr/definition-du-handicap/>
4. Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé: CIF. Genève; 2001. 304 p.
5. Organisation Mondiale de la Santé. Handicap et santé [Internet]. who.int. [cité 3 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
6. Organisation Mondiale de la Santé. Principaux repères sur l'autisme [Internet]. who.int. [cité 5 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
7. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
8. SETON. Les chiffres et différents types de handicap en France || Seton FR [Internet]. [cité 29 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.seton.fr/infographie-handicap-france.html>
9. APF France Handicap. Grand Débat : 12 millions de personnes en situation de handicap et autant d'attentes [Internet]. apf-francehandicap.org. 2019 [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.apf-francehandicap.org/actualite/grand-debat-12-millions-de-personnes-en-situation-de-handicap-et-autant-attentes-20762>
10. INSEE. Statistiques du handicap en France, 2007 [Internet]. insee.fr. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1373648?sommaire=1373710>
11. MDPH. La loi du 11 février 2005 [Internet]. mdph.fr. [cité 11 sept 2019]. Disponible sur: http://www.mdpf.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=105:la-loi-du-11-fevrier-2005&catid=49:que-dit-la-loi-&Itemid=74
12. ADAPEI 41. La loi « handicap » du 11 février 2005 [Internet]. ADAPEI41. 2014 [cité 27 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.adapei41.com/droits-demarches/droit-des-usagers/la-loi-handicap-du-5-fevrier-2005>

13. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. JORF n°36 (2005).
14. MDPH. Un droit à la compensation [Internet]. mdph.fr. [cité 27 juill 2020]. Disponible sur: http://www.mdpf.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=112&Itemid=83
15. Mariette G, Lafitte F. Les missions du secrétariat d'Etat [Internet]. Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées. 2020 [cité 29 juill 2020]. Disponible sur: <https://handicap.gouv.fr/priorites/article/les-missions-du-secretariat-d-etat>
16. Agence Régionale de Santé. L'accompagnement des personnes handicapées [Internet]. ars.sante.fr. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/laccompagnement-des-personnes-handicapees>
17. Rivelli N. Les nouvelles mesures du Comité interministériel du handicap [Internet]. Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées. 2020 [cité 29 juill 2020]. Disponible sur: <https://handicap.gouv.fr/le-secretariat-d-etat/acteurs/comite-interministeriel-du-handicap-cih/le-comite-interministeriel-du-handicap/article/les-nouvelles-mesures-du-comite-interministeriel-du-handicap>
18. Agence Régionale de Santé. Handicap : une réponse accompagnée pour tous [Internet]. ars.sante.fr. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/handicap-une-reponse-accompagnee-pour-tous>
19. ADAPEI 63. Qui sommes-nous ? (ADAPEI) [Internet]. adapei63.fr. [cité 6 août 2020]. Disponible sur: <https://www.adapei63.fr/qui-sommes-nous/>
20. LADAPT 63. Qui sommes-nous ? (LADAPT) [Internet]. ladapt.net. [cité 6 août 2020]. Disponible sur: <https://www.ladapt.net/qui-sommes-nous>
21. Ordre National des Pharmaciens. Recommandations pour l'aménagement des locaux de l'officine [Internet]. ordre.pharmacien.fr. [cité 26 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/75148/480982/version/2/file/Recommandations+pour+l%27am%C3%A9nagement+des+locaux+-+f%C3%A9vrier+2013.pdf>
22. Personnes handicapées ou à mobilité réduite : Section 3 [Internet]. Code de la construction et de l'habitation. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006176351&cidTexte=LEGITEXT000006074096>
23. Service Public. Obligation d'accessibilité des ERP aux personnes handicapées [Internet]. service-public.fr. [cité 26 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F32873>

24. Arrêté du 1 août 2006 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19 à R. 111-19-3 et R. 111-19-6 du code de la construction et de l'habitation relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public lors de leur construction ou de leur création [Internet]. JORF n°195 (2006). Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000821682>
25. Ordre National des Pharmaciens. Pharmacien titulaire d'officine - Les pharmaciens - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [ordre.pharmacien.fr](http://www.ordre.pharmacien.fr). [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Le-metier-du-pharmacien/Fiches-metiers/Officine/Pharmacien-titulaire-d-officine>
26. Ordre National des Pharmaciens. Bonnes Pratiques de Dispensation [Internet]. [ordre.pharmacien.fr](http://www.ordre.pharmacien.fr). [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/307371/1558583/version/2/file/Bonnes+pratiques+de+dispensation-Vweb.pdf>
27. Ordre National des Pharmaciens. Qu'est-ce que le DP ? - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [ordre.pharmacien.fr](http://www.ordre.pharmacien.fr). [cité 31 août 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>
28. Cour des Comptes. Le dossier pharmaceutique : un outil au service de la santé publique [Internet]. [ccomptes.fr](https://www.ccomptes.fr). [cité 31 août 2020]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-02/20200225-03-TomeII-dossier-pharmaceutique.pdf>
29. Vin A. Regards croisés sur la prise en charge à l'officine du patient présentant un handicap auditif : état des lieux du point de vue des patients [Internet] [Thèse d'exercice : Pharmacie]. [Nantes]: Université de Nantes; 2018 [cité 14 sept 2020]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=54b316ac-39c1-4ff0-8b8d-a45dc2fdd10a>
30. Rouxel A. Rôle du pharmacien d'officine face au handicap : Accueil, Conseils, Accessibilité [Internet] [Thèse d'exercice : Pharmacie]. [Nantes]: Université de Nantes; 2008 [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=165e1aac-fdb1-464b-89bd-20ecf5fdc6ae>
31. Lee BH, Lee YJ. Evaluation of medication use and pharmacy services for visually impaired persons: Perspectives from both visually impaired and community pharmacists.

Disability and Health Journal. 1 janv 2019;12(1):79-86.

32. Ordre National des Pharmaciens. Cartes départementales - Nombre d'officines [Internet]. ordre.pharmacien.fr. [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Secteurs-d-activite/Officine/Cartes-departementales-Officine/Nombre-d-officines#>

33. Bodin M. Regards croisés sur la prise en charge à l'officine du patient présentant un handicap auditif : état des lieux du point de vue du pharmacien [Internet] [Thèse d'exercice : Pharmacie]. [Nantes]: Université de Nantes; 2018 [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=30daac84-cf5a-453c-8281-5f93fda04bf1>

34. Drouadaine A. La prise en charge des handicaps moteurs et sensoriels à l'officine [Internet] [Thèse d'exercice : Pharmacie]. [Rouen]: Université de Rouen; 2013. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/926974/filename/Drouadaine_Anne.pdf

35. Alhusein N, Killick K, Macaden L, Smith A, Stoddart K, Taylor A, et al. "We're really not ready for this": A qualitative exploration of community pharmacy personnel's perspectives on the pharmaceutical care of older people with sensory impairment. Disabil Health J. avr 2019;12(2):242-8.

36. Décision du 7 mai 2008 prise en application de l'article R. 5121-138 du code de la santé publique [Internet]. JORF n°0118 (2008). Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018824244&categorieLien=id#:~:text=7.,en%20braille%20sur%20l'%C3%A9tiquetage.>

37. Ordre National des Pharmaciens. Les cahiers de l'Ordre national des pharmaciens : Coopération Interprofessionnelle [Internet]. ordre.pharmacien.fr. [cité 9 août 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/303084/1547370/version/11/file/Cahier+th%C3%A9matique+10+-+La+coop%C3%A9ration+interprofessionnelle.pdf>

ANNEXE I : QUESTIONNAIRE PATIENTS

QUESTIONNAIRE PATIENT LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT HANDICAPE

PERSONNE REpondant AU QUESTIONNAIRE :

- Patient handicapé :** Mental Moteur Sensitif, précisez :
- Personne aidante :** Tuteur Curateur Famille Infirmier
 Autre, précisez :
- Sexe du patient :** Homme Femme
- Age du patient :** < 20 ans, précisez : 20-30 ans 31-40 ans
 41-50 ans 51-60 ans 61-70 ans
 71-80 ans > 80 ans, précisez :
- Appartenance à un réseau handicap :** Oui Non
Si oui, lequel :

1. Vous sentez-vous pris en charge dans les pharmacies ?

- Pas du tout Peu Moyennement Bien Très bien

Si vous vous sentez mal pris en charge, pouvez-vous expliquer brièvement en quoi ?

2. Qu'attendez-vous de la part des professionnels dans une pharmacie ?

3. Si vous êtes vous-même en situation de handicap ou si vous accompagnez une personne handicapée, vous sentez-vous traité différemment des autres patients dans une officine ?

- Oui Non

Si Oui, pouvez-vous brièvement expliquer en quoi ?

4. Quelles semblent être les contraintes majeures rencontrées lors d'une visite à l'officine ?

- Temps accordé aux patients
- Accessibilité à l'officine (*parking, absence de rampes...*), précisez :
- Accessibilité dans l'officine (*encombrement, manque de visibilité...*), précisez :
- Horaires d'ouverture
- Monde dans l'officine
- Autre :

5. Quelles semblent être les contraintes majeures dans l'interaction avec le pharmacien ou son équipe ?

- Manque de compréhension
- Complexité de l'information donnée
- Absence ou manque d'adaptation lors de la délivrance
- Absence ou manque de conseils adaptés
- Dialogue complexe
- Autre :

6. Avez-vous l'impression que les pharmaciens et leurs équipes sont à l'aise face au handicap ?

- Pas du tout à l'aise
- Peu à l'aise
- Moyennement à l'aise
- Plutôt à l'aise
- Très à l'aise

Commentaire(s) libre(s) :

Merci pour votre participation,

ANNEXE II : QUESTIONNAIRE PHARMACIENS

QUESTIONNAIRE PHARMACIEN LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT HANDICAPE

PHARMACIEN REpondant AU QUESTIONNAIRE :

- Fonction :** Titulaire Adjoint
Sexe : Homme Femme
Age : 20-30 ans 31-40 ans 41-50 ans
 51-60 ans 61-70 ans

Type de Pharmacie : Urbain Rurale Autre, précisez :
Pharmacie en groupement: Oui Non Si oui, précisez :

NOMBRE D'EMPLOYES DE L'OFFICINE (DONT ADJOINTS, PREPARATEURS, AUTRES) :

1. Vous sentez-vous à l'aise face à un patient en situation de handicap mental ou sensitif (surdité, mutisme, cécité) ?

- Pas du tout à l'aise Peu à l'aise Moyennement à l'aise
 Plutôt à l'aise Très à l'aise

2. Êtes-vous souvent confrontés au handicap dans votre pratique ?

- Jamais Rarement Occasionnellement
 Souvent Quotidiennement

3. Pensez-vous que les personnes en situation de handicap nécessitent une attention particulière ?

- Oui Non

4. Quelles semblent être les principales contraintes lors de l'accueil et du service au comptoir (médicaments, DM, conseils...) de la personne handicapée mentale ou sensitive (surdité, mutisme, cécité) ?

1

5. Si le patient est sous curatelle/tutelle, quelles informations sont, selon vous, transmises au patient par le curateur/tuteur ?

- Aucune information Quelques informations
 L'essentiel de l'information Toutes les informations

6. Vous sentez-vous suffisamment formés face au handicap dans votre pratique quotidienne ?

- Oui Non

7. Connaissez-vous certaines instances en place, localement ou nationalement, chargées d'encadrer l'aide et la prise en charge des personnes handicapées ?

- Oui Non

Si Oui, laquelle ou lesquelles ? :

Commentaire(s) libre(s) :

Merci pour votre participation,

Martin PEDELAHORE – Etudiant de 6^{ème} année en Officine – UCA – UFR de Pharmacie

2

ANNEXE III : RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES PATIENTS

	Mental	Moteur	Sensitif								
Qui répond	Patient 40	18	13	Cécité : 1 Psychique : 3 Autiste : 2 Dyspraxique : 1							
				Tuteur	Curateur	Famille	Infirmier	Moniteur		Autre	
Accompagnant	4	10	14	3	4	3			38	69,0909091	
<hr/>											
Patient	Homme	Femme									
	39	16	55	70,9090909	29,09090909						
	<20	20-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	>80			
	2	9	15	22	7	0	0	0	55		
	Oui	Non		ADAPEI 63	MDPH 63	ADAPT	CLARA			40	
	Réseau	49	6	Moyennem ent	20	10	18	1			89,0909091
Pas du tout	Peu		Bien	Très bien							
<hr/>											
Vous sentez-vous bien pris en charge à l'officine ?			0	0	0	34	21		55		61,8181818
			Oui	Non							
<hr/>											
Vous sentez-vous traités différemment des autres ?			9	46	55						83,6363636

	Temps accordé	Accès à	Accès dans	Horraire	Monde	Autre					
Quelles sont selon vous les contraintes majeures lors d'une visite à l'officine	21	6	7	4	32	Manque de confidentialité Manque de stationnement					
	Compréhension	Complexité	Absence ou manque d'adaptation	Dialogue	Absence ou manque de conseils adaptés	Autre					
Quelles sont d'après vous les contraintes majeures lors de l'interaction avec les pharmaciens ou leurs équipes	20	22	6	24	10	Toujours bien passé					
	Pas du tout	Peu	Moyennement	Plutôt	Très						
Avez-vous l'impression que les pharmaciens et leurs équipes sont à l'aise face au handicap ?	0	3	7	28	17	55					50,9090909

ANNEXE IV : RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES PHARMACIENS

Pharmacien		Titulaire	Adjoint							%
		Fonction	Homme	Femme						
		49	4						53	92,45283
		18	35						53	
		20-30	31-40	41-50	51-60	61-70				66,037736
		3	6	19	25	5				
		3	6						53	
		Urbain	Rural							
		30	23						53	56,603774
		Oui	Non							
		34	19						53	64,150943
		1 à 5	6 à 10	11 à 15	16 à 20	Plus de vingt	Moyenne			
		22	23	2	1	1	6,102040816			
		Pas du tout	Peu	Moyennemen	Plutôt	Très				
		0	5	11	31	6	53			
		9,43396226	20,754717	58,490566	11,3207547				58,490566	
		Jamais	Rarement	casionnellem	Souvent	jotidiennement				
		0	7	28	13	5	53			
		0	13,2075472	52,8301887	24,5283019	9,43396226	52,830189			

	Oui	Non							
Pensez-vous que les personnes handicapées nécessitent une attention particulière ?	53	0	53						100
Quelles informations sont transmises aux personnes sous tutelle/curatelle ?	Aucune	Quelques	L'essentiel	Toutes					
	8	32	11	2	53				
	15,0943396	60,3773585	20,754717	3,77358491					60,377358
	Oui	Non							
Vous sentez-vous suffisamment formés face au handicap ?	18	35	53						66,037736
	Oui	Non							
Connaissez-vous des instances de prise en charge du handicap ?	18	35	53						66,037736

Résumé :

Cette thèse traite de l'accueil de patients en situation de handicap à l'officine. Nous avons souhaité établir un état des lieux des relations entre équipes officinales et patients handicapés à travers une enquête menée en parallèle auprès de ces deux populations. Notre travail s'articule ainsi autour d'une première partie de définition des termes en lien avec le handicap. Dans une seconde partie, nous nous sommes intéressés au cadre législatif du handicap en France puis à la problématique de l'accueil de patients handicapés à l'officine et aux devoirs du pharmacien à leur égard, ceci autour des bonnes pratiques de dispensation décrites par l'ordre national des pharmaciens. Enfin, une troisième partie est dédiée à nos enquêtes. Nous avons fait passer des questionnaires à des instances privées locales traitant avec des usagers en situation de handicap (ADAPEI 63 et ADAPT 63), dans le but de sonder les attentes de ces usagers et de leurs aidants en terme d'offre de soin à l'officine. En parallèle, nous avons interrogé les pharmaciens d'Auvergne pour voir comment ils gèrent le handicap au quotidien. Ces enquêtes ont montré que les patients sont globalement satisfaits de l'offre médicale en pharmacie mais qu'ils trouvent l'environnement officinal stressant, qu'ils sont demandeurs de plus d'attention et de conseils adaptés. Les pharmaciens quant à eux se sentent plutôt à l'aise dans l'accueil de patients handicapés mais rencontrent des soucis en matière de communication. Le point à améliorer en priorité à la vue des résultats de notre étude serait l'éducation au handicap des pharmaciens.

Mots-Clés :

- HANDICAP
- PATIENTS HANDICAPES
- ENQUÊTE
- PHARMACIEN D'OFFICINE
- RELATIONS
- ÉTAT DES LIEUX