



**HAL**  
open science

# Apport des sciences de la communication dans la relation de soin en officine

Camille Cerclet

► **To cite this version:**

Camille Cerclet. Apport des sciences de la communication dans la relation de soin en officine. Sciences pharmaceutiques. 2023. dumas-04547367

**HAL Id: dumas-04547367**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04547367v1>**

Submitted on 15 Apr 2024

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

**UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER**  
**UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques**

**APPORT DES SCIENCES DE LA  
COMMUNICATION DANS LA RELATION DE SOIN  
EN OFFICINE**

**Thèse**

présentée à la Faculté de Pharmacie de Montpellier  
en vue d'obtenir  
le Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie

par

Camille CERCLET

soutenue le 20 Décembre 2023

Président : Mme Hélène FENET

Professeur, Université de  
Montpellier, Docteur en  
Pharmacie

Assesseurs : Mme Audrey DE CEGLIE

Maître de Conférences,  
Université de Montpellier

Mme Orane DUCLAU

Docteur en Pharmacie



## REMERCIEMENTS

À ma famille de sang : mes parents, grands-parents, Jérôme et ma belle-sœur Bélinda (*mention spéciale à mon père pour sa relecture et correction de ce travail*)

À toi Christen, *la lanterne qui me guide lorsque l'obscurité envahit mon cœur, le soleil qui m'illumine quand je te vois,*

À toi Guilhem, *deux arbres plantés loin l'un de l'autre, dont les racines s'entremêlent et les branches se rejoignent,*

À mes amis proches : Orane, Carla, Guillaume, Estelle, *vous êtes des étoiles qui parsèment mon ciel intérieur, qui m'éclairent le chemin lorsqu'il fait noir,*

Aux amis qui partagent des bouts de chemin avec moi, Faribole et Scotte, Clémentine, Gabriel, Hélène, Tom, Nono, Denis et Gwenaël, ainsi que tout ceux que je n'ai pas la place de citer ici mais qui savent l'affection que je leur porte, *partir m'a permis de vous rencontrer, et de m'offrir des lieux où revenir pour vous y retrouver,*

Aux équipes officinales qui m'ont accueillie, pour m'avoir fait grandir, particulièrement Marie-Christine, Isabelle et Julien, *vous représentez des valeurs que je souhaite cultiver dans mon exercice personnel, et je suis heureuse de vous connaître,*

À toi qui te reconnaîtra peut-être, *parce que l'Art nous donne envie de nous fondre dans son courant, parce qu'il soigne autant qu'il peut détruire, parce qu'il nous dépasse et permet de se toucher l'âme : et lorsque l'âme souffre, alors c'est le monde entier qui s'effondre,*

**Il existe plusieurs formes d'amour, et à chacun-e d'entre vous j'en porte une singulière.**

Merci également à ma présidente du jury, Mme Fenet, et ma directrice de thèse, Mme De Ceglie, de m'avoir soutenue tout au long de ce vaste projet et d'avoir cru en ce sujet particulier.



# SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	3
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	6
LISTE DES FIGURES ET SCHÉMAS.....	7
INTRODUCTION.....	8
I – BASES DE LA COMMUNICATION.....	13
A - De la nature de la relation aux rapports de position.....	13
1 - Nature et formes d'une relation.....	13
2 - Structure du rapport interpersonnel.....	15
3 - De l'intersubjectivité à la co-construction dynamique des relations interpersonnelles.....	19
B - Genèse des conflits et stratégies de résolution.....	32
1 - Sources de difficultés et posture générale pour sortir du conflit.....	32
2 - Théorie du changement de l'école de Palo Alto.....	42
II – DÉVELOPPER SES OUTILS DE COMMUNICATION.....	49
A - La mentalisation.....	49
1 - Aspects théoriques et intérêt pour le pharmacien d'officine.....	49
2 - Activer la mentalisation.....	55
a) De l'orientation dans le processus mentalisant à l'activation de la mentalisation.....	55
b) Exemples concrets d'applications.....	62
B - Les mécanismes de défense.....	69
1 - Aspects théoriques et intérêt pour le pharmacien d'officine.....	69
2 - Repérer les mécanismes les plus fréquemment rencontrés en officine.....	74
C - Les compétences émotionnelles.....	97
1 - Aspects théoriques et intérêt pour le pharmacien d'officine.....	97
2 - Proposition de programme de développement des compétences émotionnelles.....	103
a) Séance 1 : Identifier les émotions.....	104
b) Séance 2 : Comprendre les émotions.....	108
c) Séance 3 : Réguler les émotions.....	114
d) Séance 4 : Exprimer ses émotions.....	125
e) Séance 5 : Utiliser ses émotions.....	130
f) Séance 6 : Construire des ressources durables.....	135
III – EXEMPLES DE TECHNIQUES DE GESTION DES CONFLITS : PRÉSENTATION ET ÉTUDES DE CAS.....	139
A - Gineste-Marescotti et Validation : exemple du patient alzheimer.....	139
1 - Présentation de la maladie d'Alzheimer.....	139
2 - Présentation des techniques.....	139
3 - Étude de cas.....	147
B - Technique de confusion : exemple du patient addict.....	150
1 - Présentation de l'addiction.....	150
2 - Présentation de la technique.....	155
3 - Étude de cas.....	157
C - Gestion de l'utopie : exemple du patient borderline.....	160
1 - Présentation du trouble borderline.....	160
2 - Présentation de la technique.....	163
3 - Étude de cas.....	164
D – Autres.....	167
CONCLUSION.....	171
BIBLIOGRAPHIE.....	175
ANNEXES.....	183

## SIGLES ET ABRÉVIATIONS

<b>ACT :</b>	Thérapie d'acceptation et d'engagement
<b>AMC :</b>	Association Médicale Canadienne
<b>AMELI :</b>	Assurance Maladie En Ligne
<b>ANESM :</b>	Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux
<b>ASTERIA :</b>	Améliorer la Santé Tous Ensemble Réseau Information Action
<b>CSAPA :</b>	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
<b>DPC :</b>	Développement professionnel continu
<b>EHPAD :</b>	Établissement d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes
<b>ETP :</b>	Éducation Thérapeutique du Patient
<b>DSM IV :</b>	Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, vers.4
<b>FNARS :</b>	Fédération des Acteurs de la Solidarité
<b>HAS :</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HCSP :</b>	Haut Conseil de la Santé Publique
<b>HPST :</b>	Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires
<b>IDE :</b>	Infirmier-e Diplômé-e d'État
<b>INIST :</b>	Institut de l'Information Scientifique et Technique
<b>INSERM :</b>	Institut National de la Santé et de la Recherche médicale
<b>IRESP :</b>	Institut pour la Recherche en Santé Publique
<b>OPIQ :</b>	Ordre Professionnel des Inhalothérapeutes du Québec
<b>PNJ :</b>	Personnage Non Joueur
<b>SIDA :</b>	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
<b>TAD :</b>	Théorie de l'Autodétermination
<b>TPB :</b>	Trouble de la Personnalité Borderline (ou trouble de la personnalité limite)
<b>TCA :</b>	Trouble du Comportement Alimentaire
<b>VHC :</b>	Virus de l'Hépatite C

## INDEX DES FIGURES

Figure 1: La proxémie (schéma extrait du site BrainyUp) selon Edward T. Hall).....	12
Figure 2: Styles motivationnels (Sarrazin, Tessier, Trouilloud, 2006).....	25
Figure 3: Le problème à neuf point.....	44
Figure 4: Solution du problème à neuf point.....	44
Figure 5: Boussole de la mentalisation (M. Debbané et al, 2022).....	54
Figure 6: Savoir s'orienter dans l'activité mentalisante (M. Debbané et al, 2022).....	54
Figure 7: Caractéristiques des émotions (courbe gris foncé : personne sensible émotionnellement ; courbe gris clair : personne ayant un bon contrôle émotionnel) (M. Debbané et al, 2022).....	98
Figure 8: Modèle générique de la régulation émotionnelle de J. Gross, 2014 (M. Mikolajczak et al, 2022).....	112

## INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1: Adaptation du tableau sur les indices de communication ostensive (M Debbane et al, 2022).....	57
Tableau 2: Adaptation du tableau de la gestion de l'arousal, (M. Debanné et al, 2022).....	58
Tableau 3: Fonctions et utilité des six émotions de base de P. Ekman (Mikolajczak et al, 2022).....	97
Tableau 4: Tableau des compétences émotionnelles (M. Mikolajczak, 2022).....	99

## INTRODUCTION

Les professionnels de santé se sont longtemps cantonnés à l'abord biomédical et scientifique des patients en tant que malades à soigner, à travers une relation paternaliste basée sur la soumission du patient. Cependant, depuis une vingtaine d'années, se dessine une volonté de changement de ces mentalités, évoluant vers une idée de médecine plus humaniste qui prend en charge le patient en tant qu'individu dans sa globalité et reconnaît son expérience ; l'essor des maladies chroniques a largement participé à initier cette évolution, en mettant en avant l'importance de la prise en charge psychologique de ces patients dont la maladie devient une dimension à part entière du quotidien. Cette conception de la prise en charge thérapeutique a toute sa place dans la société contemporaine où la prise en charge purement clinique et pharmacologique ne répond plus aux besoins en croissance des patients, ni aux exigences réglementaires qui préconisent une prise en charge globale considérant l'individu dans ses multiples dimensions cognitive, émotionnelle et motivationnelle tout en impliquant son entourage et son environnement socio-économique et culturel.

De nos jours, nous n'attendons plus du pharmacien qu'il soit « l'expert » auquel le patient doit obéir, mais plutôt qu'il soit un professionnel du social, au contact de tout type de patients, et capable non pas de donner des consignes à suivre, mais bien d'accompagner son patient, afin d'avancer avec lui à travers la relation de soin. Et cela, aussi bien dans la prise en charge médicamenteuse, que dans tous les autres aspects de sa vie (écoute, partage de son expérience émotionnelle,...). Le pharmacien est d'ailleurs un des professionnels de soin le plus intimement en contact avec ses patients, de part ses compétences et ses missions qui favorisent la création de liens forts, comme par exemple sa compétence d'écoute et sa disponibilité à tout moment pour l'échange, le respect du secret professionnel, ses missions de sensibilisation, de promotion et d'éducation pour la santé, etc... Il exerce également fréquemment un rôle important dans la coordinations et la communication entre les différentes institutions et professionnels de santé.

Le métier de pharmacien d'officine est en constante évolution : nous pouvons par exemple noter l'importance de la loi HPST (21/07/2009) et de la nouvelle convention pharmaceutique du 04/04/2012 qui ont marqués un tournant majeur dans l'histoire de la pharmacie, en élargissant les compétences des pharmaciens d'officine via, par exemple, la mise en place d'actions d'éducation thérapeutiques du patient (ETP, entretiens pharmaceutiques,...), du statut de pharmacien référent (préparation des piluliers en EPHAD, coordination des professionnels de santé via le rôle de correspondant au sein de l'équipe de soins, renouvellement de traitements chroniques périodiquement avec l'accord du médecin ou à sa demande, modification de posologies, bilan d'ordonnance,...). Ces textes ont permis non seulement au pharmacien d'officine de renforcer son rôle dans les missions de prévention et d'éducation pour la santé, de confirmer sa place en tant que professionnel de santé de

proximité devant assurer la permanence des soins, mais a aussi contribué aussi à étendre le champ de ses compétences au suivi des patients atteints de pathologies chroniques tout en insistant sur l'importance de la coopération entre soignants dans l'optimisation de l'offre de soins de premier recours et l'amélioration de la prise en charge des malades (I. Bouti, 2017 ; Legifrance, 2002, 2009, 2013, 2015 ; HCSP, 2009 ; INIST-CNRS, 2017 ; Collège des pharmaciens, 2022 ; FNARS, 2016 ; AMC, 2002-2021).

De plus, comme l'a particulièrement illustré la pandémie de COVID-19 qui a demandé une réorganisation en urgence de l'offre de soins et une mobilisation des soignants d'une envergure majeure, dans un climat d'incertitude, la pression mise sur les soignants ne cesse d'augmenter. La société s'enfonce de plus en plus dans un climat de tension, d'agressivité, avec des patients présentant des troubles psychologiques et interactionnels toujours plus nombreux ; les effectifs de soignants ne cessent de se restreindre, demandant à ceux qui restent de pallier le manque de professionnels face à une demande toujours plus grande de prise en charge médicale et psychologique. Travailler sous tension, dans un climat anxiogène, souvent avec un manque de moyen, et sans outils adéquats poussent irrémédiablement la santé mentale des soignants dans ses retranchements : le nombre croissant d'abandons de postes, de burn-out, de reconversions professionnelles, le manque d'étudiants souhaitant devenir soignants sont tous des signes d'alerte qu'il faut absolument prendre au sérieux (LR. Kapasa, 2021 ; Legifrance, 2021 ; W. El-Hage, 2020).

Au vu de tous ces rôles, compétences et missions qui ne cessent de s'étendre et de se diversifier, ainsi que du contexte actuel, l'adoption d'une posture éthique et éducative semble fondamentale dans le métier de pharmacien d'officine, notamment afin d'améliorer la prise en charge du patient et l'application des conseils. La posture et le type de communication qui en découle, que doit adopter un pharmacien face à son patient, sont très peu évoquées dans les études de pharmacie, contrairement par exemple aux formations infirmières beaucoup plus riches d'enseignements sur la posture à adopter en tant que soignant (réforme des études IDE de 2009 « Intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière »). Pourtant, cette posture conditionne non seulement la communication et la relation que nous allons avoir avec notre patient, mais également la qualité de l'alliance thérapeutique que nous allons construire avec lui. En effet, la relation entre le pharmacien et son patient s'appuie sur : leur relation affective ; la confiance du patient en son pharmacien et en la prise en charge ; la compréhension empathique et l'implication du pharmacien ; l'accord sur les objectifs et les réalisations (L. Gaston, 1990 ; I. Bouti, 2017). Une posture éthique renforcera ces éléments positivement, et une posture éducative quant à elle optimisera la compréhension et l'acquisition de connaissances, tout en favorisant l'observance et la prise d'autonomie.

Ainsi, avoir une posture professionnelle efficace demande au pharmacien d'atteindre un équilibre entre toutes ces notions, ce qui est souvent assez difficile (comment être guidant sans enfermer? Comment s'impliquer sans se déverser émotionnellement ?,...). Ces notions, relativement peu abordées dans les formations, manquent aux jeunes professionnels, les laissant avec le sentiment d'être démunis face à l'aspect psychologique de leurs métiers de soin, sans avoir les outils et les connaissances nécessaires pour pouvoir s'impliquer avec empathie, compréhension, investissement, ... dans la relation de soin et cela, sans y laisser une partie de leur santé mentale. Je suis intimement persuadée que si nous avons une solide formation en communication et en psychologie du patient, nous serions beaucoup plus efficaces dans nos exercices professionnels : plus efficaces dans la prise en charge du patient, mais aussi dans notre gestion de nous-mêmes, plus résilients. Il y a certes quelques enseignements intéressants sur le sujet en faculté de pharmacie actuellement, mais ils restent à mes yeux très insuffisants.

Ainsi, j'ai voulu à travers cette thèse, proposer à mes confrères ainsi qu'à tous les professionnels au contact du public qui s'y intéresseraient, la mise en lumière de ce que les sciences de la communication, et donc la prise en compte de l'aspect psychologique des patients, peuvent avoir comme intérêt dans notre pratique professionnelle, plus particulièrement dans la pratique officinale.

Pour cela, nous nous demanderons comment les outils de communication peuvent permettre au pharmacien d'officine de construire des relations interpersonnelles plus saines dans son expérience professionnelle ?

Dans une première partie, nous développerons ce qu'est une relation interpersonnelle, et de quelle manière elle évolue ; nous étudierons notamment comment elle peut parfois dégénérer en conflit, et de quelle manière nous pouvons favoriser la résolution de ces conflits. Cela nous donnera les bases pour pouvoir appréhender la seconde partie.

Dans celle-ci, nous explorerons divers outils dont l'utilisation à l'officine peut notablement améliorer la communication entre le pharmacien et son patient : la mentalisation, la reconnaissance des mécanismes de défense et les compétences émotionnelles. Le but de cette partie sera de proposer des moyens pour le pharmacien de développer et perfectionner ces compétences.

Dans la troisième partie, nous insisterons sur l'intérêt de toutes les connaissances, notions et compétences abordées précédemment, à l'aide d'études de cas rencontrés dans mon propre exercice officinal, qui ont tous représenté des défis relationnels et communicationnels.

La majorité des documents sources utilisés pour cette thèse appartiennent à d'autres domaines que la pharmacie (psychologie, psychiatrie, psychanalyse,...). Leurs auteurs évoquent et développent souvent des notions à travers plusieurs de leurs ouvrages, c'est pourquoi il est difficile de lier chaque notion à un ouvrage précis : j'ai ainsi choisi tout au long de cette thèse, de citer les noms des auteurs lors d'évocation de grands concepts sur lesquels ils ont particulièrement travaillé. Les dates suivantes ces noms correspondent à la date de sortie du ou des ouvrages sur le sujet évoqué que j'ai pu lire (partiellement ou en totalité), dont les titres complets sont référencés dans la bibliographie.

# I - BASES DE LA COMMUNICATION

Cette première partie se base principalement sur les écrits de l'école de Palo Alto (A. Bateman et P. Fonagy, 2006 ; P. Watzlawick, 2014), de M. Erickson (1976-1989), de G. Bateson (1988) ainsi que ceux de E. Marc et D. Picard (2005-2020). Il s'agira ici de développer ce qu'est une relation, quels éléments l'entraînent vers des difficultés pouvant dégénérer en conflit, puis nous mettrons en lumière plusieurs stratégies de résolution des conflits dont l'exploitation pourrait notablement améliorer la qualité de nos exercices professionnels, permettant ainsi au pharmacien de mieux comprendre comment fonctionne une relation interpersonnelle, et sur quels leviers il peut appuyer pour favoriser une relation saine et propice au partage.

## A - De la nature de la relation aux rapports de position

### 1 - Nature et formes de la relation

Selon E. Marc et D. Picard (2006, 2020), le contexte ne constitue pas seulement un simple environnement dans laquelle la relation se déroulerait, il exerce un effet fortement structurant sur la relation.

Nous pouvons distinguer trois dimensions constituantes du contexte. **Le cadre** est formé par les éléments physiques et temporels qui servent de décor à l'interaction. Ces éléments sont porteurs aussi de significations culturelles et symboliques (normes relationnelles, codes et rituels d'interaction,...). **La situation**, quant à elle, est une sorte de scénario qui définit et organise les relations (un cours, une réunion de travail, ...). Un même cadre peut autoriser plusieurs situations. La situation définit les enjeux d'une rencontre, les rôles tenus par chacun, les codes de l'échange, la tenue requise, ... Pour finir, **l'institution** (famille, entreprise, système de soin,...) : chaque institution est porteuse de certains types de rapports. Elle suppose aussi des styles relationnels et des règles interactionnelles.

Ces dimensions se renforcent mutuellement pour déterminer en profondeur les relations qu'elles tendent à favoriser. Nous remarquerons d'ailleurs que le domaine de la santé relève d'une institution spécifique, entraînant souvent des codes prédéfinissant les relations, comme par exemple à l'officine.

Attention, comme le rappellent D. Picard et E. Marc (2005, 2020), **le nombre d'individus dans la relation a son importance et influence profondément la nature des relations entre individus**. Cela peut générer une perte d'intimité (ressentie plus ou moins fortement) et quelques fois des tensions. Dans un groupe, on remarque notamment le besoin d'intégration et d'approbation vis-à-vis du groupe, afin d'être « validé » par les autres. Ainsi, la déviance ou la marginalité entraînent souvent le rejet et l'exclusion. Nous observons aussi dans les groupes une contagion

émotionnelle (E. Hatfield et al, 1994) : les sentiments, positifs ou négatifs, se retrouvent partagés et amplifiés. La résonance anime et entraîne le groupe, lui donne un sentiment d'unité.

Ces phénomènes différencient fortement les relations de groupe et les relations interpersonnelles avec peu de participants. Selon moi, pour limiter l'impact de ces influences, le pharmacien doit maintenir une intimité avec son patient permettant une relation à deux et non à plusieurs, afin de pouvoir plus facilement maîtriser la relation.

Comme l'explique E. T. Hall (1971), la nature d'une relation dépend aussi en grande partie de la distance qui existe ou s'instaure entre les partenaires : cette distance sera plus ou moins propice à la transmission d'information, et participera à instaurer une relation spécifique.

Il existe deux types de distance. En premier lieu, **la distance physique** : l'éloignement physique, quand il se prolonge, est souvent ressenti comme contrariant le lien affectif. Mais une trop grande proximité peut aussi rendre la communication difficile. Le type de relation est corrélé à la distance physique qui s'instaurent entre deux personnes quand ils communiquent, notion très bien illustrée par celle de la proxémie (figure 1).

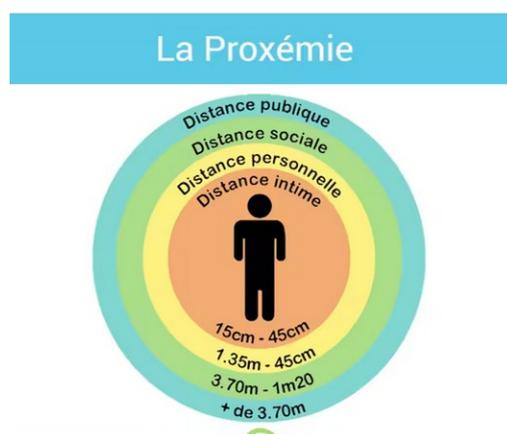


Figure 1: La proxémie (schéma extrait du site *BrainyUp*) selon Edward T. Hall)

En second lieu, **la distance psychique** : moins on se connaît, plus les relations auront tendance à être conventionnelles, ritualisées et sous-tendues par des représentations stéréotypées. Ne pouvant pas toujours nous situer par rapport à lui et évaluer ses intentions, nous hésitons sur le comportement à adopter (ignorance, accueil,...). À contrario, avec quelqu'un que nous connaissons, les relations revêtent un aspect d'obligation, même si toutes les formes de familiarité ne sont pas équivalentes (différence de degré, de nature, de niveau) : nous ne pouvons pas ignorer quelqu'un de familier. Lorsque nous interagissons avec un familier, nous avons le sentiment d'avoir une connaissance immédiate de l'autre : cette sensation d'avancer dans un univers connu, sans surprise, crée souvent le sentiment rassurant d'être protégé. La familiarité entraîne aussi souvent une certaine forme de solidarité aprioriste ou

systématique, car le sentiment de similitude qu'elle engendre favorise l'inter-identification.

Nous remarquerons qu'à l'officine, le pharmacien doit réussir à jongler entre le rapprochement et l'éloignement : en effet, la relation pharmacien/patient demande une certaine intimité pour s'épanouir, pour permettre au patient de s'ouvrir à nous, mais nécessite parallèlement de garder une certaine distance afin de garder le contrôle de la relation.

Outre la distance, la relation interpersonnelle s'inscrit dans une triple temporalité (E. Marc et D. Picard, 2006, 2020). Chacune a son importance dans la relation entre le pharmacien et son patient.

Tout d'abord, **la temporalité propre à chaque sujet** : notre façon d'entrer en relation est influencée par nos expériences passées. Une certaine intimité peut naître du simple fait que nous nous voyons souvent, comme c'est le cas par exemple avec nos patients réguliers. Par exemple, si nous parlons à un patient que l'on connaît bien, nous savons quelles sont les caractéristiques de notre relation : nous avons donc des attentes et des anticipations qui vont influencer sur la rencontre.

Ensuite, **la temporalité de la relation elle-même** : chaque relation, quelque soit sa nature, a un commencement, un déroulement et une fin. En officine par exemple, nous n'abordons pas de la même manière un nouveau patient, un patient que nous connaissons relativement bien et un patient qui vient chez nous depuis longtemps.

Enfin, **la temporalité propre à la rencontre elle-même** : « ici et maintenant ». Il y a toujours une dimension d'imprévu qui répond à une dynamique propre à l'interaction, dynamique qu'aucun des protagonistes ne maîtrise complètement. Elle dépend notamment du contexte dans lequel l'interaction se déroule (lieu, personnes présentes, ...). En officine, l'interaction même avec un patient régulier dépend fortement de son état à l'instant T (douleurs, anxiété,...).

Ainsi, le contexte, la temporalité et la distance influent sur la relation entre le pharmacien et son patient, en impactant les deux caractéristiques d'une relation interpersonnelle : l'attitude (positive ou négative) qu'on adopte envers l'autre, et la qualité du lien qui nous unit à lui. Ce sont ces deux caractéristiques qui tendront à définir, dans toute relation, la position respective que prennent les protagonistes, soit la notion de rapport de place.

## 2 - Structure du rapport interpersonnel

D'abord évoquée à travers la définition de « statuts » spécifiques au sein des relations interpersonnelles par R. Linton (1977), cette notion de **rapport de place** est ensuite largement reprise, notamment par E. Marc et D. Picard (2006, 2020). Le rapport de place, tel qu'ils le définissent, fonde la spécificité de chaque relation : un même individu change généralement de position en fonction de ses partenaires.

La **notion de rapport** indique que les positions prises par les individus dans une relation ne sont pas indépendantes et juxtaposées, mais qu'il existe entre elles un lien et un ajustement mutuels. A travers la communication, chacun vise une certaine place, mais assigne aussi à son/ses interlocuteur/s une place qui complète, renforce et justifie la sienne. Les interlocuteurs peuvent accepter et entériner la place qu'on leur assigne, mais peuvent aussi la contester et tenter d'établir un autre rapport.

**Cette place** indique un positionnement dans un réseau relationnel qui, à la fois, identifie le bénéficiaire et le situe dans une structure. Cette notion peut, bien sûr, être reliée à celles plus anciennes de « statut » (R. Linton, 1977) et de « rôle »<sup>1</sup>.

**Le rapport de place** est donc déterminé à la fois par des facteurs sociaux, interactionnels et subjectifs. Cette détermination comporte une part subjective, car la prise de place s'inscrit souvent dans des stratégies identitaires et relationnelles, stratégies liées à la représentation que le sujet se fait de lui-même et à son estime de soi. Mais fréquemment, c'est l'aspect institutionnalisé domine, si bien que le rapport de places préexiste à la relation qui s'instaure et découle de rôles sociaux plus ou moins profondément inscrits dans une culture, comme c'est souvent le cas en officine.

Comme le mettent en avant G. Bateson (1988) et D. Picard et E. Marc (2006, 2020), ces rapports de places déterminent trois grands types de relation, introduisant la question fondamentale de l'équilibre ou du déséquilibre perçus par chaque partenaire. Tout d'abord, **les rapports symétriques** : dans ce type de rapport, les échanges sont égaux, il n'est question ni de pouvoir, ni de soumission, ni de hiérarchie.<sup>2</sup> Au contraire, **les rapports asymétriques hiérarchiques** impliquent l'existence d'une position haute et d'une position basse. Celles-ci peuvent résulter d'un statut ou plus simplement d'une position subjective induite par l'histoire et la personnalité respective des intervenants. Ces deux types de rapports ne semblent pas adaptés à la relation entre un pharmacien et son patient : en effet, ils ne sont pas des égaux, pour autant aucun n'est le « supérieur » de l'autre. Nous nous concentrerons donc sur le troisième type de rapport, qui semble le plus adapté en officine : **les rapports asymétriques complémentaires**. En effet, un pharmacien et son patient sont dans une complémentarité de rôles : le patient expert de lui-même, le pharmacien professionnel de santé et expert du médicament. Les rapports complémentaires n'impliquent pas nécessairement de relations de pouvoir et se caractérisent essentiellement par la différenciation des rôles et des attitudes.

---

<sup>1</sup> La notion de place s'ancre à la fois dans la réalité objective, sociale et culturelle (différence des statuts et rôles relationnels qu'elle impose), dans l'imaginaire (la façon dont chacun se situe subjectivement et ressent sa position), et dans un système symbolique qui la dépasse (famille, entreprise, école...). Nous remarquerons qu'en officine, selon le patient en face de nous, la place qu'il nous attribue peut varier très largement, allant du simple vendeur de médicament « épicier » à l'expert à qui il doit obéir, en passant par tout un éventail entre ces deux extrêmes. Il faut tout de même noter que depuis quelques années, notre place tend à évoluer vers celle d'un accompagnant du patient expert de lui-même, en se détachant petit à petit du paternalisme d'antan.

<sup>2</sup> D'un point de vue formel, la similarité des positions se traduit par l'échange de messages « en miroir » (ayant la même forme et le même niveau d'implication) : même façon de se saluer, même degré d'intérêt, ...

Le caractère symétrique, complémentaire ou hiérarchique d'une relation peut évoluer et se transformer au cours du temps. Et il n'est pas rare qu'une relation initialement ou statutairement complémentaire dérive vers la hiérarchie (à éviter dans notre métier).

Comme le soulignent G. Bateson (1988) et E. Marc et D. Picard (2020), il n'y a pas de rapport de place bon ou mauvais : ce qui compte, c'est la manière dont il est vécu, et donc selon si les protagonistes le ressentent comme juste. Si c'est le cas, on dira que **la relation est équilibrée**, ce qui est une condition essentielle de l'alliance thérapeutique.

Une des formes de « pathologie de la communication » (E. Marc et D. Picard, 2006, 2020) peut survenir lorsque le rapport de place est vécu comme déséquilibré : les partenaires ne communiquent plus que pour asseoir ou démontrer leur position. Cela arrive généralement lorsqu'un des partenaires a le sentiment d'être floué ou lésé, ce qui peut advenir très facilement en officine via, par exemple, la victimisation, le jugement, ou l'abord du patient à travers des stéréotypes marqués.

L'évolution pathologique du rapport symétrique se traduit par une sorte d'escalade dans le désir de prouver à l'autre qu'on est au même niveau que lui voire au dessus<sup>3</sup>, menant alors à une escalade symétrique.

L'évolution pathologique du rapport asymétrique complémentaire peut amener à transformer une complémentarité en inégalité : la démonstration de pouvoir de l'un masque sa peur de ne pas être obéi ; la soumission de l'autre dévoile la peur de ne pas être accepté, d'être abandonné.

Nous remarquerons que le rapport hiérarchique est celui qui amène le plus de risque de basculer dans le pathologique (E. Marc et D. Picard, 2020) : lorsque la relation est vécue subjectivement comme hiérarchique, celui qui se sent en position basse éprouve souvent des sentiments pénibles (crainte d'être écrasé par l'autre, agressivité, ...), c'est pour cela que, selon moi, ce rapport ne semble pas adapté à la relation entre un pharmacien et son patient et doit à tout prix être évité.

Il peut être intéressant de mentionner ici l'importance des rituels sociaux dans l'établissement des rapports de place et l'équilibre des relations, largement explorés par D. Picard dans ses nombreux ouvrages sur le sujet (1995, 2007, 2019, 2020 avec E. Marc). Ces rituels sont des suites de comportements appris qui s'enchaînent de façon quasi-immuable et que nous adoptons dans des situations prévues par une culture donnée, par exemple accueillir le patient au comptoir avec un sourire et un bonjour. Toutes les formes de relations sociales comportent une part plus ou moins grande d'actes ritualisés, parce que toutes les situations de rencontre risquent de mettre en péril notre identité et notre position sociale. Ils sont de grands atouts pour assurer un sentiment d'équilibre quelque soit le type de rapport : ils sont construits sur une forme de réciprocité, favorisant alors un sentiment d'équité, agissant comme des régulateurs fondamentaux des contacts sociaux. C'est une sorte de système de

---

3 Par exemple, ne jamais être celui qui cède.

défense, qui peut permettre de répondre à plusieurs enjeux : la **reconnaissance et confirmation**<sup>4</sup>, la **prévention et protection**<sup>5</sup>, la **réparation**<sup>6</sup>, et l'**équilibre**<sup>7</sup>. Ce sont, en quelque sorte, des stratégies de régulation qui non seulement facilitent les relations et la communication avec les autres, mais constituent aussi des marques de reconnaissances subtiles et variées, ce qui montre non seulement que nous avons reconnu la personne en tant qu'individu, mais que nous savons la position (place) que nous occupons auprès d'elle (D. Picard, 2007), et qu'elle-même occupe auprès de nous. Cependant, ces principes de savoir vivre sont loin d'être respectés par tous. Leur transgression amène souvent des conflits, ce qui montre l'importance de les respecter et de les marquer dans toute communication, car ils répondent à des besoins profonds (identitaire, territoriaux). Ils amènent une dimension altruiste qui tempère l'égoïsme spontané des individus. Lorsqu'elles font défaut, nous constatons que, dans leurs stratégies relationnelles, les gens oublient facilement l'accord tacite, la réciprocité et le respect d'autrui ; et que les relations basculent rapidement dans l'affrontement et la violence (D. Picard, 1995).

Selon moi, ces rituels sociaux sont particulièrement utiles en officine, car même lorsque le pharmacien a la volonté d'établir des rapports complémentaires, le patient se retrouve souvent en position de faiblesse (puisqu'il vient demander un soin, de l'aide,...). Répondre avec tact et implication à cette sollicitation, en minimisant le service rendu via les rituels sociaux et la politesse permet au pharmacien d'éviter de placer le patient dans une position humiliante. Ainsi, nous témoignons à une personne en position inférieure un intérêt compensatoire et réintroduisons ainsi, de manière symbolique, une forme d'équilibre dans une relation déséquilibrée.

Nous avons exploré divers éléments constitutifs d'une relation. Bien que la connaissance de ces éléments nous permettent de mieux appréhender ce qu'est une relation interpersonnelle, il est important de ne pas considérer la communication comme un ensemble de données, mais bien comme un ensemble de phénomènes dynamiques qui co-construisent la relation : dans la représentation que s'en font les protagonistes, dans la façon dont ils les utilisent à des fins stratégiques et se laissent influencer par eux. Il est donc important de prendre en compte l'objectif mais aussi le subjectif de chaque situation.

---

4 Le but est donc la reconnaissance mutuelle : du pharmacien en tant que professionnel de santé, du patient en tant que connaisseur de ses maux et de ses besoins.

5 Par exemple à l'officine, nous ne devons pas nous imposer brutalement sans nous annoncer et sans y être invité dans un espace où le patient est censé se sentir en sécurité (salle de vaccination, salle d'entretien thérapeutique, distance d'intimité au comptoir dont vous n'êtes pas l'un des protagonistes,...).

6 Le but est d'annuler toute atteinte (même involontaire) faite à la face d'autrui ou toute incursion malencontreuse dans son territoire, comme par exemple l'utilisation de l'excuse lorsque vous faites une erreur au comptoir impliquant votre patient.

7 Ici, l'objectif est compensatoire : une action positive à l'initiative de l'un, entraînent une compensation de l'autre, afin d'équilibrer l'échange. Par exemple, remercier le patient qui vous transmet ses informations et sa carte vitale.

### 3 - De l'intersubjectivité à la co-construction dynamique des relations interpersonnelles

Comme l'explique G. Mead (1982), la conscience de soi en tant qu'individualité est une construction progressive qui résulte des interactions sociales : ainsi nous pouvons dire que les relations interpersonnelles permettent, dès la naissance, la **construction de la personnalité**. « C'est en adoptant le point de vue des autres que l'individu peut se percevoir comme une sorte d'objet doté d'une certaine identité » (E. Marc et D. Picard, 2020). L'essentiel de ces processus de construction reste largement inconscient. Autrement dit, ce sont moins les relations réelles qui comptent dans cette perspective que la façon dont on les perçoit subjectivement et dont elles sont investies par le désir. Ainsi, l'**intersubjectivité** est au cœur de notre construction individuelle, mais aussi de la construction de nos relations ; prendre en compte l'aspect intersubjectif d'une relation, c'est appréhender chacun des partenaires de cette relation du point de vue de sa subjectivité (opinions, croyances, sentiments,..).

Nous allons tout d'abord explorer quelques notions essentielles pour bien comprendre cette notion d'intersubjectivité.

« Les relations qu'on entretient avec autrui sont, bien évidemment, marquées par la nature du **lien affectif** qui nous unit à lui » (E. Marc et D. Picard, 2020). Le lien affectif est souvent vécu comme un partage et un échange, et ainsi un lien affectif fort et sain favorise une alliance thérapeutique solide. Certains chercheurs tels que D. Byrne et R. Baron (1967, 1997) considèrent que nous tissons des liens affectifs pour satisfaire un besoin de similitude : les sujets semblables suscitent des sentiments positifs, et les sujets différents des sentiments négatifs. D'autres comme R. Winch (1954) insistent plutôt sur le besoin de complémentarité : avoir recours à l'autre compenserait alors un manque. Il n'est sans doute pas pertinent de trancher entre le besoin de similitude et celui de complémentarité, les deux coexistent. Il est important de dire que ces deux manières de considérer la création du lien affectif reposent sur des faits (similitudes et éléments complémentaires). Des auteurs tel que J. Maisonneuve (2002) insistent sur le fait que la création du lien affectif repose non seulement sur des faits, mais aussi sur des processus (quelqu'un qui à la base nous inspire du rejet, peut par la suite nous devenir intime). Nous noterons, quoi qu'il en soit, une tendance à se lier aux gens proches de soi physiquement, ce qui explique la facilité avec laquelle les patients peuvent s'attacher à leur pharmacien, particulièrement dans les officines « de quartier » ou de village où pharmacien et patients se fréquentent régulièrement.

Une autre notion importante pour comprendre l'intersubjectivité, est le fait qu'il existe une **dissymétrie et une différence fondamentale entre le rapport à soi et le rapport aux autres** (R. Laing, 1980). En effet, dans toute relation, nous percevons les comportements de l'autre mais nous n'avons pas accès à son expérience subjective (ce qu'il reçoit, ressent et pense). À l'inverse, nous sommes en contact avec notre expérience subjective, mais nous ne voyons pas nos comportements

comme l'autre peut les voir (gestes, mimiques, postures et leurs interprétations par l'autre). Il n'y a donc aucun accès direct à l'expérience de l'autre ; les expériences subjectives sont très difficiles à communiquer. L'intersubjectivité résulte alors de l'expérience que chacun a du comportement de l'autre ; nous attribuons, selon notre expérience, tel ou tel comportement à l'autre pour telles ou telles raisons (et cette attribution peut mener à des erreurs). Il est donc primordial que le pharmacien garde à l'esprit la subjectivité de ses expériences, et de celles de ses patients, afin de limiter au maximum les quiproquos et autres erreurs d'attribution qui pourraient l'amener à mal analyser les comportements de ses patients<sup>8</sup>.

Bien que notre expérience et celle d'autrui sont disjointes (R. Laing, 1980), certains professionnels comme C. Rogers (1998, 2013) ont mis l'accent sur la plus ou moins grande capacité que nous avons à nous mettre « à la place d'autrui », à essayer de ressentir son expérience subjective telle que lui-même la ressent : c'est ce qu'on appelle **l'empathie**. La résonance intérieure (émotionnelle, affective et cognitive) de ce que l'autre exprime nous permet de comprendre ce qu'il peut ressentir et penser, malgré que nous ne ressentions jamais pleinement ce que ressent l'autre (E. Marc et D. Picard, 2020). Cela montre qu'il existe une sorte de communication immédiate qui passe par l'écho dans notre propre corps des manifestations corporelles et émotionnelles d'autrui<sup>9</sup>. L'importance de ce processus a été corroborée par les neurosciences grâce aux travaux sur les des neurones miroirs reproduisant chez un observateur les mêmes circuits que ceux activés chez l'interlocuteur (A. Berthoz et G. Jorland, 2004). L'**absence d'empathie** rend la communication très difficile : elle peut être causée par l'inattention, l'incompréhension ou par la volonté de ne pas entrer dans le jeu de quelqu'un<sup>10</sup> (en feignant de ne pas le comprendre). Mais elle peut être aussi inhérente à certains traits de personnalité comme l'égoïsme : certains individus, du fait d'une histoire personnelle traumatisante ou insécurisante, sont trop préoccupés par leurs propres défenses personnelles pour pouvoir adopter le point de vue des autres. Elle peut également découler d'une crispation rigide sur un type de rapports de place (peur du changement de rapports,...). Il est intéressant de noter que l'empathie est particulièrement difficile avec les patients ayant des fonctionnements très différents des nôtres : il est beaucoup plus facile d'empathiser avec quelqu'un qui nous ressemble, qu'avec par exemple quelqu'un ayant un neuroatypisme, une pathologie psychiatrique ou une addiction que nous ne connaissons que peu. C'est pour cela qu'il me semble essentiel dans nos métiers d'officinaux (qui nous demande d'interagir avec de très nombreux types de patients) d'apprendre à développer nos capacités de compréhension des autres.

---

8 Il peut être intéressant de mettre en place à l'officine, un carnet ou un espace sur la fiche patient permettant de noter des détails notables (par exemple, que untel va se faire opérer de telle chose à telle date, que untel a perdu sa mère, que untel s'est disputé avec tel collègue,...). Cela peut permettre une meilleure évaluation de la subjectivité de chacun.

9 Cette définition de la résonance intérieure rappelle celle d'échoïsation corporelle (Cosnier, 1996).

10 Par exemple, il peut arriver que des patients en officine tentent de manipuler consciemment les pharmaciens pour arriver à leurs fins, ce qui peut rompre l'empathie de ces derniers envers leurs patients.

C. Rogers (1998, 2013) met l'accent sur une autre disposition importante pour la communication interpersonnelle : « **la congruence** ». Cette notion désigne l'adéquation entre ce qu'une personne ressent, la conscience qu'elle en a et la façon dont elle l'exprime. Un manque de congruence risque d'opacifier la relation, et amène souvent une sensation de malaise et la méfiance.

Ainsi, l'empathie et la congruence peuvent apparaître comme les conditions d'une bonne communication et de relations efficaces (S. Tisseron, A. Michel, 2010).

Il est important de mentionner ici l'importance des émotions et de leur expression dans les relations intersubjectives. « L'émotion consiste en une manifestation affective passagère, de plus ou moins forte intensité (peur, colère, joie, excitation,...), comportant des aspects expressifs, subjectifs et somato-végétatifs » (E. Marc et D. Picard, 2020). Il existe un lien étroit entre représentation subjective et émotion, l'émotion correspondant à la valeur affective de la représentation (J.Y. Arrivé, 2001) ; c'est à travers la résonance émotionnelle que l'interlocuteur ressent les différents aspects de l'autre.

Si la situation de communication relève d'éléments intersubjectifs comme l'empathie et la congruence, elle dépend également de **mécanismes intersubjectifs** fonctionnels (E. Marc et D. Picard, 2005, 2006, 2020). En effet, l'intrapsychique et l'interactionnel dans la communication sont intriqués. Nous allons voir quelques exemples de mécanismes intersubjectifs inconscients auxquels nous, pharmaciens, et nos patients avons souvent recours et qui influencent grandement nos rapports à autrui (positivement comme négativement).

Avant de s'exprimer (ou en s'exprimant), le locuteur opère plus ou moins consciemment une sorte d'évaluation prospective de ce qu'il peut dire et avec quelle formulation : c'est **l'anticipation**. Ce calcul anticipatif se fait en fonction de la prévision des réactions possibles de l'interlocuteur<sup>11</sup>, de l'expérience antérieure<sup>12</sup>, de la perception qu'a le sujet de la relation et du contexte<sup>13</sup>, et de la représentation que le sujet se fait de la situation<sup>14</sup>. Ainsi, en anticipant les réactions de l'autre et les conséquences de nos comportements, nous modulons notre expression en fonction de ce qui nous semble acceptable par l'autre et convenable par rapport à la situation et à la relation.

Parmi les mécanismes intersubjectifs auxquels nous sommes confrontés à l'officine, nous pouvons également citer **les mécanismes de défense**. Ils ont pour but la protection de soi et de sa relation à autrui et sont repérables au niveau de l'expression

---

11 En officine, le pharmacien essaye souvent d'anticiper les réactions possibles de ses patients selon ce qu'il va dire, par exemple « si je lui dis non, mon patient va-t-il s'énerver ? »

12 Par exemple, un pharmacien sait quels patients ont tendance à oublier les ordonnances, les cartes vitales, ect...

13 Par exemple, un patient qui demande une grosse faveur à son pharmacien, peut être très détendu s'il anticipe que le pharmacien va forcément céder.

14 Cette représentation peut inclure des éléments imaginaires et projectifs, par exemple le patient peut partir du principe que le pharmacien sera forcément bienveillant en toute circonstance, et presque « à son service ». Nous noterons que la représentation de l'interlocuteur faite par le sujet est souvent en rapport avec sa représentation de lui-même, par exemple un patient qui prend mal son traitement peut facilement s'imaginer que le pharmacien va être sévère et le réprimander.

de celui qui les utilise par plusieurs indicateurs observables comme par exemple l'autocorrection<sup>15</sup>, l'euphémisation<sup>16</sup>, la précaution<sup>17</sup>, la suspension<sup>18</sup> ou encore l'ambiguïté<sup>19</sup> (E. Marc et D. Picard, 2006). Ces mécanismes sont étroitement liés au rapport à autrui, et leur emploi peut opacifier la relation ou encore la détériorer : c'est pourquoi il est important de savoir les comprendre et les repérer, notamment dans le cadre d'une relation patient/soignant, comme nous le verrons dans la partie II. Un autre mécanisme intersubjectif courant est **l'interprétation**. La compréhension d'un message s'apparente à une démarche d'interprétation sous-tendue par des mécanismes d'inférence, c'est à dire des mécanismes de déduction et de construction du sens à partir d'indices explicites ou implicites contenus dans le message et d'une grille interprétative propre à chacun. En effet, le processus interprétatif se fait, bien sûr, à partir d'un univers de représentations partagées, mais aussi à partir du système motivationnel de chacun (désirs, peurs, attentes, intérêts,...) : on entend souvent ce qu'on veut entendre ou ce qu'on a peur d'entendre. Ce mécanisme peut mener à des erreurs plus ou moins importantes de compréhension et d'analyse des situations (quiproquos,...) pouvant fortement impacter la relation entre le pharmacien et son patient.

Le mécanisme de **feed-back** a lui aussi un impact majeur sur la perception de chacun des situations et relations : constamment, nous réagissons aux expressions et comportements de l'autre en lui renvoyant volontairement ou non des indices de notre perception de ses réactions (et inversement). Ces indices peuvent être verbaux ou non. Nous avons vu que chaque partenaire dans une relation n'a qu'une perception floue de ses comportements relationnels ; le feed-back est donc un miroir lui permettant de mieux « se voir » à travers le retour d'autrui. C'est un autre aspect, avec l'interprétation, de la co-construction du sens à travers le dialogue<sup>20</sup>.

Pour finir, abordons **la régulation intuitive des émotions** : parce qu'elles sont révélatrices de mouvements profonds et intimes, les émotions et notamment leurs manifestations font l'objet d'un contrôle important et de réactions défensives (peur d'être submergé, de se dévoiler,...) telles que par exemple la répression et l'inhibition de l'expression émotionnelle, l'évitement et la fuite<sup>21</sup>, la dérivation<sup>22</sup>, ou encore le masquage<sup>23</sup>. Ces mécanismes permettent aux sujets un certain contrôle émotionnel

---

15 Ici, la personne rature son propre discours pour en extraire un élément gênant.

16 Ici, la personne atténue ses propos pour les rendre plus acceptables. Par exemple, lorsqu'on est très choqué du discours d'un patient : « Je suis surpris que vous disiez cela ».

17 Ici, la personne tend à prévenir une interprétation négative de la part de l'autre, par exemple « Ne prenez pas mal ce que je vais dire ».

18 Ici, la personne omet un mot qu'elle voulait prononcer par crainte qu'il ne choque ou pose problème.

19 Ici, la personne tend à énoncer des propositions contradictoires qui rendent le discours confus et qui en masquent les aspects problématiques, par exemple « vous savez que je vous apprécie, mais... ».

20 Par exemple : un patient commence à hausser le ton, il ne s'en rend pas forcément compte : notre réaction par feed-back (posture, mimique, ton de la voix,...) peut lui permettre de prendre conscience de son émotion (colère, agacement, peur) et du désir qu'il a de rejeter le point de vue de sa pharmacienne.

21 Ici, la personne tente de se détourner des situations / thèmes qui pourraient provoquer des réactions affectives.

22 Ici, la personne tente de canaliser ses manifestations émotionnelles par des activités motrices (tripoter des objets, s'agiter, toucher compulsivement ses cheveux,...) ou verbales (parler beaucoup, très vite,...).

23 Ici, la personne tente de dissimuler les réactions émotionnelles spontanées par des manifestations inversées (rire quand on est gêné, feindre l'indifférence,...).

mais en même temps, ils peuvent perturber ou brouiller la communication. Ainsi, dans les métiers en contact avec le public, il est important (ne serait-ce que pour le bien-être des professionnels) de déconstruire notre vision réductrice des émotions (un élément perturbateur qu'il faut étouffer), pour pouvoir les utiliser au mieux et sans dommage sur nous-mêmes ou les autres.

Nous avons vus les principaux éléments et mécanismes de l'intersubjectivité qui influent sur la relation interpersonnelle, et donc la relation entre le pharmacien et son patient, mais la communication ne s'arrête pas simplement à la confrontation des subjectivités, elle permet aussi de **partager du sens, de co-construire des relations avec autrui**. Un grand pas a été fait dans la compréhension de la communication interpersonnelle lorsqu'on est passée de la notion de message à celle de partage des significations ou de co-construction. Ainsi, dans une relation interpersonnelle, les acteurs parlent, bougent et évoluent sous le regard l'un de l'autre : ils échangent du sens. Chacun envoie simultanément une multitude d'informations qui, combinées entre elles, produisent une certaine impression à l'autre. Chacun essaye alors de maîtriser l'effet qu'il veut produire, et s'attache à deviner ce que l'autre pense de lui (E. Marc et D. Picard ; 2006, 2020).

Il peut être intéressant ici de s'arrêter sur la notion de **niveaux de communication** et leur utilité majeure dans le partage de sens : il y a en effet dans la plupart des actes de langages un sens explicite et un sens implicite, un contenu informatif et une définition de la relation entre les interlocuteurs, un message verbal et un message non verbal,... C'est l'ensemble de ces niveaux et sens qui forment une communication totale, et qui en permettent toute la richesse et la subtilité.

La **communication non verbale** est souvent peu ou pas considérée alors qu'elle est très importante dans tout type de d'échange avec l'autre (G. Barrier, 2017) ; la posture et la tension musculaire (A. Lowen, 1977), les mimiques faciales (P. Ekman, 1970), la gestuelle (D. Morris, 1999), la ritualisation des attitudes (D. Picard, 1995) ou encore la tenue et l'apparence, par exemple, influent beaucoup sur la communication et donc la relation à autrui. Le visage est apparu comme une zone privilégiée pour l'expressivité émotionnelle ; mais certains gestes assurent également cette fonction (serrer les poings pour la colère,..). Ainsi, beaucoup de gestes ou de mimiques sont là pour appuyer, ponctuer ou illustrer le discours.

On peut associer trois principales fonctions à la communication non verbale (P Ekman, 1970). Sa première **fonction** est celle **de communication** : de nombreux signaux corporels permettent de donner des informations ou transmettre des états émotionnels<sup>24</sup>. Elle a également une **fonction relationnelle et régulatrice**, en permettant de structurer les échanges<sup>25</sup>. Sa troisième **fonction** est **symbolique** : cette dernière est assurée par des signaux qui ne prennent sens qu'à l'intérieur d'un rituel<sup>26</sup>.

---

24 Par exemple, hocher la tête pour signifier à un patient que vous validez ce qu'il dit.

25 Par exemple, marquer sa compassion et son empathie au patient en posant la main sur son épaule.

26 Par exemple, se lever de son siège lorsqu'un patient arrive au comptoir permet de montrer symboliquement que nous l'avons vu, et que nous nous mettons à sa disposition.

Ces fonctions permettent de relever que la communication non verbale n'est pas qu'inconsciente, et peut être un levier d'ajustement dans le rapport à autrui.

Au delà de l'aspect verbal ou non verbal de la communication, P. Watzlawick (2014) distingue deux niveaux d'informations dans un message : celui qui se rapporte au contenu (forme de renseignement, d'opinion, jugement, sentiment,...) et celui qui touche à la relation qui unit les partenaires (pour la confirmer, la corriger, l'infléchir, ...). Entre ces deux niveaux, il peut y avoir congruence (s'ils vont dans le même sens) ou discordance (s'il n'y a pas de cohérence entre eux).

Pour avoir une vision plus juste des relations interpersonnelles qu'il entretient, le pharmacien doit être capable d'être sensible à la fois au verbal et au non verbal de sa propre communication et de celle de son patient, mais doit aussi pouvoir détecter les différents niveaux d'information dans le discours du patient, afin de pouvoir identifier correctement le sens de son message dans sa globalité, et pas seulement ce qui semble évident.

Pour pouvoir évaluer les niveaux de communication d'un échange ainsi que les différents sens qu'il peut porter, il est important de s'arrêter sur le contexte de la situation ; en effet ce dernier est porteur de sens, de normes, de règles,... qui permet de structurer la communication. Le contexte pharmaceutique explique que le patient accepte qu'un quasi-inconnu lui pose des questions jugées ailleurs indiscretes (sur son mode de vie, son intimité, ses doutes,...), et le prenne en charge. Cependant, chaque élément de contexte peut influencer l'échange de manière positive ou négative : si le cadre ne favorise pas la confiance par exemple le patient sera moins enclin à se livrer.

En communication, il est donc primordial de s'attarder sur la signification subjective que retire notre patient de nous, d'un contexte et d'un échange (verbal ou non, aux différents niveaux,...), et il faut également savoir nous arrêter sur notre propre expérience subjective, et la réactualiser en permanence. Ainsi, nous pourrions co-construire avec notre patient une relation et une communication qui a du sens.

Nous avons vu, à travers la notion d'intersubjectivité, comment une relation se co-construit via de nombreux éléments et mécanismes, et comment les acteurs échangent du sens. Il convient maintenant de s'interroger sur ce qui nous pousse à ce partage, à cette création de relation avec l'autre ; dans toute relation, chacun cherche à satisfaire certaines motivations (besoins, désirs, intérêts..) et à atteindre certains buts (cognitifs, affectifs, économiques,...).

Tout d'abord, il me semble important d'évoquer la **théorie de l'autodétermination** (TAD ; E. Deci et R. Ryan, 1985), très bien développée dans l'article de l'IREPS (2019) sur le sujet. Elle vise à expliquer ce qui pousse chaque individu à s'engager dans des buts qui favorisent son bien-être et son épanouissement. Or, la motivation et l'entretien de celle-ci ont un très fort impact sur la capacité d'un individu à apprendre, et à mobiliser ses connaissances afin de les mettre en pratique. Cette théorie avance notamment que le bien-être des individus est déterminé par la

satisfaction de **trois besoins psychologiques fondamentaux** (R. Ryan, 1995) : ainsi, le pharmacien participant à la satisfaction de ces besoins implique et motive son patient dans son apprentissage et évolution, dans la maîtrise de son état de santé, et participe à la construction de son bien-être, en instaurant une relation de confiance au sein de laquelle « le besoin de l'autre » n'est ni disqualifiant ni humiliant, et où le patient se sentira libre de s'exprimer et d'évoluer.

**Le besoin d'autonomie** est le désir d'être à l'origine ou la source de ses propres comportements, plutôt qu'un "pion" contrôlé par des forces extérieures (Sarrazin et al., 2011). Cela amène l'individu à adopter des comportements en congruence avec ses intérêts et ses valeurs et à attribuer à soi-même les conséquences de ses comportements. Voici quelques manières de participer à la satisfaction de ce besoin :

- Reconnaître le patient comme expert de lui-même : le pharmacien reste expert dans le domaine de la santé et du médicament tout en reconnaissant et valorisant l'expertise du patient<sup>27</sup>.
- Communiquer de manière congruente : il est tout à fait possible de dire quelque chose et de montrer l'inverse à travers le corps ou le ton de la voix. Il ne s'agit pas de dire aux patients qu'ils peuvent s'exprimer librement, mais surtout de le leur faire ressentir à travers vos comportements et votre langage non verbal.
- Utiliser un langage qui facilite l'autonomie et la flexibilité<sup>28</sup>.
- Créer un espace d'expression et de retour pour les patients, afin de favoriser le sentiment de sécurité psychologique<sup>29</sup>.

---

27 En effet, l'asymétrie de posture entre le pharmacien (l'expert qui détient la connaissance) et les patients (en demande) est parfois sécurisante pour eux, cependant elle peut nuire aux besoins d'autonomie, de compétence et à la sécurité psychologique des patients. Il est donc important d'instaurer une relation plus horizontale et complémentaire, qui s'exprime d'ailleurs également à travers la structuration et l'organisation de l'officine : une séparation nette de l'officine par le comptoir « infranchissable » indique tout de suite qui est l'expert à écouter, alors que des postes individuels et ouverts renvoient une posture moins hiérarchique. Nous noterons également que l'apprentissage du patient peut se produire hors des parcours de formations, lors du vécu de situations particulières ou complexes dans la vie comme l'expérience de la maladie chronique. Il s'agit des savoirs dits expérientiels qui doivent être reconnus par les pharmaciens afin de proposer un accompagnement personnalisé à chaque patient.

28 Les verbes comme devoir et falloir renvoient à une notion de contrainte externe ou de règle rigide universelle. Il est ainsi préférable d'utiliser un langage qui renvoie plus à la notion d'autonomie, de choix, d'envie et de flexibilité (« je vous propose », « si vous le souhaitez »...) ou encore un langage plus neutre qui facilite le choix de ce qui convient à chacun (« il faut se laver le nez quand on a un rhume » => « les patients guérissent souvent plus vite quand ils se rincent le nez »). Enfin, les mots comme « consignes » sont associés à la contrainte, nous privilégions les termes de conseils renvoyant davantage à un contexte de bienveillance.

29 Il est important que les patients se sentent libres de pouvoir exprimer leurs ressentis (y compris les retours critiques concernant la prise en charge) et prendre des initiatives sans crainte du rejet, du jugement ou du risque d'une sanction : c'est ce qu'on appelle la sécurité psychologique. Se dévoiler et parler de soi peut représenter une prise de risque importante, ainsi les patients doivent sentir que s'ils prennent ce risque, ce sera pour le meilleur et non pour le pire. L'expression du patient pourra aussi lui permettre de mettre à jour la relation qu'il entretient avec ses expériences, en terme de capacité (« je suis capable d'exprimer mon inquiétude »), d'autorisation (« j'ai le droit d'exprimer mon inquiétude ») et en terme de conséquences (« Quand j'exprime mon inquiétude, le pharmacien va me rassurer sans que je passe pour quelqu'un de bête ou faible »). Par exemple, si le pharmacien dévalorise les premières prises de parole du patient, ce dernier va vite établir la norme suivante : « je ne doit parler que si je suis sûr de dire quelque chose de juste ». De plus, avoir déjà expérimenté dans un contexte sécurisant permet de développer des références et des modèles internes qui pourront être réutilisés lorsque la compétence sera requise dans le futur (Bandura, 1999).

- Gérer les désaccords avec les patients, sans rentrer dans la lutte ou la résistance

30

**Le besoin de compétence** est le désir d'être efficace dans ses interactions avec l'environnement, d'exprimer ou d'exercer ses capacités et de surmonter les défis (E. Deci, 1975). Ce besoin pousse les individus à s'investir dans des activités qui leur permettent de développer leurs capacités ou de comprendre leurs limites et à aller vers des défis adaptés à leurs possibilités. Voici quelques manières de participer à la satisfaction de ce besoin :

- Accueillir et normaliser les difficultés rencontrées, ou encore les valoriser comme une étape nécessaire à l'apprentissage et à la progression.
- Encourager les prises d'initiatives, donner des retours positifs.
- Le pharmacien peut également déconstruire sa posture d'expert neutre, par exemple par le dévoilement de soi (il ne s'agit pas de raconter sa vie, mais d'en tirer des éléments pouvant renforcer le lien affectif avec le patient).
- Pour certains patients, il peut être utile de les aider à expliciter les critères implicites qu'ils utilisent pour savoir s'ils sont plus ou moins efficaces dans leur gestion de leur maladie<sup>31</sup>.
- Communiquer des attentes et des consignes claires<sup>32</sup>.
- Donner des retours clairs et précis sur ce que la personne peut faire pour dépasser les difficultés<sup>33</sup>.

Pour finir, **le besoin de proximité sociale** renvoie au désir d'être connecté à d'autres personnes, de recevoir des soins et de l'attention, et d'appartenir à une communauté ou un groupe social. (R. Ryan, 1995). Ce besoin amène les individus à côtoyer des personnes qu'ils perçoivent comme prenant soin d'eux et à partager leurs valeurs et leurs comportements. Voici quelques manières de participer à la satisfaction de ce besoin :

---

30 Même si le pharmacien estime que le patient se trompe, il est important de ne pas rentrer dans le jeu de celui qui a raison en essayant à tout prix de convaincre l'autre. Plus nous imposons notre avis à l'autre, plus il a tendance à résister par réactance psychologique : il est donc préférable d'explorer le point de vue du patient en lui demandant les bénéfices que la mise en place de son avis apporterait, en le rejoignant sur les bénéfices qui semblent pertinents. Une fois qu'il se sent écouté, il sera moins dans une lutte contre le pharmacien et pourra envisager d'autres solutions ou encore de combiner sa solution aux vôtres. En cas de désaccord non dangereux pour la santé, il est donc préférable de laisser le patient prendre la responsabilité des décisions, plutôt que lui imposer une solution toute faite (qu'il aura tendance à ne pas utiliser), quand bien même vous êtes sûr d'avoir raison.

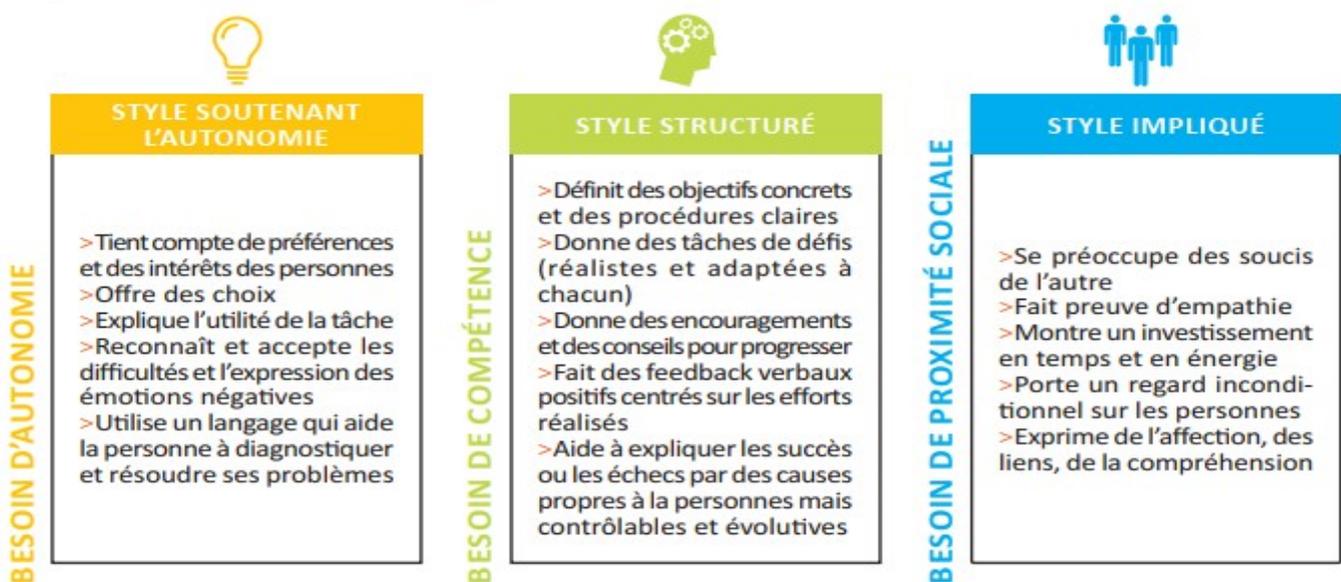
31 Ces critères jouent un rôle significatif dans l'apprentissage et la motivation, car les patients les utilisent pour évaluer leur progression. Si un patient toxicomane a comme critère de tout le temps se gérer et d'arrêter sa consommation brutalement, cela risque de générer une insatisfaction et une perte de motivation, tant l'objectif tend vers l'irréalisable. Des exigences élevées concernant la maîtrise ou la vitesse de progression/ d'apprentissage peuvent régulièrement produire ce sentiment d'être en difficulté si elles ne sont pas en adéquation avec la réalité.

32 Il est important de s'assurer que tout le monde ait bien compris la consigne, car certains patients (ou collègues) n'osent pas exprimer leur incompréhension. Pour cela, il est important de créer un climat dans lequel l'incompréhension n'est pas pénalisée et la demande de précision encouragée : ne jamais faire se sentir idiot un celui qui ne comprend pas, et toujours normaliser le fait qu'il n'est pas facile de comprendre ou de s'exprimer correctement du premier coup.

33 Il est important que les retours ciblent un niveau concret et évolutif, comme un comportement spécifique, plutôt qu'un niveau général et abstrait, ce qui figerait les difficultés de la personne.

- Faire preuve d'empathie, accorder de l'attention et de la considération pour les expériences de chaque patient. Faire sentir que chacun a de la valeur, indépendamment de sa progression ou de tout autre facteur de différence.
- Recourir à l'humour, si c'est congruent avec les personnalités du pharmacien et du patient<sup>34</sup>.
- Prendre une place qui soit au service du patient : à certains moments, il faut savoir s'effacer pour laisser plus de place au patient, et à d'autres moments être plus présent pour faire des retours spécifiques ou l'accompagner.
- Faciliter l'établissement d'un lien patient-soignant et avec les autres patients indirectement<sup>35</sup>.

On peut résumer la satisfaction de ces besoins fondamentaux à travers trois styles motivationnels (postures éducatives) complémentaires utilisables par le pharmacien (figure 2). Les recherches sur les styles motivationnels proposent d'élargir l'attention des soignants à la satisfaction de l'ensemble des besoins fondamentaux des patients par l'adoption de pratiques éducatives qui leur sont favorables, contribuant ainsi à l'évolution des pratiques professionnelles.



Adapté de Sarrazin, Tessier, Trouilloud, 2006.

Figure 2: Styles motivationnels (Sarrazin, Tessier, Trouilloud, 2006)

34 Le recours à l'humour peut permettre d'apporter de la légèreté à des sujets qui peuvent être lourds. Cependant, il est important que l'humour du pharmacien n'ait pas comme fonction d'éviter ses propres émotions et celles des patients par le rire.

35 Les connaissances et compétences des patients s'enrichissent au contact de la diversité des expériences, ressources et difficultés rencontrées par les autres patients, à travers le pharmacien. Cela permet aux patients de comprendre qu'ils ne sont pas seuls, et construire des représentations plus réalistes sur la manière dont chacun fait face à ses difficultés.

Présentées selon la TAD, les motivations des partenaires d'une relation semblent limpides. Elles sont pourtant souvent contradictoires : s'ouvrir à autrui et se préserver du contact, se dévoiler et protéger son intimité, coopérer et entrer en compétition /rivalité,... Pour comprendre la dynamique psychologique relationnelle, il faut donc comprendre la **conflictualité inhérente à l'expression de soi face à autrui**, les processus intersubjectifs à l'œuvre et leur dimension affective, très bien développée par E. Marc et D. Picard (2020). S'exprimer par exemple paraît évident, pourtant c'est un acte complexe pouvant mener à des conflits intérieurs entre la force poussant à l'expression et celle qui tend au contraire à réprimer, à contrôler ou à modifier cette expression, forces influencées par les représentations que nous nous faisons des autres et l'anticipation de leurs réactions possibles. La communication effective (prise de parole, silence,...) qui en découle est le compromis entre ces deux forces, entre l'intention expressive initiale (ce que le sujet avait envie de dire) et les résistances à l'expression (tout ce qui l'empêche de le dire). Ce compromis se manifeste notamment par le partage entre le dit et le non-dit, ainsi que comme nous l'avons vu par l'intervention de mécanismes de défense communicationnels qui conduisent à annuler, modifier ou transformer l'expression et la forme du message. Dans cette conflictualité, on s'intéresse particulièrement à la notion de soi social et de soi intime. **Le soi social** correspond aux aspects extérieurs de soi qui sont accessibles à l'autre, soit sa « façade » : il regroupe les éléments apparents et les comportements de la personne, et demande donc une certaine mise en scène (E Goffman, 1973). Nous percevons ce soi social à travers le miroir d'autrui, et l'image que nous nous en faisons. **Le soi intime** quant à lui correspond à ce qui n'est accessible qu'à la personne elle-même, et donc invisible aux autres, contrairement au soi social, même si quelques aspects peuvent filtrer à l'extérieur (attitudes, expressions émotionnelle, communication non-verbale,...). « La barrière entre le soi social et intime est l'objet d'un calcul stratégique plus ou moins conscient et volontaire, orienté généralement vers la valorisation et la défense de soi » (E. Marc et D. Picard, 2016, 2020). Cette barrière peut aussi varier selon le contexte, la nature de la relation, la personne en face,... (le rapport pharmacien-patient peut amener ces derniers à nous raconter des choses très intimes qu'ils ne confient parfois même pas à leurs proches).

De ces besoins fondamentaux et de cette conflictualité des motivations et de l'expression de soi, découlent différents **enjeux** ou objectifs **de la communication**, soit ce que chacun des partenaires a à gagner ou à perdre dans l'échange. En effet, toute relation, à partir du moment où elle est suffisamment investie par les partenaires qui y sont impliqués, est porteuse d'enjeux (E. Marc et D. Picard, 2006-2020 ; A. Mucchielli, 1983-2010). Ces derniers sont de deux ordres : opératoires <sup>36</sup> lorsqu'ils concernent un but instrumental qu'on cherche à atteindre (se procurer un objet, s'informer,...) et symboliques <sup>37</sup>. Nous allons principalement parler ici des enjeux

---

36 Les enjeux opératoires concernent un but instrumental qu'on cherche à atteindre (se procurer un objet, s'informer, ...).

37 Les enjeux symboliques se situent plus en termes de gain subjectif, de satisfaction affective, d'image, de valorisation de soi ou de recherche de la reconnaissance d'autrui. Ils impliquent souvent l'image que nous avons de nous.

symboliques, qui sont souvent plus difficiles à cerner et gérer que les enjeux opératoires, plus pragmatiques. Nous relevons deux grands types d'enjeux symboliques (E. Marc et D. Picard, 2006-2020 ; A. Mucchielli, 1983-2010) fréquemment retrouvés dans les relations à l'officine. Tout d'abord, rappelons qu'il existe une part de mise en scène dans une rencontre sociale : elle-ci a pour objectif de montrer aux autres une image de soi valorisante crédible aux yeux des autres (E. Goffman, 2003). L'acte de communication peut alors être envisagé comme un moment où nous actualisons, engageons cette image de soi qui nous représente, image que nous acceptons difficilement de remettre en question et que nous désirons voir reconnaître et entériner par autrui : **l'enjeu** de la communication est ici d'ordre **identitaire**. Un autre enjeu est de préserver notre intimité, d'éviter qu'autrui ne devienne intrusif ou envahissant : il s'agit de **l'enjeu territorial** (soit la défense du territoire)<sup>38</sup>. Bien sûr, toutes les occasions de contact n'offrent pas le même niveau de risques pour l'identité ou le territoire. Plus nous connaissons nos partenaires, plus nous savons quel type de relation nous pouvons entretenir avec eux ; pourtant, il existe un certain nombre de situations qui font courir des risques plus importants et que l'on peut qualifier de « problématiques » (D. Picard et E. Marc, 2006 et 2020), comme c'est notamment le cas en officine : nous sommes sans arrêt confrontés à des inconnus très variés dans des situations multiples, dont nous ne pouvons pas toujours prévoir les réactions. Ainsi comprendre les enjeux impliqués dans la relation que nous entretenons avec nos patients, permettra à la fois de mieux comprendre leurs motivations et besoins, mais également de mieux appréhender les stratégies qu'ils mettront en place (consciemment ou non) pour atteindre leurs objectifs et donc leurs comportements à l'officine.

Parlons à présent des **stratégies** découlant de ces enjeux (E. Marc et D. Picard, 2006-2020 ; A. Mucchielli, 1983-2010; G. Bateson, 1988). Avoir un comportement stratégique, c'est adopter (consciemment ou non<sup>39</sup>) des attitudes et des comportements en fonction d'un but à atteindre. Nous pouvons, par exemple, distinguer deux grands types de comportements stratégiques : maximiser les bénéfices, ou minimiser les coûts ; en effet, ce qui motive la relation, en dehors des

---

38 Le « territoire » est souvent appelé l'espace vital (au sens physique comme psychologique du terme). Au sens physique, ce territoire inclut aussi tous les espaces dont nous estimons avoir le droit de contrôle d'accès (arrière boutique de la pharmacie,...). Par extension, la notion s'étend aussi aux objets qui nous appartiennent (téléphone de l'officine,...) et, de façon plus symbolique, à tout ce que nous estimons être notre seul ressort. En officine, il arrive souvent que certains patients trop familiers tentent de s'introduire derrière le comptoir ou dans notre vie privée, où qu'au contraire certains n'osent pas poser la moindre question de peur de déranger : un enjeu important de la communication en officine réside donc dans le fait de garder le contrôle de notre espace et de nos biens tout en ouvrant au patient notre espace personnel, afin de favoriser une certaine intimité.

39 L'orientation stratégique peut être consciente et calculée (par exemple un pharmacien utilisant une stratégie de vente dans le but de déclencher chez le patient l'acte d'achat) ou spontanée et potentiellement inconsciente (par exemple le pharmacien ayant une conversation désintéressée avec son patient dont la volonté de soutien et d'échange est l'unique objectif).

buts opératoires, c'est le gain ou la satisfaction qu'on y trouve<sup>40</sup>. Nous pouvons distinguer deux grands types de comportements stratégiques fréquemment rencontrés dans les relations patient/pharmacien, découlant des enjeux vus ci-dessus. **Les stratégies identitaires** (E. Marc, 2005) ont pour but de développer une mise en scène de soi (plus ou moins consciemment) visant à donner une image avantageuse ou, à minima, limiter les risques de rejet, de dévalorisation, d'infirmité... en mettant en avant les aspects de son identité les plus valorisants et/ou conformes au contexte, et en masquant à l'inverse ce qui ne l'est pas<sup>41</sup>. **Les stratégies relationnelles** concernent quant à elle, non pas notre manière de nous considérer à travers l'autre, mais plutôt notre manière de nous positionner dans notre relation avec lui. Ces stratégies relationnelles ont plusieurs orientations possibles, comme par exemple la **compétition** ou la **coopération** (E. Marc et D. Picard, 2005, 2006, 2020 ; P. Watzlawick, 2014). En officine, il apparaît évident que la compétition est à éviter, car elle favorise l'instauration de rapports hiérarchiques qui entraîneront probablement tôt ou tard l'opposition ou la révolte. Au contraire, la coopération favorisera l'alliance thérapeutique, en incitant le patient à ne pas lutter contre le pharmacien, mais plutôt accepter d'avancer avec lui vers un objectif commun<sup>42</sup>. On remarquera que plusieurs types de stratégies peuvent s'opposer, mais aussi se combiner<sup>43</sup>.

---

40 Dans les gains et satisfactions fréquemment recherchés dans les stratégies de communication, on peut par exemple citer : la satisfaction de besoin de stimulation/contact, la satisfaction de désirs pulsionnels, les gains narcissiques (valorisation de soi) ou encore la satisfaction de besoin de reconnaissance/d'échange/de soutien social (E. Marc et D. Picard, 2006, 2020).

41 Suivant la situation et le type de rapport, l'affirmation de soi, la recherche de reconnaissance et la défense identitaire vont susciter des stratégies tantôt d'assimilation, tantôt de différenciation. La communication, c'est donc aussi trouver un compromis entre ces tendances antagonistes de recherche d'assimilation et de différenciation, entre le besoin d'affirmation de soi / reconnaissance par autrui (prendre la parole par exemple) et le besoin de préservation et de protection de l'image et de l'estime de soi (redouter de prendre la parole) (E. Marc, 2005).

42 Dans la **compétition**, ce que l'on gagne, l'autre le perd. Chacun va alors chercher à l'emporter sur l'autre, qui est considéré comme un rival. Cette position relationnelle nourrit les discussions où chacun veut prouver qu'il a raison et /ou imposer ses choix personnels comme les seuls valides. Dans la **coopération**, chacun peut gagner ou perdre en même temps, indépendamment ou non : en effet, les gains et les pertes se répartissent entre les partenaires : ils vont donc chercher à s'entraider afin de maximiser les gains, plutôt que de tenter de l'emporter l'un sur l'autre. Pour vivre ensemble, il vaut mieux transiger sur les goûts et les petites manies de l'un et de l'autre, plutôt que de chercher à imposer ses propres conceptions personnelles aux dépens de la survie de la relation. Par exemple en officine, une stratégie de coopération pertinente peut être la séduction (au sens large) : il s'agit alors de réussir à se faire apprécier par son patient en se montrant sous un jour valorisant, tout en gratifiant le patient en lui renvoyant une image flatteuse de lui-même : pharmacien et patient y trouve donc un bénéfice, ce qui renforce alors l'alliance thérapeutique.

43 Pour aller plus loin : il peut être intéressant de mentionner ici la théorie de l'analyse transactionnelle (E. Berne, 1984). Dans cette théorie, E. Berne appréhende les stratégies relationnelles à travers la notion de jeu : pour lui, il y a jeu lorsqu'un individu tend à structurer certaines de ses relations selon un scénario répétitif qui l'amène à une manipulation inconsciente d'autrui en vue de satisfaire certaines motivations personnelles. Pour cela, il opère une série de transactions cachées progressant vers un résultat bien défini, prévisible. Cette vision des stratégies relationnelles apporte une autre vision de la structure et les dynamique de la communication à travers cette analyse transactionnelle. On voit alors qu'il y existe une logique intrapsychique (celle des processus inconscients, pulsionnels et défensifs) et une logique interactionnelle (qui permet aux motivations des acteurs de se rejoindre plus ou moins mutuellement). C'est en analysant ces logiques, les enjeux et stratégies sous-jacents qu'on améliore notre compréhension de l'autre et de la relation qu'on entretient avec lui.

Après avoir développé ce qu'est une relation, comment elle se construit par rapport à l'autre mais aussi avec l'autre, nous avons expliqué ce qui motive les individus à interagir les uns avec les autres (besoins, enjeux) et les stratégies qu'ils emploient pour se faire. Cependant, la communication reste une interaction complexe et dynamique : les subjectivités, les besoins, enjeux et stratégies peuvent s'opposer, s'entrechoquer, se défier, menant alors à la difficulté et l'incompréhension : ils risquent sans cesse de rentrer en conflit. C'est pour cela que nous allons à présent parler de la genèse des conflits interpersonnels en général et de la façon de les aborder de manière à faciliter leur résolution.

## B - GENÈSE DES CONFLITS ET STRATÉGIES DE RÉOLUTION

« Les difficultés relationnelles et les problèmes de communication sont très fréquents. Même quand on s'entend bien il y a toujours, à certains moments, des malentendus, des différents, des frictions et conflits » (E. Marc et D. Picard, 2020). Cela peut bien sûr facilement arriver à l'officine, de part la diversité des patients et des situations auxquels nous sommes confrontés, mais aussi de part notre propre complexité en tant qu'individu. Toutes les notions que nous avons présentées antérieurement et qui nous aident à décrire et à analyser la communication doivent aussi nous servir à comprendre ses dysfonctionnements. Nous allons ici analyser les principales sources de difficultés dans les communications interpersonnelles, qui sont d'ailleurs toutes retrouvées dans le cadre officinale. Nous verrons également la théorie des changements de l'École de Palo Alto (P. Watzlawick, 2014), qui forme une base extrêmement pertinente pour aborder les méthodes de gestion et de résolution des conflits. Les principes abordés dans cette partie sont généraux, mais néanmoins totalement applicables et très pertinents dans le cadre officinal, comme nous pourrions le constater en détail dans la partie III.

### 1 - Sources de difficultés et posture générale pour sortir du conflit

Tout d'abord, nous allons explorer les principales **sources de difficultés** relationnelles pouvant mener à des conflits.

Notre tendance spontanée est d'attribuer les problèmes de communication à la personnalité de l'autre (« il est trop égoïste, colérique,... »). Nous plaçons alors en lui la source de la difficulté, et nous en dédouanons dédouane par la même occasion. Une notion intéressante pour mieux comprendre les sources de difficulté en communication est celle d'intelligence sociale : elle est définie comme l'aptitude à entrer en relation et en communication efficiente avec les autres (H. Gardner, 2008). Actuellement, on parle plutôt de compétences sociales, ce qui permet de pointer que cette forme d'intelligence peut s'acquérir et se développer (E. Marc et D. Picard, 2020). Elles regroupent des compétences **de communication**<sup>44</sup> et des compétences **relationnelles**<sup>45</sup>. L'apprentissage de ces compétences commencent très tôt (E. Erikson, 1950), à travers des contextes divers (familial, école, amis,...) et se poursuit tout au long de la vie et dépend donc de nos expériences de vie. Ainsi, les difficultés relationnelles peuvent provenir de traits de caractère ou de personnalité, d'aptitudes ou de compétences propres à l'individu ; mais il est important de souligner que ces aptitudes, ces compétences ou ces traits résultent eux-mêmes de contextes et d'apprentissages interactionnels (E. Marc et D. Picard, 2020). C'est donc en étudiant

---

44 Les compétences sociales de communication sont les capacités d'un individu à utiliser efficacement les codes linguistiques, les règles pragmatiques de l'échange, les rituels de la conversation. Elles impliquent aussi la qualité argumentative et de construction du discours.

45 Les compétences relationnelles correspondent à la maîtrise des rituels d'interactions, à la capacité de gestion de l'échange, d'interaction avec autrui, et de développement d'une relation empathique avec lui.

les mécanismes de la communication et les perturbations qui peuvent les affecter que l'on peut le mieux saisir la nature des problèmes relationnels, et par la suite être capable de rentrer dans une démarche de résolution adaptée. Certaines démarches relationnelles posent plus de problèmes dans la communication que d'autres. Par exemple, en officine, les patients viennent souvent demander de l'aide ou un service, ce qui peut facilement les mettre mal à l'aise, car ils craignent d'importuner le pharmacien, redoutent un refus ou ont peur de se sentir redevable<sup>46</sup>. Ces situations délicates peuvent entraîner des réactions défensives pouvant provoquer un malaise dans la relation, des sentiments négatifs voire parfois excessifs. Ces réactions défensives sont principalement l'attaque<sup>47</sup>, ou la fuite<sup>48</sup>.

Suite à cette exposition du contexte favorisant les difficultés, nous allons maintenant présenter six **sources principales de problèmes** (E. Marc et D. Picard, 2005-2020 ; P. Watzlawick, 2014), fréquemment rencontrées en officine.

La première est le degré de **convergence/divergence** entre les individus. Cette convergence/divergence s'exerce à différents niveaux : au niveau des affinités<sup>49</sup>, des sentiments<sup>50</sup>, des opinions<sup>51</sup>, des intérêts<sup>52</sup> et des positions<sup>53</sup>. E. Marc et D. Picard (2005-2020) montrent que, bien souvent, ces différents niveaux ont tendance à se corréliser. Ainsi, lorsque deux individus sont en compétition, ils entrent facilement en désaccord, ce qui engendrent des conflits auxquels font écho des sentiments de rejet et d'empathie : plus le degré de divergence est important, plus l'émergence de conflits sera favorisée. Ainsi, ces différents degrés de convergence/divergence peuvent avoir un impact majeur sur la relation entre un pharmacien et son patient, notamment en impactant la confiance mutuelle et l'intimité qu'ils partagent.

La deuxième source de problème est la **confusion des niveaux de communication**. On a vu qu'il y avait plusieurs niveaux dans la communication. Parfois les interlocuteurs s'opposent sur le contenu alors que c'est la relation qui est en cause, ou

---

46 Nous pouvons citer de nombreux autres exemples de situations relationnelles délicates auxquelles nous sommes confrontés à l'officine et pouvant susciter de la peur/crainte (d'une réaction agressive, du rejet, du mépris, du conflit,...) : refuser quelque chose au patient, devoir évaluer une situation ou une personne, faire ou recevoir un compliment ou une critique, donner un ordre, affronter un conflit,...

47 Dans l'attaque, la personne réagit au malaise relationnel par une affirmation agressive de soi. L'agressivité provoque souvent en retour des réponses agressives et la relation risque de basculer dans l'escalade symétrique ; ou bien elle entraîne l'inhibition, le retrait ou la soumission de l'interlocuteur.

48 Dans la fuite, la personne va éviter les situations qui lui posent problème : renoncer à une démarche difficile, fuir la discussion, ne pas prendre position, différer choix et décisions. Ce peut être aussi une attitude de dépendance visant à se faire prendre en charge par autrui.

49 Plus ou moins d'affinité avec notre patient nous inspire des sentiments allant de l'attraction (convergence) à la répulsion (divergence), ce qui va fortement influencer la nature de notre relation avec lui.

50 Ici, la convergence s'appelle l'ouverture / sympathie et la divergence fermeture / antipathie voir haine.

51 Ici, la distance se traduit par le fait d'être plus ou moins en accord ou désaccord avec quelqu'un. A ce niveau, la divergence est un facteur de discorde, mais elle ne remet pas forcément en cause l'existence ou la force du lien (la convergence d'opinion n'est ressentie comme indispensable que lorsque l'opinion en question s'apparente à une valeur sur laquelle au moins un des partenaire a fondé son identité).

52 Ici, la convergence devient de la coopération et la divergence, de la compétition. L'harmonie ou la dysharmonie ne sont pas obligatoirement impliquées par la convergence/divergence des intérêts. Cela dépend beaucoup du contexte dans lequel elles s'exercent (par exemple, la coopération forcée peut être mal vécue).

53 Ici, la polarité convergence/divergence s'actualise dans l'opposition consensus/conflit.

inversement. La confusion peut se faire de même entre l'expression verbale et non verbale, l'implicite et l'explicite,...<sup>54</sup>.

Comme troisième source de problème, nous pouvons évoquer les **effets de feed-back**. Il existe deux types de feed-back : un qui va dans le même sens que le message (en le renforçant), et un qui va dans le sens opposé (en l'atténuant). Lorsqu'il y a difficulté, le feed-back renforçateur (qui est souvent le premier réflexe) conduit à l'escalade symétrique qui fait que chacun renchérit sur l'autre... jusqu'à ce que la situation dégénère en conflit<sup>55</sup>.

La quatrième source de problème est l'**identité et le rapport de place**. Si nous recherchons très souvent à travers la communication la reconnaissance et la confirmation de son identité, l'infirmité est une source majeure de difficultés relationnelles et de souffrance psychologique. Elle peut prendre la forme de rejet : le partenaire conteste la définition de soi et de la relation qui lui est proposée<sup>56</sup>. L'infirmité peut aussi prendre la forme plus pernicieuse du déni dans lequel la personnalité de l'autre est ignorée ou niée (R. Laing, 1980)<sup>57</sup>. De plus, tout rapport de place figé, et de façon plus général qui ne convient plus à l'un des partenaires, pose problème<sup>58</sup>. Il faut bien prendre en compte ici que chacun perçoit et évalue la relation à partir du point de vue qui est le sien, et qu'en général chacun pense que sa perception correspond à la réalité. Il arrive alors souvent que chacun voit dans l'attitude de l'autre la cause de son propre comportement, et pense ainsi y réagir, là où est à l'œuvre une causalité circulaire (qu'on retrouve souvent dans l'escalade symétrique) (P. Watzlawick, 2014).

La cinquième source de problème correspond aux **mécanismes de défense** et à l'**insuffisance de métacommunication**. Les mécanismes de défense visent à assurer une protection des partenaires et de la relation, mais ils rendent souvent l'échange plus confus, favorisant l'émergence de malentendus voire de conflits. Ils sont également un frein à la métacommunication, qui est pourtant un moyen essentiel de régulation de la relation en amenant à s'interroger et à dialoguer sur les difficultés

---

54 Par exemple, un patient régulier dont vous êtes proches qui attend de vous un service que vous refusez pour des soucis légaux et pratiques : il se peut que le patient l'interprète comme une remise en cause de la relation que vous entretenez, au lieu de le voir comme ce que c'est : une impossibilité matériel à accéder à sa demande.

55 Par exemple en officine, une dispute naît entre la pharmacienne et son patient ; ce dernier lui dit qu'elle l'énerve. La pharmacienne peut répondre « vous aussi vous m'énervez » (feed back renforçateur qui va amplifier le conflit) ou bien « Mon but n'était pas de vous énerver. Trouvons une solution ensemble. » (feed-back atténuant qui s'efforce de freiner le conflit. De plus, elle incite à une coopération avec la patient et diminue le risque d'opposition).

56 Par exemple en officine, faire les choses à la place du patient sans le consulter ou sans qu'il ne le demande peut l'amener à se sentir infantilisé et piégé dans une relation de dominant/dominé dans laquelle il est dépossédé de son libre arbitre.

57 À l'officine, il peut nous arriver sans que nous nous en apercevions, de nier la qualité même d'humain du patient : par exemple, lorsque nous considérons que les enfants, les personnes très âgées ou encore les personnes peu éduquées sont incapables de comprendre vraiment nos explications, lorsque nous parlons de quelqu'un qui est présent à la troisième personne devant lui,... Notre rôle d'accompagnant et de professionnel de santé, c'est aussi d'être capable de nous adapter et de valoriser chacun dans son individualité afin qu'aucun patient n'ai la sensation d'être une « non ou une sous-personne ».

58 Nous remarquerons que placer autrui en position basse permet souvent de se valoriser soi-même (satisfaction de pulsions narcissiques, compensation de sentiments d'infériorité,...); or, la position basse peut vite être inconfortable et dévalorisante, et suscite à un moment ou à un autre une résistance et une contestation, devenant ainsi source majeure de conflits.

mêmes de la communication. Or, par souci de ne pas heurter autrui, ou par anticipation négative de ses réactions, nous hésitons à lui dire que nous ne l'avons pas compris, ou que sa façon de voir les choses ne nous convient pas. Il arrive aussi parfois qu'un des partenaires ne veuille pas métacommuniquer, de peur que cette démarche ne vienne remettre en cause ce qu'il est, la relation, ou encore sa place dans celle-ci. Le défaut de métacomUNICATION empêche de résoudre les difficultés au fur et à mesure qu'elles surgissent, et le malentendu, la tension, la rancœur s'installent et deviennent, à leur tour, sources de problèmes<sup>59</sup>.

Pour finir, nous citerons le **défaut de congruence** comme la sixième source de problème, d'ailleurs souvent présent lors du recours aux mécanismes de défense : une distorsion s'introduit entre ce que les différents acteurs ressentent et ce qu'ils pensent, entre leur communication verbale et non verbale, entre ce qu'ils éprouvent et ce qu'ils disent. Il en résulte un manque de transparence et une confusion de la communication qui retentit sur la relation. « Plus la congruence de l'expérience entre la conscience et la communication de la part d'un individu est grande, plus la relation entraînera une tendance à une compréhension mutuelle plus exacte des communications ; un ajustement et un fonctionnement psychologique accrus chez tous les deux ; une satisfaction mutuelle dans leurs rapports. » (C. Rogers, 2005).

Toutes ces sources de problème amènent certes des tensions dans les relations dans lesquelles elles apparaissent. Mais comment expliquer que de simples frictions (problèmes) puissent dégénérer en conflits bien installés, sans que nous en soyons toujours conscients, et nous paraissant alors insurmontables ?

L'école de Palo alto (P. Watzlawick, 2014 ; G. Bateson, 1988) propose une **analyse de l'aggravation des problèmes** à travers trois mécanismes principaux, qui tendent à faire perdurer des situations qui à la base relevait de la difficulté et non du conflit : c'est ainsi le fait de les faire durer qui entraînent leur aggravation.

Le premier mécanisme est **la simplification abusive** : il s'agit ici de choisir une solution qui revient à minimiser ou nier le problème comme étant un problème, ainsi l'intervention qui s'impose n'arrive pas. La personne « fait l'autruche », considérant qu'il n'y a pas de problème et souvent, le déni des problèmes et les attaques contre ceux qui les exposent ou qui tentent de les affronter vont de pair. L'accumulation de contradictions et d'exceptions due aux postulats de base simplifiés montre qu'il faut parfois démolir ce rapiéçage et induire un recadrage afin de repartir sur des bases saines. Dans la majorité des cas, nier un problème n'amène aucune solution viable. « C'est sans doute le besoin de maintenir une façade sociale acceptable qui constitue la première raison de ce type de déni » (P. Watzlawick, 2014). Nous noterons tout de

---

59 Par exemple, une patiente ressent le besoin de parler des impacts de sa pathologie chronique sur sa vie, mais n'arrive pas à prendre l'initiative, ce qui la frustre et la rend brusque et rigide dans sa manière d'aborder la pharmacienne. Celle-ci se braque alors, et s'abstient donc de poser des questions. La patiente pense donc que la pharmacienne ne s'intéresse pas à elle et se sent abandonnée dans la gestion de son traitement et de ses émotions, ce qui la rend encore plus froide et fermée, voir tendue et agressive. Cet exemple de processus cumulatif illustre bien l'aspect circulaire du conflit, qui voit son origine dans des défauts d'expression, et l'impact renforçateur du défaut de métacomUNICATION.

même que la simplification n'est pas toujours à rejeter et peut conduire au changement<sup>60</sup>.

Le second mécanisme mis en avant par l'école de Palo Alto est **le syndrome d'Utopie** : il s'agit ici de s'efforcer de modifier une difficulté qui est, soit inaltérable, soit inexistante<sup>61 62</sup>. Nous pourrions dire qu'il s'agit du contraire de la simplification abusive : ici non seulement on perçoit la difficulté (inaltérable ou inexistante) mais on l'attaque fermement. L'ignorance voulu des enseignements du passé devient partie intégrante du syndrome d'utopie, ce qui condamne l'utopiste à réitérer les mêmes erreurs. Pour ce dernier, les prémisses sur lesquelles le syndrome se fonde sont considérées comme plus réelles que la réalité : lorsqu'il va tenter d'ordonner son univers en accord avec sa prémisse et que son effort échoue, il ne va pas réexaminer sa prémisse pour savoir si elle ne recèle pas d'éléments absurdes ou irréels, mais va accuser l'extérieur<sup>63</sup> ou sa propre incapacité<sup>64</sup> : cela mène alors souvent à de la frustration, de la colère voire de la violence, envers soi ou les autres<sup>65</sup>. En somme, ce n'est pas la manière dont les choses sont réellement qui constitue le problème et qui doit être changée, mais la prémisse selon laquelle les choses devraient être d'une certaine façon. Sans la prémisse utopique, la réalité de la situation pourrait être tout à fait supportable. Entre autre, il s'agit aussi d'être capable d'accepter sa propre impuissance dans certaines situations sans en souffrir, ce qui est un pas important vers la résilience.

Pour finir, le dernier mécanisme mis en avant est celui du **paradoxe**. Un paradoxe est un message dont la structure comporte une telle contradiction interne qu'il communique en même temps deux sens incompatibles. Le paradoxe entraîne souvent

---

60 En soi, ce n'est pas le recours répété à une solution qui a réussi dans le passé qui est erroné, il présente même des avantages d'économie et de simplification. C'est de ne pas prendre en compte le fait que les circonstances évoluent sans cesse et que les solutions doivent évoluer au même rythme, qui transforme le recours à une solution passée en simplification abusive.

61 Il est amusant de relever que le mot « Utopie » signifie « nulle part ».

62 Nous noterons que les utopies peuvent être positives (la présence de difficultés nécessite une action corrective, quand bien même celles-ci ne peuvent être résolues), ou négatives (l'absence d'une difficulté donnée est un problème nécessitant une action corrective ; nous fabriquons alors de toute pièce un faux problème, qui peut prendre alors des proportions démesurées).

63 Accuser l'extérieur est la forme projective du syndrome d'Utopie. Par exemple, le patient qui blâme les autres, la société, ou même vous quand il n'atteint pas ses objectifs.

64 S'accuser soi-même est la forme introjective du syndrome d'Utopie. Par exemple, le patient qui passe son temps à vous dire « tout est de ma faute, je suis nul ».

65 Voici un exemple de syndrome d'Utopie fréquemment retrouvé en officine. Nous sommes souvent soumis dans notre société à des injonctions liées à notre genre, notre statut, ect... Sortir de ces normes, lorsque ce n'est pas un choix, et ainsi s'éloigner des objectifs imposés par ces injonctions peut créer de nombreuses souffrances (complexes, incompréhension, sensation d'être anormal, honte,...), et favorisent l'émergence d'objectifs utopiques (par exemples les patients anorexiques) ou de faux problèmes devenant une réelle souffrance, souffrance à laquelle nous serons confronté à l'officine et dont nous devons prendre en compte les origines pour pouvoir aborder les patients sans jugement.

une communication confuse voire pathologique circulaire<sup>66</sup>. G. Bateson (1956) est un des premiers à étudier les effets du paradoxe dans la communication psychotique : ces travaux ont ensuite été élargi à de nombreuses communications pathologiques y compris non psychotiques (R. Laing, années 60-70 ; C.E. Sluzki et E. Veron, 1981). Les relations humaines, en général, constituent un domaine dans lequel le paradoxe peut se glisser facilement, sans que nous nous en apercevions. Nombre de problèmes ont trait à la difficulté quasiment insurmontable de changer la nature de l'accord sur les prestations mutuelles (si tu fais ça, je fais ci) qui, à l'origine, a constitué la base de la relation (P. Watzlawick, 2014). Le problème est que souvent, l'échange de prestations fait rarement l'objet d'une formulation verbale, mais prend la forme d'un contrat tacite dont les partenaires sont souvent tout à fait incapables de formuler clairement les conditions, alors qu'ils sont extrêmement sensibles à toute violation de ces clauses non formulées<sup>67</sup>. Lorsqu'il y a conflit, les partenaires essaient d'habitude de le résoudre avec pour base leur vision du contrat, ce qui ne permet aucune résolution et engendre une confusion des deux côtés. Toutes les communications paradoxales ne sont pas pathogènes, mais elles sont souvent perturbantes et entraînent toujours un sentiment de confusion dans la relation<sup>68</sup>, ce qui peut fortement dégrader la qualité du lien entre le pharmacien et son patient.

---

66 Voici un exemple parfait de paradoxe : « **soyez spontané** ». C'est un ordre exigeant un comportement qui, de par sa nature, ne peut être que spontané, mais justement ne peut plus l'être quand il résulte d'un ordre. Tous les paradoxes du type « soyez spontané » ont une structure analogue. On y impose la règle selon laquelle un comportement doit être désiré par l'autre et non soumis à une règle : ainsi, obéir est insuffisant, puisque la bonne conduite devrait connaître une libre motivation interne. En tant que soignant, on tombe souvent dans ce piège : on veut que le patient veuille suivre nos conseils, et non pas simplement qu'il les suive, pour atteindre une idéalisation où le comportement vient d'une motivation interne qui garantit la durabilité de la « solution » : on exige un changement d'attitude, et une simple modification du comportement est jugée insuffisante (alors que ça serait déjà très bien).

Dans le domaine des maladies psychiatriques, on rencontre souvent des problèmes résultant de l'interpénétration d'une exigence d'obéissance et d'une attente de spontanéité. Souvent, le comportement du patient doit correspondre à des normes, il doit suivre les conseils (voir les ordres) des professionnels de santé, mais est censé le faire spontanément et non simplement suivre des règles : tant qu'il en est incapable, on considère qu'il est malade et non autonome, on prend alors les décisions à sa place. Et s'il n'arrive pas à les comprendre, cette incompréhension est une preuve supplémentaire de son incapacité. Cela amène beaucoup de patients, piégés dans ce genre de paradoxe, à mentir ou « jouer le jeu » pour retrouver leur autonomie et leur liberté, ou à se plonger dans le déni de leur maladie et à éviter les professionnels de santé. Par exemple, dire à nos patient-es anorexiques que la dysmorphophobie n'est qu'un symptôme, et qu'ils doivent réussir à se voir autrement dans le miroir pour guérir est un profond paradoxe, puisque la dysmorphophobie n'est pas une question de volonté. Ainsi, en les enjoignant à effectuer volontairement un acte qui ne peut l'être, nous aggravons le problème : cette situation paradoxale amène une profonde confusion, où les malades alternent entre le rejet des professionnels, le déni de leur maladie, et de l'auto-flagellation. Une piste de solution peut être changer leur manière de s'évaluer et de se percevoir (vue => toucher), par exemple en proposant de prendre une taille de pantalon « référence », qui permet de se faire une image mentale de soi beaucoup plus proche du réel que la vision dans le miroir, sans aggraver le rapport pathologique à la balance. Ainsi au lieu d'« ouvrir les yeux », le patient doit « prendre conscience de son aveuglement », et le rôle du pharmacien est de l'accompagner et de le soutenir dans cette transition.

67 Un bon exemple que nous retrouvons souvent en officine peut être l'emploi de la politesse : nous y sommes souvent très sensible, pourtant les règles de politesse ne sont pas communes à tous et les mêmes dans toutes les cultures, ni même respectées systématiquement. Un manquement à la politesse entre le pharmacien et son patient peut ne pas être perçu par l'un des deux, mais profondément choquer l'autre.

68 Par exemple en officine, nous pouvons citer le cas de ce pharmacien titulaire qui demande à ses collaborateurs d'être autonomes et responsables, mais qui leur reproche en même temps de ne pas le consulter avant chacune de leurs initiatives.

Ainsi, lorsque les difficultés de communication perdurent et s'accumulent à travers les mécanismes ci-dessus, elles peuvent déboucher sur un **conflit**. Cependant, le conflit n'est pas nécessairement négatif, puisqu'il peut être vecteur de changement : il provoque une rupture, il ouvre souvent la voie à la discussion, à la négociation, à la modification des positions, et permet ainsi de faire évoluer des relations engluées dans les habitudes et le non-dit. Disputes et conflits ne sont pas des aberrations de la communication et des relations interpersonnelles, mais une de leurs issues possibles au même titre que la bonne entente, l'écoute et la compréhension (D. Picard et E. Marc, 2006, 2020), permettant aux pharmaciens de réajuster les relations qu'ils entretiennent avec leurs patients, afin de favoriser des stratégies relationnelles bénéfiques (coopération,...), des rapports de place qui conviennent à tous (complémentaires) et ainsi restaurer une alliance thérapeutique solide.

Pourtant, le conflit est souvent mal vécu car il génère des émotions pénibles : tension, angoisse, hostilité, agressivité, sentiment d'être attaqué... Il fait peur aussi parce qu'on craint qu'il ne devienne explosif, qu'il n'amène une rupture de la relation ou la transforme définitivement en rapport d'hostilité. Tous les conflits ne prennent pas leur source dans la relation elle-même : les raisons d'entrer en conflit sont au contraire très variées. Si on les regarde sous l'angle des motifs qui les déclenchent, on peut distinguer huit types de conflits (D. Picard et E. Marc, 2006, 2020), auxquels on peut être confronté en officine.

Les plus fréquents sont **les conflits d'intérêts** : dans le cas d'intérêts divergents, chacun recherche son avantage personnel, ce qui peut être source de dissension et de lutte<sup>69</sup>. Viennent ensuite **les conflits de pouvoir**, qui découlent en partie des conflits d'intérêt : chaque personne veut influencer l'autre dans le sens de ses intérêts et se défendre de la domination d'autrui en prenant lui-même le pouvoir. On les retrouve d'ailleurs fréquemment dans les rapports hiérarchiques<sup>70</sup>. **Les conflits identitaires**, eux, relèvent du besoin identitaire vu précédemment : le pouvoir qu'a autrui d'infirmier, rejeter ou dénier notre identité menace notre intégrité et blesse notre ego ; la lutte pour la défendre est une source majeure de conflit<sup>71</sup>. Il y a aussi **les conflits territoriaux** ; en effet, la violation de notre espace personnel physique et psychique est un motif important de discorde. Concernant **les conflits de relation** : bien sûr, tous les conflits sont relationnels ; mais certains ont pour motivation la définition ou la gestion de la relation. Pour que celle-ci soit harmonieuse, les partenaires doivent être d'accord sur la définition de leur relation : le désaccord est source de conflit,

---

69 Par exemple, un patient qui vous demande un service, service que vous hésitez à lui rendre car ce serait à votre détriment (financier, administratif, perte de temps,...).

70 Reprenons l'exemple précédent : le pharmacien refuse de rendre le service, ce qui déplaît au patient qui ne s'y attendait pas : il peut alors rentrer dans une argumentation sans fin pour « forcer » le pharmacien à lui rendre ce service, peu importe son importance (pour le principe). Cela peut pousser le pharmacien à se placer en position haute, de celui qui décide, et à placer le patient en position basse, de celui qui obéit.

71 Il peut arriver, en officine, que certains patients nous donnent la sensation d'être des sous-humains, à leur service (pas de bonjour, pas de merci, ...). Nous aurons alors tendance, au lieu de dénouer la situation, d'insister sur la reconnaissance de notre identité de manière presque agressive (ne pas répondre tant qu'ils n'ont pas dit bonjour, ...), ce qui peut à leur tour leur donner la sensation d'être niés dans leur identité.

chacun voulant imposer à l'autre sa définition de la relation<sup>72</sup>. **Les conflits cognitifs**, eux, découlent de la divergence des représentations que chacun se fait de la réalité. Les circonstances où nous nous battons pour imposer notre vérité sont très fréquentes et souvent très violentes (conflits d'opinion, d'idéaux,...)<sup>73</sup>. À l'inverse, nous pouvons citer **les conflits affectifs** : la peur d'autrui ou le désir non partagé, la jalousie, l'envie.... provoquent des dissentiments violents entre les individus (rivalité, inimitié,...)<sup>74</sup>. Pour finir, **les conflits interculturels** : notre vision du monde, nos valeurs, nos formes de pensée, nos modes de vie et de comportement sont constitutifs de notre culture, que nous partageons avec les gens qui appartiennent au même milieu que nous. Lorsque nous sommes confrontés à des individus de culture différente, il s'ensuit très souvent un choc culturel dont le racisme, la xénophobie et le rejet de la différence sont les formes les plus extrêmes (J.R. Ladmiral, E. Marc, 2015)<sup>75</sup>. Dans la réalité, ces catégories de conflits ne sont pas distinctes : elles se mélangent, prenant alors une forme plus complexe.

Toute situation conflictuelle a un impact sur la relation interpersonnelle : le conflit, lorsqu'il ne peut être évité, provoque le plus souvent la dégradation rapide de la relation. Il conduit à la recherche du responsable, le « bouc émissaire ». Nous entrons dans une spirale d'accusations mutuelles et d'autojustifications, et tout ce qui a pu être accumulés (vexation, ressentiment) remonte à la surface. Chacun s'estimant attaqué se sent autorisé à se défendre et à rendre coup pour coup. La froideur, l'agacement, le mépris, la malveillance, l'agressivité verbale s'appellent mutuellement et envahissent tout le champ de la communication. Les protagonistes radicalisent leurs positions et refusent toute concession. L'autre devient alors coupable de tout, alors que la plupart du temps c'est la symétrie des attitudes et des sentiments qui frappe quand on regarde la situation avec recul (P. Watzlawick, 2014).

Ainsi, les conflits tendent rarement vers une résolution spontanée : ce sont la force des liens affectifs, les désagréments engendrés ou l'obligation de continuer à vivre (ou à travailler) ensemble qui poussent les protagonistes à rechercher une solution permettant d'en sortir (E. Marc et D. Picard, 2006, 2020). Il est donc important d'adopter une posture qui sera favorable à la résolution du conflit, si l'on souhaite

---

72 Par exemple, certains patients tentent d'instaurer une relation amicale marquée d'une proximité excessive. Remettre en cause un peu trop brutalement cette vision de la relation peut entraîner des sentiments négatifs chez votre patient, qui peut alors tenter de justifier sa vision des choses pour vous convaincre, ou alors vous rejeter.

73 Par exemple, certains patients partagent leurs opinions ou avis avec leur pharmacien, qui peuvent parfois apparaître comme ridicules ou complètement faux. Réagir selon nos propres opinions et avis peut entraîner des débats sans fin et des conflits importants : le pharmacien ne doit pas oublier qu'une fois qu'il porte la blouse, il est professionnel de santé avant tout. Il doit être capable de se mettre de côté, pour accueillir la réalité du patient sans jugement, et pourquoi pas en discuter avec lui dans une profonde bienveillance.

74 Par exemple, certains patients peuvent envier votre position sociale et professionnelle : cela peut créer une forme de jalousie et d'inimitié qui peut dégénérer en conflit si le patient les laisse s'installer et déborder. Cela peut aussi prendre la forme d'une sorte de rivalité, où le patient tentera à chaque fois de rabaisser ou de « gagner » sur le pharmacien.

75 Travailler par exemple dans l'officine d'un quartier qui concentre des patients d'une culture différente de la sienne demande alors au pharmacien d'apprendre les codes et rituels de cette culture pour communiquer au mieux avec les patients, et mieux comprendre leurs problèmes et réactions.

réellement en sortir et retrouver une relation apaisée avec son patient. Nous noterons d'ailleurs que le désir même de sortir du conflit favorise sa résolution.

Pour résoudre un conflit, il faut en premier lieu échapper à l'escalade symétrique pour éviter que la situation ne dégénère et n'échappe à notre contrôle. Il faut pour cela que chacun tente de s'éloigner de sa position subjective, pour tenter d'appréhender celle de l'autre, au lieu de la rejeter (G. Bateson, 1988).

Nous allons aborder ici **deux principes de communication qui tendent à favoriser la résolution des conflits** ; leur usage n'est pas toujours possible, mais il permet souvent à lui seul, dans les situations conflictuelles de faible intensité ou basées sur le quiproquo, d'apaiser la situation et de restaurer la mentalisation<sup>76</sup> et la confiance.

Pour la plupart des situations conflictuelles, une discussion ouverte où l'écoute remplace l'accusation permet d'avancer vers une amélioration de l'interaction, notamment à travers l'usage de la **métacommunication**<sup>77</sup>. Métacommuniquer, c'est parler ensemble de la relation qui nous unit, de ce que nous y percevons, de ce que nous y éprouvons et de ce que nous en attendons. La métacommunication permet de mettre en lumière les divergences de points de vue : elle amène à comprendre et à expliquer ce qui se joue dans la situation présente, ce qui permet de prendre un peu de distance vis-à-vis de l'affectivité dans laquelle on est plongé. Elle n'est possible que dans le dialogue et la coopération, et pousse à adopter un rapport de place opposé à celui qui alimentait le conflit : là où régnaient le rapport de forces, l'opposition, la fermeture et l'agressivité, la métacommunication tend à induire la symétrie, la coopération, l'ouverture, l'écoute, l'authenticité et l'empathie (E. Marc et D. Picard, 2006, 2020). Tenter d'initier de la métacommunication est déjà, en soi, commencer à sortir du conflit. Nous noterons que malheureusement, certaines populations (enfants, personnes âgées, ...) n'ont pas accès à la métacommunication pour mettre en lumière leur confusion (G. Bateson, 1972) : avec elles, il faut donc être particulièrement attentif à leurs états et émotions, mais aussi aux signes de communication problématique (communication paradoxale, mécanismes de défense, ...), car l'échange peut alors facilement dégénérer.

Il est intéressant de citer également le principe de **communication non violente**. Cette dernière, aussi appelée communication bienveillante, a été formalisée dans les années 70 par M. Rosenberg, qui s'est inspiré de la posture « éthique » sur laquelle insiste C. Rogers (années 60) et des travaux sur les besoins fondamentaux de M. Maslow (années 70). Elle fait également écho au concept de posture de non-violence de J. Derrida (1967), qui propose d'autres modalités de relation à l'autre que celles du pouvoir, de la domination, de la répression, de l'humiliation, de l'infantilisation de l'autre par la séduction ou la peur, ou sa réduction à « un objet de soin » (M. Paul, 2014). C'est un outil de choix dans les stratégies de résolution des

---

<sup>76</sup> La mentalisation est la capacité à comprendre ses états mentaux et ceux des autres (A. Bateman et P. Fonagy, 2006).

<sup>77</sup> Le terme de métacommunication a été introduit par G. Bateson en 1935, puis repris par de très nombreux praticiens, notamment l'ensemble de l'école de Palo Alto.

conflits, et elle permet de réduire conséquemment l'escalade de la violence dans la plupart des cas. Elle repose sur l'idée qu'une communication authentique, efficace et satisfaisante ne peut advenir que dans un climat empathique et favorable à la compréhension, à l'échange et à la discussion. Elle propose donc une réflexion et une méthode qui permettent d'établir un tel climat. La communication non violente s'appuie sur trois postures éthiques particulièrement adaptées à l'accompagnement dans le soin (M. Paul, 2014) : la posture de **non « substitution à autrui »**<sup>78</sup>, la posture du **questionnement personnel**<sup>79</sup> et la posture de « **non-savoir** »<sup>80</sup>. À cet effet, le pharmacien doit constamment construire et reconstruire l'image mentale qu'il entretient de son patient. Il doit être capable d'aborder le patient via une communication certes dissymétrique, mais complémentaire : nous n'avons pas le même rôle ni les mêmes connaissances, mais le patient doit être considéré par le pharmacien comme son égal en tant que personne. La relation de soin engagée suppose ainsi une posture de compréhension de l'autre, de ses singularités.

La communication non violente s'articule autour de deux mouvements : **se libérer du conditionnement culturel** dans lequel nous évoluons (jugements sociaux et idées préconçues) , et notre **aptitude à être bienveillant** (cela inspire d'ailleurs aux patients le désir d'en faire autant). Il est donc important de se libérer des attitudes contre-productives à ces mouvements comme par exemple la critique, la stigmatisation, le déni de responsabilité ou encore toutes les déclarations qui laissent entendre qu'une récompense ou une punition sont associées à une demande (exigences, menaces, ordres,...) (E. Marc et D. Picard ; 2006, 2020). Le pharmacien peut alors favoriser les attitudes productives qui favorisent la bienveillance, telles que l'observation de ce qui se passe en lui<sup>81</sup>, la compréhension de ses propres besoins, l'appréhension de ce qui se passe en l'autre, et s'appliquer à comprendre ce que le patient lui demande<sup>82</sup>.

En résumé, pour pouvoir résoudre un conflit, il faut d'abord d'arriver à saisir la majorité des composantes d'une situation, les états mentaux en présence, les besoins sous-jacents, les enjeux du conflit, et d'aborder tout cela avec une volonté de bienveillance, de compréhension, d'authenticité et de prise de hauteur. Ces éléments permettront de créer un climat propice à un abord serein des conflits, ce qui nous permettra d'initier une tentative de résolution de ces derniers.

---

78 Adopter une posture de non « substitution à autrui », c'est refuser de penser, dire ou faire à la place du patient, afin d'éviter l'ingérence et la négation de l'autre.

79 Il s'agit d'être capable de se questionner soi-même et ainsi de mieux se connaître : « Pour qui je me prends ? Pour qui je prends mon patient » ? Pour mieux répondre à ces questions, le pharmacien peut se poser les trois questions suivantes : à quel type de relation je collabore ? Pour quel monde je travaille, et avec quelles finalités ? Quels sont mes buts et souhaits en tant que pharmacien ?

80 Un pharmacien qui adopte une posture de « non-savoir » ne se place pas en position de maître qui a les réponses : il privilégie l'élaboration par le patient, en soutenant le questionnement plutôt que l'affirmation.

81 Le but ici est de réussir à dissocier les faits (par exemple « je ressens les choses comme ça ») des interprétations (« il pense ça de moi »).

82 Pour favoriser les attitudes constructives, M. Rosenberg (années 70) donne un certain nombre de conseils que le pharmacien peut suivre, tels que parler de ses réactions au lieu de se juger, exprimer sa désapprobation/déception plutôt que d'accuser, et être présent et attentif dans un dialogue (écouter avant de conseiller ou de donner son avis, reformuler ce qu'il a entendu pour s'assurer qu'il a compris, formuler des demandes précises pour que l'autre puisse y répondre facilement,...)

## 2 - Théorie du changement de l'école de Palo Alto

La théorie du changement que nous allons présenter est une technique de résolution des conflits mise au point par l'école de Palo Alto, qui a été largement utilisée dans les mondes de la psychiatrie, de la psychologie et de la psychothérapie : elle est notamment développée dans les ouvrages de P. Watzlawick (2014) sur le sujet, que nous allons ici résumer et appliquer à l'exercice officinal.

Une relation paradoxale existe entre la permanence et le changement. Ils doivent être envisagés ensemble, en dépit de leur nature apparemment opposée. L'école de Palo Alto (P. Watzlawick, 2014) s'appuie sur deux théories mathématiques pour présenter les notions de permanence et de changement.

La première est **la théorie des groupes** : elle fournit un cadre approprié pour examiner cette interdépendance entre permanence et changement : « plus ça change, plus c'est la même chose ». Un groupe ou un système est un ensemble d'éléments qui ont tous une propriété en commun. Le résultat de chaque composition de deux ou plusieurs éléments est lui-même un élément du groupe (A. Cayley, 1854). Grouper les choses constitue l'élément le plus indispensable de notre perception et conception du réel : cela nous permet de structurer notre monde. Mais grouper amène aussi à établir des « cases », dont il est difficile de sortir : cela empêche tout élément du groupe de se placer à l'extérieur du système (P. Watzlawick, 2014). Il est difficile d'imaginer un changement plus profond et plus radical que le remplacement par le contraire : pourtant, une réaction extrême opposée à l'action problématique engendre souvent une stagnation de la situation et non sa modification (« calmez-vous » qui énerve le patient plus qu'il ne le calme), et ainsi rien ne change dans le contexte général problématique. Il est très difficile, surtout dans les relations interpersonnelles, de s'apercevoir que ce type de changement ne modifie en rien le modèle général, voire qu'il peut engendrer ou entretenir des conflits<sup>83</sup>. **Cette théorie met en avant un type précis de changement : le changement 1**, qui prend place à l'intérieur d'un système donné qui lui, reste inchangé. Dans un conflit bloqué, ce type de changement ne peut pas engendrer de l'intérieur les conditions nécessaires à la résolution du conflit (P. Watzlawick, 2014).

La deuxième théorie est **la théorie des types logiques** : elle commence avec le concept de classes (ensemble des membres d'un groupe), et considère qu'une classe ne peut être un membre du groupe (A. Whitehead et B. Russell, 1913). Toute tentative de parler de l'un en termes de l'autre, aboutit fatalement à un non-sens et à la confusion, par exemple, une population d'individus ne diffère pas seulement

---

83 Prenons par exemple en officine, un patient qui a un comportement à risque, générant les critiques de sa pharmacienne. Plus elle le critique (alors que le but est de le protéger, de lui faire « voir » le problème), plus son comportement est à risque, ce qui accroît les critiques de la pharmacienne, ect... Ainsi, dans ce genre de cas, le changement n'amène finalement qu'à la permanence : individuellement, chacun considère ses propres actes comme déterminés et provoqués par ceux de l'autre, mais vue de l'extérieur, on voit que la circularité de leur interaction empêche pratiquement de savoir si une action donnée est la cause ou l'effet d'une action du partenaire.

quantitativement d'un individu, mais surtout qualitativement parce qu'elle comprend aussi les systèmes d'interaction entre les individus. Passer d'un niveau logique au niveau supérieur (de membre à classe) comporte un changement du plus grand intérêt pratique, car il permet de transcender un système donné ou un cadre de référence. Les erreurs dans les types logiques peuvent survenir de deux façons (P. Watzlawick, 2014) : lorsqu'on attribue à tort une propriété particulière à la classe plutôt qu'à un membre (ou vice versa), et lorsqu'on ne fait pas attention à la distinction capitale entre une classe et un de ses membres et qu'on traite les deux comme s'ils étaient du même niveau d'abstraction. **Cette théorie met en avant un autre type de changement : le changement 2 (ou méta-changement)**, qui modifie le système lui-même. Il s'agit d'une forme de prise de recul qui mène à considérer la situation (ensemble d'éléments) dans son ensemble (classe), permettant ainsi de sortir d'un système au lieu d'y rester bloqué. Changer de niveau logique permet de modifier notre perception d'une situation, et ainsi de modifier nos points de vue ou comportements, il est donc souvent le plus pertinent pour dénouer une situation qui semble sans solution. Nous relèverons un détail très intéressant concernant ce type de changement : il peut avoir lieu même lorsque les faits concrets de la situation sont immuables<sup>84 85</sup>.

Ainsi, les manifestations de changement 2 semblent souvent illogiques et paradoxales, imprévisibles... Car en fait, il modifie ce qui apparaît, vu du changement 1, comme une solution, parce que vue dans la perspective du changement 2, se cantonner au changement 1 se révèle être la clef de voûte du problème. Appliquer des techniques de changement 2 signifie s'attaquer à la situation ici-maintenant, soit aux effets du conflit et non aux causes supposées : en effet, même si le patient s'est construit à partir d'évènements vécus dans son passé, ce qu'il a surtout du mal à supporter c'est de ne pas réussir à résoudre son problème à l'instant présent. C'est donc l'ici et maintenant qui le fait souffrir et non son passé. Le changement 2 peut donc permettre de résoudre un conflit, sans avoir forcément besoin de savoir comment on en est arrivé là, et malgré notre ignorance de son origine et de son évolution, nous pouvons en faire quelque chose (P. Watzlawick, 2014). C'est tout cela qui explique l'intérêt majeur de l'utilisation de ce type de changement à l'officine : au comptoir, nous n'avons pas forcément beaucoup de temps à consacrer au patient, surtout pour investiguer profondément les causes de son comportement : il est donc très pertinent de prioriser l'ici et maintenant. C'est particulièrement vrai dans les situations de crise, nécessitant une gestion immédiate pour éviter toute perte de contrôle. Le changement 2 est donc un outil de choix dans l'exercice de notre profession.

---

84 Voici un bon exemple pour illustrer les différents types de changement : un rêveur dans un cauchemar peut courir, se cacher, hurler,... (changements 1). Prendre conscience qu'on rêve c'est en sortir : on modifie le système (changement 2, passer en position méta).

85 Ces considérations rappellent le concept de bisociation : il s'agit de percevoir « une situation ou une idée sur deux plans de référence dont chacun a sa logique interne mais qui sont habituellement incompatible. La bisociation soudaine d'un événement mental provoque un déplacement abrupt du mouvement de la pensée, qui passe d'un contexte associatif à un autre » (Koestler, 1955).

Maintenant que nous avons défini selon P. Watzlawick (2014) ce que sont les changements de types 1 et 2, nous allons voir comment il propose de les appliquer de manière concrète.

Ainsi, lorsque nous abordons un problème, nous devons **choisir quel type de changement doit être appliqué** : en effet, selon la situation, nous pourrions opter pour le changement qui semble le plus approprié, et pour cela il faut bien avoir en tête les effets, les intérêts et les limites de chacun des deux.

**Le changement 1** est une action corrective qui vise à rétablir une norme dont nous avons dévié : si cette action s'avère insuffisante, alors, en faisant « plus ou moins de la même chose », nous arriverons peut-être au résultat souhaité. Cette façon simple et logique de résoudre un problème s'applique à de nombreuses situations<sup>86</sup>. Mais comme nous l'avons vu, ce type de changement n'a qu'un impact limité sur la modification de la situation, et peut parfois entraver la résolution du conflit au lieu de la favoriser. Dans ce genre de cas, si la situation semble rester structurellement identique (et ce malgré nos tentatives de résolution du problème), l'intensité du problème et la souffrance qu'il entraîne a tendance à s'accroître. Parfois même, le « plus de la même chose » comme solution constitue certains problèmes, car, sans cette « solution » il n'y aurait pas de problème (ou du moins il serait moindre). On retrouve cette complication dans un grand nombre de problèmes humains réfractaires, dans les cas où le bon sens porte à opposer son contraire à un fait pénible ou douloureux<sup>87</sup>. Ainsi, quand le changement de type 1 s'avère être une entrave à la résolution du conflit, voire pire un facteur d'aggravation ou de création d'un conflit, il devient impératif d'opter pour un changement de type 2.

Pratiquer **le changement 2**, c'est se concentrer sur les questions suivantes : qu'est-ce qui, dans ce qui se passe actuellement, fait persister le problème, et que peut-on faire ici-maintenant pour provoquer un changement ? Dans cette perspective, la distinction la plus significative entre le bon fonctionnement et la dysfonction est marquée par la limite au-delà de laquelle un système (individu, société,...) n'est plus capable de provoquer un changement par lui-même, mais se trouve pris dans un mécanisme circulaire. Nous remarquerons que le paradoxe joue un rôle aussi important dans la résolution des problèmes que dans leur genèse. Ainsi, la mise en place d'un

---

86 Voici un exemple officinal très simple : augmenter les doses lorsqu'un médicament n'a pas l'effet escompté, peut selon la situation être une solution adaptée.

87 Par exemple, au comptoir, il paraît normal d'encourager et d'essayer de remonter le moral à une personne dépressive. Or, cette dernière ne s'en sentira pas mieux, voire se sentira niée ou incomprise, ce qui aggravera sa dépression. Voyant cela, nous avons tendance à redoubler d'efforts pour lui faire voir le bon côté des choses, ect... Guidés par le bon sens et la raison, nous ne nous rendons pas compte que notre aide, au fond, consiste à exiger que le patient ait certains sentiments (joie, optimisme,...) et pas d'autres (tristesse, difficulté à agir,...). Il en résulte parfois qu'au lieu de connaître un épisode qui était à l'origine passager, le patient est maintenant envahi de sentiments d'échec, de dévalorisation et d'ingratitude envers ceux qui se démènent pour l'aider. Ici on effectue un changement 1 qui ne marche pas, voire qui aggrave le problème.

changement 2 par le paradoxe est un genre très efficace de résolution de problèmes<sup>88</sup>. Au vu de ce qui a été évoqué ci-dessus, on peut mettre en avant quatre grands principes à prendre en compte lorsqu'on souhaite aborder un problème (P. Watzlawick, 2014) :

- **Le principe d'homéostasie** : chaque système tente d'éviter toute modification de façon à rester intact. Il met donc en place des processus de régulation pour conserver un équilibre.
- **Le principe de totalité** : pour appréhender comment s'organise le système, il faut l'étudier dans sa globalité, car c'est lui qui permet de comprendre les actions des individus qui le composent.
- **Le principe d'équifinalité** : la façon dont les interactions s'organisent dans un système à l'instant présent est plus importante que d'étudier son passé.
- **Le principe de feed-back ou de rétroaction** : via ces mécanismes, le message transmis par l'un modifie le comportement et l'attitude de l'autre, et ainsi de suite : les événements évoluent de façon circulaire<sup>89</sup>.

---

88 Par exemple, en officine, certains patients insomniaques, en se forçant à dormir, se mettent dans un paradoxe du type « soyez spontané ». Il peut être intéressant alors de leur proposer d'essayer de se forcer à rester réveillé, ce qui est un paradoxe : en tentant ainsi de cultiver son symptôme au lieu de le combattre trop activement, l'insulaire a des chances de finalement réussir à dormir.

89 Ce principe s'illustre très bien à travers les travaux de R. Rosenthal et L. Jacobson (1963-1992), qui ont démontré expérimentalement que les opinions, les points de vue, les attentes, ainsi que les préjugés théoriques et pratiques d'un expérimentateur, interviewer (ou par exemple un pharmacien) ont un effet certain sur la performance des sujets, même lorsque ces préjugés, attentes, ect... ne sont pas explicites. Leur expérience clinique montre d'ailleurs que définir des buts concrets et accessibles a un effet Pygmalion (Rosenthal-Jacobson, ou l'autoréalisation) positif, c'est à dire qu'ils ont plus de chance de se réaliser. La difficulté réside en le fait que beaucoup de patients en officine viennent chercher une aide en décrivant leurs problèmes d'une façon apparemment sensée mais en fait inutilisable (« je veux guérir »). L'imprécision même de ces objectifs les rend impossibles à atteindre, et le pire est que la plupart du temps si on essaie de leur faire dire ce qu'ils voudraient spécifiquement, ils s'en retrouvent incapables. Le métier de pharmacien est donc aussi un travail constant d'investigation et de reformulation, ne serait-ce que pour comprendre les raisons de la venue du patient en officine. Selon moi, la métaphore est d'ailleurs un très bon outil de reformulation, présentant des vertus pédagogiques intéressantes (M. Mikolajczak et al, 2022) :

- Elles amènent à se décentrer et à prendre du recul en proposant une perspective différente sur un même comportement.
- Elles permettent de donner un retour pertinent sans parler directement du patient. Elles préservent une certaine autonomie en laissant le soin au patient d'interpréter la métaphore.
- Grâce à leur aspect imagé et narratif, elles présentent un impact émotionnel et affectif. Les apprentissages impliquant des émotions s'ancrent plus facilement, et rappeler un mot-clef associé à la métaphore permet de réactiver la prise de recul immédiatement (*par exemple* : « la tempête arrive », avec mon patient colérique).
- Enfin, elles permettent de rendre le discours accessible et d'utiliser plusieurs canaux de compréhension. Cette diversification des canaux de communication permet d'enrichir l'apprentissage et de toucher un large panel d'individus. Certaines personnes sont plus sensibles aux aspects scientifiques et argumentatifs alors que d'autres privilégient l'expérience pratique, et pour d'autres encore c'est le côté narratif ou symbolique qui leur parlera davantage. La métaphore est souvent un bon moyen de toucher toutes ces personnes, sans faire d'erreur de communication et sans risquer d'être incompris par son patient.

Par exemple, la technique d'enseignement du Dr R. Feynman (années 70) a démontré son efficacité : il s'agit d'être capable de restituer n'importe quelle notion, quelque soit sa complexité, sous la forme d'une histoire qu'on pourrait raconter à un enfant. Si l'enfant ne comprend pas, ou que la personne n'arrive pas à formaliser sa pensée comme une histoire simple, c'est que cette dernière ne maîtrise pas suffisamment son sujet et ne pourra pas l'apprendre correctement à un autre. Cette technique fait appel à la notion de mémorisation active : elle permettra, autant à vous qu'à votre patient, de mieux retenir les informations mises en jeu, en l'intégrant sous forme d'image et d'histoire, ce qui est bien plus facile à rappeler que par exemple des mots techniques.

En gardant à l'esprit ces principes, nous pouvons, en abordant un problème, appliquer une démarche en quatre étapes :

1. Définir clairement le problème en termes concrets
2. Examiner les solutions déjà essayées
3. Définir clairement le changement auquel on veut aboutir
4. Formuler et mettre en œuvre un projet pour effectuer ce changement

Une fois le type de changement à effectuer choisi, il convient de le mettre en place par des actions concrètes. Effectuer un changement 1 relève du bon sens, nous nous concentrerons donc sur la manière d'effectuer un changement 2 : **changer le cadre** (P. Watzlawick, 2014 ; M. Erickson, 1954-1989). Ce principe est parfaitement illustré par le problème de la figure à neuf points<sup>90</sup> (figure 3 et 4).



Figure 3: Le problème à neuf point

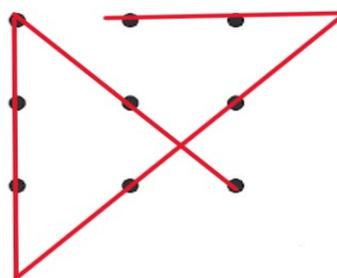


Figure 4: Solution du problème à neuf point

Recadrer signifie modifier le contexte conceptuel et/ou émotionnel d'une situation, ou le point de vue selon lequel elle est vécue, en la plaçant dans un autre cadre qui correspond aussi bien, ou même mieux, aux faits de cette situation concrète, dont le sens, par conséquent, change complètement. Ce que nous modifions en recadrant, c'est le sens accordé à la situation, pas ses éléments concrets. L'opération de recadrage a lieu au niveau de la métaréalité, où un changement peut se produire alors même que les conditions objectives de la situation échappent au contrôle de l'humain (P. Watzlawick, 2014). Recadrer, c'est quitter la supposition simpliste (mais assez répandue) selon laquelle il y a une réalité objective : le réel est ce qu'un nombre suffisamment grand de gens ont convenus d'appeler réel. Ce processus, par lequel nous créons le réel et oublions ensuite que c'est notre création, pour le vivre entièrement indépendant de nous, est notamment mis en avant par E. Kant (1781) et A. Schopenhauer (1818). Il faut ainsi considérer la réalité comme plurielle et

90 Il s'agit de relier les 9 points de la figure 1 par 4 lignes droites en gardant toujours le crayon sur le papier. Presque tous ceux qui rencontrent ce problème pour la première fois introduisent une hypothèse qui rend la solution impossible, en considérant que la solution doit s'inscrire dans le carré formé par les points. Leur échec n'est donc pas dû à l'impossibilité de la tâche, mais à la solution choisie. En utilisant toutes les possibilités de changement 1 à l'intérieur du carré, ils ne résoudront pas le problème. La solution serait alors un changement 2, qui consiste à dépasser ce champ, et on est souvent surpris de la simplicité inattendue de la solution. On trouve la solution en examinant les suppositions faites au sujet des points, et non pas en étudiant les points eux-mêmes.

subjective, et abandonner tout jugement quant à la valeur de la réalité de chacun : rester enfermer dans notre propre réalité ne pourra amener que des changements 1, et une méconnaissance de notre patient.

Reprenons la théorie des types logiques : comme en sociologie, les classes ne sont pas elles-mêmes des objets tangibles mais des concepts et, par conséquent, des constructions de l'esprit. C'est à la suite d'un apprentissage ou d'un choix que nous plaçons un objet dans une classe donnée, permettant ainsi d'ordonner notre monde. Ainsi, dès que nous donnons à quelque chose une valeur ou un sens particuliers, il est très difficile de voir cette chose en termes de son appartenance à une autre classe tout aussi pertinente. En général, c'est seulement si les circonstances changent radicalement que l'objet connaîtra une autre métaréalité (et cela peut être sous notre impulsion). Nous pouvons donc définir le recadrage comme le fait de faire porter l'attention sur une autre appartenance de classe, tout aussi pertinente, d'un même objet (situations, événements, relations, personnes, modèles de comportement,...), ou surtout introduire cette nouvelle appartenance de classe dans le système conceptuel de l'autre. Ce qui rend le recadrage aussi efficace comme outil de changement, c'est qu'à partir du moment où nous percevons l'autre appartenance de classe possible, nous ne pouvons pas facilement revenir au piège de notre ancienne vision de « la réalité »<sup>91</sup>. Attention, il ne s'agit pas de se placer dans n'importe quel autre cadre, ce dernier devant convenir au mode de pensée du patient et à sa manière de classer le réel. Un recadrage ne réussit que s'il tient compte des opinions, des attentes, des raisons, des hypothèses, en un mot du cadre conceptuel de ceux dont on doit modifier les problèmes (P. Watzlawick, 2014)<sup>92</sup>.

Nous avons cherché à démontrer l'intérêt et les moyens d'application dans la pratique officinale de tous les concepts, notions et théories abordés dans cette première partie. Nous nous devons maintenant de la compléter à travers la présentation de divers outils concrets permettant d'optimiser notre communication dans notre pratique professionnelle, c'est l'objet de la partie qui va suivre.

---

91 Par exemple, une fois qu'on connaît la solution du problème à 9 points, on ne peut pas revenir à notre impuissance antérieure.

92 Voici un exemple de recadrage dans l'exercice officinal : le retard de livraison. Un patient était très agacé, voir agressif suite à un retard de livraison du répartiteur. Tenter de l'apaiser, ou au contraire répondre à son mécontentement par une réaction semblable (changement 1) n'aurait que réussi à dégrader encore plus les échanges entre la pharmacienne et son patient. Ici, changer de cadre (changement 2) est une bonne solution : la pharmacienne, ignorant volontairement l'agacement et l'agressivité du patient (comme si c'était impossible pour elle qu'il la considère comme responsable de la situation), affiche donc une grande détresse, et une inquiétude marquée quant aux raisons de ce retard (le livreur a-t-il eu un accident?) et ses conséquences (absence de certains traitements vitaux, à la différence de celui du patient mécontent). Ainsi, le patient ne peut rester agressif face à un interlocuteur conciliant et en détresse, qui sollicite ouvertement sa compassion, de part le frein moral. Lui faire appréhender l'idée que la pharmacienne est comme lui « victime » de la situation, change le cadre. Le patient aura alors souvent tendance à relancer son empathie et être plus compréhensif, voir carrément tenter de vous reconforter, et ainsi quitter son état d'agacement et de colère. Ce genre de technique peut apparaître comme de la manipulation : pourtant, on ne « joue pas un rôle », mais on met l'accent sur une réalité tout autre que celle que perçoit le patient, dans le but de faciliter nos interactions et stimuler la bienveillance des deux côtés.



## II – DÉVELOPPER SES OUTILS DE COMMUNICATION

Le but de cette partie est d'apporter au pharmacien divers outils qui lui permettront de développer sa compréhension des autres et de leurs fonctionnements conscients et inconscients, ainsi que de lui donner des pistes pour apprendre à mieux se comprendre lui-même. Ces outils l'aideront à acquérir et perfectionner une base solide de compétences psychosociales pour améliorer la qualité de prise en charge du patient, ainsi qu'à s'assurer un meilleur confort psychologique dans l'exercice de ses fonctions qui lui permettra une plus grande résilience. Les notions qui seront abordées sont traitées notamment en psychologie et en psychiatrie, l'objectif dans cette thèse est de montrer leur intérêt dans la pratique officinale. Nous aborderons rapidement la définition de ces outils et nous nous concentrerons sur les techniques d'apprentissage et de perfectionnement de leur emploi dans la pratique concrète des relations interpersonnelles.

### A – La mentalisation

Les notions abordées dans cette partie proviennent principalement des travaux de A. Bateman et P. Fonagy (2006, 2019) auxquels nous devons le terme de mentalisation (années 90). À l'origine réservée aux psychologues et médecins, la mentalisation a prouvé toute son efficacité et ses bienfaits dans de nombreux contextes professionnels, comme le rappelle M. Debbané et son équipe (2022) dans leur ouvrage sur le sujet.

#### 1 - Aspects théoriques et intérêt pour le pharmacien d'officine

Même en travaillant au quotidien avec des patients, il est facile d'oublier la dimension psychologique de nos métiers de soin. Beaucoup de pharmaciens se focalisent sur l'aspect bio-médical (symptômes, physiologie, pharmacologie,...), au détriment des attentes, besoins et du bien-être psychologique du patient.

J. G. Allen (2006) définit **la mentalisation comme la capacité de « percevoir et interpréter un comportement comme étant lié à des états mentaux<sup>93</sup> intentionnels », chez soi-même mais aussi chez autrui.** En effet, les convictions, désirs, sentiments et pensées, que nous en soyons conscients ou non, déterminent nos actions. La mentalisation est principalement une activité mentale préconsciente et

---

93 Un état mental est une combinaison d'émotions, de pensées, de désirs, de besoin, de croyances et de tout autre élément psychologique qui définissent l'état d'un individu à un moment donné. Il n'est pas stable dans le temps et varie selon les situations. Par exemple à l'officine : « *Je suis préoccupée et impatiente (émotion), je ne suis pas certaine d'avoir parfaitement saisi les besoins de mon précédent patient (pensée). J'aimerais en discuter avec lui (désir) pour pouvoir passer à autre chose (besoin). Mais je crois que ce patient m'a prise en grippe (croyance)* ». L'activité de mentaliser est donc fondée sur les éprouvés corporels, sensoriels et affectifs qui nécessitent d'être pensés ou vécus, car ils influencent sans cesse notre perception du monde.

imaginative (imaginer ce que les autres peuvent penser ou ressentir). Elle n'est pas homogène, car elle dépend de chaque personne, selon son parcours et sa capacité à imaginer, nous pouvons donc dire que c'est une construction profondément sociale (A. Bateman et P. Fonagy ; 2006, 2019). La mentalisation est un fonctionnement que nous pratiquons tous à des niveaux différents : en effet, rien que pour entretenir un dialogue, nous devons être en mesure de suivre l'état d'esprit de notre interlocuteur ; nous devenons alors le miroir des états mentaux de la personne en face de nous, en modifiant nos postures, nos expressions faciales, le ton de notre voix, nos comportements,... (Steimer-Krause et al, 1990). De plus, la mentalisation est au cœur de notre identité, soit la représentation que nous avons de nous-même, de notre personnalité, de notre vécu et de notre histoire personnelle unique (M. Debbané et al, 2022). Ainsi, mentaliser aide à la régulation émotionnelle et facilite le maintien des relations affectives et d'attachement, malgré les désaccords et même les conflits. C'est également le cheval de bataille menant à la résilience, autrement dit à la santé mentale : cette rencontre des subjectivités nous procure un sens réciproque d'être reconnu en tant qu'individu, d'être important aux yeux d'autrui et d'appartenir à un groupe, une communauté, une culture, mais nous permet également de nous comprendre et de nous accepter nous-mêmes. Avoir une bonne mentalisation confère une cohérence et une signification psychologique à nos actions, à notre sens du soi, et finalement à notre vie (M. Debbané et al, 2022).

Trois notions sont étroitement liées à celle de mentalisation (A. Bateman et P. Fonagy, 2006, 2019 ; M. Debbané et al, 2022) : **l'empathie**<sup>94</sup>, la **conscience psychologique**<sup>95</sup> et la **confiance épistémique**<sup>96</sup>. Cette dernière se définit autour de trois éléments : l'attribution de confiance à une source d'information<sup>97</sup>, le fait qu'une information provenant de la source de confiance est vécue comme pertinente à soi, et le fait que cette information soit considérée comme généralisable à d'autres contextes. Il semble donc évident que le niveau de confiance épistémique influe grandement sur l'efficacité de notre mentalisation : on ne mentalise pas avec l'autre si on ne lui fait pas confiance. Ces trois éléments sont fondamentaux dans l'établissement d'un lien solide avec les patients et d'une bonne mentalisation avec eux.

Il est important de bien garder à l'esprit qu'il est impossible de déterminer simultanément et avec précision toutes les caractéristiques des états mentaux, qu'ils

---

94 Dans sa 5<sup>e</sup> édition (2022), l'American Heritage Dictionary décrit **l'empathie** comme la capacité à s'identifier à autrui, à ressentir ses émotions (empathie émotionnelle) et ses pensées (empathie cognitive), à arriver à se mettre à sa place et ainsi mieux comprendre ses motifs et comportements.

95 **La conscience psychologique** est une construction qui se limite à la capacité de mentaliser le soi. Prendre ses états de conscience (pensées, émotions, actes) comme objet de connaissance, permet à la fois de mieux comprendre une expérience interne, mais également de mieux se projeter dans une situation et comprendre la personne en face de soi (M. McCallum et W.E. Piper, 1996).

96 **La confiance épistémique** joue un rôle essentielle dans la possibilité d'acquérir de nouvelles connaissances, de les transmettre à d'autres et de manière plus générale dans la communication interpersonnelle. Fabrice Clément (2006) la situe au sein de notre oscillation naturelle entre le désir de croire (faire confiance) et la vigilance épistémique (soit se méfier de la source d'information, voir les travaux de Dan Sperber, 2010). L'extrême crédulité serait de tout croire, et l'autre extrême de se méfier de tout ce qu'on dit (paranoïa).

97 Cette source d'information peut être une personne, mais également un média, une culture,...

nous concernent ou qu'ils concernent les autres. Lorsque nous utilisons la mentalisation à l'officine, l'idée est donc de nous engager dans le processus<sup>98</sup> consistant à garder à l'œil les états mentaux, à réfléchir à leur succession, aux liens qu'ils pourraient entretenir entre eux et à formuler plus ou moins consciemment des hypothèses qui soient régulièrement actualisées. Cela permet de s'ajuster imperceptiblement dans l'interaction et de faciliter tant la compréhension que la communication avec le patient.

Pour bien comprendre à quoi correspond une mentalisation efficace, il est important d'évoquer ce que sont les **modes de prémentalisation et la mentalisation sous-optimale** (A. Bateman et P. Fonagy, 2006, 2019 ; M. Debbané et al, 2022). Ces modes font partis du développement normal de la capacité à mentaliser de l'enfant (P. Fonagy et M. Target, années 90), mais continuent à faire partie des modes de pensée disponibles pour l'individu à tout âge de la vie, notamment dans des situations de tension ou de stress, dans lesquelles nous avons tous tendance à utiliser des stratégies moins élaborées et plus automatiques ; nous y serons donc régulièrement confrontés en officine, quelque soit le patient en face de nous. Leur utilisation ne devient pathologique que lorsqu'elle est massive et exclusive. Ces modes n'ont aucune relation à la créativité, mais ils peuvent tenter de reproduire un processus imaginatif et créatif. Alors que le discours semble impliquer la présence de mentalisation, les états mentaux décrits apparaissent comme étranges ou peu authentiques : le discours n'a que l'apparence de la communication et l'échange est absolument dénué de sens. Ces modes peuvent facilement amener à ignorer le fait que l'individu en face de nous possède un esprit, soit en considérant cette personne comme un objet, soit en la considérant comme appartenant à un groupe étranger à soi (P. Fonagy, 2004), sans convictions ou opinions propres.

Les trois grands modes de prémentalisation sont **le mode téléologique<sup>99</sup>, le mode d'équivalence psychique<sup>100</sup> et le mode semblant<sup>101</sup>**. L'utilisation abusive et non

---

98 Ce processus de mentalisation comporte cinq étapes (M. Debbané et al, 2022) : 1-être curieux au sujet des états mentaux ; 2-voir le monde à travers les yeux de l'autre ; 3-me voir au travers de ses yeux ; 4-refléter ce que j'ai compris ; 5-observer l'effet des étapes précédentes. Pour être efficace et suivre l'évolution des états mentaux de chacun, ce processus doit en permanence être réactualisé et recommencé.

99 Dans **le mode téléologique**, les changements qui se produisent dans l'état mental sont supposés réels uniquement lorsqu'ils sont confirmés par des actions physiquement observables, contingentes aux souhaits, convictions, pensées ou sentiments du sujet. L'état mental est déduit à partir de l'action : il lui est en quelque sorte secondaire (A. Bateman et P. Fonagy ; 2006, 2019).

100 Dans **le mode d'équivalence psychique**, la personne est convaincue que ce qu'elle pense et ressent face à une situation (réalité interne) correspond à l'entière réalité de la situation (réalité externe) ; elle ne parvient plus à dissocier la réalité de l'interprétation qu'elle s'en fait. Ce mode se caractérise par de la certitude /absence de doute et par la difficulté à prendre en compte une perspective complémentaire ou alternative (présuppositions hostiles voir paranoïa, grande rigidité, débats stériles...) (A. Bateman et P. Fonagy ; 2006, 2019).

101 Dans **le mode semblant**, il existe une rupture entre la réalité psychique et physique tellement importante que la connexion entre les deux ne peut plus être assurée. Au quotidien, il constitue dans certains emplois un mécanisme adaptatif à la régulation des émotions, mais aussi une forme de maintien d'une entente sociale, avec le respect de certaines conventions. Mais un mode semblant trop soutenu peut faire courir le risque d'aliéner le sujet de ses propres émotions mais aussi d'aliéner autrui, lequel se voit mis à distance de la réalité interne du sujet, en contrariant fortement l'authenticité et la congruence de toute communication (A. Bateman et P. Fonagy ; 2006, 2019).

consciente de ces modes amène le risque de compromettre notre compréhension de nous-mêmes, d'autrui et de la relation avec le patient. Il est pourtant facile de passer à côté d'une mentalisation sous-optimale, surtout lorsqu'on n'est pas initié à la psychologie et aux techniques de communication (A. Bateman et P. Fonagy ; 2006).

Il existe deux types de difficultés pouvant mener à une mentalisation sous-optimale : **les difficultés partielles**<sup>102</sup> et les **difficultés générales**<sup>103</sup> : ces difficultés démontrent souvent une incapacité du patient à se comprendre et prendre du recul sur ses propres émotions (A. Bateman et P. Fonagy, 2006, 2019 ; M. Debbané et al, 2022). Cela génère des problèmes évidents lorsqu'il s'agit de reconnaître l'impact que des pensées, actions et sentiments peuvent avoir sur les autres<sup>104</sup>, mais entraîne aussi souvent un sentiment de menace si la personne en face est, elle, capable de réflexion<sup>105</sup>. La plupart du temps, la personne ayant une mentalisation sous-optimale (pharmacien comme patient) n'en a pas ou que peu conscience : il s'agit d'une vision en partie inexacte des états mentaux de l'autre, mais sans volonté de nuire. Mais il arrive parfois qu'elle soit consciente et destructive, dans des buts narcissiques ou intéressés<sup>106</sup>.

Il n'est pas rare d'être confronté dans les métiers de soin à des individus présentant des difficultés à mentaliser, partielles ou générales, d'autant plus que les patients arrivent souvent dans des états favorisant des difficultés à mentaliser (détresse, anxiété, tristesse, douleur,...), et une fragilité car ils doivent s'exposer aux yeux d'autrui souvent dans leur intimité. Cet état favorise les incompréhensions (qui peuvent être claires, manifestes, entraîner une dispute/un conflit, mais également être discrète, sournoise) et les débordements émotionnels.

Maintenant que nous avons une meilleure idée de ce qu'est une mentalisation sous-optimale et de comment elle se repère, nous allons développer les éléments qui traduisent une **mentalisation optimale et efficace** (A. Bateman et P. Fonagy, 2006, 2019 ; M. Debbané et al, 2022). Le pharmacien souhaitant favoriser une bonne relation et une communication saine avec son patient à l'aide de la mentalisation doit considérer ces éléments comme des objectifs à atteindre.

Concernant la **relation aux pensées et sentiments des autres**, le pharmacien doit cultiver :

---

102 Lorsque les **difficultés** sont **partielles**, la mentalisation s'effondre seulement en présence de pensées, sentiments et de situations spécifiques (rappel de traumatismes, dépression, forte excitation,...).

103 Lorsque les **difficultés** sont **générales**, la personne passe systématiquement à côté de la mentalisation, et perçoit les interactions uniquement en termes physiques, avec une distorsion systématique de la conscience des émotions, une communication et une vision des relations extrêmement rigide, voir une utilisation manipulatrice de l'autre.

104 Par exemple à l'officine, un patient qui n'a pas conscience d'être en colère aura du mal à comprendre les réactions du pharmacien en réponse à l'attitude hostile qu'il présente de manière inconsciente.

105 Ce sentiment de menace peut entraîner des réactions problématiques parfois extrêmes, telles que des menaces physiques, des cris, du langage abusif, de la surexploitation des capacités d'écoute du pharmacien,...).

106 Par exemple à l'officine, cette patiente demandant la délivrance de sa pilule contraceptive, sans ordonnance, ni carte vitale, ni historique. Devant le refus de délivrance, elle a hurlé dans la pharmacie que si elle tombait enceinte et devait avorter cela serait sa faute, dans l'espoir de culpabiliser la pharmacienne et d'obtenir sa pilule en la manipulant.

- **L'opacité** : il s'agit de la reconnaissance formulée que souvent, nous ne savons pas à quoi pensent les autres, sans que cela n'induisse une perplexité excessive quant au contenu de l'esprit des gens.
- **L'absence de paranoïa** : ne pas considérer les pensées des autres comme étant particulièrement menaçantes en tant que telles et se souvenir qu'il est possible de changer d'avis.
- **La contemplation et réflexion** : une volonté de réfléchir à ce que pensent les autres de manière détendu plutôt que compulsive.
- **La prise de perspective** : l'acceptation qu'une chose peut sembler très différente selon le point de vue, ce point de vue étant lui-même conditionné par l'histoire de la personne qui l'entretient.
- **Un intérêt authentique pour les pensées et sentiments d'autrui** : non seulement en terme de contenu, mais également de style.
- **L'ouverture à la découverte** : la personne est naturellement réticente à faire des suppositions concernant les pensées ou sentiments d'autrui, elle préfère les questionner.
- **L'aptitude à pardonner** : l'acceptation des autres basée sur la compréhension de leurs états mentaux<sup>107</sup>.
- **La prévisibilité** : le sentiment général que, dans l'ensemble, les réactions des autres sont prévisibles, sentiment qui se base sur la connaissance de ce que pensent et ressentent les autres.

Concernant **la perception du pharmacien de son propre fonctionnement mental**, il se doit de garder à l'esprit :

- **La nature changeante des perceptions** : l'appréciation du fait que notre vision et notre compréhension des autres peuvent varier au gré des changements qui se produisent en nous.
- **La perspective développementale** : la compréhension que parallèlement au développement, notre compréhension des autres s'approfondit et devient davantage sophistiquée.
- **Le scepticisme réaliste** : la reconnaissance que nos sentiments peuvent être déroutants.
- **La reconnaissance d'une fonction préconsciente** : la reconnaissance que nous ne sommes pas toujours conscients de nos sentiments, en particulier dans un contexte conflictuel.
- **Le conflit** : la conscience d'avoir des idées et des sentiments incompatibles.
- **La position d'introspection** : une curiosité authentique quant à nos propres pensées et nos sentiments personnels.
- **Un intérêt pour la différence** : intérêt pour la manière dont fonctionnent les esprits autres que le nôtre (enfants, neuroatypiques,...).
- **La conscience de l'impact des affect** : l'idée que l'affect peut déformer notre compréhension de nous et des autres.

---

<sup>107</sup> Par exemple à l'officine, comprendre pourquoi un patient a agit de telle manière peut permettre de dissiper la colère que son comportement a généré chez le pharmacien.

Concernant l'**auto représentation** du pharmacien, ce dernier doit favoriser :

- **Des compétences pédagogiques et d'écoute avancées** : Se sentir capable d'expliquer des choses aux autres et sentir que les autres nous trouvent patient et capable d'écouter.
- **Une continuité autobiographique** : la capacité de se souvenir de soi en tant qu'enfant et aux diverses étapes de la vie.
- **Une vie interne riche** : le pharmacien ne ressent pas de vide ou d'absence de contenu dans son esprit.

Pour finir, concernant les **valeurs et attitudes générales** qu'il convient d'adopter à l'officine :

- **L'incertitude** : au sens large, un certain manque de certitude absolue quant à ce qui est juste ou faux, et une préférence pour la complexité et le relativisme.
- **La modération** : une attitude pondérée et mesurée face à la plupart des déclarations concernant les états mentaux de soi et d'autrui. Elle découle de l'acceptation de la possibilité que nous ne soyons pas dans la meilleure position pour qualifier notre état mental ou celui d'une autre personne et d'un regard suffisamment objectif pour reconnaître nos défauts.

Mais très concrètement, quel est l'**intérêt d'une bonne mentalisation dans la pratique officinale** ?

Une bonne mentalisation permet de complexifier et actualiser des représentations mentales sur la base de l'expérience. Cette capacité permettra l'ajustement nécessaire pour réguler les réactions émotionnelles dans différents contextes comme le comptoir, et ainsi modérer l'impact de l'activation émotionnelle sur le comportement. De plus, s'interroger au sujet du fonctionnement des individus permet de mettre au point des hypothèses, puis de les modifier et les actualiser suite aux expériences (M. Debbané et al, 2022). Ainsi, mentaliser permet à la fois une meilleure **compréhension** du patient en face de nous et de nous-mêmes, mais également une meilleure prédiction concernant les relations et les comportements humaines. La connexion entre la compréhension et la **communication** est assez évidente, pourtant elle n'est que rarement soulignée en psychologie : comprendre stimule la volonté de communiquer, et comprendre les états mentaux du patient nous permet de mieux identifier le moment opportun et la bonne manière de lui transmettre les informations, ce qui permettra d'ajuster la communication d'un contenu et faciliter son intégration (M. Debbané et al, 2022). Une bonne communication favorise et entretient la confiance épistémique, c'est à dire que le patient vous verra comme une source d'informations fiable et retiendra donc mieux ce que vous lui direz (Sperber et al, 2010). Ainsi, la mentalisation au niveau du « nous » est essentielle pour générer non seulement de la **collaboration**, mais également un sentiment d'appartenance. En termes de relation humaine, la capacité d'un individu à s'engager dans une collectivité, dans une intentionnalité conjointe, est probablement le facteur protecteur de notre santé mentale le plus puissant, et un grand facteur de résilience (M. Debbané et al, 2022). Échouer en tant que soignant à mentaliser peut présenter des risques considérables

pour le bien-être psychologique du patient, surtout quand cela bouleverse la représentation que ce dernier a de lui-même. Un patient ressentant un mépris pour ses états mentaux de la part de son pharmacien peut facilement se couper du système de soin et développer une phobie du corps médical, notamment quand la souffrance est venue de professionnels de proximité comme le pharmacien.

Après avoir défini l'intérêt de la mentalisation à l'officine et les objectifs théoriques à atteindre par le pharmacien, nous allons nous pencher sur la pratique en elle-même, soit les moyens que le pharmacien a à sa disposition pour activer et utiliser la mentalisation de manière optimale dans son exercice professionnel.

## 2 - Activer la mentalisation

Quand la considération des états mentaux est insuffisante, nous éprouvons une certaine difficulté à comprendre les autres, à tenir compte de leur point de vue, ce qui nous conduit à les traiter de manière partielle (utilitarisme, négligence, déshumanisation,...). Les difficultés relationnelles sont souvent le fruit de difficultés à mentaliser ; leur résolution passe, en premier lieu, par la détection des paramètres qui font défaut à la mentalisation, puis ensuite par la réactivation de notre capacité à mentaliser si besoin, et enfin par la mise en place d'actions favorisant la réactivation de la mentalisation chez le patient.

Nous allons d'abord nous arrêter sur les éléments sur lesquels le pharmacien peut jouer pour activer ou relancer la mentalisation.

### a) De l'orientation dans le processus mentalisant à l'activation de la mentalisation

Mentaliser s'inscrit dans un processus de traduction des ressentis qui viennent du corps et des sens vers une forme mentalisée, c'est à dire davantage représentable pour soi et communicable à autrui. Elle se déploie selon 4 axes (figures 5 et 6) (P. Fonagy et P. Luyten, 2009 ; P. Fonagy et A. Bateman, 2006 ; M. Debbané et al, 2022).

Le premier est l'axe **soi – autrui** : s'interroger sur ce qui vient de soi et ce qui vient d'autrui permet d'aider à différencier les perspectives pour mieux les intégrer et éviter ainsi de les confondre<sup>108</sup>.

Le second est l'axe **pensées (cognitif) – émotions (affectif)**: plus l'activité émotionnelle est intense, plus il est difficile d'imaginer les états mentaux des autres et de soi-même. Ainsi, les émotions influent constamment sur notre disponibilité à mentaliser, et en retour, une posture mentalisante permet de réguler les émotions et les interactions<sup>109</sup>.

---

108 On notera que l'empathie et la compassion s'orientent vers l'autrui, tandis que la conscience de soi s'orientent vers soi (identification, description et acceptation de ce qu'on vit).

109 Nous possédons au moins deux systèmes de réseaux neuronaux susceptibles de traiter distinctement les contenus émotionnels (activité corporelle, émotions, affects...) et les contenus de pensée (croyances, désirs, raisonnements, ...): l'activation de l'un a tendance à freiner l'activation de l'autre (Damasio, 1999).

Le troisième axe est l'**externe – interne** : l'externe est ce qui est visible et/ou perceptible de l'extérieur<sup>110</sup>, tandis que l'interne correspond à des informations davantage abstraites, issus de la réflexion<sup>111</sup>.

Le dernier axe est celui de l'**activité automatique – contrôlée** : la plupart du temps, nous mentalisons de manière automatique. Nous nous ajustons ainsi aux états mentaux que nous percevons et nous soutenons ce processus sans même y penser. Lorsque le moment de l'interaction est passé, nous penserons de manière plus contrôlée aux expériences vécues<sup>112</sup>.

Ces axes ainsi que les notions qui y sont rattachées sont très bien expliqués par M. Debbané et ses collègues (2022), illustrés par la boussole de la mentalisation ci-dessous (figure 5 et 6).

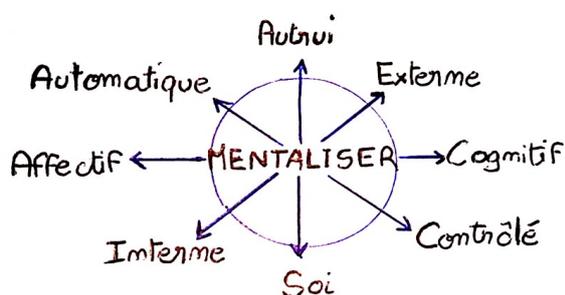


Figure 5: Boussole de la mentalisation (M. Debbané et al, 2022)

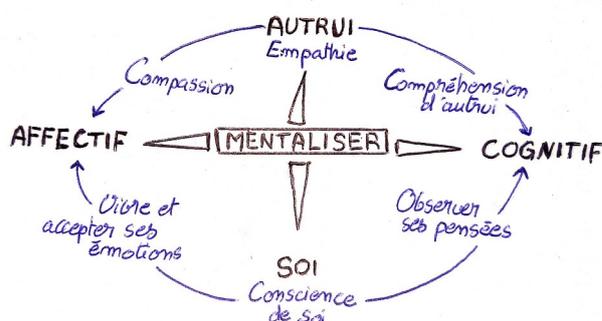


Figure 6: Savoir s'orienter dans l'activité mentalisante (M. Debbané et al, 2022)

Une activité mentalisée est une activité calibrée qui intègre des informations de chaque polarité pour contribuer aux représentations et à leurs actualisations sur la base de l'expérience vécue. Maintenant que nous avons vu comment nous orienter dans le processus mentalisant, nous allons voir les éléments permettant d'activer la mentalisation.

Nous avons vu dans la partie précédente tout l'intérêt pour le pharmacien de mentaliser à l'officine, mais également d'amener une mentalisation efficace chez son patient. Or, nous ne pouvons pas faire mentaliser autrui, mais nous pouvons mettre en place des conditions favorisant l'émergence du processus de mentalisation. Certains **éléments permettent d'activer la mentalisation** lorsqu'elle fait défaut, mais aussi

110 Une personne qui mentalise exclusivement sur la base des informations externes a tendance à être hypervigilante, à estimer que la réalité est basée essentiellement sur du concret et non des mots ou des intentions (M. Debbané et al, 2022).

111 Une personne qui mentalise principalement sur la base des informations internes a tendance à s'enliser dans des suppositions qui manquent souvent de fondements objectifs (M. Debbané et al, 2022).

112 Une personne utilisant presque exclusivement la polarité automatique se fondera essentiellement sur des impressions partielles, donnant l'impression de ne pas peser ses mots et de céder à l'envie de réagir plutôt que de réfléchir. À l'inverse, une personne uniquement sur la polarité contrôlée aura tendance à sur-utiliser le raisonnement au détriment des impressions / ressentis : elle manquera alors de spontanéité, voir de sensibilité (M. Debbané et al, 2022).

de la soutenir quand elle est présente (A. Bateman et P. Fonagy, 2006, 2019 ; M. Debbané et al, 2022 ; E. Goffman, 1974).

Nous avons déjà évoqué dans la partie I **la posture de non-savoir** et son intérêt dans la pratique officinale. Du point de vue de la mentalisation, cette posture s'appuie sur le principe que des états mentaux ne peuvent être l'objet de certitude ou de compréhension totale (que ça soit de la part de l'autre ou du sujet lui-même), et se traduit par une attitude de curiosité et de recherche active de compréhension des états mentaux en évitant les à priori, les jugements et les conclusions<sup>113</sup>.

Un autre élément intéressant pour activer la mentalisation est la **narrative personnelle**. Elle met en forme les représentations de soi d'un individu qui, mises ensemble de manière plus ou moins consciente, délimitent une manière de se voir et de se raconter. Sous sa forme mentalisante, elle permet de voir le monde à travers les yeux des protagonistes, et ainsi comprendre la logique personnelle de leurs comportements.

Le troisième élément à énoncer ici est le principe de **processus mentalisant**. Il s'agit d'un mouvement constant pour éviter la polarisation autour des extrémités de la boussole vus ci-dessus (figure5). Nous mentalisons à différents degrés selon le moment et les circonstances ; le but est donc d'imprimer un mouvement léger en permanence permettant de garder le processus actif, et d'éviter les extrêmes<sup>114</sup>.

Le quatrième et dernier élément favorisant l'activation de la mentalisation est **la validation empathique** : il s'agit d'une manière d'aller à la rencontre des autres lorsqu'ils sont en proie à des difficultés de mentalisation. Elle ne fonctionne que si elle est combinée aux trois autres éléments, et est particulièrement efficace lorsque l'autre est embourbé dans un mode prémentalisant (M. Debbané et al, 2022). Explorer le besoin d'agir, comprendre et valider le vécu émotionnel (un vécu émotionnel ne s'argumente pas), intégrer des émotions mises en sourdine sont des manières de relancer le processus mentalisant, et favoriser l'exploration de perspectives alternatives de la part de l'autre en assouplissant sa rigidité psychologique (N. Feil, 2005, 2009 ; M. Debbané et al, 2022 ; C. Rogers, 1998, 2013). Nous rajouterons que la métacommunication, ainsi que l'apaisement émotionnel de l'autre sont des moyens de le rendre perméable à notre action : en effet, la validation empathique seule ne suffit pas, il faut savoir rendre l'autre capable d'entendre avant de tenter de nouer un lien d'empathie<sup>115</sup>.

---

113 Voici quelques exemples d'expressions à utiliser à l'officine pour une posture de non-savoir activée :

- Marquage : « Je ne sais pas si je comprends bien, êtes-vous en train de dire que.... » ; « Dites-moi si je me trompe... » ; « Je me trompe peut-être, mais il me semble que... »
- Suivi de vérification : « C'est bien ce que vous vouliez dire ? » ; « Qu'en pensez vous ? Ai-je bien compris ce que vous vouliez ? » ; « Ai-je bien résumer la situation ? »

114 Pour que ces mouvements soient efficaces, il faut éviter d'induire des changements de l'intensité émotionnelle trop brusques, qui viendraient interrompre le processus. Nous avons tous une tendance à une certaine polarisation (par exemple, un patient qui peut être particulièrement égocentrique, et donc polarisé sur le « soi »), en être conscient nous permet de mieux la gérer.

115 Il peut être intéressant de s'arrêter ici sur le principe de **l'écoute active** (C. Rogers, années 60 ; J. Artaud, 2003) que J.M. Randin (2008) développe très bien dans son article sur le sujet. Beaucoup de professionnels, y compris de la relation d'aide, sont convaincus qu'ils pratiquent une écoute qui inclut la personne, et qu'ils arrivent à des interprétations et observations définissant cette personne. Or, ils n'ont souvent en réalité pas entendu l'autre, n'ont pas su rester à l'écoute mais se sont fait une *idée* de l'autre, idée qui a orienté toute leur intervention pendant

Ces éléments permettent l'activation ou la réactivation de la mentalisation, dans un échange patient/pharmacien où elle n'existe plus (ou est sous-optimale). Néanmoins, pour pouvoir utiliser ces éléments et agir, il faut savoir créer un climat propice qui aidera le patient à s'ouvrir à votre action. En effet, si votre patient (ou vous-même) est trop braqué, vous ne pourrez pas réussir à relancer la mentalisation quelque soit les efforts que vous déploierez. Pour créer ce climat favorable, trois paramètres doivent absolument être pris en compte.

Tout d'abord, la **confiance épistémique** (A. Bateman et P. Fonagy, 2006, 2019 ; M. Debbané et al, 2022). La confiance en elle-même est primordiale dans une relation pharmacien/patient, comme nous l'avons vu dans la partie I. Elle génère un sentiment

---

l'interaction, et qui ne correspond pas à la réalité de l'autre. Il est ainsi possible de se fabriquer toute une construction mentale, d'être convaincu de répondre aux réalités et besoins de l'autre, alors que nous sommes en train de passer totalement à côté. Alors, comment être réellement « à l'écoute » de son patient ? Une première exigence fondamentale d'une bonne écoute est la **disponibilité à recevoir**, à laisser venir à soi. Nous devons faire taire nos bruits intrapsychiques, pour que dans le silence notre attention se tourne vers le patient ; ainsi, **la phase de compréhension doit venir après celle de l'écoute** (J.M Randin, 2008). Une fois que nous nous sommes rendus disponibles et que nous avons écouté notre patient, notre réponse doit refléter la qualité de notre écoute : en général, les réponses les plus efficaces pour cela sont celles de **questionnement pour mieux comprendre le patient** (Par exemple : « Je ne saisis pas vos propos, pourriez-vous préciser ? ») et **compréhension** (refléter fidèlement ce qui est entendu et compris, notamment via la reformulation). Les réponses d'interprétation, d'évaluation (jugement) ou de questionnement à la place du patient sont quant à elles à éviter : elles accroissent souvent la dépendance, augmentent les conflits internes et renforcent les défenses, tout en influençant le patient. Qui veut perfectionner ses attitudes compréhensives devra donc travailler la reformulation (des faits, du problème, des sentiments de l'autre, de la perception de l'autre) et en corollaire, clarifier ses attitudes personnelles de disponibilité, de capacité à ne pas filtrer les informations, son aptitude à penser « avec l'autre » et non pas « à l'autre » ou « pour l'autre ». Nous noterons aussi que la clarté des informations partagées par la reformulation permettra un meilleur apprentissage, et une écoute efficiente permettra quant à elle une meilleure implication du patient dans la prise en charge. Nous remarquerons également que la congruence et l'authenticité dans l'écoute, la considération positive (refuser tout pouvoir sur l'autre) et l'empathie seront des fondements d'une écoute efficiente. Un bon exemple du manque d'écoute qu'on retrouve souvent chez les jeunes pharmaciens est l'échange sous la forme questions-réponses : ces derniers souvent étant anxieux et ayant peu d'outils pour communiquer efficacement avec leur patient, ressortent des schémas d'interrogatoires appris par cœur pour donner un conseil thérapeutique ou proposer des produits, mais au final passent totalement à côté du problème réel du patient. Les conseils et les produits donnés seront donc peu voir pas efficaces, et le patient perdra vite confiance en les capacités de son pharmacien à le prendre en charge. Poser des questions est très légitime, mais la démarche doit se construire via l'écoute et la compréhension du patient et non en direction d'un but prédéfini à l'avance. L'écoute est particulièrement importante quand on touche à l'équilibre psychologique et social du patient. Parfois, le simple fait de savoir écouter et s'impliquer émotionnellement et cognitivement dans ce que nous transmet le patient nous permet de lui apporter un soutien bénéfique qui favorise sa guérison ou son bien-être. Une mauvaise écoute mène très souvent à des malaises, voir à des conflits ; par exemple à l'officine, ne pas se sentir écouté peut mener le patient à sentir rabaissé et en position basse, ce qui l'amène soit à du découragement et de l'abandon de communication, soit à de la lutte et de la résistance pour faire évoluer ce qu'il perçoit de votre rapport de place). En résumé, faire de l'écoute active signifie que l'on doit respecter certaines règles :

- Avoir une attitude d'accueil qui montre au patient que nous l'acceptons comme il est avec ses émotions, ses représentations sans jugements ni préjugés.
- S'intéresser non seulement au problème en tant que tel mais aussi au patient dans sa globalité et la manière dont il vit à travers ce problème.
- Être un miroir qui reflète de manière la plus exacte possible les pensées du patient tout en faisant écho aux émotions et sentiments qui les accompagnent .

La maîtrise de l'écoute active invite le patient à verbaliser son expérience et ses attentes mais surtout lui fait comprendre que le pharmacien reconnaît son expérience et s'intéresse à sa personne dans sa globalité. Ces deux éléments sont primordiaux à l'installation d'une relation de confiance entre le pharmacien et son patient. Pour aller plus loin, voir également, en plus des travaux de C. Rogers, J. Artaud et J.M.Randin, le guide de pratique clinique de l'OPIQ (2015).

de sécurité qui facilite l'ouverture à soi et aux autres, notamment dans les situations générant de l'incertitude ou de l'anxiété, et favorise à la fois l'adhésion au traitement, son efficacité et autres modalités de prise en charge ; elle recèle cependant une part de vulnérabilité et de prise de risque (être fourvoyé, trahi, induit en erreur, utilisé, se sentir déçu,...). Au niveau cérébral, nous fabriquons des modèles ou des filtres mentaux<sup>116</sup> qui permettent de traiter l'information sur la base de ce qui est déjà connu, ce qui contribue inévitablement à une « simplification » de notre appréciation de la réalité. Il faut donc bien garder à l'esprit que nous sommes sans arrêt biaisés, en être conscient permet de mieux nous ajuster à la réalité. Il existe plusieurs moyens de stimuler cette confiance épistémique, notamment à travers la communication, via les indices de communication ostensive, qui maximisent le potentiel d'apprentissage de l'information transmise (G. Csibra et G. Gergely, 2006), en favorisant un engagement du système attentionnel plus intense. Voici quelques exemples d'indices influençant la confiance épistémique, qu'on retrouve tout les jours dans la pratique officinale : il est donc important que le pharmacien retienne et utilisent les indices augmentant cette confiance (tableau 1).

Indices augmentant la confiance épistémique	Indices diminuant la confiance épistémique
Appeler le patient par son nom, évoquer des souvenirs communs	Ignorer l'identité unique du patient
Respecter le tour de parole	Interrompre
Regarder dans les yeux avec un intérêt ajusté	Ne pas regarder dans les yeux ou imposer son regard
S'accorder au niveau de la tonalité affective	Imposer une tonalité affective
S'ajuster au niveau du ton de sa voix	Imposer la tonalité de sa voix
Adopter une posture corporelle ouverte	Croiser les bras, se mettre en biais,...
Mirroring congruent, contingent et marqué	Mirroring non contingent et/ou non congruent et/ou manque de différenciation soi-autrui, amenant des sentiments négatifs, d'inconfort,...

Tableau 1: Adaptation du tableau sur les indices de communication ostensive (M Debbane et al, 2022)

On remarquera que la posture de non-savoir est une condition incontournable pour stimuler la confiance épistémique : exprimer ses perceptions et points de vue comme sien et hypothétiques puis ensuite vérifier s'ils correspondent au moins en partie au point de vue de l'autre inspire naturellement la confiance.

Le deuxième paramètre à absolument prendre en compte est **le niveau d'activation émotionnel (arousal)** : il peut grandement entraver le processus de mentalisation (M. Debbané et al, 2022). Son niveau trop bas ou trop élevé peut bousculer les représentations de soi, et conduit aux modes de prémentalisation et aux polarisations.

<sup>116</sup> Les filtres mentaux sont souvent évoqués conjointement à la notion de distorsion cognitive. Pour aller plus loin, voir les travaux passionnants de A. T. Beck et A. Ellis sur le sujet (années 70), qui établissent d'ailleurs le lien entre distorsions et psychopathologies.

Il faut garder lors d'un échange un œil sur le degré d'arousal, celui du patient comme celui du pharmacien<sup>117</sup>. Voici quelques exemples de gestion de l'arousal (tableau 2).

Envers soi-même :	Envers l'autre :
Rester calme	Éviter de provoquer l'autre, résister à l'appel de l'autre à la discorde
Résister à la volonté d'avoir raison, d'avoir le dernier mot	Tenter d'entendre les arguments de l'autre peut importe leur pertinence
Accepter ses fluctuations émotionnelles, mettre des mots sur ce qui les crée	Demeurer bienveillant face à ses fluctuations émotionnelles
Apprendre à gérer ses émotions ( <i>cf compétences émotionnelles ci-après</i> )	Stimuler l'autre si besoin, l'encourager à maintenir un degré d'activation gérable
Diminuer l'auto-critique, se témoigner de la compréhension, ne pas se blâmer	Dévier le blâme d'autrui vers ailleurs
Explorer plutôt qu'argumenter	Tenter de clarifier les difficultés de l'autre, l'encourager à décrire son expérience
Décrire plus que répéter ce qui a été dit	Juste répéter les mots prononcés par l'autre, sans tenter de reformuler

Tableau 2: Adaptation du tableau de la gestion de l'arousal, (M. Debbané et al, 2022)

Selon mon expérience, dans le contexte de la relation de soin, il n'est pas rare que les émotions envahissent l'esprit du pharmacien et la relation qu'il entretient avec son patient. Il doit donc être capable de s'en rendre compte, et d'évaluer lorsqu'il n'est pas disponible émotionnellement pour l'échange : il peut alors soit revenir à un moment de la discussion où il parvenait à mentaliser, ou bien reporter la discussion à un moment où il sera capable de l'avoir. Laisser le patient continuer son discours dans une situation où nous pharmaciens ne sommes pas capable de mentaliser favorise l'émergence de difficultés ou des conflits.

Le dernier paramètre que nous allons aborder est **la typologie et la pertinence des représentations de soi et des autres** (A. Bateman et P. Fonagy, 2006, 2019 ; M. Debbané et al, 2022 ; E. Goffman, 1974 ; R. Laing, 1980 ; G. Mead, 1982). En effet, comme nous l'avons vu dans la partie I, les représentations que nous entretenons de nous-mêmes co-construisent, avec celles de notre partenaire, la relation interpersonnelle. Certaines représentations peuvent être relativement facilement remises en cause, mais d'autres nous tiendront particulièrement à cœur, si bien que leur remise en cause pourra générer chez nous (ou chez nos patients) des émotions et réactions vives, voire des mécanismes de défense parfois extrêmes. Il existe une **typologie hypothétique des représentations de soi**, qui structure notre narrative personnelle (M. Debbané et al, 2022) :

117 Lorsque l'activation émotionnelle est particulièrement résistante à toute tentative de la diminuer, la première option est toujours la validation empathique. Si celle-ci s'avère inefficace (émotions trop fortes), on peut utiliser la diversion sur un sujet connexe. Cela permet une « respiration émotionnelle », et on peut revenir ensuite au sujet premier avec une perspective moins imbibée par l'émotion (A. Damasio, 1995, 1999 ; M. Debbané et al, 2022).

- **Ce à quoi le « je » de l'individu aspire** : principalement les valeurs et les idéaux.
- **Ce que je pense être/ avoir été** : ces représentations sont en général nuancées et basées sur l'expérience, faisant preuve d'une bonne connaissance à la fois de ses qualités et de ses défauts.
- **Ce que je suis prêt à admettre être/ avoir été** : il s'agit ici de représentations de soi davantage difficiles à accepter et intégrer.
- **Ce que je n'accepte pas être / avoir été** : il s'agit ici d'une représentation non reconnaissable par l'individu, caractérisée par un fort potentiel d'aliénation de soi<sup>118</sup> et un sentiment d'incongruence, lorsque nous confrontons l'individu à ces parties de lui. L'évocation de ces représentations suscite un fort arousal affectif, qui trahit le rapport complexe qu'entretient l'individu avec cette représentation.
- **Ce que je ne vois pas que je suis / angle mort** : ce que nous sommes à des années lumière de voir chez nous.

L'idée est d'identifier les représentations de soi acceptables pour nous et pour le patient, lorsque reflétées par autrui. En effet, dès lors que nous admettons que certaines représentations sont plus « entendables » que d'autres, nous pouvons réfléchir au degré de syntonie de certaines de ces représentations avec la narrative personnelle, et à l'inverse, au potentiel aliénant (dystonie) que d'autres représentations menacent d'exercer sur l'expérience de soi<sup>119</sup>. En officine, lorsque nous débutons une relation avec notre patient par exemple, nous devons mettre en avant les représentations syntoniques, afin de générer de la confiance épistémique ; c'est une base solide qui nous permettra par la suite d'aborder, si besoin, les représentations aliénantes. Attention, une représentation syntone peut être émotionnellement négative : elle ne doit pas faire l'objet d'un remplacement immédiat par une représentation positive que vous avez. Nous avons tous tendance à vouloir faire la balance, mais exprimer une représentation très éloignée de celle qu'expérimente le patient va forcément le rendre méfiant et lui donner la sensation que vous ne le comprenez pas ; par exemple en officine, tenter de faire relativiser à tout prix un patient dépressif qui a conscience de sa situation peut avoir un tel résultat. Pour finir, il est parfaitement acceptable que le pharmacien interrompe une dystonie pour favoriser l'échange authentique où lui et son patient pourront se

---

118 L'**aliénation de soi** est sentiment, dans notre relation à nous-mêmes, de perte plus ou moins importante de la capacité à s'autodéterminer et tout ce qui en découle (P. Pinel, années 1800). Ce sont ces représentations enfouies en nous qui nous submergent lors de moments de grande impulsivité, de comportements autodommageables et/ou d'impuissance par rapport à notre propre autodétermination (« je ne me reconnais plus », « je suis nul », « je n'en vauds pas la peine »,...)

119 Chez les personnes avec de bonnes capacités de mentalisation d'elles-mêmes, nous noterons que la narrative personnelle intègre à la fois les représentations syntoniques et aliénantes (on connaît ses qualités et ses défauts, très important pour un professionnel de santé). Chez d'autres, il y a une sorte d'insistance à taire les dimensions aliénantes de l'expérience, ce qui donne l'impression d'un faux-semblant ; or, il s'agit d'une difficulté à intégrer les représentations dystoniques aliénantes dans les réseaux de représentations de soi, et cette difficulté doit être prise en compte et comprise par le pharmacien.

reconnaître mutuellement : cela vaudra toujours mieux que de tenter de construire une relation de soin sur des bases bancales<sup>120</sup>.

Maintenant que nous avons précisé ce qu'est la mentalisation et les différents moyens de l'activer, nous allons en voir quelques exemples à l'officine, afin que le pharmacien puisse mieux en appréhender les applications concrètes dans sa pratique professionnelle.

## b) Exemples concrets d'application

Voici quelques exemples d'attitudes et de comportements que le pharmacien peut adopter à l'officine pour une mentalisation plus efficace : ils proviennent de mon exercice personnel, inspirés par tous les travaux cités précédemment, notamment ceux de M. Debbané et al (2022), A. Bateman et P. Fonagy (2006,2019) et P. Watzlawick (2014).

Concernant la **posture générale** à adopter par le pharmacien d'officine :

- **Que sait le patient ?** Cherchez à savoir si le patient possède déjà des informations concernant sa pathologie, demandez-lui ce qu'il comprend de ce qu'il a appris. Cela valorisera ses connaissances et sa place dans la relation , limitera le risque d'impression de condescendance), tout en vous permettant de voir ce qui est acquis, ce qui relève de la croyance et doit être déconstruit, et ce qu'il reste à évoquer. Cela pourra aussi vous permettre d'enrichir vos propres connaissances.
- **Donner du sens pour le patient :** De manière générale, il faut permettre au patient de considérer sa pathologie sur la base d'éléments qui ont de la pertinence pour lui (exemples tirés de son histoire,...). Une utilisation judicieuse d'exemples cliniques tirés de votre expérience professionnelle peut également s'avérer utile. Il vaut mieux parfois faire des concessions concernant la prise en charge et les soins, plutôt que de vouloir à tout prix faire adopter un comportement au patient, alors même qu'il n'y adhère pas ou qu'il est très difficile à effectuer dans son cadre de vie ; en effet, cela aura plutôt tendance à freiner l'observance, voire favoriser l'abandon de la prise en charge.
- **Liberté du patient et limites :** Il est certes important de mentaliser et d'amener le patient à prendre ses propres décisions via une réflexion propre. Néanmoins, même si cela semble contraire au principe de mentalisation, il faut aussi promouvoir notre propre compréhension de sa pathologie : il est important que le patient comprenne l'importance de la prise en charge. En

---

120 Le pharmacien a à sa disposition plusieurs moyens d'arrêter une dystonie :

- En reconnaissant l'intention d'autrui
- En signalant son propre ressenti de manière posée

En offrant une possibilité d'accordage de deux subjectivités, même lorsque l'échange implique une forme d'asymétrie, que ce soit au niveau de l'âge, de la hiérarchie, du rang social, ect...

d'autres termes, mentaliser et laisser sa liberté de penser au patient, dans les limites du raisonnable.

- **Savoir sélectionner ce qui est pertinent** : Certains patients peuvent se sentir submergés par le flot d'information, perplexes et donc retenir peu d'informations importantes : il faut donc apprendre à choisir ce qui est intéressant à dire et ce qui ne l'est pas. Là encore, il est pertinent de jauger les connaissances acquises avant de s'embarquer dans des explications : cela vous permet de concentrer l'attention du patient sur ce qu'il reste à acquérir et sur de nouveaux concepts, plutôt qu'alourdir le discours au risque de le perdre.
- **Poser ses limites** : Mentaliser a aussi pour but d'aider le soignant à s'engager dans des situations et relations qui lui conviennent et dans lesquelles il se sent à l'aise pour exercer. En effet, il faut aussi penser à soi et pas seulement au patient et à son bien-être. Ainsi, il peut être utile, dans certaines relations de soins potentiellement conflictuelles, d'établir verbalement ou à l'écrit des « contrats » de prises en charge, comme évoqué précédemment. Il sera alors possible d'établir ses limites personnelles, et de permettre au patient d'exprimer de potentiels désaccords en amont, plutôt que d'attendre le conflit.
- **Réévaluation du traitement** : Dans le contexte d'une bonne pratique médicale, la stratégie d'administration des médicaments dans un contexte chronique pour chaque patient doit-être régulièrement revue. Pour cela, une bonne relation avec son patient est nécessaire, car c'est notamment en vous appuyant sur ce qu'il vous dit de ce qu'il vit et ressent que vous pourrez adapter correctement son traitement, et ainsi limiter les effets secondaires, les échappements thérapeutiques ou la prise de médicaments non nécessaires.
- **Garder le moral** : En tant que soignant, maintenir sa propre motivation, celle de l'équipe de soin et celle de son patient est primordial pour une alliance thérapeutique efficace. Le moral est le reflet du sentiment global de sécurité régnant entre les acteurs. Des attitudes positives, enthousiastes et empruntes d'espoir chez les soignants instillent probablement des sentiments similaires chez les patients et stimulent leur implication au processus thérapeutique, là où des attitudes inverses ne font qu'alimenter les sentiments négatifs internes (détresse, crainte,...) du patient.
- **Mise au défi** : Il peut être utile, quand le pharmacien soupçonne la présence d'une mentalisation sous optimale, de mettre la capacité de mentalisation du patient au défi. Cela peut se faire en posant une question à contre-pied ou contrefactuelle : le but est de faire considérer au patient une idée opposée à celle qu'il est en train de contempler. S'il ne mentalise pas ou peu, sa réponse sera particulièrement souple, ou au contraire excessivement rigide<sup>121</sup>.

---

121 Par exemple, de nombreux patients insisteront sur le fait que vous n'êtes pas apte à comprendre parce que vous n'avez pas vécu ce qu'ils ont vécu alors qu'ils ne peuvent pas savoir si vous avez expérimenté des situations ou des sentiments similaires. Il s'agit ici de mettre leurs suppositions à votre égard au défi (« comment pouvez-vous savoir si ça m'est déjà arrivé ? » « comment savez-vous si j'ai vécu ou non cette situation ? » ) : l'idée n'est pas d'appuyer sur le fait que oui ou non vous l'avez vécu, mais de montrer au patient qu'il fait des suppositions sans fondement.

- **Prendre en compte la psychologie** : Votre attention doit rester centrée sur votre patient et son état d'esprit, et non sur ses comportements. Pour cela, vous devez être aussi attentif à votre esprit qu'à celui de votre patient, et garder un œil sur vos propres manifestations, aussi insignifiantes soient-elles. Il s'agit aussi d'être capable de ne pas prendre personnellement les réactions et actions de votre patient, mais au contraire d'être capable de les apercevoir avec recul.
- **Perspectives divergentes** : Lorsque vous adoptez une perspective différente de celle de votre patient, il convient de le verbaliser explicitement, sans supposer que l'une est plus valide que l'autre, tout en acceptant que des visions différentes puissent être acceptables. Nous avons tendance à avoir peur d'amener le conflit en exprimant clairement une position différente de celle du patient quelque soit le sujet : mais c'est au contraire le fait de la cacher, de mentir, ou de se retenir qui amène par la suite le conflit (explosion émotionnelle, mode semblant favorisant la confusion de l'autre et le manque d'authenticité,...).
- **Être actif** : C'est vous le professionnel : s'il y a conflit, vous aurez le pouvoir décisionnaire. C'est parfois difficile de s'imposer, ou au contraire nous avons parfois tendance à abuser de ce pouvoir lorsque l'autre nous malmène. Lors d'une divergence ou d'un conflit, si un accord commun ne peut être atteint, le pharmacien doit décider s'il maintient ou rejette l'opinion de l'autre. Les raisons de la décision doivent être expliquées au patient, le tout sans avoir besoin d'asseoir sa position de domination. De plus, donner l'illusion du choix en proposant deux solutions de résolution possibles qui vous conviennent peut être une bonne manière d'éviter les foudres du patient, en le rendant responsable et non vous de la décision qu'il prendra et du dénouement de la situation, tout en s'éloignant du rapport de place hiérarchique. Savoir être un soignant actif, ce n'est pas décharger le patient de ses responsabilités, mais savoir se protéger et le protéger de manifestations inadéquates.
- **Reconnaître ses erreurs** : Vous allez forcément commettre des erreurs durant votre exercice, qu'elles soient pratiques, théoriques ou d'ordre psychologique (non- ou pseudo- mentalisation). Nous prenons le parti qu'une erreur ne doit pas être dissimulée ou niée, surtout quand autrui nous y confronte. Les erreurs ne doivent cependant pas faire l'objet de flagellation, d'humiliation ou de recherche de coupable ; ce sont des opportunités de revisiter ce qu'il s'est passé, d'en apprendre davantage, et de consolider la confiance épistémique en la reconnaissant auprès de vos collègues ou de vos patients. En effet, l'erreur est humaine et ne vous définit pas, ni en tant que personne, ni en tant que professionnel. Attention, il ne suffit pas de reconnaître une erreur : il faut apporter un changement qui marquera, clairement et de manière cohérente, cette reconnaissance et qui évitera sa reproduction. C'est pourquoi il faut analyser l'erreur (même si c'est difficile) et comprendre pourquoi elle s'est produite. Cela démontrera à la fois votre honnêteté intellectuelle et votre

humilité, mais également votre engagement dans une réflexion et une remise en question constantes dans votre exercice professionnel.

- **Être ouvert d'esprit** : Ne pas avoir trop d'idées préconçues sur la vie en général et ne pas être trop axé sur des notions thérapeutiques spécifiques permet souvent davantage de succès dans notre pratique, car cela permet d'adopter un point de vue mentalisant et de non savoir<sup>122</sup>.

La posture générale donne une idée de la marche à suivre dans une situation normale, mais que faire **en cas d'effondrement de la mentalisation** ? Il existe plusieurs techniques de bases pour la relancer lorsqu'elle s'est effondrée ou qu'elle se retrouve insuffisante (M Debbané, 2019) :

- **Adopter un discours simple et court** : Votre discours doit être cohérent par rapport à la capacité de mentalisation du patient. Plus vos interventions deviennent complexes et longues, moins il devient probable qu'elles soient saisies par la capacité à la mentalisation du patient, en particulier si celui-ci se trouve dans un état d'excitation émotionnelle important.
- **Arrêt, écoute, observation** : Les indicateurs d'une mauvaise mentalisation<sup>123</sup> suggèrent de marquer une pause (annoncée ou non) afin d'examiner en détail ce qu'il s'est passé. Ce n'est que lorsque la mentalisation est sérieusement interrompue qu'un « arrêt, retour en arrière et exploration » doit avoir lieu.
- **Arrêt, retour en arrière, exploration** : En cas d'effondrement de la mentalisation, il faut donc être capable de se réorienter, prendre du recul sur la situation et retourner au point de rupture. La différence avec la technique précédente est que le pharmacien interrompt l'échange afin de revenir à un point où une interaction constructive se déroulait et s'est perdue. Cette technique est utilisée lorsque le soignant estime que l'échange est hors de contrôle ou court le danger d'une autodestruction rapide.
- **S'arrêter et tenir la position** : Le but est de rétablir la mentalisation (chez soi ou chez son patient) lors d'un effondrement brutal, lorsque la relation ne peut plus progresser sans remettre en question la perspective du patient. Le pharmacien interrompt le dialogue en cours et insiste pour que le patient se concentre sur l'instant de la rupture. S'arrêter et tenir la position, c'est :
  - Insister sur l'exploration et refuser d'en dévier.
  - Convertir la tromperie en vérité franche : parfois le patient se montre malhonnête (consciemment ou pas) et profère des mensonges évidents, ou joue la comédie. Les patients sont souvent très déroutés par une exposition franche de leur roublardise, et une fois exposée celle-ci ne peut que rarement être continuée sciemment. Tenir la position et ne laisser aucune

---

122 Nous remarquons notamment chez les pharmaciens avec de longues années d'exercice, qu'ils peuvent à la fois tirer pleins de bénéfices de leurs expériences, mais aussi parfois s'enliser dans des conceptions rigides et courir le risque de devenir inflexibles et fermés à leurs patients. Il en va de même pour les jeunes pharmaciens, pour des raisons différentes : n'ayant que peu d'expérience, ils basent leur vision du monde et leur exercice sur l'expérience d'autrui, ou leurs représentations personnelles clichées, et peuvent facilement être désarçonnés par la diversité de l'humain.

123 Comme par exemple des attitudes dénigrantes, explications banales, un manque de continuité dans un dialogue,...

place à la négociation, permet de poser vos limites et de réaffirmer votre place dans la relation.

- Identifier l'affect lié à l'action.
- S'assurer que les aspects « ici et maintenant » sont inclus dans la mise au défi.

La technique de l'arrêt et du maintien de la position est généralement utilisée avec une mise au défi du patient. Elle est souvent plus efficace lorsqu'elle le surprend, qu'elle n'est pas annoncée<sup>124</sup>. L'arrêt et le maintien de la position ne sont efficaces sur le long terme que si cette technique est utilisée avec prudence : des mises au défi trop fréquentes s'avèrent contre-productives. De plus, ces mises au défi ne doivent pas être faites de manière déplaisante ou colérique, l'excitation émotionnelle qui en découlerait ne pouvant que fermer un peu plus le patient comme le soignant, mais se doivent d'être le plus neutre possible et toujours dans une volonté d'améliorer la situation plutôt que de « remettre le patient à sa place » ou le punir.

Enfin, **la gestion d'une impasse** dans la relation pharmacien/patient peut se faire via ces étapes:

- Clarifiez vos limites (cela peut être un rappel des limites convenues au début de la prise en charge si elles ont été évoquées). Par exemple vous pouvez dire à votre patient : « Je ne peux plus continuer comme ça pour telles raisons, et nous devons en parler ».
- Lorsque toutes les voies examinées se terminent en impasse, l'exprimer clairement. Par exemple : « J'ai l'impression que nous tournons en rond, nous ne tomberons pas d'accord ».
- Affirmez votre propre position. Par exemple : « Si vous ne trouvons pas de solution, je serai obligée de mettre fin à la relation de soin ».
- Soyez attentif au contre-transfert pour vous assurer qu'il ne s'agisse pas de vos propres représentations.

Voici un exemple d'une situation dangereuse combinant le recours à l'ensemble de ce qui a été vu ci-dessus : un patient était venu acheter de l'homéopathie pour ses enfants, sans se rappeler les souches ni les dosages, sur ordre de sa femme. Nous avons fini par retrouver les souches en explorant les symptômes mais le dosage n'était pas le bon. Le patient est revenu pour échanger les tubes plusieurs heures plus tard (alors que nous lui avons dit que ce ne serait pas possible, en face et au téléphone) sous prétexte que la pharmacienne s'était trompée, en situation de flux tendu à l'officine. Suite au refus de changement, il a adopté une attitude violente

---

<sup>124</sup> Par exemple à l'officine, un patient se plaignait tout le temps de toutes les actions des professionnels de santé qui se démenaient pour lui, en disant que personne ne comprenait ses problèmes car personne ne vivait pareil. Énoncer le fait que son comportement nuit à la prise en charge, et qu'il faut en parler, insister, et lui montrer que ses suppositions sont infondées, peut permettre d'ouvrir un dialogue amenant une meilleure compréhension des affects mis en jeu, et des raisons du comportement du patient. Si prise de conscience et effort il y a, il est alors important de ne pas lui faire payer ses erreurs passées, mais souligner et accompagner son changement et son engagement à faire mieux même si « ce n'est pas parfait tout de suite ».

(cris, tentatives d'intimidation, coup sur le matériel ). Afin de reprendre le contrôle et de gérer son émotion (colère), la pharmacienne a opté pour plusieurs de ces techniques :

« Attendez monsieur, nous avons vécu cette scène à deux, vous savez pertinemment ce qu'il s'est passé (arrêt). Nous savons tout les deux que ce que vous dites est un mensonge. Comme je l'ai dit à votre femme au téléphone, nous ne reprendrons pas les produits, mais si vous retrouvez une attitude correcte et respectueuse je peux vous vendre les tubes que vous voulez, je les ai en stock (retour en arrière, exploration d'une solution alternative). »

« C'est hors de question, je veux voir les caméras de surveillance ! »

« Non (maintien de la position), je ne vais pas faire attendre tous les blessés derrière vous (tentative de mise en empathie du patient avec les autres) pour que nous regardions une vidéo alors que nous savons très bien ce que nous allons y voir. »

« Je ne bougerai pas d'ici ! »

« Monsieur, nous ne tomberons pas d'accord, alors soit vous sortez, soit nous appelons la gendarmerie » (formulation du désaccord, proposition de choix qui conviennent à la pharmacienne).

« Je ne bougerai pas !! »

« Alors dans ce cas, j'appelle la gendarmerie et je m'occupe des patients qui attendent derrière vous en attendant leur venue ». (mise en place des limites, évocation franche de la rupture de l'alliance thérapeutique).

Tenir la position et gérer ses émotions a sans doute permis d'éviter une escalade de la violence, et l'expression très claire et sans négociation possible de la suite des événements, de placer le patient en déroute. Être convaincant permet d'ébranler la représentation du patient (de lui-même, de nous et de la situation) et ainsi de garder un certain contrôle. Détourner l'attention sur les autres patients et leurs besoins a pu également modérer les comportements de la pharmacienne ainsi que du patient violent.

Ainsi, la mentalisation se révèle être un outil majeur de communication pour développer une relation saine avec son patient, mais aussi pour gérer les différentes difficultés et conflit qui pourrait y naître. Nous allons à présent explorer une autre notion essentielle à la bonne compréhension de la psychologie de nos patients, et de celle du pharmacien : les mécanismes de défense.



## B - LES MÉCANISMES DE DÉFENSE

Ces mécanismes occupent une place centrale dans les champs de la psychologie clinique, de la psychopathologie et de la psychiatrie. Ils sont très peu abordés dans les autres formations de professionnels de santé, alors même que ces métiers ne peuvent être exercés correctement sans une bonne connaissance de la psychologie du patient. L'objectif de cette partie n'est pas d'apprendre à faire prendre conscience de l'existence de ses mécanismes de défense au patient, mais de permettre au pharmacien de se servir sa compréhension de ceux-ci afin aider le patient (et lui-même) à revenir vers une mentalisation efficace et des comportements et réflexions utiles. Les soignants sont régulièrement la cible de ces mouvements psychiques, parfois violents, de part la détresse quasiment omniprésente de nos patients ; mais il est important de garder à l'esprit que ces mécanismes peuvent aussi s'exprimer chez nous-mêmes ainsi que chez nos collègues.

Cette partie est principalement basées sur de nombreux livres de psychiatrie et de psychologie (Valenstein, Freud, Laplanche et Pontalis, Bergeret, Plutchik,...), sur le DSM IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 2005), les travaux de S. Ionescu (2020) et ainsi que ceux de G. Vaillant (1992, 1994) et leurs équipes.

### 1 – Aspects théoriques et intérêt pour le pharmacien d'officine

Le concept de mécanisme de défense a été mis en lumière par Anna Freud (1936). De nombreux scientifiques ont par la suite étudié et donc donné leur définition des mécanismes de défense; leur définition selon J. Laplanche et J. B. Pontalis (1967), D. Widlöcher (1972), A. Braconnier (1991), G. Holmes (1994) et R. Pluchik (1995), se rapproche de celle du DSM IV TR (2000-2003), qui définit les mécanismes de défense comme des processus psychologiques automatiques (la plupart du temps inconscients) qui protègent l'individu de l'anxiété, de la perception de dangers ou de facteurs de stress internes ou externes. Selon ces auteurs, leur but serait donc de réduire, voire supprimer toute modification susceptibles de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique. Vaillant et Drake (1985) quant à eux, les considèrent plus comme différents styles cognitifs et modes de remaniement des réalités internes et externes ; la notion de danger n'est plus considérée comme la base exclusive du déclenchement de ces mécanismes, ce qui remet en cause le caractère purement inconscient de leur utilisation.

À partir de l'analyse de ces définitions, je propose donc la définition suivante : **les mécanismes de défense sont des processus psychiques visant à réduire ou à annuler les effets désagréables des dangers réels ou imaginaires, en remaniant les réalités internes et/ou externes, et dont les manifestations (comportements,**

**idées, affects) peuvent être plus ou moins inconscientes ou conscientes**<sup>125</sup>. Les mécanismes de défense se créent et évoluent tout au long de la vie, et particulièrement dans l'enfance : lorsque leur développement est complet, leur utilisation dépend de la force relative des autres défenses disponibles, du tempérament et du caractère de la personne, du degré de stress vécu (Ionescu et al, 2020).

Ces mécanismes ont également un **aspect biologique** (S. Montgomery, 2013). Dans des circonstances difficiles, ils trient inconsciemment les informations menaçantes et gèrent les dangers en utilisant la sur ou la sous excitation du système nerveux autonome (S. Ionescu et al, 2020)<sup>126</sup>. Les mécanismes de défense ont entre autre comme but de réguler les émotions : ils sélectionnent et ajustent les réponses émotionnelles et/ou comportementales. « Les mécanismes de défense ont donc une réalité constatable biologique, et influenceront évidemment sur la santé physique et psychologique de celui qui les emploient » (S. Ionescu et al, 2020).

**L'activation des mécanismes de défense** peut avoir comme **motifs concrets** (S. Ionescu et al, 2020 ; H. Chabrol, 2005, 2018) deux types de conflits.

Nous ressentons tout un panel d'éléments (sensations, sentiments, pulsions,...) dont l'extériorisation n'est forcément pas possible en l'état<sup>127</sup>, et qui peuvent créer des **conflits internes**<sup>128</sup> plus ou moins difficiles à gérer (A. Freud, 1965). De plus, ces conflits représentent souvent une menace pour notre besoin de cohérence et de structure du moi. Lorsque l'individu est dépassé par ses conflits internes, il fera alors usage souvent inconsciemment de mécanismes de défense pour les réguler et ainsi conserver l'intégrité du moi. Les **conflits** peuvent également survenir **entre soi et l'extérieur** (S. Ionescu et al, 2020)<sup>129</sup>. Un pharmacien ayant une meilleure connaissance des mécanismes de défense et des motifs qui les déclenchent sera plus apte à comprendre ce qui se joue dans la relation avec son patient, et favorisera une mentalisation efficace.

---

125 Chabrol (2005) insiste sur le fait qu'à la différence des mesures défensives (formes d'activités qui peuvent être des façons normales d'exprimer toute une variété de choses et, qui, dans certaines circonstances, peuvent aussi être employées à des fins défensives), les mécanismes de défense constituent des outils personnels développés pour protéger le moi, employés spécifiquement à cette fin, dont l'expression est souvent d'une grande rigidité.

126 Le système nerveux autonome régule de nombreuses fonctions automatiques, comme la respiration, rythme cardiaque, circulation, digestion, sécrétions de certaines glandes,... Il est constitué d'une composante sympathique (réactions de mise en alerte du corps, telles que la dilatation bronches et pupilles, accélération du cœur et de la respiration,...) et d'une composante parasympathique (ralentissement général des fonctions de l'organisme). Si les défenses pilotées par le parasympathique (comme le déni) favorisent un état de faible excitation, les défenses pilotées par le sympathique (activisme, projection,...) entraînent une excitation plus élevée. Les défenses adaptatives (affiliation, altruisme, anticipation, sublimation) utilisent de manière flexible l'une ou l'autre de ces formes d'activité autonome (S. Ionescu et al, 2020).

127 Ces éléments non externalisables peuvent être par exemple des gestes de colère, des comportement non en accord avec nos valeurs,...

128 Ces conflits peuvent être par exemple des émotions ou pulsions qu'on juge dangereuses, inacceptables,...

129 Voici quelques sources de conflits externes (S. Ionescu et al, 2020) :

- Non congruence entre la représentation du moi de soi et celle des autres (remise en question de notre valeur, de nos compétences,...), sentiment d'aliénation
- Frustration ou négation d'un besoin primordial
- Danger réel venant de l'extérieur et menaçant l'intégrité de l'esprit ou du corps.

Une défense est considérée comme réussie lorsqu'elle permet d'échapper au déplaisir qui a causé son activation (écarter l'angoisse, réduire l'activation émotionnelle, diminuer la souffrance,...) (H. Chabrol, 2005, 2018). Mais attention, une défense réussie est toujours quelque chose de dangereux car elle restreint excessivement le domaine de la conscience ou de la compétence du moi, elle falsifie la réalité et rigidifie les interactions relationnelles (S. Ionescu et al, 2020). Ainsi, la présence de défense n'est pas, en elle-même, pathologique, tant que cela reste une réponse temporaire visant à protéger le moi : cela ne devient un problème que lorsque leur utilisation devient excessive et répétitive, ou encore tout bonnement absente et que le moi n'a aucun moyen de se protéger (G. Vaillant ; 1992, 1994). Tout n'est au final qu'une question de dosage et d'équilibre.

Les mécanismes de défense sont souvent connotés péjorativement, comme des « erreurs de fonctionnement », mais cette vision a été largement remise en question : **certaines défenses peuvent être adaptatives**, en facilitant aussi bien l'homéostasie psychique que l'adaptation du sujet à son environnement (Menninger, 1954 ; Vaillant, 1992, 1994). Une défense adaptative se caractérise par plusieurs éléments. Tout d'abord, leur mode d'action vise, par exemple dans le cas de l'affect, non pas à le faire disparaître, mais plutôt à agir sur lui et ainsi à réduire la douleur : plutôt que de bloquer les sentiments, les défenses adaptatives doivent les canaliser. Elles s'inscrivent également dans une perspective temporelle, en étant plus orientées vers le long terme. Pour finir, elles permettent de rendre leur utilisateur agréable aux yeux des autres ; à l'inverse, l'emploi de défenses non adaptatives conduit au rejet de leur utilisateur (S. Ionescu et al, 2020). À travers sa hiérarchisation des défenses, G. Vaillant (1992, 1994) insiste sur l'importance des mécanismes qualifiés de matures dans la construction de la résilience<sup>130</sup>. Il est intéressant de citer ici deux notions qui résonne avec ce concept de défense adaptative : **le concept de dégagelement**<sup>131</sup> et **le coping**<sup>132</sup>. Alors que les mécanismes de dégagelement ont pour but de regarder en face sa défense et de l'abolir, le coping serait une utilisation « évoluée » des mécanisme de défense de manière consciente, efficace et non délétère pour le sujet (H. Chabrol, 2018).

Afin de bien comprendre ce que sont les mécanismes de défense et comment ils fonctionnent chez le patient mais également chez le pharmacien, il est important de s'arrêter sur leur **classification**. De nombreuses existent, mais nous nous concentrerons sur celle de G. Vaillant (1993), qui est parmi les plus connues, et celle du DSM IV TR (2005).

---

130 Pour aller plus loin : *True versus pseudo Resilience* (J. S. Guittard, 1996).

131 **Le dégagelement** correspond aux modalités d'aménagement des tensions par le moi. Les opérations de dégagelement supposent le reconnaissance par le sujet de ses désirs et de ses mécanismes de défense, le désinvestissement de la contre-pulsion défensive, et la libération du sujet de ses mécanismes automatiques propres (Bibring, 1943 ; Laplanche et Pontalis, 1957/1982).

132 **Le coping** correspond au processus actif par lequel un individu, par l'auto-appréciation, fait face à une situation stressante et réussit à la maîtriser (Bloch et al, 1991).

Ces auteurs exposent **sept niveaux de fonctionnement défensif** :

- **Niveau adaptatif élevé (= défenses matures chez G. Vaillant)** : Il s'agit des défenses permettant une adaptation optimale aux facteurs de stress, accroissant la gratification, autorisant la perception consciente des sentiments, des idées et de leurs conséquences, assurant le meilleur équilibre possible entre les différentes motivations conflictuelles.
  - *Défenses décrites ci-après concernées : l'anticipation, l'affiliation, l'altruisme, l'humour, la sublimation, affirmation de soi, la répression (= mise à l'écart)*
- **Niveau des inhibitions mentales (formations de compromis = défenses névrotiques ou intermédiaires chez G. Vaillant)** : Elles maintiennent en dehors de la conscience les idées, les sentiments, les souvenirs, les désirs ou les peurs susceptibles de représenter une menace potentielle.
  - *Défenses décrites ci-après concernées : le déplacement, la dissociation, l'intellectualisation, l'isolation, le refoulement, l'annulation rétroactive*
- **Niveau mineur de distorsion de l'image (de soi, du corps et des autres = défenses narcissiques chez G. Vaillant)** : Elles opèrent, afin de réguler l'estime de soi, des distorsions mineures de l'image de soi, du corps ou des autres.
  - *Défenses décrites ci-après concernées : la dépréciation, l'idéalisation et l'omnipotence*
- **Niveau de désaveu (= défenses immatures chez G. Vaillant)** : Elles maintiennent en dehors de la conscience des facteurs de stress, des pulsions, des idées, des affects ou des sentiments de responsabilité déplaisants ou inacceptables, qu'ils fassent ou non référence à des causes externes.
  - *Défenses décrites ci-après concernées : le déni, la projection, la (dé)négaration et la rationalisation*
- **Niveau majeur de distorsion de l'image** : Elles produisent une distorsion ou une perturbation majeure/confusion de la référence à l'image de soi ou des autres.
  - *Défenses décrites ci-après concernées : le refuge dans la rêverie, l'identification projective, le clivage*
- **Niveau de l'agir (= défenses immatures chez G. Vaillant)** : Elles engendrent un fonctionnement défensif se caractérisant par l'utilisation, en présence de facteurs de stress internes ou externes, de l'action ou du retrait.
  - *Défenses décrites ci-après concernées : L'activisme, le retrait apathique, l'hypocondrie, l'agressivité passive*
- **Niveau de la dysrégulation défensive** : L'utilisation de ces défenses témoigne d'un échec de la régulation défensive des réactions du sujet aux facteurs de stress, ce qui entraîne une rupture marquée par rapport à la réalité objective.
  - *Défenses décrites ci-après concernées : Projection délirante, déni psychotique, distorsion psychotique*

Les corrélations entre les styles de défense et les mesures de maturité du moi indiquent que les styles défensifs se hiérarchisent et qu'il y a donc une progression développementale (S. Ionescu et al, 2020). Cette progression reflète un changement allant du contrôle des pulsions à l'expression créative de soi en passant par la préoccupation pour les autres (G. Vaillant, 1976).

Maintenant que nous avons une idée plus concrète de ce que sont les mécanismes de défense, nous allons voir quel est **l'intérêt pour le pharmacien de savoir les reconnaître en officine.**

L'utilisation de ces mécanismes dépasse de plus en plus le champ de la psychopathologie et devient courante dans des domaines comme la prévention et l'éducation pour la santé, la médecine des troubles physiques ou la sélection professionnelle (S. Ionescu et al, 2020). Les pharmaciens n'ont que très peu de formations concernant ce sujet, alors qu'il est particulièrement important à la fois pour mieux comprendre leurs patients, mais également pour se comprendre eux-même. Comprendre ses propres mécanismes permet au pharmacien de se forger une meilleure capacité de mentalisation, mais aussi de travailler sur lui pour faire évoluer ses défenses vers des mécanismes plus matures qui ne pourront impacter que bénéfiquement sa santé mentale et ses relations avec ses patients. Il est important de garder à l'esprit que ce qui paraît gênant, contrariant, dangereux, hypocrite dans les défenses est principalement de nature inconsciente et dans un but de protection (G. Vaillant ;1992, 1994) : essayer de raisonner ou de discipliner le patient qui y a recours est donc inefficace. Le pharmacien doit donc être indulgent vis-à-vis des défenses de son patient, mais il ne doit pas nécessairement les tolérer : parfois, l'illusion doit être confrontée à la réalité. Toutefois, mettre en évidence ou écarter les défenses d'une personne doit se faire avec tact, en respectant ses choix et son intimité, et seulement si cela devient obligatoire pour préserver la relation (S. Ionescu et al, 2020). G. Vaillant (1992, 1994) recommande aussi de ne pas confronter une défense si nous n'avons pas la patience et le temps nécessaires pour en traiter les conséquences : ainsi, en pharmacie, nous allons majoritairement éviter ce genre de confrontation.

L'intérêt d'aborder les mécanismes de défense dans les métiers de soin est aussi de mieux comprendre l'augmentation des syndromes d'usure professionnelle chez les soignants, ou burn-out (R. L. Kapasa et al, 2021 ; I. Moley-Massol, 2007 ; D. Barbier, 2004). « Récepteur et dépositaire de la souffrance, le soignant déclenche des mécanismes de défense afin de s'adapter à la souffrance singulière de chaque patient » (S. Ionescu et al, 2020). Par exemple, dans une étude menée avec le DSQ-40 (Regan et al, 2009), l'équipe a constaté que l'épuisement émotionnel était significativement relié à l'utilisation de défenses névrotiques et plus encore à des défenses immatures (clivage, somatisation, déplacement, projection, agression passive, dépréciation, déni, dissociation). Nous retrouvons les mêmes conclusions dans une autre étude (DSQ-60 et TAT, Timmermann et al, 2009). Les nombreuses autres recherches sur le sujet (Bernard et al, 2010 ; Valloton, De Roten et Despland, 2014,...) nous permettent de formuler les affirmations suivantes :

- Les rapprochements décrits entre la régulation implicite des émotions et le fonctionnement défensif ouvrent de nouvelles perspectives pour la compréhension des mécanismes sous-jacents aux défenses.
- Le fonctionnement défensif d'une personne a un impact sur le fonctionnement psychique d'une autre personne.
- L'étude du fonctionnement défensif chez les soignants ouvre la voie de la prévention des problèmes psychologiques liés à leur pratique professionnelle et peut avoir des effets bénéfiques sur leur travail. De plus, mieux comprendre les mécanismes des patients et les nôtres peut permettre de les gérer plus efficacement lorsqu'ils surviennent, rendant la tâche plus facile pour les soignants et préservant ainsi leur stabilité psychologique.

Les mécanismes de défense sont donc de véritables outils de travail du soignant voulant mieux cerner ses patients et favoriser une prise en charge efficace, ainsi que préserver son propre bien-être et sa santé mentale. Ainsi, dans la partie suivante, nous proposons d'aider le pharmacien à les reconnaître, chez son patient mais aussi chez lui-même, afin d'élargir son éventail de réactions possibles et ainsi adapter au mieux sa communication en fonction du ou des mécanismes employés.

## **2 - Repérer et gérer les mécanismes les plus fréquemment rencontrés en officine**

Il est important de préciser que les mécanismes de défense qui seront cités ici font échos à des mécanismes sociaux courants. Il faut bien comprendre qu'ils sont différents de ces mécanismes sociaux, dans le sens où ils agissent dans le cadre de la défense du moi, comme procédures construites<sup>133</sup>. Il est généralement difficile de distinguer les différents mécanismes de défense, et dans la vie réelle ce ne sont que les combinaisons, les mélanges de défenses qui nous permettent de décrire et de comprendre le fonctionnement psychique (G. Vaillant, 1992, 1993).

Nous allons développer des mécanismes particulièrement intéressants à connaître dans l'exercice officinal : trente mécanismes issus du DSM IV TR (2005) et des travaux de G. Vaillant (1992, 1994)<sup>134</sup> ainsi que huit mécanismes non reconnus par le DSM, mis en avant par A. Valenstein (1961), J. Bergeret (1972) et R. Plutchik (1995)<sup>135</sup>. Ils seront classés par ordre alphabétique par soucis de praticité, et nous les illustrerons d'exemples issus de mon propre exercice officinal. S. Ionescu et al (2020)

133 Par exemple, l'humour (qui peut être utilisé dans n'importe quel contexte) n'est pas la même chose que l'humour-défense, car leur finalité et leur rôle sont fondamentalement différents.

134 La liste des mécanismes de défense selon G. Vaillant et le DSM est : activisme, affiliation, affirmation de soi, agressivité passive, altruisme, annulation rétroactive, anticipation, clivage, (dé)négaration, déni, déni psychotique, déplacement, dissociation, distorsion psychotique, humour, hypocondrie, idéalisation, identification projective, intellectualisation, isolation, mise à l'écart, omnipotence, projection, projection délirante, rationalisation, refoulement, refuge dans la rêverie, retournement contre soi, retrait apathique, sublimation.

135 Ces mécanismes sont : contrôle, dépersonnalisation, évitement, identification, introjection, régression, somatisation.

propose une méta analyse des définitions existantes, dont nous nous servirons ci-dessous, sachant que les définitions retenues ici proviennent principalement du DSM IV et des travaux de G. Vaillant.

### **ACTIVISME (niveau de l'agir) :**

Il s'agit de la gestion des conflits internes ou externes par **le recours à l'action, à la place de la réflexion ou du vécu des affects**. Il y a donc une tendance à la fuite, à l'évitement de l'affect ou de la pensée, sources d'angoisse. L'activisme ne recouvre pas habituellement de comportements pathologiques, mais cela peut arriver.

À l'officine, les pharmaciens sont souvent confrontés à leurs angoisses face aux pathologies de leurs patients. Ils peuvent alors réagir de manière compulsive, en abandonnant leur posture d'accompagnement du patient : par exemple lorsqu'un patient que nous apprécions est mourant, et que nous n'arrivons pas à accepter la situation<sup>136</sup>.

À titre personnel, je pense qu'il peut être intéressant que cette défense soit proposée par le pharmacien aux patients en souffrance psychologique. Par exemple, l'activisme peut être un moyen de remplacer une addiction problématique en pratique beaucoup plus saine (sport, art,...) même s'il faut bien sûr rester attentif aux risques de dérives<sup>137</sup>.

### **AFFILIATION (Niveau adaptatif élevé) :**

Il s'agit de la **recherche de l'aide et du soutien d'autrui** quand on vit une situation qui engendre l'angoisse. Si l'affiliation est un partage du monde cognitif et affectif (Moser, 1994), c'est le soutien social (reçu et perçu) qui la rend possible, via le soutien émotionnel<sup>138</sup>, le soutien d'estime<sup>139</sup>, le soutien matériel ou financier, et le soutien informatif<sup>140</sup> (S. Ionescu et al, 2020). L'affiliation devient pathologique quand on tombe dans de grands extrêmes : attachement excessif et dépendance affective, et à l'inverse solitude et isolation. Nous noterons que bien qu'elle soit classée comme un mécanisme de défense, l'affiliation réussie peut être rapprochée des stratégies de coping, donc conscientes (H. Chabrol, 2018), et peut être un atout majeur pour une relation pharmacien/patient saine, elle est donc à stimuler.

Par exemple à l'officine, les patients recherche de l'appui d'une communauté, ou d'un groupe de soutien (personnes vivant une expérience identique), ce qui peut stimuler l'affiliation. Il peut donc être intéressant pour le pharmacien de savoir les

---

136 Il peut être intéressant ici de citer les pratiques sportives intensives bien connues des anorexiques qui rationalisent de telles conduites par la recherche de la perte ou du maintien d'un poids considéré comme idéal (B. Brusset, 1990).

137 Par exemple, cette patiente toxicomane qui a fini par intégrer le sprint dans son schéma thérapeutique, pratique proposée par la pharmacienne en cas d'envie incontrôlable de consommation (d'abord, sprint jusqu'à la pharmacie pour trouver du réconfort, puis prise de l'habitude du sprint à chaque pulsion). Cette pratique, en plus de l'aider à freiner sa consommation, lui a permis un bien-être physique certain, et un moyen de se re-socialiser

138 Ce soutien émotionnel peut amener un sentiment de protection, de réassurance, d'amour,...

139 Ce soutien d'estime rassure à propos de ses compétences, de sa valeur,...

140 Ce soutien relève des détails et conseils, d'informations utiles sur la situation stressante,...

orienter vers des structures proposant ce type de soutien, et donc de les rechercher en amont des demandes potentielles<sup>141</sup>.

### **AFFIRMATION DE SOI (Niveau adaptatif élevé) :**

Dans ce mécanisme, en proie à un conflit émotionnel ou à un évènement extérieur stressant, la personne **communique sans détour sentiments et pensées, d'une façon qui n'est ni agressive, ni manipulatrice**. Dans l'affirmation de soi, on ne recherche pas à être entouré ni consolé, mais seulement à extérioriser le plus directement possible ce qu'on ressent<sup>142</sup>(S. Ionescu et al, 2020). Aucun aspect pathologique n'a été associé à sa présence (attention, il ne faut pas confondre expression et agressivité, ni favoriser de conséquences fâcheuses par son emploi). Nous pouvons cependant remarquer qu'une extériorisation excessive des sentiments est souvent signe d'un certain égocentrisme qui peut finir par poser problème dans une relation qui dure. Nous parlerons donc surtout de pathologie liée à l'absence du mécanisme d'affirmation de soi<sup>143</sup>.

À l'officine, il peut arriver que le pharmacien favorise les difficultés d'émergence de l'affirmation de soi du patient<sup>144</sup>. Il apparaît ainsi que le rôle d'information et d'éducation du pharmacien est primordial dans le développement de cette affirmation de soi.

À mon sens, cette défense est majoritairement bénéfique, et est à favoriser par le pharmacien. Elle a globalement le même intérêt que l'affiliation (même si la cause du déclenchement de la défense n'est pas la même) dans la pratique médicale, et permet aussi au soignant d'extérioriser ses souffrances et d'avancer vers une meilleure résilience.

### **AGRESSIVITÉ PASSIVE (niveau de l'agir) :**

Il s'agit d'une réponse aux conflits internes ou externes par une **agression envers autrui exprimée de façon indirecte et non combative**. Une façade d'adhésion apparente voile la résistance, le ressentiment ou l'hostilité, suscitant un fort sentiment de non congruence (S. Ionescu et al, 2020)<sup>145</sup>. Ce mécanisme est principalement

---

141 Par exemple, les groupes de soutien pour les personnes addicts. L'identification joue un rôle important dans ces groupes qui sont d'ailleurs fermés aux observateurs extérieurs dont on pourrait craindre les jugements ou la condescendance.

142 Cette expression de soi peut se faire de manière verbale, mais également de manière non verbale. Attention, nous noterons qu'une affirmation partielle peut être ressentie comme non congruente par l'interlocuteur (S. Ionescu et al, 2020).

143 L'absence de ce mécanisme peut par exemple mener à une excitation interne somatique, pouvant mener à des symptômes (douleurs au ventre, à la gorge, crampes,...), à long terme des pathologies (ulcères,...) ou à des débordements émotionnels (explosion, craquage,...).

144 L'étude de L.Volicier et al (1975) sur le sujet met en avant les situations les plus stressantes à l'hôpital pour le patient ; trois sont liées au manque de communication avec le personnel hospitalier : ne pas être informé du diagnostic, ne pas connaître les résultats ou les raisons du traitement administré, et ne pas obtenir de réponses aux questions posées au personnel soignant. Cela nuit au confort psychologique et moral du patient, freine toute réaction et implication de sa part, et dégrade également l'évolution de la maladie (augmentation des complications, mauvaise observance,...).

145 Ce mécanisme est souvent utilisé dans des situations exigeant des actions ou des performances, ou marquant des manques de gratification des propres désirs du sujet (S. Ionescu et al, 2020).

pathologique et source de conflits personnels et relationnels : en effet, la plupart du temps, il ne permet pas à l'autre de prendre conscience du problème, mais au contraire va lui donner un sentiment d'injustice, de frustration, de colère. Ainsi, on s'avance inexorablement vers l'escalade, qui peut amener à l'explosion (gestes ou mots déplacés, démission, rupture de l'alliance thérapeutique,...). Il est donc très important, dès le ressenti de non-congruence, de favoriser l'affirmation de soi de la personne qui utilise l'agressivité passive et ne surtout pas s'enliser dans le silence, les réactions en miroir, les interprétations sans fondements ou les reproches. Il faut aussi être sensible à soi, pour éviter d'avoir ce genre de mécanisme.

Voici un exemple de son expression à l'officine, celui du préparateur en conflit avec son pharmacien responsable : l'agressivité passive est ici une forme d'adaptation pour celui occupant une position de subordonné et qui n'arrive pas à s'affirmer ouvertement par d'autres moyens. Il arrive aussi souvent que ce mécanisme soit employé lorsque l'employé n'est pas valorisé pour son investissement ou ses efforts, ce qui génère en lui une grande frustration qu'il ne peut exprimer. Savoir détecter l'agressivité passive est donc, en plus d'être un levier d'amélioration des relations patient/pharmacien, un outil de management incontournable.

### **ALTRUISME (Niveau adaptatif élevé) :**

Ce mécanisme est un **dévouement à autrui**, reposant sur 4 fondements, liés chacun à la résolution d'un conflit (S. Ionescu et al, 2020). L'altruisme-défense peut être :

- Un exutoire à l'agressivité (déplacement de celle-ci vers un but noble)
- Une jouissance par procuration (le conflit s'attache à un plaisir qu'on se refuse ou inatteignable par nous : alors on aide les autres à l'obtenir).
- Une manifestation du masochisme (recherche du sacrifice)
- Une jouissance à travers ce qu'apporte la réaction des autres (valorisation à travers la reconnaissance par exemple)

C'est uniquement sa dérivation vers d'autres mécanismes, comme par exemple l'obsession, qui peut être pathologique<sup>146</sup>. Cette défense est donc majoritairement positive, et doit donc être valorisée chez le patient et chez le pharmacien.

À l'officine, les exemples d'altruisme pathologiques sont rares : il peut néanmoins arriver que le pharmacien perde de vue son objectif d'accompagnant, par exemple en n'agissant que pour la reconnaissance de ses patients ou en se sur-investissant dans son travail au delà de son rôle ou de ses capacités. Le pharmacien n'agit alors plus dans l'intérêt du patient, mais dans le sien.

### **ANNULATION RETROACTIVE (Niveau des inhibition mentales = défenses névrotiques) :**

Il s'agit de l'**illusion qu'il serait possible d'annihiler un évènement, une action, un souhait, porteurs de conflits, grâce à la toute puissance d'une action ou d'un**

---

<sup>146</sup> Un bon exemple, non officinal mais que nous pouvons parfois apercevoir au comptoir, qui illustre bien l'aspect pathologique de ce mécanisme est celui de certains parents qui espèrent que leurs enfants, mieux doués qu'eux, accéderont à la réussite dont ils rêvaient pour eux-même et qu'ils n'ont pas pu atteindre (A. Freud, 1996).

**souhait ultérieur.** À la différence du regret / remord, l'action à l'origine du conflit est effaçable dans la tête du sujet (S. Ionescu et al, 2020).<sup>147</sup> Ce mécanisme est globalement négatif : il fausse l'acceptation de la réalité de celui qui l'utilise, et peut facilement créer chez son interlocuteur de la frustration, du rejet, de l'incompréhension ou même de l'agressivité. Il est aussi la porte ouverte sur les comportements obsessionnels et/ou compulsifs.

Par exemple, à l'officine, nous avons un patient très angoissé par sa maladie : cette angoisse redouble quand nous lui demandons des nouvelles de sa santé. Ainsi, lorsque nous lui demandons comment il allait, l'angoisse devenait trop difficile et il changeait de sujet en disant « peu importe, ce n'est pas grave, nous verrons plus tard ». Dans son esprit, cette phrase avait pour vocation d'effacer sa maladie, mais comme cet objectif n'était jamais atteint il devait la répéter sans cesse ; nous noterons qu'à la différence du déni, le patient avait tout de même conscience de sa pathologie. Il peut être intéressant, lorsque le pharmacien détecte ce mécanisme, d'initier une discussion autour du sujet anxigène avec le patient, et/ou si besoin de l'orienter vers un professionnel de la santé mentale.

### **ANTICIPATION (Niveau adaptatif élevé) :**

Anticiper consiste, lors d'une situation conflictuelle, à imaginer l'avenir :

- En expérimentant d'avance ses propres réactions émotionnelles
- En prévoyant les conséquences de ce qui pourrait arriver
- En envisageant différentes réponses ou solutions possibles à ces conséquences

C'est principalement l'absence d'anticipation qui s'avère pathologique : elle est souvent associée à une fragilité psychologique, et se retrouve souvent chez les patients atteints d'addictions et de troubles psychiatriques (S. Ionescu et al, 2020). Il existe malgré tout une anticipation pathologique : l'anticipation catastrophe des phobiques, grands anxieux, .... Comme la plupart des défenses de haut niveau, l'anticipation est très proche de plusieurs composantes du coping (H. Chabrol, 2005, 2018).

Les études montrent l'importance de préparer le patient à des situations qui pourraient le faire souffrir et qui sont prévisibles<sup>148</sup>. Selon moi, le pharmacien a aussi pour rôle de lui donner, quand c'est possible, les clefs de compréhension pour

---

147 L'annulation rétroactive peut se présenter sous trois formes légèrement différentes :

- Forme 1 : elle s'exprime par la succession de deux formules verbales ou conduites différentes, la seconde supprimant la première (J. Laplanche et J. B. Pontalis, 2007).
- Forme 2 : l'action qui possède le pouvoir magique de destruction doit être l'inverse de la première action pour être efficace (S. Freud, 1949 ; A Freud, 1996). Ou, comme le montre O. Fenichel (1953), l'action est répétée d'une façon identique, mais dans un état d'esprit contraire à celui qui accompagnait la 1ère action.
- Forme 3 : une expérience désagréable est répétée en inversant les rôles et annulée de cette façon (S. Ionescu et al, 2020). Nous noterons qu'à la différence de la projection, ici une expérience crée un conflit qui engendre l'utilisation de l'annulation, ce qui n'est pas le cas dans la projection qui naît directement du conflit interne.

148 Des patients chirurgicaux présentant une anxiété modérée avant leur opération se rétablissent mieux et plus rapidement que ceux qui manifestent une anxiété trop faible (déni) ou trop élevée (dramatisation) (Janis, 1958 ; Spielberg et al, 1973). Il semble également que le deuil anticipé, qui permet d'expérimenter par avance ses réactions émotionnelles en pleurant déjà une personne aimée dont on connaît la mort prochaine, joue un rôle protecteur sur la santé mentale de l'endeuillé (Chodoff et al, 1964).

appréhender le futur avec lucidité, et non de le conforter dans des illusions et des espoirs irréalistes. Il ne s'agit pas là d'anticiper à sa place, mais bien de lui donner des éléments qui le pousseront à anticiper lui-même<sup>149</sup>.

### **CLIVAGE (de moi, de l'objet) (Niveau de distorsion majeure de l'image) :**

Il s'agit de l'action de **séparation, de division du moi, ou de l'objet sous l'influence angoissante d'une menace**, de façon à faire coexister les deux parties ainsi séparées qui se méconnaissent sans formation de compromis possible<sup>150</sup>. Un tel procédé sert d'issue en cas d'ambivalence conflictuelle majeure, et est généralement réversible et temporaire. Contrairement à la plupart des autres mécanismes non adaptatifs, son rôle peut être très positif dans la structuration de la psyché comme dans l'instauration de modes relationnels (S. Ionescu et al, 2020).

Un clivage excessif ou rigide est repéré dans l'ensemble de la psychopathologie : en effet, un clivage du moi ou des objets internes excessif peut aboutir au sentiment que le moi part en morceaux<sup>151</sup> (S. Ionescu et al, 2020). Il peut également être associé au déni quand le sujet passe d'un pôle à l'autre. C'est un mécanisme dont la limite entre le bénéfique et le pathologique est très facile à franchir.

Le clivage me fait particulièrement écho au mode de prémentalisation semblant, et peut être un recours pour le pharmacien notamment quand il doit prendre des décisions difficiles, mais doit être le plus temporaire possible.

### **CONTRÔLE (Valenstein, non classé) :**

Le contrôle-défense est une tentative, consciente ou non, de gérer et/ou de diriger, de manière exagérée, les événements et les objets de l'environnement afin de minimiser l'anxiété et de résoudre les conflits internes. Ce contrôle peut s'exercer par différentes stratégies comme l'intervention avec des suggestions, le sabotage, la séduction, la complaisance excessive,... (A.Valenstein, 1961). Nous pouvons rapprocher le mécanisme de ritualisation (A. Valenstein, 1961) au contrôle-défense, qui est défini comme l'établissement d'un certain ordre des choses ou des comportements. Les rituels peuvent être une forme de contrôle qui ne nuit pas à celui qui l'utilise, tant qu'ils restent raisonnables et non obsessionnels ni compulsifs (relevant presque parfois d'une forme de sublimation, lorsqu'ils deviennent conscients). Ce mécanisme devient pathologique lorsqu'il est utilisé de manière excessive, emprisonnant ainsi l'individu dans des comportements qui participent à le rendre insatisfait et malheureux ; en effet, le contrôle total ne peut jamais être atteint,

---

149 Par exemple, il ne faut pas expliquer à un patient qu'il doit anticiper le deuil de sa femme qui va bientôt mourir, mais bien vérifier qu'il ai saisi que le pronostic vital était mauvais et que la mort était une possibilité probable à court terme.

150 On note deux formes de clivages (S. Ionescu et al, 2020) :

- Le clivage du moi : instabilité importante de l'image de soi qui va être marqué par des changements soudains de conceptions du sujet par rapport à lui-même (projets, attitudes,...).
- Le clivage de l'objet : marqué par des changements soudains de la conception de l'extérieur (les autres, les situations,...).

151 Souvent, cette sensation s'exprime par des impressions d'aliénation, de morcellement, d'angoisse de désintégration, de dépersonnalisation, de dissociation,...

c'est une forme d'utopie. De nombreux troubles obsessionnels compulsifs sont liés à ce mécanisme de défense, car ils ont pour but de donner la sensation au sujet qu'il contrôle son environnement (S. Ionescu et al, 2020).

En officine, nous pouvons par exemple être confrontés à des patients atteints de troubles du comportement alimentaire (TCA), qui rappellent beaucoup ce mécanisme selon moi. Dans les TCA, ce mécanisme, souvent associé au mécanisme de retournement contre soi-même, les patients vont vouloir exercer un contrôle excessif et détaché de la réalité sur leur corps (Recommandations de la HAS, 2008).

### **(DE)NÉGATION (Niveau de désaveu) :**

Il s'agit du **refus de reconnaître comme siens**, immédiatement après les avoir formulés, **une pensée, un désir, un sentiment sources de conflits**, ou du refus par la personne qui l'utilise d'une interprétation exacte le concernant formulée par un interlocuteur (S. Ionescu et al, 2020)<sup>152</sup>. Ce mécanisme permet de temporiser la considération de représentations trop difficiles pour le sujet, mais s'il s'y enlise, cela peut basculer vers des formes plus extrêmes (déli, refoulement total,...) qui vont notamment gêner la prise en charge. Il est donc acceptable s'il est temporaire.

À l'officine par exemple, certains patients refusent de croire qu'un mauvais résultat (test positif au SIDA, au VHC, ...) puisse être le leur et considèrent que les médecins se sont forcément trompés : ils entendent et reconnaissent ce qui est dit, mais refusent de le reconnaître comme les leurs. Ils expriment alors cette dénégation au pharmacien, ce qui complique grandement la prise en charge de la maladie qui est pourtant bien présente.

Ce mécanisme est à distinguer du déni, par le fait qu'il s'agit ici de refuser une représentation comme appartenant à soi, et non de refuser une perception. De plus, la (dé)négation peut être considérée un substitut du refoulement : il se produit la levée partielle de ce dernier, puisqu'on prend connaissance du sentiment refoulé, sans toutefois l'accepter (S. Ionescu et al, 2020). Il est donc plus facile d'amener dans le cas de la (dé)négation le patient à accepter petit à petit la représentation, puisqu'elle existe déjà dans son esprit : le pharmacien doit comprendre pourquoi il la rejette, puis travailler sur ces raisons avec lui.

### **DÉNI (Niveau de désaveu) :**

Il s'agit ici de **refuser la réalité d'une perception** vécue comme dangereuse ou douloureuse pour le moi. Plus qu'une simple négation, c'est une attitude de refus catégorique à l'égard d'une perception désagréable de la réalité extérieure<sup>153</sup>. Bien des conduites à risques, des activités sportives ou des conduites addictives s'appuient sur l'utilisation du déni. L'aspect pathologique le plus flagrant de ce mécanisme est sa forme psychotique. Même s'il est globalement négatif, ce mécanisme de défense

---

152 Nous noterons que la négation (déclarer irréal) diffère de la dénégation (refuser de reconnaître comme sien), mais sont souvent traités ensemble car très proches dans leurs fonctionnements (S. Ionescu et al, 2020).

153 À la différence du refoulement qui lui fait basculer cette réalité intolérable dans l'inconscient, et donc l'intègre, le déni n'amène donc aucune conflictualité, puisque la représentation à l'origine du conflit est tout simplement exclue (S. Ionescu et al, 2020).

(comme la négation) peut revêtir une valeur adaptative en protégeant les sujets d'une réalité sans espoir (A. Freud, 1996).

Ce mécanisme est très fréquemment rencontré par le pharmacien d'officine sous de très diverses formes<sup>154</sup>. Il est souvent à l'origine d'une non-congruence et d'une confusion importante (la personne peut ne carrément pas voir un élément qui vous semble évident). Il convient, lorsque nous détectons ce mécanisme, de tenter comprendre quel est le conflit profond du patient : briser un déni de manière abrupte peut causer de terribles dégâts, et cela ne doit être fait qu'avec de grandes précautions, et seulement si ce déni gêne la prise en charge. Le pharmacien doit donc d'abord tenter d'accompagner son patient vers la levée de cette défense, et le réorienter si cela échoue vers un professionnel de la santé mentale.

### **DÉNI PSYCHOTIQUE (niveau de dysrégulation défensive) :**

Ce type de déni est caractérisé par une **altération majeure de l'appréciation de la réalité**. On remarque cependant que dans les psychoses, la méconnaissance de la réalité est rarement totale : la plupart du temps, il y a un maintien assez prolongé d'une adaptation comportementale relativement satisfaisante à la réalité. Cette forme de déni est forcément pathologique, car elle éloigne le sujet de la réalité et peut engendrer des troubles psychiatriques plus graves (S. Ionescu et al, 2020). Elle doit être reconnue et déconstruite, mais de manière progressive afin d'éviter de plonger le patient dans une détresse importante ou de provoquer une sévère réaction de rejet : le pharmacien ne doit jamais tenter dans ce genre de cas d'imposer sa réalité au patient. En officine, j'ai rencontré une patiente utilisant inconsciemment ce mécanisme, en raison de l'absence de contrôle qu'elle ressentait concernant ses maladies chroniques : la patiente pensait être médecin conseil de la sécurité sociale (qu'elle n'est pas). Cela lui donnait une illusion de contrôle sur sa pathologie : elle expliquait ainsi aux professionnels ce qu'ils devaient prescrire et faire selon elle. Remettre en cause ce statut de médecin provoquait toujours chez elle un rejet total de l'information, l'ignorance ou parfois même la colère. Tous les éléments qui pouvaient menacer son délire étaient tout simplement exclus de sa perception (méconnaissance des traitements,...), et cet état était un énorme frein à sa prise en charge.

### **DÉPERSONNALISATION (Valenstein, non classé) :**

Ce mécanisme consiste en un **désinvestissement de ce qui est perçu comme le moi**, et ayant comme résultat un fort sentiment d'aliénation. La perception et les représentations de soi et des affects paraissent irréels ou appartenant à quelqu'un d'autre, souvent associées à une sensation de vide intérieur, et la personne se sent

---

154 Voici quelques exemples de déni constatables à l'officine, ayant des conséquences plus ou moins négatives :

- De récents travaux relèvent combien la participation corporelle s'attache au déni, comme par exemple le déni de grossesse (Marinopoulos, 2009).
- Le déni acteur d'amélioration de la santé : en effet, la mise à distance effectuée par le déni vis-à-vis de l'angoisse de mort peut produire des effets de rémission, voire de guérison, dans certains cancers notamment (Meignier, 1998).

Le déni participe activement à l'augmentation de l'incidence de nombreuses pathologies pour lesquelles une prévention existe.

détachée de tout (A. Valenstein, 1961). Contrairement aux délires et psychoses, les personnes vivant la dépersonnalisation sont conscientes qu'il se passe quelque chose en elles et qu'elles sont en décalage avec la réalité. Ce mécanisme mène souvent à des aspects pathologiques. Nous noterons un lien certain avec des mécanismes assez problématiques (retrait apathique, isolation, dissociation, clivage...), et une aliénation de soi trop importante peut notamment amener à des sentiments de fragmentation ou des troubles de l'identité.

Ce mécanisme se développe principalement chez les sujets exposés à une anxiété ou de manière générale des sentiments négatifs plus ou moins extrêmes et réguliers. C'est pourquoi il est souvent retrouvé chez soignants, dont les pharmaciens, qui sont soumis quotidiennement à d'intenses émotions (détresse personnelle, détresse du patient, des aidants, situations d'urgence, pression...). La plupart du temps, ils conscientisent cette dépersonnalisation mais hésitent à en parler autour d'eux, de peur d'être considérés comme de mauvais praticiens, ou des personnes instables et faibles, ou pire ne pas être pris au sérieux, alors même qu'on exige d'eux une extrême stabilité et compétence dans leur profession (I. Moley-Massol, 2007). Ce mécanisme reflète une véritable souffrance au travail, à laquelle les systèmes de santé et de formation n'apportent souvent aucune solution. Lorsqu'il est constaté, il doit être verbalisé, et donner lieu à un suivi psychologique<sup>155</sup> ainsi qu'à des réflexions concernant les conditions de travail des professionnels de santé.

#### **DÉPLACEMENT (niveau des inhibitions mentales) :**

Dans ce mécanisme, **l'affect et les sentiments sont reconnus, exprimés, mais redirigés vers une cible moins conflictuelle** bien que de même nature. Il permet de conserver ses représentations de soi tout en diminuant l'intensité émotionnelle, de manière consciente ou non (S. Ionescu et al, 2020). Comme l'évitement, ce mécanisme est souvent considéré comme une composante ou une conséquence d'autres mécanismes de défense plutôt que comme un mécanisme à part entière. Dans la pratique, on constate cependant qu'il est parfois utilisé seul pour défendre le moi. Ce mécanisme devient pathologique quand le sujet y a un recours systématique et inconscient.

Ce mécanisme est parmi les plus utilisés par les soignants (I. Moley-Massol, 2007). Il peut s'utiliser de diverses manières, par exemple : changer le sujet de la conversation vers un sujet semblable mais moins chargé émotionnellement, déplacer la difficulté

---

155 De nombreuses solutions de prise en charge des soignants atteints de ce mécanisme existent : thérapies comportementales, apprentissage de compétences psychosociales, assimilation de mécanismes de défense adaptatifs, initiation à la mentalisation et aux techniques de résolution des conflits,... Il ne faut donc surtout hésiter à se renseigner et à agir.

vers une autre personne<sup>156</sup>, déplacer son expérience difficile sur quelqu'un d'autre<sup>157</sup>,  
....

### **DISSOCIATION (niveau des inhibitions mentales) :**

Il s'agit d'une **altération des fonctions d'intégration de la conscience, de la mémoire, de la perception de soi ou de l'environnement, ou encore du comportement sensori-moteur**<sup>158</sup>. Ce mécanisme est intimement lié à celui de clivage<sup>159</sup> dont il découle, et amène souvent un fort sentiment d'aliénation de soi et une grande confusion, dû à un décalage avec la réalité. L'intérêt de cette défense est notable, puisqu'elle permet de se détacher d'une réalité insupportable. Néanmoins, comme tous les mécanismes qui distordent la réalité, elle a un caractère fortement pathogène, et peut être source de nombreux conflits (relations humaines, conflits intrapsychiques, ...). Ce mécanisme est retrouvé dans de nombreuses pathologies psychiatriques, notamment les patients ayant un trouble de la personnalité limite ou un trouble dissociatif de l'identité ; toute crise psychotique peut être accompagnée de dissociation (A. Bateman et P. Fonagy ; 2006, 2019)<sup>160</sup>.

Connaître ce mécanisme peut aider le pharmacien à appréhender ce que vivent par exemple les victimes de dissociation traumatique et leur apporter une aide et un accompagnement plus adapté. Il existe souvent chez les victimes de violences sexuelles par exemple, une association de deux mécanismes : la dissociation et la sidération<sup>161</sup>. La dissociation permet d'éviter de « vivre » la situation intolérable, en plongeant la victime dans une sensation de rêve ou de brouillard, qui lui évite de ressentir la détresse et la souffrance de plein fouet.

Selon moi, la dissociation est un mécanisme difficile à gérer. En effet, elle s'active souvent dans des situations très intenses : ainsi, tenter d'abolir ce mécanisme peut vite plonger le patient dans une détresse importante, voire provoquer de nouveaux états dissociatifs. Le processus ne doit pas être ni brutal, ni frontal, mais bien

---

156 Il est fréquent que les autres professionnels renvoient le patient vers le pharmacien d'officine, qui est considéré comme le professionnel responsable de la communication avec le patient, notamment car ils ne parviennent pas à gérer l'aspect psychologique de la prise en charge.

157 Par exemple en officine, ce préparateur qui se défoulait souvent sur ses collègues lorsqu'il subissait trop de pression ou de contrariété avec les patients. Il ne se rendait pas compte de son comportement : en discuter avec lui sans accusation, décortiquer son automatisme ont permis de lui faire prendre conscience de ce dernier et de quand il avait lieu, et ainsi d'apprendre à s'apaiser d'autres manières.

158 Ce mécanisme peut notamment entraîner des amnésies transitoires, des troubles de la conscience, une absence de douleur inadéquate,...

159 Dans la dissociation, le sujet se coupe complètement de lui-même, à la différence du clivage dans lequel la rupture n'est que partielle.

160 Les patients dissociant donnent souvent l'impression « de devenir quelqu'un d'autre », ne se rappelant plus ou que partiellement des situations dans lesquelles ils ont dissociés (troubles mémoriels).

161 Pour aller plus loin : *Mémoire traumatique et victimologie* (M. Salmona, 2020). L'agression stimule l'amygdale, qui prépare le corps à la survie (contraction des muscles, sécrétions d'hormones du stress,...) ; mais parfois, les centres nerveux au niveau du cortex censés analyser et modérer les réactions sont dépassés par les signaux d'alerte. Pour alors éviter que l'augmentation du niveau de stress n'amène à des réactions graves telles que l'arrêt cardiaque, le corps déclenche la sécrétion de dérivés morphiniques. Tout ceci stoppe donc l'amygdale et l'emballement réactionnel, et la victime se trouve dans l'incapacité de réagir : c'est la sidération. Ce court-circuit est possible grâce au fait que la victime se coupe totalement de ses émotions et devient spectatrice : c'est la dissociation. Ainsi, le souvenir n'est pas intégré, mais piégé dans la mémoire traumatique.

progressif, en donnant petit à petit des éléments au patient pour l'aider à s'ancrer de nouveau dans la réalité.

### **DISTORSION PSYCHOTIQUE (niveau de dysrégulation défensive) :**

Ici, **la réalité externe est complètement transformée pour la rendre conforme aux désirs du sujet**. Ces distorsions ont pour but de rendre la réalité acceptable, et protègent l'estime de soi, c'est pourquoi les patients sont souvent attachés à leurs délires et refusent la prise en charge (S. Ionescu et al, 2020)<sup>162</sup>. Ce mécanisme éloigne fondamentalement la personne de la réalité : ainsi, les distorsions sont souvent si envahissantes que leurs conséquences négatives surpassent leurs fonctions défensives. Le pharmacien n'a pas la possibilité ni les compétences pour agir sur ce genre de mécanisme : lorsqu'il est détecté, il doit donner lieu immédiatement à un signalement à des professionnels de santé qualifiés (avec une préférence pour le psychiatre si le patient est suivi).

### **ÉVITEMENT (Valenstein, Bergeret, non classé) :**

Il s'agit d'un **détournement actif des pensées, objets, ou situations** qui sont chargés en conflits<sup>163</sup>. Paradoxalement, l'évitement a tendance à renforcer l'émergence de telles situations ou sentiments, puisqu'il empêche la personne de les confronter et de résoudre le conflit (A. Valenstein, 1961 ; J. Bergeret, 1972). Comme la plupart des mécanismes de défense, l'évitement est pathologique lorsqu'il devient obsessionnel et excluant, en restreignant parfois drastiquement le monde du sujet.

En officine par exemple, le pharmacien qui ne supporte pas l'idée que son patient puisse mourir, risque d'adopter un comportement d'évitement de ce patient lorsqu'il constatera une grave dégradation de son état. Le patient phobique est également un bon exemple, puisqu'il évitera systématiquement toutes les situations, pensées ou expériences qui pourrait le confronter à sa phobie ; cela peut mener à des réactions très extrêmes<sup>164</sup>.

### **HUMOUR (Niveau adaptatif élevé) :**

Ce mécanisme épargne à la personne en difficulté les affects douloureux que sa situation devrait entraîner et permet ainsi de **présenter une situation douloureuse, voire traumatisante, de manière à en dégager les aspects plaisants, ironiques, insolites**<sup>165</sup>. Ce mécanisme est particulièrement intéressant, car la réalité est

---

162 On notera qu'un mécanisme de défense du recours à la pensée magique (A. Valenstein, 1961) (croire que la pensée a force d'action, permettant ainsi de satisfaire un besoin ou d'éviter un danger), rentre dans cette catégorie, puisque l'épreuve de la réalité est abandonné.

163 La plupart des mécanismes de défense sont étroitement liés au concept d'évitement, qui est souvent présenté comme une composante de ceux-ci plutôt que comme un mécanisme à part entière (S. Ionescu et al, 2020).

164 Comme par exemple : crise de panique, fuite motrice, sidération,...

165 Attention, l'humour est à différencier de l'ironie : cette dernière est malveillante (R. Zazzo, 1983) et dirigée contre autrui (on se moque de l'autre), tandis que l'humour-défense s'applique à soi-même. Nous différencierons aussi le recours aux plaisanteries, jeux de mots, blagues, ect... sans réel rapport avec la situation, qui relèvent plus de l'évitement que de l'humour-défense. De plus, contrairement à la plaisanterie, l'humour n'a nul besoin d'un interlocuteur pour se développer : chacun peut bénéficier de la jouissance du plaisir humoristique sans être obligé de la communiquer (S. Ionescu et al, 2020).

totalemment prise en compte : la personne sait parfaitement le désagrément de la situation, mais s'en dégage volontairement. Pourtant, d'après G. Vaillant (1977), cette défense mature reste la moins utilisée. Il n'existe pas d'aspect pathologique à ce mécanisme, qui ne présente aucun risque. On peut simplement noter qu'un recours important à celui-ci peut favoriser une mise à l'écart de sentiments ou de souvenirs douloureux, ou encore dissimuler d'autres mécanismes de défense, qui sont eux problématiques (éviter, minimisation de la situation, déni,...).

L'intérêt de ce mécanisme est souvent mis en avant dans les psychothérapies : savoir relativiser ses propres difficultés peut apporter de grands bénéfices (C. Panichelli, 2007). Son utilisation est associée à une meilleure santé psychologique et une meilleure résilience chez le personnel soignant (I. Moley-Massol, 2007). Nous noterons que ce mécanisme est plus efficace quand il n'intervient pas dès le début des relations, mais une fois que la confiance est installée (S. Ionescu et al, 2020). N'hésitez donc pas à le cultiver, que ça soit avec vos patients, ou avec vos collègues : l'humour peut être une composante bénéfique d'un management efficace, dans un milieu stressant comme l'officine.

### **HYPOCONDRIE (plainte associant demande d'aide et rejet de celle-ci) (niveau de l'agir) :**

Il s'agit de la **transformation des reproches à faire** aux autres (ou de l'hostilité à leur égard) ou à l'environnement **en plaintes de douleur, de maladie somatique, d'idées de suicide, de neurasthénie**. L'hypocondrie ne constitue pas une tentative d'obtenir des bénéfices secondaires découlant du rôle de malade : les hypocondriaques se plaignent tout en rejetant toute suggestion, conseil ou offre d'aide apportés par autrui<sup>166</sup>.

Par exemple à l'officine, il nous arrive d'être confronté à des patients qui ne sont pas satisfaits de la prise en charge, ce qui génère en eux de la frustration voire de la colère qu'ils retournent contre les praticiens : « mon pharmacien ne peut rien pour moi. Du coup, il se fiche bien de savoir que je souffre autant... ».

Lorsqu'il repère ce genre de mécanisme, le pharmacien doit faire réfléchir le patient aux raisons qui le poussent à rejeter l'aide, et les déconstruire avec lui, car souvent il n'en a pas conscience et est le premier à en souffrir. Il faut donc se concentrer sur les sentiments sous-jacents, et non sur le problème superficiel présenté par le patient.

### **IDÉALISATION (niveau mineur de distorsion de l'image) :**

La personne qui a recours à ce mécanisme **s'attribue ou attribue à autrui des qualités exagérées**. La conscience des défauts est présente, mais ignorée. Ce mécanisme est souvent une source de gratification et de protection contre les sentiments négatifs de la représentation de soi (sentiments d'impuissance, de nullité, d'insignifiance,...) (ASTERIA, 2017). Comme tout mécanisme éloignant le sujet de

---

<sup>166</sup> Ce mécanisme prend donc la forme d'une demande ambivalente, permettant au sujet d'exprimer son agressivité en même temps qu'il la nie. Nous remarquerons qu'il est souvent associé aux traits de personnalités masochistes, limites et psychopathiques (S. Ionescu et al, 2020). Il peut ressembler à l'agressivité passive, mais se caractérise bien par une demande d'aide suivie d'un rejet.

la réalité, l'idéalisation est fortement pathogène : en effet, lorsque les représentations sont confrontées à la réalité, l'idéalisation peut facilement basculer vers la dévalorisation de soi ou des autres, mais aussi la désillusion et la dépression ou encore la perturbation de l'identité<sup>167</sup>.

Par exemple, il peut arriver à l'officine que nous soyons confrontés à des patients idéalisant les professionnels de santé : « mon médecin/ mon pharmacien est un expert dans son domaine, il va forcément savoir trouver un traitement qui va me guérir ». Cela peut être un frein dans la prise en charge, et mener à de grandes déceptions voire de la perte de confiance en les professionnels.

Quand ce mécanisme est constaté, il doit être déconstruit de manière progressive et non frontale en amenant le sujet à réfléchir sur les distorsions constatées par le pharmacien.

### **IDENTIFICATION (tous, non classé) :**

Il s'agit de l'**assimilation inconsciente**, sous l'effet d'un conflit interne (angoisse,...), d'un aspect, d'une propriété, d'un attribut de l'autre, **qui conduit la personne qui y a recours, par similitude réelle ou imaginaire**, à une transformation totale ou partielle de sa propre représentation de soi (A. Valenstein, 1961 ; J. Bergeret, 1972 ; R. Plutchik, 1995). L'identification en elle-même est une façon d'entrer en contact avec l'autre et de se construire soi-même à travers ce contact ; elle permet par exemple l'empathie (F. Duparc, 2006). Sa version défensive naît d'un conflit, et devient donc pathologique lorsqu'elle est excessive ou inexistante. Ainsi, elle peut mener à des troubles de l'identité lorsqu'il se produit une non-différenciation entre soi et autrui<sup>168</sup>. Son absence empêche toute forme d'altérité et d'empathie envers les autres, comme par exemple dans certaines formes de psychopathies (S. Ionescu et al, 2020).

Ce mécanisme est difficile à percevoir : il est pourtant assez fréquent chez les patients atteints de troubles psychiatriques. Ainsi, le pharmacien régulièrement confronté à ce type de patients doit connaître les signes de troubles de l'identité, pour pouvoir intervenir rapidement (en orientant le patient vers un psychiatre) avant qu'ils ne prennent trop d'ampleur.

**IDENTIFICATION PROJECTIVE (Niveau de distorsion majeure de l'image) :**  
Ici, **le sujet tente inconsciemment de se débarrasser de sentiments, ressentis, pulsions, ressentis comme indésirables**. Il devient alors convaincu que l'autre est à l'origine de ces sentiments ou pulsions, alors que leur origine est sienne<sup>169</sup>. Ce type de mécanisme très pathogène est souvent présent chez les personnes ayant vécu des traumatismes, qui se sentent irrationnellement responsable de ces derniers. Lors d'une situation vécue comme menaçante réactivant le trauma, le sujet vit un sentiment d'impuissance et de souffrance, et y répond par l'attaque et en justifiant ses

---

167 Nous remarquerons que dans ce mécanisme, les opinions des sujets peuvent donc vite se retourner en leur contraire, et amener vers des situations conflictuelles ou source de souffrances (S. Ionescu et al, 2020).

168 Comme par exemple une confusion de l'identité, une identification aliénante, une identification projective,...

169 L'identification projective conduit souvent à des manifestations totalitaires, du type séduction, fascination, manipulation ou persuasion (S. Ionescu et al, 2020).

actes par le blâme de l'autre, en le rendant responsable de son propre comportement problématique (S. Ionescu et al, 2020).

Selon moi, ce mécanisme doit donc être très surveillé, chez soi comme chez le patient. Quand le doute est posé, il faut réussir à être capable de différencier ce qui vient de soi et ce qui vient de l'autre, capacité fortement améliorée par une bonne mentalisation et des compétences émotionnelles développées.

### **INTELLECTUALISATION (Niveau des inhibition mentales = défenses névrotiques) :**

Il s'agit du **recours à l'abstraction et à la généralisation face à une situation conflictuelle** qui angoisserait trop la personne si elle reconnaissait y être personnellement impliquée : ce détachement apparent, qui veut être celui d'un observateur impartial, aide à moins souffrir de l'élément conflictuel en se concentrant sur des éléments plus pragmatiques. L'intellectualisation peut être qualifiée de pathologique si elle s'installe trop tôt chez l'enfant ou si elle prédomine sur le reste (G. Vaillant ; 1992-1993). L'intellectualisation est problématique car elle coupe la personne des autres, l'empêchant de mentaliser ou faire face à ses conflits internes.

À l'officine par exemple, nous sommes souvent confrontés à des patients atteints de maladies lourdes, qui vont faire énormément de recherches (de manière excessive et souvent peu efficace) pour mieux maîtriser leur maladie, mais aussi parfois pour réinjecter du sens dans leur vie. Ce comportement est contre-productif et ne doit pas être encouragé car le pharmacien doit alors non seulement enseigner mais aussi déconstruire.

Selon moi, s'approprier sa maladie et l'intellectualisation sont deux choses différentes. En effet, s'approprier sa maladie se fait de manière non compulsive, avec le pharmacien comme guide qui peut orienter le patient vers les sources de confiance et les informations pertinentes.

### **INTROJECTION (tous, non classé) :**

À la différence de l'identification qui se situe plutôt dans le registre de l'être et de la construction (être comme l'autre), **l'introjection se situe dans celui de l'avoir et de la compensation (avoir ce qu'a ou ce qu'est l'autre)** ; on ne peut introjecter que ce qui a d'abord été reconnu différent de soi (I. Barande, 1972). L'introjection permet notamment au sujet de se parer de toutes les qualités valorisées dans son entourage<sup>170</sup>. Comme l'identification, ce processus peut contribuer à la construction du moi ; les maladies de l'introjection quant à elles vont être provoquées par la carence ou l'excès de ce processus.

À l'officine par exemple, nous constatons souvent chez les patients boulimiques ou hyperphagique une volonté de « combler un vide » qu'ils ressentent à l'intérieur

---

170 Nous noterons que ce mécanisme est étroitement lié à celui de projection : « Quand le moi reçoit des stimuli de l'extérieur, il les adopte et en fait une partie de lui-même (introjection). Quand il les exclut, il les projette, car le jugement sur leur nocivité suit un essai d'introjection. » (F. Begoin-Guignard, 1985). Ainsi la projection suit souvent une tentative échouée d'introjection où la représentation ne peut être assimilée (aliénante, dangereuse, négative,...).

d'eux-mêmes. Nous pourrions y voir une forme d'introjection pathologique couplée à de l'activisme, où les patients essaient de saturer leur corps de nourriture pour combler un sentiment négatif interne source de détresse<sup>171</sup>. Avoir cette image de la pathologie (TCA) permet au pharmacien de moins connoter et juger ce genre de comportements, au détriment du patient et de sa prise en charge ; en effets, ils sont souvent associés à des idées préconçues (grossophobie, fainéantise, ...), alors qu'ils sont l'expression de souffrances internes intenses du patient.

### **ISOLATION (Niveau des inhibition mentales) :**

Ce mécanisme est lié à l'**incapacité à éprouver simultanément les éléments cognitifs et affectifs d'une expérience** (anesthésie affective) : son but est la mise à distance des affects menaçants qui y sont associés (angoisse, honte, culpabilité,...). On constate donc une élimination de l'affect lié à une représentation (souvenirs, idée, pensée) conflictuelle, alors que la représentation en question reste consciente (DSM IV, 2005). L'isolation est un mécanisme normal dont nous nous servons constamment, afin de nous protéger contre des connexions associatives trop fortes (D. Widlöcher, 1972)<sup>172</sup> ; cependant, l'isolation présente un risque : l'affect, momentanément supprimé, se manifesterà à nouveau de façon irrationnelle et imprévisible.

Par exemple, il peut arriver à l'officine que certaines personnes ayant perdu un proche ne manifestent aucun chagrin, alors qu'il ne s'agit chez eux ni d'indifférence ni d'une effort de volonté. Le pharmacien ne doit alors pas juger ou interpréter ces comportements, mais adapter son accompagnement en gardant en tête que ce n'est pas parce qu'ils ne sont pas visibles (ou pas présent à l'instant T) que le chagrin ou la douleur n'existent pas.

Selon moi, l'isolation fait écho fortement au mode de prémentalisation semblant. Les affects sont clivés de l'expérience, et peuvent facilement mener à une « saturation » de la personne et alors aux conflits. L'isolation coupe la personne qui y a recours des autres, et a un fort impact sur sa vie sociale et ses besoins ; elle peut se joindre à des formes de dépressions assez marquées. Pour rompre l'isolation-défense, il faut essayer de stimuler son affect et son affiliation.

### **MISE A L'ÉCART (aussi nommée Répression) (Niveau adaptatif élevé) :**

Il s'agit de **tentatives de rejet volontaires, hors du champ de la conscience**, de problèmes, désirs, sentiments, ou expériences qui tourmentent et inquiètent la personne qui y a recours. Cette mise de côté du problème ne le fait pas oublier pour autant mais permet au sujet de temporiser jusqu'au moment où il se sentira prêt à les affronter<sup>173</sup>. La mise à l'écart est souvent bénéfique, par exemple en permettant

171 Ce mécanisme peut faire écho à ce que A. Valenstein (1961) appelle le mécanisme « manger et boire », qui est une tendance irrépressible à ingérer des aliments, des boissons, des médicaments, ect... afin de pouvoir maintenir ou restaurer l'intégrité de soi, et de contrôler l'environnement.

172 S. Freud (1949) est le premier à citer le rôle que peut exercer l'isolation-défense dans le processus normal de concentration.

173 Contrairement au refoulement, la mise à l'écart met le conflit simplement « en attente » dans le préconscient, il est donc facilement remémorable.

d'éviter un effondrement émotionnel dans une situation difficile (S. Ionescu et al, 2020). C'est l'aspect conscient et lucide du mécanisme qui permet de le classer dans l'adaptatif (G. Vaillant, 1992, 1993). Elle peut cependant entraîner des perturbations graves dans les relations avec l'entourage (Ruszniewski, 1995) lorsque qu'elle est fréquente ou constante<sup>174</sup>.

À l'officine par exemple, certains patients ayant une maladie lourde, ou leurs aidants, disent souvent « On vit au jour le jour, on ne pense pas trop loin et on prend ce qu'on a ». Cet état d'esprit est plutôt bénéfique, mais devient problématique quand il est exclusif : d'autres mécanismes peuvent alors prendre le relais tel que la (dé)négaration, l'isolation, l'évitement, le déni,... qui eux s'avéreront pathologiques et pourront être un frein à la prise en charge.

Selon moi, il peut être intéressant d'évoquer ici la procrastination : souvent connotée négativement, elle peut quand elle est de courte durée diminuer l'anxiété liée à une tâche complexe ou difficile émotionnellement et rendre ainsi la personne plus opérationnel après temporisation, une fois que l'activation émotionnelle est redescendue. Le pharmacien peut alors s'en servir à l'officine, afin de s'offrir une respiration dans les situations difficiles.

#### **OMNIPOTENCE (niveau mineur de distorsion de l'image) :**

La personne qui a recours à ce mécanisme se sent ou agit comme si elle possédait des **capacités ou des pouvoirs supérieurs à ceux des autres**<sup>175</sup>. Ce mécanisme protège contre la perte de l'estime de soi qui peut s'exprimer suite à de forts sentiments d'impuissance, de nullité,... et minimise subjectivement ces affects au prix d'une déformation positivante mais exagérée, enfantine, des représentations de soi. Ce mécanisme est pathogène car il éloigne le sujet de la réalité ; la confrontation à celle-ci peut s'avérer douloureuse (S. Ionescu et al, 2020).

Par exemple, certains patients à l'officine peuvent être convaincu d'être capable de résoudre tous les problèmes, d'avoir toutes les réponses,... Cela peut relever d'un ego surdimensionné, mais aussi parfois de ce mécanisme de défense.

Ainsi, ce mécanisme renseigne le pharmacien sur le mal-être du patient, et sur son besoin de proximité, d'autonomie et de compétence. Plutôt qu'un affrontement frontal ou un jugement malvenu, des tentatives de mentalisation et de réponses à ses besoins sont la meilleure manière d'aborder ce genre de mécanisme.

#### **PROJECTION (Niveau de désaveu) :**

La personne ayant recours à ce mécanisme **désavoue ses propres sentiments, ses intentions, son vécu, en les attribuant à d'autres** (souvent à tort), généralement

---

174 Ces perturbations sont en général de deux ordres (S. Ionescu et al, 2020). Tout d'abord, l'entourage peut se laisser prendre à cette illusoire indifférence, et la mettre sur le compte d'une inaptitude à comprendre la situation ; cela peut susciter de la méconnaissance, de l'incompréhension et de l'impatience. D'autre part, même s'ils devinent ce qui se cache derrière le non-dit, les proches peuvent souffrir intensément de cette absence de communication authentique.

175 Cela peut être comparé à une forme d'idéalisation extrême.

ceux par lesquels elle se sent menacée ou avec lesquels elle a le plus d'affinité<sup>176</sup>. Toute la psychopathologie se nourrit plus ou moins d'un excès ou d'une carence de projection (M. Sami-Ali, 1970). Ce déplacement des représentations inacceptables est une ultime mesure de protection, énergiquement très coûteuse : la part projetée qui apaise le moi d'une tension, représente en même temps la perte d'un contenu psychique (S. Ionescu et al, 2020)<sup>177</sup>. Moyen d'extériorisation de sentiments excessifs, ce mécanisme peut se révéler extrêmement pathogène, car il a un impact énorme sur la relation interpersonnelle et la confiance qui règne entre les deux partenaires de cette relation.

Souvent confrontés à ce mécanisme en officine, nous avons souvent l'impression que les patients nous attribue leurs propres défauts dans un but malveillant ; il est pourtant la plupart du temps inconscient. Mentaliser et stimuler l'empathie sont les meilleurs moyens d'aider un patient à en sortir : s'y heurter frontalement peut avoir des conséquences désastreuses (rupture totale de l'alliance thérapeutique, crises de colère, crises dissociatives...) <sup>178</sup>.

### **PROJECTION DÉLIRANTE (niveau de la dysrégulation défensive) :**

Il s'agit d'une forme de projection où la personne abandonne la mise à l'épreuve de la réalité : **les conflits internes sont extériorisés et la personne leur donne une réalité tangible**, pouvant même mener à des hallucinations visuelles ou auditives. Il s'agit du mécanisme principal dans de nombreuses psychoses délirantes et hallucinatoires, pouvant très facilement amener à la violence et au danger (S. Ionescu et al, 2020).

Il peut arriver que nous y soyons confrontés en officine, notamment à travers les formes extrêmes de paranoïa et de sentiment de persécution<sup>179</sup>.

Cette forme de défense diffère de la distorsion psychotique : cette dernière a pour but de rendre la réalité conforme aux désirs, tandis que la projection délirante expulse la réalité interne sur l'externe. Quand le pharmacien repère ce type de mécanisme, il doit absolument en informer le médecin traitant et si possible le psychiatre (si le patient est suivi) : en effet, ce mécanisme peut être un signe de décompensation de troubles psychiatriques importants, et peut rapidement dégénérer. Avant tout, il doit éviter de confronter le patient afin d'éviter des réactions excessives<sup>180</sup>.

---

176 Contrairement à l'identification projective (on place l'autre comme la cause des ressentis conflictuels), la projection permet au sujet de rejeter des émotions et motivations qui le rendent trop vulnérable (à la honte, la culpabilité ou l'humiliation en particulier) pour qu'il accepte de les éprouver lui-même.

177 Les sentiments projetés sont très souvent négatifs et impactent très fortement la relation avec l'autre, objet de cette projection, comme dans la jalousie malade chez un infidèle (D. Lagache, 1947). Cependant, il existe aussi des pathologies de la projection ayant pour origine des sentiments positifs : par exemple l'érotomanie (E. Kestemberg, 1962) où le patient est persuadé que l'autre est amoureux de lui : le mécanisme restera néanmoins pathogène puisque menant irrémédiablement à des conflits entre les réalités externe et interne (S. Ionescu et al, 2020).

178 Il peut être intéressant de citer ici la notion de transfert (extrêmement utilisée dans le domaine de la psychothérapie), qui s'appuie sur la projection des vécus du patient sur le soignant. Nous pouvons considérer que la projection peut donc servir de levier thérapeutique (L. Villerbu, 1993).

179 Par exemple, dans le syndrome d'inter-métamorphose (syndrome de Capgras), le malade est persuadé que son persécuteur et les membres de sa famille partagent des similarités physiques et psychologiques, ou que ses proches ont été substitués par leurs doubles malfaisants ; pour aller plus loin, voir l'article de C. Wallach (2012) sur le syndrome de Capgras.

180 Ce mécanisme sera notamment illustré à travers l'étude de cas du patient borderline, partie III de cette thèse.

### **RATIONALISATION (Niveau de désaveu) :**

Il s'agit d'une **justification logique mais artificielle qui camoufle les vrais motifs** (irrationnels et inconscients) de certains jugements, conduites, sentiments, car ces motifs véritables ne pourraient être reconnus sans anxiété<sup>181</sup>. Poussé à l'extrême et excluant, ce mécanisme peut amener à justifier n'importe quelle conduite à risque et ainsi se voiler la face<sup>182</sup>. Attention, tout raisonnement explicatif ne doit pas être attribué à la rationalisation-défense.

Un exemple particulièrement impressionnant auquel nous avons été confrontés à l'officine, était le cas d'une patiente dépressive qui justifiait sa tendance à se mettre en danger (traverser devant un tramway, devant une voiture, même si le feu est rouge pour elle) par le fait d'être pressée et d'avoir énormément de chose à faire. Il s'est avéré qu'elle rationalisait ses pulsions suicidaires, et la mise en lumière du mécanisme par son psychiatre lui a permis de trouver des moyens conscients d'extérioriser son mal-être.

Sans aller forcément dans des cas aussi extrêmes, le pharmacien peut, lorsqu'il remarque de la rationalisation, tenter d'en explorer les raisons aux comptoir, et si elles s'avèrent trop profondes orienter le patient vers un professionnel de la santé mentale. Parfois, simplement parler avec le patient peut lui permettre un exutoire plus sain et fonctionnel, qui limite, voire stoppe l'emploi de ce mécanisme.

### **REFOULEMENT (Niveau des inhibitions mentales) :**

Il s'agit du **rejet dans l'inconscient de représentations conflictuelles** qui demeurent actives, tout en étant inaccessibles à la prise de conscience. D. Widlöcher (1972) précise que le refoulement est un faux oubli, sélectif, qui ne désaffecte pas et n'est pas définitif<sup>183</sup>. La distinction entre le refoulement normal et le refoulement pathologique est en grande partie une question de quantité (J. Laplanche et J. B. Pontalis, 2007). Une absence de refoulement enlève un échappatoire aux sentiments trop difficiles à vivre, tandis que trop de refoulement éloigne la personne d'elle-même et de la réalité. Nous remarquerons que c'est principalement le retour du refoulé (intervient en cas d'échec ou d'insuffisance du refoulement) qui a des conséquences morbides sur la personne, et non le refoulement en lui-même : un refoulement qui échoue peut donc aussi bien provoquer des symptômes somatiques

---

181 À la différence de l'intellectualisation (chercher des connaissances), la rationalisation est le recours à des raisons plus ou moins logiques pour expliquer nos réactions (chercher des raisons). Ainsi, de « bonnes » raisons seront donc inventées par notre inconscient pour plaquer une apparence de rationalité à toute action, ressenti ou pensée irrationnels (S. Ionescu et al, 2020). Si habituellement on parle de rationalisation individuelle, il est important de signaler l'existence de rationalisation collective, par exemple l'idéologie (I. Janis, 1972).

182 Nous avons par exemple été confronté à l'officine à une patiente qui rationalisait ses troubles obsessionnels compulsifs de propreté par des soucis d'hygiène. Alertés par la situation, nous avons prévenu son psychiatre, qui l'a aidé à prendre conscience du problème et à reprendre le contrôle.

183 Le refoulement diffère de la mise à l'écart par son aspect inconscient et incontrôlé : les éléments refoulés peuvent réapparaître involontairement, en de nombreuses circonstances (lapsus et acte manqué, crises de colère, effondrement émotionnel, blocage de verbalisation, troubles de la mémoire...) (S. Freud, 1949). Nous noterons que le rêve peut permettre une levée partielle du refoulement, temporaire, et qui est donc une occasion de repos pour le moi (S. Ionescu et al, 2020).

que psychiques (S. Ionescu et al, 2020). De plus, le contenu du refoulement va toujours rester actif, nécessitant un contre-investissement permanent de la personne pour le maintenir dans l'inconscient (O. Fenichel, 1953), ce qui entraîne d'ailleurs souvent une fatigue perpétuelle.

À l'officine, des refoulements normaux et communs à beaucoup de personnes sont « la politique de l'autruche », ou encore l'évitement par le « ne pas avoir envie de se casser la tête » (S. Ionescu et al, 2020). Mais parfois il arrive de tomber sur des cas beaucoup plus pathologiques : une patiente était persuadée de perdre la mémoire et d'avoir une maladie d'Alzheimer, et a commencé à effectivement présenter des troubles de ce type, qui empiraient dans certaines situations précises. La consultation avec un psychiatre a finalement révélé que ces troubles de la mémoire étaient en fait causés par des souvenirs trop insupportables pour émerger à la conscience (inceste), ce qui expliquait également les « trous » qu'elle constatait dans ses souvenirs de jeunesse.

Le comportement ou le discours d'une personne faisant du refoulement pathologique peuvent nous sembler étranges, absurdes : pourtant, lorsque le patient vous semble de bonne foi, il peut être intéressant d'essayer de repérer la présence d'un refoulement, pour orienter correctement vos patients vers des professionnels de la santé mentale. En effet, même si le pharmacien peut être un levier d'extériorisation du patient et ainsi l'aider à avancer vers un bien-être psychologique (refoulements de sujets légers), le pharmacien doit être conscient de ses limites et ne pas tenter de lever un refoulement pouvant dissimuler des conflits violents.

### **REFUGE DANS LA RÊVERIE ou rêverie autistique (Niveau de distorsion majeure de l'image) :**

Il consiste en un recours, en cas de conflit interne ou externe, à une **rêverie diurne se substituant à la poursuite de la relation interpersonnelle**. La rêverie-défense est destinée à faire apparaître l'objet auquel on pense, la chose qu'on désire, de façon qu'on puisse en prendre possession<sup>184</sup>. En effet, il n'est pas toujours possible de modifier des conditions stressantes, elles échappent parfois complètement à notre initiative : dans ce cas, le refuge dans la rêverie est une défense précieuse, à condition qu'elle ne coupe pas totalement le sujet de l'extérieur, et qu'il en soit pleinement conscient. Ce mécanisme devient inquiétant quand il est préféré à la vie réelle (S. Ionescu et al, 2020)<sup>185</sup>.

Selon moi, la rêverie diurne peut servir d'exutoire aux sentiments et pulsions négatives qui nous traversent, et la cultiver peut participer à la résilience, en dérivant l'anxiété ou l'agressivité vers quelque chose de très intérieur, sans répercussion sur les autres<sup>186</sup>. Par exemple à l'officine, il arrive que certains patients tentent (et

184 Ce refuge dans la rêverie est extrêmement fréquent, et pourtant l'adulte en a honte, car il est souvent associé à l'infantile et à l'interdit (S. Ionescu et al, 2020).

185 Les individus dans ces cas-là ne préfèrent pas la vie imaginaire à cause d'un sentiment de médiocrité de leur vie réelle, mais parce qu'elle n'exige aucune adaptation, alors que le réel est toujours imprévisible (S. Ionescu et al, 2020).

186 Les conditions matérielles favorisant la rêverie diurne (P. Janet, 1898) sont tous les exercices monotones et travaux machinaux qui ne demandent pas une attention soutenue.

parviennent parfois) à nous pousser à bout. Le refuge dans la rêverie peut alors être utilisé en imaginant un scénario dont le but est de dériver ou transformer l'agacement/colère du pharmacien. Attention, il faut se garder à l'œil : imaginer des scénarii violents ou malsains peut soulager sur le court terme, mais poser problème à long terme<sup>187</sup>, elles sont donc à éviter.

### **RÉGRESSION (tous, non classé) :**

Elle constitue un **retour plus ou moins organisé et transitoire à des modes d'expression antérieurs de la pensée** face à un danger interne ou externe susceptible de provoquer un excès d'angoisse ou de frustration (A. Valenstein, 1961 ; J. Bergeret, 1972 ; R. Plutchik, 1995). Ce besoin occasionnel de rechercher une assise ou une protection sécurisante peut se produire de même à l'âge adulte, de façon parfois spectaculaire, particulièrement en temps de crise, et est en opposition avec le fait d'aller de l'avant, soit la progression (S. Ionescu et al, 2020)<sup>188</sup>.

La régression peut être retrouvée en officine. Par exemple, dans le cas d'un enfant qui avait un problème majeur de constipation. Les lavements et autres laxatifs étaient inefficaces : après investigation de la situation, nous avons discuté avec l'enfant : il s'est avéré qu'il retenait ses selles semi-inconsciemment dans les situations anxiogènes pour lui (voyage, dormir chez des inconnus,..) pour que sa mère s'occupe de lui comme quand il était tout bébé, dans le but de se rassurer et de retrouver un cocon protecteur. Comprendre l'origine du problème nous a permis de nous orienter vers une prise en charge de l'anxiété et du stress plutôt que du symptôme le plus évident, ce qui a été un succès.

### **RETOURNEMENT CONTRE SOI-MÊME (autodépréciation) (Niveau de distorsion mineure de l'image) :**

Il s'agit du **refus inconscient par une personne de sa propre agressivité**, qu'elle détourne d'autrui **pour la reporter sur elle-même**, en se traitant comme si elle était son propre ennemi<sup>189</sup> : ce mécanisme démontre souvent un frein moral (surmoi) anormalement puissant et déformé. Ce mécanisme est principalement pathologique : on peut en venir à se refuser toute satisfaction (ascétisme), tout droit à la réussite, d'où des conduites d'autopunition, pouvant entraîner une névrose d'échec. On peut même aller jusqu'à agresser son soi corporel (scarification, tentatives de suicide,...) (S. Ionescu et al, 2020).

Une forme pathologique de ce mécanisme à laquelle nous pouvons être confrontés en officine, est la culpabilité toxique : le patient (ou le pharmacien) se blâme de tout et n'importe quoi, comme par exemple le cas de ce pharmacien qui se rendait fautif de toutes les erreurs qui arrivaient dans l'officine et s'autoflagellait en permanence.

---

187 Comme par exemple un sentiment d'aliénation de soi, l'entretien de la violence, des crises de colère,...

188 La régression n'est pas forcément négative : elle peut apporter un sentiment de sécurité et de bien-être dans des situations difficiles (par exemple quand nos proches prennent soin de nous dans un moment de vulnérabilité). Son aspect pathologique s'illustre dans les régressions malignes entravées par des phénomènes de fixation, soit le refus de tout changement dans une situation (S. Dreyfus et D. l'Heureux-Le Boeuf, 2001).

189 La culpabilisation, l'indignité, le blâme de soi extrêmes et/ou réguliers en sont des signes reconnaissables.

Explorer avec lui l'origine de cette agressivité nous a permis de comprendre que sa culpabilité venait d'événements de sa vie personnelle avec lesquels il n'arrivait pas à faire la paix, et en parler lui a permis d'affronter le problème<sup>190</sup>.

Ce mécanisme de défense ne doit jamais être ignoré, ni affronté frontalement. Il faut d'abord saisir les besoins et les représentations qui en sont à l'origine, pour aider le patient à les déconstruire progressivement.

### **RETRAIT APATHIQUE (Niveau de l'agir) :**

Il s'agit d'un détachement ayant un but protecteur, fait d'indifférence affective, de **restriction des relations sociales et des activités extérieures, et de soumission passive aux événements**, ce qui permet à une personne de supporter une situation très difficile<sup>191 192</sup>. Ce mécanisme n'est mis en œuvre que dans des situations de très grand danger, une fois que toutes les méthodes disponibles de défense de la personnalité ont été utilisées (W. Fairbairn, 1952/1974). Bien qu'étant le dernier rempart contre les vécus douloureux et intolérables, le retrait apathique est un cercle vicieux : il réduit l'activité, la motivation, donc l'activité, les interactions, ce qui réduit la motivation, ect...<sup>193</sup>

Par exemple à l'officine : l'accumulation de difficulté (maladie grave, perte d'un proche,...) peut amener certains patients à « s'engourdir » : les sentiments sont comme verrouillés, et la personne continue sa vie de manière automatique, mais a une activité très réduite. Nous constatons souvent ces réactions chez les patients âgés et seuls, qui « se laissent mourir ».

Quand ce mécanisme est constaté, le pharmacien doit absolument stimuler le patient par tous les moyens possibles : humour, jeux, services, sur-expression affective (sourire, ...), stimulation de l'affiliation,... L'aider à regoûter à des petits plaisirs de la vie pourra peut être lui donner envie de briser son retrait apathique. Néanmoins, le pharmacien doit garder à l'esprit qu'il ne peut pas « sauver » ses patients : il ne peut que les aider à se sauver eux-mêmes.

### **SOMATISATION (Valenstein, non classé) :**

Ce mécanisme est souvent considéré comme une conséquence ou une composante d'autres mécanismes de défense. Cela consiste en une **conversion d'un conflit**

---

190 En voici un autre exemple, retrouvable en officine. Il existe un rapprochement entre ce mécanisme et l'anorexie (A. Turcq, 2016) : les patients s'interdisent toute nourriture, et infligent à leurs corps des traitements extrêmes (s'affamer, sport intensif, ...). L'anorexie est souvent couplée à une autodépréciation très importante, une estime de soi faible et une volonté de reprendre le contrôle sur ses sentiments négatifs. Ainsi, le retournement contre soi-même permet l'extériorisation des représentations insupportables, encourageant le patient ainsi soulagé vers des comportements de plus en plus problématiques et destructeurs.

191 Deux autres mécanismes de défense ont des points communs avec le retrait apathique : l'isolation et l'intellectualisation. Mais on peut noter que dans ces deux mécanismes, l'activité du sujet n'est en rien diminuée, contrairement à ce que l'on observe dans le retrait apathique (S. Ionescu et al, 2020).

192 Ce mécanisme fait écho à la notion de complaisance (A. Valenstein, 1961), qui correspond à la soumission passive pour éviter les conflits et les facteurs de stress. La complaisance peut facilement décompenser en mécanismes plus problématiques (dénî, aliénation de soi, retrait apathique,...). À la différence de la mise à l'écart, la complaisance est totalement consciente.

193 La description de l'expérience dépressive (D. Widlöcher, 1983) peut être, selon la profondeur de cette pathologie, très proche de celle du retrait apathique, et ces deux notions sont d'ailleurs souvent associées.

**psychique** et une tentative de résolution de celui-ci par des **symptômes somatiques**, moteurs ou sensitifs (A. Valenstein, 1961 ; Z. J. Lipowski, 1968)<sup>194</sup> <sup>195</sup>. Extérioriser systématiquement ses conflits par la somatisation est une forme pathogène de ce mécanisme, qui peut mener à des dégradations de la santé<sup>196</sup>.

À l'officine par exemple, nous avons eu le cas d'un patient venant pour un « mal de ventre » : il s'est avéré qu'il était tellement anxieux que cela lui donnait des ulcères. Son médecin et l'hôpital avait même suspecté la présence d'*Helicobacter Pylori*<sup>197</sup>, mais l'origine du problème gastrique du patient était purement psychologique.

Attention à ne pas suspecter de la somatisation au moindre symptôme. Selon moi, la prise en compte d'une possible somatisation arrive souvent dans un second temps, après élimination des causes les plus probables, même si parfois elle saute aux yeux : à vous de rester ouvert et de savoir prendre du recul.

### **SUBLIMATION (niveau adaptatif élevé) :**

Il s'agit de la **dérivation de l'énergie d'une pulsion agressive ou sexuelle vers des activités valorisées socialement** (artistiques, intellectuelles, morales,...)<sup>198</sup>. La pulsion se détourne alors de son objet et de son but primitifs, mais sans être refoulée. La non réalisation de la pulsion va amener un déplaisir primaire, qui sera transformé en plaisir secondaire : c'est une sorte de marchandage. C'est un des rares mécanismes qui protègent le moi sans jamais lui nuire : il permet d'échapper au conflit et à la frustration sans conséquences fâcheuses. C'est la stratégie de coping ou manœuvre de dégageant par excellence, puisqu'elle est totalement consciente (H. Chabrol, 2005, 2018 ; S. Ionescu et al, 2020 ; G. Vaillant, 1992)<sup>199</sup>.

En officine, il peut être intéressant d'accompagner les patients vers une sublimation de leurs conflits. Pour cela, l'expérience d'autres patients ayant trouvé des moyens d'atteindre cette sublimation vous seront très utiles. Par exemple, nous avons rencontré une patiente qui, pour modérer son anxiété et soigner un trauma (agression sexuelle), avait utilisé la sublimation en dérivant ses souffrances vers l'excellence en sport de combat (cela peut aussi être le cas de patients qui, via le sport, subliment leurs pulsions agressives). Le but ici était de prendre le pouvoir, se sentir capable de faire face<sup>200</sup>.

---

194 Ce mécanisme n'a rien à voir avec l'hypocondrie-défense, puisque le sujet accepte volontiers l'intervention d'autrui, sans aucune agressivité passive (S. Ionescu et al, 2020).

195 Pour aller plus loin : voir les travaux d'Alexander et al (1950-1963), qui ont présenté les somatisations comme relevant de certains types d'émotions.

196 Ces dégradations de la santé peuvent s'exprimer sous diverses formes (infections à répétitions, douleurs somatiques invalidantes,...) : les plus connues sont les ulcères et les eczéma d'origine psychosomatique. En effet, la somatisation est souvent évoqué conjointement à la notion de maladie psychosomatique (voir DSM IV, 2005 ; J. De mol, 2010).

197 *Helicobacter Pylori* est une bactérie qui infecte la paroi interne de l'estomac, provoquant alors des inflammations.

198 Contrairement au refuge dans la rêverie par exemple, la sublimation exerce une transformation concrète, ayant des conséquences psychologiques et des répercussions dans la réalité.

199 La sublimation est consciente, mais peut aussi devenir par la suite un automatisme dans certaines situations, ce qui est une bonne chose. Elle est souvent décrite comme proche de la sociabilisation, puisqu'elle évoque une canalisation des pulsions ou affects mal adaptés vers des comportements acceptables. C'est une protection contre les vicissitudes du quotidien (S. Ionescu et al, 2020).

Nous noterons que la sublimation ne peut porter que sur une certaine quantité d'énergie : dans le cas d'un ressenti conflictuel important, le refoulement partiel ou plus efficacement la mise à l'écart pourraient alors être utiles pour diminuer l'intensité de ce ressenti, et donc permettre une sublimation réussie (S. Ionescu et al, 2020).

Nous avons ainsi évoqués deux notions très importantes dans la communication à l'officine : la mentalisation et les mécanismes de défense. Comme nous l'avons vu, l'utilisation efficiente de ces outils est intimement liée aux émotions et leur degré d'intensité, c'est pourquoi nous allons à présent aborder un dernier thème : celui des compétences émotionnelles.

---

200 Nous pouvons parfois être confrontés à l'officine à des patients ayant des pulsions très perturbantes ou violentes : le pharmacien doit être capable de les entendre sans jugement, pour aider les patients à avancer vers la sublimation. En effet, certaines pulsions se seront jamais externalisables, et les patients se doivent de trouver des solutions adaptées. Par exemple, un de nos patients ayant des pulsions sexuelles pédophiles (suivi, traité) sublimait ses pulsions à travers la peinture de paysages très relaxants, souvent couverts de fleurs qui lui demandaient une grande concentration, une activité manuelle et beaucoup de temps. Réussir à contenir puis sublimer ses pulsions extrêmes, sans jamais les laisser s'exprimer telles quelles, demande un grand courage et une force de caractère qui, selon moi, mérite notre respect et non notre mépris.

## C - LES COMPÉTENCES ÉMOTIONNELLES

Dans cette partie, nous définirons dans un premier temps ce que sont les émotions et les compétences émotionnelles. Nous proposerons ensuite aux pharmaciens d'officine des pratiques concrètes permettant de développer ces compétences, afin d'être capable de les utiliser pour une meilleure communication à l'officine.

### 1 - Aspects théoriques et intérêt pour le pharmacien d'officine

Les **émotions** sont des réactions rapides, automatiques, de courte durée, spontanées, avec une signature neurobiologique spécifique, et liées à une situation particulière (événements externes ou internes) (A. Damasio, 1994 ; P. Salovey et J. Mayer, 1990). Le **sentiment** quant à lui, se situe entre l'émotion et de la cognition, c'est en quelque sorte notre manière d'apprécier notre vécu émotionnel. Pour finir, l'**humeur** est généralement un état plus diffus, prolongé et général : elle facilite le déclenchement de nos émotions (M. Mikolajczak et al, 2022)<sup>201</sup>.

Une émotion génère des changements à différents niveaux (M. Mikolajczak et al, 2022) : des changements au niveau **physiologique**, via une activation corporelle<sup>202</sup> ; au niveau **cognitif**, avec un changement dans la manière de percevoir, de penser, et du type de souvenir rappelé<sup>203</sup> ; au niveau **expressif**, avec un changement dans l'expression non verbale ; et au niveau **comportemental**, par la préparation et la facilitation d'une réaction selon la nature de l'émotion, qui engendre une tendance à l'action<sup>204 205</sup>.

Pour bien appréhender ce qu'est une émotion et comment elle fonctionne, il est intéressant de s'arrêter sur **la typologie des émotions**. P. Ekman et W. Friesen (1976) propose une liste de six **émotions universelles**, dont les prototypes d'expressions sont semblables dans la plupart des cultures : la colère, la peur, le dégoût, la tristesse, la joie, la surprise. Cette liste est par la suite complétée par d'autres auteurs comme R. Plutchik (1980), qui considèrent que l'émotion n'est pas indépendante du contexte social ou culturel dans lequel l'individu s'inscrit : on parle alors d'**émotions plus complexes et sociales** qui seraient en fait des mélanges d'émotions de base<sup>206 207</sup>.

201 Par exemple une humeur irritable permet plus facilement le déclenchement d'une émotion de colère.

202 Par exemple, une accélération du rythme cardiaque, de la respiration,...

203 Nous noterons que les souvenirs rappelés sont souvent congruents à l'état émotionnel.

204 Par exemple, ressentir de la colère amène à une plus grande facilité à l'attaque.

205 Au niveau cérébral, c'est une boucle qui nous permet de moduler la réponse émotionnelle et d'avoir recours aux stratégies de régulation (annexe 1). Nous précisons que l'Hippocampe possède un rôle majeur dans le processus de mémorisation.

206 Par exemple, la nostalgie serait un mélange de joie et de tristesse, l'anxiété un mélange de peur et de tristesse, la honte un mélange de peur, de tristesse et de dégoût,...

207 Selon Antonio Damasio (2006), ces émotions sociales font partie aussi d'un programme inné, mais nécessitent une confrontation adaptée fournie par l'immersion et l'implication dans un environnement donné (compréhension de règles, d'objectifs à atteindre,...) ; cela explique leur développement plus tardif par rapport aux émotions de bases. Il cite notamment la sympathie, le mépris, la culpabilité, l'envie et la honte (A. Damasio ; 1995, 1999).

Dans une perspective sociale des émotions, celles-ci servent à maintenir les liens sociaux et à résoudre les problèmes de la vie en groupe : elles contribuent à la culture (L. Feldmann Barrett, 2017).

La difficulté à identifier, différencier et exprimer les émotions chez soi et/ou chez les autres est nommée l'alexithymie (P. Sifneos et J. Nemiah, 1972). Si elle peut correspondre à un trait de personnalité acquis durant le développement, elle peut aussi être une réponse adaptative à des situations de stress important. L'alexithymie a pour conséquence une méfiance acquise du sujet concernant les émotions et états mentaux, ce qui peut rapidement mener à des interprétations à tort et/ou connotées négativement (C. Jouanne, 2006) : la personne peut alors facilement s'activer émotionnellement de manière intense (se mettre en colère, crier, se braquer,...).

Les émotions ont longtemps été considérées comme un phénomène problématique et chaotique qui altère la raison et le contrôle de soi, et qui doivent donc être maîtrisées faute de pouvoir s'en débarrasser (M. Mikolajczak et al, 2022). Mais la vision scientifique récente suggère qu'elles ont une fonction constructive en facilitant l'adaptation de l'individu à son environnement via la sélection d'informations pertinentes : ainsi, les processus rationnels et de prise de décision ne peuvent être dissociés des émotions (A Damasio, 1995). Les émotions auraient donc plusieurs **fonctions** (A. Damasio ; 1995, 1999 ; M. Mikolajczak et al ; 2012, 2016, 2022) : une fonction d'**alerte et priorisation**<sup>208</sup>, une fonction de **réaction**<sup>209</sup>, une fonction de **communication**<sup>210</sup>, une fonction **morale**<sup>211</sup> et une fonction d'**apprentissage**<sup>212</sup>. Le tableau de M. Mikolajczak et al (2022) met en lumière les fonctions et l'utilité des six émotions de base de P. Ekman (1976) de manière contextuelle (tableau 3).

---

208 Via cette fonction, l'attention est focalisée sur l'élément déclencheur devenant ainsi une priorité qui s'impose à l'individu.

209 Via cette fonction, les changements physiologiques préparent le corps à l'action et l'émotion incite l'individu à emprunter une direction spécifique.

210 Le corps et le visage reflètent l'état émotionnel. Cette richesse dans l'expression physique permet de communiquer aux autres sa perception et ses besoins afin de favoriser un meilleur ajustement relationnel (M. Mikolajczak et al, 2022).

211 Certaines émotions telles que la culpabilité et la honte, mais aussi la gratitude et l'élévation, auraient une fonction morale (J. Haidt, 2001). Lorsque nos actes vont à l'encontre de principes moraux (vol, triche, violence, mensonges, ...), nous éprouvons des émotions qui nous indiquent que le comportement est inacceptable. Le simple fait d'y penser génère déjà l'émotion, ce qui nous aide à effectuer des choix éclairés afin d'agir dans le respect du bien-être d'autrui en favorisant un bon fonctionnement social (J. Haidt, 2003).

212 Les émotions influencent les processus cognitifs tels que la perception, l'attention, l'acquisition, le stockage et l'utilisation des connaissances (P. Seli et al, 2016). Elles permettent notamment d'influencer la motivation et l'allocation d'efforts en vue d'acquérir de nouvelles connaissances (M. Mikolajczak et al, 2022).

Émotions	Manifestations physiologiques	Déclencheur	Tendance à l'action	Effet/ but
Colère	Augmentation du rythme cardiaque, de la tension, du tonus musculaire	Obstacle, injustice	Attaque, rejet	Identifier le responsable et lutter contre lui ou le tenir à distance
Peur	Accélération de la respiration, du rythme cardiaque, dilatation des pupilles	Danger, menace	Fuite, défense	Identifier le danger et se mettre en sécurité
Dégoût	Sensations désagréables, nausées, vomissement	Élément nocif, nuisible	Rejet	Mise à distance de ce qui est perçu comme mauvais pour soi
Tristesse	Larmes, baisse du tonus et de la température cutanée	Perte	Retrait	Retrait et réflexion sur les erreurs commises, communication avec les autres pour recevoir leur soutien
Joie	Sourire, rire, larmes, excitation	Satisfaction d'un besoin ou d'un but	Approche, ouverture	Énergie pour continuer sur cette voie, percevoir de nouvelles opportunités et partager aux autres
Surprise	Sursaut, geste brusque	Situation inattendue	Retrait	Vigilance face à une situation imprévue, apprendre en mettant à jour nos attentes

Tableau 3: Fonctions et utilité des six émotions de base de P. Ekman (Mikolajczak et al, 2022)

On gardera tout de même à l'esprit que si l'émotion est utile lorsque nous devons réagir rapidement et donc de manière automatique, elle doit être prise avec plus de recul dans les situations où la réaction rapide n'est pas nécessaire et où il faut prendre le temps d'analyser les différents éléments mis en jeu<sup>213</sup>. Elles doivent donc parfois aussi être régulées : « Les émotions sont les alliées de ceux qui savent les gérer, et les ennemis de ceux qui les ignorent ou les subissent » (M. Mikolajczak et al, 2012).

Une notion importante ayant un fort impact sur nos capacités à réguler nos émotions est celle d'**Arousal**, soit **le niveau d'activation émotionnelle** : il s'agit du degré d'intensité de l'émotion ressentie (M. Debbané et al, 2022). Notre seuil d'activation émotionnelle dépend de notre état de base : il existe donc des facteurs de vulnérabilité<sup>214</sup> et de facteurs de protection<sup>215</sup>. Les quatre paramètres de l'activation émotionnelle qui vont varier selon les individus sont : le **seuil de déclenchement de**

213 Par exemple, il faut éviter de prendre des décisions radicales et catégoriques sous le coup de la colère.

214 Les facteurs de vulnérabilité nous rendent plus sensibles du point de vue de l'activation émotionnelle ; par exemple, le manque de sommeil, le stress, la douleur, la maladie, la consommation de toxiques,... (M. Debbané et al, 2022).

215 Les facteurs de protection nous rendent au contraire plus stables. Par exemple, une bonne hygiène de vie, un entourage social riche, une bonne conscience de nos propres difficultés,... (M. Debbané et al, 2022)

**l'émotion, la vitesse de réaction, l'intensité<sup>216</sup> et la récupération<sup>217</sup>.** M. Debbané et ses équipes (2022) illustrent à travers le schéma suivant (figure 7) les différences de variations de ces paramètres entre une personne ayant une grande sensibilité émotionnelle, et une personne ayant un grand contrôle émotionnel/une faible sensibilité, insistant ainsi sur le fait que le vécu subjectif des émotions peut être très différent selon la sensibilité de chacun.

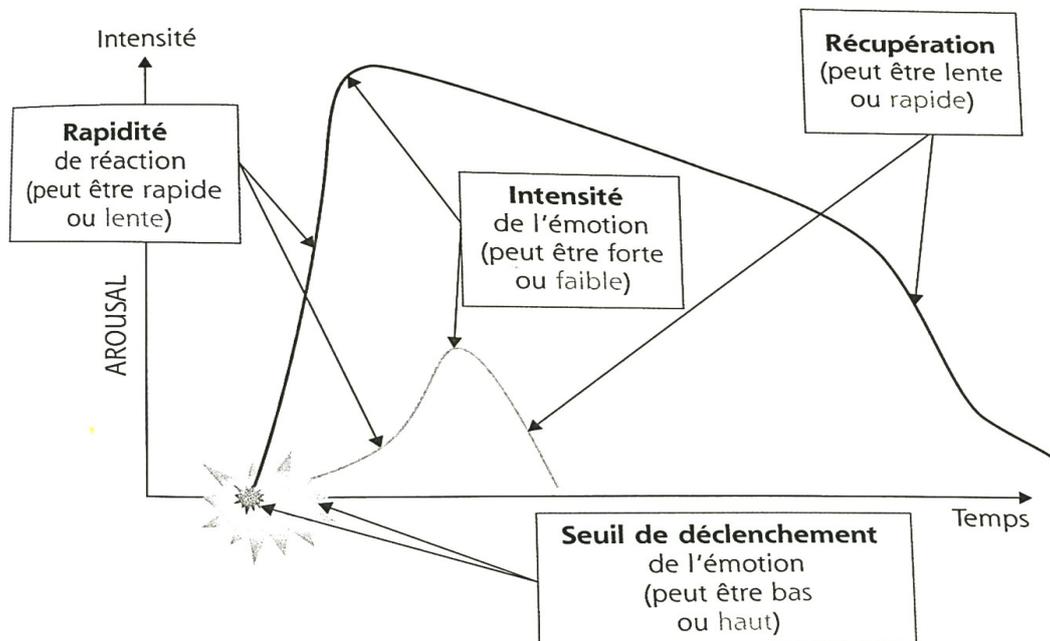


Figure 7: Caractéristiques des émotions (courbe gris foncé : personne sensible émotionnellement ; courbe gris clair : personne ayant un bon contrôle émotionnel) (M. Debbané et al, 2022)

Chacun de ces paramètres peut être modulé dans un but de régulation des émotions. Un niveau d'activation optimal (ni trop haut, ni trop bas) favorise une lecture adéquate tant sur le plan émotionnel que cognitif, et donc une bonne mentalisation. Au contraire, un niveau d'activation trop bas ou trop élevé va favoriser une mentalisation sous optimale<sup>218</sup>. Ainsi, la régulation des émotions et la mentalisation

216 L'intensité de l'émotion est le paramètre qui influence le plus notre capacité à mentaliser (M. Debbané et al, 2022).

Une trop forte intensité émotionnelle rend l'autre plus difficile à considérer par rapport à soi (difficulté à rester calme, à ne pas se précipiter,...). Par exemple, lors d'une grosse dispute, il est facile de hausser la voix, de dire des choses que nous regrettons après. Pourtant, au moment où nous les disons, nous sommes souvent convaincus d'avoir raison. Une intensité trop faible est aussi problématique : la personne se détache émotionnellement et va également peiner à s'intéresser aux états mentaux de manière investie et authentique.

217 La récupération correspond au temps nécessaire pour revenir à la normale. Celle notion est souvent associée à la résilience, soit notre capacité à plus ou moins revenir à notre état initial (M-J. Bernard et A. Fayolle, 2016).

218 Pour rappel, (voir II-A), une mentalisation sous-optimale est caractérisée par une polarisation d'un des axes de la boussole de la mentalisation. Les modes de prémentalisation en eux-mêmes vont d'ailleurs permettre une certaine forme de régulation des émotions fortes lorsque la personne n'aura pas réussi à mettre en place des stratégies de régulation plus matures : dans le mode téléologique, c'est l'action qui régule l'émotion ; le mode d'équivalence psychique est un régulateur émotionnel dans le sens où il réduit la complexité du monde, par son appréhension sur la base de notre ressenti ; dans le mode semblant, le découplage de l'émotion et de la pensée amène à s'exprimer sans réellement s'impliquer émotionnellement (on neutralise l'effet de l'émotion). Ces formes de régulations peuvent être efficaces à très court terme, mais entraînent la plupart du temps des difficultés personnelles et relationnelles.

sont deux notions interconnectées, qui s’influencent l’une l’autre : plus elles sont développées respectivement, plus le cercle sera vertueux et la relation saine.

Maintenant que nous avons abordé les définitions et fonctions des émotions et des paramètres permettant de les influencer, nous allons pouvoir parler du sujet principal de la dernière partie concernant les outils de communication : **les compétences émotionnelles**. Les premiers à apporter une définition et une étude de ces compétences sont P. Salovey et J. Mayer (1990), via le terme d'**intelligence émotionnelle** : ils définissent cette dernière comme la capacité d’un individu à percevoir, comprendre, maîtriser et exprimer une émotion qui lui est propre et à distinguer et décoder une émotion chez l’autre. L’intelligence émotionnelle peut être présentée à travers trois niveaux : le **niveau de connaissance**<sup>219</sup>, le **niveau des habiletés**<sup>220</sup> et le **niveau de la personnalité**<sup>221</sup> (M. Mikolajczak, 2009 ; H. Gardner, 2008 ; P. Salovey et J. Mayer, 1990). Ce terme a ensuite été remplacé par celui de compétences émotionnelles, qui met en avant leur aspect souple et évolutif : en effet, plutôt qu’une intelligence innée et immuable, les compétences émotionnelles peuvent être développées chez l’enfant comme chez l’adulte, quelque soit leur niveau de développement (M. Mikolajczak et al ; 2012, 2016, 2022)<sup>222</sup>. M. Mikolajczak et son équipe (2014, 2022) proposent d’ailleurs un tableau récapitulatif listant les diverses compétences émotionnelles, en indiquant en quoi elles consistent à la fois au niveau personnel et au niveau interpersonnel (tableau 4).

Compétence	Au niveau personnel	Au niveau interpersonnel
Identifier	Identifier et différencier nos émotions	Identifier les émotions des autres
Comprendre	Comprendre les mécanismes derrière nos émotions et réactions	Comprendre les émotions et réactions des autres
Réguler	Réguler nos émotions en fonction du contexte et de nos objectifs et besoins	Aider les autres à réguler leurs émotions
Exprimer	Exprimer nos émotions et besoins de manière adaptée au contexte	Faciliter l’expression des émotions et besoins d’autrui
Utiliser	Utiliser nos émotions pour orienter notre vie et nous ajuster au mieux au contexte (prises de décisions, actions, ...)	Prendre en compte les émotions des autres pour permettre un meilleur ajustement au contexte

Tableau 4: Tableau des compétences émotionnelles (M. Mikolajczak, 2022)

219 Le **niveau de connaissance** correspond à ce que l’on sait à propos des émotions (M. Mikolajczak et al, 2022). Par exemple, l’anxiété est l’évaluation subjective d’une menace.

220 Le **niveau des habiletés** correspond à ce qu’une personne est capable de faire concernant ses émotions (M. Mikolajczak et al, 2022). Par exemple, être capable de se relaxer quand on est anxieux.

221 Le **niveau de la personnalité**, c’est la tendance ou disposition régulière d’une personne à se sentir, percevoir, se comporter et penser (M. Mikolajczak et al, 2022). Par exemple, savoir se relaxer ET l’utiliser comme réponse prédominante en cas de stress.

222 En effet, l’organisation des neurones et des synapses dans le cerveau n’est pas entièrement déterminée par notre code génétique, le cerveau est capable d’une certaine réorganisation qui se nomme la plasticité cérébrale (A. Pascual-Leone et al, 2005). Le cerveau adulte est également capable de produire de nouveaux neurones (Spalding et al, 2013) : c’est la neurogenèse, qui a lieu principalement dans l’hippocampe (mémoire).

Ces compétences se révèlent importantes dans de nombreux domaines : en santé mentale<sup>223</sup>, en santé physique<sup>224</sup>(M. Mikolajczak et al, 2022), dans les relations sociales<sup>225</sup> et dans le domaine professionnel<sup>226</sup>. **Dans les métiers nécessitant des interactions sociales fréquentes comme celui de pharmacien d'officine, ces compétences émotionnelles deviennent fondamentales**<sup>227</sup>. En effet, la qualité de la relation entre un patient et un professionnel de santé est particulièrement importante puisqu'elle influence le niveau de satisfaction du patient, la confiance et même l'adhésion au traitement (K.B.H. Zolnierek et M.R. DiMatteo, 2009), mais joue aussi sur l'équilibre et le bien-être du professionnel de santé (méta-analyse : L. Rotenstein et al, 2016).

L'alliance thérapeutique passe par la posture du pharmacien et les règles sécurisantes qu'il contribue à créer et qui génèrent un climat de confiance dans lequel il est possible d'expérimenter, de s'inspirer des autres, de se remettre en question, de changer. Cela nécessite de quitter la posture d'expert capable de gérer toute situation « de sang-froid », pour adopter une posture moins rigide, notamment en ce qui concerne les émotions, variées, plus ou moins intenses, qui nécessitent un travail de régulation plus ou moins important. Attention, s'ouvrir à l'aspect émotionnel de notre métier ne signifie pas pour autant qu'il faut laisser nos émotions devenir envahissantes. Nous remarquerons également que la qualité des compétences émotionnelles du pharmacien est un facteur majeur impactant l'apprentissage et la motivation : pour impliquer un patient dans l'apprentissage de sa maladie, le plus

---

223 **En santé mentale**, les compétences émotionnelles sont positivement reliées au bien-être (M. Schutte et al, 2002) et à la satisfaction de vie (E.N. Gallagher et D.A.Vella-Brodrick, 2008 ; N. Gannon et R. Ranzijn, 2005). A l'inverse, de faibles compétences émotionnelles sont associées à des niveaux plus élevés d'anxiété, de stress, de dépression, de burn out et d'affects négatifs de manière générale (J. Ciarrochi et al, 2002 ; L.A. Downey et al, 2008 ; M. Mikolajczak et al, 2007), mais aussi à des consommations plus élevées de tabac, alcool et drogues (B. Kun et Z. Demetrovics, 2010). Pour finir, nous noterons que les mécanismes de défense non adaptatifs traduisent de compétences émotionnelles sous-développées, et nuisent au sujet (hormis ceux de niveau adaptatif élevé).

224 **En santé physique**, les compétences émotionnelles agissent via :

- Une voie d'action directe (à travers les changements physiologiques, comme la sécrétion de cortisol qui influence le système immunitaire par exemple) (R. Dantzer, 2002).
- Une voie d'action indirecte (à travers le changement des comportements de santé, comme la consommation de toxiques en situation de stress (J. Ogden, 2014).

Un déficit de compétences émotionnelles est associé à des plaintes somatiques plus élevées (Martins et al, 2010) et à diverses pathologies comme le diabète (P. Bastin et al, 2004), les problèmes gastriques (P. Porcelli et al, 2003) ou les maladies cardiaques (J. Suls et al, 1995).

225 **Dans les relations sociales**, les compétences émotionnelles prédisent la qualité des relations avec les autres (P. Lopes et al, 2004, 2005) ainsi que le niveau et la satisfaction du soutien social (J. Ciarrochi et al, 2001), qui représente un facteur protecteur significatif dans la santé mentale et physique. Les études mettent en avant son impact positif sur l'adhérence au traitement médical (M.R. DiMatteo, 2004), la gestion du stress (C. Viswesvaran et al, 1999) ou encore comme facteur protecteur contre la dépression (G.W. Brown et al, 1986).

226 **Dans le domaine professionnel**, les compétences émotionnelles jouent un rôle dans la satisfaction au travail (T. Sy et al, 2006), la gestion du stress, la qualité des relations (P. Lopes et al, 2006), la satisfaction des clients (M. Beigi et M. Shirmohammadi, 2011) et la performance professionnelle (S. Côté et al, 2010 ; D. Rosete et J. Ciarrochi, 2005 ; S.K. Singh, 2007).

227 Un certain nombre d'études et d'articles (voir les méta-analyses : J.M. Cherry et al, 2012 ; J.M. Satterfield et E. Hughes, 2007) insistent sur la pertinence d'intégrer des modules ciblant ces compétences bien en amont, lors de la formation des futurs professionnels de santé. En effet, la mise en place de ce type de module présente un effet bénéfique en matière d'empathie, de compétences en communication, de comportement de soutien et de meilleure compréhension du patient (M. Mikolajczak et al, 2022).

efficace est de stimuler son émotionnel<sup>228</sup>. Le développement de ces compétences permettra également au pharmacien de développer sa conscience de lui-même : cette observation de soi permet de favoriser la flexibilité émotionnelle et comportementale en se saisissant de l'espace de choix conscient entre des pressions internes (émotions, pensées, impulsions,...) et le comportement (M. Mikolajczak et al ; 2012, 2016, 2022). Investir cet espace permet de passer de la réaction automatique à l'action consciente.

Le pharmacien ne doit pas hésiter, afin de cerner l'étendue de ses compétences émotionnelles et de mentalisation, à débriefer son comportement après des échanges ou des situations complexes<sup>229</sup>. Cela lui permettra de mieux se connaître, et de développer les compétences dans lesquelles il constate des lacunes.

Nous avons vu à quel point ces compétences sont d'importance majeure dans la pratique officinale : pour une meilleure relation et communication avec les patients, mais aussi pour le bien-être du pharmacien d'officine. Nous allons donc à présent proposer à ces derniers des pratiques destinées à les aider à développer ces compétences.

## **2 - Proposition de programme de développement des compétences émotionnelles**

Dans ces travaux, M. Mikolajczak (2006-2022) présente, pour chaque compétence émotionnelle, des pratiques de développement et d'optimisation. Elle et son équipe proposent ainsi un programme de développement des compétences émotionnelles, adressé aux professionnels de la santé mentale (psychiatres, psychothérapeutes, psychologues), dans le but de leur fournir « une grille de lecture des compétences émotionnelles et des outils concrets pour les développer en prévention et dans l'accompagnement de personnes en difficulté » (M. Mikolajczak et al, 2022). Ils s'appuient sur les travaux d'une équipe de chercheurs en psychologie spécialisés dans le domaine des émotions (I. Kotsou et al, 2011 ; D. Nelis et al, 2011) ainsi que sur les

---

228 En effet, les émotions positives par exemple favorisent la motivation, l'apprentissage, la créativité et les capacités de résolution des problèmes (Isen et al, 1987) notamment en augmentant la tendance à générer des idées nouvelles en plus grand nombre (Fredrickson et Branigan, 2005), ou encore en élargissant le champ attentionnel (Fredrickson, 2001), favorisant ainsi une meilleure prise en compte des éléments de la situation.

229 Le pharmacien peut, pour cela, se poser les questions suivantes (M. Mikolajczak et al, 2022) :

- Quelles émotions ai-je ressenti et quelles émotions le patient a-t-il ressenti ?
- Est-ce que j'ai compris mes besoins et ceux de mes patients derrière les réactions émotionnelles ?
- Est-ce que j'ai pu exprimer ce que je ressentais ou faciliter l'expression du ressenti du patient, dans le cas où cela pouvait se révéler utile pour lui ou pour mon confort personnel ?
- Est-ce que j'ai pu utiliser ou prendre en compte mon état émotionnel et celui des patients pour ajuster mes comportements et mes actions ?
- Est-ce que j'ai pu réguler mes émotions et aider les patients à réguler les leurs d'une manière qui puisse être bénéfique durablement pour chacun ?

principes de l'apprentissage expérientiel du modèle de Kolb (2014)<sup>230</sup>.

Nous reprendrons ici ces travaux, en en proposant une adaptation non pas centrée sur l'acquisition et le développement des compétences émotionnelles chez les patients, mais sur leur développement chez les pharmaciens dans le but d'optimiser leur communication avec les patients. Ainsi, les séances proposées reprendront les objectifs et le principe des pratiques présentées par M. Mikolajczak et son équipe (2022), mais seront adaptées dans le but non pas d'aider le pharmacien à développer ces compétences chez ses patients, mais bien chez lui-même. Nous précisons que nous avons fait en sorte que les pratiques proposées puissent être travaillées seul, sans intervenant extérieur<sup>231</sup>, et à tout moment. Cette version du programme n'engage que moi, et je l'espère sera une piste intéressante pour les pharmaciens souhaitant plus d'efficacité dans leurs relations interpersonnelles et la gestion de leurs émotions. Il s'articule en six séances, chacune axée sur une compétence émotionnelle précise.

Attention, réfléchir et travailler sur ses émotions, notre relation avec elles et avec celles des autres, peut être éprouvant ou faire écho à des vécus et expériences difficiles : il faut savoir s'écouter, et toute personne qui s'engage dans le développement de ses compétences émotionnelles se doit d'être indulgent et compréhensif envers lui-même, en évitant notamment l'autodépréciation ou le blâme de soi (M. Mikolajczak et al, 2022). Pratiquer le programme qui va suivre doit se faire dans un environnement sécurisé, où le pharmacien ne ressent pas de menace qui pourrait perturber son travail.

### a) SÉANCE 1 : Identifier ses émotions

Identifier ses émotions représente la première étape pour accéder aux autres compétences émotionnelles. Cela amorce déjà un processus de régulation émotionnelle (M.D. Lieberman et al, 2007). Cette compétence est également très utile dans nos relations sociales puisqu'identifier l'état émotionnel des autres nous permet d'augmenter nos chances de réagir de manière adaptée au contexte relationnel (M. Mikolajczak et al, 2022).

---

230 Le modèle de Kolb repose sur un processus séquentiel en quatre étapes :

1. **Une expérience concrète** (éléments de réalité du pharmacien, comme par exemple reprendre une expérience émotionnelle vécue).
2. **L'observation réfléchie** (le pharmacien réfléchit aux caractéristiques de cette expérience)
3. **La conceptualisation** (le pharmacien va tenter de construire des concepts plus généraux pour décrire non seulement l'expérience vécu, mais aussi de futures situations analogues).
4. **Transférer à d'autres contextes** (le pharmacien va tester les généralisations faites à l'étape précédente dans d'autres situations de vie. Il va ajuster ses apprentissages précédents en fonction des nouvelles informations issues de leur expérience de la réalité en revenant à nouveau à l'étape 1).

231 En effet, beaucoup de pratiques du programme de M. Mikolajczak et al sont des pratiques de groupes, où le thérapeute travaille avec un groupe de patients une séance précise.

### **Objectifs de la séance :**

- Développer une meilleure conscience de ses émotions
- Identifier les différentes composantes d'une émotion
- Enrichir son vocabulaire émotionnel
- Apprendre à différencier les émotions
- Parvenir à nommer ses états émotionnels

### **Enrichir son vocabulaire émotionnel :**

Un vocabulaire émotionnel riche représente un prérequis utile aux compétences émotionnelles : en effet, il est difficile d'expliquer son état intérieur aux autres sans avoir les mots adéquats, et cette difficulté limite les ajustements relationnels possibles ainsi que la capacité à comprendre quelle émotion on expérimente, son sens ou comment la réguler (M. Mikolajczak et al, 2022). Ainsi, avoir un vocabulaire émotionnel riche permet à la fois de mieux discriminer mais aussi de mieux exprimer les émotions. L'étude des chercheurs A. Cowen et D. Keltner (et al, 2017) identifie 27 catégories émotionnelles distinctes :

<ul style="list-style-type: none"><li>◦ envie</li><li>◦ dégoût</li><li>◦ douleur empathique</li><li>◦ intérêt étonné, intrigué</li><li>◦ excitation (montée d'adrénaline)</li><li>◦ peur</li><li>◦ horreur</li><li>◦ intérêt</li><li>◦ joie</li><li>◦ nostalgie</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>◦ malaise (embarras)</li><li>◦ Ennui</li><li>◦ Calme (sérénité)</li><li>◦ confusion</li><li>◦ soulagement</li><li>◦ romance</li><li>◦ tristesse</li><li>◦ satisfaction</li><li>◦ désir sexuel</li><li>◦ surprise</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>◦ Admiration</li><li>◦ Adoration</li><li>◦ Appréciation esthétique</li><li>◦ Amusement</li><li>◦ Colère</li><li>◦ Anxiété</li><li>◦ émerveillement</li></ul>
---	--	--

Mettre un mot immédiatement sur l'émotion est assez difficile, mais vous pourrez plus facilement les appréhender en vous posant des questions suivantes (M. Mikolajczak et al, 2022) :

- Est-ce agréable ou désagréable ?
- Est-ce que l'émotion est associée à une activation physiologique (bouillonnement,...) ou à une inhibition physiologique (calme, perte d'énergie, ...) ?
- Est-ce que cette émotion cible quelqu'un (colère, culpabilité, amour,...) ou un événement en particulier ?
- Quelle est l'évaluation subjective de la situation ? S'agit-il d'un danger (peur), d'une injustice ou d'une frustration (colère), d'un manque affectif (tristesse, solitude,...), d'un événement inattendu (surprise, déception,...), d'une faute personnelle (culpabilité), d'une gêne sociale (honte) ou encore d'une situation repoussante (dégoût)... ?

## **Identifier les émotions :**

Comme nous l'avons vu dans la partie I, nous avons tendance à partager les émotions des autres, notamment à travers le mécanisme d'empathie. Malgré tout, la lecture des émotions, chez soi comme chez autrui, reste souvent complexe. Différents **indices** peuvent nous renseigner sur les émotions de soi et d'autrui : les **indices externes**<sup>232</sup> et les **indices internes**<sup>233</sup> (M. Mikolajczak et al, 2022). Attention cependant à ne pas tomber dans l'interprétation hâtive : comme nous l'avons vu avec la notion de mentalisation, les perceptions des états mentaux sont des hypothèses provisoires, qui nécessitent confirmation, notamment car les indices peuvent être non-congruents<sup>234</sup>. De plus, il est important de prendre en compte notre subjectivité, qui peut largement gêner voir biaiser notre perception de ces indices.

- **Pratique : le scan corporel**<sup>235</sup> : « Nos ressentis physiques intérieurs face à une situation représente un aspect essentiel dans le processus décisionnel » (M. Mikolajczak et al, 2022). Ainsi, amener les pharmaciens à développer une meilleure conscience de leurs ressentis corporels leur permet d'accéder à une source d'informations supplémentaire lors des prises de décisions et des choix comportementaux.

*Remarque : fermer les yeux peut permettre de mieux réussir cette pratique.*

Le pharmacien doit tenter ici de porter son attention sur son corps et ses ressentis physiques : pour cela, il peut d'abord prêter attention aux sensations les plus évidentes pour aller jusqu'aux moins évidentes, ou bien parcourir le corps méthodiquement partie par partie<sup>236</sup>. Pratiquer cette technique de manière régulière permet de l'automatiser : ainsi, une fois acquise, vous y aurez recours de manière naturelle, in situ.

---

232 Les **indices externes** peuvent être par exemple :

- Les signaux automatiques, par exemple les réactions du visage comme froncer les sourcils quand nous sommes contrariés.
- L'attitude corporelle, par exemple croiser les bras en signe de contrariété, baisser les épaules en signe de tristesse, ...)
- Se fier à ce que dit la personne qui ressent l'émotion pour connaître son état émotionnel, par exemple quelqu'un qui raconte des situations difficiles qu'il a vécu sera sans doute triste.

233 Les **indices internes** peuvent être par exemple :

- Les battements du cœur, par exemple leur accélération peut indiquer la peur.
- La sensation de tension ou de relâchement musculaire, par exemple avoir les muscles détendus quand nous sommes sereins.
- La contraction ou dilatation des pupilles, par exemple le *champ visuel rétréci quand nous sommes en colère*.
- Le besoin d'aller aux toilettes, qui peut par exemple être signe de peur ou de stress.
- Le besoin interne de bouger
- Les pensées et leur contenus

234 Par exemple, les larmes peuvent être à la fois un signe de joie et de tristesse, mais peut aussi être une simple réaction mécanique au froid.

235 Cette pratique du scan corporelle repose sur le principe de méditation par pleine conscience, tirée des traditions bouddhistes. Pour aller plus loin, voir l'article sur le sujet de G. Bondolfi, F. Jermann et A. Zermatten (2011).

236 Par exemple : prêter attention au visage, sensation de poids ou de légèreté, tension ou relâchement, chaud ou froid, vibration,....

### **Identifier ce qui caractérise une émotion :**

Le but est ici de développer la conscience des autres indicateurs permettant d'identifier une émotion : les pensées, l'expression non verbale, et les tendances à l'action (M. Mikolajczak et al, 2022). Cette pratique vise également à permettre aux pharmaciens de s'ouvrir aussi bien aux émotions désagréables (1<sup>er</sup> temps) qu'agréables (2<sup>nd</sup> temps)<sup>237</sup>.

- **Pratique : se rappeler une émotion désagréable et en identifier les caractéristiques :** Rappelez-vous d'une situation récente dans laquelle vous avez ressenti une émotion désagréable d'une intensité modérée (et non intense, afin de démarrer progressivement et ne pas vous sentir en situation d'échec). Rappelez vous des différents aspects de cette expérience : faits, ressentis, sensations dans le corps, pensées et la manière dont vous avez réagi. Ensuite, essayez d'identifier les différentes composantes de l'émotion, à l'aide d'un tableau sous le format suivant :

<b>Situation</b> <sup>238</sup>	<b>Sensation</b> <sup>239</sup>	<b>Pensées</b> <sup>240</sup>	<b>Expressivité</b> <sup>241</sup>	<b>Tendance à l'action</b> <sup>242</sup>	<b>Sentiments subjectifs</b> <sup>243</sup>
Je dois faire un entretien pharmaceutique dans 1h	Boule au ventre, sueurs	Imagination des scénarii négatifs (« et si je perds mes moyens ? »), agitation mentale	Voix qui tremble, épaules relevées	Relire mes notes pour m'assurer que je les connais bien, vérifier sur le Vidal que je n'y ai rien oublié	anxiété

- **Pratique : se rappeler et identifier les caractéristiques d'une émotion agréable :** Il s'agit ici de faire comme précédemment, mais avec une émotion agréable, sans limite d'intensité.

Nous remarquerons que se rappeler une situation réactualise l'émotion dans le présent et la partager peut créer un effet de contagion émotionnelle (E. Hatfield et al, 1992). Il peut être intéressant de se demander quel type de situation nous avons le plus tendance à nous rappeler ou à ruminer, et comment cela influence notre état émotionnel, notre humeur et celles des autres (M. Mikolajczak et al, 2022).

237 Cet ordre permet de finir sur une note agréable et de prendre conscience que les émotions sont des phénomènes transitoires.

238 **La situation** concerne le contexte dans lequel l'émotion apparaît. Il faut être le plus neutre et objectif possible, rapporter les faits, sans jugement ni interprétation (M. Mikolajczak et al, 2022).

239 **Les sensations** correspondent aux ressentis corporels éprouvés. Le but est ici non pas de les analyser mais simplement de les citer.

240 **Les pensées** concernent le dialogue interne fait d'interprétations, de projections, de commentaires et de questions. Elles sont parfois brèves et furtives et il n'est pas aisé de les identifier (pensées automatiques). Nous noterons que les pensées peuvent être sous formes de mots/phrases, mais aussi d'images mentales (scénarii imaginés, souvenirs, ...) (M. Mikolajczak et al, 2022).

241 **L'expressivité** concerne les signaux d'expression de l'émotion (voix, posture, démarche,...). Il est possible d'identifier plus facilement cette dimension avec la question « si un ami était en face de vous, à quoi découvrirait-il votre état émotionnel ? » (M. Mikolajczak et al, 2022).

242 **La tendance à l'action** concerne la direction comportementale facilitée par l'émotion, les comportements qui semblent vouloir s'imposer d'eux-mêmes (M. Mikolajczak et al, 2022).

243 **Les sentiments subjectifs** consistent à nommer les émotions ressenties.

### **Le bulletin météo intérieur<sup>244</sup> :**

L'idée de bulletin météo intérieur a pour but de vous permettre de recueillir des informations utiles pour la suite de la journée (pensées, images mentales, ...). Il permet d'avoir une meilleure conscience de nous mêmes, de nos failles et nous faire prendre conscience de certains comportements que nous allons adopter plus facilement, ainsi que leur raison d'être : il s'agit d'une forme de conscientisation de son humeur. Il est intéressant s'interroger à ce sujet chaque jour, notamment le matin avant tout échange interpersonnel.

Voici l'exemple d'une météo orageuse : Vous avez mal dormi, et sentez que vous allez avoir plus tendance à ruminer et à ressentir des émotions négatives, le savoir en amont vous permettra de mieux en prendre conscience sur le moment lorsqu'elles s'exprimeront et de mieux vous gérer à la fois au comptoir, mais aussi en arrière boutique avec vos collègues.

Maintenant que nous avons appris à reconnaître et discriminer les émotions, nous allons apprendre à mieux les écouter pour comprendre le sens de leur incidence.

### **b) SÉANCE 2 : Comprendre ses émotions**

Les émotions nous apportent des informations précieuses sur notre environnement, sur nos besoins et sur notre manière de percevoir le monde. Les comprendre permet de tirer parti de ces informations pour gagner en connaissance de soi et en compréhension du contexte (M. Mikolajczak et al, 2022). Cette séance a pour but de faire prendre conscience aux pharmaciens que les émotions, y compris désagréables, ont une fonction d'information et d'adaptation (L.S. Greenberg, 2004) et peuvent être vues comme des indicateurs de satisfaction ou de frustration de nos objectifs et/ou besoins. Cela permettra de limiter les schémas d'évitement émotionnel et les mécanismes de défense pouvant se révéler problématiques sur le long terme. Il est important d'apprendre aussi à faire le lien entre les déclencheurs situationnels des émotions, l'évaluation subjective, les besoins psychologiques et l'expérience émotionnelle<sup>245</sup>. Enfin, les pharmaciens apprendront à prendre conscience de leurs stratégies d'ajustements, et d'en évaluer les effets et les coûts à plus ou moins long terme.

#### **Objectifs de la séance :**

- Comprendre l'utilité et la fonction des émotions
- Comprendre ce qui déclenche une émotion
- Apprendre à identifier les besoins à partir de l'émotion
- Comprendre les conséquences de nos réponses émotionnelles

---

244 Pour aller plus loin, voir l'article sur la météo intérieure de A. Motte, S. Larabi et S. Boutet (2018).

245 Par exemple : dans une situation donnée (réunion de l'équipe officinale), un événement (le commentaire d'un collègue) peut déclencher une émotion (anxiété) en raison d'un besoin (compétence ou appartenance sociale) par une évaluation négative de la situation (ce collègue me rabaisse).

### **Comprendre la valeur fonctionnelle des émotions :**

Les trois fonctions des émotions sont : **alerter**, **réagir** et **signaler**. L'émotion alerte l'individu sur les caractéristiques importantes en lien avec ses besoins, prépare l'organisme à une réaction rapide et coordonnée et enfin envoie des signaux à l'environnement social pour permettre un meilleur ajustement émotionnel (M. Mikolajczak et al, 2022). L'émotion présente donc une réelle utilité, mais peut parfois faciliter des comportements dysfonctionnels selon le contexte.

- **Pratique : la valeur adaptative des émotions :** Choisissez une des 6 émotions de base avec les consignes suivantes :
  - Identifiez la tendance comportementale associée à l'émotion
  - Cherchez sa valeur adaptative, autrement dit son utilité et sa fonction
  - Identifiez de quelles manières et dans quels contextes cette émotion peut être utile

M. Mikolajczak et al (2022) propose l'exemple du tableau suivant. Attention, vous devez d'abord tenter de créer ce tableau seul, puis dans un second temps de vous aider de cet exemple si vous en ressentez le besoin.

<b>Émotions</b>	<b>Tendance à l'action</b>	<b>Valeur adaptative</b>	<b>Contextes utiles</b>
Peur	Fuite	Éviter les dangers	Activités risquées
Colère	Attaque	Surmonter les obstacles	Comportements d'autrui inacceptables (manque de respect, injustice,...)
Dégoût	Rejet	Mise à distance de ce qui est perçu comme mauvais pour soi	Comportements d'autrui à l'opposé de ses valeurs morales, de ce que l'on peut supporter
Tristesse	Retrait	Retrait et réflexion sur les erreurs commises, préservation de soi, communication avec les autres pour recevoir du soutien	Relations sociales et affectives importantes
Joie	Approche, ouverture	Énergie pour continuer sur cette voie, percevoir de nouvelles opportunités et partager aux autres	Activités satisfaisantes, activités sociales
Surprise	Arrêt, orientation de l'attention	Vigilance face à une situation imprévue, apprendre en mettant à jour nos attentes, se préserver face à un élément inconnu	Situations nécessitant une vigilance ou un apprentissage

## La relation entre l'évaluation subjective et la réponse émotionnelle :

Comme nous l'avons vu dans la partie I, ce n'est donc pas uniquement la situation qui déclenche l'émotion, mais la manière dont nous la percevons et donc l'analyse et l'interprétation que nous en faisons : l'évaluation subjective a un impact majeur sur notre état émotionnel. La situation est ainsi traitée à travers le prisme de nos filtres respectifs et schémas interprétatifs. Ainsi, selon les individus, pour une même situation, des évaluations différentes produisent des émotions différentes (M. Mikolajczak et al, 2022).

➤ **Pratique :** Prenez une situation vécue ayant amené une émotion :

- Décrivez la situation
- Décrivez l'évaluation subjective de la situation, et les pensées qui y sont associées
- Identifiez l'émotion ressentie
- Décrivez le comportement et la stratégie adoptée

Il est également intéressant, quand une autre personne est incluse dans la situation, d'essayer de faire cet exercice en s'imaginant à sa place, selon ce que vous avez perçu et constaté venant de lui. Cela permet d'imaginer d'autres points de vue que le vôtre et ainsi développer votre capacité à mentaliser.

Cet exercice peut se réaliser à travers un tableau, dont voici un exemple :

Situation	Évaluation / pensées « je me dis que »	Émotions	Réactions
J'ai fait une erreur au travail	Frustration « je ne comprends pas comment j'ai pu me tromper, j'en ai marre, le travail est trop dur, et on n'est pas assez nombreux ! »	Colère	Je suis constamment agacé au travail, et cherche à rejeter la faute sur les autres et les institutions pour extérioriser mes émotions. L'ambiance au travail se dégrade.
	Faute « je suis nul, je ne fais jamais rien comme il faut, qu'est-ce qui cloche chez moi ? »	culpabilité	J'ai moins confiance en moi, et ose de moins en moins servir et prendre des initiatives de peur de refaire une erreur
	Opportunité « je n'aime pas faire des erreurs, mais je ne suis pas parfait. Il faut que je comprenne pourquoi c'est arrivé pour ne pas la reproduire. C'est l'occasion de m'améliorer. »	Intérêt, curiosité	Je cherche la raison de mon erreur, et l'intellectualise pour ne pas la reproduire. Je suis plus efficace au travail.

## Émotions comme indicateurs des besoins psychologiques :

Comme nous l'avons vu dans la partie I, il existe trois besoins psychologiques fondamentaux : **le besoin d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale** (E. Deci et R. Ryan, 1985). Il existe beaucoup de travaux sur le sujet des besoins, qui les listent et catégorisent parfois autrement (Abraham Maslow, 1943 ; M. Max-Neef et al, 1992), cependant ils se rejoignent sur le fait que les besoins représentent un déterminant fondamental du bien-être et de l'équilibre psychologique des individus. Ce qui est important ici n'est pas de se cantonner à une liste en particulier, mais d'apprendre à identifier ce qui relève des besoins pour soi, et ainsi apprendre à les distinguer derrière ce qu'on ressent (M. Mikolajczak et al, 2022)<sup>246</sup>.

Il est important de savoir différencier un besoin d'une valeur ou d'un objectif : les besoins s'ancrent davantage dans une expérience corporelle alors que les valeurs englobent tout ce qui peut être valorisé symboliquement par l'individu (M. Mikolajczak et al, 2022). Les valeurs<sup>247</sup>, qui sont une direction, se distinguent des objectifs (atteignables), qui sont une destination<sup>248</sup>.

- **Pratique : mon profil de besoins :** Chaque personne présente un profil différent en matière de besoins : il s'agit ici de les identifier et d'y mettre du sens. Nous avons tous des besoins plus saillants, et parfois nous cherchons à les combler à tout prix au détriment des autres : ce tableau permet également de faire un point à ce sujet.

M. Mikolajczak et al (2022) propose l'exemple du tableau des besoins suivant (non exhaustif) :

Sécurité	Stimulation	Affectifs et sociaux	Estime, reconnaissance, compétence	Autonomie	Sens / cohérence
-Physique -morale -matérielle -stabilité	-Physique et sensorielle -Mentale -Intellectuelle (apprentissage, échanges)	-Partage -Appartenance -Communication -Coopération -Proximité -Empathie -Intimité -Compréhension -Soutien -Trouver sa place -Se sentir respecté	-Valeur personnelle -Compétence -Considération -Respect	-Liberté -Pouvoir d'agir -Pouvoir de s'exprimer -Pouvoir de choisir	-Sens -Cohérence avec soi-même -Cohérence avec ses valeurs -Cohérence avec son orientation de vie -Contribution -Participation -Utilité

246 Deux caractéristiques émotionnelles sont utiles pour aider à identifier un besoin sous-jacent à une émotion (M. Mikolajczak et al, 2022). **La valence** (puissance d'attraction ou répulsion) de l'émotion nous indique si le besoin est frustré (émotion désagréable) ou satisfait (émotion agréable). **L'intensité** de l'émotion nous renseigne sur l'importance du besoin en jeu.

247 Les valeurs ne peuvent être atteintes, ce sont des manières de faire ou d'être.

248 Par exemple : Objectif : Avoir mon diplôme et exercer mon métier de pharmacienne ; Valeur : agir avec honnêteté intellectuelle et altruisme dans mon métier.

- **Pratique : l'émotion comme possible révélateur de nos besoins :** Choisissez une émotion désagréable vécue, et tentez d'identifier le besoin sous-jacent en passant par quatre étapes :
- Description de la situation objective
  - Identification de l'évaluation subjective
  - Identification de l'émotion
  - Identification du besoin

Puis faites de même avec une émotion agréable. Si l'émotion a été ressentie dans le cadre d'un échange interpersonnel, faites ensuite la même chose en vous imaginant à la place de votre partenaire.

Cet exercice peut se réaliser à travers un tableau, dont voici un exemple :

Situation	Évaluation	Émotion	besoin
Un patient m'a exprimé à quel point mon travail lui a été utile	« je suis content de faire ce métier pour des moments comme celui-là »	Satisfaction, joie, fierté (élévation)	Principalement besoin de compétence (utilité et sens), d'affiliation sociale (reconnaissance, partage de moments privilégiés)

### **Identifier les conséquences des stratégies de régulation des émotions :**

Selon J. Gross (2007), lorsqu'un individu expérimente une émotion, il peut tenter de la réguler en l'atténuant, en l'intensifiant ou en la maintenant. Ces stratégies sont parfois si automatiques que nous n'en avons plus conscience et nous ne prenons pas non plus le temps de questionner leur véritable efficacité (M. Mikolajczak et al, 2012, 2022). Ainsi, l'objectif de cette pratique est de prendre conscience des réactions que nous avons face à nos émotions pour en évaluer les effets à court et long termes. Cette prise de conscience vise à rétablir la capacité de faire un choix conscient de manière à générer des comportements éclairés plutôt que contrôlés par l'émotion, pour permettre une meilleure flexibilité intellectuelle. Il existe deux grands types de stratégies possibles : celles **centrées sur le problème**<sup>249</sup> et celles **centrées sur les émotions**<sup>250</sup> (R. Lazarus et S. Folkman, 1984). L'utilité d'une stratégie dépend avant tout du contexte, de son rapport coût/bénéfice, et de sa perspective durable. S'il est possible de changer le contexte, il est préférable de recourir à des stratégies visant à résoudre activement le problème, tandis que si le contexte est figé, il est préférable de recourir à des stratégies émotionnelles constructives (acceptation, réévaluation mentale,...) (M. Mikolajczak et al, 2022).

249 Dans ce type de stratégie, la personne se concentre sur le problème, afin de le comprendre et de le résoudre (planifier, agir, chercher des informations,...).

250 Ce type de stratégie vise l'apaisement émotionnel (se relaxer, relativiser, réévaluer ses exigences, consommer de l'alcool,...).

- **Pratique : identifier et évaluer mes stratégies d’ajustement :** Prenez une situation émotionnelle désagréable, et répondez aux questions suivantes :
  - Quelle était la situation à l’origine de l’émotion ?
  - Quelle émotion ai-je ressenti ?
  - Quelle a été ma réaction ?
  - Quels sont les effets de ma réaction à court terme d’abord, à long terme ensuite ?

Cet exercice peut se réaliser à travers un tableau, dont voici un exemple :

Situation	Émotion	Stratégie de régulation	Effets à court terme	Effets à long terme
J’ai fait une erreur au travail	Culpabilité, anxiété	Se ressasser mentalement l’erreur en se critiquant personnellement pour ne pas refaire l’erreur. Se répéter qu’on ne doit pas faire l’erreur à nouveau. Boire un peu d’alcool pour atténuer la culpabilité.	Diminution de la culpabilité et de l’anxiété quand je bois, diminution de l’anxiété quand on ne refait pas l’erreur car on est extrêmement attentif à l’idée de refaire une erreur	Impact sur la santé, sur l’estime de soi, je vais au travail avec la boule au ventre car mon moteur d’amélioration est la peur et l’angoisse

- **Pratique : réfléchir aux stratégies de régulation problématiques :** Pour cette dernière pratique, cherchez une situation où des stratégies dysfonctionnelles ont été employées et leurs conséquences à court puis à long terme. Voici quelques exemples de stratégies dysfonctionnelles :
  - **Les ruminations mentales** consistent à ressasser de manière passive et répétitive de pensées négatives, comme par exemple les causes d’un problème ou encore le déroulement d’un événement difficile (L. Martin et A. Tesser, 1996)<sup>251</sup>.
  - **La suppression de l’expression émotionnelle**, soit le masquage l’émotion ressentie<sup>252 253</sup> (J. Gross, 1998).
  - **Les stratégies d’évitement**, qui empêchent tout processus d’habituation à la situation et de mise à jour des représentations mentales, ce qui maintient voir amplifie le degré d’anxiété et nécessite de recourir à l’évitement sans fin (M. Mikolajczak et al, 2022)<sup>254</sup>.

251 Réfléchir suite à une difficulté est utile, mais à condition que le style de réflexion soit constructif (E. R. Watkins, 2008) : dans les ruminations, le style de pensée est souvent abstrait, global et centré sur la plainte (« pourquoi ça m’arrive à moi ? ») plutôt que sur les moyens plus concrets de sortir du problème (« que puis-je faire pour améliorer la situation ? ») (M. Mikolajczak et al, 2022). Les ruminations semblent jouer un rôle important dans la dépression et le maintien des symptômes d’anxiété (S. Nolen-Hoeksema, 2000).

252 La suppression de l’émotion peut par exemple être retrouvée dans le retrait apathique ou l’isolation. Elle fait également écho au mode de prémentalisation semblant.

253 Elle est parfois utile à court terme dans un contexte donné, cependant son utilisation régulière est associée à des problèmes de santé physique et psychologique (S. Folkman et R. Lazarus, 1988 ; O. John et J. Gross, 2003).

254 Par exemple, le déplacement, le clivage,... Nous remarquerons que la suppression des pensées indésirables est une stratégie contre-productive puisqu’elle augmente la fréquence de la pensée concernée en plus de l’intensité émotionnelle associée (R. M. Wenzlaff et D.M. Wegner, 2000).

- **Les comportements agressifs**, eux, sont dirigés vers une cible et peuvent lui causer du tort<sup>255</sup>.  
M. Mikolajczak et al (2022) propose l'exemple du tableau des stratégies et effets suivant (non exhaustif) :

Émotion	Stratégie d'ajustement	Effets et fonctions à court terme	Effets à long terme
Tristesse	Rumination	Penser qu'on va comprendre et régler le problème	Amplification des émotions désagréables, dévalorisation, sentiment d'incapacité, perte d'énergie et d'envie d'agir
Déception	Suppression excessive	Évitement du conflit	Ne pas prendre en compte nos besoins et limites, problèmes de santé, insatisfaction
Colère	Comportements agressifs	Soulagement, décharge de la frustration	Amplification des problèmes relationnels, maintien ou amplification de la colère, parfois problèmes avec la justice
Anxiété	Évitement	Soulagement, diminution de l'anxiété	Déception, regret et maintien ou amplification de l'anxiété

Maintenant que nous avons compris à quoi servent nos émotions et pourquoi elles se manifestent, et que nous avons pris conscience des stratégies automatiques que nous mettons en place pour les maîtriser, nous allons voir plusieurs manières de prendre le contrôle de cette régulation afin de la rendre plus efficace.

### c) SÉANCE 3 : Réguler ses émotions

Selon J. Gross (1998-2013), nous pouvons réguler nos émotions soit en agissant sur les **caractéristiques de l'émotion** en elle-même (nature, durée, intensité)<sup>256</sup>, soit en agissant sur les différentes **composantes de l'émotion** (situation, attention, évaluation, et réponse comportementale ou physiologique)<sup>257 258</sup>. Ainsi, chacune de ces composantes peut être la cible du processus de régulation émotionnelle (M. Mikolajczak et al, 2022). Dès lors, nous pouvons : essayer de changer **la situation** ou sélectionner les situations en nous engageant dans celles qui nous conviennent et en nous retirant de celles qui ne conviennent pas ; réorienter **l'attention** vers d'autres

255 Par exemple, la projection, l'agressivité passive,... Cette stratégie peut se retrouver chez des individus n'ayant pas de mécanismes alternatifs ou à l'inverse chez des personnes tentant de s'imposer un contrôle excessif et mal géré, ce qui les amène à exploser lorsque leurs capacités de contrôle sont dépassées (T. Robertson et al, 2012)

256 Par exemple, en évaluant l'intensité d'un stimulus, en ralentissant la réaction émotionnelle en utilisant le temps disponible, et en veillant à contenir le pic émotionnel pour ne pas que l'émotion ne déborde (par exemple, éviter que la colère ne mène à une explosion, la tristesse à un effondrement, la peur à de la panique,...).

257 Nous rappellerons que tous ces éléments s'influencent en permanence, nos réactions étant à la fois liées à ce que nous vivons, mais également la manière dont nous le percevons et interprétons.

258 Pour aller plus loin, voir l'article sur les stratégies de régulation émotionnelle (G. Dedelis et al, 2011).

aspects de la réalité<sup>259</sup> ; modifier notre **évaluation** de la situation<sup>260</sup> ; ou encore en modulant nos **réponses**<sup>261</sup> (voir récapitulatif figure 8) (J. Gross, 1998).

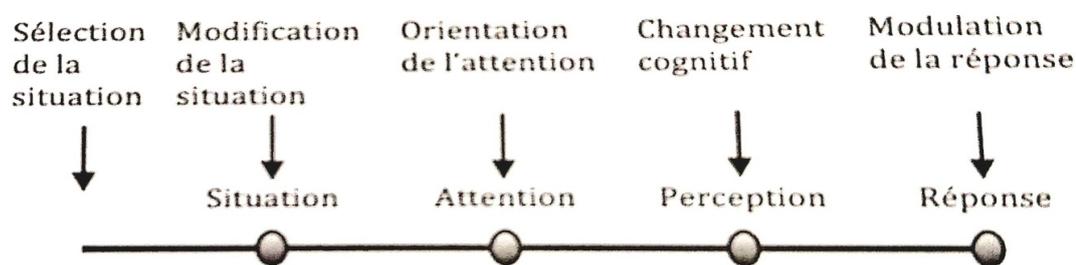


Figure 8: Modèle générique de la régulation émotionnelle de J. Gross, 2014 (M. Mikolajczak et al, 2022)

Les stratégies de régulation des émotions peuvent se classer en trois catégories. Lorsqu'on régule l'émotion par des comportements, on parle de **stratégies comportementales**<sup>262</sup> ; la régulation par la stimulation d'un ou plusieurs de nos sens correspond aux **stratégies corporelles**<sup>263</sup> ; les **stratégies cognitives** quant à elles consistent en la régulation par la pensée<sup>264</sup> (M. Mikolajczak et al ; 2012, 2016, 2022)<sup>265</sup>.

Le but de cette séance est de remplacer les processus de régulation rigides et dysfonctionnels par des stratégies de régulation émotionnelle alternatives plus souples et adaptatives (M. Mikolajczak et al, 2022). Au préalable de toutes les pratiques que nous verrons dans cette séance, vous devez lister au moins trois

259 Par exemple, nous pouvons nous focaliser davantage sur les bénéfiques à retirer d'une situation que sur les risques.

260 Par exemple, en diminuant les interprétations automatiques, en envisageant d'autres perspectives, en acceptant la situation,...

261 Par exemple, en diminuant l'activation physiologique via la méditation ou la relaxation, en utilisant la préparation du corps à l'action vers une activité sportive,...

262 Nous noterons que lorsque l'émotion devient trop intense, le comportement à favoriser est l'éloignement du conflit : rester dans l'interaction ne fera qu'accroître l'intensité émotionnelle et prolonger la durée de l'émotion. Par exemple à l'officine, il vaut mieux éviter de rentrer dans un débat sur un sujet sensible avec un patient, notamment quand il y a un désaccord connu : on ne s'expose pas à un stimulus alors qu'on sait très bien qu'il nous rendra trop émotionnel. Certaines personnes régulent leurs émotions en faisant (agressivité,...) ou en se faisant du mal (autodépréciation, mutilations, abus de substances...) : le pharmacien doit bien comprendre que cela apporte un soulagement immédiat en terme de tension émotionnelle, et ne doit pas être jugé, même si la stratégie choisie est nuisible à moyen et long terme.

263 Ce type de stratégies a pour but de nous distraire d'une émotion ressentie à un moment précis ; par exemple regarder ailleurs (vue), manger du sucre (goût), se mettre de l'eau froide sur le visage (toucher/thermoception), se concentrer sur la musique (ouïe), sentir une odeur agréable (odorat, qui marche d'ailleurs très bien avec le petit grain de bigaradier).

264 La rumination par exemple : on encapsule le stresser et réduit l'impuissance ressentie mais cela contribue au maintien de la négativité, comme d'autres stratégies dites négatives telles que le blâme de soi ou d'autrui (M. Mikolajczak et al, 2022).

265 Nous remarquerons que les mécanismes de défense et stratégies de coping vu précédemment (II-B) sont souvent activés pour réguler des émotions négatives liées à des conflits internes, pouvant s'appréhender dans chacune de ces catégories.

situations à l'origine d'émotions désagréables répétées ces derniers temps<sup>266</sup>.

### **Objectifs de la séance :**

- Réguler les émotions en choisissant mieux les situations dans lesquelles nous engageons.
- Réguler les émotions en modifiant les situations problématiques
- Réguler les émotions par la relaxation
- Réguler les émotions avec l'acceptation émotionnelle
- Réguler les émotions avec la défusion cognitive
- Réguler les émotions avec avec la réévaluation cognitive

### **Sélectionner les situations :**

Deux éléments expliquent particulièrement que nous nous retrouvions souvent dans des situations difficiles mais **évitables**. Tout d'abord, nous ne prenons pas le temps de réfléchir à nos besoins, valeurs et objectifs (C. Hayes et al, 1999). Ensuite, nous prédisons mal les conséquences émotionnelles d'événements futurs (P. Gilbert, 2007 ; G. Loewenstein, 2007). Les stratégies relevant de la sélection des situations impliquent donc, dans un premier temps, d'apprendre à mieux reconnaître nos besoins, valeurs et objectifs, puis orienter notre vie en conséquence (M. Mikolajczak et al, 2022). Cela implique de pouvoir anticiper les émotions que différentes situations futures pourraient générer en nous, afin de nous aider à choisir si oui ou non nous décidons de nous confronter à ces situations (coûts / bénéfiques émotionnels à court et long terme). Paradoxalement, cela amènera à se confronter aux situations déplaisantes si elles sont susceptibles d'apporter des bénéfices plus importants à long terme ou si leur évitement est susceptible d'engendrer un plus grand désagrément à long terme (P.M. Salkovskis, 1991).

- **Pratique : évaluer son pouvoir de sélection des situations :** Posez vous les questions suivantes :
- Dans quelles situations avez-vous déjà essayé de vous désengager car elles ne vous convenaient pas ou généraient des problèmes sur le long terme ?
  - Parmi les 3 situations listées en début de séance, est-ce que la possibilité de ne pas/de moins s'engager dans la situation, ou de choisir un meilleur contexte pour s'engager pourrait être une marge de manœuvre intéressante ?
  - Est- ce qu'un enseignement pourrait être tiré de ces situations et permettrait à l'avenir d'anticiper avec plus de justesse les situations qui sont à risques de problèmes ou d'inconvénients ?<sup>267</sup>

---

266 L'idée est de partir d'expériences réelles comme base de réflexion et de leur appliquer des stratégies de régulation émotionnelle, afin de travailler (M. Mikolajczak et al, 2022) :

- **L'application contextuelle** : une stratégie ayant une valeur adaptative dans un contexte donné.
- **La capacité de généraliser** les apprentissages en dehors des séances en les appliquant immédiatement à une situation personnelle.

267 Par exemple : vous avez tendance à procrastiner concernant la réception de la commande à l'officine l'après-midi, mais après 17h la patientèle continue vous empêche de la réceptionner et vous finissez en retard. De plus, comme elle n'est pas faite, rien n'est fonctionnel (promis non réceptionnés, produits dans les caisses du répartiteur mais pas

## **La modification de la situation :**

Le but visé est de réguler l'émotion en résolvant le problème qui l'induit (J. Gross, 1998 ; R. Lazarus et S. Folkman, 1984). Nous noterons que la source d'émotions désagréables peut être d'ordre **personnel** ou **interpersonnel** : selon l'ordre, la modification de la situation se fera différemment<sup>268</sup> (M. Mikolajczak et al, 2022).

Alors que les stratégies relevant de la modification de la situation problématique ont l'air évidentes et simples, moins de la moitié des individus les utilisent systématiquement. En effet, comme nous l'avons vu dans la partie I, nous sommes souvent inconsciemment entravés dans notre manière d'appréhender les situations par des représentations et constructions mentales que nous construisons. Attention, il est important aussi de souligner que la modification de la situation n'est pas toujours envisageable<sup>269</sup>. Il peut être intéressant d'évoquer ici la thérapie de résolution des problèmes de A. et C. Nezu (2007, 2012)<sup>270</sup>. Dans cette thérapie, ils promeuvent trois moyens permettant de favoriser cette résolution : avoir un **état d'esprit aidant**<sup>271</sup>, avoir une **réponse active et délibérée**<sup>272</sup>, et avoir des **compétences de résolution des problèmes**<sup>273</sup>. Nous allons donc tenter par les pratiques suivantes de prendre conscience de nos attitudes face aux problèmes et d'apprendre à appliquer une stratégie de résolution.

- **Pratique : mon attitude face au problème :** Dessinez un tableau à deux colonnes : « attitudes constructives qui m'aident à gérer le problème » et « attitudes contre-productives face au problème ». Réfléchissez aux attitudes que vous avez au niveau de votre état d'esprit et de vos réactions, et listez-les dans le tableau ; posez vous ensuite la question : quelles sont celles que j'ai le plus tendance à adopter ? N'hésitez pas à reprendre les situations listées en début de séance pour y noter vos attitudes.

M. Mikolajczak et al (2022) propose l'exemple du tableau des attitudes suivant (non exhaustif) :

---

en stock,...) pendant l'ouverture. Ainsi, ne pas faire la commande dès réception vous coûte beaucoup émotionnellement et psychologiquement ; il est peut être intéressant de remettre cette habitude en cause, quitte à reporter d'autres tâches ou à aménager votre planning.

268 Si la source est d'ordre personne, il s'agira de modifier directement la source de l'émotion indésirable ; par exemple réparer enfin cette imprimante qui ne fonctionne qu'une fois sur deux. Si la source est d'ordre interpersonnel, la modification de la situation impliquera l'expression constructive du problème à la personne concernée ; par exemple, des patients très bruyants dans la file d'attente, ce qui vous empêche de vous concentrer : si l'expression est constructive, elle permettra non seulement aux patients de prendre connaissance du problème dont ils ne sont pas forcément conscients, mais aussi de réfléchir et trouver ensemble une solution respectueuse des deux parties.

269 Par exemple, en cas de maladie incurable.

270 Ce thérapie fait fortement écho aux stratégies de coping, que nous avons évoquée dans la partie II-B. Elle nous évoque aussi les travaux de l'école de Palo Alto, que nous avons vu dans la partie I-B.

271 Un état d'esprit peut être par exemple de voir le problème comme un défi plutôt qu'un risque, de penser que le problème à une solution, de se percevoir comme capable de résoudre le problème, de penser aux bénéfices que nous pouvons retirer de la résolution de ce problème, ...

272 Il faut à tout prix éviter de répondre de manière impulsive et incontrôlée, ou d'esquiver la communication. Temporiser peut permettre de se mettre mentalement dans de meilleures dispositions afin d'atteindre cette forme de réponse contrôlée et la plus objective possible.

273 Ces compétences sont les capacités à : définir et formuler le problème ; trouver des solutions ; prendre des décisions à partir de solutions identifiées ; mettre en place et évaluer les solutions décidées.

	<b>Attitude fonctionnelle, constructive, facilitante</b>	<b>Attitude dysfonctionnelle face à un problème.</b>
<b>État d'esprit / perception</b>	- Voir le problème comme un défi - S'attendre à ce que le problème ait une solution - Avoir confiance dans ses capacités à faire face aux problèmes - Comprendre que résoudre ses problèmes nécessite du temps et des efforts - Considérer les émotions désagréables comme des alliées dans la résolution de problème	- Voir le problème comme une menace - S'attendre à ce que le problème soit insurmontable - Douter de ses capacités à faire face aux problèmes - Être particulièrement frustré ou agacé face aux problèmes et aux émotions désagréables qui en découlent
<b>Réactions</b>	- Identifier les causes du problème - Chercher de l'information sur ce problème - Limiter l'impact du problème sur soi (garder des activités, le soutien de nos amis plutôt que l'isolement,...) - Trouver des solutions, d'autres façons de faire - Demander de l'aide, des conseils ou du soutien - Agir (mettre en place des solutions ou des actions pour avancer)	- Ruminer / ressasser sans action sur le problème ou ses conséquences - Éviter le problème, rester passif, faire comme si le problème n'existait pas - Se dévaloriser, s'en vouloir d'avoir ce problème et de ne pas avancer - S'isoler face au problème - Perdre espoir et abandonner tout effort en se disant que ça ne servira à rien - Agir impulsivement sans réfléchir

➤ **Pratique : appliquer la stratégie de résolution de problème** : Déterminez un exemple non personnel de problème source d'émotions désagréables, et proposez chaque étape comme si vous étiez à la place de la personne victime de ce problème.

1. **Définissez le problème** de manière claire et précise : Quelles sont ses conséquences<sup>274</sup> ? Ses causes<sup>275</sup> ? Comment transformer le problème en objectif désiré ?<sup>276</sup>
2. **Repérez les marges de manœuvres et les contraintes**<sup>277</sup>.
3. **Listez toutes les solutions possibles** à partir des causes et des marges de manœuvres repérées : choisissez les solutions qui vous semblent les plus adéquates<sup>278</sup>, puis évaluez leur impact et intérêt lorsqu'elles sont mises en œuvre.

Si la solution choisie ne semble pas influencer le problème, revenir à l'étape 1.

274 Les questions à se poser ici sont : pourquoi est-ce un problème ? Quelles sont ses conséquences les plus pénibles ? Que faire à la place ? Par exemple : un étudiant en pharmacie se sent perdu lors de son premier stage en officine, ce qui le rend anxieux. Il craint de devoir se confronter à la culpabilité et au jugement en cas d'échec.

275 La question à se poser ici est : quelles sont les causes du problème ? Par exemple : notre étudiant n'a pas connaissance de comment fonctionne une officine, et n'a pas non plus les connaissances médicales et paramédicales nécessaires pour tout comprendre au comptoir.

276 Le but ici est de transformer le problème en objectif désiré. Par exemple, notre étudiant peut faire un planning d'apprentissage (moment où son maître de stage sera pleinement disponible pour le former concrètement), être pro-actif dans l'acquisition de connaissance en demandant des informations et conseils à ses collègues et son maître de stage, ou encore tenir un carnet où il pourra noter toutes les informations importantes qu'il croisera dans l'officine.

277 Paradoxalement, nous sommes facilement tentés de mettre de l'énergie dans des aspects non contrôlables de la situation, soit du côté comportemental (comme lutter et argumenter sans fin contre une personne), soit du côté mental (se plaindre, ruminer,...). Il faut donc s'entraîner à réorienter son énergie vers ce qui est contrôlable (changer la situation et / ou influencer ma perception de la situation) (M. Mikolajczak et al, 2022).

278 Pour cela, il faut d'abord filtrer les solutions : vous pouvez établir un classement de trois solutions retenues maximum, puis en choisir une en adéquation avec vos critères personnels (la plus facile à mettre en place, la plus efficace,...).

## **La relaxation - méditation :**

Une autre pratique permettant un meilleur contrôle de ses émotions est la relaxation. Elle permet de ralentir le corps et l'esprit en induisant un état de calme via l'activation du système nerveux parasympathique<sup>279</sup>. Les notions de relaxation et de méditation sont proches, mais possèdent une différence majeure dans l'intention qui leur est prêtée : dans la relaxation, le but est de se détendre ; dans la méditation, il n'y a pas vraiment d'objectif, le but est en quelque sorte l'exploration et la construction de soi. Souvent, nous avons une image très « clichée » de ces notions ; personnellement, je pense qu'il faut les considérer de manière beaucoup plus large que les définitions classiques qui leur sont données. En effet selon moi, au-delà de leurs formes très connues<sup>280</sup>, nous pouvons aussi penser la relaxation - méditation à travers d'autres activités, notamment celles nous permettant de nous couper du monde extérieur et qui nous absorbent complètement (*jeux vidéos, lecture, ...*), ou les tâches « machinale » permettant de rentrer en soi (*natation, cuisine, ...*). Cette vision plus large peut permettre à chacun de trouver l'aspect méditatif-relaxatif dans des activités qui lui conviennent. En effet, le problème souvent énoncé à la pratique de la méditation par mes confrères est le manque de temps : combiner relaxation-méditation et activité matériellement productive peut être une solution à ce problème<sup>281</sup>. Ces exercices de relaxation peuvent aussi être directement utilisés dans une situation amenant des émotions désagréables. Parfois, fermer les yeux et respirer profondément, ou s'imaginer un endroit calme et agréable, peut permettre de limiter l'intensité de ses émotions au comptoir, en ne prenant qu'un court temps de pause.

- **Pratique : la méditation à travers le jeu vidéo** (proposition personnelle) : Souvent sous-estimé, le jeu vidéo peut présenter selon moi un aspect méditatif et un intérêt majeur dans le développement des compétences émotionnelles et des capacités de mentalisation<sup>282</sup>, ce que je vais tenter de montrer en m'appuyant sur les travaux de M. Stora (2005, 2007, 2018) ainsi que ma propre expérience. Les jeux narratifs (jeux à monde ouvert, avec une histoire très riche) possèdent de grandes qualités, dont l'exploitation rappelle une forme de méditation. Comme l'explique M. Stora (2005, 2007, 2018), ces jeux, totalement différents des jeux pulsionnels, confrontent très souvent le joueur au calme, à l'échec, à

---

279 La relaxation-méditation diminue par exemple le rythme cardiaque, la tension, et la réponse de stress biologique comme le niveau de cortisol (K. Chellew et al, 2015), et a démontré son efficacité dans de nombreuses pathologies (troubles anxieux, troubles du sommeil, troubles respiratoires, migraines chroniques,...). Elle a été également mise en avant comme facteur améliorant la neuroplasticité du cerveau (capacité à créer, à réorganiser les réseaux et connexions neuronales). Pour aller plus loin, voir l'article sur la méditation et les neurosciences de C. André (2018).

280 Parmi les formes les plus connues, nous pouvons citer la relaxation par respiration lente et profonde (pour aller plus loin : voir la méta-analyse de G. Fincham et son équipe, 2023), la relaxation progressive de Jacobson (E. Jacobson, années 30), la relaxation par visualisation et imagerie mentale (origine attribuée au pharmacien E. Coué, années 80), ou encore la pleine-conscience (J. Kabat-Zinn, années 70).

281 Par exemple, méditer en cuisinant : focalisez vous sur ce que vous faites, essayez de sentir tout ce que vous touchez, les gestes que vous faites, leurs impacts sur la nourriture, les odeurs, les sons, ....

282 Le jeu-vidéo comme support thérapeutique est de plus en plus étudié par les psychologues et psychiatres. Par exemple, pour aller plus loin, voir les travaux M. Stora (2005, 2007, 2018) sur les jeux vidéos et leur pouvoir thérapeutique.

l'essai, permettant de donner l'impression d'un espace infini où la contemplation est possible<sup>283</sup>. Nous y sommes confrontés à la différence, à l'histoire de l'univers dans lequel nous évoluons, à la découverte ; ici, la narration et l'exploration l'emporte sur l'enjeu. Ce type de jeu propose au joueur d'avancer non pas dans des buts immédiats et destructifs, mais pour sa propre réussite, et dans la découverte de son environnement et du psyché des personnages qui l'entourent. Les jeux très narratifs, présentant nombre de personnages non joueurs (PNJ) qui vont interagir avec le nôtre, amènent les joueurs vers une rencontre entre leur histoire personnelle et l'histoire du jeu ; ils exposent également le joueur à des situations dans lesquelles il n'a pas le pouvoir absolu, et doit parfois « subir » les décisions du jeu, plus ou moins en conséquences de ses actions, sans en avoir le contrôle. « On pourra en arriver à voir tout ces personnages du jeu comme des co-thérapeutes » (M. Stora ; 2005, 2007, 2018), c'est à dire que chacun des personnages qu'on rencontre dans le jeu, même les monstres, permettent du transfert, de l'identification, de la projection, et nous entraînent à imaginer les possibilités de réaction et à conscientiser nos mécanismes et fonctionnements, et ceux des autres. Concernant l'image de violence des jeux vidéos, contrairement à des jeux purement pulsionnels, des jeux narratifs utilisent certes parfois la violence (et encore ce n'est pas le cas de tous), mais dans des contextes précis : il y a un cadre et des règles qui vont contenir le joueur, et l'amener à empathiser avec les PNJ et à même souvent éviter la violence<sup>284</sup>. L'usage du jeu vidéo peut bien sûr être pathologique<sup>285</sup> mais je suis convaincu de son immense utilité, que cela soit pour l'entretien du fonctionnement cérébral, le développement des compétences émotionnelles et de mentalisation, et son rôle méditatif permettant de réguler les émotions. Il existe une telle diversité de jeux, qu'il est au final presque certain que chacun pourrait trouver chaussure à son pied. Je propose comme exemple le jeu « the Witcher - Wild Hunt » (studio CD projekt RED) : selon moi, ce jeu permet de mettre en pratique toutes les notions étudiées dans cette thèse. Le joueur se retrouvera très souvent dans des situations où les personnages du jeu ont des buts, des émotions, des besoins, des désirs, qui sont plus ou moins exprimés clairement (verbalement ou non). Il se retrouvera parfois face à des PNJs prêts à tout pour survivre (mentir, tricher, agresser, séduire,...), mais aussi des PNJs purs et droits (et évidemment tout un panel entre ces deux extrêmes). Il aura l'obligation de prendre des décisions, parfois sans avoir tous les tenants et aboutissants, et qui auront plus ou moins

---

283 Selon M. Stora (2005, 2007, 2008), il existe deux grands types de jeux vidéos : les jeux pulsionnels dont l'objectif est la stimulation du système de récompense (qui favorisent donc l'addiction) et les jeux contemplatifs (qui favorisent l'absorption dans l'observation).

284 Par exemple, le jeu nous amène à éviter la violence parce que nous ne voulons pas faire souffrir, parce que nous savons que cela pourrait mettre notre personnage en situation délicate, parce que ce n'est pas approprié selon situation ou le lieu,...

285 Comme l'explique M. Stora (2007), ce sont principalement les jeux de type pulsionnel qui provoquent des addictions, et non les jeux narratifs et contemplatifs (qui d'ailleurs peuvent être un atout majeur dans la prise en charge des addictions aux jeux vidéos).

de conséquences constatables. Il aura la possibilité de se tromper, de changer de chemin, de constater ses erreurs, d'apprendre, et sa vision du monde et des autres pourra en ressortir évoluée<sup>286</sup>. Le jeu pourra aussi permettre au joueur de tester la résistance du jeu et de ses PNJs face à ses pulsions et comportements (agressivité, vengeance, sadisme, mais aussi altruisme ,... ) : être confronté à leurs émotions (colère, larmes, souffrance,...) pourra l'aider à développer son empathie et son anticipation des conséquences que ses actions peuvent avoir dans la réalité<sup>287</sup>. Le joueur aura aussi la possibilité de juste évoluer par pur contemplation dans des paysages immenses, voire parfois l'obligation de le faire (longs trajets ,...). Ce support, entre autres, m'aura été d'un grand secours dans des périodes difficiles via le monde ouvert très travaillé (immenses forêts, océans,...), les personnages finalement très « humains » qui le peuplent dans le bon comme dans le mauvais sens du terme, ainsi que son histoire riche et prenante.

### **L'acceptation des émotions :**

À travers sa thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), S. Hayes (1985, 2004) propose d'accepter les expériences émotionnelles telles qu'elles apparaissent, sans tenter de modifier leur nature, leur intensité ou leur fréquence, dans le but d'apprendre à faire face aux aléas de la vie et d'évoluer vers des comportements recherchés. Pour cela, il faut donc accepter de vivre des expériences intérieures inconfortables (sensation, émotions, pensées,...). L'acceptation n'est donc pas un changement du contenu émotionnel, mais de la relation entretenu avec l'émotion (M. Mikolajczak et al, 2022). Une manière de repérer l'acceptation est de mesurer son contraire : les mécanismes de défense (notamment les non adaptatifs).

- **Pratique : Observer l'émotion au lieu d'observer du point de vue de l'émotion :** L'objectif ici est de prendre du recul pour voir comment l'émotion influence notre vision du monde, afin de ne pas se fier aveuglément à notre expérience émotionnelle ou au contraire tenter de s'en débarrasser.
  1. Listez les émotions que vous avez le plus tendance à éviter, et notez pour chaque émotion, de 0 à 10 cette tendance à l'évitement.
  2. Reprenez les réflexions de la pratique sur les conséquences de l'évitement (séance 2 et 3), et demandez vous si ce dernier a été efficace jusque là.
  3. Interrogez-vous sur les alternatives possibles à cet évitement. En effet, accepter et accueillir plus qu'éviter l'émotion permet de réduire la quantité d'énergie demandée.

---

286 Par exemple un voleur peut nous paraître sympathique lorsqu'on apprend qu'il veut juste nourrir ses trois enfants, puis finalement changer encore d'avis en nous rendant compte plus tard qu'il nous a menti.

287 En effet, puisque tous ces PNJs sont codés par des humains, leurs réactions sont plus ou moins transposables dans la réalité (selon la qualité du jeu), ce qui est particulièrement vrai avec le jeu présenté ici : les personnages sont complexes, l'expression émotionnelle extrêmement travaillée (notamment grâce à la bande-son), il pourra même arriver que certaines scènes arrachent une larme (ou plusieurs) au joueur.

4. À partir de la liste des émotions évitées, choisissez une situation émotionnelle associée à l'évitement pour laquelle vous seriez en capacité d'expérimenter une nouvelle manière d'entrer en relation avec l'émotion, reposant sur son accueil et son acceptation.
5. Tentez de vous replonger pleinement dans la situation, en prenant délibérément conscience des émotions et sensations liées à l'événement<sup>288</sup>. Pour cela, il faut favoriser un contexte propice à la concentration (fermer les yeux, endroit sécurisé,...). Dans la situation rappelée, il y a peut-être un moment plus chargé en émotions que les autres : vous pouvez essayer d'identifier ce moment-là, puis d'observer votre première réaction automatique : est-ce de l'évitement, de la distraction ou l'envie de faire quelque chose pour changer l'expérience ?

### **La défusion cognitive :**

Cette technique propose d'entrer en relation différemment avec une autre composante subjective : nos pensées (M. Mikolajczak et al, 2022). En effet en cas de difficultés, certaines formes de pensées, telles que les pensées automatiques répétitives<sup>289</sup>, s'avèrent souvent non constructives voir contre-productives puisqu'elles empêchent la recherche de solution, l'action utile, en plus d'impacter négativement le moral et l'estime de soi.

Nous retrouvons au coeur de l'ACT, le principe de la **défusion cognitive** (S. Hayes, 1985, 2004)<sup>290</sup>. L'idée n'est ni d'éviter nos pensées (suppression), ni de les considérer comme le reflet exact de la réalité (fusion), mais de les observer comme des événements et processus mentaux en constante évolution, influencés par de très nombreux paramètres externes comme internes. Il faut donc considérer les pensées comme des objets construits subjectifs plutôt que comme étant une description objective de la réalité<sup>291</sup>. Ainsi, la défusion permet d'être moins réactif aux pensées et de gagner en flexibilité psychologique : on retrouve une marge de liberté (M. Mikolajczak et al, 2022). Nous ne contrôlons pas nos pensées, mais nous pouvons choisir d'y adhérer ou pas. Cela permet aussi de se rendre compte que certaines pensées, qui nous avaient totalement convaincues à un moment donné, nous paraissent totalement absurdes une fois l'émotion redescendue (voir partie II-A).

---

288 Par exemple, via la pratique de scan corporel proposé dans la séance 1.

289 Par exemple, les ruminations mentales (voir séance 2). Nous remarquerons également que certaines pensées fonctionnent comme des prophéties auto-réalisatrices, par exemple la pensée « je n'y arriverai jamais » peut faciliter un comportement d'abandon des efforts, et ainsi provoquer l'échec attendu (R. Rosenthal, années 70).

290 Via le terme de « décentration », J. Safran et Z. Segal (1996) évoque eux aussi le principe de distanciation par rapport à nos pensées.

291 Une notion intéressante est celle de la carte heuristique (A. Buzan, 1971) ou carte mentale. Nous traçons tous plus ou moins consciemment des cartes mentales qui nous permettent de construire nos processus de pensées selon nos expériences de vie et nos caractéristiques personnelles. Ainsi, dans une situation similaire à une situation déjà vécue, nous aurons tendance à suivre la carte mentale déjà existante de manière automatique : cela peut permettre de mieux gérer la nouvelle situation, mais cela peut également nous biaiser ou nous induire en erreur. Par contre, grâce à la défusion cognitive, nous pouvons prendre conscience que la carte mentale tracée est ancienne, et ainsi pouvoir suivre les apprentissages de l'expérience tout en étant vigilants à notre expérience actuelle et immédiate de la réalité (une bonne image peut être celle de la vieille carte routière : il s'agit de la suivre mais tout en étant attentif aux panneaux de signalisation au fur et à mesure qu'ils apparaissent).

- **Pratique : observer que les pensées ne sont que des pensées :** Cet exercice vise à clarifier la confusion que nous faisons entre des processus internes construits (nos pensées) et des situations concrètes du monde extérieur (les faits) (M. Mikolajczak et al, 2022). Pensez à une situation générant des émotions désagréables, puis observer le flux de pensées et notez-les. Il n'est pas toujours simple d'identifier les pensées, notamment celles qui sont automatiques : elles sont si rapides et subtiles que nous n'en avons pas toujours conscience, ce sont les chuchotements du cerveau qui influencent nos émotions et nos comportements (M. Mikolajczak et al, 2022). Prendre de la hauteur pour observer les processus de pensée est le premier pas vers le dégagement des processus automatiques.
  
- **Pratique : Identifier et classer mes pensées limitantes :** Une pensée limitante est une pensée qui empêche de générer des comportements adaptés au contexte, à l'inverse d'une pensée aidante qui facilite l'ajustement (M. Mikolajczak et al, 2022). Les types de pensées limitantes les plus courantes sont les **règles**<sup>292</sup>, les **croyances à propos de soi**<sup>293</sup> et les **pensées catastrophes**<sup>294</sup> (M. Mikolajczak et al, 2022). Vous devez identifier quatre pensées verbales ou scénarii (suite d'images mentales) limitants qui reviennent fréquemment et qui vous empêchent de réaliser des activités ou des actions qui seraient importantes pour vous. Nous remarquons que de leur donner un petit surnom en amont peut aider à défusionner avec la pensée sur le moment.

### **La réévaluation cognitive :**

Comme nous l'avons vu, les réactions comportementales et émotionnelles d'une personne à une situation diffèrent selon la manière dont elle la perçoit et l'analyse. La réévaluation cognitive (J. Gross, 2002, 2003) vise à changer le sens que nous donnons à une situation afin de modifier nos réactions qui en découlent. Il s'agit en quelque sorte d'une forme de recadrage (voir partie I-B) qui a pour but d'entraîner le pharmacien à s'ouvrir aux perspectives alternatives, plutôt que de rester figé sur une seule vision du monde avec rigidité.

---

292 Il arrive souvent que nous nous imposions ou que nous laissons d'autres personnes nous imposer des règles nous empêchant d'exprimer nos besoins et nos limites ; or, selon les situations, ces règles peuvent devenir obsolètes, ou être des entraves à notre bien-être ou à celui de notre patient. Par exemple, « je dois toujours être gentille avec le patient » est une règle impossible à suivre, qui peut nous empêcher de dire stop lorsqu'un patient a un comportement déplacé (agressivité, harcèlement,...).

293 Ces croyances peuvent être un frein aux relations interpersonnelles : en effet, si elles sont négatives, elles peuvent dégrader les relations existantes, et limiter la possibilité d'en créer de nouvelles.

294 Les pensées catastrophes entraînent souvent de l'anxiété et des comportements d'évitement ou de réassurance plus ou moins coûteux. Elles peuvent être associées à des images mentales. Par exemple, « si je dis telle remarque au patient, que ça l'énerve et qu'il me frappe ? » est une pensée catastrophe qui peut pousser le pharmacien à éviter d'aborder un sujet qui se doit de l'être avec son patient.

- **Pratique : envisager d'autres interprétations :** Il faut imaginer des scénarii ambigus et fréquents. Tentez d'imaginer, dans ces situations, votre première évaluation automatique ainsi que les réactions émotionnelles et comportementales que vous risquez d'adopter suivant cette interprétation. Puis, essayez de générer d'autres explications possibles, et considérez les conséquences pour chacune<sup>295</sup>.
- **Pratique : Augmenter sa flexibilité dans la prise de perspective :** Attention, le but de cette pratique n'est pas de remplacer un point de vue que l'on pourrait qualifier de dysfonctionnel par un point de vue fonctionnel ; en ayant une diversité de regards dans votre répertoire, vous pourrez plus facilement prendre du recul sur un point de vue unique (défusion) pour vous ouvrir à des points de vue alternatifs (M. Mikolajczak et al, 2022)<sup>296</sup>. Réfléchissez à une situation qui vous a affecté, puis écrivez la ; écrivez ensuite votre évaluation de cette situation ainsi que les conséquences de cette évaluation. Réfléchissez ensuite à l'événement du point de vue d'une seconde partie (si une autre personne était impliquée dans la situation) et à la manière dont cette personne pourrait comprendre l'événement ; ensuite la même chose avec un tiers (observateur impartial). Cela vous permettra d'envisager des alternatives possibles à votre évaluation première, et d'en déduire les conséquences afin de les comparer. Vous pouvez réaliser cet exercice via un tableau, dont voici un exemple :

Situation	Évaluation	Conséquences	Alternative	Conséquences
Un collègue de travail ne me dit pas bonjour	Il est fâché contre moi	Anxiété, colère, culpabilité, évitement du collègue en question	Il a peut être la tête dans des problèmes personnels ou dans une tâche à faire et ne m'a pas vu/entendu quand je suis passé	Légère préoccupation, lui demander si tout va bien quand le moment semble adéquat

Réguler ses émotions, c'est aussi se rendre capable d'exprimer ce que l'on ressent. Mais comme nous l'avons vu dans la partie I-A et II-A, il ne suffit pas de dire sans filtre ce que l'on vit ou ce que l'on a envie de dire : cette expression, si nous la voulons efficace, doit prendre en compte le contexte de la situation et les états mentaux de la personne à qui nous souhaitons les exprimer.

295 Les situations peuvent être par exemple : un collègue ne m'a pas dit bonjour, un patient m'a dit que j'étais égoïste,...

296 Attention, la réévaluation cognitive peut parfois être dysfonctionnelle, notamment dans les situations où elle nous empêche de prendre la mesure des enjeux de la situation et, in fine, de prendre les bonnes décisions. Si réévaluer une situation empêche de changer une situation qui devrait l'être, alors elle est dysfonctionnelle (M. Mikolajczak et al, 2022).

## **d) SÉANCE 4 : Exprimer ses émotions**

Cette séance a pour but d'apprendre au pharmacien à exprimer ses émotions d'une manière adaptée au contexte et à faciliter l'expression émotionnelle d'autrui<sup>297</sup>. Pour cela, le pharmacien doit apprendre à prendre en compte le contexte d'une situation, à différencier l'expression émotionnelle et l'énonciation d'un jugement, et doit être capable de comprendre ses propres besoins ainsi que ceux du patient.

### **Objectifs de la séance :**

- Comprendre les bénéfices de l'expression des émotions
- Différencier l'expression d'un jugement de l'expression d'une émotion
- Exprimer ses émotions d'une manière adaptée
- Être à l'écoute des émotions des autres, et comprendre leurs besoins

### **Flexibilité expressive : prendre en compte le contexte :**

Il n'est pas toujours souhaitable d'exprimer ses émotions. En effet, selon le contexte ou la personne avec qui nous sommes en interaction, il peut être préférable de réguler nos émotions de manière à en réduire l'intensité, plutôt que de les exprimer (M. Mikolajczak et al, 2022). Cela permet de temporiser l'expression de l'émotion afin d'attendre un contexte plus favorable. Pour exprimer correctement ses émotions, le pharmacien doit à la fois bien se connaître, mais aussi comprendre les émotions, comportements et besoins sous-jacents du patient ; une mentalisation efficace est donc nécessaire<sup>298</sup>. Une expression émotionnelle efficiente dépendra donc à la fois du fond (contenu), de la forme (formes d'expressions) mais également des conditions dans lesquelles l'expression a lieu (E. Kennedy-Moore et J.C. Watson, 2001)<sup>299</sup>.

### **Différencier l'expression d'un jugement et l'expression d'une émotion :**

Exprimer nos émotions nécessite d'être capable de faire la distinction entre l'expression d'une émotion et l'expression d'un jugement ou d'une opinion (M. Mikolajczak et al, 2022). Comme nous l'avons vu dans la partie I-B, lors d'un conflit, nous avons tendance à « remettre la faute sur l'autre », notamment à travers des opinions, croyances ou jugements plutôt que de décrire nos ressentis personnels (S.

---

297 L'expression émotionnelle contribue à faciliter l'acceptation et la tolérance aux expériences négatives (E. Kennedy-Moore et J.C. Watson, 2001). De plus, exprimer ses émotions facilite la réévaluation cognitive (B. Rimé, 2009), et favorise le recadrage (N.S. Schutte et al, 2013).

298 Il peut être intéressant d'évoquer ici les recherches de B. Bushman (2002) portant sur l'effet cathartique de l'extériorisation des émotions : extérioriser une émotion par un moyen y faisant écho à tendance à amplifier cette émotion. Par exemple, plus on extériorise la colère par des moyens agressifs (crier, insulter, taper dans quelque chose) plus cela l'alimente au lieu de la réduire.

299 Nous noterons que certaines personnes craignent qu'en n'extériorisant pas leurs émotions au moment de leur ressenti, cela puisse leur faire développer des symptômes somatiques : or, c'est l'aspect systématique de l'absence de l'expression émotionnelle qui peut déclencher ce type de symptômes.

Shearouse, 2003)<sup>300</sup> ; ces attitudes rendent la communication plus difficile, et facilement entraîner l'incompréhension voir l'escalade de la violence<sup>301</sup>.

Nous avons vu dans la partie I-B et II-A les éléments essentiels favorisant une communication saine et bienveillante : cela passe également par le fait de raisonner en terme de besoins et de ressentis, plutôt que d'affirmations (souvent infondées) concernant la personne en face de nous. Ainsi, exprimer comment nous nous sentons plutôt que de porter des jugements sur la réalité est une manière de séparer la personne avec laquelle nous communiquons du problème, ce qui augmente les chances que notre message soit entendu et accepté (M. Mikolajczak et al, 2022).

- **Pratique : communiquer sans jugement** : Cette pratique vise à apprendre à distinguer les **énoncés factuels**<sup>302</sup> des **jugements**<sup>303</sup>. Dressez une liste de jugements, et imaginez un énoncé factuel, observable et précis à la place du jugement.

Cette pratique peut se faire à l'aide d'un tableau, dont voici un exemple :

Jugements	Exemples d'énoncés factuels
« tu ne me respectes pas »	« tu entres sans frapper à la porte »
« tu es toujours en retard »	« Lundi et mercredi, tu es arrivé à 9h30 au lieu de 9h »
« tu m'en veux »	« Quand je m'approche de toi, j'observe que tu gardes une certaine distance physique »

Ceci fait, choisissez une situation compliquée impliquant une autre personne (conflit personnel ou professionnel). Tout d'abord, décrivez instinctivement le conflit, et vérifiez ensuite si votre description comporte des jugements. S'il y en a, demandez-vous comment vous pourriez décrire la situation sans juger l'autre, simplement à travers des faits objectifs.

300 À travers leurs recherches, D. Keltner et son équipe (2006) expliquent que classer, catégoriser et juger sont des processus humains habituels. Cependant, ils peuvent facilement nous biaiser et entraîner la relation interpersonnelle vers le conflit.

301 En effet, lorsque nous nous sentons menacés (jugements, critiques, interprétations abusives...), nous adoptons souvent une attitude défensive, qui s'exprime soit à travers la fuite, soit à travers l'agressivité (R. Rogers et R. Farson, 1979). Cette attitude se ressent dans notre manière de communiquer avec autrui, ce qui dégrade la qualité de l'échange : c'est d'ailleurs le meilleur moyen d'inhiber ses capacités à mentaliser.

302 **Un fait** est une description pragmatique d'une situation ou d'un comportement. Il ne contient que des éléments sur lesquels tout le monde est censé être d'accord, qui ne présentent ni interprétation, ni affirmation à propos d'un des deux partenaires de la relation. Pour mieux repérer les faits, imaginez que quelqu'un filme votre interaction : qu'est-ce qu'on pourrait voire concrètement sur la vidéos ? Seuls seront visibles les comportements et non les intentions.

303 Un **jugement** consiste à établir une référence de ce qui est bien ou mal, trop ou pas assez, et l'utiliser pour évaluer le comportement de quelqu'un. Le risque est que la personne attaquée réagisse en se défendant du reproche caricatural par la justification ou la contre-attaque plutôt que d'être à l'écoute du besoin frustré (M. Mikolajczak et al ; 2012, 2016, 2022). Afin de rester au plus près du factuel, il est important de prêter attention aux mots « toujours » et « jamais », qui cachent souvent des biais de généralisation.

### **Exprimer son émotion de manière adaptée :**

Dans un conflit, nous attribuons souvent la responsabilité de nos émotions à autrui (*mal intentionné, mauvaise foi,...*) plutôt qu'à nous<sup>304</sup>. Cette stratégie peut être parfois efficace à court terme. Mais comme nous l'avons vu dans la partie I-B, le coût à moyen et long terme au niveau de la relation est élevé car les raisons du changement sont la contrainte et la menace plutôt que l'envie et la coopération, ce qui peut être à l'origine de tensions et de remise en cause de la relation.

La prise de responsabilité de l'expression de nos émotions et de nos besoins permet de passer d'une posture passive ou plaintive (tout dépend des autres) à une posture de choix en prenant conscience des moyens que nous avons à notre disposition pour modifier notre état et agir de manière constructive dans la relation (M. Mikolajczak et al ; 2012, 2016, 2022)<sup>305</sup>.

- **Pratique : passer du jugement à l'expression de l'émotion :** Passer du « TU accusateur » au « JE responsabilisé » est un élément majeure de la communication non violente (voir I-B). En effet, il est difficile de s'opposer à un ressenti, à la différence d'un jugement qui peut facilement être contesté. Faites une liste de jugements et essayez de les transformer en ressentis<sup>306</sup>. Cet exercice peut se faire à l'aide d'un tableau, dont voici un exemple :

« TU accusateur »	« JE responsabilisé »
Tu es vraiment ennuyeux	Je me sens frustré
Tu ne m'accordes pas d'attention	Je me sens triste et rejeté
Tu m'abandonnes	Je me sens seul
On ne peut pas te faire confiance	Je me sens déçu
Ne refais plus jamais ça	Je ressens de la colère
Je suis une mauvaise personne	Je ressens de la culpabilité

Puis, reprenez la situation de conflit choisie lors de la pratique précédente, ou une autre, et remplacez les jugements, accusations et interprétations par des ressentis (« je me sens ...»).

304 Il y a principalement deux motivations à cette manière de communiquer : éviter de prendre le risque de se montrer vulnérable par l'expression de nos besoins frustrés, et tenter de modifier le comportement de l'autre par la culpabilisation (M. Mikolajczak et al, 2022).

305 Un point de vigilance est important sur cette notion de responsabilisation : il ne s'agit pas dans cette pratique de nier le rôle d'autrui dans notre bien-être, ni de dire que les autres ne sont pas responsables des conséquences de leur comportement sur nous, voire pire de s'attribuer la responsabilité des actes d'autrui (M. Mikolajczak et al, 2022).

306 Ces jugements peuvent provenir de vous, mais aussi de vos patients ou de vos collègues.

### **Exprimer ses besoins :**

Comme nous l'avons vu dans la partie I-A, nos besoins et ceux de l'autre sont au cœur de la relation interpersonnelle. Ce sont eux qui nous poussent à l'interaction ; ainsi, en prendre connaissance nous permet de mieux comprendre nos motivations et nos réactions, mais aussi celles des autres. Le but de cette pratique est d'apprendre à identifier les besoins renseignés par les émotions que nous ressentons<sup>307</sup>. Cela permet de passer d'une posture jugeante, agressive et dévalorisante à une posture de compréhension du besoin frustré et de la souffrance qui peut en découler (M. Mikolajczak et al, 2022). De plus, cette pratique est tout à fait applicable aux jugements que nous portons sur nous-mêmes. Reprenez le tableau précédent, et complétez l'émotion identifiée par le besoin important.

Par exemple :

« TU accusateur »	« JE émotion et besoin »
Tu es vraiment ennuyeux	Je me sens frustré CAR j'ai besoin de stimulation
Tu ne m'accordes pas d'attention	Je me sens triste et rejeté CAR c'est important pour moi de compter à tes yeux
Tu m'abandonnes	Je me sens seul CAR j'ai besoin de me sentir souvent proche de toi
On ne peut pas te faire confiance	Je me sens déçu CAR la fiabilité est importante pour moi
Ne refais plus jamais ça	Je ressens de la colère CAR j'ai besoin de me sentir en sécurité
Je suis une mauvaise personne	Je ressens de la culpabilité CAR j'ai besoin de me sentir compétence et comme ayant de la valeur

### **Écouter les émotions et les besoins d'autrui :**

Lorsqu'une personne porte un jugement, une accusation, nous avons tendance à vouloir rendre coup sur coup. Pourtant, en terme de communication, il est plus pertinent de se focaliser sur ce que l'expression de l'autre dit de ses besoins (M. Mikolajczak et al, 2022). Nous ne sommes pas toujours capable d'avoir cette empathie pour l'autre quand nous nous sentons attaqués : si nous ne sommes pas capables d'avoir cette empathie sur le moment, il est important de le reconnaître et de l'exprimer à l'autre<sup>308</sup>.

307 Il est préférable de formuler un besoin positivement, c'est-à-dire orienté vers ce que l'on veut plutôt que de ce que l'on ne veut pas (M. Rosenberg, 1999) : cela indique la destination que l'on vise plutôt que l'obstacle que l'on croit avoir identifié (souvent perçu comme la faute de l'autre), et cela permet aussi à autrui de recevoir l'information avec moins de résistance (M. Mikolajczak et al, 2022). Il est également important de formuler le besoin en prenant sa part de responsabilité, c'est-à-dire en restant sur une formulation en « je » plutôt que repartir sur un « tu » (M. Mikolajczak et al ; 2012, 2016, 2022). Par exemple, « je suis contrarié car j'ai besoin de calme » plutôt que « je suis contrarié car j'ai besoin que tu sois moins bruyant ».

308 Par exemple, « je sens que tu es en colère, mais je sens que je ne suis pas capable d'être à l'écoute. Je préfère arrêter là afin qu'on en reparle quand l'émotion sera retombée pour être plus constructif.». S'isoler peut permettre à l'émotion de retomber ; cependant, en s'isolant on peut parfois être pris dans des ruminations centrées sur l'autre (« il est égoïste de ne pas voir mes besoins ») ou sur soi (« je suis nul, j'aurais du mieux réagir »). Il faut alors témoigner de l'indulgence, en identifiant les besoins frustrés derrière les jugements (« non, je ne suis pas nul. J'aimerais pouvoir mieux gérer ce conflit car c'est important pour moi de bien m'entendre avec mes patients ») (M. Mikolajczak et al, 2022).

- **Pratique : comprendre les besoins de l'autre :** Identifiez une situation dans laquelle une personne a pu vous faire un reproche, avoir un jugement ou un comportement qui vous semblait agressif, puis tentez d'identifier et comprendre les émotions et les besoins qui se cachent derrière. Il peut être utile de commencer par les situations d'expression émotionnelle les plus faciles avec un minimum d'enjeu (M. Mikolajczak et al, 2022).

Cet exercice peut se faire à l'aide d'un tableau, dont voici un exemple :

Ce que l'autre a dit	Ma réaction automatique	Tentative d'imaginer les émotions ressenties par la personne	Tentative d'imaginer les besoins de la personne
« tu es froid et tu n'écoutes pas les autres »	Lui répondre qu'il est immature et qu'il n'écoute pas ce que moi je lui dis	Tristesse, agacement	Se sentir écouté et compris, se sentir important à mes yeux

### **Écrire régulièrement son état émotionnel :**

J.W. Pennebaker (1997) considérait l'expression écrite des émotions comme un processus thérapeutique, au même titre que la confession. Cette pratique présente plusieurs effets bénéfiques, tels que l'observation de nos sentiments et pensées, la clarification de la situation, l'identification de nos priorités, une anticipation et donc une préparation plus efficace de situations futures<sup>309</sup>, et la prise de conscience des dynamiques personnelles et relationnelles qui se répètent et sur lesquelles il faut donc s'interroger. Selon J.W. Pennebaker (1997), les étapes de cette pratique sont :

- Écrire de manière continue sans se soucier de l'orthographe ou de la grammaire. Il est possible d'utiliser un micro ou un enregistreur vocal à la place de l'écriture.
- Vous pouvez écrire à propos d'une situation difficile que vous rencontrez en ce moment, une inquiétude que vous avez ou quelque chose que vous craignez et que vous évitez.
- Vous pouvez vous relire plus tard, ou jeter vos écrits, comme vous préférez.

### **Identifier le bon moment pour s'exprimer :**

Même si l'on exprime de la manière la plus constructive possible ses émotions et ses besoins, l'expression peut ne pas avoir les effets escomptés si on ne choisit pas le bon moment pour s'exprimer (M. Mikolajczak et al, 2022)<sup>310</sup>. Le message ne sera alors pas entendu comme on l'aurait souhaité, voir risquera d'être mal interprété. Pour que l'expression soit utile, il faut que l'autre soit en état d'écouter (et pas seulement d'entendre). Cela implique d'attendre qu'il soit disponible mentalement pour le faire ou, à défaut, de le mettre dans les conditions de l'être notamment en activant sa mentalisation.

309 En effet, cette pratique nous permet de mieux comprendre comment une situation nous affecte et de préparer ce que nous aimerions dire/faire (M. Mikolajczak et al, 2022), afin d'être plus efficaces et en accord avec nous-mêmes le moment venu.

310 Par exemple, si un patient arrive à l'officine stressé et fatigué après son travail, ce n'est pas le bon moment pour lui exprimer vos émotions ou vos besoins (qu'il ne ramène jamais la carte vitale et que ça m'agace).

Savoir réguler ses émotions est important, mais nous avons vu que les émotions pouvaient être source d'informations pertinentes dans la prise de décisions. Ainsi, il est aussi important de savoir quand il faut réguler une émotion, et quand il est possible de l'exploiter efficacement.

### e) SÉANCE 5 : Utiliser ses émotions

Cette séance vise à vous apprendre à investir les marges de manœuvre disponibles face à vos émotions en apprenant à en tirer parti, même lorsqu'elles sont désagréables, plutôt que de les subir (M. Mikolajczak et al, 2022). Il est possible d'utiliser les émotions de deux manières. Nous pouvons tout d'abord **exploiter les informations émotionnelles** pour prendre soin de nos propres besoins psychologiques et physiques, mais également de ceux des autres, en les prenant en compte dans nos choix et nos actions. Il est également possible de **profiter des changements** cognitifs, physiologiques, motivationnels et comportementaux apportés par l'émotion pour gagner en efficacité (M. Mikolajczak et al, 2022). Pour cela, il faut évaluer l'adéquation entre l'émotion que vous ressentez à un moment donné, et la tâche que vous avez à effectuer. En général, une **humeur positive** facilite la créativité et une vision intégrative et globale, tandis qu'une **humeur négative** facilite un traitement détaillé, spécifique et systématique ainsi que la détection des problèmes (A.M. Isen et al, 1985 ; P. Salovey et J.D. Mayer, 1993). Le but des pratiques qui vont suivre est de sensibiliser les pharmaciens à l'impact des émotions sur leurs décisions, de leur apprendre à exploiter les informations émotionnelles pour faciliter le processus de décision, tout en développant une conscience des biais émotionnels les plus fréquents (M. Mikolajczak et al, 2022). Ils pourront ainsi choisir consciemment les émotions à exploiter, et celles, peu utiles, à réguler.

#### **Objectifs de la séance :**

- Utiliser ses émotions pour prendre soin de ses besoins et de ceux des autres
- Trouver un équilibre entre ses besoins
- Apprendre à conscientiser les biais émotionnels
- Utiliser ses émotions pour prendre des décisions éclairées et améliorer son efficacité

#### **Améliorer le bien-être :**

Comme nous l'avons vu dans la partie I-A, s'acharner à tenter de satisfaire un besoin au détriment des autres peut se révéler très coûteux à la fois pour l'individu mais également dans ses relations avec son entourage (R. Ryan et E. Deci, 2006)<sup>311</sup>. Attention, lorsque nous abandonnons une stratégie que nous jugeons trop coûteuse,

---

311 Par exemple, si pour me sentir aimer, j'ai besoin que tout le monde m'aime, alors ma stratégie n'est pas adaptée à ce que la réalité peut me donner et risque de nourrir une insécurité permanente ainsi qu'une frustration régulière de ce besoin, et de générer des tensions inutiles dans mes relations (M. Mikolajczak et al, 2022).

cela ne veut pas dire que le besoin qui en était à l'origine n'existe plus. Nous noterons que des émotions désagréables fréquemment ressenties doivent nous amener à nous demander si c'est l'environnement qui n'est pas adapté à nos besoins ou si c'est la stratégie pour satisfaire le besoin qui est trop exigeante par rapport à ce que la réalité peut apporter (M. Mikolajczak et al, 2022).

- **Pratique : Différencier besoins et stratégies :** Choisissez une situation vécue ayant entraîné une émotion forte, puis identifiez la ainsi que le besoin sous-jacent. Explorez ensuite la distinction entre besoin et stratégie avec les questions suivantes :
  - Est-ce une stratégie ou un besoin ? Si c'est une stratégie, quelle besoin important permet-elle de satisfaire ?
  - Cette stratégie est-elle sous mon contrôle ou est-elle dépendante de l'environnement et des autres ?
  - Y a-t-il une autre manière de satisfaire ce besoin ? Si cette stratégie n'est plus/pas accessible, y a-t-il d'autres manières de prendre soin de mon besoin ?
  - Comment pourrais-je satisfaire ce besoin maintenant ?

Cet exercice peut se faire sous la forme d'un tableau, dont voici un exemple :

Émotion	Besoin	Moyen
Colère	Me sentir respecté, besoin identitaire	Qu'un patient me dise bonjour avant de me demander un service

- **Pratique : évaluer mes stratégies :** Faites la liste de vos besoins les plus importants et pour chacun d'eux, listez autant de stratégies que vous le pouvez pour les satisfaire. Pour chaque stratégie, demandez-vous :
  - Est-ce réaliste ?
  - Est-ce sous mon contrôle ?
  - Est-ce adapté au contexte ?
  - Quel moyen alternatif est accessible pour satisfaire mon besoin ?

Cet exercice peut se faire sous la forme d'un tableau, dont voici un exemple :

Besoin	Stratégie	Réaliste ?	Contrôle ?	Adaptée ?	Alternatives ?
Être un bon pharmacien (besoin de protection de l'autre ou besoin de compétence)	Forcer le patient à suivre vos consignes	Non, il est grand et il fera bien ce qu'il veut	Peu, il ne m'obéit d'ailleurs pas	Non, cela apporte plus de problèmes relationnels que de solutions	Exprimer les intérêts et bénéfices de vos conseils, les risques, écouter son avis sur le sujet

- **Pratique : vers un équilibre de mes besoins :** La satisfaction des besoins contribue à améliorer le bien-être, mais il serait illusoire de croire que nos besoins peuvent être pleinement satisfaits, et il serait contre-productif de courir après leur satisfaction en permanence (M. Mikolajczak et al, 2022).

L'épanouissement se trouve donc l'équilibre entre le manque et la satisfaction, ainsi qu'entre les différents besoins. Précisons que les besoins principaux sont différents pour chacun, selon son histoire et son vécu : ces besoins vont participer à la construction de notre personnalité, et vont fortement influencer nos comportements et nos décisions (H. Murray, 1930)<sup>312</sup>.

Faites la liste de vos cinq besoins psychologiques principaux : pour chacun, demandez-vous quels sont les bénéfices et les inconvénients à ce qu'il prenne cette place là :

- Est-ce que cela vous éloigne d'autres choses qui comptent pour vous ou est-ce que cette place vous convient ?
- Est-ce que ce besoin peut être en conflit avec d'autres besoins importants ?
- Comment ces informations pourraient vous aider à atteindre une forme d'équilibre ? Identifiez la plus petite action possible qui vous aiderait à vous rapprocher de ce dernier.

### **Observer comment nos émotions nous influencent et les utiliser :**

Face à des décisions, nous pouvons recourir à un traitement affectif et intuitif (« *je le sens bien* », « *je ne le sens pas* ») mais aussi à un traitement rationnel (*arguments, réflexions, focalisation sur les détails,...*). En effet, les émotions peuvent influencer notre **traitement de l'information**<sup>313</sup>, notre **attention**<sup>314</sup>, nos **choix d'exposition**<sup>315</sup>, les **souvenirs qui nous reviennent en mémoire**<sup>316</sup> ou encore nos **jugements**<sup>317</sup>, ce qui peut amener des biais émotionnels et potentiellement de mauvaises décisions (M. Mikolajczak et al, 2022 ; A. Damasio, 1994)<sup>318</sup>. Mais cela signifie également que

312 Avoir des besoins plus saillants que d'autres est normal : cela devient problématique quand la recherche de satisfaction du besoin ou les moyens mis en place pour se faire finissent par engendrer une souffrance chez l'individu ou chez ses proches, au détriment de l'équilibre (M. Mikolajczak et al, 2022).

313 **Au niveau du traitement de l'information** : Les émotions agréables génèrent un traitement plus global, plus créatif des informations et favorise les pensées divergentes, alors que les émotions désagréables génèrent un traitement plus critique, détaillé et systématique (M. Mikolajczak et al, 2022).

314 **Au niveau de l'attention** : Notre attention est plus facilement attirée par les éléments congruents avec notre humeur (M. Mikolajczak et al, 2022). Une humeur négative nous amène à nous focaliser davantage sur les problèmes, difficultés ou aspects menaçants ; une bonne humeur amène à moins les considérer. Ce phénomène peut contribuer à maintenir l'émotion présente. Par exemple, une personne a un petit défaut ou un tic de langage ou de geste. Selon que vous soyez de bonne ou mauvaise humeur, à quel degré allez-vous focaliser dessus et vous en agacer ? Concernant le travail d'un collègue, allez vous plutôt repérer ses erreurs ou ses qualités selon votre humeur ? Une manière de réguler l'émotion serait de porter notre focus attentionnel sur un objet incongruent avec notre état. Par exemple, lorsque nous sommes tristes, nous forcer à relever tous les petits détails satisfaisants (un bureau bien rangé, un plan de travail propre, les couleurs des présentoirs,...).

315 **Au niveau de l'exposition sélective** : Selon J. Xue et son équipe (2018, 2020) nous choisissons souvent des médias congruents avec notre état émotionnel (musique, réseaux sociaux,...). C'est aussi le cas dans les relations interpersonnelles, nous interagissons préférentiellement avec des gens dans le même état émotionnel que nous (pour aller plus loin, voir les travaux de R.M Wenzlaff et M.L. Prohaska, 1989, sur la dépression).

316 **Au niveau du rappel de souvenirs** : L'émotion facilite le rappel de souvenirs congruents avec l'humeur. En étant joyeux, nous pouvons repenser aux bons moments du passé, aux souvenirs agréables. À l'inverse, dans une humeur négative, nous pouvons revenir sur les moments qui se sont mal passés (M. Mikolajczak et al, 2022). Pour aller plus loin, voir les travaux de G. Bower (1981) concernant les liens entre les émotions et la mémoire.

317 **Au niveau des jugements** : Nous nous jugeons et nous jugeons les autres avec plus de bienveillance et d'acceptation quand nous sommes de bonne humeur, et inversement nous serons plus durs et critiques en cas de mauvaise humeur (R. A. Baron, 1987 ; J.P. Forgas et G.H. Bower, 1987).

318 Au vu du fonctionnement des biais émotionnels, nous remarquerons qu'il peut être intéressant de rechercher des stimuli à l'opposé de notre état pour mieux réguler nos émotions.

nous pouvons considérer les émotions comme des informations potentiellement utiles dans la prise de décision ; cela nous permet de faire des choix plus éclairés (A. Damasio, 1995 ; E. Katkin et al, 2001). Ainsi, les émotions peuvent être utilisées par le pharmacien, dans le but de prendre de meilleures décisions et d’être plus efficace dans sa pratique professionnelle.

- **Pratique : Optimiser l’adéquation entre l’émotion et la tâche :** Le but ici est de tirer parti des biais émotionnels pour en faire des opportunités. Si nos émotions rendent plus faciles ou plus difficiles certaines tâches, alors nous avons deux options à notre disposition pour exploiter cet effet (M. Mikolajczak et al, 2022) : choisir la tâche qui correspond le mieux à l’émotion présente, et induire une émotion aidante avant d’initier une tâche spécifique<sup>319</sup>.

Il peut être intéressant de faire un tableau des tâches habituelles à la pharmacie et l’humeur la plus adaptée à la situation, par exemple :

Thématique	Exemple d’activité	Humeur	Conseils
Évaluer de la qualité	Choisir des gammes à ne plus faire et d’autres à introduire à la pharmacie	négative	Choisir une journée où nous sommes de mauvaise humeur pour avoir une analyse critique et détaillée
Coopération	S’occuper des patients au comptoir, travail de groupe avec les infirmiers et les collègues de l’officine	Positive	Mettre les autres de bonne humeur (mots gentils, musique d’ambiance joyeuse,...)
Évaluer les risques	Donner un avis thérapeutique suite à un accident et décider de la marche à suivre	Émotions spécifiques	Prendre conscience de notre état émotionnel et de son impact sur la décision. La joie amène-t-elle à sous-estimer les risques ? La peur amène-t-elle à un excès de prudence ?

### **Améliorer le processus de prise de décision :**

On parle d’information émotionnelle lorsque l’émotion concerne directement une situation précise et apporte donc potentiellement une information reliée à cette situation<sup>320</sup> ; à l’inverse, le bruit émotionnel concerne les émotions indépendantes de la situation cible, mais qui peuvent toutefois impacter ou biaiser notre décision<sup>321</sup>(M. Mikolajczak et al, 2022). Il est donc important de savoir attribuer correctement la

319 Par exemple : mettre une playlist avec des musiques entraînantes et joyeuses, pas trop fortes, en fond de la pharmacie quand on ouvre le matin peut générer un état d’esprit congruent avec la tâche qui va suivre (communiquer avec les patients).

320 Par exemple, avoir un bon ressenti d’un patient que nous demande de lui rendre un service.

321 Le bruit émotionnel est en quelque sorte une pollution qui parasite la décision en générant une dimension arbitraire par la prise en compte de facteurs non-pertinents (M. Mikolajczak et al, 2022) comme par exemple la faim, la pluie, un café renversé,...

source<sup>322</sup> de nos émotions à la bonne situation (L. Berkowitz et al, 1990, 2000).

- **Pratique : distinguer l'information émotionnelle du bruit émotionnel :** Identifiez une situation actuelle dans laquelle vous devez prendre une décision, importante ou non (cela peut aussi être une situation passée). L'objectif n'est pas de trouver une solution, mais d'écouter les informations émotionnelles présentes (M. Mikolajczak et al, 2022). Essayez de mettre les mots sur vos états internes : pour chaque ressenti, tentez de comprendre les informations que cette émotion peut apporter concernant aussi bien la situation (risques, bénéfiques) que votre partenaire de conflit (besoins, priorités,...). Finissez en vous demandant, pour chaque ressenti, s'il représente une source d'information pertinente que vous avez envie de prendre en compte dans votre décision.
- **Pratique : mieux prédire nos états émotionnels futurs :** La qualité de nos décisions dépend de notre capacité à prédire correctement les conséquences de nos actions (M. Mikolajczak et al, 2022). Nous nous trompons souvent pour prédire nos réactions affectives futures : il est notamment plus compliqué de prédire correctement un état d'excitation interne opposé à celui que nous avons lorsque nous prenons la décision (M. Mikolajczak et al ; 2016, 2022 ; A. Damasio, 1995)<sup>323</sup>. « Nous idéalisons également souvent l'intensité, la durée du plaisir que nous procurerait la satisfaction d'un désir » (M. Mikolajczak et al, 2022)<sup>324</sup>. Il en va de même pour les affects désagréables : souvent, nous anticipons qu'ils vont être plus intenses et vont durer plus longtemps que la réalité, car nous sous-estimons (M. Mikolajczak et al, 2022) :
  - L'effet d'habituation aux affects : plus nous nous confrontons à une situation qui nous fait peur, plus notre peur diminue (*par exemple, la peur de parler en public*).
  - Les stratégies actives d'ajustement que nous allons mettre en place face aux événements négatifs (*par exemple, reparler calmement d'un conflit difficile pour apaiser la situation*).

Souvent, nous nous appuyons sur nos croyances et théories implicites pour prédire le futur, plus que sur notre expérience passée. Parfois, le passé semble plus fiable car cela a été testé et approuvé par l'expérience, mais il arrive que nos besoins aient évolué, il est donc nécessaire de s'ouvrir à de nouvelles expérimentations et théories sur nos besoins actuels (M. Mikolajczak et al ; 2016, 2022 ; A. Damasio, 1995).

---

322 Nous pouvons distinguer deux sources d'informations émotionnelles (P. Salovey et J. Mayer, 2004) : la situation en elle-même génère l'émotion (marqueurs émotionnels), ou l'émotion est générée par l'anticipation de notre état émotionnel futur. Pour aller plus loin, il peut être intéressant de mentionner la théorie des marqueurs somatiques de A. Damasio (1995).

323 Par exemple, vous décidez un soir de bonne humeur, de réaliser une tâche le lendemain : après une mauvaise nuit, elle pourra alors vous apparaître comme insurmontable.

324 Ces erreurs s'expliquent entre autre par la tendance à inclure dans la simulation mentale du futur uniquement l'événement concerné sans prendre en compte les autres événements de la vie qui vont également impacter notre bien-être (M. Mikolajczak et al, 2022).

Listez deux situations que vous redoutez, et notez leur gravité anticipée de 0 à 10. Listez ensuite les ressources, actions, stratégies que vous pourriez utiliser pour faire face à cette situation. Ensuite, demandez vous si d'autres événements ne pourraient pas jouer sur le moral et modérer ainsi l'impact de l'évènement (bruit émotionnel). Puis demandez vous si vous continueriez d'être affecté avec la même intensité plusieurs mois, années plus tard. Enfin, réévaluez la note de gravité, et voyez si elle a évolué. En questionnant notamment la gravité imaginaire et la gravité réelle des situations tout en prenant en compte vos réactions dans vos simulations mentales et l'effet d'habituation potentiel, vous pourrez anticiper de manière plus juste (M. Mikolajczak et al, 2022).

Nous avons développé les principales compétences émotionnelles utiles dans la pratique officinale. Mais il est important de noter que la qualité de l'acquisition, du développement et de l'utilisation de ces compétences se basent également sur le bien-être quotidien de celui qui les utilisent. Ainsi, afin de maximiser l'efficacité du pharmacien dans l'usage de ces compétences, il peut être intéressant de favoriser une base solide de bien-être psychologique et émotionnel, qui permettra d'entretenir durablement toutes les notions acquises dans cette partie II-C.

#### **f) SÉANCE 6 : Construire des ressources durables**

Les émotions agréables fréquentes (joie, amusement, fierté, sérénité, ...) améliore à la fois la santé physique, la santé mentale et la qualité de nos relations interpersonnelles (S. Lyubormirsky et al, 2005 ; K. Dolphin et al, 2015)<sup>325</sup>. Le but des pratiques ci-dessous est d'augmenter la fréquence des émotions positives, ainsi que leur intensité ; elles visent également à diversifier les sources d'émotions agréables. Attention cependant, ces pratiques ne doivent pas servir à éviter ou réduire les émotions négatives : cela gênerait toute acceptation et compréhension possible de ces dernières, et empêcherait donc la personne ayant recours à l'évitement (ou autres mécanismes de défense non adaptatifs) de réagir de manière adaptée en connaissance de cause (T. Kashdan et R. Biswas-Diener, 2015).

#### **Objectifs de la séance :**

- Utiliser ses émotions positives pour construire des ressources durables
- Savourer les événements agréables
- Enrichir son répertoire de stratégies pour cultiver ses émotions agréables.
- Développer son sentiment de gratitude et de reconnaissance
- Faciliter l'intégration des acquis dans le quotidien.

---

325 Les émotions positives sont des éléments très importants de la résilience (M. Tugade et B. Fredrickson, 2004).

### **Savourer les événements sources de satisfaction (« savoring ») :**

Les études autour de l'intérêt et des bienfaits de cette pratique ont été initiée par F. Bryant (2003). De nombreuses équipes ont ensuite continué ses recherches<sup>326</sup>, mettant ainsi en lumière trois objectifs principaux du « savoring » (M. Mikolajczak et al, 2022).

Tout d'abord, **réorienter son attention vers les événements sources de satisfaction.** Nous avons tendance à être plus affectés par les émotions négatives que par celles positives : c'est le biais de négativité P. Rozin et E. Royzman (2011)<sup>327</sup>. Le but ici est donc de limiter ce biais en relevant les éléments satisfaisants de la réalité, sans nier les éléments problématiques, ce qui contribue à améliorer l'humeur, la fréquence des émotions agréables ressenties, et des stratégies actives de coping (M. Mikolajczak et al, 2022 ; R. Lazarus et S. Folkman, 1984).

Ensuite, **apprendre à savourer les émotions agréables** (F. Bryant ,2003 ; F. Bryant et J. Veroff, 2007). Nous avons tendance à nous habituer aux sensations agréables : c'est l'adaptation hédonique (P. Brickman et D. Campbell, 1971). Ainsi, lorsqu'une situation à l'origine de fortes émotions positives se reproduit, l'intensité de l'émotion ressentie est inférieure à la fois précédente. Tout ceci diminue la capacité à savourer pleinement les émotions agréables. À l'inverse, lorsque nous nous engageons dans une direction afin d'atteindre un objectif précis, notre esprit se prépare à savourer en étant ouvert aux sensations et au plaisir : se mettre consciemment dans cet état de savourer permet de vivre plus intensément ses émotions agréables (M. Mikolajczak et al ; 2010)<sup>328</sup>.

Pour finir, **constater l'impact positif du partage social des émotions.** Nous avons vu que partager une émotion agréable crée de la contagion émotionnelle : ce fonctionnement contribue à nourrir le besoin de proximité sociale et stimule le mécanisme d'affiliation. Ainsi, dans les discussions il peut être intéressant d'orienter la conversation vers des aspects agréables et émotionnels (M. Mikolajczak et al, 2022)<sup>329 330</sup>.

---

326 Pour aller plus loin : les avancées majeures concernant cette pratique se doivent à deux équipes : F. Bryant, C. Smart et S. King (2003, 2005) ainsi que M. Mikolajczak, J. Quoidbach, E. Berry et M. Hansenne (2010).

327 Cette manière de fonctionner a été sélectionnée par l'évolution pour son caractère adaptatif permettant d'accorder une priorité aux problèmes afin de les régler, plutôt que d'investir notre énergie dans la célébration des événements agréables ; cependant, ce biais de négativité influence notre humeur et nos perceptions en accordant plus de poids aux éléments négatifs (M. Mikolajczak et al, 2022).

328 Pour savourer pleinement, il faut prendre un temps d'arrêt pour porter notre attention sur ce que nous faisons, sur nos sens (sensations corporelles), et sur le plaisir d'être dans une situation (« *je suis heureux d'être là en ce moment* »). Le fait de savourer augmente le bien-être (C. Jose et al, 2012) et présente un effet protecteur contre la dépression (R. Ford et al, 2017).

329 Nous remarquerons que partager ses émotions désagréables est également utile mais n'a pas les mêmes effets : cela apporte un soutien social permettant une régulation de l'émotion désagréable (M. Mikolajczak et al, 2022).

330 Nous noterons que le partage social contribue à augmenter le niveau de satisfaction de vie, alors que le fait de savourer individuellement les événements contribue à augmenter le niveau d'affects positifs (J. Quoidbach et al, 2010 ; M. Mikolajczak et al, 2022).

- **Pratiquer le fait de savourer** : Identifiez trois situations qui ont été source de satisfaction, de joie ou d'épanouissement. Il ne doit pas s'agir de situations extrêmement ambitieuses (sauver quelqu'un de la mort,...), mais principalement de petites satisfactions personnelles qui ont du sens pour vous. Choisissez une de ces situations pour la revivre pleinement : fermez les yeux et essayez de vous rappeler de la situation, de l'émotion, des sensations corporelles et des pensées.
- **Pratique : le journal des événements sources de satisfaction** : Cette pratique vise à s'entraîner à réorienter son attention vers les événements satisfaisants de notre quotidien, et à induire des émotions agréables plus fréquentes. Notez quotidiennement trois événements sources de satisfaction (sourire échangé avec un patient, pause café salutaire,...). N'hésitez pas à garder ces notes à portée de main pour les relire.

### **Enrichir son répertoire d'actions pour cultiver ses émotions agréables :**

L'activation est une thérapie comportementale utilisée pour traiter la dépression : son but est de remettre la personne au contact de ses activités de maîtrise, de plaisir et d'interactions sociales qu'elle a tendance à éviter ou à limiter (P. Cuijpers et al, 2007 ; T. Mazzucchelli et al, 2009). L'idée est alors de générer une liste d'activités valorisées et de les planifier dans l'agenda, puis d'évaluer l'impact au niveau du moral selon qu'elles soient réalisées ou non, pour favoriser l'émergence d'affects positifs (M. Mikolajczak et al, 2022).

- **Pratique** : À partir de la liste des émotions agréables, listez individuellement et pour chaque émotion, les comportements et activités que vous faites régulièrement et qui produisent ces émotions. Puis pour chaque émotion, listez d'autres activités potentielles, que vous aimeriez faire plus souvent, ou que vous faisiez par le passé pouvant induire ces émotions. Il faut noter à la fois les petites actions et les plus ambitieuses.

### **Indulgence et bienveillance envers soi :**

Lorsque nous venons en aide à des personnes en difficulté, c'est souvent motivé par la compassion. Elle est caractérisée par la compréhension et le désir de soulager la souffrance d'autrui. Cette attitude bienveillante peut aussi être cultivée d'une manière plus large, en adoptant ce genre de posture positive envers nous-même. Plus nous nous critiquons sévèrement et durablement, plus nous avons du mal à progresser et nous engager dans des actions qui améliorent la situation (M. Mikolajczak et al ; 2010, 2022).

- **Pratique** : Repensez à une situation récente, pendant laquelle vous vous êtes senti déçu de vous, frustré de ne pas être suffisamment compétent ou efficace. Puis imaginez comment vous vous comporteriez, si c'était une personne que vous aimez qui avait vécu et vous racontait cette situation. Qu'auriez-vous

envie de lui dire ? N'hésitez pas, notamment si ce sont des critiques récurrentes, à noter ce que vous diriez à cette personne, pour pouvoir le relire plus tard dans un moment de détresse. On est toujours plus capable de mentaliser et d'être pertinent lorsqu'on n'est pas suractivé émotionnellement.

Maintenant que nous avons abordé les aspects théoriques et les principes de mise en pratique de la relation pharmacien/patient, ainsi que des outils de communication pertinents à l'officine, nous allons dans la troisième partie développer nombre de techniques de communication, dont l'utilisation nécessite tous les concepts et notions précédents. Nous les illustrerons par des études de cas, rencontrés dans le cadre de mon exercice officinal, notamment trois cas particuliers de patients : les patients alzheimer, les patients addicts et les patients borderlines.

### **III - Exemples de techniques de gestion des conflits : présentation et études de cas**

Les techniques<sup>331</sup> présentées ci-après ne seront pas une liste exhaustive de tout ce qui peut exister en matière d'induction de changement et d'adaptation de communication. Les exemples cités, issus de mon exercice professionnel, ne sont bien sûr pas les seules réactions possibles, ni forcément les meilleures ; les études de cas et techniques présentées ne sont que des illustrations d'utilisations possibles des notions et outils vus précédemment. C'est l'expérience et la pratique qui vous permettront de vous les approprier, de les affiner, voir de construire de nouvelles techniques qui vous seront propres.

#### **A - Gineste-Marescotti et Validation : exemple du patient Alzheimer**

La maladie d'Alzheimer et les autres démences sont devenues un problème majeur de santé publique en France<sup>332</sup> et sont en passe de devenir une priorité, notamment en raison du vieillissement de la population. Malgré l'accroissement de nos connaissances au sujet de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés, les causes demeurent inconnues : il n'existe pas à ce jour de traitement curatif. La prise en charge de cette maladie nécessite une approche pluridisciplinaire, médicale et paramédicale, mais ce qui est souvent oublié est le besoin d'un échange affectif, d'une relation humaine. C'est particulièrement le cas lorsque le patient perd son autonomie et ses capacités intellectuelles et physiques : il n'est alors plus vu comme un être humain à part entière, mais comme un être diminué dont il faut s'occuper.

##### **1- Présentation de la maladie d'Alzheimer**

Dans cette maladie, différents facteurs de risque<sup>333</sup> se superposent pour entraîner la formation d'agrégat de protéines spécifiques dans les neurones, altérant la communication entre ces derniers et entraînant leur dégénérescence et leur mort<sup>334</sup>. Très lent, ce processus peut prendre plusieurs dizaines d'années à s'établir avant que des symptômes de la maladie n'apparaissent. Les zones particulièrement touchées par cette maladie sont l'hippocampe (siège de la mémorisation et de l'apprentissage) et le

---

331 Le principe de ces techniques provient des travaux de l'école de Palo Alto (G. Bateson, 1988 ; A. Bateman et P. Fonagy, 2006, 2019 ; P. Watzlawick, 2014). Nous proposons ici diverses adaptations, parfois très personnelles, de ces techniques.

332 La prévalence des démences est de 860000 patients en France en 2004 selon l'INSEE, dont 682 000 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ce qui est énorme.

333 Ces facteurs de risques sont principalement l'âge, la génétique et l'environnement (HAS, 2008).

334 Ce type de dégénérescence est appelée la dégénérescence neurofibrillaire. Pour aller plus loin, voir l'article sur le sujet consultable sur le site de l'institut français de l'éducation (ENS Lyon, R. Nicolet, 2019).

cortex cérébral (zone responsable de la pensée, la perception, la compréhension, l'analyse,...) (D. Gabor, 2011 ; HAS, 2008 ; S. Grandjean, 2018).

Les recommandations ANAES<sup>335</sup> (2000) proposent les **critères diagnostiques** suivants de la maladie d'Alzheimer :

- L'altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement.
- Une ou plusieurs autres perturbations cognitives telles que l'aphasie<sup>336</sup>, l'apraxie<sup>337</sup>, l'agnosie<sup>338</sup> ou encore la perturbation des fonctions exécutives<sup>339</sup>.

L'évolution de ces déficits cognitifs multiples est caractérisée par un début progressif et un déclin continu : les symptômes vont largement varier selon le stade de la maladie et de manière interindividuelle (HAS, 2008, 2011). On notera des différences considérables entre la forme débutante, provoquant des troubles cognitifs légers, et la forme grave évoluée, pouvant aller jusqu'à des troubles psychotiques lourds et des comportements extrêmes et dangereux (D. Gabor, 2011). Cette maladie aboutit toujours à la mort du patient.

Nous noterons que même si cette pathologie est incurable, il est possible d'en ralentir l'évolution, par des traitements pharmacologiques (dont l'efficacité est très variable), mais également en aidant le patient à faire travailler son cerveau : les recommandations de la HAS (2008, 2009, 2011) proposent plusieurs approches pouvant être utilisées, telles que les techniques de stimulation psycho cognitive ou psychosociale, stimulation du comportement, stimulation sensorielle, activité physique, aménagement des lieux de vie et adoption de règles de vie pratique,... . Le patient ne doit surtout pas être déresponsabilisé et totalement pris en charge par le soignant, mais être guidé vers le maintien le plus possible de son activité cérébrale, motrice et de son autonomie, afin de retarder l'institutionnalisation (HAS, 2008, 2011 ; D. Gabor, 2011).

De nombreux travaux tels que ceux de L. Ploton (1988-2001) nous apporte une vision nouvelle concernant ces patients : **les capacités d'adaptation affectives perdureraient au-delà de la perte des capacités cognitives (intellectuelles) et psychodynamiques subjectives (travail associatif)**. Nous pourrions considérer le patient alzheimer, selon le stade, comme ayant un fonctionnement fondamentalement différent de nous, se basant sur l'instinct et l'affect plus que sur la réflexion et l'analyse, dans lequel le temps n'existe pas et où l'expérience émotionnelle prend une place majeure. Nous pouvons également mentionner la notion d'**empreinte émotionnelle** : de toutes nos mémoires, la plus précoce (elle contient déjà des souvenirs lors de notre naissance), la plus solide (elle ne semble pas être atteinte dans

335 ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé. Cette structure n'existe plus en tant que telle, et a été rattachée en 2004 à la Haute Autorité de santé (HAS). Ces recommandations sont basées sur les critères développés dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, version 4 (DSM IV, 2005).

336 L'aphasie est une perturbation du langage.

337 L'apraxie est une altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes.

338 L'agnosie est l'impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes.

339 Par exemple, faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite,...

les syndromes cognitivomnésiques), est la **mémoire émotionnelle** (C. Rogers, 1995 ; L. Ploton, 1988, 1991, 2001 ; F. Munsch et al, 2001). Dans les syndromes cognitivomnésiques, au-delà d'un certain moment de leur évolution, il existe donc un écart important entre les défaillances des facultés cognitives et des mémoires non affectives, et la persistance des mémoires et facultés affectives (D. Gabor, 2011). Il est essentiel, pour les pharmaciens comme pour les proches du patient, de connaître ce phénomène : quels que soient les troubles de la mémoire et de l'idéation, toutes les émotions qui ont été vécues par le patient ont participé à construire en lui une empreinte émotionnelle probablement toujours présente, qui refait surface lorsqu'elle est stimulée<sup>340</sup>. Cependant, il faut percevoir l'autre pour le ressentir, et de nombreux facteurs peuvent empêcher cette perception<sup>341</sup> ; c'est pourquoi le pharmacien et les aidants doivent apprendre à dépasser ces facteurs pour favoriser la perception et l'appel à la mémoire émotionnelle.

Le pharmacien joue un rôle clef dans l'articulation du réseau prenant en charge le malade atteint de la maladie d'Alzheimer et son entourage. Il suit souvent le patient du diagnostic à la fin, et est l'interlocuteur privilégié des patients et des aidants, notamment de part sa disponibilité bien plus large que la plupart des professionnels de santé (D. Gabor, 2011 ; S. Grandjean, 2018). Il est également aux premières loges pour observer l'évolution de la maladie, et soutenir psychologiquement le malade et ses proches ; d'ailleurs, le soutien psychologique est l'un des points clefs du traitement, car, derrière les altérations d'ordre neurologique, il y a une personne qui doit être reconnue comme telle. Face à des traitements médicamenteux peu efficaces, il ne lui reste que la prise en charge non médicamenteuse pour aider le patient dans sa traversée de la maladie. C'est pourquoi il me semble important de développer deux méthodes pouvant fortement aider les pharmaciens d'officine dans leur prise en charge des patients alzheimer, face auxquels ils se sentent souvent inutiles et démunis : la Validation de Naomi Feil (1963) et de l'humanité de Gineste-Marescotti (1995).

## 2 - Présentation des techniques

La « **philosophie de l'humanité** » est développée dans le cadre de la méthodologie des soins Gineste-Marescotti dès 1995. Y. Gineste et J. Pellissier (1995) insistent sur le développement de « l'estime de soi », qui doit être reconnue comme une donnée fondamentale de la personnalité, à forte connotation affective. L'estime de soi et la renarcissisation sont étroitement liés à la confiance, à la fierté, au plaisir d'être ensemble, au respect, à l'altérité que le patient perçoit dans notre attitude à son égard ; d'où l'importance d'utiliser un ton, des mots, des gestes qui conviendraient à la communication entre adultes (Y. Gineste, J. Pellissier, R.

---

340 Par exemple, de nombreux patients atteints de stades sévères de démence se révèlent très heureux de voir des proches qu'ils aiment, alors même qu'ils ne se rappellent pas qui ils sont.

341 Par exemple, des troubles sensoriels, des douleurs, des troubles de l'attention,...

Marescotti ; 2007, 2008). Il s'agit donc de reconnaître la personne démente comme interlocuteur à part entière, et de lui redonner la capacité d'exister ici et maintenant, sans être simplement un objet de soin, notamment à travers des interactions adaptées à son fonctionnement. « Pour respecter la souveraineté du patient, le soignant traite l'homme en homme : il a le regard, le toucher, le geste respectueux - cela s'apprend -, il ne se permet pas, dans sa fonction, de laisser transparaître son antipathie, son dégoût, son horreur même qui peuvent exister. » (Y. Gineste et J. Pelissier, 2007).

Chez les personnes présentant des syndromes cognitivo-mnésiques, la persistance de la mémoire affective leur permet d'enregistrer l'atmosphère affective, la qualité émotionnelle du moment vécu, de l'apaisement et du bien-être ressenti (D. Gabor, 2011). Nous noterons d'ailleurs que les techniques de soins basées sur l'humanité préviennent la maltraitance passive liée aux actes de soin et redonnent du sens à l'action du soignant par l'acquisition de compétence spécifique (L. Luquel, 2008). Cela permet également d'améliorer les conditions d'exercice des soignants, favorisant leur sécurité et leur bien-être physique et mental (limite les comportements violents du patient, comportements d'agitation pathologique, les crises,...), et limitant ainsi les turn-over importants et les ruptures de l'alliance thérapeutique et du lien soignant-patient. En effet, le patient fonctionnant principalement par l'affect, il suffit d'une mauvaise expérience avec un soignant pour rendre tout échange ou soin conflictuel par la suite, le patient se rappelant uniquement, à chaque fois et sans réflexion ou analyse possible, de l'émotion négative qu'il a ressentie. Il associera donc ce soignant au danger, et le traitera comme tel (violence, rejet, cris, peur, détresse,...). Voici les **éléments de la méthodologie de Gineste-Marescotti**, permettant une meilleure interaction avec les patients Alzheimer, appelés les quatre piliers de l'humanité (Y. Gineste, J. Pelissier, R. Marescotti ; 2007, 2008). Tout d'abord, le **regard**. Il existe plusieurs formes de regard, dont les caractéristiques sont ancrées en nous depuis notre enfance et chacune nous inspire des émotions spécifiques : le **regard horizontal**<sup>342</sup>, le **regard axial**<sup>343</sup> et le **regard long et proche**<sup>344</sup>. Inconsciemment, les regards conditionnent nos manières de nous percevoir, nos représentations, ressentis, ... Par exemple à l'officine, face à un patient apathique qui reste silencieux tandis qu'un proche s'occupe de l'ordonnance, nous pouvons facilement avoir des regards verticaux, de travers, distants et rapides ; ces regards peuvent être vécus très négativement par le patient qui, hypersensible, ancrera votre visage et l'officine comme menaçants ou hostiles (ressenti de mépris, de non considération,...). Ensuite, la **parole** : si le regard débute souvent la relation, la parole l'accompagne immédiatement. Elle doit être douce et empreinte d'affects positifs : en effet, un ton dur ou sec sera immédiatement perçu par le patient comme une agression ou une menace. Comme nous l'avons vu dans la partie I-A, lorsque le

---

342 Le **regard horizontal** permet de se mettre au niveau de l'autre : il transmet une notion d'égalité, à l'inverse du regard vertical (regarder de haut) transmettant une sensation de domination ou de mépris (Y. Gineste, J. Pelissier, R. Marescotti ; 2007, 2008).

343 Le **regard axial** correspond au fait de regarder l'autre droit dans les yeux : il transmet une notion de franchise, à l'inverse du regard fuyant inspirant la méfiance (Y. Gineste, J. Pelissier, R. Marescotti ; 2007, 2008).

344 Le **regard long et proche** transmet un lien affectif (amitié, amour,...), à l'inverse du regard distant et court qui exprime souvent une force de rejet ou de dégoût de l'autre (Y. Gineste, J. Pelissier, R. Marescotti ; 2007, 2008).

pharmacien envoie un message vers son patient, il reçoit une réponse (verbale ou non) qui constitue un retour (feed-back) lui permettant de co-construire une représentation commune et de s'ajuster à son patient. Or, il arrive souvent que les patients déments ne renvoient pas forcément de feed-back, ou alors un feed-back confus (D. Gabor, 2011)<sup>345</sup>. En l'absence de retour, le pharmacien va épuiser rapidement son énergie, et arrêter la communication, ce qui est selon moi une erreur grave : en effet, son silence peut être interprété comme un signe d'indifférence, voire de malveillance, il ne permet pas au patient d'entretenir ses facultés de langage et il altère son sentiment d'être considéré comme un être humain à part entière. Aussi, même face à un patient qui semble sans réaction, continuez de lui parler, de l'interroger, de le stimuler : cela s'ancrera en lui, qu'il vous réponde ou non, et marquera votre reconnaissance de son identité. Si vous ne savez pas quoi dire, vous pouvez simplement lui décrire ce que vous faites, pour l'intégrer dans sa propre prise en charge. Il y a également le **toucher** : il vient conclure la mise en relation. À chaque fois que l'on nous touche, notre cerveau juge ce toucher à partir de la mémoire, et en fonction de certaines caractéristiques nous le ressentons comme un **toucher validant/de reconnaissance**<sup>346</sup>, un **toucher agressif**<sup>347</sup> ou un **toucher utile**<sup>348</sup>. Attention, nous sommes capables d'accepter un toucher utile grâce à nos facultés cognitives (raisonnement, ...) qui nous permettent de comprendre le sens de ce toucher et sa nécessité. Les personnes démentes ayant une dégénérescence de leurs capacités cognitives, pourront difficilement comprendre (aux stades avancés) la nécessité d'un toucher utile, et alors le vivre comme une agression ou une punition, pouvant mener à des réactions violentes de défense ou d'attaque (D. Gabor, 2011 ; S. Grandjean, 2018). Nous retiendrons que le toucher peut être un atout pour renforcer le lien affectif avec le patient en faisant écho à des affects positifs : être proche de son patient physiquement, avoir des gestes doux et empreints de compassion, sont des alliés du pharmacien d'officine. Si vous êtes amenés à toucher votre patient pour des raisons médicales (blessure à examiner, aide pour se relever,...), il faudra opter pour des gestes qui relèvent plus de l'accompagnement et qui nécessitent absolument le consentement du patient (sauf urgence vitale). Pour finir, la **verticalité** : cette notion fait appel à quelque chose de plus vaste, l'autonomie. En effet, face à un patient perdant des facultés, notre réflexe sera de vouloir l'aider ; malheureusement il arrive souvent de confondre aider et « faire à la place de » (Y. Gineste, J. Pelissier, R. Marescotti ; 2007, 2008). Il est vital, pour les patients atteints de pathologies dégénératives, de ne pas devenir invalidant, en effectuant à leur place tout ce que vous pouvez faire, mais d'au contraire les encourager à l'action et à l'échange. Cette

---

345 Par exemple à l'officine, un patient dément qui ne va pas bien psychologiquement peut ne pas réussir à répondre ou à regarder le pharmacien qui tente d'interagir avec lui.

346 Un **toucher validant/de reconnaissance** peut être par exemple une poignée de main, une accolade, une embrassade,...

347 Un **toucher agressif** peut être un coup, un geste brusque (serrer fort le bras de l'autre,...), un geste qui fait mal avec l'intentionnalité qui va avec,...

348 Un **toucher utile** n'est ni agressif, ni agréable : il est nécessaire. La plupart des touchers effectués dans le cadre d'une relation de soin sont des touchers utiles (examen d'une plaie par le pharmacien, désinfection, manipulation d'un membre,...)

recherche d'autonomie et de reconnaissance passe par toutes les étapes de la vie du patient (s'habiller, manger, boire, marcher,...), et l'en priver revient à le dépersonnaliser et le désocialiser. Les proches et les soignants qui en arrivent à nier ce besoin d'autonomie et de compétence, le font souvent pour protéger le patient (éviter de se faire mal,...), or il faut bien garder à l'esprit que nous ne pouvons éviter tout risque : le patient doit garder au maximum le contrôle de sa propre existence (quand bien même nous saurions, en temps que soignant, faire « mieux » que lui certaines actions). Ainsi, évitez l'ingérence, et attendez le plus possible que le patient exprime une demande d'aide plutôt que de la lui imposer.

Ces éléments s'insèrent dans une démarche globale de réflexion sur le sens du soin et de la prise en charge des patients. Les professionnels de santé ne pratiquant pas correctement ces éléments ne sont pas à blâmer : il est difficile et non naturel d'adopter ces comportements, et il faut pour cela de l'entraînement et de la pratique.

Abordons à présent **la technique de la Validation** (N. Feil, 2005, 2009 ; F. Munsch et al, 2001, 2008 ; D. Gabor, 2011)<sup>349</sup>. Cette méthode, dont l'origine remonte à 1963, a été développée par Naomi Feil : elle propose l'ajustement de la communication verbale et non verbale aux capacités et dispositions des patients atteints de démence, tout en prônant une écoute empathique inspirée par C. Rogers (années 60). Cette méthode repose notamment sur la notion que l'âge extrême de la vieillesse sert à quelque chose : la personne très âgée a une tâche personnelle à accomplir. Comme le suggère N. Feil (2005, 2009) par métaphore, elle revisite la " maison de sa vie " pièce par pièce pour partir en laissant une maison propre. Ce n'est pas une tâche facile et certaines peuvent ne pas en venir à bout d'autant que la maison est encombrée et qu'elles cumulent des pertes de mémoire, une atteinte des fonctions sensorielles, des troubles de la motricité. Le but de cette technique est de maintenir la communication dans le prendre soin en développant une relation respectueuse de leur identité, en identifiant les états mentaux et émotions que les patients essaient de transmettre (discours ou comportements) et de les « valider » afin d'aboutir à un apaisement du patient ; ainsi, nous donnons du sens au comportement des patients qui en semblait pourtant dépourvu (F. Munsch et al, 2001, 2008 ; N. Feil, 2005, 2009).

Le pharmacien, pour pratiquer la Validation, doit être capable de mobiliser toutes ses ressources et son attention pour être à l'écoute de son patient, tout en se mettant fondamentalement en retrait. Il faut pouvoir lâcher prise de son propre savoir, de sa propre rationalité et de ses émotions pour faire un bout de chemin avec le patient dément, alors même que l'on ne sait pas où il va. L'authenticité et la congruence sont alors primordiales, car le patient hypersensible sentira très fortement un manque d'une des deux. Pour finir, la validation rappelle que ce que l'on appelle réalité est en fait la perception que nous en avons : ainsi, il est très important de considérer son

---

349 Nous remarquerons que cette technique fait fortement écho à la validation empathique, notion abordée dans la partie II-A. Ainsi, les éléments permettant de construire une bonne validation empathique sont utiles dans la mise en place de la technique de Validation.

patient non pas comme un « fou » à qui nous devons faire entendre raison, mais comme une personne vivant une réalité différente de la nôtre.

N. Feil distingue quatre phases au sein de l'étape de résolution (N. Feil, 2005, 2009 ; F. Munsch et al, 2001, 2008 ; D. Gabor, 2011). Tout d'abord, la **malorientation** : les patients situés dans cette étape sont encore orientés dans le temps et l'espace et respectent les conventions sociales mais expriment les conflits anciens sous des formes déguisées, en utilisant l'entourage comme des symboles du passé. Ils conservent une certaine autonomie, fabulent pour masquer leur trouble de mémoire, n'expriment pas leurs émotions, ne supportent pas un contact trop proche (visuel, physique). La posture est souvent raide, ils thésaurisent pour tenter de maîtriser les différentes pertes. Le déni de toute perte est caractéristique. Ensuite, la **confusion temporelle** : l'accumulation des pertes physiques et sociales conduit les personnes à se replier sur elles-mêmes, à perdre la notion des lieux et du temps. Elles ne se conforment plus aux codes sociaux et revivent des moments de leur passé en réactualisant des sentiments fondamentaux (amour, haine, peur, lutte pour l'identité, ...). Elles ne peuvent plus effectuer les actes de la vie quotidienne sans aide. Il y a également les **mouvements répétitifs** : les sentiments longtemps réprimés débordent ; les personnes dans cette phase perdent leur langage, elles produisent des sons préverbaux. Les mouvements archaïques répétitifs ont une fonction apaisante. Pour finir, l'**état végétatif** : la personne se ferme encore plus au monde extérieur. Elle ne réagit plus, ou presque plus aux stimuli extérieurs. Seule une qualité de présence lors d'entretiens utilisant les canaux sensoriels permettront peut-être de la rejoindre.

Voici maintenant quelques principes permettant une bonne mise en pratique de la validation, qui doivent être considérés comme des objectifs à atteindre par le pharmacien d'officine (N. Feil et V. Kerk-Rubin, 2009).

**Chaque personne malorientée ou désorientée est unique et a de la valeur** : il faut donc les traiter avec respect et considération. Par exemple à l'officine : appeler le patient par son nom (et surtout pas par des appellations impersonnelles, comme monsieur ou « il »).

**Chaque personne doit être acceptée comme elle est, sans volonté de notre part de la changer** : il ne faut pas essayer de raisonner ou de rejeter ce qu'exprime un patient, mais au contraire de l'aider à exprimer et satisfaire ses besoins. Par exemple à l'officine : un patient qui revient le lendemain pour que vous lui délivriez les médicaments que vous avez donné la veille : nous avons tendance à vouloir lui expliquer en détail ce qu'il s'est passé, qu'il n'en a pas besoin car il les a déjà. Or il arrive souvent que le patient exprime un manque et que son nouveau passage soit une forme d'expression de ce manque : peut-être revient-il vous voir car il a besoin de contact. Explorez ses besoins.

**L'écoute empathique crée la confiance, réduit l'anxiété et restaure le sentiment de dignité** : il faut ainsi partager les sentiments de la personne sans nous préoccuper de la réalité des faits. Les sentiments douloureux qui sont exprimés, reconnus et validés par un interlocuteur de confiance s'apaisent. Par exemple à l'officine, un

patient qui exprime de la colère et du désespoir par rapport à l'évolution de sa maladie, pourra se sentir nié si on lui dit qu'on comprend (sans rien ajouter), ou que tout va bien se passer. Lui poser des questions sur sa maladie, ou lui changer les idées (ce qu'il aime faire comme activité, est-ce qu'il la pratique en ce moment, ect...), est souvent plus pertinent.

**Avoir conscience que la raison sous-jacente au comportement d'une personne malorientée ou désorientée peut être l'un ou plusieurs des besoins fondamentaux**<sup>350</sup>. Il peut donc arriver que ces patients soient attirés dans le passé ou s'échappent dans une autre réalité dans le but de satisfaire ces besoins. C'est pourquoi il ne faut pas démanteler leur réalité, mais l'utiliser pour comprendre le besoin sous-jacent et aider si possible à sa satisfaction. Si ce n'est pas l'expression de besoins, il peut s'agir de représentations et d'expériences passées qui remontent à la surface, comme des conflits non résolus. Par exemple, le patient qui va vous confondre avec quelqu'un d'autre, de son passé : au lieu de le corriger, écoutez le, vous pourrez peut être l'aider à extérioriser des souffrances anciennes qui lui pèsent sur le cœur et qui souhaitent s'exprimer.

**Lorsque la mémoire des faits récents et les capacités d'expression diminuent, les personnes désorientées font appel à des comportements appris dans l'enfance.** Il s'agit de se mettre sur la même longueur d'onde que les patients, pour pouvoir expliquer leurs comportements semblant parfois illogiques ou enfantins. Par exemple, ce patient qui faisait en boucle des claquements de langue au comptoir, ce qui agaçait profondément sa femme qui pensait qu'il faisait exprès pour l'énerver : il avait en fait juste très soif, à cause du trajet entre chez eux et la pharmacie. À partir du moment où cela a été compris par la pharmacienne, elle lui donnait un verre d'eau à chaque fois qu'il venait, et il n'a plus claqué la langue.

**Les symboles personnels, qui sont utilisés par les personnes désorientées, sont des personnes ou des objets du présent qui représentent des personnes, objets ou concepts du passé chargés d'émotion.** Cela ne doit jamais faire l'objet d'un jugement ou d'une moquerie, mais au contraire doit permettre de mieux comprendre les émotions et les besoins des patients. Par exemple, cette patiente qui venait toujours avec une poupée : sa fille lui manquait beaucoup et elle la voyait peu, elle projetait l'image de sa fille dans cette poupée dont elle refusait de se séparer.

**Les patients mal ou désorientés vivent avec plusieurs niveaux de conscience, souvent simultanément.** Nous noterons qu'il ne faut jamais mentir à un patient, car au fond il connaît la vérité. Par exemple, ce patient très âgé venant chercher ses parents à la pharmacie, et lorsque nous lui demandions où étaient ses parents, il nous répondait qu'ils étaient morts (ce qui est le cas).

---

350 Ces besoins peuvent être par exemple : la résolution de tâches inachevées, vivre en paix, restaurer la sensation d'équilibre quand la vue, ouïe, mobilité et mémoire font défaut, donner du sens à une réalité insupportable, trouver un lieu rassurant, confortable avec des personnes familières, avoir de la reconnaissance, un statut, une identité et de l'estime de soi, être utile et productif, exprimer ses émotions, être « nourri » et stimulé (physiquement et psychologiquement), se sentir en sécurité plutôt qu'être immobilisé et contraint, réduire la douleur/ l'inconfort, ... (N. Feil et V. Kerk-Rubin, 2009).

**Lorsqu'un ou plusieurs de leurs sens sont touchés, les personnes mal ou désorientées stimulent et utilisent leurs « sens intérieurs ».** Il faut donc accepter ce qu'ils vivent, mais que nous ne percevons pas, comme leur réalité personnelle. Par exemple, ce patient qui entendait ses enfants rire. Ses enfants sont adultes et vivent loin, mais il les aime profondément et ils lui manquent.

**Des événements, émotions, couleurs, sons, odeurs, goûts ou images du présent peuvent facilement réveiller des souvenirs de choses passées associées aux mêmes émotions.** Il faut accepter sans jugements que les événements actuels puissent faire office de déclencheurs, et comprendre ce que vit le patient. Par exemple, ce patient qui criait à chaque fois que la pharmacienne s'approchait de lui : il avait été victime de violences médicales durant la guerre d'Algérie et avait très peur des blouses blanches.

### 3 - Étude de cas

Nous allons maintenant illustrer ces notions par l'étude d'un cas de patient atteint d'une maladie d'Alzheimer, dont la prise en charge a pu être plus pertinente grâce à l'utilisation de la validation et de la méthodologie Gineste-Marescotti. Ce patient a été pris en charge dans une officine où j'exerçais en tant qu'étudiante en pharmacie. J'ai suivi ce patient de 2017 à 2019.

**Présentation du patient :** Monsieur R, 72 ans, de sexe masculin, niveau de vie moyen, est patient depuis plus de 15 ans. Il ne prenait qu'un comprimé de bisoprolol 3,75mg le matin pour réguler sa tension. Il commence à développer des troubles de la mémoire fin 2017, et l'évocation de la maladie d'Alzheimer est rapidement faite par son médecin.

**Evolution de la maladie :** Au début, il n'a présenté que des troubles cognitifs légers (légères pertes de mémoire, absences courtes, désorientation légère) de fin 2017 à décembre 2018, évoluant très progressivement. À partir du début d'année 2019, son état s'est subitement aggravé (dégradation général des capacités cognitives), passant de troubles légers à des troubles très graves (comportements à risque, comportement d'agitation pathologique, désorientation totale,...), ayant mené à son placement en EHPAD spécialisé en Juin 2019 et son décès en Août 2019. Il a d'abord été traité par Rivastigmine, puis en association avec de la Mémentine, sans résultats probants.

**Intérêts de la prise en charge non médicamenteuse :** Selon les dires du patient lui-même, nous avons pu lui apporter énormément d'un point de vue bien-être, de plusieurs manières dont voici des exemples.

Il souffrait énormément de la dégradation progressive de ses capacités cognitives. Très fier et bienveillant, il n'osait pas en parler à ses proches, de peur de les inquiéter et de faire peser sur eux sa maladie et sa souffrance. J'étais donc son interlocutrice principale, car nous avons noué un lien fort. « Vous savez, je ne peux en parler qu'à vous, je ne veux pas les inquiéter. Ça me fait du bien de pouvoir vider mon sac, je me sens plus léger quand je pars de chez vous ». Pouvoir s'exprimer librement, se sentir

écouté, pouvoir discuter de la maladie très franchement sans minimiser les symptômes et l'évolution, pouvoir entendre mon expérience (acquises par des discussions avec d'autres patients atteints par la même maladie), se voir proposer des astuces et des conseils, l'aidait beaucoup à garder le moral et continuer le traitement. Lorsqu'il a commencé à avoir des troubles réguliers de la mémoire (courant 2018), son humeur a commencé à s'obscurcir, lui qui était auparavant toujours joyeux. Il perdait confiance en lui et en ses capacités, et se dévalorisait énormément au comptoir. Je lui ai donc proposé un jeu : tenter de se rappeler de détails à l'aide d'indices et de questions, plutôt que de se focaliser sur ce qu'il oubliait. Par exemple : quel est votre fruit préféré ? Il n'a pas su me citer le nom du fruit (difficultés d'associations des mots aux objets), ce qui l'a immédiatement agacé : nous avons donc avancé progressivement, en stimulant au maximum les souvenirs liés à des affects, des sensations, des émotions (« est-ce que sa couleur est chaude ou froide ? Est-ce que quand vous croquez dedans il y a beaucoup de jus ? Est-ce que quand vous le mangez, vos dents heurtent des grains ou un noyau,... »). Nous avons continué ce jeu jusqu'en Février 2019 (moment où il a cessé de venir lui-même à l'officine). Le but était de l'aider à se remémorer ce qu'il aimait faire, les lieux qu'il avait aimé visiter (en lui demandant de raconter un souvenir associé : les couleurs, les sons, les odeurs, les sensations,...), les endroits et les choses qu'il aimerait faire par la suite, les aliments qu'il préférait, les gens auxquels il tenait,... Stimuler ainsi sa mémoire lui permettait de lutter contre sa dépression, en prenant conscience qu'il se rappelait en fait de beaucoup de choses, mais simplement d'une manière différente. Ce jeu lui a permis à un moment où il en avait particulièrement besoin, de remonter son estime de lui-même, de stimuler son indulgence, et de favoriser l'apparition d'émotions positives, participant beaucoup à son équilibre psychologique et son bien-être. Cela a également amélioré ses échanges avec ses proches, puisqu'au lieu de se murer dans le silence pour taire ses douleurs et souffrances, il continuait avec eux à la maison le jeu, se remémorant tous ensemble des souvenirs doux et joyeux.

Perdre ses capacités cognitives rend extrêmement vulnérable. Les professionnels de santé se doivent d'être honnêtes et droits, aidants et bienveillants, car ces patients sont souvent en détresse et doivent se retrouver face à des gens qui ne profiteront pas de leur faiblesse. Ce patient m'a fait part au dernier trimestre 2018, du fait que nous étions le seul commerce auquel il allait systématiquement seul, car il avait peur de se tromper avec la monnaie ailleurs ou d'oublier ce qu'il avait acheté, mais qu'il savait que nous, nous n'en profiterions pour le voler. Avoir une confiance totale en nous lui permettait de continuer à sortir, de conserver jusqu'au bout une certaine autonomie concernant la gestion de sa santé (nous préparions son pilulier ensemble, des méthodes pour qu'il se rappelle de bien le prendre, etc... pour que sa femme y soit le moins possible confrontée, selon sa volonté).

Dans le courant Mars 2019, je me rappelle d'une fois où il me répondit « Tu sais, Catherine (sa fille), je suis vraiment désolé pour ce que j'ai fait ». Je lui demandai alors pourquoi il était désolé (le but n'étant pas de me faire passer pour sa fille, mais d'explorer son besoin). Il me répondit « ben tu sais bien, je n'ai pas su être présent

pour toi quand tu as divorcé, j'ai un peu fait l'autruche. Le divorce de mon frère (décédé à ce moment là, et c'est son frère qui l'avait élevé) m'avait tellement perturbé, et quand tu as quitté \*\* ça m'y faisait trop penser, je pouvais pas te voir comme ça. ». Je lui ai donc demandé s'il se sentait d'accord de m'écrire tout ce qu'il venait de me dire (je savais qu'il avait une grande passion pour l'écriture, notamment l'écriture de lettre), ce qu'il a fait. Nous avons ensuite convenu de donner cette lettre à sa fille, dans un moment où il avait une meilleure conscience de lui et de sa temporalité : nous n'avons jamais reparlé de cet épisode où il m'avait confondu avec sa fille.

Nous avons pu, je l'espère, apporter une aide dans le maintien d'un certain équilibre et bien-être chez ce patient, rendant la maladie un peu moins douloureuse et difficile à vivre. Je me suis bien sûr impliquée énormément avec ce patient, peut être « trop » selon l'avis de certains : mais notre implication doit dépendre de notre temps et de notre volonté, et elle m'apportait plus que ce qu'elle ne me coûtait. Savoir s'investir émotionnellement, tout en ayant conscience des finalités et limites de la relation et de la maladie, est une qualité primordiale dans notre métier (et de toute façon nous nous attacherons forcément à certains patients au-delà du lien soignant-patient, c'est le propre de l'être humain). Perdre un patient avec qui nous avons eu une relation forte est certes très difficile, mais je reste persuadée que nous ne pouvons espérer soigner sans affects, et c'est toute la richesse et la diversité des relations humaines qui rendent le métier de pharmacien si intéressant.

## B - Technique de confusion : exemple du patient addict

De part leurs spécificités, les patients addicts sont très difficiles à prendre en charge. Les pharmaciens d'officine n'ont pas vraiment de formations sur le sujet, pourtant ils sont en première ligne au comptoir face aux crises de manque et autres comportements problématiques. De plus, face à une méfiance et une détresse majeure, les pharmaciens se sentent souvent démunis face aux addicts, et ces derniers se sentent souvent méprisés, peu écoutés voir abandonnés. Ainsi, mieux connaître les mécanismes de l'addiction et se familiariser avec la technique de confusion aidera les pharmaciens dans la prise en charge, avec bienveillance et sans jugement, de ces patients, qui la méritent au même titre que tous les autres.

### 1 - Présentation de l'addiction

Le terme d'addiction fait son apparition dès les années 90, notamment dans le milieu médical. A. Goodman (1990) la décrit comme un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives. N'est donc pas addict tout consommateur. L'addiction désigne donc autant la dépendance d'un individu à une ou plusieurs substances, licites et/ou illicites qu'à une activité ou un comportement répétitif, conduisant à (INSERM<sup>351</sup>, 2020) :

- Une **perte de contrôle** au niveau de la consommation / pratique (pouvant amener à de nombreuses conduites à risque)
- Une **modification de l'équilibre émotionnel**
- Des **troubles d'ordre médical**, des complications à long terme
- Des **perturbations de la vie** personnelle et professionnelle

La consommation de pratiques (jeux, sexe,...) ou substances addictives (drogues, ...) provoque un effet immédiat sur les perceptions, l'humeur et le comportement, à un degré variable, et expose à un risque de dépendance plus ou moins rapide et sévère. Actuellement, une éventuelle distinction entre les diverses formes d'addictions tend à s'effacer, ces dernières ayant relativement toutes le même mécanisme (INSERM, 2020). Il existe deux types de facteurs de risques concernant l'addiction : **individuels**<sup>352</sup> et **environnementaux**<sup>353</sup>.

L'addiction s'installe selon trois stades successifs (INSERM, 2020).

---

351 INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale.

352 Concernant les facteurs de risques **individuels** : l'âge, le sexe, la maturité cérébrale, la personnalité et l'humeur jouent un rôle important sur le risque d'un individu à l'addiction. Plus la consommation commence tôt, plus le risque de développer une addiction augmente. De même, les troubles psychologiques peuvent favoriser l'addiction, notamment chez les patients dépressifs ou anxieux. Pour finir, le niveau d'activité des neurotransmetteurs varie selon l'individu, et peut constituer une vulnérabilité au risque d'addiction ; il dépend principalement de facteurs génétiques (INSERM, 2020).

353 Les facteurs de risques **environnementaux** correspondent à l'influence de l'environnement (stress, contexte social et amical, présence de troubles psychiques...) pouvant pousser à l'addiction.

La première étape est la **recherche du plaisir**. En effet, la substance consommée (ou la pratique réalisée) stimule l'activation du circuit cérébral de la récompense<sup>354</sup>. La répétition de la consommation va conditionner le consommateur, qui va progressivement commencer à faire l'expérience de décharges de dopamine<sup>355</sup> par anticipation, prédisant l'arrivée de la récompense. Ainsi, la reproduction de la situation (environnement ou état mental) associée à la consommation ou à la pratique va favoriser une nouvelle consommation. D'autres systèmes de neurotransmission sont modifiés en parallèle, sérotonine, endorphine : ils deviennent moins sensibles aux molécules endogènes habituellement impliquées dans l'antalgie et la sensation de bien-être, et leur production naturelle diminue. Dès lors, le plaisir n'est plus obtenu que par l'apport de la substance extérieure, ce qui induit une augmentation de la tolérance à cette substance et une sensation de manque dès l'arrêt de sa consommation (INSERM, 2020).

La seconde étape est un **état émotionnel négatif**. Le taux de dopamine libéré à chaque consommation va diminuer progressivement, rendant le circuit de récompense beaucoup moins sensible à tout ce qui le stimule habituellement : tout devient alors moins motivant, moins stimulant, le consommateur prend de moins en moins de plaisir aux activités de sa vie quotidienne et ressent de moins en moins de plaisir. Par ailleurs, les décharges répétées de dopamine conduisent à une modification du fonctionnement de l'amygdale cérébrale<sup>356</sup>, rendant l'individu plus stressé, avec des émotions plus négatives. À ce stade, la consommation ou la pratique excessive vise donc à sortir d'un état émotionnel négatif, et non plus à prendre du plaisir. Cette phase est en outre associée à une perte progressive de la plasticité cérébrale (INSERM, 2020).

La dernière étape est la **perte de contrôle**. Durant ce troisième stade, l'altération des circuits de la récompense et des émotions est telle que des processus contrôlés par le cortex préfrontal sont modifiés : il s'agit notamment des capacités d'autorégulation, de la prise de décision ou de la capacité à résister aux envies de consommer. Ce stade de perte de contrôle (ou *craving*) explique les rechutes répétées, même lorsque le désir d'arrêter est sincère (INSERM, 2020). Le patient est plus ou moins conscient des changements qui s'opèrent en lui, et perd petit à petit le contrôle de la situation ; cette perte de contrôle et les comportements non voulus qui s'ensuivent amènent souvent à un fort sentiment d'aliénation de soi (« je ne me reconnais plus »), qui pousse au déclenchement de nombreux mécanismes de défense pour réussir à maintenir une cohérence minimale de la structure du soi (déli, autodépréciation, clivage, dissociation, ect...). Une personne addict et/ou sous influence devient centrée sur elle-même, peut se trouver dans un état de conscience altéré et être peu

---

354 Ce circuit repose sur l'activité de la dopamine dans le noyau accumbens, qui entretient des relations étroites avec d'autres structures cérébrales impliquées dans le mécanisme du plaisir (cortex préfrontal, système limbique, ect...). Pour aller plus loin, voir l'article sur le sujet de M. Pessiglione (2014).

355 La dopamine est le principal neurotransmetteur (donc messenger) du système de récompense.

356 L'amygdale cérébrale est en quelque sorte le système d'alerte du corps : elle traite les informations sensorielles et conditionnent les réponses comportementales et végétatives qui en découlent (notamment pour la peur et l'anxiété).

consciente des personnes qui l'entoure, et peut être amenée à dire ou faire des choses qui ne reflètent ni ce qu'elle est, ni le fond de sa pensée.

**Le syndrome de manque** peut pousser le patient dans des retranchements extrêmes<sup>357</sup>. Il a des **conséquences physiques** : le corps étant habitué au toxique, son arrêt total va totalement bouleverser l'équilibre déjà précaire des systèmes vus ci-dessus, pouvant provoquer des réactions parfois impressionnantes et extrêmes (nausées et vomissements, sudation excessive, vertiges, hallucinations, psychoses, douleurs...) (HAS, 1998). Il faut aussi citer les **conséquences psychologiques** : au-delà des bouleversements biologiques amenant à des symptômes psychiques, le manque (et souvent uniquement son anticipation) va pousser le sujet vers la crise d'angoisse, et l'exacerbation des émotions et projections négatives. Le manque va pousser le consommateur à mettre en œuvre tous les moyens à sa disposition pour pallier à ce manque et remettre la main sur le toxique<sup>358</sup>. Chaque personne sera différente au niveau de ses comportements bien sûr, mais selon moi il est très important de considérer l'impériosité exercée par la biologie chez les patients addicts, et à quel point l'état de manque peut perturber leur fonctionnement normal : un addict lourd en crise de manque sera incapable de réfléchir et de se contrôler, et vous ne devez pas l'aborder comme un individu ayant un fonctionnement cognitif et biologique normal.

Actuellement, les **représentations sociales** des addictions semblent osciller entre deux pôles : addiction - maladie individuelle ou addiction - fléau social (O. Taïeb et T. Baubet, 2001). De manière général, la société associe souvent de nombreux stéréotypes et représentations négatives des addicts (faibles, sans volonté de s'en sortir, fragiles, sales, sans emploi, sans cercle social, sans avenir, manipulateurs, impulsifs, bruyants...) : ces derniers, quand ils sont reconnus comme subissant une addiction, sont souvent stigmatisés et ne reçoivent pas toujours l'aide médicale et la considération adéquates (C. Joye, 2009 ; O. Taïeb et T. Baubet, 2001). Il y a une forme de généralisation de ce qu'est un addict (ce sont tous les mêmes), à cause de leurs spécificités de fonctionnement, et le jugement (parfois sans fondement) n'est jamais bien loin<sup>359</sup>.

Le caractère impulsif des addicts, leurs exigences, les nombreuses rechutes sont autant d'éléments qui en plus d'accentuer ces représentations négatives, peuvent être

---

357 Peu de textes proposent le détail concret des conséquences du syndrome de manque. Les conséquences présentées ici sont mes déductions logiques découlant du mécanisme d'addiction, donc les conséquences logiques découlant de l'arrêt de la consommation, ainsi que de mon expérience professionnelle.

358 Selon moi, une image intéressante est celle d'une personne affamée, qui n'a pas mangé depuis longtemps : tout le fonctionnement du sujet (physique et psychologique) va s'articuler vers la recherche de la nourriture : il ne va penser qu'à ça, ses humeurs vont être très variables (avec une tendance à l'agressivité), ses sens seront exacerbés pour optimiser la recherche de nourriture (meilleur odorat, plus d'acuité visuelle,...), et son fonctionnement cognitif va strictement s'orienter autour de la recherche de nourriture. La personne en manque va subir exactement le même mécanisme .

359 Il est intéressant de remarquer que toutes les pratiques addictives ne sont pas connotées socialement de la même façon (une consommation régulière festive sera souvent mieux perçue qu'une consommation seul à domicile, alors que les deux peuvent relever de l'addiction et présenter des dangers similaires) (C. Joye, 2009 ; O. Taïeb et T. Baubet, 2001 ; INSERM, 2020).

une source d'anxiété et de fatigue chez les professionnels de santé qui les prennent en charge (C. Joye, 2009 ; C. Maillard, 2012 ; S. Megherbi, 2006 ; O. Taïeb, T. Baudet, 2001)<sup>360</sup>. Tous ces paramètres rendent la relation soignant – patient fragile, la confiance mutuelle est très difficile à établir, et le moindre pas de travers d'une des deux parties peut mener à la rupture de l'alliance thérapeutique, voir parfois des comportements menaçants et/ou violents tels que le harcèlement du médecin et du pharmacien ou les agressions (M. Schalckens-Fuks, 1997). Selon mon expérience, les patients addicts, eux, ont souvent la sensation d'être seuls et incompris, négligés et jugés, abandonnés et en souffrance, ce qui va participer à leur mal-être et limiter leurs recours au système de soin pour essayer de s'en sortir. Ceci ajouté à la honte de la consommation et des comportements, il paraît logique que beaucoup d'addicts se cachent plutôt que de chercher de l'aide, et entretiennent une méfiance accrue envers le reste du monde, et notamment le personnel soignant. Nous pouvons facilement constater à quel point le cercle est ici vicieux : chacun s'avance à chaque fois un peu plus dans l'extrême, poussant l'autre à « la faute », ce qui aggrave les représentations négatives, etc..., rendant ainsi une prise en charge déjà difficile encore plus complexe, où chacun ressent souvent un grand sentiment d'impuissance.

B. Marc et G. Simon (2002) déclarent que l'accueil du patient, ainsi que la manière dont il se fait, est primordial pour la suite car c'est « l'amorce du soin » et c'est à ce moment que la relation débute. C'est pourquoi, il est important selon moi de ne pas voir le patient addict uniquement comme un utilisateur de drogues, mais de le considérer comme une personne à part entière, sans jugement : c'est la confiance qui aidera votre patient à s'ouvrir, à être franc et honnête avec vous (concernant sa situation, sa consommation), à rester motivé et impliqué dans le traitement (bonne observance,...)<sup>361</sup>.

Nous avons constaté l'évolution des structures de **prises en charge des patients addicts** depuis de nombreuses années, avec notamment l'émergence et la multiplication des CSAPA<sup>362</sup> ; de nouvelles prises en charge sont proposées comprenant des composantes médicales (médicaments,...), psychologiques (thérapie cognitive, comportementale, psychodynamique,...) et sociales (réinsertion, soutien de groupes, soutien juridique,...) (HAS, 2019). En effet, la prise en charge d'une addiction doit être multidisciplinaire pour être efficace. Le succès dépend essentiellement de la motivation du patient à se sevrer, puis de l'amélioration durable de ses conditions de vie et de son estime de soi, mais il est certain que l'attitude des soignants peut fortement influencer ces patients déjà fragiles.

---

360 Ces représentations négatives et stéréotypées sont très répandues parmi les professionnels de santé, comme le montrent de nombreuses études (M. McLaughlin et B. Long, 1996 ; S. Peckover et R. Chidlaw, 2007 ; W. Gerace et al., 1995) : il suffit d'ailleurs de faire le tour des pharmaciens d'officine pour s'en apercevoir, et à leur décharge, la difficulté de la prise en charge et le manque de formation ne peut que favoriser l'apparition de conflits entre pharmaciens et addicts.

361 Pour aller plus loin : voir l'article très riche sur les stratégies de soins des toxicomanes (S. Megherbi, 2006).

362 CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

Concernant les **traitements médicamenteux**<sup>363</sup> utilisés dans l'addiction, il est important d'insister sur le fait qu'ils doivent être utilisés avec parcimonies et selon les patients, car le but n'est surtout pas de remplacer une addiction par une autre. Il faudra privilégier ceux qui ont le plus faible potentiel addictogène, comme les antidépresseurs, et éviter ceux qui au contraire ont tendance à créer des addictions, comme les hypnotiques ou les benzodiazépines<sup>364</sup>. **Au delà des médicaments**, et de part la discontinuité du soi fréquente chez les addicts<sup>365</sup>, le pharmacien doit être particulièrement attentif aux expériences subjectives de son patient, et ainsi être capable de repérer ces formes de discontinuité pour l'**aider à retrouver une cohésion de soi et une congruence / cohérence** entre ce qu'il vit et ce qu'il est<sup>366</sup>.

Cela dit, il ne faut pas non plus vous oublier dans le processus : le pharmacien n'est pas là pour subir et souffrir non plus. Il peut être intéressant, dans la prise en charge du patient addict, d'évoquer la **notion de contrat** vu précédemment : le contrat peut, en plus de définir le cadre et les limites, permettre la formulation des besoins de chacun et des objectifs à accomplir pour le patient (A. Bateman et P. Fonagy, 2006, 2019). Un contrat peut être réalisé dans toutes les prises en charge complexes, mais il est particulièrement intéressant dans le cadre de la prise en charge d'une addiction. Dans l'idéal, il doit comporter les **obligations** de chacun<sup>367</sup>, les **limites**<sup>368</sup> dont le franchissement amènera possiblement à la rupture de l'alliance thérapeutique ainsi

---

363 La plupart des **traitements médicamenteux** contre les addictions sont (VIDAL) :

- Des produits agissant directement au niveau du centre de la récompense (*par exemple : SELINCRO nalméfène*)
- Des produits diminuant l'envie irrésistible de consommer en diminuant la transmission de l'information (*par exemple : BACLOCUR Baclofène*)
- Des produits ayant pour but de dégoûter le patient du toxique, une fois le sevrage effectué (*par exemple, le Disulfirame*)
- Des produits de substitution, ayant une structure en partie commune avec les toxiques à l'origine de l'addiction, mais dont on a retiré une partie pour en limiter les effets. Ce mécanisme explique la forte dépendance que peuvent entretenir dans anciens toxicomanes avec leurs médicaments de substitution, pouvant amener à des crises de manques assez impressionnantes (*par exemple : SUBUTEX buprénorphine, Méthadone, ...*)
- Des médicaments symptomatiques, palliant des troubles psychiques ou physiques découlant plus ou moins de l'addiction (ou pouvant lui être antérieur) (*anxiolytiques, antidépresseurs,...*).

364 Pour aller plus loin, consulter l'article sur les médicaments à risque d'usage détourné et de dépense (AMELI, 2023).

365 Cette discontinuité s'exprime souvent par un sentiment d'aliénation, des mécanismes de défense hypertrophiés, une sensation de diffusion et fragmentation de l'identité... Elle est expliquée par la perte de contrôle et les dysrégulations des mécanismes biochimiques qui caractérise l'addiction.

366 Par exemple, lors d'un comportement agressif : « êtes vous sûr que vous voulez que cela se passe comme ça ? » . Interrogez le patient sur ce qu'il est, ce qu'il veut, plutôt que de le rejeter frontalement.

367 Voici quelques exemples. Pour le patient : avoir des ordonnances valables à chaque venue, venir toujours dans la même pharmacie (ou prévenir s'il va ailleurs), respecter les modalités de prescription et délivrance (à la semaine, à la quinzaine, ou moins,...), respecter les rendez-vous avec le médecin addictologue, être franc et honnête avec vous,... Pour le pharmacien : avoir une posture non-jugeante et respectueuse, faire preuve d'empathie, être une aide dans les situations d'urgence (dépannage occasionnel d'un comprimé par exemple),...

368 Par exemple, vous pouvez exprimer que tout comportement violent (violence physique, harcèlement, ...) entraînera cette rupture de prise en charge.

que les **objectifs**<sup>369</sup> (A. Bateman et P. Fonagy, 2006, 2019 ; P. Watzlawick, 2014). Certains patients acceptent les réglementations sans poser de questions, d'autres auront l'apparence d'y donner leur accord, alors qu'en réalité ils se préparent à les ignorer et ont l'impression qu'elles ne s'appliqueront pas à eux. D'autres encore vont se confronter à ces règles qu'ils jugent autoritaires, impossibles à appliquer et extrêmement restrictives, estimant qu'elles ne les conduiront inéluctablement qu'à de nouveaux échecs humiliants (A. Bateman et P. Fonagy, 2006, 2019 ; P. Watzlawick, 2014). Quelle que soit la réaction, le pharmacien doit discuter des raisons profondes des recommandations et explorer la réaction du patient face à celles-ci. Le patient addict est souvent soumis à de grandes fluctuations d'états mentaux et émotionnels (manque, angoisse,...) et ainsi peut convenir des termes d'un contrat à un moment donné et ne plus posséder la même compétence à un autre pour honorer le contrat. Sans forcément le mentionner, il faut bien garder à l'esprit que le patient ne pourra sans doute pas respecter toutes les règles à chaque instant de sa vie et de vos échanges, et, dans la limite de l'acceptable, il faudra faire preuve d'indulgence et de revalorisation du patient en cas d'échec (A. Bateman et P. Fonagy, 2006, 2019)<sup>370</sup>. Il existe plusieurs dangers inhérents à l'établissement d'un contrat : les pharmaciens introduisent souvent la notion de contrat pour mettre la pression sur un individu afin de contrôler des comportements qui pourraient nuire au traitement, ce qui est une erreur de positionnement : le contrat doit être établi pour optimiser la prise en charge, protéger votre patient ainsi que vous même, et non pour le contrôler et le dominer. Pour finir, si le contrat échoue, vous avez le droit de vous retirer d'une relation avec un patient si vous l'estimez dangereuse et menaçante pour lui ou pour vous, mais cela doit être annoncé clairement, expliqué et il est nécessaire d'offrir une aide alternative (A. Bateman et P. Fonagy, 2006, 2019)<sup>371</sup>.

## 2 - Présentation de la technique

La prise en charge des addicts est un réel défi pour les pharmaciens, peu formés aux interactions excessives ou agressives, qui se retrouvent souvent démunis et anxieux : il est donc primordial de leur donner des clefs pour une prise en charge plus efficace, et aussi pour pouvoir se protéger de la violence que peuvent exprimer ces patients. Nous prendrons ici une situation particulière, celle du patient addict en crise de manque à la pharmacie. Un patient addict en crise de manque, comme nous l'avons

---

369 Attention, ces derniers doivent être clairs et réalisables, car des objectifs trop flous, lointains, ou encore trop utopistes ne peuvent mener qu'à des échecs qui entretiendront la mauvaise estime et l'autodépréciation du patient (syndrome d'utopie), ainsi que sa souffrance et favoriseront l'idée de la vacuité de la prise en charge (P. Watzlawick, 2014). Ainsi, nous remarquerons que le fait de percevoir un but comme étant accessible est un facteur motivationnel fort. De plus, l'accomplissement des objectifs restaurera l'estime et la confiance en soi du patient, en plus de consolider votre relation de confiance.

370 Par exemple, si votre patient reprend de la cocaïne malgré la règle interdisant toute consommation, il faut l'aider à accepter le fait qu'un écart peut arriver, que personne n'est parfait et qu'une erreur ne le définit pas

371 Par exemple : « vous devenez violent avec moi, et je vois bien que vous prenez bien plus que les dosages prescrits, je ne peux plus continuer votre prise en charge. Je pense qu'il vous faut obtenir une aide différente, car moi je n'arrive pas à vous aider. Voici l'adresse de .... En attendant, nous ne pourrons plus vous servir dans ces conditions. »

vu, voit son univers entièrement orienté vers la recherche de drogue : nous n'avons plus affaire à une personne en capacité normale de réflexion et de raisonnement, la mentalisation est absente. Le patient, incapable de voir le monde à travers les yeux des autres, ne pourra faire place qu'à sa propre réalité ; ses discours et comportements peuvent alors vous paraître absurdes, ou vous conduire à de mauvaises interprétations de ses besoins et ses états mentaux. Il faut bien rester conscient que dans une situation de crise, tout ce que peut extérioriser votre patient ne représente pas forcément ses « vrais » souhaits ou convictions, ni ce qu'il est, mais représente la souffrance et la détresse internes qu'il ressent : vous n'êtes pas l'ennemi, tout ce qui est extérieur à lui (reflet de ce qu'il vit à l'intérieur de lui) est l'ennemi, idée accentuée par les préjugés et représentations négatives qu'il subit régulièrement à cause de son addiction. Mais alors, comment réussir à reprendre le contrôle d'une situation incontrôlable, dans laquelle la réalité du patient est immuable ? Comment raisonner quelqu'un qui ne peut être raisonné ?

Une technique particulièrement intéressante dans ce genre de situation de crise est celle de l'induction hypnotique, appelée par la suite **technique de confusion** (P. Watzlawick, 2014), élaborée par M. Erickson (années 50), très efficace sur les patients agressifs ou menaçants. Dans toute situation, nous anticipons les actions et réactions de l'autre, notamment grâce aux conventions sociales. Certains comportements nous semblent des réponses conventionnelles évidentes<sup>372</sup>, et sont souvent conditionnés par le contexte, le cadre, la situation, les statuts de chacun des protagonistes. La technique de confusion repose sur le fait d'adopter un comportement ou une réaction très différents de ce qui aurait constitué une réponse conventionnelle classique dans une situation précise, ce qui permettra un recadrage efficace. Il y a trois manières d'utiliser cette technique : **ignorer totalement un fait comme s'il était inexistant, dire quelque chose de profondément absurde** ou encore **dire quelque chose de profondément évident** (P. Watzlawick, 2014)<sup>373</sup>. Quelque soit la manière choisie, il en résulte une confusion dans l'esprit de l'interlocuteur, qu'il ne parviendra pas à dissiper immédiatement (puisqu'il ne possède pas les informations nécessaires pour rassembler les pièces du puzzle dans un nouveau cadre de référence compréhensible)<sup>374</sup>. C'est là que vous pourrez reprendre le contrôle de la situation, en lui offrant un nouveau cadre qui vous convient et qui orientera la relation dans une direction plus sereine. La confusion, en préparant la situation pour un recadrage, devient ainsi une étape importante dans le processus permettant d'effectuer un changement 2 (P. Watzlawick, 2014). Ainsi, votre

---

372 Par exemple, s'excuser quand on bouscule quelqu'un.

373 Un message d'une évidence désarçonnante peut permettre d'arriver au recadrage en se retirant du cadre hostile où on avait été placé, car la personne va chercher à déterminer le sens profond (inexistant) de vos paroles, et ainsi sortir d'un état mental problématique (P. Watzlawick, 2014).

374 Comme le fait remarquer M. Erickson (années 50), le cerveau humain est en perpétuelle recherche de sens et de congruence, et tolère très mal la dissonance cognitive (informations simultanées incompatibles entre elles, créant un état de tension). Ainsi, le besoin d'échapper à la confusion, en trouvant un nouveau cadre, donne au sujet une envie et une facilité particulières à s'accrocher à toute bribe d'information concrète qui lui parvient ensuite pouvant l'aider à structurer son monde.

but est de créer un effet de surprise, faisant sortir le patient d'un état mental imperméable à votre action, d'attirer son attention vers le monde extérieur plutôt que sur son monde intérieur, et de l'ouvrir aux perspectives alternatives permettant de sortir du conflit. Employer la confusion, c'est oser être créatif, c'est stimuler chez le patient des ressources inédites par une approche inattendue et originale, en utilisant une rhétorique inhabituelle, étrangère aux schémas cognitifs qui lui sont généralement familiers (R. Etienne, 2021). Attention, pour que cette technique fonctionne, vous devez être suffisamment convainquant : si le patient ressent votre manque d'assurance ou a l'impression que vous vous moquez de lui, cela risquera de ne pas fonctionner (P. Watzlawick, 2014). Il faut donc croire en ce que vous dites, et agir vite ensuite : une fois le patient plongé dans la confusion, vous devez immédiatement saisir votre chance et instiller en lui un nouveau cadre. Si vous attendez trop, vous prenez le risque de le voir réfléchir et trouver par lui-même une interprétation de la situation, qui ne vous conviendra peut-être pas. Il faut oser se lancer : dans une situation critique, quand bien même vous échouez dans votre reprise de contrôle après application de la technique de confusion, elle vous aura tout de même permis de temporiser la crise.

### 3 - Étude de cas

**Présentation du patient :** Monsieur P, 37 ans, est patient depuis 2 ans dans une officine de centre-ville où je travaillais comme étudiante en pharmacie (2018). Il est sans domicile fixe depuis plusieurs années, avec très peu de revenus, vit des petits travaux et ce qu'il arrive à mendier dans la rue auprès des passants. C'est dans la rue qu'il a commencé à consommer diverses drogues (cannabis, cocaïne, héroïne,...), selon ce qu'il arrivait à trouver : tout son argent y passait, au détriment de ses autres besoins (il était souvent dénutri et déshydraté). Il a commencé à être suivi dans un CSAPA, où lui était prescrit un traitement de substitution aux opiacés (Méthadone) pour limiter ses consommations ; il était également suivi par les services sociaux pour l'aider à se reloger et à se réinsérer dans la vie professionnelle. Nous étions sa pharmacie de référence, et il était la plupart du temps à jour dans ses rendez-vous et ses ordonnances. Ses relations avec l'équipe de la pharmacie étaient basiques et cordiales.

**Présentation de la situation de crise :** Un jour, ce patient s'est présenté à l'officine : nous étions deux au comptoir, ma collègue préparatrice et moi-même (occupée à ce moment avec une autre patiente pour une délivrance classique). Ma collègue reçoit monsieur P, qui lui présente une ordonnance de méthadone du mois dernier, déjà délivrée en totalité. Il montre des signes évidents de manque : sueurs, anxiété, tremblements incontrôlés, tics de langage et de visage, ... Nous remarquons également qu'il semble avoir consommé de l'alcool, car son esprit et son discours sont assez confus. Ma collègue lui explique alors qu'elle ne pourra pas lui délivrer la méthadone, car il faut une nouvelle ordonnance tous les mois et que celle-ci a déjà été délivrée. Le patient insiste, expliquant qu'il n'a plus rien depuis deux jours, qu'il n'a

pas eu de rendez-vous au CSAPA, et qu'il ne tiendra pas. Voyant bien que le patient n'est pas dans son état normal, et la demande étant déraisonnable (nous ne dépannions que quelques jours, avec accord du médecin or le CSAPA est fermé le week-end), et de manière très occasionnelle (ce qui avait déjà été fait il y a peu de temps pour ce patient), ma collègue reste sur sa position et répète qu'elle ne pourra pas délivrer de méthadone avec cette ordonnance.

Le patient rentre alors brusquement dans une colère noire, et commence à frapper le comptoir en hurlant : « mais que va-t-il falloir que je fasse, pour avoir mes médicaments ? Il va falloir que je te casse les dents ? ». Puis il se retourne vers la patiente que je suis en train de servir : « ou alors il va falloir que je lui casse ses dents à elle ?! ». Ma collègue et ma patiente restent stupéfaites de cette réaction très violente, et n'osent pas bouger.

**Gestion de la situation de crise grâce à la technique de confusion :** Dans une situation comme celle-ci, le patient ne peut être raisonné par du bon sens. Il souffre grandement intérieurement, et l'angoisse et la douleur du manque s'extériorise sous forme d'une intense agressivité : il semble capable de tout pour obtenir de la méthadone, et esquisse des gestes violents prouvant qu'il est prêt à mettre en action ses paroles, sans réussir à réfléchir aux conséquences que cela pourrait avoir. Il espère, par la menace et la violence, réussir à obtenir son stupéfiant, sans se rendre compte de la gravité de la situation : il est poussé à l'action, car il est persuadé que c'est la seule issue possible. Dans cette situation, nous avons (et lui-même s'y attend de notre part) tendance à agir selon deux types de comportements : la **crainte**, et donc la soumission, ou la **défense de soi** par la contre-attaque ou la fuite (G. Bateson, 1988 ; A. Bateman et P. Fonagy, 2006, 2019). Mais ces deux comportements ici s'avèrent contre-productifs et relèvent du changement 1 : en effet, la soumission nous amènera à une délivrance illégale (appel à la police, déclaration de vol sous la menace) et potentiellement à des blessés, et la défense de soi ne pourra mener qu'à une escalade de la violence, le patient étant incapable de se calmer et de se contrôler. Notons également que si nous essayons de le raisonner de manière très calme et logique, cela peut participer à alimenter sa colère (ce qu'à d'ailleurs tenté de faire ma collègue, et qui a échoué).

La technique de confusion permet de se sortir de ce conflit qui semble sans solution, en effectuant un recadrage et une reprise de contrôle par le soignant (changement 2). Reprenons la situation : le patient s'est alors tourné vers ma patiente, en menaçant de lui faire du mal. Je me place donc entre elle et le patient. « Toi aussi tu veux que je te casse les dents? » C'est là qu'il faut être vif, et réussir à avoir un discours ou un comportement suffisamment absurde pour que déconnecter l'attention du patient de lui-même, mais tout de même un peu en lien avec la situation pour qu'il cherche le sens de mes paroles. Peu importe la pertinence ou l'intelligence de ce que vous allez dire : cela doit simplement rompre totalement avec ce qu'il attend inconsciemment comme réaction de votre part. Je lui ai donc dit, avec un ton très convivial, la première chose absurde me passant par l'esprit : « Mais écoute, si tu me casses les dents, faudra que je casse les tiennes, mais tu n'en as presque plus, alors ça ne

marchera pas ! » Alors que certains comportements (la crainte et donc la soumission, ou la défense de soi) auraient constitué une réponse conventionnelle évidente, la réponse donna soudain, de manière inattendue, une tout autre définition à ce même contexte : la fausse évidence du renseignement fourni tranchait brutalement avec la courtoisie et l'empressement mis à le donner. De plus, les patients ne s'attendent pas, de part leur vision du statut de pharmacien et de ce que nous représentons, à un langage très familier et une expression de dominance plus animale que cognitive. Cette réponse toute simple a suffi à plonger le patient dans une grande confusion, en cherchant à réordonner ses représentations et anticipations et la réalité factuelle, ce qui a immédiatement détourné son attention de la recherche de drogue et de la violence qu'il ressentait et exprimait. C'est là qu'il faut saisir l'opportunité d'instiller une réflexion et une orientation d'action précise dans l'esprit de votre patient, en jouant sur la corde affective, protectrice et bienveillante (ce qui relancera l'empathie et la mentalisation), et en lui faisant percevoir les conséquences désastreuses que vont avoir son comportement. « Mais tu sais, si on fait ça, après il va falloir qu'on appelle la police, on aura mal tout les deux, et t'auras des problèmes. C'est dommage parce que tu sais je vois bien que tu vas pas bien, alors on va trouver une solution ensemble, on va pas te laisser tomber. Je connais un centre d'urgence, où des médecins pourront te faire une ordonnance pour cette fois, pour dépanner le temps que tu ailles au CSAPA. Comme ça tu reviens avec une ordonnance en règle, on oublie l'incident, on te donne le médicament et tout le monde est content » (proposition de perspective alternative plus attrayante que la perspective actuelle). Beaucoup de patients qui vont trop loin dans leurs paroles ou leurs actions, estiment qu'ils doivent aller au bout, car il est trop tard pour faire marche arrière. Vous devez leur exprimer votre soutien, votre compréhension, et que rien n'est immuable, que le retour vers une situation paisible est possible et aussi préférable (quelque soit la situation, quand bien même pour vous la relation est rompue : le but ici est d'éviter que la situation ne dégénère). Le patient, ainsi orienté, a perdu toute trace d'agressivité. Je lui ai dessiné un plan, et l'ai accompagné jusqu'au transport en commun le plus proche (en face de la pharmacie), et il m'a chaleureusement remerciée. Il est revenu du centre d'urgence plusieurs heures après, avec une ordonnance en règle : nous avons pu effectuer la délivrance en toute sérénité, et comme la tension était redescendue, nous avons pu discuter normalement de la situation qui s'était produite. Il s'est excusé, en disant qu'il ne savait pas ce qu'il lui avait pris, qu'il ne s'était pas rendu compte, et j'en ai profité pour lui dire que je pouvais comprendre que ce n'était pas facile pour lui, mais que la violence était proscrite. Cette discussion nous a permis de poser les bases d'un contrat, en discutant notamment de nos limites en tant que professionnels de santé, de ce que nous étions prêts à accepter ou non, et quels comportements pourraient amener à une rupture de la prise en charge de notre côté. Nous avons également discuté du fait qu'il se surdosait en méthadone, et qu'il fallait qu'il nous en parle, qu'il en parle au médecin du CSAPA, plutôt que de le cacher et de laisser se développer le risque de manque et donc de violence. L'alliance thérapeutique a ainsi pu être restaurée, la violence évitée, et ce patient n'a plus jamais été problématique avec nous.

## C - Gestion de l'utopie : exemple du patient borderline

Les patients atteints de troubles psychiatriques cristallisent souvent de nombreux doutes, craintes, souffrances,... chez les professionnels de santé interagissant avec eux. En effet, ils inspirent des sentiments d'étrangeté, de non congruence, de paradoxe, et peuvent facilement dérouter voir perdre totalement le soignant, quand bien même celui-ci ferait de nombreux efforts de bienveillance et de compréhension. Pourtant, il existe souvent une logique propre à ces patients, et apprendre à voir le monde à travers leurs yeux sans jugement est un premier pas vers une prise en charge efficace et saine.

### 1 - Généralités : Le trouble de la personnalité borderline ou limite (TPB)

Il concerne 2 à 4 % de la population générale, et jusqu'à 20 % des patients hospitalisés en milieu psychiatrique (F. Leichsenring 2011).

En préambule, pour pouvoir définir un trouble de la personnalité, il faut définir ce qu'est la personnalité elle-même : cette dernière est constituée de l'ensemble des caractéristiques d'un individu qui en font sa singularité au cours du temps, lui conférant un caractère permanent (A. Bateman et P. Fonagy, 2006, 2019). Ces éléments participent à la manière d'être en relation d'un sujet, à la fois avec lui-même ainsi qu'avec les autres, et ce d'une manière qui lui est propre. Cela comprend des aspects biologiques, émotionnels, psychiques (idées, croyances, pensées...) et comportementaux qui peuvent être conscients ou inconscients (A. Bateman et P. Fonagy, 2006, 2019). Les troubles de la personnalité sont des distorsions de celle-ci caractérisées par une certaine rigidité des réponses comportementales induisant une faible capacité d'adaptation, une inhibition de comportements normatifs, une exagération de comportements problématiques, et une alternance entre réactions extrêmes et opposés (réactions inhibées ou d'autres impulsives) (A. Bateman et P. Fonagy, 2006, 2019).

Plus précisément, le TPB se caractérise par une hypersensibilité émotionnelle qui découle d'une difficulté à lire les émotions et comprendre les états mentaux chez soi et chez les autres, ce qui entraînent donc des perturbations dans les domaines suivants :

- **Régulation des émotions et impulsions** (crise de colère,...)
- **Difficultés interpersonnelles** (conflits, disputes,...)
- **Problèmes identitaires** (image ou sens de soi)
- **Comportements problématiques** (autodommages,....)

Une personne atteinte du TPB est donc particulièrement soumise à des mécanismes de défense, puisque le moi est sans cesse en danger. Les personnes souffrant de TPB ont tendance à mal interpréter les esprits, à la fois les leurs et ceux des autres, lorsque leur émotivité est exacerbée, et au fur et à mesure que leur relation à autrui évolue vers la sphère d'attachement : cela les laisse sans repère de sorte que leurs comportements peuvent sembler irrationnels, inappropriés ou déconnectés de la

réalité. Ils ont donc une tendance à adopter les modes de prémentalisation assez facilement. Nous noterons qu'à la différence du trouble bipolaire (changements d'humeur plus durables et moins en réaction à l'autre), le TPB apportent des changements émotionnels de courte durée, apparaissant surtout dans les situations de stress lié l'environnement ( A. Bateman et P. Fonagy, 2006, 2019 ; M. Zimmerman, 2022).

Selon le DMS V (2013), les signes qu'on retrouve fréquemment chez une personne atteinte de TPB sont :

- Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginaires.
- Un mode de relation interpersonnelles instable et excessif caractérisé par l'alternance entre une idéalisation et une dévalorisation extrêmes.
- Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image de soi ou de la conscience de soi.
- Impulsivité dans au moins deux domaines qui sont potentiellement dommageables (par exemple, les achats compulsifs, sexualité, toxicomanie, conduites dangereuses, TCA,...).
- Comportements ou menaces suicidaires, gestes d'automutilation récurrents.
- Instabilité affective due à une forte réactivité de l'humeur.
- Sensation chronique de vide intérieur.
- Colère intense et inappropriée ou difficultés à contrôler sa colère.
- Idéation paranoïde ou symptômes dissociatifs sévères transitoires et liés au stress.

Il existe autant d'évolutions possibles de ce trouble qu'il existe de patient. Dans le pire des cas, le patient en souffrance (sans prise en charge en général) peut ressentir l'impériosité de l'externalisation du soi étranger : en effet, les souffrances internes ressenties (pulsions, émotions conflictuelles,...) peuvent atteindre un niveau intolérable et ingérable par le patient . Il devient alors une question de vie ou de mort de rejeter à l'extérieur, cette partie du soi qu'on ne peut accepter comme sienne et qu'on ne peut supporter. Le patient va alors recourir à divers mécanismes de défense pour se « débarrasser » de cette partie du soi, comme la projection, l'identification projective, la dissociation, etc... (souvent, d'ailleurs une combinaison de plusieurs d'entre eux) (A. Bateman et P. Fonagy, 2006, 2019). Souvent, l'autre (le soignant, le parent,...) devient le véhicule de ce qui est insoutenable : un pseudo-attachement adhésif ayant la forme d'une dépendance à l'individu vecteur de l'externalisation peut se développer, rendant les relations interpersonnelles conflictuelles. Lorsque le vécu interne devient trop insoutenable et que les mécanismes de défense (externalisation, rejet,...) du patient ont échoués, le besoin d'agir prend le relais dans une forme de destruction du soi dans un mode téléologique, via des actes de violence envers soi ou les autres. Cette violence est une expression du désir de la destruction de la part étrangère du soi : il s'agit d'un acte d'espoir ou de libération qui est souvent associé à de l'exaltation et seulement bien plus tard à un sentiment de regret (A. Bateman et P. Fonagy, 2006, 2019).

Ces patients ont souvent un parcours thérapeutique chaotique, traumatique et marqué par des hospitalisations à répétition et des ruptures thérapeutiques (A. Bateman et P. Fonagy, 2006, 2019). Le taux d'abandon thérapeutique est très élevé dans les structures de soin non spécialisées (>50 %, J. Gunderson et al. 1989). De plus, les représentations de l'univers psychiatrique et de ses malades sont souvent réductrices, voire même déshumanisantes (E. Goffman, 1975). Le TPB entre autre est très stigmatisé, tant en ce qui concerne les patients, qu'en ce qui concerne les politiques de soin et de recherche. Le mélange curieux de comportements raisonnables (adhésion, effort, interactions positives,...) et irrationnels (émotions extrêmes, crises, violence,...) fréquemment rencontré chez ces patients génère de la confusion parmi les soignants, ce qui peut facilement les conduire à abandonner l'alliance thérapeutique (A. Bateman et P. Fonagy, 2006, 2019).

Concernant le traitement médicamenteux, il est très patient dépendant. Il a été démontré qu'à petites doses, des médicaments antipsychotiques atypiques et des ISRS peuvent être utiles pour les symptômes tels que la dérégulation émotionnelle, l'anxiété et le manque de contrôle comportemental (J. Lateyron et A. Mathur, 2016). Ces traitements peuvent aider les patients à se rendre accessibles aux interventions psychothérapeutiques (P. Tyrer et A. Bateman, 2004) ; il est conseillé de régulièrement les passer en revue régulièrement pour adapter les molécules et les dosages. Il est donc assez difficile de proposer un schéma thérapeutique qui serait commun à tous les patients ayant des TPB.

Concernant la prise en charge non médicamenteuse, les thérapies visant à accroître la capacité de mentalisation ainsi que celles qui proposent d'étudier, comprendre et réguler ses émotions ont montré d'excellents résultats. Nous évoquerons notamment les thérapies par la mentalisation (P. Fonagy et A. Bateman, 2006) qui ont grandement modifié la vision des patients TPB, ainsi que leur prise en charge : en effet, ce type de thérapie a pour but d'apporter progressivement une meilleure compréhension du monde et moins de débordements émotionnels incontrôlables ou excessifs.

Le lien entre le pharmacien et son patient TPB est extrêmement important : une confiance et une relation thérapeutique solides faciliteront l'envie du patient de se confier à son pharmacien, et de chercher son aide en cas de crise. La disponibilité du pharmacien et sa proximité avec la patientèle le place en première ligne pour gérer les échappements thérapeutiques, les décompensations, les crises,... C'est pourquoi il me semble extrêmement important, dans un monde avec une augmentation constante des cas de maladies psychiatriques, de former les pharmaciens à la gestion de ce type de patients. Il ne faut pas non plus tomber dans l'angoisse de vivre de telles situations au comptoir : les personnes souffrant de troubles mentaux ne sont que rarement impliquées dans une violence faite à des tiers (tous types de violence confondus, 3 à 5 % seulement des actes violents) (HAS, 2011)<sup>375</sup>. L'idée n'est donc pas d'inquiéter les

---

<sup>375</sup> Nous remarquerons que les violences causées par des personnes souffrant de troubles mentaux évoluent parallèlement à la violence observée dans la société (HAS 2011).

soignants qui prendront en charge des patients atteints de troubles mentaux et donc d'accroître la stigmatisation de ces patients, mais de les préparer pour que s'ils se retrouvent dans ces rares situations, ils aient des pistes pour réagir au mieux (HAS, 2011).

## 2 - Présentation de la technique

La prise en charge d'urgence d'un patient en crise psychotique représente un vrai défi : son rapport à lui-même et au monde qui l'entoure sont plus ou moins distordus, difficilement appréhendables par les autres, et s'accompagnent souvent de mécanismes de défense extrêmement rigides. Les rapports de confiance sont fragiles, et tout pas de travers de la part du pharmacien peut amener à des débordements plus ou moins graves : le patient se sent persécuté, incompris, en danger, et peut avoir des réactions très agressives. Le patient en crise psychotique fonctionne généralement en équivalence psychique (plus ou moins les deux autres modes) : la réalité intérieure prend le pas sur la réalité extérieure (A. Bateman et P. Fonagy, 2006, 2019).

Nous allons rapprocher ce fonctionnement de la notion d'utopie, vue précédemment, et développer la **technique de gestion de l'utopie** (P. Watzlawick, 2014) qui peut être un outil de choix pour gérer ce type de situation<sup>376</sup>. Le bon sens nous porte à croire que la meilleure manière d'aborder des problèmes créés par des buts exagérés consiste à relever leurs défauts pratiques et leurs absurdités, dans l'espoir que l'utopiste les verra à son tour : or, les solutions de bon sens sont celles qui vont le plus à l'encontre du but recherché et sont même parfois les plus destructrices (P. Watzlawick, 2014). La tentative d'injecter la réalité dans les utopies établit et maintient une impasse du type changement 1, par l'introduction d'un élément contraire. L'interdépendance du bon sens et des utopies devient particulièrement manifeste lorsqu'on s'occupe d'idées atteignant des proportions psychotiques. Le paranoïaque affligé de suspicion morbide est loin de se calmer lorsqu'on veut lui faire comprendre qu'il n'a rien à craindre<sup>377</sup>. Une fois de plus, la surenchère d'un côté provoque la surenchère de l'autre (P. Watzlawick, 2014).

Ce que le patient ne comprend que trop bien par contre, c'est le langage de l'utopie. Bien sûr, notre bon sens répugne à l'idée d'alimenter (au lieu de contrarier) ce qui doit être changé<sup>378</sup>. Entrer dans la réalité du patient peut permettre de garder le contrôle de la situation en cas de crise psychotique, même sévère, en maintenant la confiance du patient en son pharmacien, et permettant ainsi à ce dernier d'avoir un

---

376 Nous proposons ici une vision très personnelle de l'utilisation de la gestion de l'Utopie, assez différente de l'application proposée par P. Watzlawick (2014). Cela permet de mettre en évidence que les techniques présentées dans cette partie III sont adaptables, et le pharmacien peut donc se les approprier plutôt que de les appliquer telles quelles.

377 Par exemple, le patient peut se dire : « s'ils ne me voulaient pas de mal, ils ne se donneraient pas autant de mal pour me rassurer ».

378 Nous remarquerons que souvent, l'utopiste abandonnera généralement sans tarder ses utopies si elles sont poussées au-delà de certaines limites (hors crises psychotiques sévères) (P. Watzlawick, 2014). Cette technique est donc également applicable à tout type de patient, pas seulement ceux atteints de troubles psychiatriques.

pouvoir d'action. Tenter de raisonner un patient en crise ne pourra amener qu'à une rupture de la confiance, alors que tenter de voir le monde par ses yeux limitera les réactions agressives. En utilisant le langage de l'utopie, le pharmacien arrivera peut-être à faire descendre le dialogue à des niveaux de plus en plus pratiques, et à garder la confiance de son patient, ce qui lui permettra alors de gagner du temps pour trouver des solutions pratiques pour gérer cette crise.

### 3 - Étude de cas

**Présentation du patient :** Monsieur S, 41 ans, diagnostiqué comme étant atteint du TPB, est patient à l'officine depuis plusieurs années. Il était sous traitement médicamenteux : une association de Fluoxétine 20 mg (un comprimé par jour, antidépresseur) et de Téralithe LP 400 mg (deux comprimés par jour, normothymique) depuis plus d'un an, et semblait stabilisé. Concernant le Lithium (téralithe), il avait été prescrit par son psychiatre, suite à une accentuation de comportements impulsifs, souvent agressifs, marqués par des pertes de contrôle et des émotions de très forte intensité. Ces comportements commençaient à avoir un impact important sur la vie personnelle et professionnelle du patient. Nous avons créé un lien de confiance fort ; j'étais très intéressée par sa pathologie (ce qu'il vivait, comment il le vivait,...), et nous avons longuement discuté de celle-ci et des effets de son traitement. Il était toujours très calme, très neutre dans ses émotions et sa manière d'interagir.

Nous relèverons que le téralithe est un médicament dont la posologie doit être individualisée pour chaque malade selon les concentrations sanguines et la réponse clinique. Ce traitement est souvent très efficace pour réguler l'humeur, mais ses inconvénients principaux sont sa marge thérapeutique étroite (toxicité rapidement atteinte) et l'échappement thérapeutique quasi systématique à plus ou moins long terme. Ce dernier peut être très vicieux : ses effets vont être progressifs et souvent peu visibles, jusqu'à une décompensation brutale (C. Lucet et O. Kebir, 2019 ; HAS, 2006).

**Présentation de la situation de crise :** Un jour, le patient se présente à la pharmacie dans laquelle j'étais employée comme étudiante (2018). Le connaissant assez bien, je me suis vite aperçue qu'il n'était pas dans son état normal (hypervigilance, sueur, panique contenue apparente,...). Arrivé au comptoir, il me prend à part en jetant encore une fois des regards inquiets derrière lui : «Je sais qu'à vous, je peux vous faire confiance. Vous savez, ils me surveillent, je sais qu'ils m'observent à travers les caméras, partout. Ils veulent ma peau, parce que je suis le seul à connaître leurs projets.» Il était persuadé que le gouvernement en avait après lui, et qu'ils cherchaient à le faire taire, en l'empoisonnant petit à petit avec son téralithe. Il était clairement en crise psychotique, relevant du délire de persécution et une paranoïa extrême, et enlisé dans un mode d'équivalence psychique extrêmement rigide.

**Utilisation de la technique de gestion de l'utopie et reprise du contrôle :** Face à de tels propos, nous aurions tendance à vouloir raisonner le patient, lui ouvrir les yeux

sur l'absurdité de ce qu'il raconte : seulement, cela ne conduirait qu'à accentuer sa paranoïa et vous placer dans la catégorie de « ceux qui lui veulent du mal ». Il faut donc temporiser, en tentant de comprendre votre patient, et le faire parler le plus possible pour comprendre les tenants et aboutissants de la situation. Tout repose sur votre crédibilité à ses yeux : vous devez, dans l'intention, non pas mentir au patient, mais essayer de comprendre sa réalité pour vous y insérer de manière rassurante et protectrice. En le faisant parler, il s'est avéré très probable que ce patient avait subi un échappement thérapeutique, qui l'avait petit à petit fait tomber dans la psychose : une situation de stress extrême (sa compagne de l'époque venait de le quitter, notamment à cause de sa prise de normothymique qui le rendait « insensible et vide » selon elle) a favorisé la décompensation, déclenchant alors une externalisation via une projection dans laquelle « ceux qui lui voulaient du mal » étaient responsables de son malheur. Ce mécanisme était alimenté notamment par les effets secondaires qu'il subissait (prise de poids, apathie, fatigue, difficulté à ressentir des émotions,...), qui étaient à ses yeux des preuves de l'empoisonnement dont il était victime.

Parce qu'il croyait au lien solide que nous avons établi, j'étais dans sa psychose une des seules personnes à qui il pouvait faire confiance : il ne savait plus quoi faire, et venait chercher de l'aide. M'opposer à ses croyances auraient créé la méfiance, appeler du secours sur l'instant également. Au comptoir, les moyens d'actions sont limités : j'ai considéré que la seule chose que je pouvais faire dans l'urgence, c'était de réussir à lui faire prendre son traitement à nouveau en le convaincant que c'était le mieux à faire. Je suis allée à l'arrière de l'officine, et ai échangé rapidement les comprimés d'une boîte de téralithe (d'aspect : gros comprimés blancs en losange) avec des comprimés de vitamine C (de même aspect). Je suis retournée au comptoir, avec les deux boîtes, et lui ai proposé d'échanger les contenants de chaque boîte (en se cachant de la caméra de l'officine) : il prendrait alors de la vitamine C à la place du téralithe, faisant croire au reste du monde qu'il continuait le traitement censé l'empoisonner, sans éveiller les soupçons de ceux qui lui voulaient du mal. Cela peut sembler bancal et grossier, pourtant si vous êtes cohérent avec la réalité du patient et convaincant, il n'y a aucune raison qu'il doute de vous : c'est pourquoi vous devez au préalable collecter le maximum d'informations sur la réalité du patient en le faisant parler. Le patient a été très enthousiasmé par mon idée, il a accepté ma solution.

Nous avons donc échangé de nouveau les comprimés (remettant ainsi le téralithe dans sa boîte) : attention, pour convaincre votre patient, vous devez garder son attention et l'impliquer dans vos actions (simplement lui dire que j'avais échangé les comprimés, sans le faire devant lui, aurait pu faire naître de la méfiance à mon égard). En lui parlant et en agissant devant lui, vous favorisez la confiance et vous limitez les réflexions néfastes qu'il pourrait se faire, en saturant son esprit d'informations et en ne lui laissant pas un temps de pause pour analyser en profondeur ce que vous dites et faites. N'hésitez donc pas à effectuer tout un tas de petits gestes et petites remarques alimentant sa confiance en vous et maintenant la saturation mentale (ici, se cacher de la caméra, évoquer être choqué de la situation, avoir peur pour lui, se cacher des autres collègues et patients car on ne sait pas qui est dans le coup, éloigner les

téléphones...): tout ce qui peut être congruent avec l'utopie de votre patient est intéressant à utiliser. Pour continuer sur cette idée, je lui ai dit que tout cela serait plus convaincant, s'il prenait une dose tout de suite, devant la caméra de la pharmacie. L'idée était d'être sûr qu'il prendrait ses comprimés, dans l'espoir que ça le fasse sortir de sa crise plus tard. Après avoir pris les-dits comprimés, il est reparti de l'officine ; j'ai immédiatement appelé son psychiatre pour l'informer de la situation, et ce dernier a pris le relai dans la gestion de la crise.

Le patient a pu être pris en charge, et son traitement a été ajusté (augmentation des doses de Lithium et ajout d'un neuroleptique atypique pour limiter les crises). Il a continué de venir à l'officine, ne se souvenant que très peu de ce qu'il s'était passé (mécanisme de dissociation). Nous noterons qu'il est important, après la crise, de rassurer votre patient en lui montrant que vous ne portez pas de jugement sur ce qu'il est et ce qu'il s'est passé, qu'une crise ne le définit pas en tant que personne.

Cet épisode montre aussi l'importance de l'aspect non médicamenteux de la prise en charge : en cas d'événements sources de stress ou d'angoisse (comme l'abandon de sa compagne), il est important de renforcer momentanément la surveillance et le soutien psychologique du patient (par exemple, en mettant en œuvre des séances de psychothérapie plus structurées). Tout comportement défavorable au traitement (manque de sommeil, surmenage, prises de toxique,...) doit être connu et si possible modifié. Tout cela ne peut se faire que si le patient se sent suffisamment écouté, compris et en confiance pour s'exprimer.

## D - Autres

Nous allons rassembler ici d'autres techniques de communication présentées par P. Watzlawick (2014), que nous illustrerons d'exemples de leur emploi dans le cadre de mon exercice professionnel<sup>379</sup>. Toutes ces techniques doivent être utilisées avec prudence et mesure. En effet, une utilisation inadéquate dans une situation extrême pourrait s'avérer coûteuse d'un point de vue relationnel : elles ne doivent donc être employées que quand la situation est bloquée, et que vous avez épuisé les autres options à votre disposition.

### **Annoncer au lieu de cacher :**

Beaucoup de problèmes ont en commun un handicap provoquant une inhibition sociale ou une gêne ; il se peut que le sujet ne puisse s'empêcher de faire quelque action gênante, ou, au contraire, qu'il soit incapable de faire certaines choses qu'il voudrait. Les problèmes de ce type sont généralement définis sans difficulté, et la tentative de solution est souvent de faire appel à un effort de volonté voué à l'échec (P. Watzlawick, 2014).

Par exemple, le fait qu'un patient vous mette mal à l'aise : ici, la réaction classique est de tenter de dissimuler le malaise, ce qui ne peut mener qu'à une exacerbation du problème (tentative de changement 1), alors qu'une bonne solution consisterait en le fait d'exprimer votre malaise et ses raisons (changement 2) pour trouver des solutions avec le patient. En arrêtant de dissimuler, on résout le problème<sup>380</sup>.

### **Utiliser la résistance :**

La résistance au changement peut être transformée en moyen important de changement. La meilleure manière est de recadrer cette résistance comme condition nécessaire au changement ou même comme un de ses aspects. L'exemple du patient qui a pour but de « vaincre » le professionnel de santé est intéressant. L'attitude de ce genre de patient engendre souvent une impasse typique : nous répondons à une demande d'aide du sujet par un avis de bon sens que le sujet réfute par « plus de la

---

379 Nous noterons qu'il peut être intéressant, lorsque vous projetez d'utiliser ces techniques, d'en discuter avec les autres professionnels de santé au contact du patient concerné.

380 Voici un autre exemple, combinant la technique de confusion avec celle d'annoncer au lieu de cacher : dans une pharmacie de montagne, une patiente se plaint sans arrêt, de tout le monde, dans leur dos. La situation est pesante pour tout le monde, et aucune tentative de conciliation et de stimulation de l'empathie n'ont fonctionné. Un jour, la patiente arrive et s'apprête à parler, et je l'interromps : « oh Mme, vous ne savez pas ce qu'on m'a dit !!! (il faut capter son attention pleinement). Il paraîtrait que vous parleriez dans le dos des gens, et dans mon dos, mais en vrai vous ne feriez pas ça quand même ? » La patiente se retrouve alors dans une position très inconfortable, où elle sait qu'elle a ce genre de comportements néfastes, mais il lui est très difficile de l'assumer. La réaction classique est de nier les faits : j'ai alors insisté « je me disais aussi, vous ne feriez pas ça, ce n'est pas votre genre, c'est les gens mauvais qui font ça, et puis on s'entend bien nous deux en plus, ect... ». Ainsi, la patiente va continuer de s'enfoncer dans son mensonge, voir se mettre à critiquer violemment son propre comportement. Ainsi, nous effectuons un changement 2 : en recadrant la situation, nous plaçons la patiente dans une position où elle critique elle-même son comportement, qu'elle sait négatif, et elle ne peut que y penser à chaque fois qu'elle l'effectuera par la suite. Quand bien même cette technique ne fera pas changer le fonctionnement de cette patiente, elle activera un frein moral qui limitera les comportements néfastes et pèsera moins sur le moral des professionnels de santé.

même chose » (preuves de l'inutilité de l'avis, nouvelles demandes d'aide, non considération et rejet des conseils du pharmacien,...). La réponse se situe surtout au niveau du contenu et néglige les communications au niveau de la relation jusqu'à ce que cette dernière devienne si pénible ou frustrante que l'un des deux partenaires abandonne. La meilleure solution est alors de sortir du cadre imposé en utilisant cette résistance au lieu de s'y opposer ; nous établissons ainsi de nouvelles règles, en adoptant un discours et un comportement extrêmes voir absurdes semblant aller dans le sens de la résistance du patient. En général, ce dernier est mal préparé à ce changement de niveau de logique : si nous maintenons alors ce nouveau discours en étant assez cohérent et convainquant, le patient se rendra vite compte de l'absurdité de notre discours, ce qui l'amènera à se rendre compte de l'absurdité du sien (P. Watzlawick, 2014).

Par exemple, une patiente dans une pharmacie de campagne, avait développé une grande animosité envers les IDE (bienveillantes et efficaces) qui s'occupaient d'elle. Aucune discussion n'était possible pour apaiser la situation, et ce climat de tension et d'agressivité pesait largement sur le moral des professionnels de santé impliqués, ainsi que sur la qualité de la prise en charge de cette patiente. La technique ici a été d'utiliser son animosité comme levier : « les IDE se sont pas gentilles avec vous, c'est sûr qu'elles le font exprès de vous provoquer pour que vous soyez désagréable, et que tout le monde croit alors que c'est vous la méchante ! Si j'étais vous, je serai plus maligne qu'elles : en étant très gentille et polie, tout le monde ne pourra que constater que ce sont elles les méchantes et pas vous ! Elles n'auront plus rien à dire pour se plaindre de vous. ». Persuadée qu'elle allait les prendre à leur propre jeu, elle a redoublé d'efforts pour être cordiale et aimable avec elles. Finalement, ce qui semblait à l'inverse du bon sens a permis de rendre plus facile la vie des infirmières, qui ont retrouvé du coup beaucoup de douceur et de patience. Se rendant compte (inconsciemment?) que la situation était beaucoup plus agréable comme ça, la patiente a fini par développer une amabilité spontanée et le lien soignant/patient a été rétabli. Nous noterons que dans ce cas, les IDE avaient été mise dans la confiance, et avaient validé l'emploi de ce subterfuge par la pharmacienne.

### **Sabotage bienveillant et les bienfaits de l'indifférence :**

Cette technique s'applique aux situations dans lesquelles un des deux partenaires cherche, en vain, à avoir prise sur le comportement de l'autre.

Par exemple, un patient est de plus en plus impoli, ingrat, va de plus en plus mal, et prend de plus en plus de médicaments. Plus la pharmacienne essaye de l'aider ou de lui donner des consignes strictes à suivre, plus la situation se dégrade. Le bon sens n'amène que des changements 1 (« plus de la même chose »), et pèse de plus en plus sur son moral. Elle finit par le surveiller de plus en plus, ce qui a le don d'énerver le patient qui est encore plus incontrôlable. Elle n'ose pas relâcher sa contrainte, de peur que le patient ne devienne encore plus excessif, ce qui alimente l'esprit de rébellion de ce patient. La pharmacienne commence même à douter de ses capacités à faire son travail et douter de ses compétences. Ici la solution peut être le sabotage

bienveillant et l'indifférence. Cette démarche consiste à prendre la position « faible » après avoir franchement avoué au patient qu'on est incapable d'avoir de prise sur son comportement (exemple issu de ma pratique : «Je peux vous accompagner, mais je ne peux ni vous forcer ni vous porter à bout de bras ; vous avez gagné, j'abandonne»). Dans ce nouveau cadre, le patient découvre très vite que l'affirmation et le défi n'ont plus vraiment de sens (P. Watzlawick, 2014). Il est très difficile de défier une personne faible. La pharmacienne va donc sembler se désintéresser totalement du patient. Elle ne doit plus relever les manquements, ne plus faire de remarque, ne plus faire aucun effort (elle lui commandait sa méthadone en avance toutes les semaines pour l'arranger sans qu'il l'ait demandé et maintenant elle n'en prend plus l'initiative), jouer vraiment l'indifférence tout en étant joyeuse et polie (ce qui va dénoter fortement avec la situation précédente : il ne faut donc jamais donner l'impression d'être sarcastique ou de se moquer), faire semblant de ne pas se rappeler de lui ou de vos disputes et vous en excuser,...

L'efficacité du sabotage bienveillant repose sur un double recadrage (P. Watzlawick, 2014) : chez le patient, il rend la rébellion inutile et indésirable, voir lui donne envie de retrouver une partie de l'attention que lui offrait la pharmacienne auparavant et de récupérer son intérêt (toute manifestation positive doit être soulignée et encouragée, les tentatives de provocations doivent être purement ignorées) ; chez la pharmacienne, renverser totalement la dynamique de son interaction avec son patient et se dégager des soucis. L'emprise sur le comportement du patient est alors presque dissimulée, la pharmacienne paraissant permissive et faible, ce qui fait que le patient ne peut pas vraiment se révolter.

### **Grands effets et petite causes :**

Il s'agit d'effectuer un recadrage qui utilise le désir bien compréhensible du patient de maîtriser son symptôme. La vraie maîtrise de problèmes semblables n'est établie que lorsque le sujet peut non seulement les éviter, mais aussi les provoquer à volonté. Ce n'est qu'en commettant délibérément l'objet de sa crainte qu'il apprendrait à la maîtriser complètement (P. Watzlawick, 2014).

Un bon exemple est celui d'un patient ayant une maladie de Crohn et ayant peur d'émettre des flatulences en public. Ici, la technique a été de le confronter à sa crainte : émettre une flatulence en public, et se rendre compte que ce n'était pas si grave et que personne n'y faisait vraiment attention, contrairement à ce qu'il s'imaginait. Le pharmacien peut être à l'origine de telles propositions, puisqu'il est autant le professionnel du médicament, qu'un professionnel du social.

### **Le pacte du diable :**

Beaucoup de gens remettent à plus tard une action nécessaire qui présente des risques et des désagréments. Leur problème s'aggrave lorsqu'ils cherchent à atteindre leur but sans prendre de risques et adoptent une attitude prudente à l'excès. Les proches peuvent tenter de pousser le sujet, ce qui provoque sans le vouloir une escalade : en effet, pour le patient, ces encouragements bien intentionnés semblent sous-estimer

profondément son incapacité ou le risque réel qu'il y a à s'impliquer, et cela ne fait qu'accroître sa peur de l'échec (P. Watzlawick, 2014). Lorsqu'une personne dans cette situation exprime son problème, il est déjà transformé en réel dilemme urgent du fait d'avoir traîné, ce qui accentue encore plus l'impératif de ne courir aucun risque d'échec : cela met alors de la pression sur les épaules du professionnel. La technique consiste à esquiver totalement le dilemme et, paradoxalement, d'affronter directement l'élément de risque. Si nous présentons à ce genre de patient des solutions toutes faites, il les rejettera probablement (si ce n'est pas déjà fait). Au lieu de cela, disons-lui que nous avons une solution qui permettra sans doute de tout résoudre, mais que nous ne la lui révélerons que s'il s'engage à la mettre en exécution, quelles que soient les difficultés, les désagréments et les absurdités (sans donner de détails, nous précisons que la méthode est tout à fait accessible et peu coûteuse). Pour inciter le patient à accepter, nous pouvons lui dire : « si vous connaissez toutes les issues possibles de votre problème, vous n'avez pas besoin de moi ». Le patient va alors essayer d'avoir une petite idée sur les risques que pourrait comporter le projet avant de donner son accord, mais vous devez rester sur votre position : « pas de détails sans votre engagement ». Il ne faut pas hésiter à lui dire de prendre le temps de réfléchir sérieusement à s'il va accepter ou non, et de donner la réponse une prochaine fois (implicitement, une réponse négative a déjà été définie comme signifiant l'arrêt du traitement). Nous plaçons donc le patient dans une position étrange : s'il dit non, sans savoir ce qu'il rejette (mais en soupçonnant que ça pourrait être la solution au problème), il prend forcément une décision ; de plus, il est obligé de reconnaître que sa demande n'est pas si importante ou si urgente qu'il le prétend. S'il accepte, il s'engage à exécuter un ordre émanant d'un tiers, sans pouvoir y apporter la censure préalable de la raison et de la logique. Donc qu'il accepte ou rejette ce pacte du diable, il prend un risque au moins aussi grand que s'il s'attaquait à son problème : le fait de prendre cette décision est déjà pour le patient une modification de sa démarche antérieure, caractérisée par la prudence à tout prix et le non-choix (P. Watzlawick, 2014).

## CONCLUSION

Au Canada, dans le cadre de la promotion de la santé et de la prévention et le traitement des pathologies, le pharmacien a vu ses missions s'élargir à la vaccination, au renouvellement des traitements chroniques, la modification des posologies ou du dosage lorsque la situation le requiert et la prescription de médicaments pour remédier à des pathologies mineures. Toutes ces mesures traduisent de la confiance du gouvernement à l'égard du pharmacien d'officine et la reconnaissance de ses compétences dans la prise en charge des patients, notamment ceux atteints de pathologies de longue durée (I. Bouti, 2017). La France semble suivre la même direction, bien que de manière plus modérée, en élargissant elle aussi progressivement les missions du pharmacien officinal. Cette mutation inéluctable vient en réponse à plusieurs défis dont notamment le besoin d'apporter des soins de qualité prenant en compte le patient dans sa globalité et la nécessité de renforcer l'éducation pour la santé. Cette évolution, couplée à une pénurie de soignants qui ne va qu'en s'aggravant, va très probablement continuer dans cette direction, le pharmacien sera donc amené à prendre toujours plus de place dans la prise en charge médicamenteuse et psychologique de ses patients.

Nous étions parti du constat que nous sommes souvent confrontés à des patients très différents de nous (représentations, parcours de vie, fonctionnement psychologique, états mentaux et émotionnels,...), il nous arrive souvent de ne pas savoir comment réagir, quels comportements adopter, et par voie de conséquence agir par automatisme (souvent construit par des stéréotypes). Nous nous sommes alors demandé de quelle manière et avec quels outils de communication le pharmacien d'officine peut-il construire des relations interpersonnelles plus saines dans son exercice professionnel.

Cette thèse repose sur un ensemble de concepts, de recherches et d'éléments théoriques concernant la création et le fonctionnement d'une relation, la manière dont elle peut dégénérer en conflit et les outils de communication pouvant améliorer la communication entre un pharmacien et son patient (mentalisation, mécanismes de défense, compétences émotionnelles) ; nous avons également illustré leur pertinence à l'aide d'exemples issus de mon exercice professionnel (patient alzheimer, addict et borderline). La connaissance et la compréhension de tout ceci permettra au pharmacien d'analyser et de naviguer dans toute forme de relation (conflictuelle ou non), avec l'idée qu'il existe des notions transversales qui peuvent s'appliquer à différents types de liens sans négliger la spécificité propre de chacun. Nous avons également voulu donner aux pharmaciens des clefs pour réussir à désamorcer la plupart des situations conflictuelles, même les plus difficiles, et de leur faire prendre conscience de leurs automatismes et fonctionnements, et de les déconstruire. Cela permettra d'élargir leur champ de possibilités d'interaction avec les patients en leur offrant de nouvelles perspectives et stratégies à utiliser, et ainsi favorisera la co-

construction et l'exploitation de relations interpersonnelles saines à travers une communication efficace.

Certaines réflexions et stratégies présentées dans cette thèse pourraient être taxées de manipulation et d'insincérité, pour la façon, tant pratique que conceptuelle, d'aborder les problèmes humains. La notion de sincérité n'est pas dépourvu d'hypocrisie et on l'associe confusément à l'idée qu'il existe une vision juste du monde, en général sa propre vue. Cette notion de sincérité peut laisser entendre que la manipulation est non seulement répréhensible, mais évitable. Pourtant, on imagine mal un comportement, quel qu'il soit, face à une autre personne, qui ne serait pas une communication de la façon dont on voit sa relation à cette autre personne, et qui par conséquent a une influence sur elle. Même le professionnel restant passif et silencieux exerce une influence importante du seul fait de cette attitude. Le problème n'est donc pas d'éviter l'influence et la manipulation, mais de les comprendre au mieux et de les utiliser dans l'intérêt du patient et de la relation que vous entretenez avec lui (P. Watzlawick, 2014).

Pour conclure, cette thèse a également pour objectif d'ouvrir la réflexion concernant les formations en relationnel et en communication à disposition du pharmacien. Ces formations, encore trop peu nombreuses et peu qualifiantes, doivent évoluer parallèlement aux besoins grandissants des soignants de manière à rendre le milieu médical et paramédical, dont l'officine, propice à l'intégration de la communication, de la posture éducative et de la psychologie du patient dans les soins de premier recours. En ce qui concerne la formation initiale, il me semble nécessaire que tous les établissements d'enseignement des professions médicales et paramédicales incluent ou améliorent de façon obligatoire et permanente ces formations dans le parcours universitaire des étudiants. Malgré l'implication grandissante des professeurs et autres acteurs de formation, l'aspect psychologique de notre métier ne me semble pas suffisamment pris en compte au regard de son importance majeure dans notre exercice professionnel. L'introduction de nouveaux cours dans le cursus étudiant n'est pas une tâche facile et demande beaucoup d'organisation particulièrement dans le domaine de la pharmacie où les plannings sont déjà chargés avec des cours très condensés ; un travail de priorisation est ici, à mon sens, indispensable pour une meilleure prise en charge des patients et le maintien de la santé mentale des professionnels. Il est également important d'agrandir le réseau des structures pouvant dispenser de la formation continue dans ce domaine pour inclure les organisme DPC, les associations de patients, les réseaux de santé ... tout cela afin de faciliter l'accessibilité des formations au personnel sur l'ensemble du territoire .

Une formation adéquate et efficace permettra également de favoriser une meilleure santé mentale chez les professionnels de santé, et de limiter leur fuite vers d'autres métiers considérés comme moins difficiles ou contraignants. Connaître et maîtriser les notions développées dans cette thèse permettront, je l'espère, aux pharmaciens d'évoluer dans leur exercice professionnel avec une meilleure résilience : je vous

invite fortement à lire le travail des chercheurs S. Ionescu (2010, 2011), C. Jourdan-Ionescu (2016), et G.M. Wagnild (1993), qui détaillent et explorent ce concept de résilience et ses composantes<sup>381</sup>. Il pourrait également être intéressant d'évoquer le jeu-vidéo comme levier thérapeutique et comme outil d'apprentissage pour les professionnels de santé souhaitant améliorer leur communication à l'officine ; nous pourrions par exemple imaginer, grâce au support vidéo-ludique, l'utilisation dans la formation de futurs pharmaciens de « serious games »<sup>382</sup> afin de les confronter à des situations relationnelles et communicationnelles complexes qui pourraient leur arriver en officine.

Préparer les pharmaciens à la communication, c'est leur donner les outils nécessaires pour apprendre à construire et cultiver les relations qu'ils entretiennent à l'officine, et d'accompagner leurs patients à travers une vision du soin élargie et globale, plus humaine, tout en favorisant leur résilience et leur efficacité dans leur pratique professionnelle.

---

381 Pour aller plus loin : Essai de S-C Tourigny (2016) sur la résilience.

382 Un serious game est une application informatique qui associe un objectif sérieux (apprentissage, communication, ...) avec un moyen ludique.



# BIBLIOGRAPHIE

## INSTITUTIONS :

- AMC (association médicale canadienne) :
  - Guide : *Empathie en médecine*, Juillet 2020
  - Guide : *Guide d'introduction à la résilience*, Juillet 2020
  - Sujets : *Épuisement professionnel*, 2021
  - Article : *Résilience et épuisement professionnel chez les médecins : pouvez-vous changer ?*, Février 2013
  - Article : *Augmenter la résilience chez les médecins*, Mai 2008
  - Article : *Mieux comprendre la résilience et sa pertinence dans la formation en médecine*, Mars 2002
  - Article : *Résidents et résilience*, Novembre 2016
  - Article : *Qu'est-ce qu'un préjudice moral et comment y faire face ?*, Septembre 2021
  - Article : *Composer avec l'anxiété*, Octobre 2021
  - Article : *Les bases de l'autocompassion*, Septembre 2021
  - Article : *La pleine conscience en médecine*, Septembre 2021
  - Outils : Premiers soins psychologiques pour les travailleurs de la santé de première ligne, 2021
- AMELI : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)
  - *Les médicaments contre la dépendance à l'alcool*, Novembre 2022
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION : DSM-IV-TR (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), traduction française, éditions Masson, 2005
- ANESM : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : *Bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, Juin 2008
- ASSOCIATION ASTERIA : *Les mécanismes de défense*, document consultable sur le site [www.reseau-asteria.fr](http://www.reseau-asteria.fr), Mars 2017
- COLLÈGE DES PHARMACIENS : <https://cpcms.fr/guide-stage/> : *Guide de stage de pratique professionnelle en officine*, consulté fin 2022
- FNARS : *Aller vers les personnes en matière de santé*, Guide accompagnement santé, 2016
- HAS : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
  - Recommandations professionnelles : *Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées*, Argumentaire mars 2008
  - Recommandations de bonne pratique : *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge*, Décembre 2011
  - Recommandation de bonne pratique : *Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés*, Conférence de consensus Avril 1998
  - Recommandation de bonne pratique : *La prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages par les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)*, Septembre 2019
  - Recommandations : *Éducation thérapeutique du patient, Définition, finalité et organisation*, Juin 2007
  - Recommandations en santé publique : *L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques : analyse économique et organisationnelle*, Septembre 2008
  - Recommandations : *Anorexie mentale : prise en charge*, Juin 2010
  - Recommandations : *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*, Mars 2011

- Bon usage des médicaments : *Les médicaments de la maladie d'Alzheimer à visée symptomatique en pratique quotidienne*, Janvier 2009
- Amélioration des pratiques et sécurité des patients : *Annonce d'un dommage associé aux soins*, Guide destiné aux professionnels de santé exerçant en établissement de santé ou en ville, Mars 2011
- Sécurité du patient : *Simulation en santé et gestion des risques / 2 – Outils du guide méthodologique*, Février 2019
- Mise au point, organisation des parcours : *Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi*, Mai 2015
- Guide méthodologique : *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques*, Juin 2007
- Avis de la commission de la transparence : *Rapport sur le Téralithe*, Direction de l'évaluation des actes et produits de santé, Mars 2006
- LEGRAIN Sylvie : *Consommation Médicamenteuse chez le sujet âgé : consommation, prescription, iatrogénie et observance*, 2005
- Haut Conseil de la Santé publique (HCSP) : *Éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours*, novembre 2009
- INIST-CNRS : *L'ETP au fil des mots ; glossaire en éducation thérapeutique du patient*, Groupe de travail ETP, Juin 2017
- INSERM :
  - *Addictions : Du plaisir à la dépendance*, Mai 2017 (modifié en novembre 2020)
- IREPS :
  - *Intervenir avec des personnes en situation de précarité : un cadre méthodologique*, Mars 2020
  - *La posture éducative en éducation pour la santé : apports de la psychologie humaniste et de la psychologie positive*, Mars 2019
- LEGIFRANCE : <https://www.legifrance.gouv.fr>
  - Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
  - La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
  - La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
  - Décret n° 2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient ; Journal officiel du 2 juin 2013
  - Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient ; Journal officiel du 23 janvier 2015
  - Arrêté du 1er juin 2021 relatif aux mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé maintenues en matière de lutte contre la covid 19
- LE GOFF et al. : *Guide prévention et de traitement des situations de violences et de harcèlement dans la fonction publique*, soutenu par le ministère de la fonction publique, édition 2017
- OPIQ : *Parler, écouter, écrire : l'art de communiquer en santé*, Guide de pratique clinique, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
- RUEL Julie, ALLAIRE Cécile et al. : *Communiquer pour tous : Guide pour une information accessible*, publié par Santé Publique France et Cirli, mai 2018

## LIVRES :

- ARTAUD Jean : *L'écoute, Attitudes et techniques*, Lyon, Chronique Sociale, 5<sup>e</sup> édition, 2003
- BATESON Gregory, RUESCH Jurgen : *Communication et société*, éditions Seuil, 1988
- BATEMAN Anthony, FONAGY Peter :
  - *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder : a practical guide*, Oxford university press, 2006.
  - *Mentalisation et trouble de la personnalité limite*, traduction des éditions DeBoeck supérieur, 2019
- BERNE Eric : *Des jeux et des hommes*, traduction française, éditions Stock, 1984
- BYRNE Donn, BARON Robert : *Social psychology*, éditions Allyn and Bacon, 1997
- CHABROL Henri, CALLAHAN Stacey : *Mécanismes de défense et coping*, 3<sup>e</sup> édition, éditions Dunod, 2018
- DAMASIO Antonio :
  - *l'Erreur de Descartes : la raison des émotions*, éditions Odile Jacob, 1995
  - *Le Sentiment même de soi : corps ; émotions, conscience*, éditions Odile Jacob, 1999
- DEBBANE Martin, PERROUND Nader, PRADA Paco, BOUTELOUP Margaux, SPERANZA Mario : *Mentaliser : la clé des interactions humaines*, éditions DeBoeck supérieur, 2022
- DE MASI Franco : *Vulnérabilité à la psychose : étude psychanalytique sur la nature et la thérapie de l'état psychotique*, traduction par Barbon M. Et de Staal A., éditions d'Ithaque, 2011
- ETIENNE Rémi : *La boîte à outils de l'hypnose dans les soins : 60 outils clé en main*, éditions Dunod, 2021
- FEIL Naomie, révisé avec Vicki de Kerk-Rubin : *Validation, la méthode Feil : pour une vieillesse pleine de sagesse*, Rueil-Malmaison, Lamarre Ed, 2005
- FREUD Anna : *Le moi et les mécanismes de défense*, éditions Puf, 1996
- FREUD Sigmund : *Abrégé de psychanalyse*, éditions Puf, 1949
- GARDNER Howard : *Les intelligences multiples*, traduction française, éditions Retz Eds, 2008
- GINESTE Yves, PELISSIER Jérôme, *Humanitude : comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*, Armand Colin Ed, 2007
- GOFFMAN Erving : *Les rites d'interaction*, traduction française, Les éditions de minuit, 1974
- HALL Edward T. : *La dimension cachée*, éditions Seuil, 1971
- IONESCU Serban, JACQUET Marie-Madeleine, LHOTE Claude : *Les mécanismes de défense : théorie et clinique*, 3<sup>e</sup> édition, éditions Dunod, 2020
- JOURARD Sidney : *Healthy personality : An approach from viewpoint of humanistic psychology*, éditions Prentice Hall, 1980
- KOTSOU Ilios, FARNIER Joran, SHANKLAND Rebecca, MIKOLAJCZAK Moïra, QUOIBACH Jordi, LEYS Christophe : *Développer les compétences émotionnelles en 8 séances*, éditions Dunod, 2022
- LAING Ronald D. : *Soi et les autres*, traduction française, éditions Gallimard, 1980
- LAPLANCHE Jean, PONTALIS J-B : *Vocabulaire de la psychanalyse*, éditions Quadrige / Puf, 5<sup>e</sup> édition, 2007
- MAISONNEUVE Jean : *La psychologie sociale*, éditions Puf, 2002
- MARC Edmond : *Psychologie de l'identité : soi et le groupe*, éditions Dunod, 2005
- MARC Edmond, PICARD Dominique :
  - *L'école de Palo Alto : un nouveau regard sur les relations humaines*, éditions Retz Eds, 2006

- *Petit traité des conflits ordinaires*, éditions Seuil, 2006
- *Les conflits relationnels*, éditions Puf, 2020
- *Relations et communication interpersonnelles*, 4<sup>e</sup> édition, éditions Dunod, 2020
- MEAD G. H. : *The individual and the Social Self*, éditions Université de Chicago, 1982
- MIKOLACZAK Moïra, DESSEILLES Martin :
  - *Traité de régulation des émotions*, éditions De Boek, 2012
  - *Vivre mieux avec ses émotions*, éditions Odile Jacob, 2016
- MUCCHIELLI Alex : *Théorie systémique des communications*, éditions Armand Colin, Paris, 1999
- PICARD Dominique :
  - *Les rituels du savoir-vivre*, éditions Du seuil, 1995
  - *Pourquoi la politesse ? Le savoir-vivre contre l'incivilité*, éditions Du Seuil, 2007
  - *Politesse, savoir-vivre et relations sociales*, éditions Puf, 2019
- PLOTON Louis :
  - *La personne âgée, son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*, Lyon, Chronique sociale, 1991
  - *Le droit absolu de ne pas vieillir ? (Actes du quatrième congrès francophone des droits de l'homme âgé)*, éditions Pradel, 1995
- ROGERS Carl :
  - *L'approche centrée sur la personne*, anthologie de textes présentés par Kirschenbaum Howard et Land Henderson Valérie, éditions Ambre, 2013
  - *Le développement de la personne*, éditions Dunod, 1998
- STORA Michael :
  - *Guérir par le virtuel, une nouvelle approche thérapeutique*, éditions Presses de la renaissance, 2005
  - *Et si les écrans nous soignaient ? Psychanalyse des jeux vidéo et autres plaisirs digitaux*, éditions Erès, 2018
  - *Les écrans, ça rend accro...*, éditions Hachette Littérature, 2007
- TISSERON Serge :
  - *Comment développer l'empathie chez les soignant(e)s et les étudiant(e)s en santé ?*, Médecine des maladies métaboliques, éditions Elsevier, 2020
  - *L'empathie au cœur du jeu social : vivre ensemble ou mourir*, éditions Albin Michel, 2010
- WATZLAWICK Paul, WEAKLAND John, FISH Richard : *Changements : paradoxes et psychothérapie*, éditions Points Essais, 2014

#### **THÈSES et autres documents universitaires :**

- BERBERAT Amanda, FRINGELI Léa, QUELOZ Julie : *En psychiatrie, en quoi les techniques de communication contribuent-elles à réduire l'agressivité et ainsi à diminuer l'utilisation de la chambre d'isolement ?*, travail en vue de l'obtention du titre de Bachelor HES-SO en soins infirmiers, 2021
- BOUTI Inès : *Le développement de l'éducation thérapeutique du patient en officine*, thèse de doctorat en sciences pharmaceutiques, 2017
- GABOR Delia : *Intelligence affective, empathie et maladie d'Alzheimer – synthèse des connaissances actuelles dans la littérature de spécialité et impact dans la pratique de la médecine générale*, thèse de doctorat en médecine, 2011
- GRANDJEAN Sophie : *Prise en charge à l'officine de la maladie d'Alzheimer*, thèse de doctorat en pharmacie, 2018

- JOYE Carole : *Toxicomanie : dynamique et impacts des représentations négatives des infirmiers à l'égard des patients toxicomanes*, travail en vue de l'obtention du titre de Bachelor HES-SO en soins infirmiers, 2009
- MAILLARD Carine : *Stratégies pour éviter l'épuisement des infirmières en psychiatrie lors de la prise en charge des patients toxicomanes*, travail en vue de l'obtention du titre de Bachelor HES-SO en soins infirmiers, 2012
- MARIN Elsa : *Enseigner l'empathie en médecine ? Revue de la littérature et propositions d'outils pédagogiques*, thèse de doctorat en médecine, 2011
- PESSIGLIONE Mathias : *Comment le cerveau motive le comportement : du circuit de la récompense au système des valeurs*, Consultable sur le site [www.académie-medicine.fr](http://www.académie-medicine.fr), 2014
- TOURIGNY P. Sarah-Claude : *Évaluation de la résilience : élaboration d'une grille d'analyse au Rorschach et au TAT*, essai de 3<sup>e</sup> cycle comme exigence partielle du doctorat en psychologie, université du Québec, 2016
- TURCQ Amandine : *Les spécificités cognitives de l'anorexie mentale*, thèse de doctorat en médecine, 2016

#### **ARTICLES consultés sur CAIRN (consultés entre 2022 et 2023) :**

- ANDRE Christophe : *Méditation, médecine et neurosciences*, Études, 2018
- BERNARD Marie-Josée, FAYOLLE Alain : *La résilience, une nouvelle approche de la dimension émotionnelle*, Entreprendre et Innover, 2016
- BONDOLFI Guido, JERMANN Françoise, ZERMATTEN Ariane : *Les approches psychothérapeutiques basées sur la pleine conscience: +@charlottelacourbedwp entre vogue médiatique et applications cliniques fondées sur des preuves*, Psychothérapies, 2011
- CHABROL Henri : *Les mécanismes de défense*, Recherche en soins infirmiers, 2005
- COSNIER Jacques, REY Françoise, ROBERT Françoise : *Le corps, les affects et la relation à l'autre*, Thérapie familiale, 1996
- COUPAT Pierre, LEROUX Flavio, PONET Françoise : *Quelles postures professionnelles dans l'éducation à l'observance thérapeutique ? « deux expériences de terrain »*, Recherche en soins infirmiers, 2008
- DANTZER Robert : *Nature et fonctions des émotions*, Les émotions, 2002
- DECETY Jean : *Mécanismes neurophysiologiques impliqués dans l'empathie et la sympathie*, article de synthèse, Revue de neuropsychologie, 2010
- DELELIS Gérard, CHRISTOPHE Véronique, BERJOT Sophie, DESOMBRE Caroline : *Stratégies de régulation émotionnelle et de coping : quels liens ?*, Bulletin de psychologie, 2011
- GINESTE Yves, MARESCOTTI Rosette, PELLISSIER Jérôme : *L'humanité dans les soins*, Recherche en soins infirmiers, 2008
- HENDRICK Stéphan : *Familles de schizophrènes et perturbations de la communication : La « communication déviante » : le point de la recherche et son apport à la théorie familiale systémique*, Thérapie familiale, 2002
- JORLAND Gérard : *Empathie et thérapeutique*, Recherche en soins infirmiers, 2006
- JOUANNE Céline : *L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif*, Psychotropes, 2006
- LANCELOT Anne, COSTANTINI-TRAMONI Marie-Louise, TARQUINIO Cyril, MARTINET Yves : *Première étape de l'élaboration d'une échelle d'empathie perçue*, Les cahiers internationaux de psychologie sociale, 2009
- LUQUEL Laurence : *La méthodologie de soin gineste-marescotti dite « humanité » : expérience de son application au sein d'une unité spécifique Alzheimer*, Gérontologie et société, 2008

- MAEKER Eric, MAEKER-POQUET Bérengère : *L'empathie en gériatrie, utilité et faisabilité ?*, Revue de gériatrie, septembre 2020
- MAELA Paul : *L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique*, Recherche en soins infirmiers, 2012
- MEGHERBI Saïd : *Les stratégies de soins des toxicomanes*, Psychotropes, éditions De Boeck Supérieur, 2006
- MOLEY-MASSOL Isabelle : *La souffrance des soignants et leurs mécanismes de défense, Correspondances en risque cardiovasculaire*, vol. V, numéro 1, 2007
- MUNSCH-ROUX Kathia, MUNSCH Frédéric :
  - *La méthode de validation de Naomi Feil : une pratique thérapeutique innovante en gérontologie ?*, Gérontologie et société, 2008
  - et al : *Grand âge et désorientation*, Gérontologie et société, 2001
- NARME Pauline, Mouras Harold, LOAS Gwénolé, KRYSKOWIAK Pierre, ROUSSEL Martine, BOUCART Muriel, GODEFROY Olivier : *Vers une approche neuropsychologique de l'empathie*, article de synthèse, Revue de neuropsychologie, 2010
- PANICHELLI Christophe : *Le mécanisme de défense de l'humour : un outil pour le recadrage*, Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 2007
- PAUL Maela : *L'accompagnement comme posture spécifique, l'exemple de l'éducation thérapeutique du patient*, Recherche en soins infirmier, 2014
- RANDIN Jean-Marc : *Qu'est-ce que l'écoute ? Des exigences d'une si puissante « petite chose »*, Approche centrée sur la Personne : pratique et recherche, 2008
- RAPOPORT Danièle : *De la prévention de la maltraitance à la « bien-traitance » envers l'enfant*, rapport dans Informations sociales, 2010
- REVILLOT Jean-Marie, EYMARD Chantal : *Processus d'altérité entre le personnel de santé et le malade dans la relation éducative en santé*, Recherches et éducations, 2010
- RICHARD Claude, LUSSIER Marie-Thérèse : *La communication professionnelle en santé*, article de L'actualité médicale, Août 2005
- RIVOIRARD Anna : *Soins et dépendance dans les centres postcure en alcoologie*, Le sociographe, éditions Champ social, 2012
- TAÏEB Olivier, BAUBET Thierry : *Impact de la représentation de la maladie dans la prise en charge des patients toxicomanes : analyse longitudinale*, L'autre, 2001
- TOLIOU Anastasia : *Empathie et psychose*, Le journal des psychologues, 2011
- STEELE Kathy, BOON Suzette, VAN DER HART Onno : *La relation thérapeutique : sécurité, menace et conflit*, Traiter la dissociation d'origine traumatique, 2018
- VAN LYSEBETH-LEDENT Michèle : *L'empathie et ses dérives*, revue française de psychanalyse, 2004
- VANNOTTI Marco : *L'empathie dans la relation médecin – patient*, Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, éditions De Boeck Supérieur, 2002

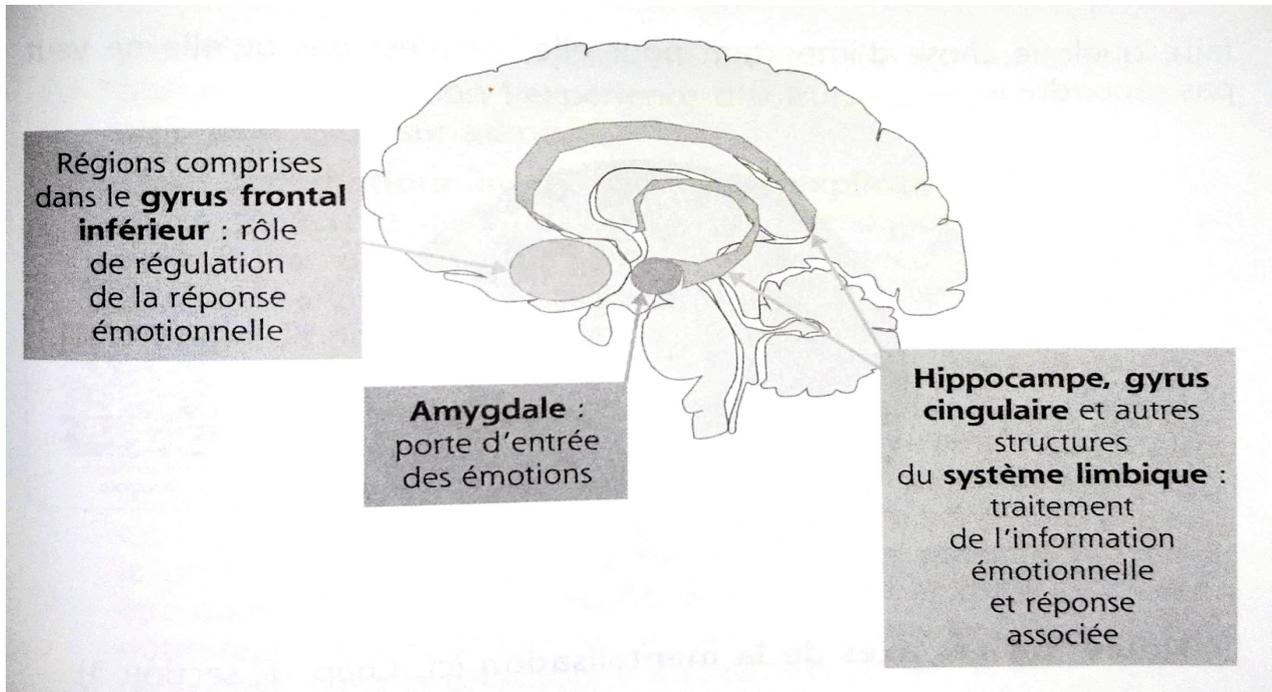
#### **AUTRES ARTICLES ET DOCUMENTS :**

- BARBIER Dominique : *Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant*, La presse médicale, éditions Elsevier, Mars 2004
- BARTHASSAT Joëlle, GENTAZ Edouard. *Le développement de l'empathie au cours de l'enfance: le point de vue psychologique*. Médecine et Enfance, 2013, no. décembre, p. 356-359
- BERTIN Eric :
  - *La posture éducative*, Présentation consultable sur le site de l'ANFH
  - *Éducation thérapeutique du patient*, éditeur EDP sciences, 2019

- BROUSSE G., DURAND ROGER J., GENESTE J., JALENQUES I. : *Urgences et crises : éclosions ou résolutions ?*, Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique, Décembre 2007
- BYRNE Donn Erwin : *Effectance arousal and attraction*, American psychological association, 1967
- COSSET Elodie, GANRY Cécile : *Gestion du patient de personnalité difficile en médecine générale*, dossier documentaire, Groupes Qualité, 2021
- DURIVAGE Antoine : *Le thérapeute face au comportement agressif*, Revue de santé mentale au Québec, Juin 1985
- EL-HAGE Wissam Et al. : *Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic : what are the mental health risks ?*, Encephale, 2020
- FEIL Naomie, révisé avec Vicki de Kerk-Rubin : *Les principes de validation*, document consultable sur le site <https://vfvalidation.fr>, 2009
- FINCHAM Guy, StRAUSS Clara, MONTERO-MARIN Jesus, CAVANAGH Kate : *Effect of breathwork on stress and mental health : a meta-analysis of randomised-controlled trials*, Nature (scientific report), 2023
- GUEGAN Camille (CoMET/AFCET) : *Enquête sur la pratique de l'éducation thérapeutique intégrée aux soins auprès de soignants formés*, 2013
- HUANG Juebin : *Maladie d'Alzheimer*, article consultable sur le site MSD Manuals, Mars 2021
- KAPASA R. L. Et al. : *Évaluation du burnout chez les professionnels de santé des unités de veille sanitaire COVID-19 au Maroc*, Arch Mal Prof, 2021
- KAYA Bülent : *Compétences en matière de santé : relation patient-professionnel de santé et accès à l'information relative à la santé*, soutenue par l'Officine fédéral de la santé publique OFSP et la Croix-rouge suisse, 2018
- LAZARUS Richard : *Psychological stress and the coping process*, New-York, McGraw-Hill, 1966
- LECOMTE Jacques : *Empathie et ses effets*, éditions Elsevier Masson SAS, 2010
- LEHMANN A., JANOLY-DUMENIL A., BAUDRANT-BOGA M., ALLENET B. : *Pharmacien et éducation thérapeutique du patient : état des lieux des pratiques en France*, étude dirigée par le pôle pharmacie de l'université de Grenoble-Alpes, Juin 2014
- LUCET Chloé, KEBIR Oussama : *La surveillance du patient sous lithium*, article consultable sur le site du MACSF, 2019
- PubMed :
  - BONSACK Charles, CONUS Philippe : *Access to care and maintenance in the community of persons who are difficult to engage in psychiatric treatment*, Mai 2004
- ROGER-ACHIM Diane, PELISSIER-SIMARD Luce : *Comment se sentir à l'aise avec les patients toxicomanes*, Le médecin du Québec, volume 36, numéro 5, mai 2011
- RUFFINONI Cécile : *Impact de la sensibilisation d'une équipe soignante au soin relationnel dans une unité de long séjour psychogériatrique*, AFDG – Lettre de psychogériatrie, 2012
- SALMONA Muriel : *L'analyse de la mémoire traumatique et des autres symptômes psychotraumatiques*, consultable sur [www.memoiretraumatique.org](http://www.memoiretraumatique.org), 2020
- VAILLANT George :
  - *Adaptative mental mechanisms : their role in a positive psychology*, American Psychiatric Press, 1994
  - *Ego mechanisms of defense : a guide for clinicians and researchers*, American Psychiatric Press, 1992
- ZIMMERMAN Mark : *Trouble de la personnalité limite (borderline)*, article consultable sur le site MSD Manuals, Septembre 2022



## ANNEXES



Annexe 1: Coupe sagittale du cerveau montrant les zones impliquées dans le traitement et la régulation des émotions (M. Debbané et al, 2022)





## **RESUME DE LA THESE EN FRANCAIS :**

Préparer les pharmaciens à la communication, c'est leur donner les outils nécessaires pour apprendre à construire et cultiver les relations qu'ils entretiennent à l'officine, mais aussi accompagner leur patient à travers une vision du soin élargie et globale, plus humaine. Cela amènera également les pharmaciens à une meilleure résilience, et donc plus d'efficacité dans leur pratique professionnelle.

Dans cette thèse, nous aborderons donc le fonctionnement et la construction d'une relation interpersonnelle, les manières dont elle peut dégénérer en conflit, et des outils de communication permettant de favoriser une relation et une communication saine à l'officine. Nous aborderons ensuite différentes techniques mettant en application toutes les notions précédentes, illustrées par des exemples de mon exercice professionnel.

## **TITRE DE LA THESE EN ANGLAIS :**

Contribution of communication sciences to the healthcare relationship in pharmacy.

## **RESUME DE LA THESE EN ANGLAIS :**

Preparing pharmacists for communication means giving them the necessary tools to learn to build and cultivate relationships in pharmacy, but also to support their patients through a more human vision of care. This will also help pharmacists to go to greater resilience, and therefore more efficiency in their professional practice.

In this thesis, we will explore the construction of an interpersonal relationship, the ways in which it can degenerate into conflict, and communication tools to promote a healthy relationship and communication in the pharmacy. We will then discuss different techniques applying all the previous concepts, illustrated by examples from my professional practice.

## **PROPOSITION DE MOTS-CLES :**

Pharmacie, communication, relation interpersonnelle, conflit, gestion des conflits, recadrage, mentalisation, mécanismes de défense, compétences émotionnelles, validation, empathie, Gineste-Marescotti, alzheimer, humanitude, technique de confusion, addiction, gestion de l'utopie, trouble de la personnalité limite, rapport de place