

2016-2017

Thèse

pour le

Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie

ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES

PHARMACEUTICAL INTERVIEWS

Méthodologie et mise en place au sein des Pays de la Loire

GUILBAUD Maëva

Née le 06 septembre 1991 à Cholet (49)

Sous la direction de M. FAURE Sébastien

Membres du jury

M. DUVAL Olivier | Président

M. FAURE Sébastien | Directeur

M. GUILLEMINOT Alain | Membre

Soutenue publiquement le :
24 avril 2017



UFR SANTÉ

L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :

- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.



Consulter la licence creative commons complète en français :

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/>

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Maëva GUILBAUD.....
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le 18 avril 2017

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle Richard

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas Lerolle

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETTON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologue ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologue ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine

DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophthalmologie	Médecine

PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine

BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique et Mycologie	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie

MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ András	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRICAUD Anne	Biologie cellulaire	Pharmacie
TURCANT Alain	Pharmacologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane	Informatique	Médecine
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
LETERTRE Elisabeth	Coordination ingénierie de formation	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

ATER

Pierre André Billat physiologie pharmacocinétique

Samuel Legeay Pharmacologie

Sylvain Recoquillon Physiologie

Enseignant contractuel

Guillaume Viault Chimie

AHU

Céline Bris Biochimie et biologie moléculaires

Gaël Leroux Toxico

REMERCIEMENTS

Je souhaite tout d'abord à remercier M. Sébastien Faure d'avoir accepté de diriger ma thèse, et de m'avoir prodigué ses conseils qui m'ont aidé à faire évoluer mon travail.

Je remercie également M. Olivier Duval pour avoir accepté de présider mon jury, et M. Alain Guilleminot pour être présent au sein de ce jury.

Je tiens également à remercier l'ensemble des professeurs de la faculté d'Angers pour l'enseignement de qualité qu'ils m'ont prodigué tout au long de ces années.

Il me faut également remercier M. Philippe Mousnier pour le stage de qualité qu'il m'a été donné de suivre dans son officine.

Ce travail n'aurait pas pu aboutir sans l'aide précieuse de Mr Alain Guilleminot, président de l'URPS Pharmaciens des Pays de la Loire, Mme Laura Lansonner et Mr Le Gac Bertrand, chargés de mission remplaçants de l'URPS Pharmaciens des Pays de la Loire, Mme Flavie Bedfert, chargée de mission du Syndicat des pharmaciens en Sarthe, Mme Charlotte Cailly et M. Romain Brière, Pharmacien responsable de clientèle pour Alliance Healthcare, Mr José-Luis Fernandes, cadre commercial pour OCP, Mme Sophie Toufflin-Rioli, pharmacien d'officine, Mme Catherine Le Collen-Robic, chargée de relations conventionnelles pour l'Assurance Maladie Loire-Atlantique, Mr Olivier Delaveau, responsable département régulation de l'Assurance Maladie Maine-et-Loire, et Mme Edith Landreau, chargée de relations conventionnelles pour l'Assurance Maladie Maine-et-Loire et Mme Audrey Coto, responsable service relations professionnels de santé pour l'Assurance Maladie Vendée.

Je tiens également à remercier ici Amandine, Anne-Laure, Audrey, Camilia, Chloé, Chrystèle, Clémence, Florence, Floriane, Jeremy, Pierre, Simon, pour avoir passé de si belles années avec vous, et pour votre soutien de longue haleine. Je ne peux pas clore ce paragraphe sans mentionner Valérie, la meilleur binôme dont j'aurais pu rêver, et la plus étonnante des personnes. Ces années n'auraient pas eu la même saveur sans notre amitié et notre partenariat.

Je remercie également Yasmine, qui a beaucoup contribué à l'avancement de ce travail en me permettant de me changer les idées de temps à autre.

Je réserve également une pensée pour mes parents et Anaël, qui ont eu le dur labeur de me supporter durant toutes ces années, dans les moments de joie comme dans les périodes de stress et de doutes. Un merci également à Maman et Marie-Jo Delsart pour leurs relectures consciencieuses.

Enfin, je me dois de remercier Guillaume, pour tout, pour m'avoir soutenue, aidée, conseillée, convaincue de continuer ou de m'arrêter selon les cas, et avoir supporté mon caractère en toutes circonstances. Un grand merci.

Sommaire

Liste des abréviations 16

Introduction 18

I. L'éducation en santé, une source d'opportunités pour le pharmacien d'officine ? 20

1. Le concept de maladie chronique	20
1. Définition	20
2. La transition épidémiologique	21
3. L'espérance de vie sans incapacité	22
4. Conséquences sur l'individu et le système de santé	23
2. L'éducation en santé	26
1. La déclaration d'Alma Ata (15)	27
2. La Charte d'Ottawa (16)	27
3. L'éducation en santé en droit français	28
3. Entretiens pharmaceutiques et éducation thérapeutique	29
1. La distinction réglementaire entre entretiens pharmaceutiques et éducation thérapeutique	30
2. Le pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient	31
3. Les points communs entre éducation thérapeutique et entretiens pharmaceutiques	33
4. Contexte de mise en place des entretiens pharmaceutiques	34
1. La problématique des anti-vitamine K (AVK)	34
2. Le questionnement autour de l'asthme	38
5. Un champ d'application encore restreint	41

II. Les entretiens pharmaceutiques, méthodologie et conditions de réalisation 45

1. Objectifs visés par les entretiens pharmaceutiques	45
1. Renforcement de l'autonomie du patient	46
2. Développement des connaissances et compétences du patient	46
3. Amélioration de l'adhésion thérapeutique	47
4. Restauration de l'estime de soi	48
5. La notion d'empowerment	48
2. Éduquer et informer	49
3. Se former	51
4. La communication, au cœur des entretiens pharmaceutiques	53
1. Comprendre les réactions du patient face à la maladie	53
1. Le deuil du corps sain	53
2. Les attitudes éducatives	57
3. L'application de ces attitudes dans le processus de deuil	59
4. Les représentations du corps malade	61
2. Accompagner le patient dans son apprentissage de l'autonomie	62
1. Les compétences psychosociales, ressources dans l'accompagnement	63
2. Quelques clefs de l'échange éducatif	64
3. Comprendre les changements de comportement pour mieux les accompagner	68
3. Les écueils de la communication	72
5. Le recrutement des patients	76
6. L'enregistrement des patients dans la procédure des entretiens pharmaceutiques	78
7. La préparation en amont de la première séance	83

1. Le patient	83
2. Le pharmacien	83
3. Le lieu	84
4. La durée	86
5. Quel moment choisir pour la réalisation des entretiens ?	86
6. Des outils adaptés au patient	87
1. La fiche de suivi du patient (figure 14)	87
2. Le guide d'accompagnement des patients (figure 15)	89
3. Le carnet d'information et de suivi du traitement par AVK (figure 16)	90
4. Les planches illustrées (figure 17)	91
5. Le guide d'utilisation des dispositifs d'inhalation dans le cadre de l'asthme (figure 18)	92
6. Le questionnaire d'évaluation de l'observance (figure 19)	93
7. Les brochures et dépliants à l'usage des patients	95
8. Les sites internet ou logiciels informatiques	96
9. Autres supports	96
7. Se renseigner sur le patient	99
8. La première séance	99
1. L'accueil	100
2. Identifier les besoins du patient	101
3. Établir une stratégie pédagogique	102
4. La phase éducative	104
5. Résumer la séance	105
9. En aval de la séance	106
1. La traçabilité de la séance	106

2. La coordination entre professionnels de santé	107
10. Les séances suivantes	109
1. Intervalle de temps entre deux séances	109
2. La préparation avant la séance	109
3. Le contenu	110
4. Évaluer les acquis du patient	113
5. Évaluer la séance	114
6. La place de l'évaluation de l'observance	116
11. La rémunération	116

III. État des lieux en 2015 en Pays de la Loire 118

1. Objectifs	118
2. Matériel et méthodes	118
1. Le questionnaire (annexe)	118
2. Les moyens de diffusion du questionnaire	121
3. Méthodes statistiques utilisées dans l'étude des variables	122
3. Résultats	122
1. Descriptif de l'échantillon	122
1. Répartition par départements	122
2. Répartition par type d'officine	126
3. Répartition par chiffre d'affaires	129
4. Répartition par nombre de pharmaciens en exercice	131
2. Réalisation des entretiens pharmaceutiques	137
1. Formation des pharmaciens	138
2. Recrutement des patients	143

3. Organisation des entretiens	148
4. Relations interprofessionnelles	152
3. Opinion des pharmaciens	154
1. Les entretiens pharmaceutiques	154
2. Les bénéfices retirés des entretiens pharmaceutiques	155
3. La rémunération des entretiens pharmaceutiques	156
4. Les difficultés rencontrées lors de leur mise en place	156
5. Les évolutions à apporter aux entretiens pharmaceutiques	158
4. Opinion des patients	159
1. Satisfaction des patients	160
2. Fidélisation des patients	160
5. Réponses des pharmacies non impliquées dans les entretiens	161
1. Les raisons qui ont poussé les pharmacies à ne pas réaliser les entretiens pharmaceutiques	161
2. Les demandes spontanées des patients	162
3. Évaluation de l'entourage direct des pharmacies	162
4. Discussion	163
1. Les biais de l'étude	163
2. Les facteurs favorisant la mise en place des entretiens	164
3. L'état des lieux de la mise en place des entretiens pharmaceutiques	167
4. L'opinion des pharmaciens	172
5. L'opinion des patients	174
6. Les pharmacies non impliquées	175
5. Conclusion	176

Conclusion 178

Bibliographie 180

Table des figures 189

Table des tableaux 192

Annexe 193

Liste des abréviations

ADSP : Actualité et dossier en santé publique

AFSAPPS : Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé

ALD : Affection de longue durée

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament

AOD : Anticoagulants oraux directs

ARS : Agence régionale de santé

AVK : Anti-vitamine K

BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive

CAHT : Chiffre d'affaires hors taxe

CESPHARM : Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française

CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPN-PA : Comité paritaire national des programmes d'actions

CRPV : Centre régional de pharmacovigilance

CSP : Code de la santé publique

DDJ : Dose définie journalière

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ENEIS : Étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins

ENM : Entretiens d'accompagnement de nouvelle médication

ESPS : Enquête sur la santé et la protection sociale

ETP : Éducation thérapeutique du patient

FSPF : Fédération des syndicats pharmaceutiques de France

GINA : Global initiative for asthma

HAS : Haute autorité de santé

HCSP : Haut conseil de la santé publique

HPST (loi) : Hôpital, patients, santé et territoire

INR : International normalized ratio

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

JORF : Journal officiel de la république française

MUR : Medicine use review

OCP : Office commercial pharmaceutique

OMS : Organisation mondiale de la santé

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes informatiques

SIDA : Syndrome de l'immunodéficiency acquise

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

UNESCO : United nations educational, scientific and cultural organization

UNOCAM : Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie

URPS : Union régionale des professionnels de santé

USPO : Union des syndicats de pharmaciens d'officine

Introduction

Avec le vieillissement de la population, la gestion des pathologies chroniques devient un enjeu pour nos systèmes de santé modernes. Au-delà de l'évolution des mentalités liée à la chronicité des maladies, et au besoin pour les patients d'apprendre à gérer leur santé au quotidien pour gagner en qualité de vie malgré les défaillances de cette dernière, les pathologies chroniques ont un impact économique de plus en plus important sur notre société. Ainsi, les mesures de prévention primaire et secondaire, comme l'éducation en santé, deviennent des axes non négligeables dans la gestion des maladies chroniques.

Dans ce contexte, le législateur s'est interrogé sur la place du pharmacien, jusqu'alors dernier maillon de la chaîne de soin. C'est ainsi que sont nés, en 2012, les entretiens pharmaceutiques. Ils donnent pour mission au pharmacien d'officine d'assurer l'éducation de patients dans des domaines clairement définis, afin de diminuer les hospitalisations liées à l'iatrogénie ou la mauvaise gestion des maladies chroniques au quotidien. Il s'agit là d'une nouvelle activité, très différente de l'exercice pharmaceutique habituel, avec ses propres modalités, que le pharmacien désireux de s'investir dans ces entretiens doit connaître et maîtriser. En effet, la tenue de ces entretiens ne s'improvise pas. D'une durée d'environ vingt minutes, et répétés deux fois par an, au moins en ce qui concerne la première année, ces entretiens nécessitent une approche et une préparation très éloignées de ce que faisait jusqu'alors le pharmacien d'officine. Ils nécessitent des connaissances théoriques à propos de la maladie traitée et de sa prise en charge importantes et actualisées, qui font d'ores et déjà partie du bagage du pharmacien, mais ils impliquent en plus de maîtriser la méthodologie de l'échange éducatif, ce qui ne relevait jusqu'alors pas des compétences pharmaceutiques strictes. Ces nouvelles connaissances, associées à une pratique régulière, forment le socle d'entretiens pertinents, tant pour le pharmacien que pour le patient.

Ce nouvel exercice représente donc à la fois un changement d'état d'esprit, et un outil qui s'inscrit dans une perspective d'évolution de la posture et du métier de pharmacien d'officine. Il marque également une transition dans la manière d'exercer, dans une période où la pharmacie de ville est confrontée à une obligation de renouvellement de son mode de fonctionnement. Cette dualité, entre évolution nécessaire et transition souhaitée, est la raison principale qui m'a poussée à m'intéresser à cette thématique. Pour la première fois, non seulement l'éducation des patients est

devenue partie intégrante des missions du pharmacien, mais un outil a été conçu et promu à l'échelle nationale pour réaliser cette dernière. Il m'a alors semblé pertinent, trois ans après le lancement des entretiens pharmaceutiques, de réaliser un bilan de ce que les pharmaciens de la région Pays de la Loire avaient mis en œuvre pour implanter ce nouveau mode de fonctionnement dans leurs pratiques quotidiennes. C'est donc dans le but premier d'analyser la mise en place des entretiens pharmaceutiques dans les Pays de la Loire, depuis leur lancement en 2013 jusqu'à la réalisation de l'enquête en mai et juin 2015, que ce travail a été effectué.

Tout d'abord, une première partie de ce travail s'intéressera au contexte qui a mené à la décision, de la part du législateur, de confier la réalisation de ces entretiens au pharmacien d'officine, et les différences que peuvent présenter ces derniers par rapport aux autres formes d'éducation en santé et aux autres missions assurées par ce dernier au quotidien. L'objectif est d'étudier les possibilités d'implication du pharmacien dans une perspective d'éducation du patient. Par la suite, la deuxième partie s'attachera à présenter les modalités de réalisation des entretiens pharmaceutiques de la manière la plus claire possible, afin que ce travail puisse servir de guide méthodologique à tout pharmacien qui s'intéresserait à la mise en place et à la tenue de ceux-ci. Enfin, la troisième partie exprimera les résultats de l'enquête menée auprès des officines des Pays de la Loire à propos de la mise en place et de la réalisation des entretiens pharmaceutiques. Cette dernière partie a notamment pour but de mettre en évidence les facteurs favorisant et les facteurs limitant la réalisation des entretiens pharmaceutiques dans les officines, et d'interroger l'opinion des pharmaciens à propos de ces derniers.

I. L'éducation en santé, une source d'opportunités pour le pharmacien d'officine ?

L'augmentation du nombre de patients souffrant de pathologies chroniques au cours du siècle présent dans le monde industrialisé a eu un fort impact sur la société et continue de peser sur le milieu de la santé (1). Avec l'augmentation de la durée de vie, se pose désormais un nouvel enjeu : celui du bien vieillir. Comment, alors que le taux de pathologies chroniques dans la population augmente, et compte tenu des conséquences perceptibles de ces pathologies, les patients peuvent-ils continuer à mener une vie active et bien remplie ? Et surtout, comment le pharmacien s'insère-t-il dans cette perspective ?

1. Le concept de maladie chronique

1. Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les maladies chroniques sont des affections de longue durée et d'évolution lente. Responsables de 63% des décès, les maladies chroniques sont la toute première cause de mortalité dans le monde (2). Ces maladies chroniques étant évolutives, elles sont associées à la menace de complications graves, ainsi qu'au risque d'invalidité (3). Dans les maladies chroniques, on compte notamment les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, les cancers, les affections respiratoires chroniques et le diabète (2). Ces maladies sont les pathologies chroniques les plus courantes. On compte également des pathologies moins courantes, comme la mucoviscidose, la drépanocytose, et les myopathies, ou encore des pathologies mentales de longue durée telles que la dépression, la schizophrénie. Parallèlement à cela, et grâce à l'essor des thérapies, certaines pathologies transmissibles auparavant comptées comme des pathologies aiguës, telles que le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou l'hépatite C, sont désormais considérées comme étant des maladies chroniques.

Le législateur français définit les maladies chroniques comme ayant « une cause organique ou psychologique, une ancienneté d'au moins trois mois, et un retentissement de la maladie sur la vie quotidienne » (3). Il est spécifié pour cette dernière notion qu'il peut s'agir d'une « limitation fonctionnelle des activités, de la participation à la vie sociale ; dépendance vis-à-vis d'une thérapeutique, d'une technologie médicale, de l'intervention de professionnels : besoin de soins médicaux ou paramédicaux, d'aide psychologique, d'éducation ou d'adaptation » (3).

En France, en 2007, la part de la population touchée par une maladie chronique est estimée à 20%, soit environ 15 millions de personnes (4). Si les maladies chroniques existent de longue date, la nécessité de définir ce concept est récente. La décision de l'OMS de faire de l'amélioration de la qualité de vie des personnes souffrant de maladies chroniques une priorité date de 2005. En France, quelques mois auparavant, et par le biais de la loi du 9 août 2004 (5), le législateur prend 49 mesures concernant les pathologies chroniques dont, notamment, le plan « améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de malades chroniques 2007-2011 » (4). En effet, si les maladies chroniques ont probablement toujours existé, leur recrudescence est très clairement un mal du XXIème siècle.

2. La transition épidémiologique

Avec l'augmentation de la longévité dans les pays industrialisés ou en voie d'industrialisation, un changement de grande ampleur s'est produit dans le milieu de la santé humaine au cours du siècle qui vient de s'écouler. Les maladies chroniques auparavant minoritaires sont devenues la cause principale de décès dans les populations (6). Ces modifications ont eu de grandes conséquences sur la société en général, et plus particulièrement dans le monde de la santé.

La théorie sur la transition démographique effectuée dans les pays industrialisés, qui ont vu la durée de vie moyenne de leurs habitants augmenter, avec une baisse flagrante de la mortalité infantile, allant de pair avec l'amélioration des connaissances et des techniques en matière de soins, ne date pas d'hier. En effet, le démographe américain Warren S. Thompson en faisait déjà mention en 1929 dans son article « Population » (7).

A cette théorie de la transition démographique, fait suite la théorie de la transition épidémiologique. Celle-ci, évoquée dans les années 70, étudie les modifications de la répartition des maladies dans la population, en parallèle de la transition démographique dans les pays industrialisés du globe (6).

Le constat des études épidémiologiques menées sur la période de transition démographique a été le suivant : un changement dans la répartition des différentes maladies a accompagné la transition démographique (8). Là où les épidémies et pandémies infectieuses prédominaient au cours des époques pré-modernes et au début de l'ère industrielle, les maladies chroniques dites dégénératives sont devenues la première cause de mortalité. L'évolution des techniques médicales et l'essor des sciences pharmaceutiques en est assurément la cause. Des changements, d'ordre plus sociaux que médicaux, en sont également responsables, tels que l'amélioration des standards de vie, d'hygiène et de nutrition. L'amélioration des standards de santé publique, enfin, avec

l'avènement de la vaccination, des mesures de prévention, ainsi que la favorisation de l'accès aux soins pour les différentes couches sociales de la population ont très certainement joué un grand rôle dans cette transition épidémiologique (6,8).

3. L'espérance de vie sans incapacité

Plus récemment, en 2010, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a publié dans sa revue Actualité et Dossier en Santé Publique (ADSP) un dossier thématique sur les maladies chroniques (9). Dans ce dernier, il évaluait, en se basant sur les exonérations du ticket modérateur pour une affection de longue durée (ALD) faites auprès de l'Assurance Maladie, la prévalence de maladies chroniques dans la population (figure 1). Il estimait qu'en 2008, le nombre de personnes en ALD sur l'ensemble de la population devait s'élever à 9,4 millions. Mais dans la mesure où une même personne peut bénéficier de plusieurs exonérations au titre de l'ALD, celle-ci étant spécifique pour chaque pathologie, ce chiffre doit être tempéré. On estimait alors à 1,22 le nombre d'ALD par patient (9). Dans le cas de maladies chroniques telles que l'asthme, leur sévérité ne nécessitant pas nécessairement la demande d'une ALD, et de par le nombre important de protocoles de traitement, il est difficile de pouvoir évaluer la proportion de malades chroniques non identifiée dans ces chiffres. Il faut également bien avoir conscience du fait que les résultats ainsi évoqués sous-évaluent la prévalence des maladies chroniques dans la population française (9).

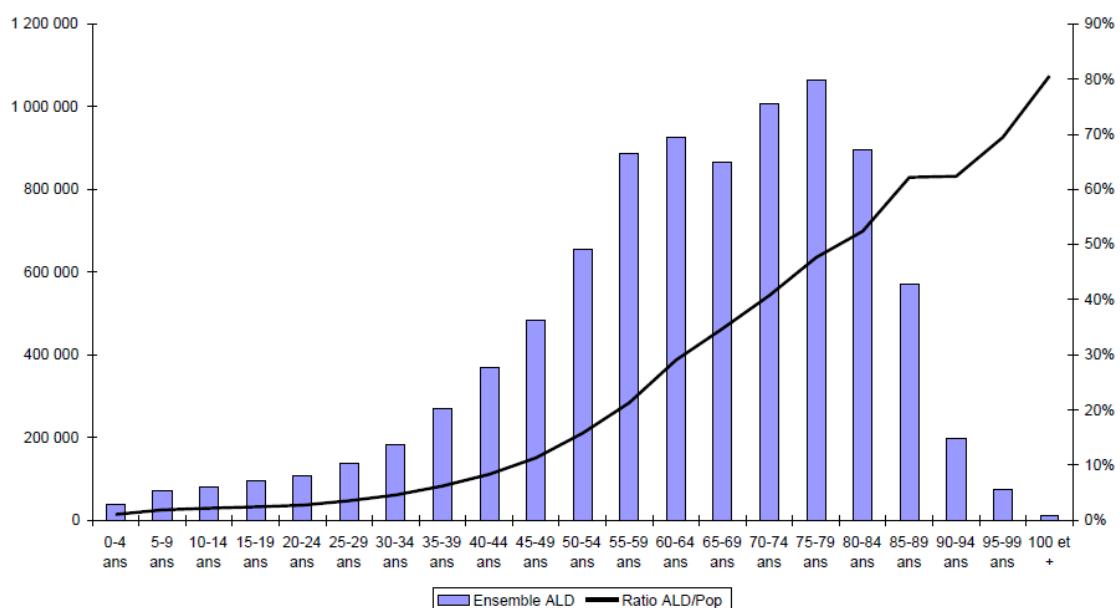


Figure 1 : Répartition par tranches d'âge du nombre de personnes en ALD et proportion en % de la population en 2007 (10)

Devant cette évolution de la prévalence des maladies chroniques, et les conséquences occasionnées par celles-ci à long terme sur l'autonomie et la qualité de vie des patients, une nouvelle notion mesurable a été introduite. En plus de la morbidité et de la mortalité, les épidémiologistes quantifient désormais l'espérance de vie sans incapacité(9). Cette notion part du constat que si l'être humain vit plus vieux, la période vécue avec le handicap d'une maladie augmente également. S'agissant pour la plupart de pathologies non-mortelles, on imagine aisément l'impact de ces séquelles sur la durée, tant à l'échelle individuelle qu'à l'échelle d'une population.

4. Conséquences sur l'individu et le système de santé

Les maladies chroniques et leur impact sur l'état de santé des patients comportent un certain nombre de conséquences, à la fois en terme de santé pour les patients eux-mêmes, mais aussi sur le système de santé, qui subit la recrudescence des pathologies chroniques et tente de s'adapter à cette évolution épidémiologique.

Selon l'OMS, la qualité de vie est la «perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lesquels il vit, et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (11). Cette définition reste assez vague. La qualité de vie dépendrait donc de la santé physique et de l'état psychologique du patient, mais également de son autonomie, ses relations sociales et ses interactions avec son environnement. La qualité de vie doit être distinguée de l'état de santé. En effet, si le second relève de l'évaluation médicale, la première ne peut être évaluée et mesurée que par la personne elle-même. Chacune des étapes de la maladie peut avoir un impact sur la qualité de vie, depuis le moment où elle est annoncée au patient, jusqu'au handicap lourd et au décès, en passant par chaque stade de progression des limitations fonctionnelles qui le touchent. La qualité de vie dépend donc des capacités et de l'invalidité physiquement ressenties par l'individu, mais également de son rapport à la vie, de sa capacité mentale à l'apprécier, à entretenir de vieilles relations sociales et à en tisser de nouvelles. Il s'agit pour l'individu de pouvoir ressentir de la satisfaction et du bien-être malgré la maladie et ses conséquences.

A ce titre, il est du ressort du professionnel de santé de bien prendre en compte la qualité de vie du patient et de l'évaluer avec lui tout au long de l'accompagnement dans la maladie (11). C'est d'ailleurs dans cette perspective que le législateur français a intégré la problématique de la maladie chronique dans la loi du 9 août 2004 (5), qui a concouru à la mise en place du Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011. Ce plan met notamment l'accent sur la prévention des maladies chroniques évitables.

L'apparition de ces maladies, en plus du handicap qu'elles peuvent occasionner, oblige bien souvent les patients diagnostiqués à devoir modifier leurs habitudes de vie. Afin de limiter les conséquences de la maladie, ils sont souvent contraints de laisser une plus grande place à la sphère médicale dans leur quotidien. Ils sont généralement sous traitements, suivi régulièrement par leurs médecins traitants, leur(s) spécialiste(s), et entourés d'un certain nombre de professionnels paramédicaux divers, du kinésithérapeute à l'infirmier libéral en passant par le diététicien, et bien sûr, le pharmacien. Dans ce cadre, où beaucoup de professionnels différents se croisent et échangent, on peut comprendre que le patient puisse parfois se sentir perdu, ou puisse rester avec des questions qu'il n'ose pas ou ne sait pas à qui poser. De même, il est aisément de comprendre le désir de pouvoir à nouveau disposer de soi, et de faire ses propres choix concernant sa santé. Se pose alors la question de l'éducation en santé. Face à ces patients, il est du devoir des soignants de les amener à pouvoir connaître leurs maladies, leurs traitements, et leurs propres capacités, pour être à même de conserver leur autonomie tout en retardant l'échéance du handicap le plus longtemps possible.

La transition démographique et épidémiologique qui a touché le monde au cours des derniers siècles, à plus ou moins grande vitesse selon les pays, ne présente pas que des conséquences à l'échelle des individus. Pour étudier l'impact social et économique que cette évolution a eu sur les populations et les structures sociales, les épidémiologistes ont dû recourir à la notion de transition sanitaire (8). Cette notion regroupe à la fois l'étude de l'évolution de l'espérance de vie et la répartition de pathologies chroniques, mais également l'impact de ces facteurs sur nos sociétés. En effet, si la mortalité diminue, et que parallèlement à cela, la prévalence des maladies chroniques augmente, la part d'individus en demande de soin est grandissante dans les sociétés des pays développés (figure 2). Cette évolution sans précédent pose un défi à notre système de santé.

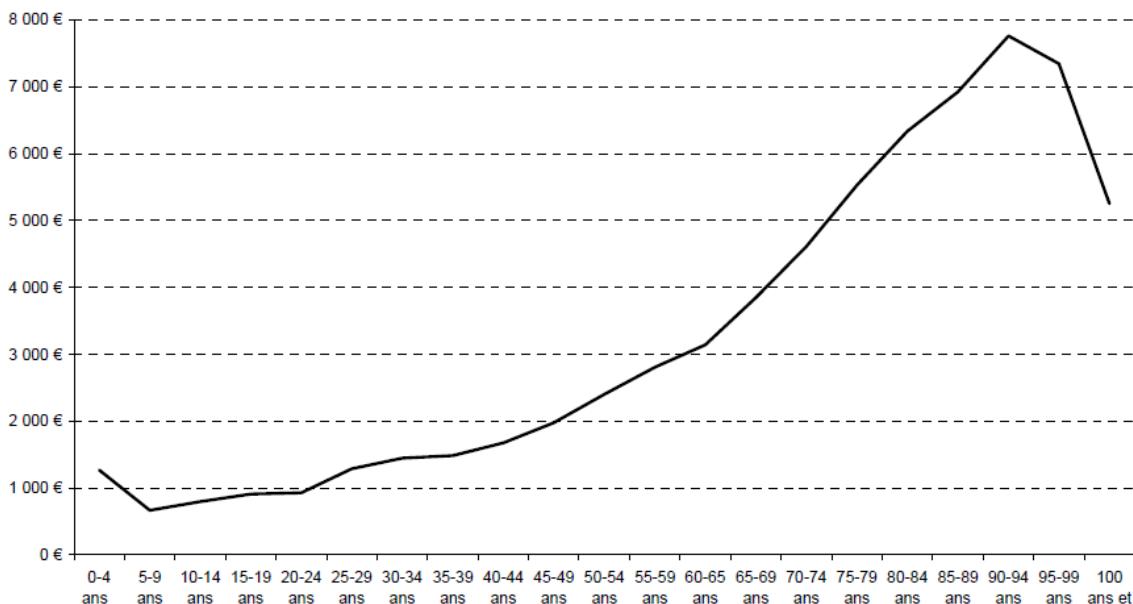


Figure 2 : Dépense totale de soins par habitant et par classe d'âge en 2008 (10)

Selon le point de vue de l'OMS, « le vieillissement de la population peut être vu à la fois comme un défi à relever et une onde d'opportunité » (12). En effet, l'OMS considère que les personnes âgées sont une ressource, à la fois pour leur famille et leur communauté, mais également en tant que main d'œuvre et part active au sein de la société (12). Cependant, il faut bien garder à l'esprit que l'augmentation de la part de seniors en demande de soin fait peser un poids sur les systèmes de sécurité sociale et de retraites. L'OMS considère que ce poids implique une augmentation de la quantité de professionnels de santé sur le territoire, doublée d'une amélioration de leur formation, car les populations vieillissantes multiplient la demande de soin au long cours (12).

En 2008, les dépenses de santé liées aux maladies chroniques représentaient les deux tiers des dépenses de santé (9) totales en France. De 2000 à 2010, le nombre de patients sous ALD a progressé d'un peu plus de 5% par an en moyenne (9). On peut donc ainsi percevoir le poids réel que l'augmentation des pathologies chroniques fait peser sur le système de soin.

Cependant, ces données datant de 2010 reflètent les patients sous ALD. Or, toutes les personnes atteintes de maladies chroniques ne bénéficient pas d'une ALD. Pendant les décennies précédentes, un certain nombre d'avancées, à la fois législatives et médicales, ont été réalisées en faveur de ces patients, mais une constante a perduré : l'inégalité d'accès aux soins. En effet, on a longtemps utilisé le codage ALD de l'Assurance Maladie pour repérer les patients diagnostiqués « malades chroniques », afin de leur proposer un meilleur suivi. Mais l'hétérogénéité de la liste, ainsi que l'absence de notion de prise en charge coûteuse clairement définie sont autant de problèmes qui, encore actuellement, mettent à mal l'efficacité du système (13).

C'est dans l'idée de promouvoir une meilleure adaptabilité du système à la situation qu'a été votée en 2009 la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » (HPST) (13). Cette loi permet la création des Agences Régionales de Santé (ARS), afin que celles-ci deviennent des centres décisionnels régionaux de référence. Elles ont pour but de permettre le décloisonnement entre les secteurs de la santé et du social, et de favoriser les parcours préventifs et curatifs. De par cette loi, le médecin généraliste prend également de l'importance, en devenant un acteur central dans l'orientation du patient au sein du parcours de soins. Cette mesure permet de pouvoir garantir un meilleur accès aux soins à des patients sortant du dispositif d'ALD. Les premières notions d'éducation du patient voient également le jour d'un point de vue légal par la promulgation de l'éducation thérapeutique du patient (ETP), laissée à l'initiative des professionnels de santé, sous contrôle des ARS. Mais aucunes de ces évolutions en faveur du patient n'auraient pu être possibles sans que n'aient eu lieu au préalable une réflexion profonde sur le statut de malade, et un changement d'ordre sociologique sur sa place au sein du système de santé.

2. L'éducation en santé

Au fur et à mesure de l'augmentation de l'espérance de vie de la population, de l'apparition de plus en plus de maladies chroniques, notamment chez les personnes âgées, et du changement d'état d'esprit qui s'est produit entre les patients et le corps médical, la demande d'actions d'éducation à destination de ceux-ci est devenue de plus en plus forte. L'éducation se distingue en trois types : l'éducation formelle, l'éducation non formelle, et l'éducation informelle. L'éducation en santé se classe typiquement dans le champ de l'éducation non formelle (14).

En effet, l'éducation dite formelle rassemble l'ensemble des activités instructives officielles. Elle suit des programmes officiels validés par les institutions habilitées dans un but éducatif clairement revendiqué et se caractérise par l'obtention de diplômes. A l'inverse, l'éducation informelle relève de tous les processus d'apprentissages indépendants mis en place tout au long de la vie, de manière plus ou moins consciente, par les individus. A la croisée des chemins, l'éducation non formelle, si elle se revendique d'un objectif éducatif, n'appartient pas au monde des institutions scolaires ou universitaires. L'éducation est réalisée hors des structures officielles et n'a pas pour aboutissement l'obtention d'un diplôme.

Devant cette demande croissante d'éducation, les instances publiques et l'Organisation Mondiale de la Santé ont édité des textes permettant d'encadrer ce que doit être une politique d'éducation en santé.

1. La déclaration d'Alma Ata (15)

La déclaration d'Alma Ata, en 1978, a fait suite à la Conférence Internationale sur les soins de santé primaires. Celle-ci comporte dix axes visant à améliorer l'accessibilité et les performances des soins primaires dans le monde, dans le but de garantir « une meilleure qualité de vie » et « la paix mondiale ».

Le point IV est le suivant :

« Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés. »

Pour la première fois, la place du patient en tant qu'acteur de sa santé est reconnue par le monde médical dans son ensemble.

Le point VII, explicitant la nature des soins de santé primaires, dit également ceci :

« Les soins de santé primaires [...] comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables [...] »

« Les soins de santé primaires [...] exigent et favorisent au maximum l'auto-responsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer [...] »

Ainsi se pose clairement l'impératif pour le patient d'être décideur dans la gestion de sa prise en charge, et pour les pouvoirs publics celui de lui fournir les moyens en terme notamment d'éducation, pour mener à bien ce rôle.

2. La Charte d'Ottawa (16)

Suite à la Déclaration d'Alma Ata, la Conférence Internationale pour la promotion de la santé s'est réunie à Ottawa en 1986. Cette réunion a abouti à la réalisation d'une charte, qui stipule notamment :

« La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de

contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux. »

Elle rejoint en cela les objectifs de la Déclaration d'Alma Ata, mais va plus loin en ajoutant :

« Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre à faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire et une action doit être menée par l'intermédiaire des organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et bénévoles et dans les institutions elles-mêmes. »

Elle ouvre ainsi la porte de l'éducation pour toutes les tranches d'âge de la population, dans le but de se prémunir des conséquences des maladies, et notamment des maladies chroniques. Elle donne également une place au sein des séances d'éducation à des corps de métiers extérieurs au strict corps médical.

3. L'éducation en santé en droit français

La place, de plus en plus importante, que prend l'éducation en santé sur la scène médicale internationale, s'est traduite en droit français à partir des années 2000 par l'adoption de lois en faveur de son développement.

La première d'entre elles est la loi du 9 août 2004, qui prévoit la rédaction d'un plan national de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (5). Les ambitions de ce plan sont d'agir à la fois sur l'impact économique des maladies chroniques mais également sur la qualité de vie des malades.

Cette loi se traduit par la présentation en 2007 du plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (4). Les objectifs de ce plan concernant l'éducation sont les suivants :

« 1. Développer les groupes d'échange et d'expression entre patients et soignants ;

2. Impliquer les patients et les associations de patients dans l'élaboration des programmes d'information, d'éducation et d'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques et à la rédaction des recommandations de bonnes pratiques pour les professionnels. »

Les actions prévues par le plan sont donc, entre autres, d'inciter à la création de groupes d'échanges entre soignants et soignés, à la fois en milieu hospitalier mais également en ambulatoire.

Mais le pas le plus important, en terme d'éducation des patients, a certainement été l'adoption de la loi du 21 juillet 2009 (17). Elle reconnaît officiellement l'éducation thérapeutique d'une part, et pose les bases de la création des entretiens pharmaceutiques d'autre part, initiant une forte évolution dans l'éducation des patients sur le territoire français.

Cette évolution sera concrétisée par la signature de la Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance Maladie, signée le 4 mai 2012.

Suite aux évènements combinés du vieillissement de la population, de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et à la demande croissante des patients concernant leur intégration au sein des processus de soins, un certain nombre de programmes d'éducation thérapeutique et d'accompagnement ont été mis en œuvre. Quelques initiatives variées ont vu le jour, tantôt au sein des hôpitaux, tantôt au sein d'associations de patients, ou encore organisées en ambulatoire. Les intervenants dans ce genre de programmes sont divers. Il peut s'agir de « patients-experts », des personnes très au fait de leur maladie, qui acceptent d'en former d'autres à des techniques d'auto-soins ou qui proposent un soutien moral (18). Les programmes peuvent également faire appel à des représentants du corps médical, à des intervenants paramédicaux (pharmacien, kinésithérapeutes, infirmiers, nutritionnistes, psychologues...) ou encore à des spécialistes d'un aspect de la pathologie. La diversité des projets d'accompagnement et de suivi est telle qu'une grande confusion s'ensuit. Il est parfois difficile, tant pour le patient que pour les différents intervenants médicaux et paramédicaux, de savoir ce vers quoi il peut être le plus opportun de s'orienter (19).

3. Entretiens pharmaceutiques et éducation thérapeutique

Dans bien des cas, les patients comme les professionnels de santé hors pharmaciens ont connaissance de la tenue de séances d'éducation thérapeutique, et parfois des entretiens pharmaceutiques, mais sont bien en peine de pouvoir différencier les deux activités l'une de l'autre, autrement que par la profession de l'intervenant. Et pour cause, elles présentent de nombreux points communs. Cependant, quelle que soit notre profession, il est important de bien distinguer l'une de l'autre si l'on veut pouvoir renseigner au mieux son patient.

1. La distinction réglementaire entre entretiens pharmaceutiques et éducation thérapeutique

La distinction entre d'une part les entretiens pharmaceutiques et d'autre part l'éducation thérapeutique n'est pas aisée. En effet, les deux sont étroitement liés.

Aux yeux de la loi, les entretiens pharmaceutiques font partie des actions d'accompagnement des patients. L'encadrement de ces actions est développé dans l'article L. 1161-3 du Code de la Santé Publique (CSP) (20) :

« Les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. Elles sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. »

Selon l'article L. 1161- 1 du Code de la Santé Publique, ces mesures d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique, au même titre que les programmes d'éducation thérapeutique du patient (21). Cependant, ces derniers sont régis indépendamment des mesures d'accompagnement par l'article L. 1161-2 (22):

« Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des agences régionales de santé. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé. Ces programmes sont évalués par la Haute Autorité de Santé. »

L'une des plus grandes différences qui existe entre ces deux domaines est ainsi explicitée. Ces deux activités ne sont pas régies par les mêmes entités et ne sont pas contrôlées par les mêmes instances. Si les deux obéissent à un cahier des charges national approuvé par le ministère de la Santé, seules les sessions d'éducation thérapeutique du patient dépendent des ARS et répondent à un programme établi au niveau local. Ainsi, tous les programmes d'ETP disponibles en France ne sont pas accessibles partout mais uniquement dans le réseau local qui les gère individuellement.

Les entretiens pharmaceutiques, quant à eux, obéissent à un programme national, et sont destinés à des patients particuliers rentrant dans le champ de programmes d'actions définis par les avenants à la convention nationale qui organise les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance Maladie (23,24). Les programmes d'actions et leurs modalités de réalisation sont décidés par le comité paritaire national des programmes d'actions (CPN-PA). Ainsi, à l'heure actuelle, seuls les

patients traités par anticoagulants oraux (24,25) et les patients asthmatiques chroniques en initiation ou reprise de traitement (26), peuvent bénéficier des entretiens pharmaceutiques. Ceux-ci sont proposés à l'officine et réalisés par un pharmacien. Pour l'heure, la gestion de la fréquence et le nombre de ces entretiens sont laissés à la discrétion du pharmacien (23).

2. Le pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient

Si les deux exercices font partie de l'éducation thérapeutique au sens large, rien n'empêche le pharmacien d'officine de prendre part aux deux, il y est même fortement encouragé. Afin de bien en cerner les différences, pour mieux les appliquer, voici un rappel bref de l'éducation thérapeutique du patient du point de vue du pharmacien d'officine.

Les premières actions d'éducation thérapeutique du patient en France ayant été initiées dans les années 90, sans pour autant obéir à une réglementation, et n'ayant été intégrées aux recommandations et aux textes de lois que bien plus tard, il existe un grand nombre de définitions de l'éducation thérapeutique du patient. Elles présentent toutes, cependant, un certain nombre de points communs, qui sont (19,27,28):

- l'intégration de l'ETP au projet et au parcours de soins ;
- l'aide psychologique et sociale apportée au patient ;
- le renforcement des capacités du malade/de son entourage, à prendre en charge la maladie ;
- le gain d'autonomie du patient ;
- le gain de compétences et d'informations ;
- l'initiation de changements comportementaux par le patient lui-même ;
- l'amélioration de la qualité de vie du patient.

D'un point de vue plus concret, les séances d'ETP (figure 3) sont organisées au niveau local, et le programme doit être autorisé au préalable par l'ARS concernée. La demande étudiée par l'ARS doit comporter : les objectifs du programme, la population concernée par le programme, les compétences des professionnels qui vont réaliser l'ETP, les modalités de réalisation, les modalités d'évaluation, ainsi que les sources de financement du programme (29,30).

Une fois le programme accepté, le recrutement des patients pour rejoindre celui-ci est du ressort du médecin. Il peut s'agir du médecin traitant comme du spécialiste de la maladie chronique concernée. Suivra ensuite l'élaboration d'un programme personnalisé (29).

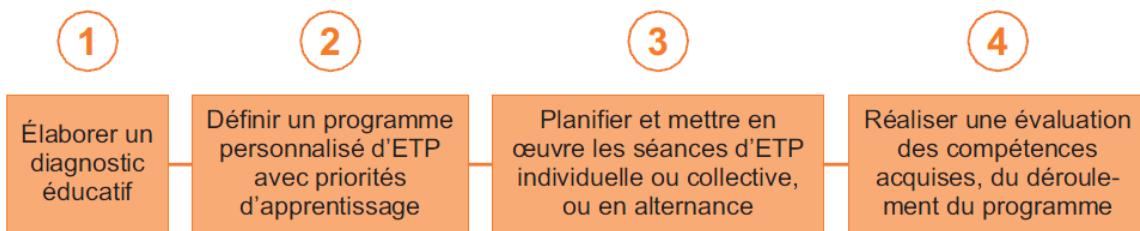


Figure 3 : La démarche d'ETP (31)

L'éducation thérapeutique du patient s'inscrit dans un contexte pluridisciplinaire. Il s'agit d'un travail commun, au sein d'une équipe de soins ou d'un réseau de soins centré sur le malade. Un pharmacien qui souhaite participer à ce type de programme doit faire partie intégrante de ce réseau contenant divers professionnels de santé et paramédicaux, avec des compétences et savoir-faire propres, qui interviennent tour à tour dans des sessions individuelles ou en groupe (32). L'ordre d'approche et le contenu des sessions, ainsi que le fait qu'il s'agisse de sessions individuelles ou non est décidé selon le patient, à l'issue de l'étape de diagnostic éducatif. Il est discuté par les professionnels intervenants, et réévalué selon les besoins et l'évolution du patient. L'éducation thérapeutique s'intègre dans le parcours de soins et se centre autour de celui-ci, le programme personnalisé ne doit pas être fixe mais doit pouvoir être remis en cause.

La place du pharmacien au sein de l'éducation thérapeutique du patient n'est plus à justifier. En effet, cette activité fait partie intégrante de ses missions. Dans le Code de la Santé publique, l'article R5015-2 stipule que « le pharmacien exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale » (33). De plus, dans l'article 38 de la loi HPST, le pharmacien d'officine se voit attribuer 8 nouvelles missions, dont 4 facultatives. Parmi celles-ci, apparaît l'éducation thérapeutique au même titre que l'accompagnement du patient (34). A ce titre, le pharmacien a tout à fait sa place dans la prise en charge des patients dans l'ETP. Il fait partie intégrante du parcours de soins du patient. De fait, il est soumis au secret professionnel au même titre que les autres professionnels de santé qui participent à l'ETP, il l'intègre donc naturellement dans les concertations pluridisciplinaires liées à cet exercice (35).

Chaque professionnel de santé inclus dans l'ETP a pour objectif de transmettre au patient des connaissances et des compétences d'auto-soins et d'adaptation lui permettant de faire des choix qui lui éviteront ou diminueront les risques de complications, et amélioreront sa qualité de vie. Le pharmacien, comme chacun d'eux, possède des spécificités à apporter au patient pour atteindre ce but. Il est à même de lui expliquer sa pathologie, ses traitements, et de renforcer en cela les messages qui lui ont déjà été fournis précédemment au long de son parcours, mais il peut également aider le

patient à adapter la prise de ses traitements aux exigences de sa maladie et de sa vie quotidienne. Il est également un soutien actif du patient. Lorsqu'il est formé pour, sa disponibilité et sa qualité d'écoute sont à même d'aider le patient à atteindre les objectifs de l'ETP (32).

C'est dans cette idée que le Conseil de l'Ordre des Pharmaciens a fortement incité les pharmaciens à s'impliquer dans l'éducation thérapeutique du patient par la diffusion d'un article dans le bulletin de l'Ordre des Pharmaciens en décembre 2009. Le titre de l'article était le suivant : « L'éducation thérapeutique des patients, une ardente obligation pour les pharmaciens ». Cet article rappelle la nature de l'ETP et le cadre légal à appliquer par les professionnels de santé pour sa mise en place (36).

3. Les points communs entre éducation thérapeutique et entretiens pharmaceutiques

Si les deux exercices sont basés sur des distinctions de l'ordre du réglementaire et de la mise en application *stricto sensu*, ils poursuivent cependant des buts similaires, et s'articulent autour de méthodes partagées (14).

Que ce soit dans le cadre de l'ETP ou des entretiens pharmaceutiques, il s'agit d'accompagnement du patient. Cet accompagnement porte sur des activités de prévention secondaire et tertiaire. Dans ce cadre, il s'agit de prendre en charge des patients atteints de maladies chroniques, et de leur apporter des connaissances et des compétences ainsi que de les aider à gagner en autonomie, tant du point de vue de la maladie que de leurs réflexions autour d'elle. Les objectifs sont donc similaires (14,37).

Si l'ETP doit être un exercice pluridisciplinaire, les interactions avec le patient peuvent se faire au cours de séances collectives ou individuelles (37). Aucune disposition particulière n'est prise dans les entretiens pharmaceutiques pour permettre l'organisation de séances collectives (24–26). Au contraire, le dispositif est conçu pour permettre un face à face entre l'accompagnant et l'accompagné, dans un lieu plus confidentiel que ne peut l'être le comptoir d'une officine, sur un temps plus étendu que ne l'est généralement une délivrance classique. Ces paramètres, qui différencient les entretiens de l'exercice pharmaceutique habituel, ont été définis dans le but de donner à ces face à face les conditions nécessaires pour que les patients puissent bénéficier de l'éducation dont ils ont besoin. En cela, les entretiens rejoignent les séances individuelles d'ETP, et se différencient des informations de santé délivrées lors de l'échange habituel entre pharmacien et patient.

L'échange entre les parties au sein d'une séance éducative, dans l'ETP comme dans les entretiens, est d'ailleurs bien différent de celui auquel les pharmaciens sont

habitués. Il s'agit non plus d'apporter des conseils personnalisés au patient, mais plutôt d'une conversation qui laisse une plus grande place d'expression au patient, afin de mieux comprendre ses besoins d'éducation, et lui permettre de les combler à travers l'apprentissage de nouvelles connaissances et compétences (14). La structuration même de cet échange, organisé selon une méthodologie propre à l'accompagnement, tient plus de la séance d'ETP que de l'apport de conseils au comptoir.

Bien que présentant de fortes similitudes dans leur objectifs, leur mode d'organisation et leur méthodologie, l'ETP et les entretiens pharmaceutiques présentent pourtant des différences bien réelles, et si elles ne sont pas forcément évidentes au premier coup d'œil, elles n'en restent pas moins importantes. Tant l'aspect législatif qui encadre les deux exercices que les caractéristiques et les contraintes dans leur mode de réalisation doivent être présents à l'esprit des professionnels de santé pharmaciens qui souhaitent participer à l'ETP comme aux entretiens pharmaceutiques. Cependant, si dans les deux cas l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques dans la population a été un moteur de leur émergence, les entretiens pharmaceutiques n'ont pas uniquement été créés pour répondre à une demande d'ordre économique ou sociétale mais plutôt de santé publique.

4. Contexte de mise en place des entretiens pharmaceutiques

Au-delà de la problématique de l'éducation ou de l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques, ce qui a poussé les pouvoirs publics à autoriser, encadrer et rémunérer la mise en place des entretiens pharmaceutiques à l'officine par les pharmaciens, est l'observation d'un phénomène inquiétant en augmentation dans l'hexagone : les accidents iatrogéniques évitables (37).

1. La problématique des anti-vitamine K (AVK)

Les premiers médicaments à attirer l'attention des pouvoirs publics sur leur potentiel iatrogène ont été les AVK. Ces médicaments sont utilisés en France depuis plus de 40 ans, ils constituent encore aujourd'hui le traitement de référence dans des pathologies telles que les cardiopathies emboligènes, l'embolie pulmonaire, les valvulopathies et les thromboses veineuses (38). Ces pathologies concernent une large part de la population.

En 1998, une étude a été menée par les Centre Régionaux de Pharmacovigilance (CRPV), visant à évaluer l'incidence des hospitalisations dues à des effets indésirables d'origine médicamenteuse (39). Elle a révélé qu'en France chaque année, 34 159 hospitalisations auraient pour origine un effet indésirable médicamenteux, pour une

durée moyenne d'environ 9,7 jours. En parallèle, l'Association française des CRPV a réalisé une enquête auprès des patients sous AVK dans les pharmacies d'officines. Les résultats ont été les suivants (40) :

- « - 98% des sujets connaissent la nécessité d'une surveillance biologique régulière.
- La notice présente dans la boîte a été lue par 76% des sujets.
- Seulement 45,5% des malades portent une carte mentionnant le traitement par AVK.
- Si 68% connaissent les risques d'un surdosage en AVK et 56,7% ceux d'un traitement insuffisant, seulement 52,5% connaissent les risques dus à la fois à un surdosage et à un traitement insuffisant.
- Les signes du surdosage ne sont pas très bien connus : 41,5% savent qu'ils peuvent avoir des hématomes, 37,7% qu'ils peuvent saigner du nez, 31,3% qu'ils peuvent saigner des gencives, 18,9% qu'ils peuvent avoir du sang dans les urines et seulement 6,7% ont donné toutes les bonnes réponses.
- 11% seulement savent qu'il faut signaler le traitement à la fois au médecin, au dentiste, au pharmacien, au biologiste et au kinésithérapeute.
- 84% savent quel antalgique ils peuvent prendre en cas de douleur.
- 55% savent qu'ils ne doivent pas manger de chou de façon excessive, mais les autres interactions avec les aliments sont mal connues. »

Suite à cela, une première campagne d'information à l'usage des pharmaciens et des médecins sur les AVK a été lancée en 2001 par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé (AFSSAPS). Deux ans plus tard, l'enquête de l'Association française des CRPV a été renouvelée. Les résultats ont été les suivants :

- « - Si 80% des patients se déclarent informés des risques du traitement, plus de la moitié ne connaissent toujours pas les signes annonciateurs d'un surdosage (INR supérieur à 5, saignement mineur ou signes indirects d'hémorragie interne).
- Plus de 40% des patients ignorent encore qu'ils doivent signaler leur traitement anticoagulant au pharmacien (versus 41% en 2000) et plus de 58% au biologiste (versus 61% en 2000).
- Enfin, plus de la moitié des patients ne savent toujours pas que l'association du traitement AVK avec les AINS est déconseillée (54% en 2003 versus 62% en 2000). »

Une seconde campagne d'information a alors été lancée. L'Étude Nationale sur les Événements Indésirables graves liés aux Soins (ENEIS) 1 (2004) a montré que les AVK étaient responsables de 37% des accidents iatrogènes graves (38). C'est la première classe médicamenteuse incriminée en France. La proportion d'hospitalisations ayant pour origine un effet indésirable médicamenteux, a ensuite été confirmée par une seconde étude menée en 2007, qui a montré que les anticoagulants AVK étaient responsables de la majorité des hospitalisations pour cause d'effet indésirable (41). Une troisième campagne d' information a alors vu le jour, de manière prolongée dans le temps cette fois, avec la mise à disposition des professionnels de santé d'un certain nombre d'outils : le Schéma commun des Autorisations de Mise sur le Marché (AMM) des spécialités AVK (22/07/2011), le Bon Usage des Médicaments Anti-vitamine K (AVK) (18/04/2009), les Médicaments anti-vitamine K : conseils pratiques pour le personnel soignant (04/05/2009). Des outils sont également créés pour les patients : le document « Vous suivez un traitement anticoagulant par AVK (anti-vitamine K) - les 7 règles d'or » (24/09/2008), le document questions/réponses : Traitement anticoagulant oral par anti-vitamine K (AVK) (04/05/2009), le «Carnet de suivi AVK » (actualisation : 10/06/2011).

Ce dernier doit permettre au patient d'améliorer le suivi de son *International Normalized Ratio* (INR), l'examen de laboratoire effectué à partir d'un prélèvement sanguin que tout patient traité par AVK doit réaliser au moins une fois par mois, et qui permet de quantifier l'effet anticoagulant des AVK. Cet examen permet d'ajuster la posologie du médicament pour obtenir l'effet recherché (38).

Le risque élevé d'accident iatrogène lié aux AVK s'explique par plusieurs facteurs. Le premier est le fait qu'en moyenne, le temps passé dans la zone thérapeutique pour un patient ne dépasse jamais 65%. Pendant environ 40% du temps passé sous traitement, le patient est donc soit trop anticoagulé, et encourt un risque d'hémorragie, soit pas assez anticoagulé, et donc exposé au risque de thrombose (38). De plus, les AVK sont impliqués dans un nombre conséquent d'interactions médicamenteuses, et la population concernée est, dans la plupart des cas, une population âgée polymédiquée (38).

En 2012, un rapport a fait état de 5000 à 6000 accidents mortels imputables aux AVK par an, la plupart du temps dus à une cause hémorragique (38). De 2001 à 2011, la consommation d'AVK n'a pas cessé d'augmenter en France, et le nombre de boîtes d'AVK vendues a presque doublé, passant de 7,6 millions à 13,8 millions (38). Une décroissance a été observée en 2013, probablement suite à la mise à disposition depuis 2009 des Anticoagulants Oraux Directs (AOD). Si l'on considère tous les anticoagulants de manière confondue, on observe un doublement des ventes entre 2001 et 2011 (figure 4), avec une augmentation plus marquée encore depuis 2012. En 2014, on estime à 3,12 millions de personnes le nombre de patients à avoir été traités par un anticoagulant (42).

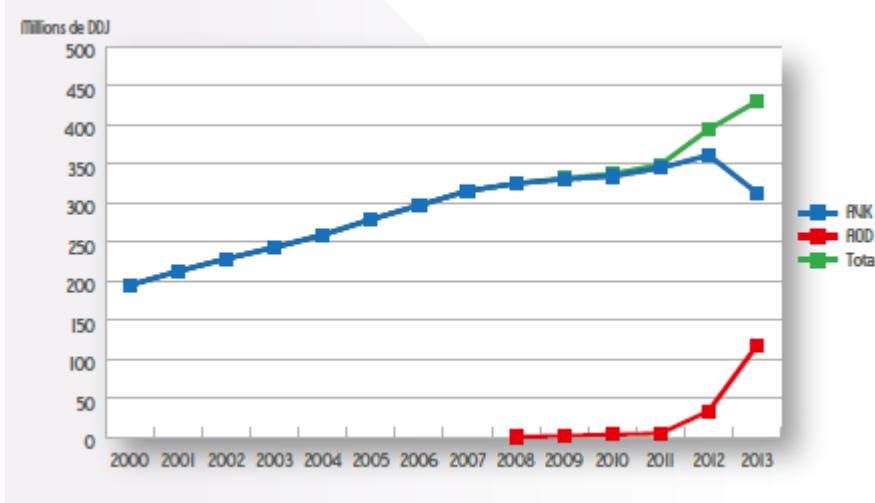


Figure 4 : Évolution des ventes d'anticoagulants oraux (AVK, AOD) en dose définie journalière DDJ (42)

A compter de cette période, l'intégration de patients sous AVK dans l'éducation thérapeutique a commencé à être envisagée. En Juillet 2012, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM- anciennement AFSSAPS) a émis un rapport intitulé « Bon Usage des médicaments Anti Vitamine K » dans lequel était stipulé que « Lors de la mise en place d'un traitement par AVK, tout patient doit recevoir des éléments d'éducation thérapeutique, y compris si la durée de traitement envisagée est de quelques semaines. Il faut lui expliquer le but du traitement, ses risques, les principes de l'INR et de l'adaptation de posologie, les adaptations éventuelles de son mode de vie (activités professionnelles et sportives), de son alimentation (stabilité du régime alimentaire, notamment vis-à-vis des aliments riches en vitamine K tels que les brocolis, les épinards, les choux, les choux-fleurs, les choux de Bruxelles), les principales interactions avec les médicaments, y compris à base de plantes (millepertuis), ainsi que la conduite à tenir en urgence, en cas d'accident. Cette éducation est faite par le professionnel de santé ou par la structure qui pose l'indication d'un traitement anticoagulant.» (43).

Dans la même logique qui avait poussé les instances dirigeantes à chercher à résoudre le problème que posent les AVK en utilisant l'éducation thérapeutique, les discussions autour de l'avenant n°1 à la convention nationale pharmaceutique ont débuté. Cet avenant devait permettre, entre autres choses, l'intégration des patients sous AVK au sein de programmes d'accompagnement du patient réalisés à l'officine : les entretiens pharmaceutiques. Elles se sont soldées le 10 janvier 2013 par la signature de celui-ci par, d'une part, l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), ainsi que l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (UNOCAM) et d'autre part, les trois syndicats représentant les pharmaciens d'officine. L'arrêté ministériel correspondant a été rédigé le 24 juin et publié au Journal Officiel de la

République Française (JORF) le 27 juin. Il a marqué le point de départ des entretiens pharmaceutiques (25).

2. Le questionnement autour de l'asthme

La problématique de l'asthme est un peu différente. Dans ce cadre, les entretiens pharmaceutiques n'ont pas été mis en place pour réduire un problème d'accidents évitables causés par des médicaments, mais pour réduire les accidents évitables dus à un mauvais contrôle des paramètres inhérents à la maladie.

Jusqu'à la signature de la Convention Nationale en 2012, le rôle du pharmacien dans la prise en charge de l'asthme était assez limité. Il était de son ressort d'assurer la délivrance des médicaments et l'explication au patient des différentes modalités de prises de ceux-ci, en fonction des différents dispositifs qui pouvaient lui avoir été prescrits.

En 2004, le rapport Global Burden of Asthma, rédigé à l'initiative de The Global Initiative for Asthma (GINA) faisait état de 350 millions de personnes asthmatiques de par le monde, un nombre qui est en constante augmentation. L'estimation prévisionnelle du nombre d'asthmatiques en 2025 est de 450 millions de personnes. En 2004, en Europe occidentale (Autriche, Belgique, France, Allemagne, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Espagne, Suisse), ce nombre s'élève à 17,2 millions, soit 5,9% de la population. Le rapport mentionnait que la prévalence de l'asthme, tant chez les adultes que chez les enfants, a augmenté de manière notable durant les décennies précédant la rédaction de celui-ci, dans cette région du globe. Concernant la France, la mortalité n'avait pas non plus diminué depuis dix ans, en comparaison avec les autres pays de la zone. Le rapport concluait sur cette région, en disant que « l'une des priorités dans ces pays est [le développement de] stratégies de santé publique pour réduire le nombre de décès dus à l'asthme ». (44)

L'asthme est donc une maladie répandue dans la population, qui se manifeste de manière variable d'un individu à l'autre, et qui a notamment des facteurs de risques divers. Ceux-ci sont de deux ordres : ils peuvent être dus à la personne elle-même ou liés à son environnement. En ce qui concerne le patient lui-même, il peut s'agir du caractère héréditaire ainsi que les facteurs de risques hormonaux, digestifs ou encore psychologiques. L'impact de la pollution, du tabagisme, de la présence d'allergènes, de virus, de l'alimentation ou de la pratique physique relève plus de l'environnement du patient. A l'instar du tabac, ces facteurs environnementaux ne sont pas des causes de l'apparition de l'asthme, mais conduisent à l'exacerbation de celui-ci. Selon l'Enquête sur la Santé et la Protection Sociale (ESPS) de l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES), réalisée en 2006, le nombre de fumeurs asthmatiques serait à peu près équivalent au nombre de fumeurs non-asthmatiques en France. Elle

mentionne également un risque accru d'asthme chez les patients en surpoids ou obèses (45), et chez les patients ayant un faible niveau social.

L'urbanisation du mode de vie, ainsi que l'augmentation de facteurs de risques au sein de la société, telles que l'obésité ou la présence dans l'environnement de certains agents polluants, sont à l'origine de l'augmentation de la prévalence de l'asthme (46). Mais au-delà de la prévalence, se pose la question du contrôle de la maladie. Depuis son instauration en 1995, GINA classait la gravité de l'asthme selon quatre stades de sévérité : l'asthme intermittent, l'asthme léger persistant, l'asthme modéré persistant et l'asthme grave persistant. Des prises en charge différentes étaient recommandées selon le stade de l'asthme d'un patient donné. On sait aujourd'hui que la sévérité de l'asthme n'est pas le seul paramètre à impacter sur la prise en charge. La réponse au traitement, variable selon les individus, peut impacter sur le contrôle de l'asthme, quelque soit la sévérité initiale de la maladie. Ainsi, dans les recommandations de 2006, GINA classe l'asthme comme pouvant être contrôlé, partiellement contrôlé ou non contrôlé (45) (tableau 1).

Tableau 1 : Classification GINA de l'asthme selon le niveau de contrôle dans l'enquête ESPS 2006 (45)

Niveaux de contrôle	Règles de classification	Signes cliniques ressentis au cours des douze derniers mois
Contrôlé	4 critères	<i>Symptômes diurnes</i> : Aucun ou « < 1 fois par semaine » <i>Symptômes nocturnes</i> : Aucun <i>Limitation d'activité physique</i> : Aucune <i>Exacerbations</i> : Aucune
Partiellement contrôlé	1 ou 2 critères OU	<i>Symptômes diurnes</i> : « ≥ 1 fois par semaine mais < 1 fois par jour » <i>Symptômes nocturnes</i> : de « < 2 fois par mois » à « 2 à 4 fois par semaine » <i>Limitation d'activité physique</i> : Oui
	1 critère	<i>Exacerbations</i> : Oui
Totalement non contrôlé	3 critères OU	<i>Symptômes diurnes</i> : « ≥ 1 fois par semaine mais < 1 fois par jour » <i>Symptômes nocturnes</i> : de « < 2 fois par mois » à « 2 à 4 fois par semaine » <i>Limitation d'activité physique</i> : Oui
	1 critère	<i>Symptômes diurnes</i> : « Environ une fois par jour » ou « Tout le temps » <i>Symptômes nocturnes</i> : « Presque toutes les nuits »

Pour classer les patients selon le contrôle de leur maladie, GINA utilise un questionnaire qui permet de calculer un score indiquant le niveau de contrôle atteint par le patient. Les résultats de cette enquête en 2006 donnent les résultats suivants : six patients sur dix présentaient alors un asthme insuffisamment contrôlé. En effet, 39% des patients étaient considérés comme ayant un asthme contrôlé, quand 46% des patients avaient un asthme partiellement contrôlé et 15% un asthme non contrôlé (figure 5).

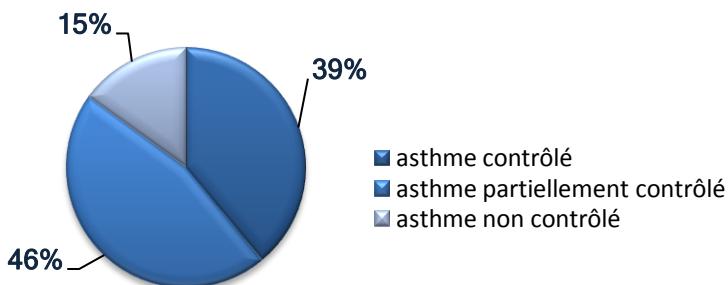


Figure 5 : Contrôle de l'asthme au niveau mondial en 2006, d'après l'enquête ESPS 2006 (45)

En France en 2004, une classification similaire avait déjà été adoptée par la HAS à travers des recommandations pour la prise en charge du patient asthmatique. Le constat était similaire, le contrôle de l'asthme dans la population était présenté comme suit : 17% des asthmatiques étaient considérés comme sous contrôle « optimal », 48% ayant un contrôle « acceptable » et 35% un contrôle « inacceptable ».

Deux facteurs sont mis en cause dans cette situation : il s'agit d'une part de l'inadéquation entre la prise en charge du patient et la sévérité de son asthme, et d'autre part de la bonne prise des traitements prescrits. En effet, le rapport de l'IRDES précise par exemple que pour les patients totalement non contrôlés, 24% n'ont pas de traitement de fond, alors qu'il est indiqué pour chacun des cas, et qu'un patient sur deux dans cette catégorie possède un traitement de fond insuffisant compte tenu des symptômes présentés. A l'inverse, parmi les patients contrôlés, 56% n'ont pas de traitement de fond. En effet, compte tenu du caractère intermittent de leur asthme, celui-ci n'est pas indiqué. Les 44% des patients restants sont contrôlés grâce à la prise régulière d'un traitement de fond, quel que soit, par ailleurs, la sévérité de leur asthme (45). Ainsi l'inadéquation du traitement et de la sévérité de la maladie impacte de manière claire sur le contrôle de l'asthme. Mais les rédacteurs du rapport concluent en stipulant qu'en plus d'améliorer la prise en charge de la maladie selon les paliers définis dans les recommandations, il est important d'encourager, notamment par l'éducation des patients, l'observance de leur traitement et de vérifier la bonne technique d'utilisation des traitements inhalés (45).

En effet, l'état de contrôle de l'asthme peut avoir des conséquences néfastes sur les individus et leur qualité de vie. En 2007, on dénombrait en France 54 130 hospitalisations (selon le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations ou PMSI). Plus de la moitié de ces hospitalisations concernaient des enfants de moins de 15 ans. La durée moyenne d'un séjour à l'hôpital dans le cadre d'une prise en charge liée à l'asthme était de 2,8 jours. L'année précédente, 1 038 décès étaient survenus à cause de cette maladie. Pour 64 d'entre eux, les défunt avaient moins de 45 ans. L'âge médian des personnes décédées à cause d'asthme, entre 2000 et 2008 était de 78 ans (47).

D'un point de vue plus économique, et au-delà des conséquences que fait porter l'asthme sur les personnes qui en sont atteintes, la maladie impacte sur la société dans son ensemble. De la même manière que dans la problématique AVK, la prise en charge de l'asthme a un coût certain pour les pouvoirs publics et la société en général. En 1994, son coût général pour la société était évalué à 1,1 milliard d'euros, dont 38% seulement étaient des frais directement liés à des hospitalisations, et 25% liés à la prise en charge en ambulatoire de l'asthme. Les 37% restants correspondaient donc aux frais liés à l'absentéisme imputé à l'asthme. En 2001, le coût global était évalué à 1,5 milliard d'euros (48). En 2002, une étude visant à évaluer un réseau de santé dans l'Eure estime les coûts médicaux sur une durée de douze mois dans le département. Ils sont à cette date de 1 021 € par malade en moyenne, avec une variation de 611 € en moyenne chez les patients dont l'asthme est contrôlé, à 1 439 € en moyenne pour les patients non contrôlés. La prise en charge de l'asthme en l'absence de contrôle est plus de deux fois supérieure à la prise en charge d'un asthmatique contrôlé (49).

C'est dans le contexte de ces diverses études et des conclusions qui en découlent, tant sur l'impact de l'asthme à l'échelle individuelle et nationale, que sur la perfectibilité de la prise en charge de la maladie, que les pouvoirs publics se sont engagés dans une optique d'amélioration de la prise en charge des asthmatiques sur notre territoire. Cette volonté a d'abord été présentée à travers les Programme d'actions, de prévention et de prise en charge de l'asthme 2002-2005, puis à travers les recommandations de l'HAS en 2004. La mise en place du parcours de soins institutionnalisé en 2009 *via* la loi HPST a permis un nouveau pas dans cette direction. Cependant, cette prise en charge n'est pas optimale et reste perfectible. C'est pour cela qu'en 2012, l'avenant n°4 à la Convention nationale a été signé par l'UNCAM, l'UNOCAM et la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF), donnant ainsi un rôle officiel au pharmacien d'officine dans la prise en charge de l'asthme. Désormais, les patients majeurs en instauration de traitement par corticoïdes inhalés prévu pour une durée de six mois minimum, ou reprenant un traitement arrêté depuis plus de quatre mois, peuvent bénéficier d'entretiens avec leur pharmacien. Ces rencontres ont pour rôle de les aider à appréhender et améliorer la prise de leur traitement et l'intégration de celui-ci dans leur vie quotidienne, dans le but d'en améliorer l'observance et donc le contrôle de l'asthme.

5. Un champ d'application encore restreint

Actuellement, et ce depuis la parution de l'avenant n°8 à la Convention pharmaceutique au Journal Officiel le 28 juin 2016, les entretiens pharmaceutiques concernent les patients sous anticoagulants (AVK et AOD) ou les asthmatiques chroniques sous corticoïdes inhalés, pour lesquels on peut prévoir une durée de traitement supérieure ou égale à 6 mois, et non plus les seuls patients asthmatiques en

instauration ou en reprise de traitements de fond après un arrêt prolongé. Ainsi, l'extension de l'avenant sur l'asthme, attendu initialement pour septembre 2015, permettant de proposer des entretiens à un plus grand nombre de patients asthmatiques, s'est vu complété d'un certain nombre de mesures modifiant les paramètres de réalisation et de rémunération des entretiens pharmaceutiques de manière plus globale (24,50).

Un premier bilan de l'accompagnement pharmaceutique des patients sous AVK a été rendu public en décembre 2014 (51). Ce premier bilan indiquait que 63% des officines s'étaient impliquées dans la réalisation des entretiens, pour un total de 161 110 réalisés auprès de 153 375 patients. Une évaluation de la satisfaction des pharmaciens et des patients à propos de ce dispositif montrait un résultat plutôt positif, avec une note de 6,8/10 accordée par les pharmaciens et de 8,7/10 par les patients ayant participé à ces entretiens. Dans le même temps, les professionnels jugeaient cet exercice comme étant complémentaire des conseils apportés au patient au comptoir, qu'il s'inscrivait pleinement dans les missions pharmaceutiques, et que le dispositif permettait aux patients de mieux connaître leurs traitements et d'améliorer la relation patient-pharmacien. De leur côté, les patients estimaient que les entretiens les avaient aidés à mieux comprendre l'intérêt de leur traitement et du suivi de celui-ci de manière régulière, notamment via les INR. Ils considéraient que les entretiens les avaient sensibilisés sur la vigilance à adopter dans le cadre de leur traitement (51). D'un point de vue médical, on constatait que les patients ayant participé aux entretiens réalisaient leurs INR de manière plus régulière, et que la part de patients réalisant moins d'un INR par mois avait diminué chez ces derniers comparativement au reste de la population.

Cependant, ces premiers résultats, plutôt encourageants pour les entretiens pharmaceutiques, ont été un peu plus mitigés pour ceux concernant l'asthme. En effet, six mois après la signature de l'avenant n°4, seuls 1 441 entretiens avaient été réalisés, contre 102 153 adhésions comptabilisées dans les six premiers mois suivant la signature de l'avenant n°1 qui concernait les AVK, selon l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO). Ces faibles résultats s'expliquent par les critères d'inclusion des patients dans le programme, qui sont relativement restrictifs, ainsi que par le retard de règlement des premiers entretiens de plus d'un an (52).

A l'heure actuelle, aucun nouveau sujet n'est proposé pour les entretiens. Lors de leur mise en place en 2013, il était envisagé d'étendre leur champ d'action à d'autres traitements ou maladies chroniques. Cette extension devait être décidée en fonction des résultats apportés par les entretiens AVK, s'il était prouvé que le nombre d'hospitalisations et les frais de santé liés aux accidents iatrogènes évitables pouvaient être diminués par ce genre de mesure. A l'heure actuelle, outre le communiqué de presse

de l'Assurance Maladie datant de décembre 2014, aucun nouveau bilan n'est paru pour présenter des résultats, qu'ils soient ou non en faveur des entretiens pharmaceutiques. Plusieurs thèses ont été réalisées sur le sujet de l'extrapolation des entretiens à d'autres maladies, notamment dans d'autres domaines tels que l'hypertension artérielle (53). D'autres pays ont également lancé, avec succès, leurs propres programmes d'entretiens. En Belgique, par exemple, les pharmaciens peuvent réaliser des Entretiens d'accompagnement de Nouvelle Médication (ENM) depuis le 1^{er} octobre 2013. Ces derniers ne concernent que la prise en charge de l'asthme chez des patients chroniques pour lesquels leur médecin traitant leur a prescrit un corticoïde inhalé pour la première fois. Dans la pratique, ces ENM sont très semblables aux entretiens pharmaceutiques que l'on retrouve en France (54). En Février 2014, 4 985 pharmacies avaient adhéré au projet, en réalisant un total de 8 267 entretiens (55).

Au Canada, les consultations pharmaceutiques sont partie intégrante de l'exercice pharmaceutique au même titre que la délivrance de médicaments, et portent sur tous les aspects de la prescription. Il s'agit de temps d'éducation permettant au patient de comprendre les tenants et aboutissants de sa prise en charge dans sa globalité. Cette pratique est encadrée depuis 1998 (56,57). En Australie, depuis 2001, des consultations pharmaceutiques ont lieu au domicile des patients sur prescription médicale. Un médecin traitant percevant une difficulté dans la gestion du traitement par le patient, le réoriente vers le pharmacien afin que ce dernier décèle, au cours de l'entretien, l'origine du problème et propose des aménagements possibles de la prise en charge. Le médecin décide ensuite des modifications les plus adaptées au patient en concertation avec le pharmacien (56,58). Au Royaume-Uni, des *Medicine Use Review* (MUR), sont proposées depuis 2005. Il s'agit d'entretiens privés avec un pharmacien, à l'initiative de celui-ci, réalisés à la fréquence d'un par an. Ces entretiens ont pour but de favoriser l'adhésion au traitement, principalement chez les patients atteints de pathologies chroniques et ayant des traitements complexes. Le pharmacien rédige un rapport en fin de séance afin que le patient ainsi que le médecin traitant puissent garder une trace de l'entretien. Ces MUR permettent aux patients d'exprimer les interrogations qu'ils pourraient avoir sur leurs traitements, et aux pharmaciens de leur prodiguer des conseils adaptés et de mettre en évidence des troubles de l'observance. Le cas échéant, des MUR+, entretiens approfondis réalisés en concertation avec le médecin et le service de *Primary Care Trust*, peuvent être proposés aux patients jugés en difficulté avec leurs traitements pour optimiser leur adhérence (56,59).

En ce qui concerne la France, la déclinaison des entretiens n'est pas oubliée pour autant, un partenariat avec la Mutualité française a permis à certaines officines de prendre en charge des patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). Dans un article paru sur le site Info Pro Santé en juin 2015, Gilles Bonnefond,

président de l'USPO déclare que « les entretiens sont gratifiants pour la profession. Il faudrait aujourd’hui les décliner auprès des patients diabétiques, des personnes âgées, des patients à risque cardiovasculaire mais aussi de ceux sous traitement substitutif aux opiacés ou atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive.» (60)

Le 22 décembre 2015, un huitième avenant à la convention pharmaceutique a été signé par l'UNCAM, l'UNOCAM, la FSPF et l'USPO. Il étend le champ d'application des entretiens pharmaceutiques à tous les anticoagulants oraux, à tous les patients asthmatiques traités par corticoïdes inhalés au long cours, et apporte des modifications dans la périodicité de réalisation des entretiens pharmaceutiques et dans leur rémunération au-delà de la première année (24).

Au fil de l'évolution de notre perception de la santé et de la reconnaissance des besoins et des velléités d'éducation des patients, le pharmacien d'officine s'est progressivement imposé comme un maillon non négligeable de la chaîne de soin. S'il n'a été officiellement reconnu comme tel que tardivement comparé à d'autres professions de santé, son potentiel en tant qu'éducateur est aujourd'hui mis en avant par les pouvoirs publics et les instances ordinaires et syndicales qui, en plus de chercher à l'impliquer dans la création et la réalisation de programmes d'ETP, lui donnent désormais la possibilité d'agir dans le cadre de l'accompagnement pharmaceutique par le biais des entretiens. Dans un contexte de transition dans l'exercice de la pharmacie de ville, cette confiance renouvelée dans les compétences variées des pharmaciens est un message fort, et une source d'opportunités pour ceux qui désirent s'impliquer de manière plus concrète dans l'éducation en santé auprès des patients. Ces perspectives sont encore en pleine évolution, et chaque avenant amène son lot de modifications au sein de cet exercice nouveau. Mais il est certain que l'avenir du monde de la santé ne saurait se passer d'éducation auprès des patients, et il y a fort à parier que celui de la pharmacie de ville suive le même chemin.

II. Les entretiens pharmaceutiques, méthodologie et conditions de réalisation

L'accompagnement pharmaceutique, dans le cadre de l'éducation en santé, est un exercice complémentaire à la délivrance de conseils et de médicaments effectuée au quotidien dans les pharmacies. Réaliser des entretiens ne se substitue pas aux conseils officinaux, pas plus que ceux-ci ne peuvent remplacer le travail d'éducation auprès des patients. Il s'agit d'un nouvel exercice encadré par la loi, qui définit des conditions précises à leur réalisation. Dans cette partie, nous aborderons ces conditions de mise en place des entretiens pharmaceutiques, ainsi que quelques clés permettant d'améliorer la préparation et la tenue des séances d'accompagnement. Dans un premier temps, nous reviendrons sur les objectifs des entretiens pharmaceutiques, puis sur les spécificités de l'éducation vis-à-vis de l'information au patient. Par la suite, nous présenterons quelques points clés de la communication à mettre en place entre accompagnant et accompagné, avant de nous concentrer sur les conditions de réalisation des entretiens et la méthodologie à adopter pour atteindre les objectifs inhérents aux entretiens.

1. Objectifs visés par les entretiens pharmaceutiques

Selon l'arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'offices et l'Assurance Maladie, les entretiens doivent permettre (23) :

- « - de renforcer les rôles de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien auprès des patients ;
- de valoriser l'expertise du pharmacien sur le médicament ;
- d'évaluer la connaissance par le patient de son traitement ;
- de rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'approprier son traitement ;
- d'évaluer, à terme, l'appropriation par le patient de son traitement. »

Du point de vue de la loi, les objectifs à l'égard des patients sont principalement centrés autour des notions de connaissance du traitement, d'observance et d'appropriation de celui-ci, ce qui renvoie à la notion de compétences d'auto-soins et d'autogestion. Ainsi, les objectifs visés par les entretiens pharmaceutiques à l'échelle des patients sont similaires aux objectifs communs à l'accompagnement des patients et à l'éducation thérapeutique. Il s'agit avant tout de permettre au patient de comprendre sa pathologie et sa thérapeutique de manière à y adhérer pleinement, en faisant coïncider

son rythme de vie et l'observance de son traitement, tout en étant en mesure de réagir selon les évolutions de son état. L'accompagnement par les entretiens pharmaceutiques doit aider le patient à retrouver un certain contrôle sur sa vie, en gagnant en confort de vie et en autonomie par l'acquisition de compétences et de connaissances adaptées à sa situation personnelle.

1. Renforcement de l'autonomie du patient

La quête d'autonomie pour le patient est l'un des objectifs principaux de toute éducation en santé. Dans les entretiens pharmaceutiques, le pharmacien a donc pour mission d'amener le patient à faire ses propres choix concernant sa santé, et à prendre les décisions qui lui seront les plus favorables, en conscience. Cette notion d'autonomie est primordiale, car elle est une réelle source d'efficacité dans l'observance d'un traitement, et ce pour une raison simple : quels que soient les conseils ou les directives données par les professionnels de santé, dans la sphère privée, le patient est toujours le dernier à agir et à décider par lui-même s'il prendra ou non son traitement, mangera ou non un aliment, fumera ou non. Il est donc primordial que le patient ait toute l'autonomie et les informations nécessaires pour faire ses choix en toute connaissance de cause (14).

2. Développement des connaissances et compétences du patient

Chaque individu, quel qu'il soit, possède des connaissances et des compétences relevant du domaine de la santé, plus ou moins affirmées selon les individus. C'est sur ces connaissances et compétences déjà présentes que doit se baser le pharmacien pour permettre au patient de les améliorer et d'en gagner de nouvelles. Son travail consistera donc, dans un premier temps, à les identifier, et à les faire reconnaître comme telles par son patient.

En effet, il est primordial que ce dernier prenne conscience de ses propres capacités, car c'est cette certitude qui lui permettra de construire ou restaurer sa confiance en lui et ainsi de commencer à assumer ses propres décisions concernant sa santé. Le changement de certains comportements ne peut avoir lieu que si le patient a assimilé le fait qu'il est tout à fait capable de prendre soin de lui-même.

Le travail d'accompagnement tel qu'il est prévu dans les entretiens pharmaceutiques devra donc s'appuyer sur ces connaissances et compétences, en les utilisant comme base de l'échange éducatif. Elles permettront ensuite au patient d'en acquérir de nouvelles, puis de les convertir en actions de soins.

On distingue trois types de compétences (14) :

- les compétences cognitives qui se déclinent en objectifs relevant du savoir ;
- les compétences d'habiletés qui se traduisent en objectifs de savoir-faire ;
- les compétences psychoaffectives qui s'expriment en termes de savoir-être.

Ces dernières sont généralement développées de manière naturelle au cours de l'histoire personnelle du patient, mais peuvent faire l'objet de méthodologie d'apprentissage. Elles garantiront en dernier ressort l'adoption d'un comportement par le patient ou seront une cause de son abandon.

3. Amélioration de l'adhésion thérapeutique

L'adhésion thérapeutique, ou observance, est la conformation d'un patient à une prescription du médecin. Il peut s'agir de suivre une recommandation, de changer une habitude de vie, et plus souvent, de suivre un traitement. Selon l'OMS, il s'agit d'un problème jugé majeur dans les pays industrialisés, particulièrement en ce qui concerne les maladies chroniques (61). L'inobservance peut être intentionnelle ou non. De nombreux facteurs entrent en jeu dans l'observance des traitements.

Ces facteurs ont été classés en cinq catégories par l'OMS (61) :

- Les facteurs liés à la personne : ils comprennent ses habitudes de vie, ses oubli, ses croyances et représentations relatives à sa maladie, son état de santé, ses traitements et leurs effets indésirables.
- Les facteurs liés à la thérapeutique : ce sont les caractéristiques de la prise en charge, et notamment la forme, la complexité de manipulation du traitement, le nombre de prises par jour, etc.
- Les facteurs liés à l'état de santé de la personne : il peut s'agir de difficultés motrices pouvant l'empêcher de se soigner, de troubles de la mémoire l'empêchant de se rappeler qu'elle doit prendre son traitement, etc.
- Les facteurs liés au système de santé et au personnel soignant : ces facteurs impliquent le fait d'être pris en charge par une équipe médicale, suivi par un spécialiste, etc.
- Les facteurs liés au niveau social et économique de la personne : ils comprennent le fait d'être entouré et soutenu par des proches, d'avoir un niveau d'éducation plus ou moins élevé, de bénéficier d'un revenu et d'une prise en charge par une complémentaire santé.

Ces différents facteurs peuvent également être classés en deux groupes, selon qu'ils interviennent quand le patient est inobservant de manière intentionnelle ou non (62). Des prises de médicaments qui n'ont pas lieu car le patient oublie de les prendre, à cause de troubles cognitifs ou parce que ses habitudes de vie sont modifiées, renvoient à une inobservance non désirée, tandis que le choix du patient de ne pas prendre un traitement donné, ou de le prendre de manière différente par rapport à ce que le médecin a prescrit et recommandé, renvoie à une inobservance intentionnelle. Il peut paraître irrationnel aux professionnels de santé que des patients puissent choisir d'ignorer les recommandations des équipes soignantes, qui sont *a priori* faites dans le but de les aider à améliorer leur santé et leur qualité de vie. Cependant, il faut bien garder à l'esprit que le patient inobservant intentionnel agit ainsi parce qu'il estime avoir de bonnes raisons de le faire. Il est donc important d'explorer ces raisons pour pouvoir réagir en conséquence.

4. Restauration de l'estime de soi

L'estime de soi est primordiale dans les entretiens pharmaceutiques. En effet, le patient dont l'estime personnelle est dégradée ne percevra pas l'intérêt de prendre soin de lui et de s'investir dans une démarche d'amélioration de son hygiène de vie quotidienne ou de sa santé, en conséquence de quoi toute tentative d'éducation sera nulle. Il sera donc important d'évaluer l'estime du patient pour lui-même, et de recourir au développement personnel pour conforter cet aspect de sa personnalité. Un patient qui s'estime sera plus enclin à avoir une réflexion sur les aspects de sa santé qu'il peut améliorer par lui-même, à avoir un échange sur le sujet, et enfin à mobiliser son énergie pour mettre en place les changements nécessaires à sa santé et son bien-être (14).

5. La notion d'empowerment

La notion d'*empowerment* est très large et se retrouve dans tous les aspects de l'éducation en santé, qu'il s'agisse d'accompagnement du patient ou d'éducation thérapeutique. Elle a tout à fait sa place au sein des entretiens pharmaceutiques. Elle recoupe les trois autres objectifs déjà abordés. Il est en effet question de donner au patient les armes nécessaires pour reprendre le contrôle sur sa vie et son environnement. Ces armes sont à la fois des connaissances, des compétences, des gestes de soins et le renforcement de ses capacités de décision. L'*empowerment* relève également de l'autonomie et de l'estime de soi, puisqu'elle doit permettre au patient de prendre ses responsabilités concernant son état de santé et son quotidien. De la même manière, l'avancée dans ce processus d'*empowerment* conforte les différents aspects cités précédemment (14).

2. Éduquer et informer

« *Le principe de toute action est dans la volonté d'un être libre ; on ne saurait remonter au-delà.* »

Rousseau J.-J., *Emile ou De l'éducation*, 1762

Pour pouvoir accompagner efficacement des patients par les entretiens pharmaceutiques, il faut en premier lieu prendre conscience de deux éléments :

- éduquer n'est pas informer ;
- l'information seule ne suffit pas.

Autant il est facile dans la vie quotidienne de trouver des exemples qui différencient l'information de l'éducation, autant il peut être difficile de faire la différence entre l'un et l'autre dans l'exercice quotidien au sein des officines. En effet, un certain nombre de pharmaciens interrogés sur le sujet des entretiens pharmaceutiques (III-3-3) expriment le sentiment de faire ce travail au comptoir, lors de chaque délivrance. Cet avis relève d'une approche probablement inadéquate du travail qui doit être effectué pendant les entretiens.

L'échange qui se déroule au comptoir s'effectue principalement dans un sens : le pharmacien renseigne le patient sur les modalités de prise de ses différents traitements. Il s'assure également par des questions ou des démonstrations que celui-ci est en mesure de prendre son traitement. Bien évidemment, si le patient a une interrogation, ou si le pharmacien détecte une incompréhension, il tentera d'y répondre le mieux possible. Mais le sens de la communication est principalement orienté du pharmacien vers le patient. Il s'agit d'un échange d'informations à destination du patient, bien évidemment personnalisé en fonction de ce dernier.

L'information consiste en la diffusion de messages dans un sens, de celui qui possède la connaissance à celui qui la reçoit. Les messages ainsi diffusés sont des données qui visent à faire adopter un comportement type au receveur. Le comportement type correspond à ce que l'émetteur des messages juge le plus approprié possible pour le receveur. Ces messages visent donc soit à encourager le receveur à agir d'une manière estimée profitable pour lui, soit à mettre en garde celui-ci contre d'autres actions jugées néfastes. Cependant, lorsqu'on informe un patient en espérant le voir adopter « le bon comportement », on oublie souvent deux choses : le plaisir qu'il retire d'un comportement jugé à risque, et l'effort qu'il lui faudrait fournir pour modifier ou abandonner ce comportement. En effet, pour qu'un patient change son comportement de lui-même, il faut soit un gain de plaisir tiré de cette modification, soit que l'effort à fournir ne soit pas suffisamment important et impactant dans ses habitudes. De manière

générale, un patient sans aide extérieure aura du mal à fournir un effort pour obtenir un gain hypothétique dans le futur, quand il est certain d'obtenir du plaisir dans l'instant en évitant cet effort (14).

Un exemple très parlant de ce phénomène est celui du tabagisme. En effet, les multiples campagnes d'information qui se sont succédé ont fait en sorte qu'aujourd'hui plus personne n'ignore que fumer nuit à la santé. Pour autant, 90% des jeunes de 19 ans ont au moins essayé une fois de fumer, et près de la moitié des 16-19 ans fument régulièrement. Un tiers des adultes est d'ailleurs fumeur (14). Ce n'est pourtant pas faute d'avoir été informé. En ce qui concerne le tabagisme, le plaisir procuré par la nicotine, le fait de transgresser un interdit pour les plus jeunes, ou le déni du danger se retrouvent parfaitement dans cet exemple, mais on les rencontre aussi dans de nombreux autres comportements à risques liés aux maladies chroniques (14).

Il est donc clair que l'information ne suffit pas pour permettre aux patients de faire des choix adaptés à leur santé. Mais au-delà de ça, se limiter à l'information peut avoir des conséquences négatives sur les patients. Les messages de mises en garde peuvent être perçus, par les patients qui n'agissent pas selon les recommandations, comme des stigmatisations de leurs comportements et de leur personne, et peuvent conduire à la culpabilité et au repli sur soi. Nombre de patients, sachant que leur comportement est jugé comme étant « mauvais », n'en parlent tout simplement pas, ni auprès de leur médecin ni de leur pharmacien, pour ne pas s'entendre faire la leçon, ou avouent leurs actes avec crainte, comme pris en faute (14). L'information devient alors de la moralisation, et ne solutionne pas le problème.

A l'inverse, au cours d'un entretien pharmaceutique, le sens de la communication est inversé. Pour que l'éducation se fasse bien, c'est le patient qui doit être le principal acteur de la conversation, et expliciter ce qu'il sait, ce qu'il comprend, ce qu'il a vécu et expérimenté de sa maladie et de ses traitements. Pour devenir autonome, les patients doivent être à même de prendre en main leur pathologie. La place de l'éducateur se situe donc plus dans l'écoute active et dans le questionnement permettant la réflexion de l'apprenant, que dans l'échange descendant du pharmacien au patient.

Cette notion d'échange inversé se retrouve dans l'origine même du verbe « éduquer ». D'un point de vue étymologique, ce verbe a deux origines (63) :

« *educare* » et « *educere* »

Le terme « *educare* » peut se traduire par « nourrir », « instruire par ». Il y a là une notion d'inculquer, d'apporter la connaissance, comme une nourriture de l'esprit. Le terme « *educere* » quant à lui, signifie « guider », « conduire hors de », « faire sortir de

soi ». La notion ici est plus philosophique, la connaissance étant perçue comme quelque chose d'inné dont il faut prendre conscience, où l'éducateur à un rôle d'accompagnant qui guide littéralement l'apprenant vers la connaissance de lui-même, plutôt qu'un rôle directif. Il s'agit d'amener l'apprenant à s'épanouir en révélant son potentiel en termes d'action mais également de réflexion.

Cette double idée de l'éducation prend tout son sens dans le cadre des entretiens pharmaceutiques, où le pharmacien, en tant qu'accompagnant, apporte à son patient des connaissances et compétences d'une part, et l'aide à prendre conscience de sa condition, de ses capacités et à affiner son esprit critique, d'autre part, afin qu'il puisse, par lui-même, faire des choix concernant son propre état de santé (64).

Si l'information introduit et complète l'éducation, il s'agit avant tout de pouvoir briser cette communication à sens unique pour créer un rapport accompagnateur/accompagné basé sur un échange au moins égal d'informations, plus propice à la réflexion du patient et à sa prise de décision personnelle en vue d'un changement de comportement (14).

3. Se former

Les entretiens pharmaceutiques s'inscrivent dans l'évolution de l'exercice officinal, et de la Santé en général. Les évolutions de la perception de celle-ci ont clairement fait évoluer la pratique médicale et paramédicale du soin curatif à la prévention, primaire ou secondaire, de la maladie. Les entretiens pharmaceutiques font partie intégrante de cette volonté de prévenir, par l'accompagnement et l'éducation des patients, l'apparition et la complication d'états pathologiques. Cette évolution de la perception de la maladie et du patient n'est pas innée, elle s'acquierte par la formation et l'expérience.

De même, l'exercice pratique des entretiens pharmaceutiques diffère de l'exercice pharmaceutique quotidien de manière fondamentale. En effet, comme nous l'avons évoqué précédemment, les modes de communication et la relation qui doivent exister entre le pharmacien et le patient au comptoir diffèrent grandement de ceux qui doivent être présents dans le cadre des entretiens pharmaceutiques. Et ce changement dans le rapport au patient ne s'improvise pas.

Cet élément est d'ailleurs précisé dans la Convention Nationale à l'article 11 (23) :

« Afin d'assurer une prise en charge optimale du patient, le pharmacien s'engage sur cette base à acquérir la formation nécessaire à la conduite de l'entretien pharmaceutique »

Chaque avenant en lien avec les entretiens pharmaceutiques parus à la suite de la signature de la Convention Nationale (n°1, 4 et 8) fait référence à cet article, en appuyant sur la nécessité pour le pharmacien d'officine de réactualiser ses connaissances pour être en mesure de proposer un exercice de qualité.

En ce qui concerne les entretiens pharmaceutiques, il existe une grande diversité dans l'offre de formation, ainsi que dans les organismes qui les proposent. Il peut s'agir de formations organisées par des groupements, des grossistes, des facultés, des laboratoires pharmaceutiques ou encore de groupes de presse possédant des revues spécialisées... Elles proposent des formations qui sont soit axées sur la pathologie chronique concernée par le type d'entretien auquel elles forment, soit axées sur la communication à mettre en place lors d'un entretien. Certaines cumulent les deux. Ces formations sont accessibles de manières relativement variées pour s'adapter aux besoins et aux possibilités des pharmaciens. Elles se déroulent sous forme de cours ou de conférences, en visioconférence directe, ou encore en « e-learning », voire en plusieurs modalités sur plusieurs périodes différentes. Chacune de ces modalités présente des avantages et des inconvénients. Les méthodes en « e-learning » ont l'avantage de permettre une certaine liberté quant au lieu et au moment de la formation, mais ne permettent pas d'échange avec un formateur. Les visioconférences en direct impliquent un horaire précis mais peuvent être suivies à distance, et il est possible pour les pharmaciens d'interagir à la fois avec le formateur et les autres participants. Les cours permettent, quant à eux, de réaliser des mises en situations où les participants doivent réaliser de faux entretiens face à de faux patients. Ils ont l'avantage d'amener à concrétiser les enseignements plus rapidement (65).

Ces formations sont généralement à l'usage des pharmaciens. Pour tout pharmacien qui souhaiterait participer à ces entretiens, il est donc primordial d'y avoir été formé. Cependant, il ne faut pas pour autant oublier le reste de l'équipe. En effet, selon la politique choisie par la pharmacie, les autres membres de l'équipe interagissant avec les patients, même s'ils ne peuvent ou ne souhaitent pas réaliser d'entretiens pharmaceutiques, sont à même d'être confrontés à des patients à qui l'on pourrait proposer ces entretiens. Si le pharmacien titulaire souhaite mettre son équipe à contribution dans le recrutement des patients, il est donc important que tous les membres de l'équipe officinale aient reçu une formation sur la tenue des entretiens, les patients qui peuvent y participer et les thèmes qui y sont abordés, *a minima*. Enfin, il reste possible pour une équipe d'être formée par l'un des pharmaciens de l'officine, qui aurait suivi au préalable une formation, si celle-ci a été jugée trop dense pour être suivie par l'équipe dans son entier (65).

4. La communication, au cœur des entretiens pharmaceutiques

La relation entre l'accompagnant et son patient n'est pas innée, et ce, principalement dans les entretiens pharmaceutiques. En effet, d'instinct, cette relation se base sur les représentations qu'a chaque partie de son vis-à-vis et de lui-même. Mais l'exercice étant extrêmement différent de celui du pharmacien au quotidien, les rôles et le positionnement de chaque partie sont donc très éloignés de ce que l'on en attend d'habitude. Pour réussir dans les entretiens pharmaceutiques, il faut donc dépasser le statut de pharmacien et de patient, pour pouvoir atteindre celui d'accompagnant et d'accompagné. Pour cela, il faut bien avoir conscience, à la fois des représentations que les patients d'aujourd'hui ont héritées de l'histoire de la médecine et des mécanismes qui entrent en jeu tant chez l'accompagné qui apprend à vivre avec et malgré sa maladie, que chez l'accompagnant qui doit faire face à des situations et des comportements parfois difficiles à gérer. Cette connaissance est essentielle pour appréhender les difficultés de la communication dans le cadre de l'accompagnement thérapeutique.

1. Comprendre les réactions du patient face à la maladie

Toutes les maladies, et *a fortiori* les maladies chroniques ont un impact sur le comportement du malade. Il n'est pas rare en officine d'être confronté à des patients à qui l'on vient d'annoncer une maladie, et qui réagissent à cette nouvelle d'une manière qui peut nous laisser perplexe. Cette réalité de terrain se retrouve dans les entretiens pharmaceutiques. En effet, même en connaissant bien son patient, et la durée qui s'est écoulée depuis l'annonce de la maladie par l'équipe médicale, on ne peut pas savoir à l'avance où en est le patient dans la gestion de l'annonce. Ce qu'il montre et évoque au comptoir dans une relation patient/pharmacien classique peut être différent de ce que révèlera une relation plus intime telle que celle qui se développe dans l'accompagnement. Comme l'expriment Anne Lacroix et Jean-Philippe Assal, dans l'Éducation Thérapeutique des patients, l'annonce de la maladie et les changements qu'elle impose affectent le patient à la manière d'un deuil qu'il faut gérer puis dépasser pour pouvoir avancer (66).

1. Le deuil du corps sain

Le modèle du deuil le plus connu dans le monde de la santé est le modèle d'Élisabeth Kübler-Ross (1976), issu d'observations réalisées auprès de patients en fin de vie. Ce modèle présente le deuil comme une succession d'étapes devant permettre au patient d'atteindre l'acceptation de son sort. Ces étapes sont les suivantes : le choc initial, le déni, la révolte, le marchandage, la tristesse et l'acceptation (66). Le choc initial

est une phase marquée par la stupeur et l'incrédulité. Le déni correspond au refus de la situation par le patient. Puis celui-ci se révolte contre le destin qui lui impose une situation dont il ne comprend pas la finalité. Cette phase apporte des questionnements autour du mérite et de la punition. Les patients en révolte peuvent se montrer violents vis-à-vis de leur entourage et des personnels soignants. Le marchandage correspond à un début d'acceptation, le patient comprend qu'il est malade mais cherche à gagner du temps par tous les moyens, même si certains peuvent sembler irrationnels. Enfin le patient prend conscience qu'il ne gagnera pas contre la maladie et se replie sur lui-même. La dernière phase est la phase d'acceptation, où le patient trouve enfin la paix face à sa situation.

Ce modèle est adapté à la fin de vie, mais ne prend pas en compte le fait que certains patients ne sont pas en mesure de dépasser certains stades, pas plus que l'idée de pouvoir continuer à faire des projets (66). En effet, le modèle de Kübler-Ross correspond à l'acceptation de sa mort prochaine par le patient, et non la possibilité de continuer à vivre. Dans leur ouvrage, Anne Lacroix et Jean-Philippe Assal, proposent un modèle à la fois inspiré du modèle de Kübler-Ross et des écrits de Freud sur le deuil et la mélancolie. Selon eux, deux trajectoires sont possibles pour les patients : l'acceptation et la résignation (figure 6). A l'annonce de la maladie, la première chose ressentie par le patient est le choc, suivi d'un sentiment d'incrédulité. Mais ce stade n'est que passager, il laisse la place aux questionnements et au désir de donner un sens à ce qui arrive. Le patient est alors tenté de trouver un responsable, une entité à accuser du tour que prend sa vie. Ces étapes sont comparables au déni et à la révolte décrite par Kübler-Ross. Vient ensuite une étape cruciale, qui peut prendre du temps selon les individus, qui consiste à faire face, sans plus chercher de responsable, et qui permet d'accéder aux ressources internes propres à chaque individu pour accepter la réalité. Cette étape n'est pas simple, elle est empreinte de tristesse, d'une forme de nostalgie envers ce qui est perdu. La capacité à pouvoir se connecter à ses émotions pour faire face est nommée capacité dépressive (67). Avoir recours à cette capacité permet alors de cicatriser, d'un point de vue émotionnel, et de concevoir de nouveau l'existence, en y intégrant la maladie. Atteindre cet état permet de gérer plus facilement les contraintes que celle-ci entraîne au quotidien.

Dans certains cas, liés à l'individu et aux circonstances qui ont précédé et suivi l'annonce de la maladie, la trajectoire de deuil est différente, et tend à se figer sans que sa capacité dépressive ne puisse être utilisée par le patient. Le fait d'être atteint d'une maladie chronique, et donc non guérissable, sans retour possible à l'état précédent la maladie, crée un malaise, le sentiment d'un danger imminent. Il s'agit de l'angoisse, qui mène au déni. L'angoisse est perceptible par un comportement excessif vis-à-vis des traitements. Pour calmer son stress, le patient peut être amené soit à se concentrer de

manière obsessionnelle sur ses symptômes et sur des mesures factuelles, telles que les contrôles glycémiques dans le cadre du diabète, ou bien à se sous-traiter volontairement dans une attitude de fuite. Le déni, quant à lui, se traduit généralement dans le langage quotidien par la banalisation. Cette angoisse peut également mener au refus (ou négation), qui consiste à intellectualiser la maladie, mais à refuser l'implication émotionnelle. Elle se caractérise par la honte plus que par l'angoisse. Ce sont souvent des patients qui cachent leur maladie à leur entourage, en refusant de s'avouer malades. Ils justifient leur positionnement par la mise en avant d'un moral fort, tandis que paradoxalement, ils subissent les complications de leur état de santé. Ces mécanismes de défense bloquants sont difficiles à mettre en évidence. On ne les constate généralement qu'à l'apparition de complications, car la distanciation vis-à-vis de la maladie provoque généralement des négligences à l'égard des symptômes et des traitements. Sans intervention extérieure, ces mécanismes durent jusqu'à la fin de la vie, ou jusqu'à l'effondrement des mécanismes protecteurs, que l'on nomme résignation. Cet état s'apparente à la dépression (66,68).

Les personnes figées dans un mécanisme de protection réussissent rarement à s'en sortir par leurs propres moyens. Mais il n'est pour autant pas trop tard, même au stade de la résignation. Lorsque la situation est découverte, le fait de s'ouvrir à l'individu et de lui apporter de l'espoir peut lui permettre de retrouver le processus normal (66,68).

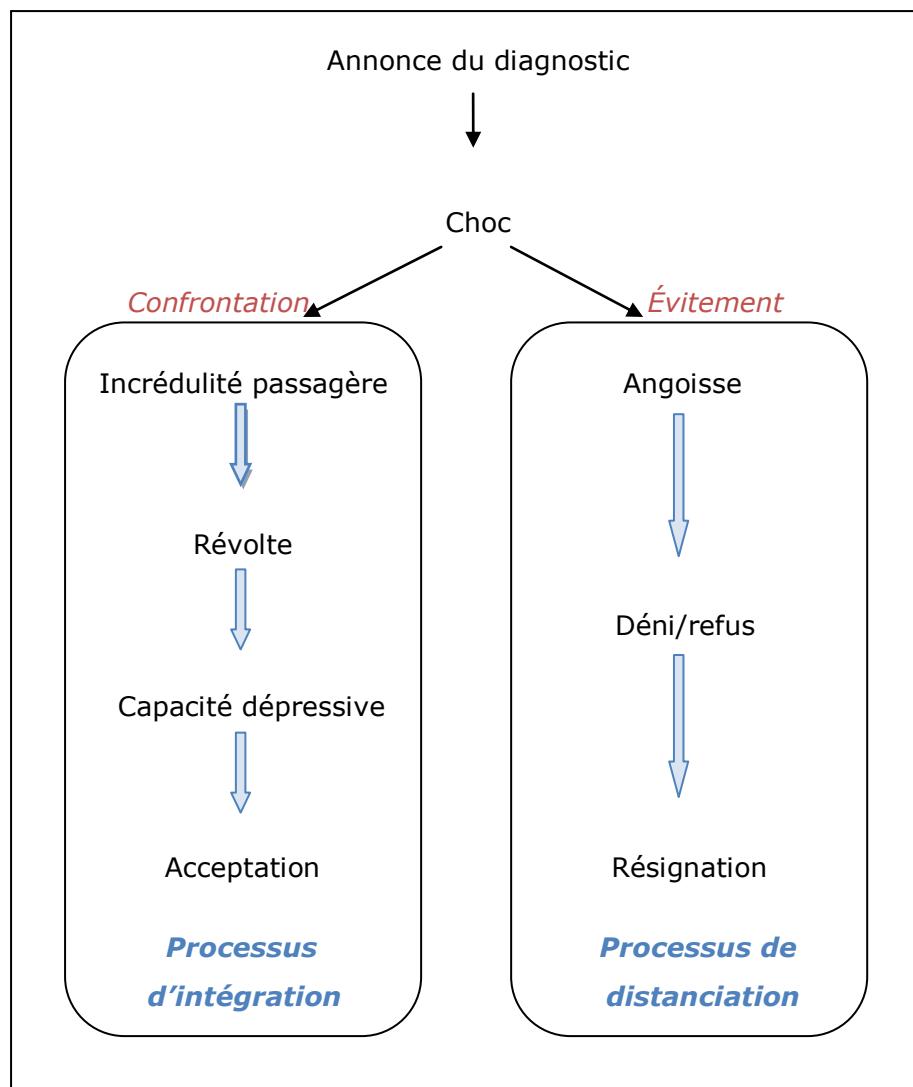


Figure 6: Acceptation ou résignation d'après A. Lacroix (66)

L'évolution des patients à travers les différents stades du deuil se fait selon un rythme qui est propre à chacun et qui peut durer des années. Il y a donc fort à parier que certains de ces comportements soient perceptibles au comptoir en officine, et *a fortiori* dans le cadre des entretiens pharmaceutiques, où l'échange avec le patient est à même de révéler des évolutions individuelles jusqu'alors insoupçonnées. Dans ce cas, il est important de savoir comment réagir, pour désamorcer une situation problématique, et pour pouvoir réorienter le patient le cas échéant. Les réactions que l'on doit avoir face à un patient correspondent à ce que l'on appelle des attitudes éducatives (14). Elles ont bien sûr leur place dans les entretiens pharmaceutiques, mais il peut également être bon de les garder à l'esprit lors de l'exercice quotidien.

2. Les attitudes éducatives

▪ La confiance

La première de ces attitudes est la confiance. Elle est primordiale dans la réalisation des entretiens pharmaceutiques car, pour pouvoir agir efficacement pour le patient, il faut avant tout coopérer pour que les actions puissent venir de lui. Pour cela, l'échange qui doit avoir lieu entre les deux parties doit se faire à double sens, et il ne pourra en être ainsi que si tout sentiment de malaise ou de défiance sont exclus de l'échange. Ce sentiment de confiance doit être réciproque, c'est d'ailleurs la base de son instauration dans le processus : le pharmacien doit placer sa confiance dans le patient, à la fois dans ses capacités, sa bonne volonté, son écoute et son jugement pour décider de ce qui est bon pour lui et ce qui ne l'est pas. Cette étape ne doit surtout pas être négligée pour le bon fonctionnement du processus éducatif, sans laquelle il serait nul. En effet, la confiance que place l'accompagnateur dans son patient fait partie intégrante du renforcement personnel, qui garantit la réussite de l'apprentissage. Il est donc du devoir du soignant de maintenir cette confiance, même s'il lui semble, au fil des séances, que le processus d'apprentissage ralentit ou se grippe, car retirer sa confiance au patient risquerait d'impacter sur son estime personnelle et réduire à néant tout le travail qui aurait été fait auparavant (14).

▪ L'empathie

Ensuite, l'attitude éducative la plus à même de servir l'objectif des entretiens est l'empathie. Il s'agit de la capacité à comprendre, de manière non pas rationnelle mais émotionnelle, ce que ressent la personne en face de soi. Cette capacité permet d'augmenter la portée du propos que l'on tient. Elle est également prépondérante pour gagner la confiance du patient, car elle permet à celui-ci de se sentir compris dans sa globalité. Cependant, l'empathie mal ajustée présente deux risques. L'un concerne le patient, il s'agit de transferts affectifs excessifs. L'autre impacte le professionnel de santé, il s'agit de l'épuisement, lorsque celui-ci est amené à reproduire cette empathie de multiples fois au cours d'une même période, dans des situations à l'implication émotionnelle lourde (14).

▪ Le respect

La troisième attitude, à ne surtout pas négliger, quelles que soit les circonstances, est le respect. L'éducateur, en plus de l'empathie qu'il doit montrer pour son patient, doit s'interdire tout jugement de valeur. Quelque puisse être la singularité du patient, il doit montrer qu'il comprend et respecte les choix de ce dernier dans leur intégralité, sans pour autant faire preuve d'ingérence dans la manière qu'il a de mener sa vie. Cette

attitude est fortement liée à la confiance que doit placer le soignant dans les capacités du patient à prendre des décisions qui lui sont bénéfiques (14).

- L'écoute

Comme abordé précédemment, l'éducation en santé, dont les entretiens pharmaceutiques sont partie intégrante, est une éducation non formelle, et se différencie en cela de l'éducation classique fournie par les institutions. Au lieu d'une éducation descendante typique où le professeur fait la leçon à l'élève attentif et silencieux, l'éducation non formelle s'articule autour de l'interaction entre le soignant et le soigné qui évoluent sur un pied d'égalité. L'écoute étant le maître mot de ce type d'interaction, le patient est amené à s'exprimer autant sinon plus que l'éducateur. Celui-ci, de son côté, s'il ne présente pas une leçon, ne doit pas pour autant se taire, mais intervenir en tant qu'accompagnant au fil des échanges orientés, pour rectifier, reformuler, amener de nouveaux concepts ou de nouvelles informations. On parle d'écoute active. Il doit sans cesse ponctuer ses interventions de silences mesurés et d'interrogations à l'égard du patient pour l'amener à exprimer ses pensées et réflexions sur le sujet en cours. C'est le moyen le plus efficace pour avancer au rythme du patient (14).

- La valorisation des compétences

Dès le commencement du processus éducatif, il est nécessaire d'identifier les connaissances et compétences du patient. Mais pour que celui-ci gagne ou garde confiance en lui, il est primordial pour le soignant de mettre en avant les compétences acquises par le patient. C'est le meilleur moyen pour l'éducateur de lui permettre d'en acquérir de nouvelles. Trop souvent, les patients ont tendance à douter d'eux-mêmes, de leurs capacités à faire telle ou telle action de soin. Cette attitude limite leur implication dans le processus d'apprentissage, puisqu'ils refusent de faire l'action par manque de confiance, timidité, et bien souvent par peur du jugement. L'attitude visant à valoriser les compétences du patient, même si elle n'est pas une attitude naturelle de la part du soignant, est importante dans l'attitude de l'accompagnant et ne peut que profiter au patient (14).

Ces attitudes sont donc nécessaires pour mener à bien les entretiens. Il faut sans cesse les garder à l'esprit pour être à même d'ajuster son comportement en fonction du patient, de ce qu'il exprime, tant à travers ses mots qu'à travers sa posture générale. Ainsi, selon le stade d'acceptation de sa situation, l'attitude générale du soignant devra varier, pour ne pas commettre d'impair et freiner la progression du patient tant dans l'acceptation de sa maladie que dans son processus d'apprentissage (18,66).

3. L'application de ces attitudes dans le processus de deuil

- Dans le processus d'acceptation

Dans le cas où le processus d'acceptation est amorcé de manière normale, si l'entretien pharmaceutique a lieu peu de temps après l'annonce de la maladie, il est possible de se trouver face à un individu qui est encore en état de choc, d'incrédulité. Le piège est alors de commencer à apporter au patient des informations, des conseils sur la manière dont il doit mener sa vie avec la maladie, prendre son traitement, s'alimenter, à l'image de ceux que l'on peut dispenser au comptoir. Cependant, la personne n'est, à ce stade, pas en mesure de recevoir ces données. Soit elle réalise mal ce qui lui arrive, soit l'annonce renvoie à une image personnelle difficile. Dans les deux cas, le patient n'est pas en mesure d'intégrer les informations qu'on lui donne. Il est plus pertinent d'échanger avec le patient à l'aide de questions ouvertes pour l'aider à exprimer ce qu'il ressent et à évoquer les images et les représentations qu'il se fait de la maladie, afin de pouvoir le rassurer et lui permettre de dépasser ce choc initial (66).

Dans le cas où le patient se montre agressif au cours de l'entretien, il peut d'agir d'une réaction de révolte. Il ne faut alors pas commettre l'erreur de penser que cette agressivité est dirigée contre la personne, ou bien contre la posture de soignant. Il est plus probable que cette colère soit en fait dirigée contre la maladie elle-même et que la personne en vis-à-vis ne soit qu'un exutoire. Le deuxième piège consiste à y opposer des arguments rationnels, tels qu'une expertise de soignant. Dans cette phase, le patient est en train de se confronter à une réalité qui lui pèse, il est donc plus profitable de lui montrer, autant que possible, de l'empathie et de la compréhension, afin d'assurer le maintien de la relation de confiance (66).

Lors de l'utilisation de la capacité dépressive, le patient peut éprouver de la tristesse et de la nostalgie, deux émotions qu'il peut être amené à montrer lors de l'entretien, parfois de manière intense. La difficulté dans ce cas de figure est de réussir à accueillir ce déferlement d'émotions, tout en le contenant. L'idéal est d'accompagner le patient dans cette phase en créant une proximité permettant le soutien, sans pour autant sortir de son rôle d'accompagnant (66).

- Dans le processus de distanciation

Les comportements les plus compliqués à gérer, car plus difficiles à déceler, sont les attitudes de fuite mises en place dans les processus de distanciation. De peur de se confronter à son état, le patient fait appel à des stratégies d'évitement qui laissent bien souvent les soignants perplexes ou agacés. Dans le cas du déni, le patient a tendance à banaliser sa maladie et ses symptômes. Dans bien des cas, l'observance du traitement n'est pas au rendez-vous. Face à cette attitude, le réflexe de la plupart des soignants est

de mettre le patient en garde, de l'obliger à faire face aux conséquences de ses actes. Malheureusement, ce genre d'attitude risque principalement de renforcer l'angoisse ressentie par le patient, et donc le mécanisme de fuite par le déni. L'attitude profitable au patient, dans ce cas de figure, est de chercher à maintenir la confiance, et de se servir de l'échange pour amener le patient à révéler les origines de son angoisse. Une fois que l'on a compris quels sont les aspects de la maladie que craint le plus le patient, les encouragements et les informations positives sont à même de créer un climat plus favorable à l'acceptation (66).

Le refus ou la négation est l'un des comportements les plus difficiles à gérer pour le pharmacien. En effet, le patient percevant sa maladie comme une atteinte directe à sa personne a tendance à surinvestir ce qu'il s'imagine être une position de force. Il est alors tenté de s'immerger dans l'un des aspects de sa vie, notamment dans son travail, pour se prouver et prouver aux autres que la maladie ne l'atteint pas. Toute tentative d'approche des soignants qui viserait à modifier cette image est rejetée. Dans ces cas-là, le pharmacien, ne disposant pas des armes pour faire face à ce genre de comportement, peut se sentir perplexe, voir impuissant. L'idéal est alors de maintenir la relation de confiance avec le patient, afin de pouvoir l'orienter vers un suivi plus spécialisé, par un psychologue notamment, dès que le patient semble prêt à l'envisager. Dans une moindre mesure, le fait de maintenir un lien de confiance peut permettre au patient, puisqu'il fait face à un individu qui connaît la réalité concrète de sa maladie, de s'ouvrir à ce qu'il ressent, et donc d'entamer un processus de reconnaissance de sa situation, puis d'acceptation (66).

Le recours à une aide extérieure, notamment dans le domaine de la psychologie, ne doit pas être minimisé, notamment face à un patient qui se résigne. Il ne faut pas oublier que cette attitude s'apparente à de la dépression, et que le patient ne doit pas être laissé seul pour gérer ce type de comportement. Une attitude docile et passive n'est pas systématiquement signe d'acceptation. On peut percevoir chez ce type de patient des propos fatalistes, signes extérieurs de l'impuissance qu'il ressent. Même si l'observance semble au rendez-vous, ce type de patient ne fera que peu de progrès en ce qui concerne l'assimilation de connaissances à même de lui conférer de l'autonomie. A l'inverse, il aura tendance à se maintenir dans la dépendance vis-à-vis des soignants. Le risque, face à ce genre de patient, est de chercher à en faire toujours plus, puisque ce dernier semble demandeur. Au contraire, il faudra essayer autant que possible de refuser d'adhérer à cette fatalité pour évoquer avec lui les causes de ce sentiment d'impuissance. C'est dans ce cadre que la psychothérapie prend toute sa place, et qu'il peut être bienvenu de se faire relayer par un autre professionnel de santé (66).

Avant même de s'intéresser aux traitements et aux implications quotidiennes de la maladie, il est primordial de créer un espace d'écoute et d'échange, afin de comprendre le patient, sa situation, ses questionnements et ses représentations. Savoir où il en est dans son travail de deuil de sa propre santé, d'acceptation et de compréhension de sa maladie, et s'adapter à son évolution sont la base d'une relation profitable pour les deux parties. Sans cela, il y a fort à parier que tout ce qui sera évoqué au cours des entretiens ne produira que peu d'écho dans le quotidien du malade.

4. Les représentations du corps malade

L'erreur, dans un processus qui vise à apporter des connaissances à un individu, est de considérer, même de manière inconsciente, celui-ci comme une page blanche sur laquelle on va pouvoir retranscrire des informations ; et que celles-ci vont être aussitôt intégrées telles qu'elles ont été amenées. L'individu, qui se présente en tant qu'accompagné, vient avec une éducation, une culture et un vécu qui lui sont propres, et qui peuvent diverger de manière plus ou moins sensible de ceux de l'accompagnateur. Ces éléments nous façonnent, forgent notre identité et composent le prisme à travers lequel nous percevons et comprenons le monde qui nous entoure. Ainsi nous nous forgeons nos propres représentations individuelles. Ce prisme est plus ou moins malléable, tout particulièrement pour les adultes, chez qui il évolue plus lentement, puisque le développement physique et intellectuel est arrivé à terme (14,66).

Les notions de culture et de valeurs sont très importantes dans l'échange à la base du processus d'accompagnement. En effet, si ces notions impactent fortement ce qui va être dit et compris, d'un côté comme de l'autre, tout au long des séances, elles affectent également la nature de la communication qui se met en place dans ce cadre. L'héritage culturel d'une personne, sa classe d'âge ainsi que son origine ethnique ou géographique affectent fortement la manière dont elle se voit elle-même et son rapport au monde. Ces facteurs déterminent sa façon de penser et d'échanger avec ceux qui l'entourent, ainsi que sa notion du bien et du mal, son système de valeurs internes. Pour ne pas freiner ou bloquer l'échange, il est parfois nécessaire pour le soignant de mettre de côté sa propre culture et ses propres valeurs pour s'ouvrir à celles de son patient, pouvant être très différentes, afin de comprendre les représentations de celui-ci (69).

Du point de vue de la santé, dans la mesure où tous les patients n'ont pas le même niveau d'éducation sanitaire, il existe probablement autant de représentations et de conceptions différentes de ce qui relève du corps sain et du corps malade. Les langues vivantes en sont le révélateur : les malades utilisent de nombreuses expressions pour exprimer ce qu'ils ressentent, images qui sont parfois très éloignées de ce qu'il se passe au niveau du corps d'un point de vue médical. Ces expressions diffèrent selon les idiomes, reflets de représentations culturelles variées (14,66).

Par ailleurs, la complexité et la méconnaissance du langage médical par certains patients peut conduire à la création de nouvelles représentations par ceux-ci, basées sur leurs conceptions et ce qu'ils auront compris d'un discours dont certains aspects ont pu leur échapper. Ce phénomène est entièrement inconscient, et ne dépend généralement pas du sérieux de celui qui tient le discours. Même l'exposé le plus factuel donne lieu à des réinterprétations personnelles des données transmises. On ne peut espérer superposer des informations sur des conceptions personnelles en espérant qu'elles vont s'y substituer. Le seul moyen de rapprocher au maximum les représentations des malades de la réalité concrète est de faire interférer conceptions et informations. Dans un processus éducatif, on ne peut donc pas se permettre d'ignorer ces représentations (66).

Au cours des entretiens pharmaceutiques, et ce dès la première séance, il faudra donc veiller à interroger les représentations du patient pour avoir, tout au long du processus d'accompagnement, une idée la plus claire possible de ce que comprend le patient, de ce que signifient pour lui les connaissances que l'on tente de lui transmettre. C'est dans cette idée que l'échange, basé sur des questions ouvertes, prend toute sa place : avant même de chercher à lui apporter des nouvelles informations, il faut veiller à ce qu'il exprime ce qu'il sait déjà, ce qu'il pense savoir, et ce qu'il a compris. Ce mécanisme de répétition est d'autant plus important que, pour réellement assimiler le contenu d'une formation, il est primordial de ré-exprimer ce qui a été compris. Avant même de chercher à corriger les propos du patient, il faut bien s'assurer d'avoir soi-même compris l'origine du blocage et rassurer le patient. La simple correction factuelle des informations ne permet généralement pas de dépasser les incompréhensions pouvant se glisser dans la communication. De plus, il arrive que certaines peurs face à un comportement donné trouvent leur origine dans une représentation erronée, et qu'interroger celle-ci permette de faire tomber une barrière qui freinait jusqu'alors la progression du malade (66).

2. Accompagner le patient dans son apprentissage de l'autonomie

Une fois que l'accompagnant et l'accompagné ont posé les bases de la relation de confiance, et que l'accompagnant a récolté les informations nécessaires pour comprendre son vis-à-vis, se pose la problématique des objectifs des entretiens à l'échelle du patient. Les entretiens pharmaceutiques, en tant qu'activité d'accompagnement des malades chroniques, visent à favoriser l'observance des traitements et à augmenter les connaissances et compétences des patients, pour leur faire gagner en autonomie au quotidien. Si les premiers temps de cet échange visent principalement à découvrir l'état d'esprit du patient, ses connaissances préalables et ses objectifs personnels, les suivants seront consacrés à l'assimilation de nouvelles données par le patient, puis à la décision

motivée de celui-ci d'effectuer les changements nécessaires à sa santé, ou au contraire de ne pas le faire, en toute connaissance de cause. Afin de favoriser la mise en place de cet échange, quelques outils peuvent être utiles à l'accompagnant, et lui permettre de susciter des modifications comportementales importantes. Pour l'aider en cela, il a à sa disposition des ressources innées ou acquises par les patients sur lesquelles il peut se reposer. On les appelle compétences psychosociales.

1. Les compétences psychosociales, ressources dans l'accompagnement

Les compétences psychosociales, telles qu'elles sont décrites par l'OMS et l'United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), sont les aptitudes essentielles d'un individu, qui participent au conditionnement de son attitude en société. Il est nécessaire pour toute personne d'acquérir ces compétences dans une mesure qui lui est propre, pour pouvoir vivre au contact des autres. Ces compétences sont au nombre de dix, regroupées par paires (14) :

- Savoir résoudre des problèmes/savoir prendre des décisions

Ces compétences renvoient à la capacité à identifier un problème, ses solutions potentielles, et à prendre la décision d'adopter l'une des solutions envisagées. En cela, elles rejoignent la capacité à gérer son stress.

- Avoir une pensée créatrice/avoir une pensée critique

Ces compétences renvoient à la capacité de créer son propre système de valeurs, et de savoir prendre du recul pour évaluer une situation à partir de ce système.

- Savoir se faire comprendre/être capable d'entrer en relation avec les autres

Il s'agit de la capacité à savoir tisser des relations au sein d'un réseau de connaissances, tout en gardant suffisamment d'indépendance pour ne pas se laisser influencer par la pression exercée par ces relations.

- Avoir conscience de soi/éprouver de l'empathie pour les autres

Il s'agit de la capacité d'un individu à avoir conscience de ses propres compétences et de ses limites, à respecter les capacités et limites des autres, ainsi que la capacité à se mettre à la place de l'autre pour expérimenter ce qu'il ressent.

- Savoir gérer son stress/savoir gérer ses émotions

Ces compétences renvoient à la capacité à se contrôler au quotidien.

Toutes ces compétences relèvent de la vie quotidienne. Deux autres domaines de compétences sont plus liés à la santé : les compétences relatives à l'hygiène de vie, comprenant les choix et les actes du quotidien qui concourent à rester en bonne santé, et les compétences d'adaptation à la maladie, qui entrent en jeu afin de permettre au patient de modifier son quotidien en fonction de sa maladie.

Ces deux derniers domaines sont ceux sur lesquels les soignants tendent à se reposer le plus. Mais il ne faut pas pour autant négliger chacun des autres domaines, et chercher au maximum à les mettre à contribution pour aider le patient à se développer lui-même. Ils sont les garants de son autonomie. Pour ce faire, lorsqu'un problème de gestion du traitement ou de la maladie est évoqué, il ne faut pas chercher à trouver une solution pour le patient, mais plutôt à exprimer l'origine du problème en question (qu'est-ce qui pose le plus problème au patient ? Pourquoi ? De quoi a-t-il peur ?). Et, tout en le guidant, il faut le laisser trouver de lui-même des réponses à ses questions, à son rythme. Cette attitude, plus valorisante pour le patient, l'amène à faire appel à chacun des groupes de compétences évoqués ici.

2. Quelques clefs de l'échange éducatif

- L'apprenant adulte

Le réflexe, en tant qu'éducateur, est de reproduire les schémas éducatifs que nous avons connus. Il s'agit de construire son propos sur un échange descendant, de l'éducateur vers l'apprenant, comme nous l'avons évoqué précédemment. Cependant, ce type de communication a de fortes chances d'être un frein pour l'apprenant. En effet, l'apprenant adulte diffère de l'apprenant enfant.

Pour commencer, les deux n'ont pas la même capacité de mémorisation. Ils ne retiennent pas non plus les choses de la même manière. Là où l'enfant peut être perçu comme une page blanche, prêt à retenir tout ce que dira l'éducateur sans remettre les idées en cause, l'adulte vient avec des acquis et des perceptions déjà ancrés (II-3-4). Pour certains, le fait même de devoir apprendre de nouvelles choses, et d'être mis en situation d'apprenant classique, peut être perçu comme une remise en cause de ses capacités et de sa personne. L'échange doit donc se baser sur une coopération réciproque, et non sur une communication descendante. D'autant plus que les éléments déjà connus de l'adulte peuvent être un support non négligeable dans l'acquisition de nouvelles connaissances.

De même, si l'enfant est généralement curieux du monde qui l'entoure et prêt à apprendre quantités de choses, l'adulte s'avère généralement plus attentif aux sujets qui le concernent directement. Il est donc important de faire en sorte que les données transmises soit amenées de manière à impliquer ces nouvelles connaissances dans le

quotidien et les préoccupations du patient. Ce dernier doit ressentir le besoin de posséder ces nouvelles connaissances et compétences, sinon il ne les retiendra que peu. De ce point de vue, les objectifs d'apprentissage du patient ne doivent pas être ignorés : s'il a accepté de participer aux entretiens, c'est qu'il considère déjà que ceux-ci peuvent lui apporter quelque chose. Il est donc conscient d'un manque dans sa gestion quotidienne du traitement ou de la maladie. Il faut par conséquent identifier dès le début ce besoin précis, et axer les séances autour de celui-ci. Il est également important de confronter les nouveaux éléments que l'on cherche à faire apprendre avec les informations que possède déjà l'adulte. En effet, le sens critique d'un adulte est plus développé que celui de l'enfant, il est donc nécessaire de le convaincre de la véracité de ce que l'on cherche à lui enseigner (69).

- Les questions

La formulation de questions est un outil précieux dans la mise en place d'une relation éducative basée sur l'échange. Pour permettre au patient de parler de sa gestion quotidienne de la maladie, de ses connaissances préalables, ou lors de la phase d'appropriation de connaissance par la réexpression des informations, il est nécessaire pour l'éducateur de poser des questions, qu'elles soient ouvertes ou fermées, permettant d'induire des réponses de la part du patient. Celles-ci peuvent alors servir de tremplin à la discussion constructive. Ces questions ne doivent pas être posées sans préparation. En effet, leur formulation, le contenu, et le contexte dans lequel elles seront posées devront occasionner des réponses pertinentes pour poursuivre l'échange. Dans le cadre des entretiens pharmaceutiques, la structuration de chaque séance est primordiale, les questions à poser au patient et la façon de les formuler devront donc être prévues en conséquence (69). Le type de questions et l'organisation de celles-ci selon les thématiques de l'entretien seront développés dans les parties II-8 et II-10.

Il existe deux types de questions, ouvertes et fermées, qui induisent deux types de réponses différentes. Chacun a sa place dans la communication, en fonction du contexte. Ils ont également chacun leurs limites propres (69).

Les questions ouvertes débutent généralement par un pronom, un déterminant ou un adverbe interrogatif (comment, qui, où, combien...). Elles ont pour fonction d'induire des réponses personnelles. Devant ce type de question, on s'attend à ce que le patient développe un élément selon son propre point de vue. De manière générale, elles doivent être favorisées dans les entretiens car elles permettent à l'échange de se centrer sur le patient et non sur des données factuelles qui nuiraient au processus d'assimilation des informations. Mais elles sont plutôt à privilégier en début d'entretien, lorsque l'on cherche à connaître le patient, son état d'esprit, ses problématiques et ses acquis, afin de déterminer dans quelle mesure l'accompagnement pourra lui être profitable (66,69).

Lors de la formulation des questions ouvertes, il faut cependant veiller à ce qu'elles ne soient pas trop larges, afin de ne pas « perdre » le patient. Si celui-ci exprime son incompréhension, en demandant à l'accompagnant de clarifier sa demande, il ne faut pas hésiter à réduire le champ de réponses possibles, quitte à le rouvrir par la suite si cela s'avère nécessaire (70).

Les questions fermées, quant à elles, se caractérisent par un type de réponse binaire : on y répond par « oui » ou « non ». Elles permettent peu de rebondir vers un aspect de l'échange, mais auraient plutôt tendance à freiner voir arrêter la communication. Elles ont cependant leur utilité lorsque l'on veut combler un vide laissé lors d'une réponse à une question ouverte, ou lorsque l'on souhaite préciser un point de détail ou confirmer un fait (69).

Bien que les questions ouvertes doivent être privilégiées pour entretenir l'échange, il est important d'avoir conscience de leur potentiel intrusif. C'est le cas des questions formulées avec l'adverbe interrogatif « pourquoi ». Plus encore que les autres questions ouvertes, celles-ci renvoient directement à l'individu et à ses motivations personnelles. De ce fait, elles peuvent être perçues comme agressantes par certains patients, principalement lorsqu'elles surviennent de manière prématurée dans l'échange. Il faut donc veiller à ne pas se montrer trop intrusif dans la recherche d'informations au début de l'entretien. Dans ce cas, il est préférable d'utiliser ces questions lorsque la confiance mutuelle est suffisamment installée pour qu'elles ne froissent pas le patient. Il peut également être plus pertinent de trouver un moyen détourné pour l'interroger sur le sujet qui pose problème sans pour autant être perçu comme trop frontal dans l'échange, notamment en utilisant des questions formulées avec les autres pronoms, déterminants ou adverbes (69).

La structuration interne de la question est également un paramètre qui doit être maîtrisé lors de l'échange. Il faut veiller à ne pas induire la réponse dans la question, en y glissant des jugements de valeur, ou des éléments pouvant être perçus comme tels par le patient. Par exemple, les questions commençant par « connaissez-vous ... » peuvent poser problème à certaines personnes. En plus d'être fermées et donc de clôturer l'échange, ces questions renvoient à une image du patient qui est soit positive, soit négative. Soit il sait effectivement la réponse, ce qui sous-tend un jugement positif, soit il ignore la réponse, ce qui peut faire écho à une mauvaise estime de son potentiel et de ses connaissances. Certains patients peuvent même être tentés de mentir ou de minimiser une méconnaissance pour ne pas se sentir ignorant. Il est donc plus profitable de lui demander d'expliquer un point à l'aide d'une question ouverte (69).

Enfin, la structuration préalable des questions évite de se trouver débordé au fil de la discussion et de se retrouver à poser des questions plus longues qui amènent

plusieurs réponses. Ce type de question risque de perdre le patient et de créer des *quiproquos*, d'un côté comme de l'autre (69).

- Le langage non verbal

Le troisième élément à prendre en compte dans la communication n'est pas à proprement parler un outil puisqu'il est difficilement contrôlable. Mais en prendre conscience permet tout de même de l'utiliser dans une certaine mesure. Il s'agit de langage non verbal. En effet, les messages que l'on laisse exprimer sans même en avoir conscience représentent une grande part du langage total perceptible au cours d'une conversation. Cependant, s'il est difficile de feindre une émotion ou une attitude par le langage non verbal, exprimer avec soin de la bienveillance, du respect ou de l'écoute, si ces attitudes sont sincères, peut permettre de donner corps à l'échange (69).

De même, rester attentif aux attitudes du patient permet d'avoir une idée de l'état d'esprit dans lequel il se trouve. Une posture distante, rigide, avec les bras croisés exprimeront une fermeture, une méfiance, de la crainte, tandis que des épaules voutées seront un signe de vulnérabilité. A l'inverse, une posture centrée vers l'avant, bras ouverts, est un signe de partage et de disponibilité pour l'échange. Les visages expriment également les émotions ressenties par les patients et permettent presque inconsciemment de voir si le patient est géné, triste, joyeux... Le regard est un élément important dans l'établissement d'un rapport sain à l'autre. Le fait de soutenir le regard de son interlocuteur est gage de crédibilité, de courtoisie, de confiance, tandis que la fuite est un signe de méfiance (69).

La modulation de la voix, le timbre utilisé jouent également un rôle dans l'élaboration de la communication. Ce facteur peut être influencé si l'accompagnant l'estime nécessaire. Il peut pour cela parler lentement, doucement et marquer des pauses suffisamment longues pour laisser la place au patient de s'exprimer, ou de choisir de ne pas le faire. Le silence a valeur de mots dans l'échange, à la fois pour le patient et pour l'accompagnant (69).

Enfin, la gestion de l'espace personnel est importante pour assurer une bonne communication. Selon les patients, l'espace vital peut différer. La proximité se crée au fil de la confiance et du partage, mais elle peut être plus ou moins importante de prime abord. Là où certains patients cherchent d'emblée la proximité du pharmacien, d'autres peuvent trouver mal venu l'investissement trop rapide de leur espace vital. Il faut donc s'adapter au patient. De même, chez un patient dont l'espace vital est restreint, un trop grand écart entre lui et le soignant peut être perçu comme de la distance émotionnelle et affective. Les éléments de posture et les expressions faciales des patients sont de bons moyens de déterminer les limites de cet espace (69).

3. Comprendre les changements de comportement pour mieux les accompagner

Au cours des entretiens, la discussion établie avec certains patients sera à même de montrer des comportements jugés plus ou moins problématiques par le pharmacien. Certaines habitudes des patients, qu'elles soient le fruit d'une incompréhension de leur part, d'une stratégie d'évitement, ou encore d'une pratique culturelle, peuvent ne pas convenir à l'idée que le professionnel de santé se fait d'une bonne hygiène de vie ou d'une bonne observance. Mais pousser les patients à effectuer des changements, sans pour autant que la décision ne vienne d'eux-mêmes, est souvent inutile et peut briser la relation qui s'est construite entre les deux parties. Les paramètres qui peuvent mener un individu à changer ses comportements sont très complexes, et dépendent de nombreux facteurs. Dans le cadre des entretiens pharmaceutiques, le professionnel de santé est présent en tant qu'accompagnant, et à ce titre, il doit mettre à disposition du patient des éléments et des pistes de réflexion, que ce dernier doit accepter puis s'approprier afin d'être en mesure de faire ses propres choix quant au changement de ses comportements. Pour autant, l'éducateur ne doit pas non plus résumer l'apparition de changement ou la persistance dans la situation d'origine, à une réussite ou un échec du processus d'accompagnement. Le travail éducatif consiste à accompagner les patients dans les changements qu'eux seuls peuvent décider d'opérer.

Comme nous l'avons énoncé précédemment, informer un patient pour le pousser à changer ses comportements ne suffit pas (II-2). En effet, ce changement doit provenir du patient lui-même, qui doit avoir ses propres sources de motivations, liées à son ressenti et à son quotidien, pour pouvoir être mené à bien. Et là encore, le processus entre la prise de décision et l'action peut ne jamais aboutir. Si la mise en place d'un changement de comportement peut sembler simple de prime abord, elle est plus complexe, et passe par différentes phases. La résumer à une réflexion binaire manichéiste de type « je fais et c'est mal/je ne fais pas et c'est bien » est beaucoup trop simpliste et ne permet pas de comprendre les difficultés auxquelles les patients font face dans ce type de processus. Pour expliquer ce que traverse un individu qui souhaite apporter des changements dans son quotidien, Prochaska et Di Clemente ont établi un modèle qui décrit ce parcours en six étapes (figure 7) (71-73). Selon les sources, le nom des étapes peut varier, mais ce qu'elles désignent est constant. Ce modèle s'applique plus particulièrement au sevrage en addictologie, mais peut être extrapolé à tout changement d'un comportement ancré dans le quotidien d'un individu (14,68):

- La pré-contemplation

A ce stade, le patient, de manière consciente ou inconsciente, ignore la nocivité du comportement considéré. Si l'on devait faire un parallèle avec le processus d'arrêt du tabac, on parlerait du stade du « fumeur heureux ».

Dans ce cadre, l'accompagnant ne peut que transmettre des informations relatives aux risques que le patient encourt, et éventuellement l'interroger pour savoir ce qu'il met en œuvre de lui-même pour réduire ces risques. Si l'on prend l'exemple de l'asthme, pour un patient asthmatique fumeur qui n'envisagerait pas l'arrêt, le risque serait la survenue plus fréquente de crises, et le procédé de réduction des risques, le fait de garder son inhalateur de traitement de crise avec lui en permanence (72).

- La contemplation

Il s'agit de la prise de conscience de la nocivité d'un comportement, et l'amorce du désir de changement. Ce stade ne se traduit pas en acte, le patient continue à percevoir les bénéfices qu'il retire de son comportement, et oscille entre un désir de changement et le maintien d'un état qui lui apporte du plaisir et une certaine sécurité dans l'habitude.

L'accompagnant peut alors aider le patient à avancer dans un sens ou dans l'autre (72). L'idéal, à ce stade est de recourir à l'entretien motivationnel. Il s'agit d'un outil permettant d'aider un patient à se motiver dans son désir de changement. L'entretien motivationnel se base sur un échange et reprend pour cela tous les codes de la communication que nous avons évoqués jusqu'à présent. Au cours de cet échange, l'idée est d'amener le patient à formuler les éléments en faveur du changement, et ceux qui le freinent, en mettant en parallèle les valeurs personnelles du patient, les risques et les avantages du comportement considéré. Par l'utilisation de questions ouvertes et l'écoute active, l'accompagnant doit amener le patient à exprimer à haute voix ce qui le fait considérer un éventuel changement, et ce qui le freine. Par l'écho, la reformulation de ses propos, de manière synthétique et si besoin un peu exagérée, sans pour autant devenir ironique, l'accompagnant montre qu'il a compris le patient, tout en l'aidant à rebondir sur ses propres contradictions. L'accompagnant cherche également à soutenir les besoins de changement que le patient exprime, que ce soit par son attitude, l'écho produit ou les félicitations qu'il apporte au patient pour maintenir sa confiance en lui-même et en sa capacité à changer. Enfin, il ponctue l'échange par de brefs résumés permettant au patient de confirmer ou non son discours, de le compléter, et de prendre conscience de ses propres mots. Dans tout les cas, l'accompagnant doit montrer au patient qu'il reconnaît et comprend son ambivalence, et se retenir de juger quelque comportement que ce soit (68).

L'entretien motivationnel n'est pas un exercice naturel pour les pharmaciens, et peu ont été formés à cela. Un certain nombre de thèses ont été rédigées sur le sujet, notamment celle d'Émilie Blanchet « Intérêt de l'entretien motivationnel dans l'éducation thérapeutique du patient: application de cette méthode de communication dans la mise en œuvre des entretiens pharmaceutiques à l'officine », soutenue en 2013, qui permet d'aller plus loin dans la découverte de cet outil (64).

- La préparation

A ce stade, le sujet a éliminé une grande partie de ses doutes et planifie la modification du comportement considéré. Il se sent prêt à passer à l'action.

L'accompagnant a alors un rôle de soutien auprès du patient. Il doit valoriser sa prise de décision, et l'aider à mettre en place sa stratégie de changement. Pour cela, il peut conseiller son patient sur l'échelonnement du changement dans le temps en fonction des contraintes personnelles de ce dernier, le mettre en garde contre un passage à l'acte trop brusque dans un contexte de dépendance, l'aider à fixer ses buts et mettre en évidence les ressources personnelles qui vont lui permettre d'atteindre les objectifs fixés (72).

- L'action

A cette étape, le sujet passe à l'acte, et commence à mettre en œuvre les changements qu'il a envisagés et planifiés. Les difficultés sont nombreuses à ce stade.

L'action étant une étape clé pour le patient, l'accompagnant doit le soutenir et l'encourager sans pour autant interférer avec ses actes ni le juger si certains objectifs ne sont pas atteints dans les temps impartis (72).

- Le maintien

Le maintien succède à l'action. Maintenant que les changements ont été amorcés, le maintien va permettre au patient de les poursuivre, et surtout de les consolider dans son quotidien et dans le temps. Cette étape peut-être plus ou moins longue selon le comportement considéré, mais il n'est pas rare qu'elle dure plusieurs années.

L'accompagnant doit valoriser chaque pas fait par le patient vers l'accomplissement de ses objectifs. Il doit également évaluer avec lui les risques de rechutes, les situations qui peuvent y conduire, et mettre en place d'éventuels « signaux d'alarme » (72).

A chacune des étapes, le patient est à même de faire une rechute, c'est à dire de régresser à l'étape précédente, et de revenir à ses comportements antérieurs. Cependant, un patient qui régresse ne perd pas tout le bénéfice de la progression

antérieure, il reste toujours plus favorable au changement qu'il ne l'était au commencement. La rechute ne doit pas être synonyme d'échec. Nous n'avons pas tous les mêmes capacités, ni les mêmes ressources, et il se peut qu'il faille plus de temps et plusieurs tentatives à certaines personnes quand une seule tentative courte suffira à d'autres. L'arrêt du tabac est l'exemple type de cette inégalité entre les individus. L'accompagnant doit veiller à dédramatiser la situation, et à encourager de nouveau son patient. Faire montre de tolérance dans ces situations permettra de maintenir la relation de confiance, et peut-être de retenter plus tard, quand la situation s'y prêtera de nouveau. Orienter le patient vers des réseaux de soutien ou des associations de patients peut également être un bon moyen pour dédramatiser la rechute et lui faire prendre conscience que d'autres ont pu vivre la même situation que lui (68,72).

- La résolution

Lorsque le patient sort définitivement du stade de maintien et qu'il a assimilé le nouveau comportement comme faisant partie de ses habitudes, il est considéré comme sorti définitivement du cycle. On parle alors de résolution. A ce stade, on estime qu'il n'a plus aucune tentation envers son ancien comportement, et que le risque de rechute est proche de zéro (72).

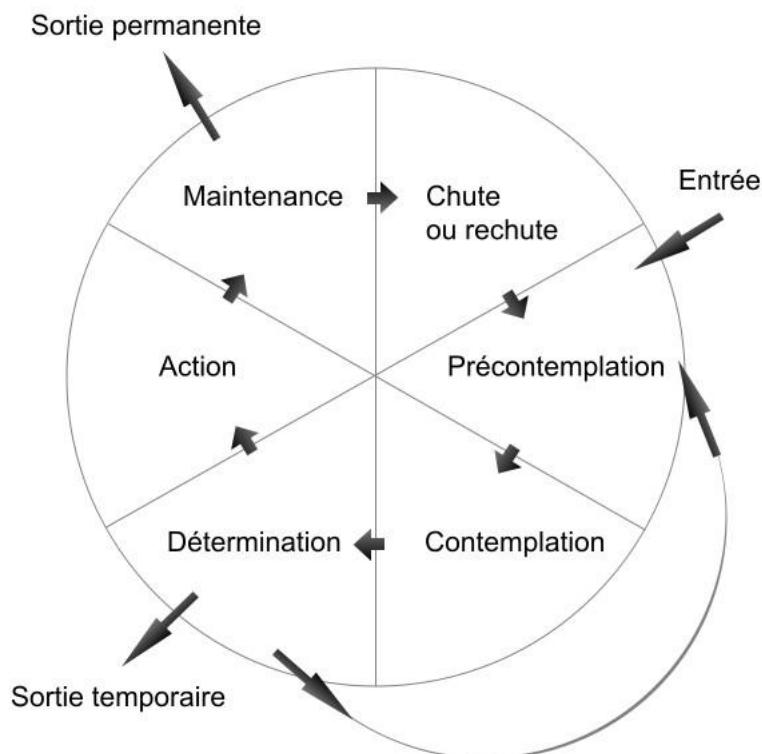


Figure 7: Le cercle de Prochaska et Di Clemente (72)

Dans l'éducation, il est nécessaire de ne pas viser que l'étape d'action, mais de prendre en compte la globalité des états d'esprit que rencontrera le patient, et de

l'accompagner étape après étape, à sa vitesse, en lui donnant les armes nécessaires pour qu'il puisse faire le prochain pas.

3. Les écueils de la communication

Malgré tout le soin mis par l'accompagnant à cerner puis accompagner son patient, il peut advenir que la relation échoue, que l'échange ne se mette pas en place, ou que la communication s'arrête. Ces événements imprévisibles peuvent être dus aux circonstances, à un mauvais équilibre dans les positions des deux parties, ou bien encore à un découragement de l'accompagnant ou de l'accompagné qui induirait des attitudes peu propices à la formation. Il faut très vite prendre conscience des sources possibles d'échec de la relation pour être en mesure de les prévenir, si c'est possible, et de ne pas culpabiliser quand la situation échappe au contrôle de l'accompagnant.

- Les circonstances

Les circonstances, indépendamment de la volonté du pharmacien peuvent porter préjudice à l'échange. Dans le cadre des entretiens pharmaceutiques, les rendez-vous sont pris à l'avance, sur une plage horaire censée convenir au pharmacien comme au patient. Cependant, il est difficile d'anticiper les événements qui peuvent se produire avant l'entretien. De la même manière que dans l'exercice au comptoir, et afin de pouvoir être en mesure d'accueillir et d'être à l'écoute de son patient, il est nécessaire pour un pharmacien de faire abstraction de ce qui relève de sa vie privée. Ceci est vrai tant pour le bénéfice du patient que pour l'équilibre personnel du pharmacien (69). Cependant, si l'histoire du patient ou une situation préalable à l'entretien risque de provoquer un écho trop profond et/ou trop douloureux pour l'accompagnant, il est préférable de repousser l'entretien, plutôt que de courir le risque de nuire à la relation, et en définitive, au patient.

- L'indiscrétion

Il s'agit là d'un élément vis-à-vis duquel il faut être prudent. Le seuil d'indiscrétion est variable pour chacun d'entre nous. Il faut savoir rester à l'écoute du patient pour détecter le moment où celui-ci juge notre tentative d'échange intrusive, afin d'anticiper ce problème. Toute tentative de continuer à faire parler le patient sur un sujet qu'il ne souhaite pas aborder est une forme d'irrespect. Le patient doit rester seul appréciateur de ce qui relève de l'indiscrétion (69).

Mais l'indiscrétion ne se limite pas à poser des questions intrusives. Le fait pour un professionnel de santé de porter un jugement sur le discours du patient est, en soi, une forme d'indiscrétion. Le patient peut avoir besoin d'exprimer ses sentiments, mais en aucun cas il ne doit être jugé, lui, ses actes ou son entourage. Le fait même de penser ce

jugement suffit à impacter le langage non verbal, et le patient peut être en mesure de le sentir (69).

- Les notions de transfert et de contre-transfert

Tout comme un évènement dans l'histoire du patient peut faire écho à celle de l'accompagnant et modifier l'équilibre de la relation d'écoute, une trop grande implication émotionnelle dans cette relation, positive ou négative, de la part de l'une des parties peut faire « déborder » la relation. C'est notamment ce qui se produit dans le cadre d'un transfert ou d'un contre-transfert.

Le transfert désigne une projection affective de la part du soigné sur le soignant. Il peut s'agir d'un transfert émotionnel positif, sous la forme d'un sentiment amoureux, ou assimilé. Ce sentiment est ressenti par le soignant comme déplacé, parce qu'il ne correspond en rien à la nature de la relation qui a été mise en place au départ. Ce sentiment relève plus du débordement affectif. A l'inverse, le transfert peut être négatif. Dans ce cas, le patient projette tous ses sentiments négatifs à l'égard de sa maladie, de sa condition, sur le soignant (14). Ce transfert s'apparente alors aux débordements de colère que le patient peut montrer dans le cas d'une révolte, au sein du processus d'acceptation de la maladie (II-4-3-1).

Le contre-transfert désigne à l'inverse un investissement déplacé de la part du soignant vis-à-vis de son patient. Comme pour le transfert, ces déséquilibres peuvent être positifs comme négatifs, mais sont dans tous les cas nuisibles à un échange équilibré (14).

Ces relations déséquilibrées sont sources de débordements parfois violents qu'il convient de comprendre, afin de pouvoir désamorcer la situation le cas échéant, et de passer outre le comportement parfois haineux d'un patient à l'égard du soignant. Il est impératif de se préparer à ce genre de réactions quasi paradoxales compte tenu de la réelle teneur de l'échange, dans la mesure où la relation soignant-soigné dans le processus d'éducation se fait plus profonde qu'au cours de l'exercice professionnel habituel. Tout échange déséquilibré doit impérativement prendre fin au risque d'avoir des conséquences pour chacune des deux parties. Dans ce cas, le pharmacien peut demander à être remplacé par un confrère exerçant dans la même officine, si le patient l'accepte.

- Les attitudes contre-productives

Les difficultés que rencontre le patient dans la gestion de la maladie ou au cours de son apprentissage peuvent être source de résignation ou de démotivation pour l'accompagnant lui-même, s'il identifie cette stagnation dans son travail d'éducateur comme un échec. Cette perte de confiance envers lui-même et les capacités ou la

motivation du patient peut se traduire par des attitudes qui sont contre-productives dans la démarche d'apprentissage de l'adulte. Parmi ces diverses attitudes, trois sont probablement les plus gros freins à la relation éducative : l'autoritarisme, le terrorisme et l'improvisation (14).

Par autoritarisme, on entend le fait de reproduire l'attitude classique de l'enseignement traditionnel en France, où l'éducateur se place dans la posture du professeur détenant l'autorité sur son élève obéissant. Cette attitude fait également écho à la posture traditionnellement occupée par le corps médical vis-à-vis des patients, avant que l'évolution des mentalités ne pousse ces derniers à rechercher une plus grande place dans les systèmes de soin (14). Malheureusement, il arrive que ce schéma perdure, principalement avec les anciennes générations de patients. De nos jours, cette attitude reste souvent utilisée face à un patient qui a du mal à comprendre une notion que l'éducateur considère comme simple, ou qui semble peu s'impliquer dans la démarche éducative. Face à une attitude qui le met mal à l'aise, l'accompagnant est tenté de se retrancher derrière une attitude qui lui est familière et qui le dédouane de son sentiment d'échec, puisqu'il se rassure dans l'idée de « faire ce qu'il peut » avec un patient récalcitrant. Cependant cette attitude est un frein à la communication et à l'échange éducatif. Mais plus encore, elle risque de bloquer l'apprenant en le maintenant dans un état infantilisé où ni sa confiance en lui, ni ses connaissances ne sont reconnues, ni potentialisées (14).

Dans le registre des postures contre-productives, le terrorisme représente un double danger, à la fois envers le patient mais également envers le message. Cette attitude consiste à faire peur au patient récalcitrant, ou pour lequel les postures éducatives *a priori* favorables à l'éducation ont été mises en échec, en le menaçant avec les conséquences que peuvent avoir ses comportements. Bien que certains soient tentés de prendre cette attitude pour faire entendre raison à un patient jugé difficile, elle ne peut-être qu'une source d'angoisse. Déjà connu dans l'enseignement traditionnel comme étant peu efficace, elle l'est d'autant plus en santé où l'angoisse créée va à l'encontre de la recherche d'amélioration du bien-être et de la condition quotidienne. Au contraire, cette angoisse générée risque de maintenir le patient dans un processus de distanciation qui va augmenter son risque de présenter des complications. Face à un patient récalcitrant, il est plus utile de prendre du temps dans la discussion pour mettre en évidence les causes premières de la tentative de fuite, rassurer le patient et l'aider à accepter sa situation (II-4-3-1).

Quant à l'improvisation, ce n'est pas à proprement parler une attitude productive ou contre-productive. Il s'agit surtout d'un manque de préparation qui peut nuire à l'entretien. En effet, se lancer dans une activité d'éducation en santé sans formation ni

programmation du déroulé de la séance au préalable revient à prendre un risque inutile. L'éducation peut, pour certaines personnes, sembler simple à réaliser dès lors qu'ils possèdent les connaissances théoriques en relation avec la pathologie traitée. Force est de constater qu'il n'en est rien, et qu'une mauvaise maîtrise de son discours peut conduire l'éducateur à se discréditer lui-même, ou provoquer des réactions paradoxales chez des patients plus vulnérables qui auront été affectés par certaines tournures de phrases maladroites. Au-delà de la structuration du discours, une approche malhabile du patient par manque de préparation et de documentation sur ce dernier ou les principes liés à l'éducation en santé risquent d'être un frein majeur pour la poursuite des entretiens (14).

Cependant, il est important que l'éducateur soit en mesure d'improviser lorsque les circonstances l'exigent, en s'appuyant sur une base solide de connaissances en matière de relationnel et de méthodes éducatives. Et ce, afin de s'aligner sur la présence de plusieurs personnes lors d'un entretien prévu pour une seule d'entre-elles, ou la survenue d'un évènement particulier qui nécessite de modifier le contenu de la séance, par exemple. Ne pas réussir à sortir de ce qui aura été programmé si la situation l'exige risquerait d'être aussi nuisible à l'entretien que de ne rien avoir prévu du tout (14).

A travers ces quelques éléments de communication, qui s'appliquent, certes, aux entretiens pharmaceutiques, mais également dans de nombreux domaines dans la santé et dans l'exercice pharmaceutique, on comprend que de bonnes connaissances dans les pathologies chroniques et une bonne volonté peuvent ne pas suffire pour atteindre les objectifs éducatifs d'autonomie et d'apport de connaissances. Dans l'éducation d'adultes, ne pas prendre en compte l'apprenant, en tant qu'individu dans sa globalité et ses particularités, peut mener à l'échec de la relation. Pour maîtriser au maximum les aspects de cette relation, il faut avoir conscience des mécanismes en jeu dans toute relation. Chacun vient avec son bagage personnel et ses représentations propres, chaque malade ayant sa perception personnelle de son corps et de sa maladie, avec tout ce que cela implique en termes d'acceptation de celle-ci. A cela peuvent s'ajouter des blocages de part et d'autres de l'échange, de par les incompréhensions qui peuvent survenir, la transmission de messages contre-productifs de manière plus ou moins consciente. Le fait de connaître les failles potentielles de l'échange et quelques outils pour y remédier, peuvent permettre d'anticiper des difficultés, de solutionner des situations problématiques pour instaurer une relation de confiance et de respect entre les deux parties, qui sont la base de tout processus éducatif, et ce, particulièrement dans l'accompagnement de patients adultes.

5. Le recrutement des patients

Le préalable au recrutement des patients au sein de l'officine est la bonne communication autour des entretiens pharmaceutiques. Le fait que les entretiens pharmaceutiques soient proposés aux patients qui le souhaitent doit être visible par ceux-ci lorsqu'ils entrent dans l'officine. L'annonce doit susciter le questionnement, voir l'intérêt du patient. Cette mise en avant renforcera tout échange à ce propos qui pourrait avoir lieu par la suite (65).

En ce qui concerne les entretiens AVK, une lettre informative a été envoyée aux patients pouvant bénéficier de ce service par l'Assurance Maladie. Mais lors de l'extension du dispositif à la prise en charge de l'asthme, aucune information de l'Assurance Maladie n'a été faite auprès des patients. Cependant, dans le cadre de l'extension aux AOD et de l'élargissement des conditions de recrutement de patients asthmatiques, il est prévu que la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) envoie un courrier explicatif aux patients qui pourraient retirer des bénéfices de ce programme (74). Dans la mesure où le champ d'exercice des entretiens pharmaceutiques est amené à s'étendre, il est très important de communiquer sur ce service au sein de l'officine si l'on souhaite le développer.

Les moyens à disposition des pharmaciens sont divers. Tout d'abord, il peut être judicieux de signaler la réalisation d'entretiens par une affichette informative posée en vitrine ou aux comptoirs, conformément à l'article R.4235-59 du Code de la santé publique. Mais cette information ne doit pas s'apparenter à de la publicité, aussi l'affiche ne doit pas être trop importante en taille, être trop voyante, composée de gros caractères ou de couleurs inappropriées. Un certain nombre de groupements ou de revues professionnelles ont proposé des affiches à leurs adhérents et abonnés, conformes au CSP (75).

Dans le même ordre d'idée, il est possible d'utiliser des brochures pour communiquer à l'intérieur de l'officine. Celles-ci peuvent permettre à un patient qui n'a pas encore choisi de participer au programme de s'informer sur la forme et le contenu de ces entretiens et de poser des questions. Il est également possible, selon les moyens dont dispose l'officine, de diffuser l'information par des diapositives sur des écrans placés au niveau des comptoirs. Si l'officine possède un site internet, il peut également être judicieux d'informer les patients par ce biais, tant que le message ne relève pas de la publicité.

Il est cependant interdit d'informer les patients de la mise en place de ces entretiens en les contactant par téléphone, courrier, e-mail ou SMS (75). Seul le rappel d'un rendez-vous déjà fixé au préalable est autorisé. De même, toute distribution de

brochures sur ce thème hors des murs de l'officine relève de la sollicitation de clientèle, et est de ce fait interdit (75).

Mais le meilleur moyen de recruter des patients pouvant bénéficier des entretiens pharmaceutiques reste la sollicitation au comptoir lors de la dispensation des médicaments, au fil de la conversation. Il peut s'agir soit de répondre à une attente exprimée d'un patient concernant son traitement, soit à l'occasion de la détection d'une difficulté dans la prise en charge. Le but premier va être d'intéresser le patient afin qu'il soit demandeur et qu'il adhère au dispositif. Ce recrutement au comptoir peut être mené par tous les membres de l'équipe, quels qu'ils soient, mais il est conseillé pour le personnel d'être formé à cet exercice pour mieux le mener à bien.

Le discours doit être clair, précis et motivant pour le patient. Certaines informations doivent être précisées systématiquement pour poser le cadre de l'entretien, tandis que d'autres seront à sélectionner en fonction du patient. Tout d'abord, il est important de bien préciser au patient que ce nouvel exercice est encadré par la loi, et entièrement pris en charge par l'Assurance Maladie. Dire que cet exercice est gratuit n'est pas toujours très opportun, pour certaines personnes, la gratuité n'est pas synonyme de qualité. Il faut également préciser au patient que chaque entretien est assuré par le pharmacien de son choix, qu'il dure en moyenne entre 20 et 30 minutes et que leur nombre et le temps entre deux entretiens seront fonction des besoins du patient (65).

Ensuite, selon les patients, il pourra être intéressant de mettre en avant le fait que les entretiens ont lieu dans un espace de confidentialité, ainsi que certains objectifs des entretiens plutôt que d'autres, en fonction des besoins exprimés par le patient. Ces objectifs personnalisés peuvent être les suivants : une amélioration de son état, de son confort de vie, ou encore une meilleure connaissance et compréhension de sa maladie, de son traitement. Enfin, il est toujours important de rappeler au patient que ces entretiens sont un complément apporté à leur prise en charge habituelle, visant à renforcer celle-ci, mais qu'ils ne se substituent en aucun cas aux activités des médecins et des autres professionnels de santé (65).

Par la suite, le pharmacien en charge des entretiens pharmaceutiques peut proposer au patient de l'accompagner dans une zone de confidentialité pour lui présenter plus en détail le dispositif, lui donner les informations nécessaires au bon déroulement des entretiens et prendre rendez-vous. Il est également pertinent d'informer le patient sur les différents axes des séances envisagées afin de l'amener à réfléchir aux potentielles questions qu'il voudrait poser lors du premier entretien. L'enregistrement des patients peut également se dérouler lors de cette phase préparatoire à l'entretien.

Il peut être pertinent d'ajouter une note dans le dossier informatique d'un patient pouvant bénéficier des entretiens pharmaceutiques, qui précise si celui-ci est recruté, n'a pas encore accepté ni refusé, ou bien a refusé de participer aux entretiens, afin que la question ne lui soit pas posée une nouvelle fois le cas échéant.

6. L'enregistrement des patients dans la procédure des entretiens pharmaceutiques

L'enregistrement des patients dans la procédure des entretiens pharmaceutiques a généralement lieu au comptoir ou dans une zone de confidentialité. Le moment choisi pour cet enregistrement est celui du recrutement, lorsque le pharmacien informe le patient à propos des séances à venir et prend rendez-vous avec lui. De manière générale, il est conseillé de faire cet enregistrement avant que n'ait lieu la première séance, compte tenu des modalités de rémunération des entretiens. Cela permet en outre de ne pas perdre de temps au cours des séances qui peuvent être courtes compte tenu de tous les thèmes à aborder. Avant de procéder à l'enregistrement, il faut d'ailleurs bien s'assurer que le patient n'est pas enregistré au préalable avec un pharmacien d'une autre officine, auquel cas la rémunération irait à la première officine.

L'enregistrement se fait sur le site de l'Assurance Maladie, dans l'espace réservé aux pharmaciens, ou par un bulletin d'adhésion papier téléchargeable sur le site ameli.fr. Ce bulletin d'adhésion ainsi que chacun des documents du suivi de chaque patient devront être conservés dans l'officine pendant au moins dix ans.



Figure 8: Accès à l'espace réservé aux pharmaciens sur ameli.fr

Pour atteindre l'espace professionnel réservé à l'officine, il suffit pour le titulaire de renseigner son numéro d'Assurance Maladie et son code d'accès (figure 8). Il est aussitôt redirigé vers l'espace réservé à sa propre officine.

Figure 9: Espace réservé à l'officine sur ameli.fr

Dans cet espace, au niveau de l'encadré « activités » se trouve une partie « pratique ». Le premier item de cette partie se nomme « convention pharmaciens » (figure 9). Il s'agit du lien permettant d'accéder aux dossiers propres à l'accompagnement des patients.

Figure 10: Espace convention des pharmaciens sur ameli.fr

Dans cet espace intitulé « convention des pharmaciens » sont répertoriées les activités d'accompagnement des patients et les indicateurs génériques (figure 10). A l'heure actuelle, en ce qui concerne l'activité d'accompagnement des patients, seules les prises en charge de patients asthmatiques ou traités par antivitamine K ou anticoagulants oraux directs sont référencées. Pour accéder aux bulletins d'adhésion et au suivi des sessions pour chacun des patients, il suffit de cliquer sur le bouton AVK, AOD ou asthme selon la prise en charge du patient considéré. Dans le cas d'un patient sous AVK, par exemple, la page d'accompagnement et les pages suivantes se présentent comme suit :

The screenshot shows the 'Espace pro' interface for managing patients under anti-vitamin K treatment (AVK). The top navigation bar includes the 'Assurance Maladie' logo, the 'Espace pro' title, and a 'PHARMACIE D'OFFICINE' button. The main content area is titled 'Accompagnement des patients sous traitement anti-vitamine K (AVK)'. It features a 'Gestion des adhésions' section with a 'INFORMATIONS SUR LA PHARMACIE' form containing fields for 'Nom de la pharmacie' and 'N° AM', with a link to 'Consultez la note méthodologique'. Below this is a 'NOUVELLE ADHÉSION' section with a button to 'Créer une nouvelle adhésion'. A 'LISTE DES PATIENTS DÉJÀ ADHÉRENTS' section displays a table with columns for 'Nom Prénom', 'Date de naissance', 'N° Sécurité sociale', 'Régime d'affiliation', 'Date d'adhésion', 'Date dernier entretien *', and 'Pharmacien désigné'. A note on the right side states: 'Les possibilités de modification de votre saisie ont été élargies. Il vous suffit de cliquer sur le champ à modifier dans le tableau récapitulatif. Les dates d'adhésion et d'entretien ne sont pas modifiables. Pour ajouter un entretien il faudra cliquer sur le champ "Nom Prénom".'

Figure 11: Espace accompagnement des patients sous traitement antivitamine K (AVK) sur ameli.fr

Cet espace permet à la fois d'enregistrer de nouvelles adhésions et d'assurer le suivi des adhésions préexistantes. Pour cela, un tableau récapitulatif en bas de la page renseigne les informations principales des patients (identité, numéro de Sécurité sociale, régime d'affiliation), ainsi que la date d'adhésion au dispositif, la date du dernier entretien réalisé, et l'identité du pharmacien accompagnant (figure 11). Pour créer une nouvelle adhésion, il suffit de cliquer sur le bouton « créer une nouvelle adhésion ». S'ouvre alors la page suivante (figure 12):

Espace pro

PHARMACIE D'OFFICINE

Accompagnement des patients sous traitement anti-vitamine K (AVK)

Adhésion au dispositif d'accompagnement

INFORMATIONS DU PHARMACIEN DÉSIGNÉ

Nom de la pharmacie * :

N° d'identification AM * :

Nom et prénom du pharmacien désigné * :

! Pharmacien en charge de l'accompagnement.
En cas d'absence du pharmacien initialement désigné,
l'accompagnement sera assuré par un pharmacien de
l'officine.

N° RPPS * : ?

INFORMATIONS DU PATIENT ADHÉRENT

Nom * :

Prénom * :

Date de naissance * : /mm/aaaa

Rang de naissance * : (choisissez) ▾

N° d'immatriculation * :

Régime d'affiliation * : (choisissez) ▾

! Reportez le code figurant sur la carte Vitale ou sur
l'attestation papier.

MODE DE RECRUTEMENT

Par courrier AM A l'initiative du pharmacien *

* champ(s) obligatoire(s)

ACCORD DE L'ADHÉRENT

L'adhérent donne son accord pour que le pharmacien porte à la connaissance de son médecin traitant et/ou du prescripteur du traitement, son adhésion au dispositif d'accompagnement et prenne contact autant que de besoin avec lui :

OUI NON

Nom du médecin traitant :

Nom du médecin prescripteur si différent :

L'adhérent peut décider à tout moment de sortir du dispositif d'accompagnement. L'adhérent ne peut pas solliciter son adhésion au dispositif d'accompagnement auprès de plusieurs pharmacies de façon concomitante.

Voir la convention de preuve

Mon patient me donne mandat pour signer les présentes en son nom et pour son compte.
J'accepte la convention de preuve et les conditions de la transmission et j'ai pris
connaissance des textes applicables.

Convention pharmacie v 5.2.3

Annuler **Transmettre**

Figure 12: Espace adhésion au dispositif d'accompagnement sur ameli.fr

La page du formulaire numérique demande les mêmes informations que le formulaire papier. Il s'agit des informations permettant d'identifier précisément le patient adhérent et le pharmacien désigné par celui-ci pour assurer les entretiens pharmaceutiques. Un champ renseigne également l'accord de l'adhérent pour que le pharmacien contacte son médecin traitant s'il le juge approprié. La signature de la convention de preuve (case à cocher) est impérative pour finaliser l'adhésion. Cocher cette case permet de dégriser le bouton « transmettre », qui clôture l'adhésion. Une fois cette adhésion finalisée, une nouvelle ligne apparaît dans le tableau « liste des patients déjà adhérents », sur la page « accompagnement des patients ». En cliquant sur le nom

de la personne dans le tableau, un nouvel onglet intitulé « suivi des entretiens » apparaît. Cet onglet permet d'enregistrer les rendez-vous avec le patient. Il se présente comme suit (figure 13) :

The screenshot shows a web-based application for managing patient follow-ups. At the top, there's a header with the 'Assurance Maladie' logo and the text 'Espace pro'. Below the header, the main title is 'Accompagnement des patients sous traitement anti-vitamine K (AVK)'. Underneath, there are two tabs: 'Adhésion au dispositif d'accompagnement' and 'Suivi des entretiens', with the latter being active. A large form area contains fields for patient information: Nom, Prénom, Date de naissance, Rang de naissance, N° d'immatriculation, Régime d'affiliation, and Date d'adhésion. Below this is a section titled 'DATES DES ENTRETIENS' with a button labeled 'Ajouter une date'. At the bottom of the form are two buttons: 'Retour à la liste' and 'Transmettre'.

Figure 13: Espace suivi des entretiens sur ameli.fr

Dans cet onglet, une première rubrique reprend les informations du patient enregistré lors de l'adhésion. Pour programmer un entretien, il suffit de cliquer sur le bouton « ajouter une date ». Lorsque cette date est sélectionnée, le bouton « transmettre » se dégrise. Il faut alors le sélectionner pour finaliser l'enregistrement du rendez-vous. Il est important de noter chaque rendez-vous pour chaque patient, car c'est par ce biais que la rémunération de l'officine est calculée.

A compter de la deuxième année d'inclusion du patient dans le programme, un troisième onglet intitulé « suivi de l'observance » est accessible. Il reprend les informations du patient, ainsi qu'un bouton « ajouter une date » sur le même modèle que l'onglet « suivi des entretiens ». On y renseigne la date de réalisation du questionnaire d'évaluation de l'observance. Comme précédemment, le bouton « transmettre » se dégrise alors, permettant d'enregistrer les informations et de les faire suivre à l'Assurance Maladie, sans quoi la rémunération pour l'année considérée ne peut être ni calculée, ni versée.

A l'issue de l'enregistrement du patient, la page internet propose l'impression d'une version papier de la fiche d'inscription. Le pharmacien remet un exemplaire de cette fiche au patient, et garde un exemplaire de ce document, sous format papier ou numérique, qu'il joint à un dossier patient relatif aux entretiens pharmaceutiques (26) (II-9-1).

7. La préparation en amont de la première séance

Avant de recevoir le patient pour réaliser le premier entretien pharmaceutique, un certain nombre de détails doivent avoir été décidés. Qu'il s'agisse de la personne qui va mener l'entretien, du lieu, de la durée, du moment où aura lieu l'entretien ou encore de la manière dont les sujets seront abordés, les détails ne doivent pas être laissés au hasard. L'improvisation est probablement le chemin le plus direct menant à l'échec de l'entretien.

1. Le patient

A l'heure actuelle, les patients éligibles pour intégrer les entretiens pharmaceutiques sont des patients majeurs traités au long cours de manière avérée par AVK, AOD ou, dans le cadre de l'asthme, par corticoïdes inhalés. Le traitement prescrit doit être poursuivi sur au moins six mois pour être considéré comme étant de longue haleine (24). Il faut donc s'assurer que le traitement a été ou sera prescrit sur au moins six mois.

Le patient peut, s'il le souhaite, se faire accompagner par un proche au cours d'une ou plusieurs séances. Afin de mieux prévoir le contenu de chaque séance, il est préférable de demander à ce dernier s'il souhaite se faire accompagner lors de la prise de rendez-vous.

2. Le pharmacien

Selon la convention nationale, seuls les pharmaciens inscrits à l'Ordre, titulaires comme adjoints, sont habilités à mener les entretiens pharmaceutiques. Au sein d'une même équipe, tous peuvent participer au dispositif, s'ils le souhaitent.

Mais au-delà du diplôme de pharmacien, toute l'équipe, de manière générale, est amenée à prendre part aux entretiens pharmaceutiques. En effet, les préparateurs, selon la politique de l'officine, peuvent participer au recrutement des patients au comptoir au cours de la délivrance. Il est également pertinent de solliciter l'équipe dans son entier avant le premier entretien pour chacun des patients, afin de récolter le maximum d'informations sur les personnes en question, ce qui permet de personnaliser de manière plus fine l'échange au cours des séances.

Cependant, si la politique de l'officine est d'avoir un pharmacien désigné pour mener à bien les entretiens pharmaceutiques, il faut bien prendre en considération la motivation de la personne candidate au poste, ses connaissances à propos de la pathologie qu'elle va devoir traiter et surtout ses capacités d'écoute et de pédagogie (75).

Il est important de préciser également que la loi garantit, notamment par l'article 6 de la convention nationale, le libre choix de l'assuré en ce qui concerne le pharmacien qui lui dispensera médicaments et services (23). Ainsi un patient est en droit de choisir, parmi les pharmaciens proposant de réaliser les entretiens pharmaceutiques, celui qui l'accompagnera dans le cadre du dispositif. Il revient donc au patient qui serait recruté par une officine, de choisir le pharmacien par lequel il souhaite être accompagné, mais son choix peut également se porter sur un confrère exerçant dans une autre officine. Dans le cas où un patient décide de changer d'officine entre le premier et le second entretien, c'est la première pharmacie qui sera rémunérée pour la tenue des entretiens. Il est donc important lors de l'adhésion du patient au dispositif de s'assurer que celui-ci n'est pas déjà inscrit avec un autre accompagnateur. Enfin, de manière générale, au sein d'une même officine, il est conseillé pour un patient de continuer à être accompagné par un même pharmacien, sauf empêchement de celui-ci. Mais, si le patient le souhaite, il peut tout à fait décider de changer d'accompagnateur au sein d'une même équipe (75).

L'exercice officinal quotidien étant différent des entretiens pharmaceutiques, la formation des pharmaciens à cet exercice est bien sûr indispensable. Mais au-delà de cela, il est important que ces derniers soient familiarisés avec le questionnaire élaboré par l'Assurance Maladie, afin de ne pas se reposer sur les questions préétablies tout au long de l'entretien. Il est au contraire important de le maîtriser suffisamment pour être en mesure de prendre le recul nécessaire afin de laisser la place à l'échange avec le patient.

3. Le lieu

L'article 8 de la convention pharmaceutique précise les conditions de tenue des entretiens pharmaceutiques comme suit (23) :

« Le pharmacien prévoit dans son officine un espace de confidentialité où il peut recevoir isolément les patients. Cet espace est réputé adapté dès lors qu'il permet un dialogue entre le pharmacien et le patient en toute confidentialité. »

La mention d'un espace où la pharmacie peut recevoir isolément son patient exclut le comptoir comme lieu de tenue des entretiens dans la mesure où ni la confidentialité ni l'isolement ne sont garantis. Il n'est fourni aucune précision sur l'aménagement de cet espace. Cependant, dans la mesure où les entretiens sont amenés à durer une vingtaine de minutes, il est conseillé de prévoir un minimum de mobilier soit deux chaises et une table, même dans un petit espace, pour une question de confort du patient. Si la pharmacie n'est pas pourvue d'un espace dédié aux entretiens, ceux-ci peuvent tout de même avoir lieu dans le local orthopédique ou encore le bureau du

titulaire. L'important est que cet espace garantisse l'isolement du patient d'un point de vue visuel et phonique du reste de la pharmacie (75).

Si l'officine opte pour la création d'un espace dédié aux entretiens pharmaceutiques, ou à la communication pharmacien-patient de manière générale, qui assure confidentialité et isolement lors de l'échange, il est conseillé de bien penser l'aménagement de cette pièce au long cours. En effet, celle-ci doit être facilement accessible pour le pharmacien, comme pour le patient. Il s'agit donc de la penser à proximité des comptoirs, de plain-pied, et non à l'étage, avec un espace suffisant pour la rendre accessible pour des personnes handicapées ou à mobilité restreinte. Il est conseillé de prévoir pour cette pièce des dimensions d'environ cinq mètres carrés au minimum, pour garantir un certain confort psychologique. Celle-ci doit être insonorisée et être fermée par une porte, et non un rideau ou un paravent, pour s'assurer à la fois de l'isolation sonore et visuelle du patient (76).

Afin de faciliter le dialogue, l'aménagement intérieur de la pièce doit être considéré. Même s'il ne doit pas trancher avec le reste de l'officine, celui-ci doit être plus chaleureux que clinique. Pour que le dialogue se mette en place entre les deux protagonistes, il est important que le patient perçoive la nature d'accompagnant du pharmacien et non plus seulement sa nature de professionnel de santé. Pour cela, l'atmosphère de la pièce ne doit pas être clinique, il convient donc de penser à des décors muraux neutres au lieu des habituels posters informatifs ou publicitaires. Le mobilier doit être simple mais confortable. Il peut être envisagé de modifier la disposition habituelle de deux chaises en vis-à-vis séparées par une table, pour lui préférer des fauteuils, l'un à côté de l'autre, disposés à côté de la table, pour ne pas faire barrière à l'échange. Cette disposition favorise également la mise en place d'une relation équilibrée abolissant le rapport pharmacien/patient où le pharmacien a un rôle de correcteur, au profit d'une relation de confiance qui permet au patient de se sentir libre de parler de lui avec honnêteté (56). Un ordinateur et une imprimante peuvent compléter ce mobilier, ceux-ci permettant de consulter le dossier informatique du patient, ou de lui éditer des documents utiles dans sa démarche éducative. Enfin, un espace accueillant un porte brochures avec des documents adaptés ou des outils utilisés dans le cadre des entretiens peuvent trouver place dans cet espace (76).

Lorsqu'un patient qui souhaite participer aux entretiens pharmaceutiques n'est pas en mesure de se déplacer à l'officine, il est possible pour le pharmacien de se rendre à son domicile pour réaliser l'entretien. Cependant, le pharmacien doit s'assurer au préalable que l'assurance de l'officine prend bien en compte la proposition de service en dehors de celle-ci. Du point de vue de la rémunération, aucun ajustement n'est prévu dans le cadre du déplacement (75).

4. La durée

La convention nationale ne mentionne pas de durée précise pour les entretiens pharmaceutiques. Celle-ci est laissée à la libre appréciation du pharmacien, qui la détermine selon le profil du patient, la disponibilité de celui-ci et la sienne. La seule obligation qui est faite au pharmacien pour que l'officine puisse percevoir la rémunération fixée à 40 € par personne et par an est de réaliser deux entretiens durant la première année de participation du patient, puis un entretien par an par la suite (24–26). Il faut cependant bien tenir compte du fait que la première séance dure généralement plus longtemps que les autres. En effet, il est conseillé de commencer la séance par une brève introduction sur les entretiens pharmaceutiques ainsi que par une évaluation des connaissances déjà acquises ou en cours d'acquisition du patient, ce qui peut prendre un certain temps. Généralement, il faut compter environ quarante cinq minutes pour une première séance (75). Les suivantes devront être planifiées pour durer entre vingt et trente minutes (65).

Afin de s'assurer de respecter la durée de l'entretien annoncée au patient, il peut être pertinent de disposer une horloge dans la salle d'entretien, à la vue du pharmacien comme du patient.

5. Quel moment choisir pour la réalisation des entretiens ?

Compte tenu de cette durée, longue en comparaison d'une délivrance standard, et pendant laquelle un membre de l'équipe sera mobilisé de façon continue, il est important que les entretiens pharmaceutiques soient menés sur rendez-vous. Il s'agit là d'une évolution qui pourra surprendre les patients, mais qui est indispensable à la bonne gestion des activités de l'officine. De même, il est important que l'emploi du temps de la pharmacie soit géré de manière transparente pour toute l'équipe. En effet, les plages horaires pendant lesquelles un entretien pourra avoir lieu doivent être connues de l'équipe entière et choisies en fonction d'elle, afin que ce nouvel exercice ne vienne pas perturber le bon fonctionnement de l'officine. Les rendez-vous des patients devront donc correspondre à la fois à leur propre emploi du temps et aux heures de moindre affluence au sein de la pharmacie. Si plusieurs pharmaciens réalisent les entretiens, il peut être pratique d'avoir un agenda dédié à cet usage qui renseignerait des rendez-vous pris, par pharmacien et par patient, ainsi que la durée prévue de l'entretien en question, afin que l'équipe soit en mesure de s'organiser de manière plus fluide (75).

Dans le cas où l'officine ne compte qu'un seul pharmacien, il est évidemment impossible pour ce dernier de se rendre indisponible sur une longue période alors que le reste de l'équipe gère les activités quotidiennes de l'officine. L'unique moyen est donc de réaliser les entretiens en dehors des heures d'ouverture de l'officine. Cependant, cela

nécessite que le contrat d'assurance du pharmacien titulaire mentionne la possibilité d'accueillir des patients en dehors des heures d'ouverture (75).

6. Des outils adaptés au patient

Afin de permettre l'échange entre l'accompagnant et son patient, il est conseillé de recourir à l'emploi de différents outils. Ceux-ci doivent être adaptés aux patients (14). Un certain nombre de ces dispositifs ont d'ores et déjà été élaborés par l'Assurance Maladie à l'usage des pharmaciens.

Ces outils sont notamment :

- La fiche de suivi du patient ;
- Le guide d'accompagnement des patients ;
- Le carnet d'information et de suivi du traitement par AVK ;
- Les planches illustrées ;
- Le guide d'utilisation des dispositifs d'inhalation dans le cadre de l'asthme ;
- Le questionnaire d'évaluation de l'observance ;
- Les brochures et dépliants à l'usage des patients ;
- Les sites internet ou logiciels informatiques.

D'autres outils peuvent être proposés par les laboratoires pharmaceutiques ou les grossistes répartiteurs. Il peut s'agir de dispositifs d'inhalation placebo, de brochures, de planches illustrées, de pages web ou de programmes interactifs.

Ces outils sont des supports pour permettre l'échange avec le patient. Ils peuvent servir à transmettre des éléments de compréhension, à interroger le patient sur ses connaissances réelles ou supposées, à l'acquisition de compétences... Mais il est important de ne pas en faire les supports d'une leçon donnée au patient.

1. La fiche de suivi du patient (figure 14)

Cette recommandation est particulièrement vraie pour la fiche de suivi du patient, disponible sur le site ameli.fr. Cet outil est un support central pour la réalisation des entretiens pharmaceutiques. Élaboré par l'Assurance Maladie et validé par la HAS, il comprend chacun des items à aborder au cours des différentes sessions, sous forme de questions réparties en sections selon ces items. Ces questions sont majoritairement des questions fermées, qui peuvent avoir pour réponse les mentions « acquis, partiellement acquis ou non acquis ». La forme de ces questions en fait un bon support pour évaluer le niveau du patient au début de chaque entretien et en fin de session et pour identifier les failles dans ses connaissances tant théoriques que pratiques. Cependant, les questions fermées sont un frein à la communication, et peuvent mener le professionnel de santé à

ignorer une situation problématique. Il convient donc d'utiliser cet outil en faisant preuve d'un certain recul. Cet outil est téléchargeable dans « l'espace pro » du site ameli.fr.

Dans une première partie, il aborde les renseignements propres au patient : son poids, son âge, son médecin traitant ou le spécialiste qui le suit, les informations relatives à sa prise en charge par la sécurité sociale, ainsi que les autres traitements qu'il prend, ses habitudes de vie qui peuvent impacter son traitement, l'évolution qu'a connue sa prise en charge depuis les débuts. Le questionnaire demande également de préciser si le patient présente des difficultés d'ordre psychomotrices, dans la mesure où ces difficultés peuvent être un frein à son observance. Si la pathologie s'y prête, le questionnaire peut également présenter des questions relatives à l'évaluation de paramètres mesurables tels que l'INR, et notamment la mention du laboratoire en charge de réaliser ces mesures. Enfin, l'enquête aborde la manière dont le patient vit sa maladie. Ensuite, le questionnaire s'axe autour de la connaissance qu'a le patient de son/ses médicament(s). Il s'agit de savoir s'il sait à quoi correspond son traitement, s'il peut l'identifier, dire pourquoi il lui a été prescrit, s'il connaît les bénéfices et les éventuels risques liés à sa prise, s'il sait comment le prendre et comment en assurer le suivi par lui-même. Le troisième axe est orienté vers la gestion au long cours du traitement. En ce qui concerne les AVK et les AOD, il s'agit de questions liées à la gestion du suivi biologique ; pour l'asthme, cette partie est consacrée à l'adhésion au traitement par corticoïdes inhalés. Le quatrième axe concerne les effets indésirables ou les signes liés au surdosage que le patient peut identifier. Le cinquième axe concerne sa connaissance des autres médicaments qui lui sont prescrits, et le sixième, les éléments de sa vie quotidienne qui peuvent impacter son traitement : l'environnement dans lequel il évolue, ses habitudes alimentaires, les précautions à prendre concernant d'éventuels facteurs favorisant la survenue d'un évènement indésirable. Une septième partie, dans le cadre des AVK et celui des AOD, renseigne des professionnels de santé que consulte le patient en dehors de son médecin traitant, et s'intéresse au fait qu'il les informe ou non de son traitement. Enfin, une partie conclut la séance du point de vue du patient, avec les éventuelles questions que celui-ci pourrait avoir, et du point de vue du pharmacien, avec ses éventuelles remarques, son avis sur les connaissances du patient, les thématiques à aborder au prochain rendez-vous et les éventuels éléments à transmettre au médecin traitant (24-26).

Sur cette fiche, trois colonnes correspondent aux trois premiers entretiens. Cependant, l'accompagnant n'est pas tenu de faire trois entretiens. En fonction des besoins du patient, il pourra être envisagé d'en faire moins, ou plus si cela est jugé nécessaire. Dans chacune de ces colonnes, pour chacune des questions posées, trois choix sont possibles : A (acquis), PA (partiellement acquis) ou NA (non acquis). Ces choix doivent permettre au pharmacien d'apprécier la progression du patient au fil des séances

et de prévoir le programme des séances à venir en fonction des éléments qui ne sont pas encore pleinement acquis par celui-ci (24–26).

Cette fiche de suivi doit impérativement être conservée sur une durée de dix ans, car elle permet de justifier de la bonne réalisation des entretiens auprès de l'Assurance Maladie, si celle-ci en fait la demande (75).



Notions générales sur le traitement AVK

Ces items sont explicités dans le document Guide d'accompagnement des patients sous antivitamine K.

1. Les principes du traitement	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
1. Le patient sait-il à quoi se réfère « nom de la spécialité AVK prescrite » ? Si oui, est-il capable de restituer en termes simples l'indication thérapeutique ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
2. Le patient sait-il pourquoi « nom de la spécialité AVK prescrite » lui a été prescrit ? Si oui, est-il capable de restituer en termes simples l'indication thérapeutique ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
3. Le patient sait-il si ce médicament comporte certains risques ? Si oui, le patient les connaît-il ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
4. Le patient connaît-il la dose qu'a prescrit son médecin ? Si oui, la respecte-t-il ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
5. Le patient sait-il à quelle heure il doit prendre ce médicament et qu'il faut le prendre tous les jours à la même heure ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
6. Le patient sait-il quoi faire en cas d'oubli ? Si oui, explicitez.	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
7. Le patient sait-il qu'il est important : - de noter les prises sur son carnet de suivi ? - de noter tout oubli éventuel dans son carnet de suivi ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA

A : Acquis. PA : Partiellement acquis. NA : Non acquis.

Figure 14: Première page de la fiche de suivi du patient dans le cadre d'un traitement par AVK

2. Le guide d'accompagnement des patients (figure 15)

Le guide de suivi du patient est également un document développé par l'Assurance Maladie et validé par la HAS. Tout comme la fiche de suivi du patient, il est disponible dans « l'espace pro » du site de l'Assurance Maladie. Ce document est propre à chacune des thématiques qui entrent dans le cadre des entretiens pharmaceutiques. Il est conçu à l'usage du pharmacien, pour l'aider à construire les sessions d'entretiens, en proposant une démarche générale dans l'abord des thèmes au cours de la première et de la deuxième session. Il retrace les grandes lignes du discours du pharmacien face au patient. Ce document, s'il est relativement généraliste, est néanmoins une bonne base à partir de laquelle le pharmacien peut préparer son intervention auprès du patient, afin de réunir les informations qui lui permettront de personnaliser l'entretien en fonction des

besoins du patient. Il fait office de référentiel pour le pharmacien dans la réalisation des entretiens pharmaceutiques (24).

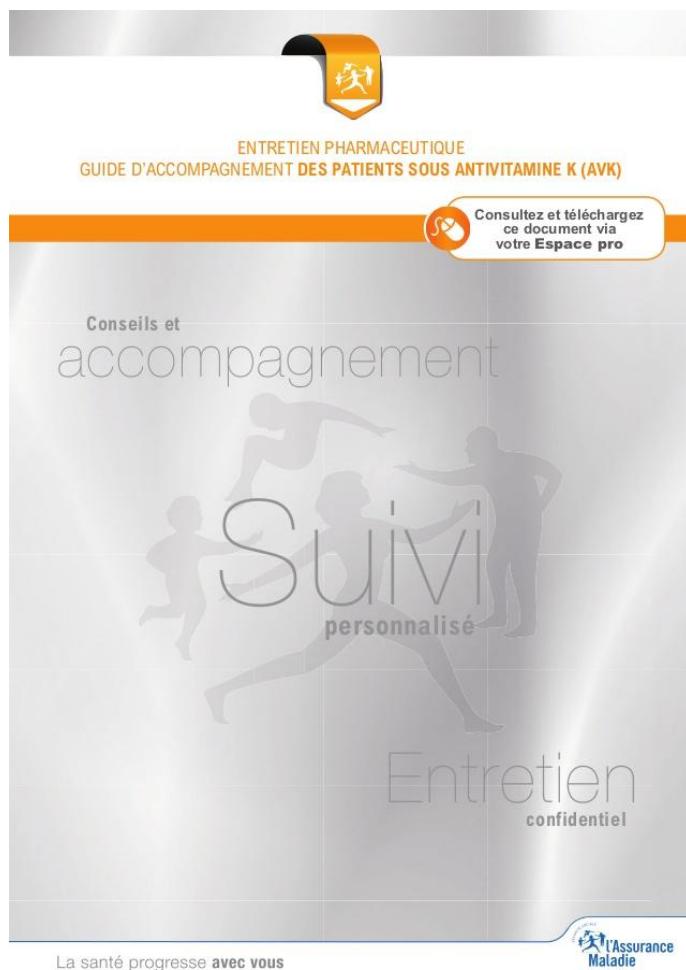


Figure 15: Guide d'accompagnement des patients sous antivitamine K

3. Le carnet d'information et de suivi du traitement par AVK (figure 16)

Propre aux entretiens AVK, ce document disponible auprès du Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française (CESPHARM) a été élaboré à l'usage des patients pour permettre un meilleur suivi, tant auprès des médecins que des pharmaciens. Ce carnet contient des tableaux permettant de noter les valeurs d'INR associées aux dates d'examens, et les observations que le patient ou son médecin traitant peuvent noter à propos de ces résultats, ainsi que des fiches conseils sur la conduite à tenir dans différentes situations, et ce que le patient doit ou ne doit pas faire. Antérieur à la mise en place des entretiens, il était tout d'abord associé aux campagnes de sensibilisation aux risques que représentaient les traitements par AVK, puis il a été repris comme document support dans les entretiens pharmaceutiques. En effet, il permet de poser l'échange entre le patient et le pharmacien en l'orientant sur les connaissances du patient en ce qui concerne l'INR, le risque thrombotique et le risque hémorragique. Il

permet également de discuter avec lui de la régularité de ses INR et d'aborder les situations à risque inévitables dans lesquelles il doit réaliser un surplus d'INR, ou encore les signaux d'alertes qui doivent l'orienter en urgence vers son médecin traitant, son pharmacien, ou le centre hospitalier le plus proche. Ce carnet a notamment le grand intérêt de responsabiliser le patient dès lors qu'il a assimilé les grands principes liés à son traitement et à la mesure de l'INR (77).

Ce carnet n'a pas d'équivalent dans la prise en charge de l'asthme. Cependant, on peut tout à fait imaginer l'utilisation de ce type de document dans des entretiens autour d'autres pathologies comme le diabète ou l'hypertension artérielle (53).

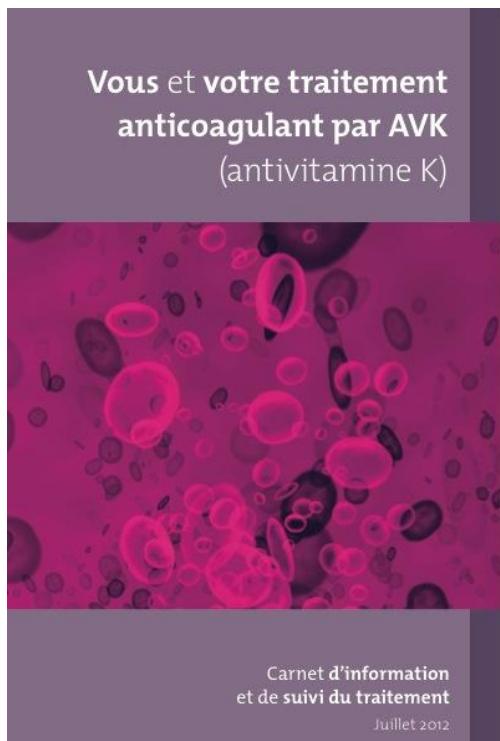


Figure 16: Carnet d'information et de suivi du traitement par AVK

4. Les planches illustrées (figure 17)

L'Assurance Maladie a conçu des planches illustrées dans le cadre des entretiens portant sur l'asthme pour permettre au pharmacien d'expliquer la physiopathologie de la maladie. Certains laboratoires ont également développé leurs propres outils illustrés destinés à leurs clients. Si le pharmacien le juge nécessaire, il peut lui-même créer ses propres outils, tant que ceux-ci ainsi que le discours qui les accompagne restent adaptés au niveau du patient. Il peut en effet être nécessaire de complexifier ou de simplifier des outils de démonstration en fonction de l'âge et du niveau d'éducation du patient qui intègre les entretiens pharmaceutiques (69).

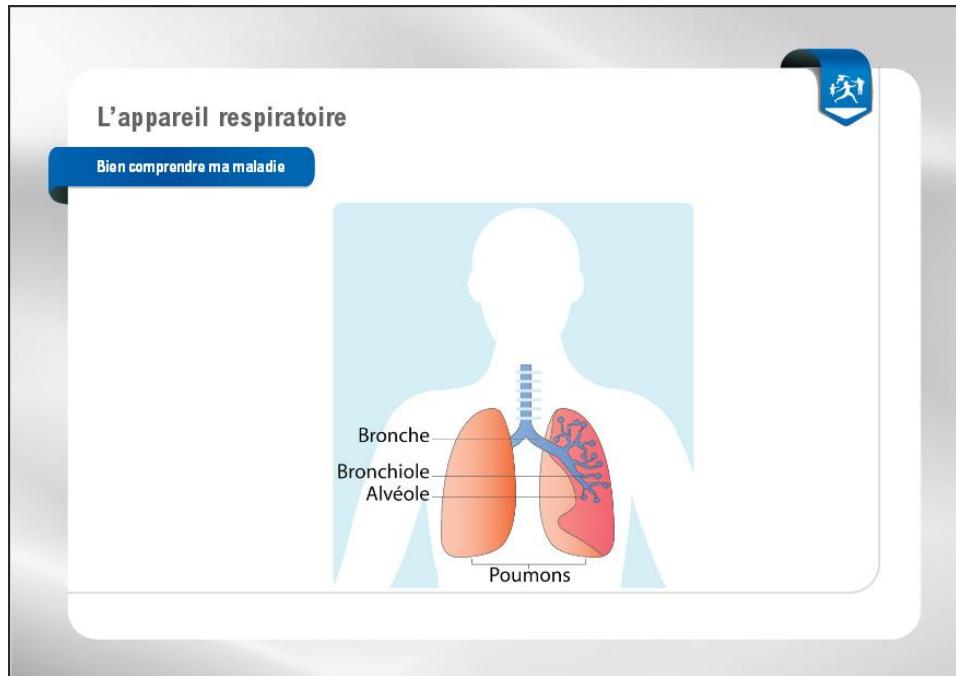


Figure 17: Planche illustrée de l'appareil respiratoire (78)

5. Le guide d'utilisation des dispositifs d'inhalation dans le cadre de l'asthme (figure 18)

L'Assurance Maladie a également mis à disposition des pharmaciens un guide d'utilisation des dispositifs d'inhalation sous forme de planches dessinées illustrant la technique d'inhalation, dans le cadre des entretiens pharmaceutiques portant sur la problématique de l'asthme. Ces planches mettent en évidence la gestuelle que le patient doit acquérir dans l'ordre des étapes qu'il doit suivre. Dans l'idéal, ces planches sont à utiliser avec les dispositifs tests placebo.

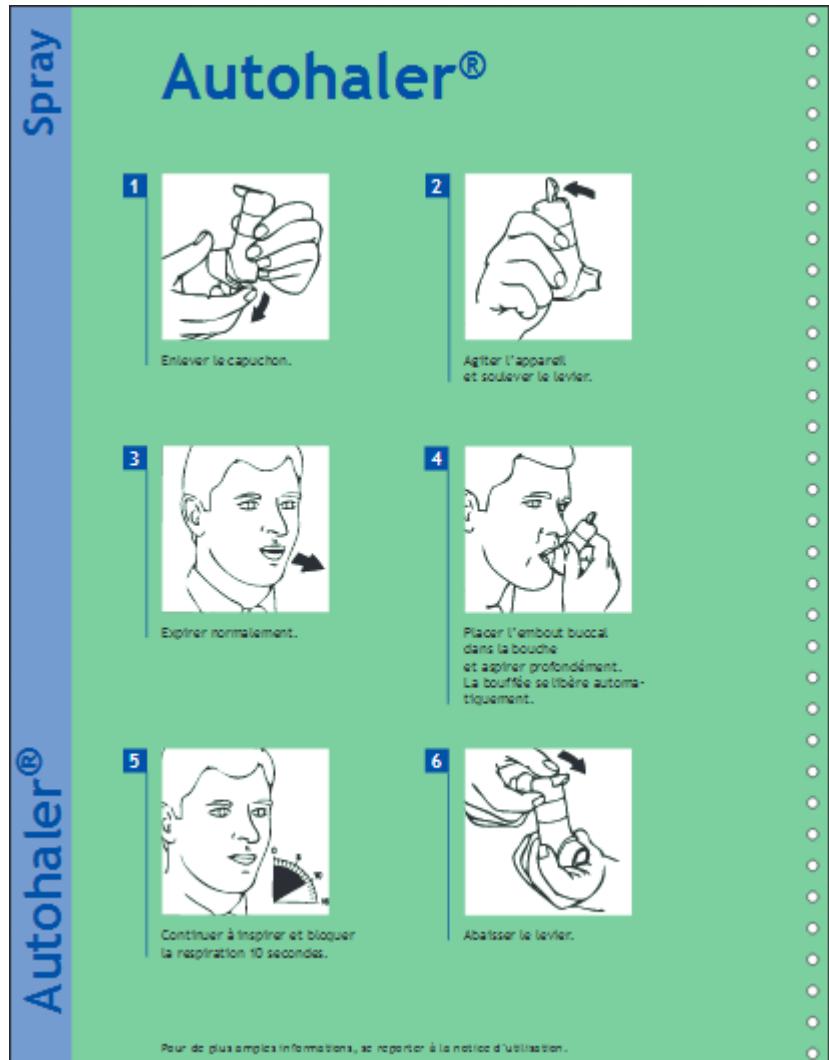


Figure 18 : page Autohaler® du guide d'utilisation des dispositifs d'inhalation (75)

Pour chacun des dispositifs qu'ils développent, les laboratoires pharmaceutiques prévoient des dispositifs placebo utilisés à la fois par les représentants des laboratoires en démonstration auprès des pharmaciens, et à l'usage des pharmaciens pour les démonstrations auprès des patients. Dans le cadre des entretiens pharmaceutiques, où l'un des objectifs principaux est l'amélioration de l'observance, ces outils prennent une place centrale. En effet, en ce qui concerne la problématique de l'asthme, l'un des garants de l'observance est la connaissance du bon usage des dispositifs. Il ne faut pas hésiter à solliciter les laboratoires concernés afin d'avoir à disposition, dans l'officine, un dispositif de démonstration pour chaque type d'inhalateur vendu à l'officine.

6. Le questionnaire d'évaluation de l'observance (figure 19)

Le questionnaire d'évaluation est un nouvel outil mis en avant par l'avenant n°8, disponible sur le site ameli.fr. Ce questionnaire est basé sur le test de Girerd. Il s'agit d'un test mesurant l'observance, composé de six questions :

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

On peut répondre à chacune de ces questions par « oui » ou par « non ». A chaque réponse négative, l'accompagnant comptabilise un point. Pour un score de 6, le patient est considéré comme étant observant, pour un score compris entre 4 et 5, le patient est considéré comme faiblement observant, et pour un score égal ou inférieur à 3, le patient est non-observant.

Ce questionnaire a pour but d'évaluer la maîtrise de leur traitement par les patients, et donc d'évaluer le besoin d'accompagnement de ces derniers (79).



**Questionnaire d'évaluation
de l'observance**

ACCOMPAGNEMENT PHARMACEUTIQUE

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

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

Nom du patient : Date : ... / ... / ... oui non

1 Ce matin, avez-vous oublié de prendre votre médicament ?

2 Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?

3 Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?

4 Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?

5 Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?

6 Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?

Comptez un point par réponse positive et totalisez :

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

Source : Gérard X. Berthoin, Ansgard Leppert, K. Evaluation de l'observance de traitement par l'intermédiaire d'un questionnaire quotidien : une solution d'utilisation dans un service全社会. Presse médicale. 2001 ; 30 : 1044-49.

(06-2011) - 101-2014-334-2015-35

La santé progresse avec vous

L'Assurance Maladie

Figure 19 : Questionnaire d'évaluation de l'observance (78)

Ces questionnaires doivent être conservés par le pharmacien dans le dossier du patient relatif aux entretiens pharmaceutiques. Ils ont valeur de preuve auprès de l'Assurance Maladie au même titre que la fiche de suivi du patient. La réalisation de ceux-ci, même hors d'une séance d'entretien, à compter de la deuxième année d'inclusion du patient dans le programme, doit être renseignée de manière informatique sur l'espace pro du site ameli.fr, sans quoi le pharmacien ne pourra être rémunéré (79).

7. Les brochures et dépliants à l'usage des patients

Le CESPHARM et l'Assurance Maladie, par le biais du site ameli.fr, mettent à disposition des pharmaciens un certain nombre de supports pour leur exercice quotidien, qu'il s'agisse de rapports, de documents écrits, de posters, d'affiches ou encore de brochures à distribuer aux patients de l'officine. Ces brochures, notamment, portent sur un certain nombre de pathologies et de problématiques diverses. Plus récemment, le

CESPHARM propose des brochures plus adaptées aux entretiens pharmaceutiques, portant sur les AVK ou l'asthme. Ces brochures peuvent être commandées directement sur le site du CESPHARM, dans l'espace thématique correspondant, au niveau du cadre bleu indiquant les derniers documents mis à disposition.

Pour pouvoir commander sur le site, le pharmacien doit disposer d'un compte. Pour créer ce compte, le pharmacien devra renseigner son numéro d'inscription RPPS, sa date de naissance et son département de naissance, ainsi qu'une adresse mail valide. Il renseignera alors un mot de passe de son choix qui lui permettra par la suite d'accéder à son compte pour passer ses commandes. L'envoi de documentation du CESPHARM est gratuit.

8. Les sites internet ou logiciels informatiques

Certains développeurs, en partenariat avec des laboratoires pharmaceutiques, proposent désormais des logiciels interactifs pour les entretiens pharmaceutiques. Ils sont conçus pour un double usage : ils contiennent à la fois des modules de formation et de gestion du dossier patient à l'usage du pharmacien, et des supports à utiliser au cours de l'entretien. Il s'agit dans ce cas de vidéos, de quizz, de jeux pour permettre au patient d'apprendre et de se tester. Diverses options sont disponibles en fonction des logiciels, permettant notamment un suivi des rendez-vous, de l'état de santé général à l'aide de mesures telles que sa taille, son poids, sa consommation en tabac, alcool, ou encore une mesure statistique du temps passé par patient sur les différents thèmes proposés. Ils peuvent également permettre de saisir des renseignements concernant le patient afin de favoriser les enregistrements sur le site ameli ou éventuellement la rédaction de déclarations de pharmacovigilance (80).

9. Autres supports

Selon les types d'entretiens, certains supports ont été développés par des étudiants, dans le cadre de leur thèse notamment. Il s'agit dans la plupart des cas de jeux ou de fiches conseils à l'usage des patients. Certains de ces supports peuvent avoir été gracieusement offerts par les facultés lors de formations, mais les pharmacies peuvent se les procurer auprès de facultés concernées, la plupart du temps en format numérique qu'elles devront ensuite faire développer en format papier, à leurs frais. Des laboratoires ou des groupements de pharmaciens qui souhaitent mettre l'accent sur les entretiens pharmaceutiques sont également à même de proposer des supports aux officines, si elles le désirent (80).

Si le pharmacien en ressent le besoin, il peut tout à fait concevoir lui-même ses supports pour les entretiens pharmaceutiques. Il faut cependant bien garder à l'esprit

que tout support doit être adapté au patient. Ainsi, on ne formulera pas les questions d'un quizz de la même manière si on souhaite s'adresser à un adulte ou à un enfant, à une personne ayant une culture scientifique très développée ou à une personne ayant une culture scientifique limitée. Il faut à la fois prendre en compte la capacité de compréhension du patient, et sa susceptibilité. Certains patients peuvent en effet considérer que faire des activités jugées trop simplistes les rabaisse, et s'en sentir méprisés. Il faudra donc prendre en compte ces deux paramètres lors de la mise en place de jeux, notamment en expliquant au patient, lors de la séance précédente, en quoi consistera la séance suivante, pour prendre la mesure de sa réaction et s'adapter, en tenant compte des éléments recueillis au cours de la première séance notamment.

La notion de niveau du patient est également très importante lors de l'élaboration de supports à visée documentaire, par exemple des fiches conseils. Il faudra prendre en compte les paramètres suivants : le type et le niveau de langage utilisé, la lisibilité du document, et le contenu de la fiche (69).

Avant tout, le langage doit être à la fois clair et précis. Afin d'assurer la clarté du propos, l'idéal est de bannir les termes scientifiques et médicaux. Si cela n'est pas possible, ceux-ci doivent être expliqués de manière simple dès le début. De même, les mots trop compliqués et les phrases trop longues doivent être évités. La qualité et la quantité d'informations doivent être apportées de la manière la plus simple et la plus fluide possible. Ensuite, pour favoriser la précision, les termes vagues et approximatifs doivent être clarifiés par l'emploi d'unité de mesures précises (nombre de prise, temps de pause, par exemple...) (69).

Le type d'informations que l'on souhaite fournir au patient doit également être adapté à celui-ci, pour qu'il se sente concerné. Il s'agit de s'adapter à la tranche d'âge de la population visée en prenant en compte son quotidien (69). L'objectif de ces documents étant d'interpeller le patient pour le pousser à chercher à mieux comprendre sa situation et sa maladie, il est absolument nécessaire de tenir compte de ces paramètres afin qu'il ait conscience que le document lui est adressé. La gestion de la vie quotidienne n'est pas la même pour un adulte retraité, un adulte actif ou un enfant scolarisé, par exemple.

Une fiche informative doit donc comporter des rubriques claires, identifiables, apportant un certain nombre de conseils mais ne mentionnant pas de jugement de valeur, notamment en ce qui concerne des comportements. Tout comme à l'oral, le jugement est un frein à l'implication du patient (69).

Selon le type de patient visé, une rubrique mentionnant les sources ayant servi pour la rédaction du document, et permettant au patient d'aller plus loin dans sa documentation personnelle, peut être pertinente. Elle permet d'apporter des réponses

fiables aux questions que le patient pourrait avoir à la suite de la lecture du document, et qu'il hésiterait à poser directement aux professionnels de santé qui l'entourent (69).

Afin de s'assurer que le document produit prend en compte ces différents paramètres, et correspond au profil des patients qu'il vise, il est indispensable de l'évaluer. Pour cela, il existe de nombreux tests basés sur le calcul d'indices permettant de classer les textes selon leur degré de complexité. L'inconvénient de la majorité de ces indices est que, s'ils prennent en compte la complexité apparente des mots utilisés, ils ne tiennent pas compte du message transmis. Dans sa thèse sur la dynamique relationnelle entre le patient et le pharmacien, Paul Kusum (69) développe plus particulièrement le FOG index (figure 20), de Richard Gunning, qui fait correspondre son indice avec le niveau d'études du public visé par les textes. La formule permettant de calculer cet indice prend en compte le nombre de phrases employées dans un échantillon de cent mots, et le nombre de mots de plus de quatre syllabes utilisés dans ce même échantillon.

Sur un échantillon de 100 mots :

S : le nombre de phrases de l'échantillon

A : le nombre de mots de plus de quatre
syllabes

$$I = (100/S+A) \times 0.4$$

Figure 20: FOG index de Richard Gunning (69)

L'indice obtenu est compris entre 1 et 9, où 9 correspond au niveau de compréhension d'un élève ayant atteint le Brevet des Collèges en France. Les adultes lisent en général des textes un à deux niveaux en dessous de ce qu'ils lisaient à la fin de leurs études, il faut donc un indice de 7 à 8 lorsque l'on vise un public adulte moyen. Dans le cas où le public visé par un document est fragilisé par une souffrance physique ou émotionnelle, lors des suites de l'annonce d'une maladie par exemple, il convient de diminuer encore ce niveau pour ne pas trop exiger des patients. Un niveau 7 assure généralement une bonne compréhension.

Le moyen le plus simple, outre le calcul d'indices, permettant de s'assurer de la qualité d'un texte et de son accessibilité, est de le faire lire par les membres de l'équipe, tous postes confondus, afin d'avoir un retour critique sur le document produit. Le document peut également être testé par des proches du rédacteur n'exerçant pas dans le milieu de la santé, ce qui permet de s'assurer qu'il est compréhensible par des personnes issues d'autres cercles socioprofessionnels.

Ces éléments, énoncés dans le cadre de la rédaction d'un document à caractère informatif, sont également valables pour la préparation de questions dans le cadre d'un jeu de connaissances ou encore d'un questionnaire d'évaluation.

7. Se renseigner sur le patient

Avant même l'entretien, un certain nombre d'éléments peuvent être collectés par le pharmacien, lui permettant de gagner du temps au cours de l'entretien. En effet, certaines des données nécessaires à l'inscription du patient dans le processus sont déjà disponibles à l'officine dans le fichier patient, et d'autres éléments, tels que l'évolution ou la régularité de son historique médicamenteux, peuvent donner une indication sur son état de santé actuel.

Enfin, il peut être pertinent de réunir les informations que possède l'équipe sur le patient en question. Bien sûr, cet échange d'informations doit se faire sans pour autant venir trahir la confiance qu'un patient aurait pu placer dans un membre de l'équipe plutôt qu'un autre. C'est notamment dans ce cadre que les préparateurs peuvent aider les pharmaciens à être plus efficaces dans la gestion des entretiens. Les relations qu'ils entretiennent quotidiennement avec les patients peuvent être une mine d'informations pour déterminer l'état d'esprit général de la personne, les éventuelles difficultés dont elle aurait fait part au comptoir. Bien entendu, avoir connaissance de certaines choses n'exclut pas le fait que le patient doive en faire mention pour en prendre conscience et avancer dans son apprentissage de l'autonomie, mais savoir à l'avance les axes d'amélioration éventuels d'un patient peut permettre d'orienter la discussion dans une direction que l'on aurait négligée sinon.

8. La première séance

Chaque séance d'entretien pharmaceutique dure en moyenne une vingtaine de minutes. Cependant, lors de la première séance, un certain nombre d'éléments doivent être pris en compte, aussi il est plus probable que celle-ci dure une quarantaine de minutes (65). Mais si l'on autorise une certaine prise de liberté sur la durée du premier entretien, il faut tout de même rester vigilant : une séance trop longue peut poser des difficultés. Pour le patient, tout d'abord, car celui-ci a dégagé du temps sur son emploi du temps en fonction de ce qui lui a été présenté lors de la prise de rendez-vous. Si on lui a annoncé une séance d'environ vingt minutes, il est impératif de s'y tenir. Ensuite, d'un point de vue éducatif, trop d'informations sur un temps trop long ne favorisent pas l'acquisition des connaissances (81). Il faut donc avoir établi au préalable une structuration de l'entretien, en fonction du temps et non en fonction des thématiques, et évoluer dans ces plages de temps au rythme du patient. Si tous les objectifs d'une

séance ne sont pas abordés au cours de celle-ci, ce n'est pas grave, il suffira d'en tenir compte dans l'élaboration du programme de l'entretien suivant.

1. L'accueil

La première phase de l'entretien, à ne pas négliger, est l'accueil du patient. Il s'agit de le mettre en confiance, dans la mesure où les entretiens pharmaceutiques sont, encore à ce jour, une interaction assez inhabituelle avec leur pharmacien. Appeler le patient par son nom, le laisser choisir sa place au sein de l'espace prévu, et lui laisser le temps de s'acclimater à cet espace sont autant de petits détails qui, dans les premiers instants de l'entretien, peuvent l'aider à se sentir à son aise (65,69).

Ensuite, dès le début de l'échange, l'objectif va être de rappeler les grandes lignes de ce que vont être les séances à venir. Pour cela, il convient de lui rappeler les éléments importants liés aux entretiens : l'objectif des entretiens, le caractère confidentiel de ceux-ci. La forme même que va prendre l'échange, axée autour de questionnements du pharmacien, puisqu'il est différent de ce dont le patient a l'habitude, doit être rappelée. Il faut également bien expliquer au patient qu'il est libre d'interroger le pharmacien dès lors qu'il le juge opportun. Enfin, selon les modalités de traçabilité de l'entretien qu'aura choisies le pharmacien, il faudra demander son accord au patient pour l'enregistrer ou prendre en note le contenu de la séance. Il est également utile de rappeler au patient la durée de l'entretien.

Par la suite, on peut commencer à interroger le patient sur ce qu'il sait des entretiens. Ainsi, on pourra éventuellement déterminer l'état d'esprit général du patient et les arguments qui l'ont convaincu de participer aux entretiens, et donc les éléments qui, dans le discours de recrutement, ont fait écho à un besoin de sa part. En fonction des réponses du patient, le pharmacien peut être amené à réexpliquer les conditions dans lesquelles ces derniers vont se dérouler, et plus particulièrement rappeler la durée et les sujets sur lesquels les entretiens vont porter (65,69). En effet, certains patients pourraient être tentés de s'épancher sur des problématiques, qui si elles doivent, bien entendu, être écoutées, n'apportent que peu de choses aux entretiens en eux-mêmes d'un point de vue éducatif, et mériteraient plutôt de prendre du temps au comptoir après la fin de la séance. Les confusions peuvent être fréquentes pour les patients entre l'exercice du pharmacien au comptoir et celui de l'accompagnant durant les entretiens, et ce, principalement lors de la première séance (69).

Enfin, lors de cette première approche, il peut être pertinent de vérifier les informations que l'on possède sur le patient concernant son identité, son âge, ses coordonnées, et son traitement ainsi que l'identité de son médecin traitant. Il peut également être pertinent de lui demander d'emblée si, en cas de nécessité, le patient

autorise le pharmacien à échanger avec son médecin traitant sur le contenu des séances. Il ne faut pas hésiter à s'assurer que le patient est d'accord avec les conditions dans lesquelles vont se réaliser les entretiens (65).

2. Identifier les besoins du patient

Le second temps de l'entretien doit permettre au pharmacien de se faire une idée plus précise du rapport qu'entretient le patient avec sa maladie, de la place qu'il se donne dans sa propre prise en charge. Cette étape permettra également de mettre en évidence ce que sait le patient sur sa prise en charge, et quel niveau d'autonomie il a déjà acquis par lui-même. Enfin, lors de cet échange, le pharmacien devra mettre à jour les motivations personnelles du patient et les objectifs qui peuvent être fixés pour atteindre le niveau d'autonomie et de connaissance que le patient recherche (69). Bien sûr, les objectifs du patient peuvent être différents de ceux que le soignant envisage pour lui, mais c'est la volonté du patient qui doit primer dans l'échange éducatif. Ces objectifs ne sont pas fixes, mais sont amenés à varier au fil de l'évolution du patient. Lorsque les premiers objectifs seront atteints, il est possible que le patient, de lui-même, souhaite repousser ce qu'il considérait comme étant ses propres limites pour rejoindre celles du soignant.

L'outil le plus adapté à cette étape de l'entretien est la fiche de suivi du patient. Ce document (II-7-5-1) a été conçu comme un fil conducteur utilisable tout au long des séances. Il est propre à chaque thématique d'entretien, mais le plan qu'il suit est constant et adapté à la réalisation de celui-ci. Cependant, il faut bien tenir compte du fait que cet outil est conçu pour servir de trame, et ne peut être utilisé tel quel. En effet, les questions qui le composent sont presque toutes des questions fermées à partir desquelles le pharmacien doit évaluer les connaissances du patient selon trois niveaux. Il ne favorise en rien l'échange. Il est donc fortement déconseillé de se référer strictement à ce questionnaire au cours de la séance. Afin d'utiliser au mieux cet outil, il est important que le pharmacien qui souhaite réaliser des entretiens pharmaceutiques connaisse bien les différents thèmes abordés, ainsi que les questions qui y sont proposées. A partir de celles-ci, et des éléments qu'il connaît déjà à propos du patient, il peut établir une suite logique de questions ouvertes permettant à celui-ci d'exprimer ce qu'il sait de chacune des thématiques vers lesquelles l'oriente le pharmacien (25).

Un certain nombre de questions posées au début de la fiche concerne la situation du patient (son identité, son traitement habituel, son médecin traitant, etc.). A l'aide du dossier du patient et de son historique des délivrances, le pharmacien est en mesure de répondre à un certain nombre d'entre-elles avant le début de l'entretien. Les remplir au préalable lui permettra de gagner du temps au cours de l'échange. Il n'aura plus qu'à les vérifier avec celui-ci lors de la phase d'accueil.

Dans un second temps, à partir des questions ouvertes qu'il aura préparées au préalable, le pharmacien pourra faire débuter l'échange à proprement parler. Celles-ci ne doivent pas être particulièrement nombreuses, mais elles se doivent d'être assez généralistes. Le pharmacien aura alors tout le loisir de recentrer le patient sur les domaines qu'il souhaite aborder avec plus de précision au cours de l'échange, s'il dévie trop par rapport à la question de base. Au cours de cet échange, l'accompagnant n'est pas dans une démarche éducative stricte. Il doit laisser au maximum le patient s'exprimer pour bien cerner son rapport avec sa maladie, son traitement, et les éventuelles failles dans ses connaissances ou ses pratiques. Il ne doit pas chercher à corriger celles-ci d'emblée, au risque de donner une impression moralisatrice au patient. Cette étape éducative sera réservée à la poursuite de l'entretien (69). Si le thème abordé le nécessite, le pharmacien pourra encourager le patient à faire une démonstration des gestes d'auto-soins qu'il pratique déjà, afin d'évaluer son niveau de maîtrise. Il est conseillé de garder une trace de cet échange, soit via une prise de note, soit via l'enregistrement audio de l'entretien, avec l'accord du patient. Il sera alors plus facile de compléter la fiche de suivi *a posteriori* à partir des réponses apportées par ce dernier au cours de la discussion (65).

Si lors de la phase d'accueil, les motivations du patient n'ont pas pu être clairement définies, il peut être intéressant d'y revenir lors de cette étape. En effet, ces motivations peuvent se montrer être des appuis importants lors des étapes plus centrées sur son éducation. Elles peuvent également aider à construire un plan d'action adapté au patient (81).

A la fin de cette étape, il peut être utile de faire un bref résumé de ce qu'aura exprimé le patient, afin de confirmer ses propos et d'éliminer d'éventuelles incompréhensions de part et d'autre (70). La durée globale de cette étape dépend bien évidemment du patient et de son niveau de connaissances sur sa maladie. De manière générale, pour un patient bien informé, dont les réponses sont fluides, et pour lequel il y a peu de zones d'ombre sur ses acquis et ses compétences d'auto-soins, cette phase de l'entretien durera en moyenne dix minutes. Pour les patients moins à l'aise avec leur pathologie, pour lesquels la relation de confiance préalable à l'échange est plus longue à mettre en place, ou pour lesquels des barrières dans le discours laissent présager des représentations erronées, ou des failles dans les connaissances et les comportements d'auto-soins, l'investigation peut prendre dix minutes supplémentaires. Ceci explique donc que le premier entretien puisse être un peu plus long que les suivants (65).

3. Établir une stratégie pédagogique

A partir des éléments développés au cours de l'échange précédent, des failles dans les connaissances et les comportements du patient ont pu être mises en évidence.

Le patient a également pu mentionner les raisons qui l'ont amené à accepter de participer aux entretiens pharmaceutiques. Ce peut être parce qu'il a expérimenté une situation à risque et qu'il garde une crainte de ne pas savoir réagir en situation d'urgence, parce qu'il a conscience de ne pas toujours être aussi observant qu'il le devrait et que cela l'inquiète parfois, parce qu'il craint des complications de sa maladie ou des effets indésirables de son traitement, ou encore par simple curiosité. Dans tous les cas, lorsqu'un patient accepte ou demande de lui-même à participer aux entretiens, il a, plus ou moins consciemment, une motivation à le faire, et donc au moins un objectif d'apprentissage (81).

Dès lors que ces besoins en termes d'éducation du patient ont été mis en évidence, il peut être intéressant de s'inspirer des méthodes d'éducation thérapeutique du patient pour les formuler sous forme d'objectifs d'éducation, adaptés aux patients. On ne pourra pas demander un même objectif à un senior et à un jeune adulte, par exemple. En effet, la formulation d'objectifs clairs permettra par la suite de pouvoir mesurer les résultats du patient et de déterminer au terme de chaque séance si une séance supplémentaire est ou non nécessaire au regard de l'objectif considéré. Ces objectifs doivent être le plus précis possibles pour faciliter l'évaluation du patient (70). Ils se formulent généralement en utilisant des verbes d'action, comme suit (81) :

« Les objectifs de Mr/Mme X sont de :

- savoir ...

- être capable de ... »

Par la suite, ces objectifs doivent être classés selon un ordre de priorité. Cet ordre de priorité est dicté par un principe : ce qu'on enseigne au patient doit contribuer à sa sécurité et doit lui servir (81). En cela, il rejoint les deux grands axes des entretiens pharmaceutiques : leurs objectifs à l'échelle de l'individu et à l'échelle de la société. En effet, ce qui a conduit les pouvoirs publics à légiférer sur les entretiens pharmaceutiques est le nombre important d'accidents iatrogènes évitables, et les coûts financiers que ceux-ci entraînaient, notamment en terme d'hospitalisations. Parallèlement à cela, à l'échelle individuelle, les objectifs des entretiens se centrent autour des idées d'observance, d'autonomie, d'*empowerment* et d'amélioration de la qualité de vie. Il faut donc organiser les objectifs fixés pour le patient autour de ces axes (69).

La priorité revient bien sûr au risque d'hospitalisation, puisqu'il concerne la sécurité du patient. Avant toute chose, et ce dès le premier entretien, il faut s'assurer que le patient possède bien les connaissances et les compétences lui permettant d'éviter tout risque majeur pour sa santé (69). Dans l'asthme, par exemple, cela se traduit pour

le patient par le fait de savoir identifier et utiliser son médicament de crise. Pour les anticoagulants oraux, il s'agirait plus de savoir repérer les signes éventuels d'un surdosage et de pouvoir réagir en fonction de leur niveau de gravité. C'est d'ailleurs pour cette raison que ces deux thèmes sont abordés très rapidement au sein de la fiche de suivi du patient à l'usage du pharmacien (24–26).

Puis ces objectifs doivent être hiérarchisés selon leur niveau de difficulté et d'abstraction. Il faut aller du plus simple au plus complexe, et du plus concret au plus abstrait (70,81).

Lors de la formalisation de ces objectifs, il est important d'obtenir la participation du patient (18). Si celui-ci peine à participer à cette étape, il est tout de même nécessaire d'avoir son aval sur les thématiques qui vont être abordées par la suite et l'ordre dans lequel elles vont être amenées. Cela permet de s'assurer qu'aucun point n'a été oublié et de maintenir le patient dans une démarche d'acteur. Chercher à impliquer au maximum le patient dans l'élaboration de son plan d'action favorise son autonomie et sa motivation (70).

Cette phase de construction du programme, si elle est longue à expliquer, ne doit pas prendre trop de temps durant la séance. Il faut limiter cette conversion des besoins en objectifs à cinq à dix minutes d'échange au maximum. En fonction du temps restant durant l'entretien, et si des points semblent critiques en termes de risques encourus par le patient, il ne faut pas hésiter à passer rapidement à la partie éducative de la séance.

4. La phase éducative

Il existe une multitude de méthodes éducatives, qui ont toutes leurs avantages et leurs inconvénients, et qui conviennent plus ou moins selon le type de patient et le thème abordé. Il serait difficile de toutes les expliciter, et il est préférable, pour les personnes qui souhaiteraient se documenter sur le sujet, de se référer à la littérature spécialisée selon les procédés recherchés (70).

Dans ce travail, on abordera uniquement des clefs qui peuvent permettre, de manière simple, d'aider le patient à atteindre ses objectifs.

Une fois l'ordre des priorités établi, la phase éducative peut débuter. Cette étape, comme les précédentes, se caractérise par un échange avec le patient. A ce moment, le risque majeur pour le pharmacien, qui a mis en évidence des manques dans les connaissances et les compétences du patient, est de produire un exposé d'informations plus qu'un échange éducatif. Pour éviter cela, l'idéal est de poser des questions au patient afin de l'amener à préciser au maximum ce qu'il sait déjà sur le thème abordé. Ceci permet de valoriser les acquis du patient, et de les mettre à disposition de ce

dernier pour pouvoir les utiliser de manière efficace par la suite. Selon le contexte, on peut lui demander d'accomplir un geste d'auto-soins, ou d'essayer de résoudre un problème. A partir de ce qu'il avance, on peut alors l'orienter vers les bonnes réponses, soit par des questions visant à le faire reconsiderer sa position, soit quelques brides d'informations. Il peut également être nécessaire de faire la démonstration d'un geste ou d'un raisonnement si la situation le nécessite. De manière générale, il peut être intéressant de préparer à l'avance différents problèmes à poser aux patients selon les thèmes et le niveau de la personne. Ainsi, en fonction du résultat de la première étape, on peut déjà avoir une idée de la manière dont on va lancer l'échange lors de la phase éducative (81).

Les outils d'éducation prennent toute leur place lors de cette partie de la séance. En effet, en fonction du type de patient considéré, ces outils peuvent permettre de fixer son attention et d'encourager sa réflexion. Ils peuvent également être utiles pour poser des problèmes au patient afin de l'aider à construire son raisonnement (14). Dans le cadre des AVK, par exemple, un jeu de cartes présentant des aliments peut permettre au patient de classer ceux-ci selon leur richesse en vitamine K, et ainsi servir de support à l'échange sur les conditions de vie au quotidien du patient. Dans le cas de l'asthme, on peut proposer au patient de s'appuyer sur une illustration pour expliquer ce qui lui arrive lorsqu'il est en crise, et comment ses médicaments l'aident à se sentir mieux. Des supports variés offrent de nombreuses possibilités d'exercice sur lesquels appuyer la discussion (14).

Au cours de cette phase, même si l'échange de connaissances se fait du pharmacien vers le patient, ce dernier doit rester celui qui s'exprime le plus au cours de la discussion. En effet, l'attention de l'apprenant adulte est fragile, et diminue avec le temps. Plus la séance avance, moins les exposés d'informations seront efficaces. Dans l'idéal, il faut donc limiter l'apport d'informations aux concepts essentiels, et chercher à les mettre en valeur en utilisant divers outils ou diverses clefs d'éducation (81).

Là encore, la durée de cette étape varie selon le thème abordé et le niveau du patient considéré. Dans le cadre de la première séance, la première étape pouvant être assez longue, cette phase éducative ne devra pas excéder cinq à dix minutes. Si le niveau du patient nécessite de revenir sur de nombreux thèmes, il vaut mieux les planifier pour la séance suivante et s'en tenir, pour la première, aux thèmes relevant des compétences de sécurité (69).

5. Résumer la séance

A la fin de la séance, il faudra veiller à garder quelques minutes pour faire une synthèse rapide des points importants qui ont été dits et vus au cours des différentes

étapes. Il peut également être intéressant de laisser le patient résumer lui-même la séance afin de vérifier quelles données il s'est appropriées. Ce résumé doit comprendre les points importants de la séance, positifs comme négatifs, et rappeler les sujets qui composeront la séance suivante (18). Cette étape doit laisser la possibilité au patient de poser des questions qu'il n'aurait pas pu ou pas osé poser avant. Ce peut être l'occasion de lui rappeler que le pharmacien reste à sa disposition, même en dehors de l'entretien, s'il a d'autres interrogations (69).

Avant de mettre fin à l'entretien, il peut être pertinent de prendre rendez-vous pour la séance suivante, afin de ne pas oublier de le faire par la suite. L'idéal est de donner au patient une carte de rendez-vous pour qu'il garde une trace de celui-ci. Avec cette carte, des fiches conseils portant sur les thématiques abordées pendant l'entretien peuvent être données au patient, accompagnées d'une fiche synthèse récapitulant les grands axes qui auront été développés ainsi que les objectifs fixés avec lui. Cette fiche synthèse permettra au patient de faire le lien avec la séance suivante, *a fortiori* si celle-ci est prévue plusieurs mois après la première (18,75). Pour gagner du temps, un document type pourra être préparé à l'avance et complété avec le patient à l'issue de la séance.

Pour faire le lien avec la séance suivante et pour favoriser l'implication du patient dans sa prise en charge, il peut être envisagé, selon la personne, de lui donner un objectif pour la prochaine séance. Cette démarche est fortement encouragée dans les entretiens autour de l'asthme, où il est conseillé de demander au patient de noter sur un document les circonstances au cours desquelles il fait une crise, et ses déclencheurs possibles, d'un point de vue environnemental (26,75). Ce document pourra ensuite servir de support pour échanger autour des facteurs déclencheurs et des moyens d'évitement. Mais cette démarche peut être extrapolée à tous les domaines d'entretiens, en fonction des thèmes et des patients. Pour gagner du temps, il peut être intéressant de réfléchir à l'avance à ces possibles demandes, afin de pouvoir proposer ce travail au patient en fonction de l'évolution du contenu de la séance.

9. En aval de la séance

1. La traçabilité de la séance

Dans la mesure où les différentes séances peuvent avoir lieu à des intervalles de temps plus ou moins longs, il est important de garder une trace de ce qui a été dit ou fait durant chacune des séances (65). Cette synthèse systématique doit permettre de savoir à chaque entrevue ce qui a été dit à la précédente, ce qui est prévu pour celle-ci, et d'éviter les redites entre chaque intervention (65). Cette traçabilité peut s'avérer très utile dans le cas où le pharmacien ne pourrait pas assurer la séance suivante et devrait

laisser la main à l'un de ses confrères. Le fait de changer d'accompagnant, quelles qu'en soient les raisons, peut être vécu de manière déstabilisante par le patient. Si toutes les séances précédant le changement sont à refaire par manque de suivi de l'information au niveau de l'équipe, cela risque de pousser le patient à quitter le programme d'entretiens pharmaceutiques.

Il est donc fortement conseillé de tenir à jour un dossier de suivi du patient, sous quelque format que ce soit, comportant la fiche de suivi, les questionnaires d'évaluation de l'observance ainsi que les différents besoins en terme d'éducation du patient, ses ressources personnelles qui peuvent être mises à contribution, les objectifs déterminés avec lui et la stratégie pédagogique qui aura été choisie en conséquence (18,81). Des remarques en lien avec les différentes séances et les comptes rendus des séances peuvent également y être joints (18). Si le pharmacien a fait le choix d'enregistrer les séances ou de prendre en notes les propos du patient, ces documents trouveront bien sûr leur place au sein de ce dossier (69). Le patient a la possibilité de demander une copie de celui-ci s'il le souhaite. Il peut également être opportun de renseigner le dossier informatisé du patient au sein du logiciel de gestion de l'officine. Les informations recueillies dans le cadre des entretiens, portant notamment sur des allergies ou des antécédents thérapeutiques dont l'équipe n'aurait pas eu connaissance, peuvent avoir une grande importance dans les délivrances ultérieures pour le patient en question. En outre, le fait que l'information ait été donnée au pharmacien, sans considération pour le cadre de cet échange, implique la responsabilité de celui-ci au regard de cette information dans les délivrances ultérieures (80).

Aujourd'hui, de plus en plus de pharmacies font le choix de mettre en place une démarche qualité au sein de l'espace de travail. Dans la mesure où l'entretien pharmaceutique est un acte pharmaceutique au même titre que la dispensation de médicament, sa traçabilité prend tout son sens (65,82). En effet, il s'agit d'un processus à part entière, qui nécessite ses propres procédures et son propre suivi. Le dossier patient permet à la fois d'assurer ce suivi et de préparer l'évaluation des performances de celui-ci et de l'efficacité des entretiens. Il participe donc également à l'amélioration continue de l'activité de l'officine.

2. La coordination entre professionnels de santé

Selon les avenants conventionnels, l'accompagnement des patients par les entretiens pharmaceutiques doit se faire dans le cadre d'une coordination interprofessionnelle (24–26). Il est donc préférable, avant même leur mise en place dans l'officine, d'échanger sur le sujet avec les médecins exerçant à proximité de la pharmacie. En effet, ceux-ci peuvent avoir des réticences face à cet exercice qui diffère du rôle habituel du pharmacien, ou méconnaître ce dispositif complémentaire de leur

exercice. Rencontrer les différents professionnels de santé présents à proximité de la pharmacie, qu'il s'agisse de médecins ou d'infirmiers, peut aider à briser des idées reçues à propos des entretiens qui seraient handicapantes pour la coordination interprofessionnelle et l'entente cordiale entre professions de santé. En effet, la pire situation serait que les autres professionnels des environs apprennent la tenue des entretiens par leurs patients, sous un jour qui peut se trouver déformé, et qui freinerait les échanges ultérieurs (75).

Par ailleurs, lorsqu'un patient intègre le programme d'entretiens pharmaceutiques, il est important de prendre contact avec le médecin prescripteur afin de lui présenter le principe et le contenu de ces séances ainsi que leurs limites (75) :

- « - s'assurer de la bonne compréhension du traitement par le patient
- s'assurer du respect de celui-ci
- s'assurer de la bonne maîtrise de techniques d'auto-soins par le patient
- s'assurer de la bonne connaissance des risques et des comportements de sécurité vis-à-vis de son traitement
- entretenir sa motivation à suivre son traitement

En aucun cas il ne s'agit pour le pharmacien de rectifier ou modifier une prescription ou d'établir un diagnostic. Si un réajustement devait s'avérer nécessaire, le pharmacien redirigerait le patient vers son médecin prescripteur. »

Ce contact peut se faire par le biais d'un courrier, d'un e-mail, par téléphone ou bien lors d'une réunion regroupant les différents acteurs de santé locaux. Par la suite, à l'issue des différents entretiens, et avec l'accord du patient, une synthèse du contenu de la séance pourra être transmise au médecin. Un courrier type pourra être élaboré au préalable, qu'il ne restera plus qu'à compléter à l'issue de la séance (65,75).

De plus, toute situation problématique pour la prise en charge du patient, mise en évidence au cours des entretiens doit faire l'objet d'un contact avec le médecin prescripteur. Il peut s'agir d'un problème de mésusage du traitement, d'un problème d'observance, etc. Dès lors que le pharmacien a connaissance d'un élément qui peut impacter sur la prescription du médecin, celui-ci doit en être informé. Il est donc important d'obtenir l'accord du patient pour pouvoir échanger avec son médecin sur le contenu des entretiens (65,75).

10. Les séances suivantes

1. Intervalle de temps entre deux séances

Selon les avenants, l'intervalle qui sépare deux séances est laissé à l'appréciation du pharmacien (24–26). De manière plus concrète, ce délai dépend d'abord de l'emploi du temps du patient et du pharmacien. Puis cet intervalle doit être fixé en fonction du patient. Une personne chez qui on aurait décelé des failles dans les connaissances en nombre important, pouvant porter préjudice à sa bonne prise en charge, au-delà du risque relatif à sa sécurité, nécessite d'être revue plus rapidement. En effet, on cherche par là à éviter que ces failles ne conduisent à des complications de son état alors même qu'en amorçant des changements de comportement, le patient aurait pu les éviter. Le questionnaire d'évaluation de l'observance peut être un bon moyen de mettre en évidence un manque dans la maîtrise du traitement et permettre d'établir une hiérarchie dans le besoin en éducation chez les patients, de laquelle découlerait l'emploi du temps des entretiens au sein de la pharmacie (24).

Cet intervalle dépend aussi d'éventuelles consignes laissées au patient avant son départ lors du premier entretien (75). Si on lui a laissé un travail à fournir, des observations à mener, ou si l'idée d'un changement de comportement a été abordée qui nécessite que le patient réfléchisse à sa mise en œuvre, il faut bien entendu lui laisser le temps de réaliser ce qui lui a été demandé. Généralement, l'écart entre deux séances se compte en mois.

Compte tenu des conditions qui encadrent la rémunération des entretiens, avec un premier objectif de deux entretiens la première année puis un par an les années suivantes, on peut estimer un écart moyen entre deux séances de six mois, qui tendrait à s'étendre pour les patients nécessitant plus de trois séances au total.

2. La préparation avant la séance

Les séances pouvant être espacées de plusieurs mois, il est impératif pour l'accompagnant de se remettre en mémoire les détails de la séance précédente alors qu'il aborde la nouvelle. Il faut donc prévoir du temps avant le rendez-vous fixé pour relire les données inscrites dans le dossier patient, ainsi que pour préparer le déroulement de la séance à venir. Selon la stratégie pédagogique élaborée avec le patient, ce temps de préparation peut être mis à contribution pour planifier l'utilisation de différents outils pédagogiques. Enfin, si une longue période s'est écoulée entre les deux entrevues, il faut tenir compte de l'évolution de la situation et de l'état du patient, en consultant son historique thérapeutique et en mettant l'équipe à contribution pour recueillir d'autres informations issues d'échanges au comptoir avec lui (69).

3. Le contenu

La structuration de la seconde séance et des suivantes s'inspire de celle de la première séance.

Tout d'abord, une première phase d'accueil et de communication permet de remettre le patient dans les conditions de l'entretien. Il s'agit d'échanger avec lui sur les évolutions de sa prise en charge au cours des derniers mois, afin d'affiner les renseignements qui ont pu être recueillis au préalable. Un petit temps peut être consacré aux éventuelles questions que le patient aurait eues entre les deux séances. Ensuite il peut être pertinent de lui demander de restituer ce qui a été vu lors de l'entretien précédent, afin de noter ce qu'il aura retenu de celui-ci, même plusieurs mois après (75). Puis l'accompagnateur présentera succinctement le déroulé de la séance et les thèmes qui y seront abordés afin de s'assurer qu'il a toujours l'aval du patient. Cette étape doit être relativement courte, et durer environ cinq minutes.

Les dix à quinze minutes suivantes de l'entretien sont ensuite consacrées à l'éducation du patient, sur le même modèle que lors du premier entretien. Puisque les sujets relatifs aux compétences de sécurité du patient auront été abordés lors de la première séance, les grands thèmes des séances suivantes porteront principalement sur l'observance et les habitudes de vie du patient, en fonction des objectifs qui auront été définis (26,75).

Il n'existe aucun moyen de mesurer parfaitement l'adhésion du patient à son traitement. Le pharmacien dispose cependant de deux outils importants : l'échange réalisé avec lui, et l'historique médicamenteux de celui-ci. Pour peu que le patient fréquente plusieurs pharmacies, le Dossier Pharmaceutique peut également seconder l'historique (62).

L'observance est un élément clé dans la limitation des complications chez les malades chroniques, à tel point que l'OMS s'est penchée sur le problème (II-1-3), et que cet axe représente l'un des objectifs majeurs des entretiens pharmaceutiques. L'observance, ou plutôt l'inobservance, est une notion multifactorielle qu'il faut appréhender dans son ensemble pour pouvoir venir en aide aux patients concernés. Les croyances et les représentations des patients ayant un grand impact sur la manière dont ils se soignent, utiliser la menace de complications à venir ou la culpabilité pour favoriser l'observance n'apporte que peu de résultats, et risque de le maintenir dans un processus d'évitement (68) (II-3-1). Plusieurs autres stratégies sont possibles (62). On ne peut malheureusement pas agir sur tous les facteurs impliqués, mais un certain nombre reste accessible.

Chez une personne inobservante involontaire, ayant tendance à oublier des prises, sans pour autant que ce soit lié à un trouble cognitif, il faut l'amener à créer une routine propice à la prise de son traitement en étudiant son mode de vie et les moments de prises optimaux. En identifiant ensuite les circonstances qui peuvent venir perturber cette routine, et en les anticipant, le patient sera à même d'améliorer considérablement son observance. Il doit cependant être l'acteur principal de cette démarche. Se laisser guider sa conduite en minimisant son implication risque de l'empêcher de s'approprier pleinement cette routine et de conduire à l'échec de cette stratégie (62).

Dans le cas d'un patient qui ne prend pas son traitement comme il le devrait de manière volontaire, il faut chercher à comprendre les raisons qui l'amènent à agir de cette manière. Bien que d'un point de vue de soignant, cette démarche puisse paraître difficilement compréhensible, si le patient choisit d'agir de la sorte, c'est qu'il estime avoir une bonne raison de le faire. Celle-ci doit être clairement formulée. Ensuite, si ce motif n'est ni lié à un effet secondaire jugé handicapant par le patient, ni lié à une inadéquation entre la forme et la voie d'administration du traitement vis-à-vis du patient, il peut être pertinent d'utiliser la méthode de l'entretien motivationnel développé plus haut (II-4-3). Concrètement, dans ce cadre, cette démarche peut se décomposer en 7 étapes (62) :

- 1 - Donner des informations au patient sur le lien entre observance et santé, et l'amener à exprimer son ressenti sur ces informations.
- 2 - Impliquer le patient dans l'évaluation de sa propre observance (questionnaire d'évaluation de l'observance).
- 3 - Amener par la discussion le patient à exprimer les conséquences positives et négatives qu'aurait pour lui une plus grande observance.
- 4 - Amener le patient à envisager et formuler un changement comportemental.
- 5 - Amener le patient à exprimer les freins qu'il a à mettre en place ce nouveau comportement.
- 6 - Impliquer le patient dans la formulation d'objectifs précis et propres à sa situation.
- 7 - Aider le patient à mettre en place un système d'auto-évaluation de ses propres objectifs.

Lorsque l'inobservance est générée par une inadéquation entre les capacités motrices ou cognitives du patient et la forme ou les modalités de prises du médicament, il est alors important de contacter le prescripteur et de lui faire part de ces défaillances, dont il n'a peut-être pas connaissance (75). Ce problème peut trouver une solution dans

le changement de forme ou de voie d'administration du médicament, ou encore dans le changement de spécialité. Il en va de même lorsqu'un effet indésirable prolongé dans le temps est jugé trop handicapant pour le patient et qu'il est source de l'inobservance. Dans ce cadre, la poursuite de la prescription telle qu'elle a été formulée au départ doit être discutée avec le médecin prescripteur. Certains effets indésirables peuvent trouver une solution par le biais d'autres médicaments sans pour autant que le traitement initial ne soit abandonné (69).

Pour permettre l'auto-évaluation de l'observance du traitement par le patient, des tests ont été développés, tels que le test de Morisky (75), qui fait généralement référence en matière d'évaluation de l'observance. Mais dans le cadre des entretiens, et notamment dans l'évaluation de l'observance à compter de la deuxième année d'accompagnement du patient, c'est le test de Girerd qui est préféré (II-7-6-6). Cependant, si le test de Girerd fait office de référence dans le suivi de l'observance, rien n'empêche l'accompagnant d'utiliser le test de Morisky au cours d'une séance.

Par ailleurs, les changements de comportement ne concernent pas uniquement la problématique de l'observance du traitement. Dans le cadre des séances éducatives, les thèmes abordent de manière récurrente l'hygiène de vie du patient. Se présentent alors les mêmes freins que l'on observe avec la prise des médicaments. Suivre les recommandations du corps médical en termes d'alimentation, de pratique physique ou de rythme de vie peut être perçu comme un véritable calvaire par les patients. La démarche pour les amener vers une hygiène de vie plus propice au maintien de leur état de santé, voire à son amélioration, passe par l'échange autour des blocages, quels qu'en soient les facteurs. Elle est sensiblement similaire à celle exprimée pour l'observance médicamenteuse (68). Cependant, il faut veiller à ne pas pécher par excès de zèle. Les objectifs en termes de modification du rythme et de l'hygiène de vie doivent rester ceux qu'aura exprimés le patient, issus de sa réflexion propre et motivé par sa volonté. L'objectif de l'accompagnant est de l'amener à une meilleure qualité de vie, mais il s'agit là d'un élément subjectif propre au patient, dont il est le seul juge. Il faudra donc veiller, en tant qu'accompagnant, à rester ouvert à ce qu'il exprime, et à se concentrer sur les éléments importants de l'alliance entre le mode de vie et la prise en charge, pour laisser de côté certains éléments qui le sont moins, au regard de la situation du patient (69).

Comme lors de la première séance, les cinq dernières minutes de l'entretien peuvent être réservées à l'élaboration d'une synthèse avec le patient de ce qui aura été abordé durant les quinze à vingt minutes précédentes. A l'issue de cette synthèse, de nouveaux documents récapitulatifs et fiches conseils pourront être remis au patient afin qu'il garde une trace des données échangées. En fonction des thèmes qu'il restera à

aborder par la suite, un travail pourra également être proposé au patient qui servira de point de départ pour la séance éducative suivante (65,75).

4. Évaluer les acquis du patient

Dans la mesure où des objectifs ont été fixés lors de la première séance, leur réalisation devra être évaluée par la suite. Cette évaluation peut revêtir plusieurs formes en fonction du type d'objectif dont on cherche à mesurer la réalisation. On n'utilisera pas le même outil pour mesurer l'assimilation de connaissances, le raisonnement ou l'assimilation d'un geste ou d'un comportement. L'outil que l'on choisira devra également être fiable, c'est-à-dire que le résultat de l'évaluation pour une même personne ne devra pas varier selon l'accompagnateur. Cela implique de l'objectivité dans le regard de ce dernier. L'outil doit également être facile d'utilisation, pour pouvoir être employé de manière routinière sans que sa manipulation ne demande un investissement trop conséquent au quotidien. L'évaluation ne doit pas non plus prendre le pas sur l'accompagnement. Le patient doit rester au centre du processus, et doit être à la fois acteur et sujet. Pour cela, la répétition de mesures d'évaluation ne doit pas être encouragée, au risque de donner au patient le sentiment d'être plus un objet de mesure qu'un sujet propre. Ces limites de l'évaluation dépendront des patients (81).

- Évaluer la mémorisation d'un concept

Au fil des séances, ou lorsque le discours du patient laisse présumer d'une notion oubliée ou mal comprise, le moyen le plus simple de vérifier l'acquisition d'un concept est de l'interroger, pour l'amener à restituer ce qu'il a retenu du concept en question. Dans le cas d'un examen plus poussé, prévu dans le processus pour valider l'acquisition d'informations, le moyen le plus pertinent est l'emploi d'un questionnaire qui utilise des réponses de type « vrai-faux » (83). Ce moyen, plutôt simple, si les questions sont bien exprimées, permet de s'affranchir du niveau d'expression du patient, assure une certaine objectivité dans la correction, et peut être utilisé à différents moments de la séance. On peut par exemple, utiliser ce type de questionnaire avant de voir une notion et après ce temps d'éducation, afin de mesurer l'acquisition de la notion, ou au cours de plusieurs séances distinctes pour mesurer une certaine progression du patient (81).

- Évaluer la capacité d'interprétation de données de santé

Il s'agit de mesurer la capacité du patient à comprendre et réagir face à des signes cliniques, des résultats biologiques, des éléments plus ou moins bons pour sa santé dans une situation quotidienne. Pour pouvoir évaluer cette capacité, l'outil d'évaluation peut prendre la forme d'un document spécimen que le patient devra analyser. Il peut s'agir d'un faux carnet de suivi de l'INR, d'une énumération de signes cliniques dont certains doivent amener le patient à réagir, d'un menu comportant des

éléments « bons » pour lui et d'autres « mauvais ». Le but est de l'amener à expliquer sa démarche face à une situation qu'il peut potentiellement rencontrer (81).

- Évaluer la capacité à résoudre un problème

Cet axe recoupe en partie les deux axes précédents. Il s'agit d'évaluer la capacité du patient à prendre des décisions dans un contexte donné, et à expliquer les raisons qui le poussent à prendre cette décision. Il s'agit de s'assurer qu'au-delà de connaissances brutes, il est en mesure de créer des liens entre les données à même de l'amener à faire des choix pondérés. Pour cela, on propose une situation au patient, qui est soit théorique, soit tirée de son expérience personnelle. Il peut s'agir alors de lui demander de résoudre a posteriori une situation qui lui a posé problème avant qu'il ne participe aux entretiens pharmaceutiques (81).

- Évaluer un geste d'auto-soins

Pour évaluer une pratique de soins, l'idéal est d'avoir recours à une grille d'observation. Cette grille reprend comme critères chacune des étapes impliquées dans la pratique en question. Ces critères sont ensuite évalués selon une échelle de mesure définie. Il peut s'agir d'une échelle de type « acquis/partiellement acquis/non acquis » ou encore une échelle de type Likert, c'est-à-dire « acte parfaitement réalisé/ erreurs sans conséquences préjudiciables/ erreurs avec conséquences préjudiciables pour le patient/acte à caractère dangereux pour le patient ». Pour ce type d'échelle, si l'un des deux derniers stades de l'échelle est considéré, il y a urgence à refaire l'étape d'éducation car il s'agit de compétences de sécurité (81,83).

En fonction de ce qu'elles abordent, certaines activités éducatives nécessiteront une évaluation pré-éducative, afin de mesurer une progression dans l'acquisition de connaissances, dont il faudra tenir compte dans la planification des séances. D'autres, à l'inverse, ne nécessiteront pas de mesures de progression. Cet élément peut également varier selon les patients. Certains d'entre eux peuvent se sentir rassurés lorsqu'au cours d'une évaluation, ils prennent conscience qu'ils maîtrisent les compétences évoquées. En outre, la plupart des thématiques impliquent une évaluation en fin de séance, principalement lorsqu'il s'agit de compétences de sécurité. Outre celles-ci, ces évaluations permettent de s'assurer des connaissances d'un patient à l'issue du programme d'entretiens, quand toutes les thématiques ont été abordées et que l'atteinte des objectifs détermine la poursuite ou l'arrêt du programme.

5. Évaluer la séance

Dans une démarche qualité, et plus généralement dans un souci d'amélioration constante des services proposés aux patients, il est nécessaire pour l'accompagnateur de

faire évaluer ses entretiens. La personne la mieux placée pour le faire reste le patient. Dans l'idéal, cette évaluation se fait sous la forme d'un questionnaire d'opinion. Celui-ci doit suivre quelques principes pour être exploitable.

Tout d'abord, le questionnaire ne doit pas être trop long, pour ne pas entraîner de lassitude chez le patient. En effet, celle-ci risquerait de se traduire par des réponses peu fiables. Le nombre de questions total ne doit pas excéder vingt. Ces dernières doivent porter sur le fond comme sur la forme des entretiens. Elles doivent être formulées sous forme de propositions positives simples, le plus clairement possible. Elles doivent entraîner des réponses de type « d'accord/pas d'accord ». A l'issue du questionnaire, une question ouverte peut être ajoutée pour permettre au patient d'aborder des sujets qui n'auraient pas été proposés précédemment. Il est préférable de regrouper ensemble les demandes portant sur des sujets similaires. Au début du questionnaire, il est conseillé d'expliquer précisément la manière dont il doit être rempli, principalement si celui-ci est destiné à être complété *a posteriori* par le patient (81).

L'échelle de mesure pour ce type de questionnaire est généralement une échelle de type Likert (81) :

« Je suis entièrement d'accord
Je suis plutôt d'accord
Je ne suis plutôt pas d'accord
Je ne suis pas du tout d'accord
Je n'ai pas d'avis »

Pour pouvoir utiliser ces résultats, il faut ensuite affecter un barème aux réponses, de 0 à 4 points par exemple, où « Je n'ai pas d'avis »=0, « Je ne suis pas du tout d'accord »=1, « Je ne suis plutôt pas d'accord »=2, « Je suis plutôt d'accord »=3 et « Je suis entièrement d'accord »=4. On peut alors apprécier l'intérêt d'un entretien pour un patient donné, ou la pertinence d'un aspect des entretiens chez plusieurs personnes simultanément. La moyenne globale permet d'apprécier le ressenti du patient vis-à-vis des questions posées, et plus généralement vis-à-vis de l'entretien en général. D'un autre côté, la moyenne, obtenue par question pour différents patients permet d'évaluer un aspect en particulier des entretiens (81).

Cette évaluation peut se faire à deux moments : soit à l'issue des séances, soit à distance de celles-ci. La faire à distance présente l'intérêt de permettre au patient de s'accorder un temps de réflexion et un recul qu'il peut ne pas avoir à la fin de la séance. Cependant, dans ce cas, il est rare que les patients ramènent tous leur questionnaire, et l'étude des résultats n'est donc que partielle et ne permet pas toujours de faire une analyse correcte. Proposer ce questionnaire à l'issue de la séance permet de s'affranchir

de cet effet négatif, mais cela implique de prévoir un temps pour cette évaluation. Il permet en outre de pouvoir échanger avec le patient sur les résultats, dans le but de favoriser l'amélioration du procédé (81).

6. La place de l'évaluation de l'observance

L'évaluation de l'observance du patient peut avoir lieu au cours des entretiens. Cette évaluation, réalisée à l'aide du questionnaire mis à disposition par l'Assurance Maladie, peut d'ailleurs être réalisée dès le premier entretien, si aucune faille dans les connaissances ou compétences de sécurité n'est jugée prioritaire par l'accompagnant. En outre, ce questionnaire peut permettre de s'assurer d'une certaine maîtrise de son traitement par le patient, et donner une idée à l'accompagnant du nombre de séances qu'il pourra être nécessaire de prévoir (24,79).

Mais, selon la dernière réglementation concernant la rémunération du pharmacien dans le cadre de l'accompagnement pharmaceutique, l'accompagnant est tenu de réaliser deux évaluations de ce type en plus d'une séance, au cours de l'année, à compter de la deuxième année d'intégration du patient au sein du programme. Ces tests peuvent donc être réalisés en dehors des entretiens, à l'occasion d'une délivrance de médicament, par exemple. Ils permettent de s'assurer que le patient continue de maîtriser son traitement même si les séances sont moins régulières qu'au cours de la première année. De plus, les scores obtenus au cours des tests permettent également de mesurer l'évolution de l'observance du patient au fil du temps, et ce quel que soit son niveau initial (24,79).

11. La rémunération

L'avenant n°8 à la convention pharmaceutique entraîne, depuis le 29 juin 2016, des modifications quant aux conditions de rémunération des entretiens pharmaceutiques.

Pour la première année, le pharmacien doit pouvoir justifier de la réalisation d'au moins deux entretiens. Dans ce cas, il perçoit la rémunération de 40 €. Les années suivantes, il n'est tenu de faire qu'un entretien, ainsi que deux évaluations de l'observance. Pour cela, il perçoit 30 €. Il peut bien entendu réaliser plus d'entretiens que demandé s'il le juge nécessaire pour le patient, mais la rémunération n'augmentera pas en conséquence (24).

Des dérogations peuvent permettre de percevoir 40 € lors de la première année, alors même qu'un seul entretien aura été réalisé, si l'adhésion a lieu au cours du deuxième semestre de l'année considérée, ou si le patient venait à décéder (79).

La rémunération est perceptible à compter de l'année suivant l'année de réalisation des entretiens ou des évaluations de l'observance considérés (79).

Les entretiens pharmaceutiques ne revêtent pas, à l'heure actuelle, de caractère obligatoire. Libres sont les pharmaciens titulaires qui souhaitent les mettre en place au sein de leurs officines, et les pharmaciens adjoints qui acceptent d'y prendre part. Mais pour être pertinents, ceux-ci doivent suivre les recommandations et les obligations qui ont été validées de manière officielle. La formation des professionnels, et la volonté de ces derniers de créer une relation éducative saine et équilibrée, centrée sur le patient, ses besoins et ses objectifs, sont des pré-requis nécessaires à la bonne réalisation des entretiens. Par la suite, l'organisation, la préparation, le suivi et l'évaluation des pratiques doivent permettre d'apporter un exercice de qualité aux patients, afin que ceux-ci atteignent les objectifs d'observance d'autonomie, de compétences de soin et d'estime de soi à même de faire d'eux des « patients éduqués ». A l'issue des entretiens, une fois ces objectifs remplis, ces derniers pourront alors s'estimer en capacité de gérer eux-mêmes leur santé et leur quotidien de malades chroniques, comme ils sont en droit de l'attendre.

III. État des lieux en 2015 en Pays de la Loire

1. Objectifs

Au-delà d'explorer la théorie de la réalisation des entretiens pharmaceutiques, ce travail a également pour but de présenter un état des lieux de la mise en place et de la pratique de ces derniers en 2015 dans les Pays de la Loire. Pour ce faire, un questionnaire a été diffusé dans toutes les pharmacies de la région. Cette étude présente plusieurs objectifs .

Dans un premier temps, ce questionnaire devait permettre d'évaluer le degré de mise en place des entretiens en Pays de la Loire, et d'explorer certains facteurs potentiellement impliqués dans celle-ci.

Dans un second temps, cette enquête se proposait d'évaluer certains aspects dans la pratique des pharmacies ayant déjà réalisé des entretiens. Elle avait également pour but de mettre en évidence les freins qu'elles ont pu rencontrer lors de cette mise en place.

Enfin, en dernier lieu, elle devait recueillir les opinions des pharmaciens concernant ce nouvel exercice.

2. Matériel et méthodes

1. Le questionnaire (annexe)

Afin de réaliser l'état des lieux de la mise en place des entretiens pharmaceutiques, un questionnaire à l'attention des pharmaciens d'officine a été réalisé. Ce dernier a été élaboré à l'aide de l'interface *Google Forms*.

Celui-ci se composait de 39 questions, structurées en 10 parties abordant tour à tour différents aspects relatifs aux entretiens. Les questions s'organisaient tout d'abord en deux parties qui concernaient la personne répondant à l'enquête ainsi que l'officine pour laquelle elle répondait. Ensuite, une question interrogeant le nombre de pharmaciens impliqués dans les entretiens pharmaceutiques permettait de faire une première distinction. Pour les pharmacies répondant « aucun » à cette interrogation, une série d'autres questions leur était posée pour comprendre les raisons de leur choix. L'enquête s'arrêtait pour eux à l'issue de cette série. Pour les officines impliquant plusieurs pharmaciens dans le dispositif, une question concernant l'organisation de leur rotation leur était posée. Par la suite, les questions étaient les mêmes pour toutes les

pharmacies. Une troisième partie interrogeait les pharmacies participant aux entretiens pharmaceutiques sur les formations relatives aux entretiens qu'ont reçues les membres pharmaciens de l'équipe. Une quatrième partie s'intéressait plus aux relations interprofessionnelles qui ont été nouées ou non lors de la mise en place des entretiens. La partie cinq concernait les modalités de recrutement des patients. Les parties six et sept s'intéressaient tout particulièrement au temps et à l'espace occupés par les entretiens pharmaceutiques au sein de l'exercice quotidien de l'officine. La partie huit se centrait sur la mise en place et la réalisation des entretiens. Enfin, les parties neuf et dix interrogeaient la pharmacie sur l'avis général des patients ayant participé aux entretiens, et l'avis des pharmaciens ayant mené ces séances.

Les questions posées dans le cadre de cette enquête étaient construites de manières variées. Certaines étaient des questions à choix unique, multiples, et d'autres amenaient la personne répondant à formuler une opinion de manière ouverte. Ainsi, cette enquête revêtait à la fois un caractère quantitatif et qualitatif.

Un certain nombre de questions ont été posées de manière ouverte, permettant aux pharmaciens d'y répondre avec leurs propres mots. Afin de pouvoir calculer les tendances de l'échantillon selon les questions, il a été nécessaire de standardiser certaines d'entre elles.

- Les pharmacies à proximité réalisent-elles les entretiens pharmaceutiques ?

Les réponses à cette question ayant été variables pour quelques pharmacies, celles-ci ont été réparties selon trois catégories : « oui », « non », « je ne sais pas ».

- Le pharmacien en charge des entretiens change-t-il d'un entretien à un autre pour un même patient ? Pourquoi avoir fait le choix de ce type d'organisation ?

Tous les pharmaciens interrogés ont répondu de manière plus ou moins claire à la première partie de la question, mais un certain nombre d'entre eux ont occulté la seconde partie. Aussi, une standardisation binaire « oui/non » de la première partie de la question a été nécessaire pour effectuer les calculs statistiques. La deuxième partie de la question a fait l'objet d'une analyse réponse par réponse.

- Par quel organisme avez-vous reçu une (des) formation(s) sur les entretiens pharmaceutiques ?

Afin de pouvoir exprimer une tendance sur les organismes de formation choisis par les pharmacies, leurs réponses ont été réparties selon huit types d'organismes :

- Laboratoires pharmaceutiques
 - Grossistes-répartiteurs
 - Groupements
 - Organismes dédiés à la formation
 - Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)
 - l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Pharmaciens
 - Faculté de pharmacie
 - Presse professionnelle
- Estimation du temps moyen (en minutes) consacré à la préparation, la tenue et la retranscription des entretiens

Les réponses des pharmaciens à ces trois questions sont exprimées sous différentes formes plus ou moins précises. Certaines sont exprimées non pas sous forme d'une moyenne, mais d'un intervalle. Afin de pouvoir les prendre en compte dans les calculs, il a été décidé que pour chacun, la valeur prise en compte dans les calculs serait la médiane de l'intervalle en question.

- L'aménagement de ce local a-t-il impacté sur le cours normal de votre exercice quotidien ?

Les réponses à cette question ont également fait l'objet d'une standardisation binaire « oui/non » pour pouvoir être interprétées.

- Combien d'entretiens avez-vous réalisés à ce jour ? Combien de patients avez-vous reçus en entretien ?

De même que pour l'estimation du temps passé, les réponses des pharmaciens quant au nombre d'entretiens réalisés et au nombre de patients reçus ont parfois été exprimées de manière variable, nécessitant une standardisation pour pouvoir être utilisées. Les intervalles occasionnellement mentionnés par les pharmacies ont été remplacés par leur médiane.

- Nombre moyen d'entretiens par patient, nombre d'entretiens reconduits, taux de renouvellement des entretiens

Ces trois variables n'ont pas fait l'objet d'une question mais ont été déterminées à partir des renseignements fournis par les pharmaciens quant au nombre d'entretiens menés et de patients reçus. Ils ont été déterminés à partir des formules suivantes :

- Nombre moyen d'entretiens par patient = nombre d'entretiens menés/nombre de patients reçus
- Nombre d'entretiens reconduits = nombre d'entretiens menés – nombre de patients reçus
- Taux de renouvellement des entretiens = nombre d'entretiens reconduits x 100/nombre d'entretien menés
- Comment mettez-vous en avant au sein de votre officine le fait que vous réalisez les entretiens ? Pensez-vous avoir fidélisé certains de vos patients par ces entretiens pharmaceutiques ?

Ces questions, de par les réponses qu'elles ont occasionnées, ont nécessité la standardisation selon une catégorisation binaire « oui/non » afin de mettre en évidence les officines qui mettent effectivement en avant les entretiens pharmaceutiques pour la première question, et celles qui pensaient avoir fidélisé des patients via ces rendez-vous pour la seconde.

2. Les moyens de diffusion du questionnaire

Afin d'en simplifier l'étude par la suite, l'enquête a été diffusée auprès des 1189 (84) pharmacies de la région durant les mois de mai et juin 2015, période durant laquelle il était possible d'y répondre. Le questionnaire a été rendu accessible de manière simplifiée par le biais d'une page internet créée pour l'occasion.

En partenariat avec l'URPS Pharmaciens des Pays de la Loire, un lien vers cette page internet a été diffusé par mail à l'adresse de toutes les pharmacies des Pays de la Loire. Parallèlement à cela, afin d'augmenter la visibilité de l'enquête, une bannière a été mise à disposition dans l'onglet « Actualités » du site internet de l'URPS Pharmaciens des Pays de la Loire.

Dans le même temps, et au cours des semaines suivantes, des « flyers » ont été déposés dans les caisses de distribution des médicaments de l'agence angevine du groupe Alliance Healthcare, et des mails ont été diffusés par le bureau sarthois de l'USPO, ainsi que par l'Office Commercial Pharmaceutique (OCP) en Maine-et-Loire, Loire-Atlantique et Sarthe.

3. Méthodes statistiques utilisées dans l'étude des variables

Les réponses recueillies ont été étudiées à l'aide des logiciels Microsoft Excel et Microsoft Excel Stat. Afin de pouvoir comparer les données recueillies selon différents paramètres, compte tenu de la distribution non normale de l'échantillon, et des effectifs obtenus, l'analyse statistique a été réalisée par des tests non paramétriques. Afin de donner un aperçu de la distribution des valeurs au sein de l'échantillon, chaque moyenne est accompagnée de la mention « (médiane ; intervalle interquartile) ». Les moyennes ont été comparées à l'aide du test de Kruskal-Wallis, et les pourcentages à l'aide du test du χ^2 . L'outil utilisé pour réaliser ces tests est le site internet BiostaTGV, qui fonctionne via le logiciel de statistiques R. La valeur de p choisie comme étant le seuil de significativité est $p=0,05$.

3. Résultats

Sur les 1189 pharmacies sollicitées dans le cadre de cette enquête, 159 réponses sont parvenues, ce qui représente un taux de réponse de 13%. Sur ces 159 réponses, 134 pharmacies ont mis en place les entretiens pharmaceutiques, soit un taux pour l'échantillon de 84%.

En mai et juin 2015, les 134 pharmacies de l'échantillon participant aux entretiens déclaraient avoir réalisé, de manière plus ou moins approximative, 2508 entretiens auprès de 1814 patients. Quatre pharmacies ont répondu qu'elles ignoraient le nombre total d'entretiens qu'elles avaient effectués auprès de leurs patients, et une, qu'elle ignorait le nombre de patients concernés. Pour les 130 pharmacies ayant donné une réponse complète, le nombre de patients était de 1744, soit une moyenne de 13,4 (10 ; 14) patients pris en charge par officine, pour une moyenne de 1,44 (1 ; 0,7) entretiens par patient.

En moyenne, les officines impliquées dans les entretiens pharmaceutiques en avaient réalisé 19,29 (12 ; 12,75) à la date de l'enquête.

1. Descriptif de l'échantillon

1. Répartition par départements

L'échantillon se compose de 159 pharmacies des Pays de la Loire, réparties au sein des départements comme suit (figure 21) :

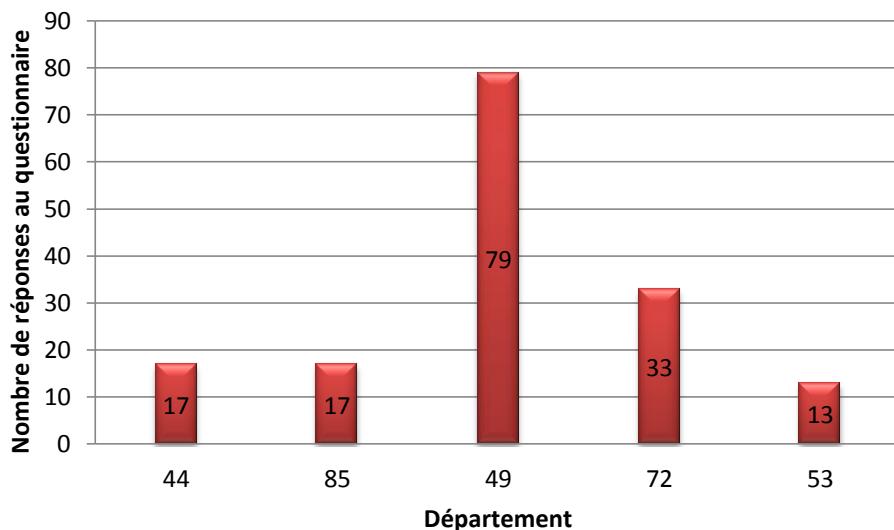


Figure 21 : Nombre de réponses au questionnaire par département, au sein des Pays de la Loire

La grande majorité des pharmacies ayant répondu à l'enquête sont des pharmacies situées dans le Maine-et-Loire (50%), et dans la Sarthe (21%). Les autres départements enregistrent un taux de réponse moindre, 11% pour la Vendée et la Loire-Atlantique, et 8% pour la Mayenne.

Le taux de participation au sein de l'échantillon diffère significativement pour chacun des départements ($p=0,05$). Les pharmacies de Loire-Atlantique ont un taux de participation de 76%, la Vendée enregistre un taux de participation de 59%. Le Maine-et-Loire et la Sarthe ont un taux de participation de 88%, quand celui de la Mayenne atteint les 92%.

Par ailleurs, un échange avec les CPAM de Maine-et-Loire, Loire-Atlantique et Vendée a permis de connaître certaines informations. Elles ont transmis le nombre d'adhésions et d'entretiens réalisés par années sur ces trois départements (tableau 2). Les CPAM des deux autres départements n'ont pas souhaité donner suite à la demande qui leur a été faite.

Tableau 2 : Données de la CPAM sur le nombre d'entretiens et d'adhésions pour trois départements des Pays de la Loire

Population	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Vendée
Nombre d'entretiens	5881	1530	4097
Nombre d'adhésions	4140	\	2427
Nombre d'officines (en 2015) (84)	434	252	221
Nombre d'entretiens/nombre d'adhésions	1,42	\	1,69
Nombres d'entretiens/officines du département	13,55	6,07	18,54

Ainsi, en extrayant les mêmes données des réponses de l'échantillon, il est possible de comparer les deux sources (tableau 3).

Tableau 3 : Nombre d'entretiens réalisés, d'adhésions enregistrées et d'officines répondantes dans l'échantillon en Loire-Atlantique, Maine-et-Loire et Vendée

Échantillon	Loire- Atlantique	Maine-et- Loire	Vendée
Nombre d'entretiens	278	1474,5	126
Nombre d'adhésions	150	1003	109
Nombre d'officines	17	79	17
Nombre d'entretiens/nombre d'adhésions	1,85	1,47	1,16
Nombre d'entretiens/officines répondantes (par département)	16,35	18,66	7,41

Dans le cas du Maine-et-Loire, cas le plus parlant ici, on constate que le nombre de pharmacies ayant répondu au questionnaire est plutôt faible par rapport au nombre de pharmacies du département. Pour autant, elles remontent un nombre d'entretiens réalisés assez proche de celui constaté par la CPAM. Les pharmacies ayant répondu sont donc globalement des pharmacies fortement impliquées dans la réalisation des entretiens pharmaceutiques. A l'inverse, le rapport entre le nombre d'entretiens réalisés et le nombre d'officines installées en Vendée est largement supérieur au rapport entre le nombre d'entretiens réalisés et le nombre d'officines ayant répondu au questionnaire. Les pharmacies de Vendée qui ont donné réponse à l'enquête ne sont donc pas les pharmacies les plus engagées dans l'accompagnement pharmaceutique. En ce qui concerne la Loire-Atlantique, l'observation des rapports nombre d'entretiens/nombre d'adhésions et nombre d'entretiens/nombre d'officines montre que ceux-ci sont un peu plus importants dans le cadre de l'échantillon que dans celui de la population. Les pharmacies de Loire-Atlantique ayant répondu au questionnaire sont donc probablement plus impliquées dans les entretiens pharmaceutiques que la moyenne des officines du 44.

Les CPAM ont également transmis le nombre de pharmacies ayant enregistré une adhésion, par année et par type d'entretien. Ces données corroborent les hypothèses en termes d'implication des officines dans les entretiens que les éléments précédents tendaient à montrer. En s'appuyant sur les données démographiques relatives aux

offices de ces trois départements en 2013 et 2014, on peut exprimer le pourcentage d'implication des officines par département et par type d'entretien. En 2013, la Loire-Atlantique comptait 437 pharmacies, le Maine-et-Loire 257 et la Vendée, 222 (85); en 2014, la Loire-Atlantique comptait 434 pharmacies, le Maine-et-Loire en comptait 254 et la Vendée 221 (86). En ce qui concerne les années 2013 et 2014, la différence d'implication entre les différents départements est significative ($p=0,02$ et $p=0,004$).

Tableau 4 : Pourcentage d'implication des officines dans le dispositif des entretiens pharmaceutiques par thème, année et département

	Loire-Atlantique		Maine-et-Loire		Vendée	
	AVK	Asthme	AVK	Asthme	AVK	Asthme
2013	73%	0%	58%	0%	75%	0%
2014	48%	0%	28%	0%	48%	0%
2015	24%	4%	17%	2%	27%	5%

2. Répartition par type d'officine

Afin d'appréhender les différents types de pharmacies ayant répondu à l'enquête, celles-ci sont classées selon leur environnement d'exercice. Ainsi ont été différencierées les pharmacies rurales ($n=90$), les pharmacies de quartier ($n=50$), de centre ville ($n=8$) ou encore les pharmacies de centres commerciaux ($n=10$) et les pharmacies côtières ou à activité saisonnière ($n=1$). Il en a été de même pour les pharmacies ayant mis en place les entretiens pharmaceutiques (figure 22). En raison du faible nombre de pharmacies côtières ou à activité saisonnière à avoir répondu participer aux entretiens pharmaceutiques, et de leur profil de patients proche de celui des pharmacies de centres commerciaux, à savoir des patients fidèles dans une certaine mesure, et des patients de passage dans une proportion importante, cette dernière catégorie a été regroupée avec les pharmacies de centres commerciaux.

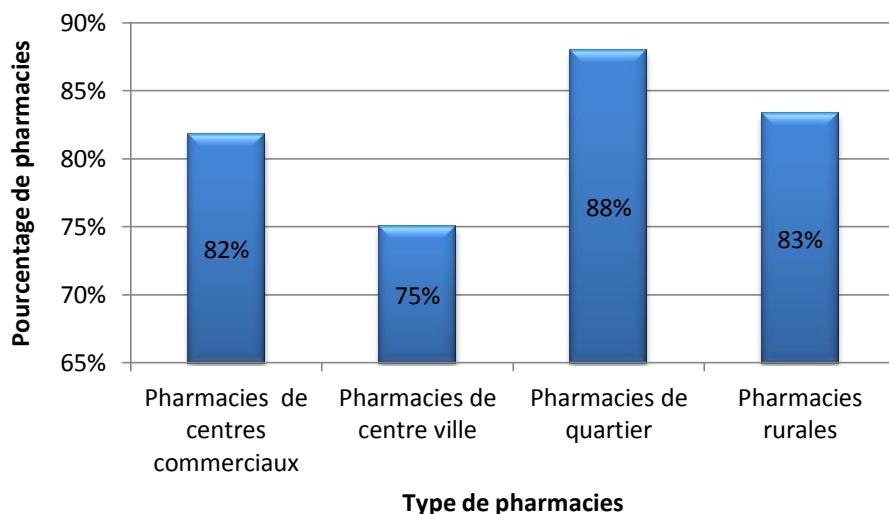


Figure 22 : Répartition des officines participant aux entretiens pharmaceutiques en fonction de leur environnement d'exercice

Le taux de participation aux entretiens pharmaceutiques selon le type de pharmacie est élevé pour chacun des types. Il est de 82% pour les pharmacies installées dans des centres commerciaux ou à activité saisonnière, 75% en ce qui concerne les pharmacies de centre ville, 88% pour les pharmacies urbaines dites « de quartier » et 83% pour les pharmacies installées en milieu rural. Cependant, les différences observées ne sont pas significatives ($p=0,12$).

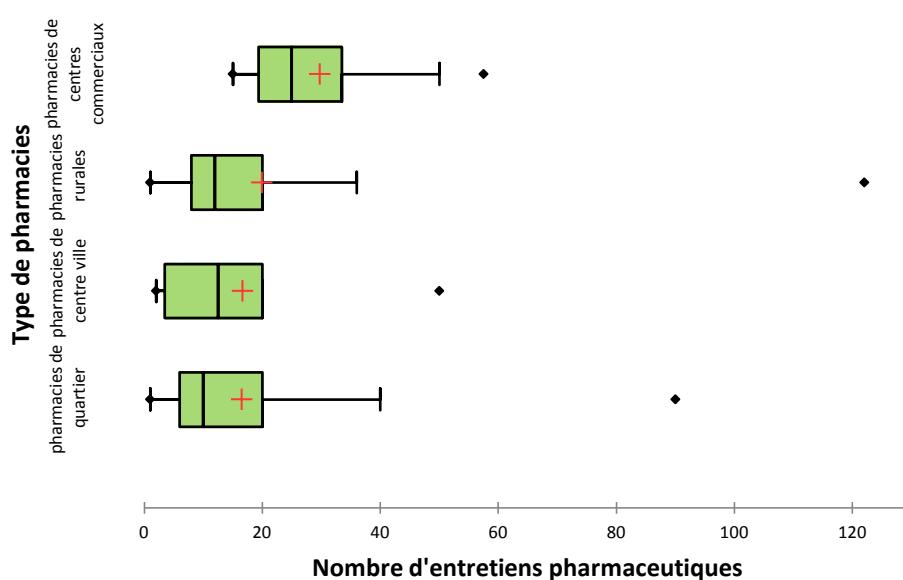


Figure 23 : Nombre moyen d'entretiens réalisés en fonction de l'environnement d'exercice des pharmacies

Sur les 134 pharmacies participant aux entretiens pharmaceutiques interrogées, 4 d'entre elles n'ont pas pu ou n'ont pas souhaité renseigner le nombre d'entretiens qu'elles ont effectués. Il s'agissait de deux pharmacies implantées en zone rurale et de deux pharmacies de quartier. Le nombre moyen d'entretiens varie selon le type d'officine (figure 23). Il atteint un maximum de 29,8 (25 ; 14,13) pour les pharmacies de centre commercial, pour un minimum de 16,5 (10 ; 14) dans les officines de quartier. Les pharmacies de centre ville ont un nombre moyen d'entretiens de 16,6 (12,5 ; 16,5) et les pharmacies rurales un nombre moyen de 19,9 (12 ; 12). Ce nombre diffère significativement selon le type d'officine ($p=0,04$). On observe également une grande variabilité dans le nombre d'entretiens réalisés par pharmacies quel que soit le type de pharmacies.

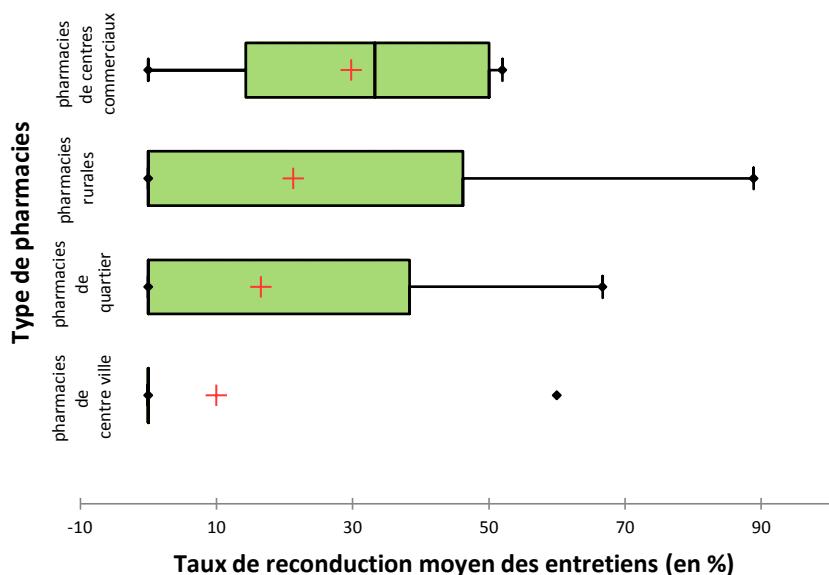


Figure 24 : Taux de reconduction moyen des entretiens pharmaceutiques en fonction de l'environnement d'exercice des officines

Tout comme le nombre moyen d'entretiens réalisés, le taux de reconduction de ceux-ci au-delà du premier entretien est très variable d'une officine à l'autre. Le taux de reconduction moyen calculé pour les pharmacies installées dans les centres commerciaux est légèrement supérieur aux autres, de 29,8% (33,3 ; 35,7), tandis que les pharmacies de centre ville n'ont un taux moyen de reconduction que de 10% (0 ; 0). Les pharmacies de quartier réalisent, quant à elles, un taux de reconduction moyen de 16,6% (0 ; 38,3), et les pharmacies rurales un taux de 21,3% (0 ; 46,2). Cependant, cette variation n'est pas significative ($p=0,14$) (figure 24).

3. Répartition par chiffre d'affaires

Les pharmacies ayant répondu à l'enquête et participant aux entretiens pharmaceutiques peuvent également être classées selon leur chiffre d'affaires hors taxe (CAHT) (figure 25).

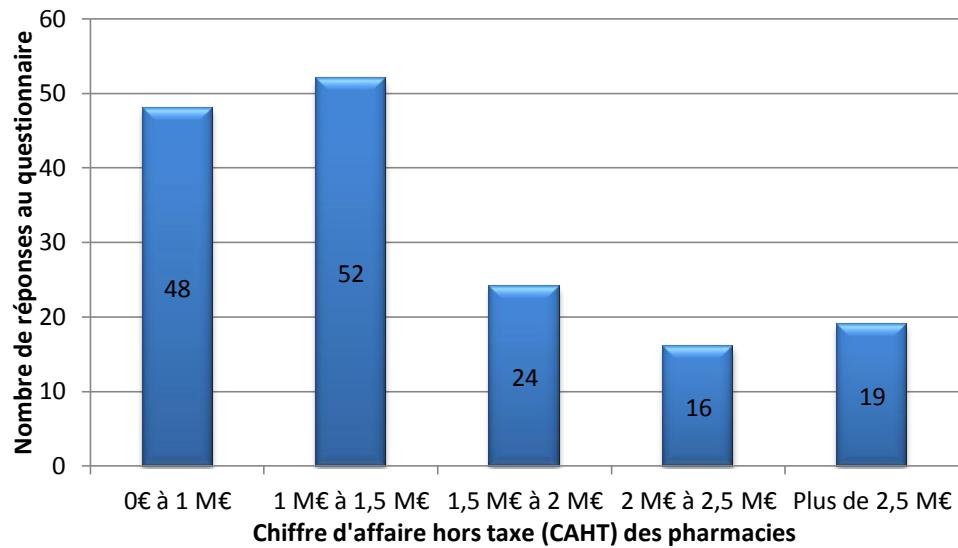


Figure 25 : Répartition des officines ayant répondu au questionnaire en fonction de leur chiffre d'affaire hors taxe (CAHT)

Le taux de participation des pharmacies lorsqu'elles sont réparties selon leur chiffre d'affaires hors taxe (CAHT) (figure 26), qui correspond à 73% pour les officines au CAHT inférieur à 1 000 000€, 88% pour les officines au CAHT compris entre 1 000 000€ et 1 500 000€, et 92% pour les officines au CAHT compris entre 1 500 000€ et 2 000 000€, de 94% pour les officines au CAHT compris entre 2 000 000€ et 2 500 000€ et de 84% pour les officines au CAHT supérieur à 2 500 000€. Ces différences sont significatives ($p=0,11^{E-3}$).

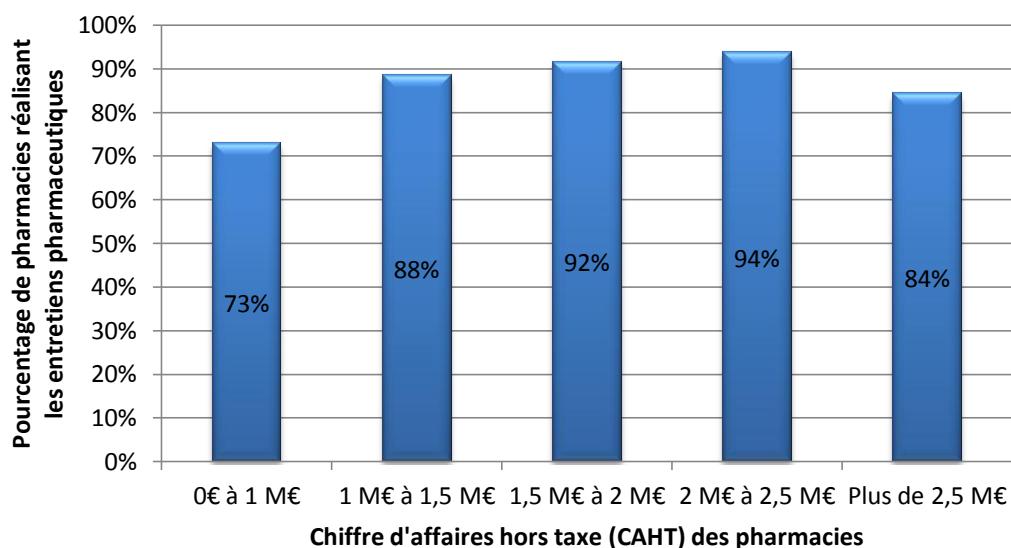


Figure 26 : Répartition des pharmacies réalisant les entretiens pharmaceutiques en fonction de leur chiffre d'affaires hors taxe

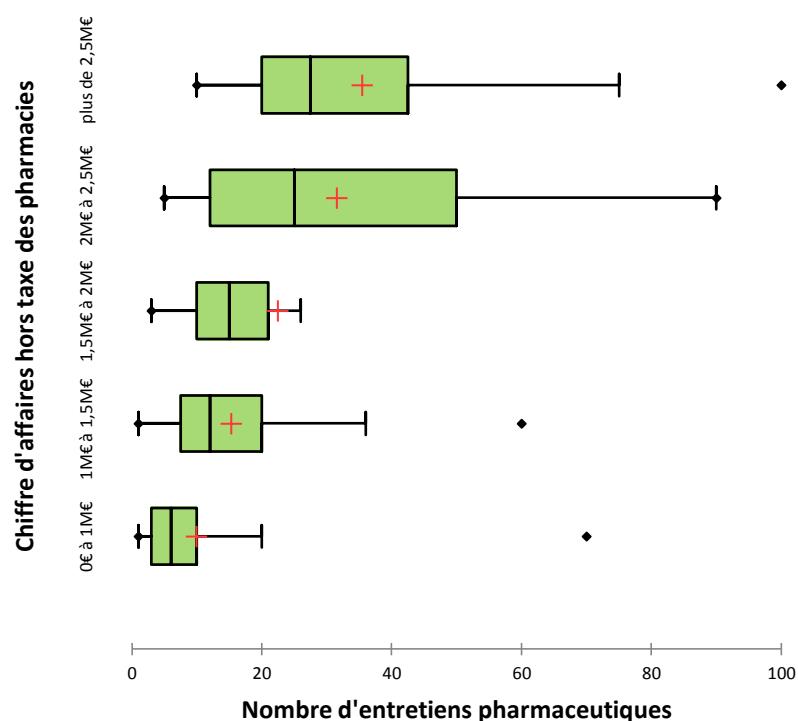


Figure 27 : Nombre moyen d'entretiens réalisés par les pharmacies en fonction de leur chiffre d'affaires hors taxe (CAHT)

Les pharmacies ayant réalisé le plus d'entretiens dans l'échantillon sont les pharmacies de plus de 2 500 000€ CAHT, en moyenne 35,4 entretiens (27,5 ; 22,5), suivies par les pharmacies dont le CAHT est compris entre 2 000 000€ et 2 500 000€, soit 31,5 (25 ; 38). Puis viennent les pharmacies dont le CAHT est compris entre 1 500 000€ et 2 000 000€, avec une moyenne de 22,5 entretiens (15 ; 11) (figure 27).

Les pharmacies dont le chiffre d'affaires est compris entre 1 000 000€ et 1 500 000€ ont réalisé en moyenne 15,27 entretiens (12 ; 12,5) et celles dont le chiffre d'affaires est inférieur à 1 000 000€ seulement 9,91 entretiens en moyenne (6 ; 7). Ces variations observées sont significatives ($p=1,53.E^{-7}$)

A l'inverse, le taux moyen de reconduction des entretiens en fonction du CAHT des pharmacies ne semble pas présenter de réelles différences selon ce CAHT ($p=0,44$) (figure 28). Le taux moyen de reconduction des entretiens pour les pharmacies de 0€ à 1 000 000€ est de 15,4% (0 ; 29,2) ; celui des pharmacies de 1 000 000€ à 1 500 000€ est de 22,5% (0 ; 50) ; pour les pharmacies au CAHT de 1 500 000€ à 2 000 000€, il est de 17,6% (0 ; 40,3) ; pour celles au CAHT de 2 000 000€ à 2 500 000€, il est de 26,2% (17,5 ; 50) ; et pour les pharmacies de plus de 2 500 000€, il est de 20% (16 ; 35).

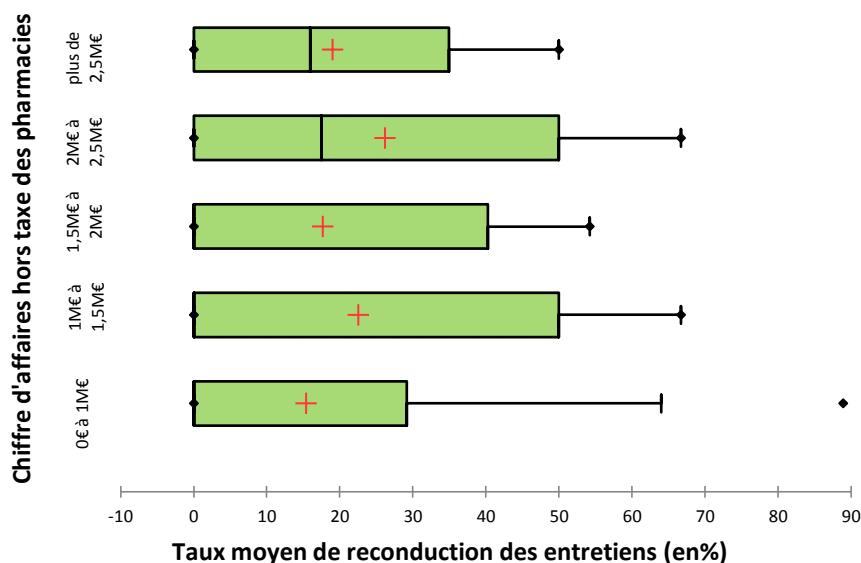


Figure 28 : Taux moyen de reconduction des entretiens en fonction du chiffre d'affaires hors taxe des officines

4. Répartition par nombre de pharmaciens en exercice

Au sein des officines, la personne ayant répondu au questionnaire est à 91% le ou l'un des pharmaciens titulaires de l'officine. Les 9% restant sont des adjoints.

En moyenne, les pharmacies de l'échantillon comptent $2,23 \pm 1,08$ pharmaciens exerçant au sein d'une même officine, qu'il s'agisse de temps plein ou de temps partiels. A l'échelle des Pays de la Loire, si l'on s'appuie sur les données démographiques relatives à l'inscription aux différents tableaux de l'Ordre en janvier 2015(84), soit 1512 inscriptions en section A et 1354 inscriptions en section D pour un total de 1189

pharmacies, cette moyenne est évaluée à 2,41 pharmaciens. La moyenne de l'échantillon correspond statistiquement à la moyenne de la population.

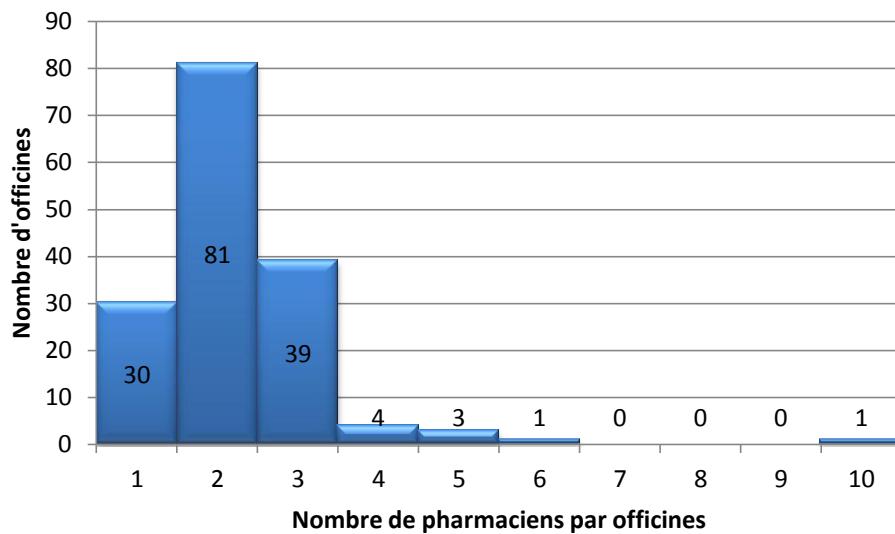


Figure 29 : Répartition des officines ayant répondu au questionnaire en fonction de leur nombre d'employé(s) pharmacien(s)

La majorité des pharmacies ayant répondu au questionnaire sont des officines de taille moyenne, employant deux pharmaciens (figure 29). Dans la plupart des autres cas, il s'agit soit de pharmacies n'employant qu'un pharmacien, soit de pharmacies en employant trois. Les entreprises de plus de trois employés sont peu nombreuses. Sur les 358 pharmaciens officiant au sein des pharmacies de l'échantillon, 216 sont impliqués dans les entretiens pharmaceutiques. Le nombre de pharmaciens impliqués par structure atteint une moyenne de $1,61 \pm 1,00$ personne, dans les 134 pharmacies ayant déclaré réaliser les entretiens. En effet, il existe une différence significative entre la proportion de pharmacies réalisant les entretiens pharmaceutiques et n'employant qu'un pharmacien et les officines réalisant les entretiens pharmaceutiques et employant plus de 3 pharmaciens ($p=1.07E^{-7}$) (figure 30).

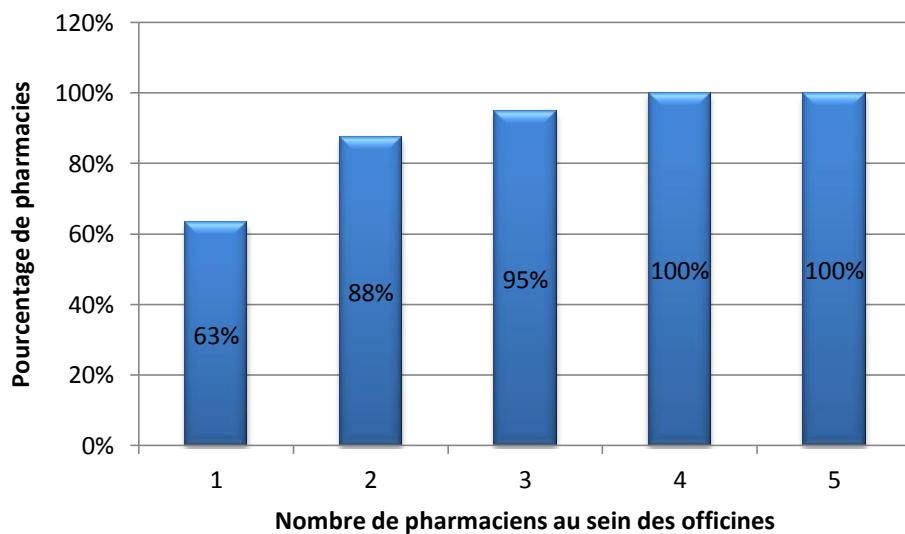


Figure 30 : Répartition des officines réalisant les entretiens pharmaceutiques en fonction du nombre de pharmaciens employés au sein de la structure

Les officines n'employant qu'un seul pharmacien réalisent en moyenne moins d'entretiens que les officines en employant plus, avec un nombre moyen d'entretiens de 46,3 (37,5 ; 26,3) pour les officines en employant quatre, contre 6 (5 ; 7,5) pour les pharmacies n'en employant qu'un seul. Les pharmacies en employant 2 ont un nombre moyen d'entretiens de 16,1 (11 ; 12,5), celles en employant 3 de 28 (20 ; 31) et celles en employant 5 de 35,7 (25 ; 26). Cette différence est significative ($p=1,31.E^{-6}$). Les variations observées entre les officines au sein des différents groupes restent cependant très importantes (figure 31).

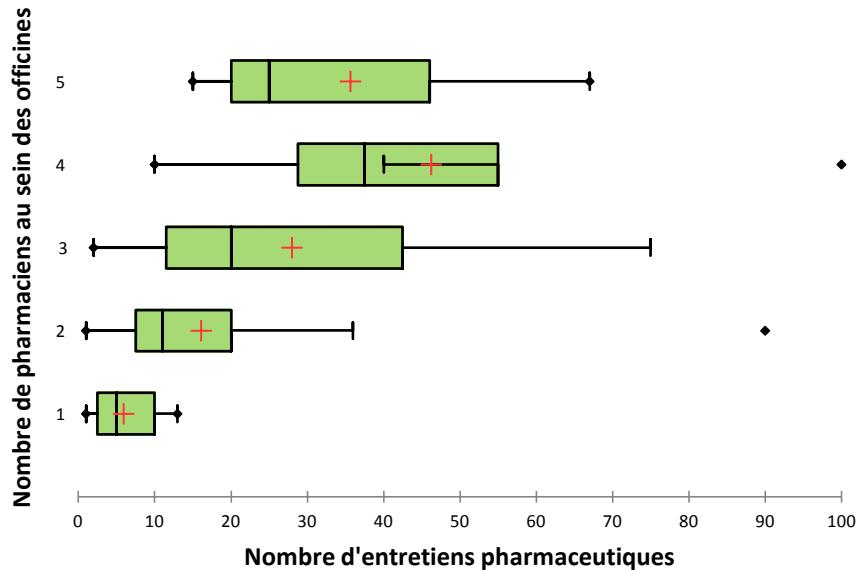


Figure 31 : Nombre moyen d'entretiens réalisés en fonction du nombre de pharmaciens employés dans l'officine

Cependant, si le nombre de pharmaciens employés au sein d'une même structure peut avoir un impact sur le nombre d'entretiens réalisés, tous les pharmaciens d'une structure ne sont pas nécessairement impliqués dans les entretiens (tableau 5). Sur les 134 structures à réaliser les entretiens, seules 66 impliquent la totalité de leur effectif pharmacien, quand 68 font le choix de n'en impliquer qu'un ou deux.

Tableau 5 : Implication des pharmaciens dans les entretiens pharmaceutiques au sein d'une même structure, selon le nombre de pharmaciens total

Nombre de pharmaciens	Nombre de pharmacies de n pharmaciens réalisant les EP	Nombre de pharmacies impliquant tout les pharmaciens	Nombre de pharmacies impliquant n pharmaciens dans les EP
1	19	19	71
2	71	30	46
3	37	15	15
4	4	2	2
5	3	0	0

Tout comme le nombre moyen d'entretiens réalisés en fonction du nombre de pharmaciens employés au sein de la structure, le nombre moyen d'entretiens exprimé selon le nombre de pharmaciens impliqués dans la réalisation des entretiens pharmaceutiques est significatif ($p=0,01$) (figure 32). On obtient un maximum de 34,5 entretiens (20 ; 35,3) en moyenne pour les officines impliquant trois pharmaciens pour un minimum de 16,0 entretiens (10 ; 16) en moyenne pour les pharmacies n'en impliquant qu'un. Les pharmacies en impliquant deux réalisent 19,2 entretiens (12 ; 10,8) en moyenne et les pharmacies en impliquant quatre réalisent une moyenne de 22,5 entretiens (22,5 ; 12,5).

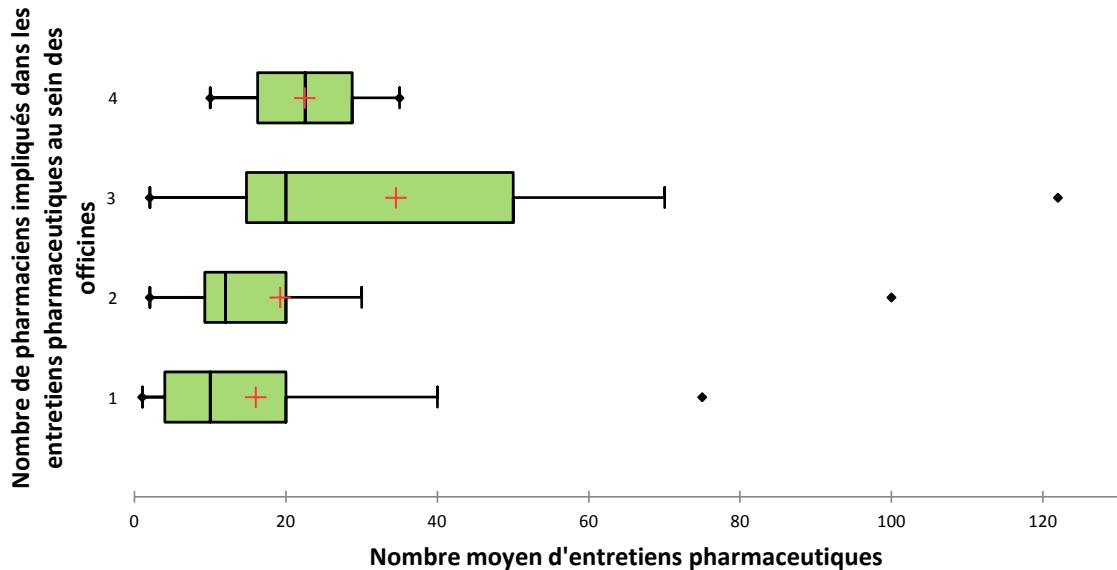


Figure 32 : Nombre moyen d'entretiens réalisés en fonction du nombre de pharmaciens impliqués dans les entretiens pharmaceutiques au sein des officines

Au-delà du nombre moyen d'entretiens réalisés, il est également intéressant de se pencher sur le taux moyen de reconduction des entretiens, selon le nombre de pharmaciens employés au sein des structures (figure 33), et le nombre de pharmaciens impliqués activement dans la réalisation des entretiens pharmaceutiques (figure 34).

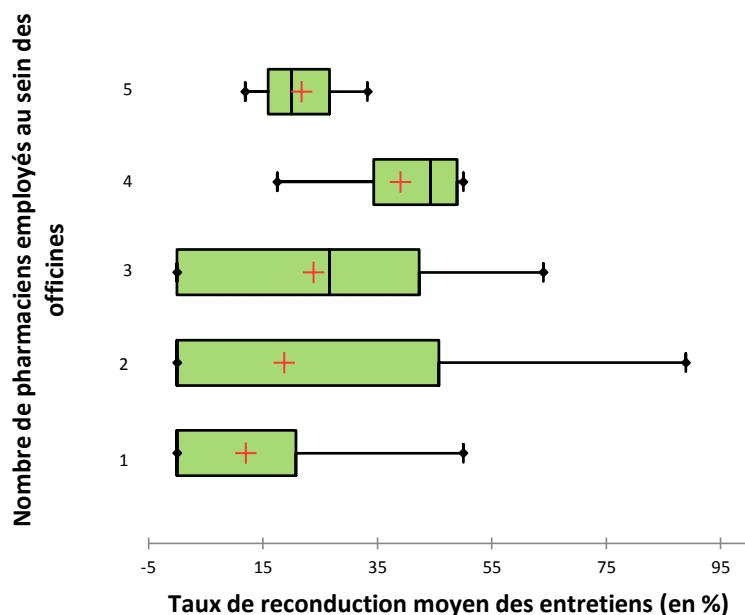


Figure 33 : Taux de reconduction moyen des entretiens pharmaceutiques en fonction du nombre de pharmaciens employés au sein des officines

Le taux moyen de reconduction des entretiens pharmaceutiques atteint un maximum de 39% (44,3 ; 14,6) pour les pharmacies employant quatre pharmaciens, pour un minimum de 12% (0 ; 20,8) pour les pharmacies n'en employant qu'un seul. Les pharmacies en employant 2 ont un taux de reconduction de 18,7% (0 ; 45,8), les pharmacies en employant 3 ont un taux de 23,8% (26,7 ; 42,3) et les pharmacies en employant 5 ont un taux de reconduction des entretiens de 21,7% (20 ; 10,7). Cependant, cette différence n'est pas significative ($p=0.12$). A l'inverse, le taux moyen de reconduction exprimé en fonction du nombre de pharmaciens impliqués dans la réalisation des entretiens pharmaceutiques présente une différence significative d'un groupe à l'autre ($p=0.003$) (figure 34). Pour les pharmacies impliquant un seul pharmacien, il est de 13,1% (0 ; 20), quand pour les pharmacies impliquant quatre personnes, il est de 44,3% (44,3 ; 4,3). Pour les pharmacies en impliquant deux, ce taux est de 26,4% (25 ; 50), et pour celles en impliquant trois, de 30% (40 ; 34,2).

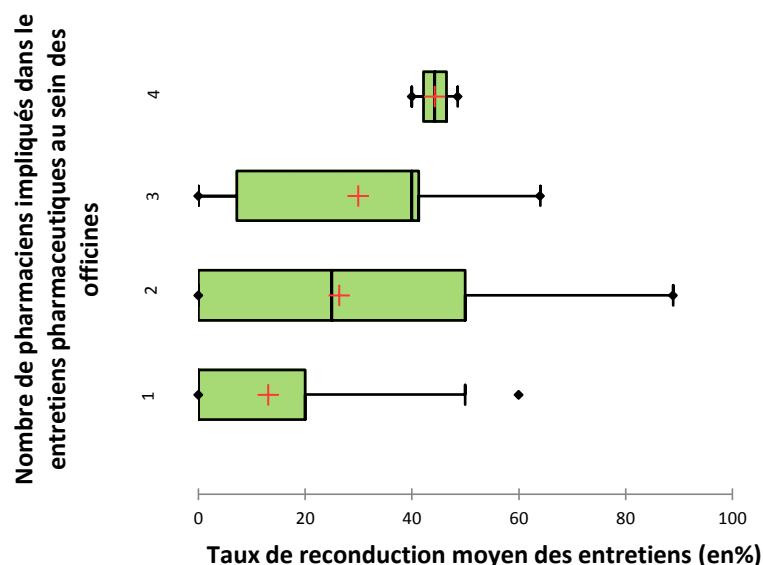


Figure 34 : Taux moyen de reconduction des entretiens pharmaceutiques en fonction du nombre de pharmaciens impliqués dans leur réalisation au sein des officines

2. Réalisation des entretiens pharmaceutiques

Afin de mieux appréhender la situation des pharmacies relative aux entretiens pharmaceutiques sur le terrain, un certain nombre de questions en rapport avec les modalités de mise en œuvre et de réalisation des entretiens pharmaceutiques leur ont été posées.

1. Formation des pharmaciens

La bonne tenue des entretiens étant liée à la formation sur le sujet que les pharmaciens ont reçue, il leur a été demandé dans le cadre de cette enquête, de préciser par quel type d'organisme ils ont reçu leur(s) formation(s), les sujets sur lesquels celle(s)-ci portaient et leur niveau de satisfaction concernant le niveau de formation qu'ils avaient reçus.

Sur les 134 pharmacies ayant répondu participer aux entretiens, une pharmacie n'a pas répondu à la question posée. L'étude des résultats a donc été réalisée sur 133 pharmacies pour cette question. Une seule pharmacie n'a pas formé son personnel à la tenue des entretiens. Par ailleurs, 25% des pharmacies interrogées ont eu recours à plusieurs types d'organisme de formation. Les pharmacies ont majoritairement fait appel aux organismes dont l'activité principale est la formation, notamment celle des officinaux, aux facultés de pharmacie et aux grossistes répartiteurs (figure 35).

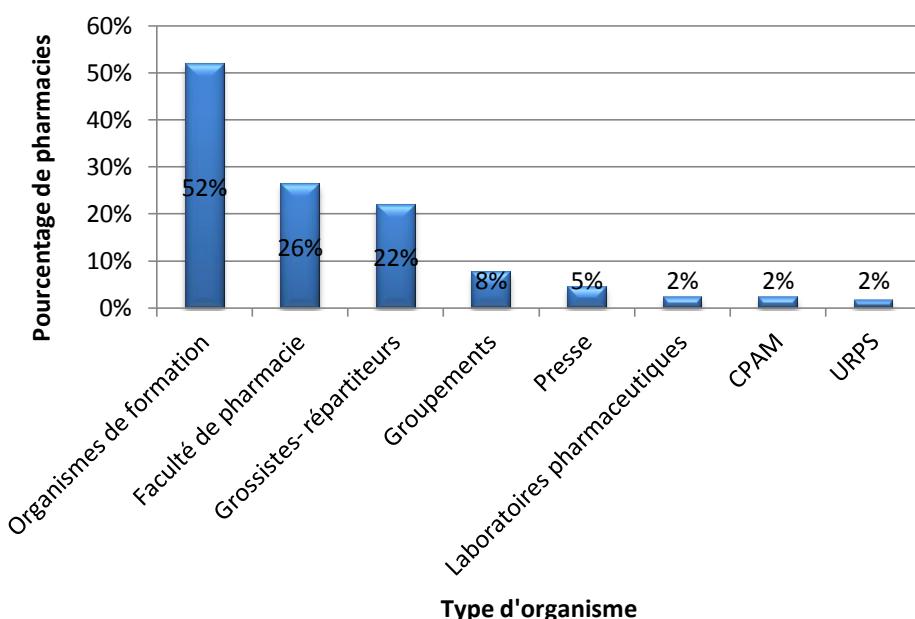


Figure 35 : Répartition des officines ayant suivi une formation en fonction du type d'organisme dispensateur

Ces formations étaient construites de différentes manières selon la pathologie abordée et l'objectif visé par les formations. Afin de mieux comprendre quelles notions ont choisi d'étudier les pharmaciens souhaitant réaliser les entretiens pharmaceutiques, celles-ci ont été regroupées en trois catégories :

- Des notions théoriques à propos des médicaments et des pathologies liées aux entretiens

- Des notions théoriques sur la méthodologie requise pour les entretiens pharmaceutiques (notions d'éducation thérapeutique du patient...)
- Des exercices pratiques de mise en situation

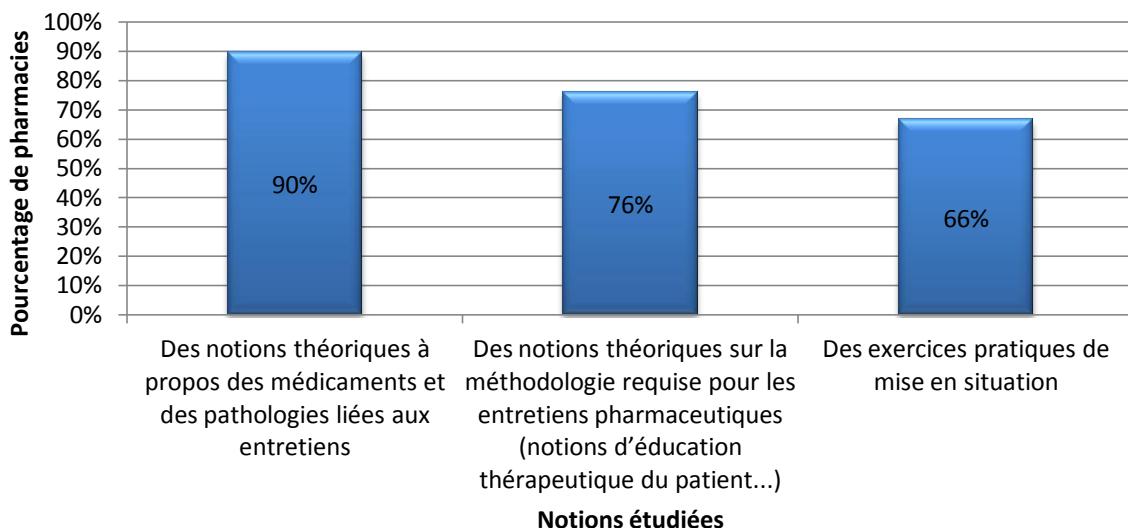
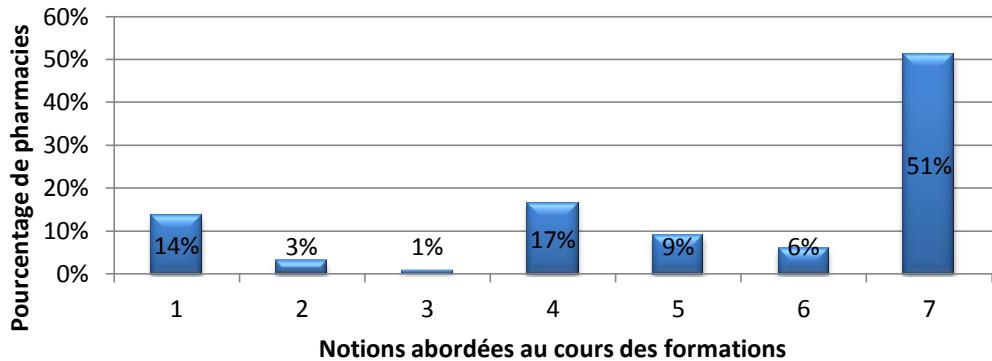


Figure 36 : Choix des notions étudiées par les pharmaciens durant leur formation

La majorité des pharmaciens (90%) des 132 pharmacies ayant suivi une formation font le choix de suivre au moins une formation portant sur les notions théoriques liées aux pathologies et aux médicaments en rapport avec les entretiens. 76% d'entre eux jugent important de maîtriser des notions relatives aux entretiens pharmaceutiques, et 66% font le choix de participer à des exercices pratiques de mise en situation (figure 36). En moyenne, dans l'ensemble des formations qu'elles ont reçues, seules 17% des pharmacies ont choisi des programmes ne portant que sur un des trois ensembles de notions. 32% ont fait le choix d'étudier deux des trois ensembles de notions et 51% des pharmacies ont étudié ces trois groupes (figure 37).



1- Des notions théoriques à propos des médicaments et des pathologies liées aux entretiens; 2 - Des notions théoriques sur la méthodologie requise pour les entretiens pharmaceutiques (notions d'éducation thérapeutique du patient...); 3 - Des exercices pratiques de mise en situation; 4 - Des notions théoriques à propos des médicaments et des pathologies liées aux entretiens, Des notions théoriques sur la méthodologie requise pour les entretiens pharmaceutiques (notions d'éducation thérapeutique du patient...); 5 - Des notions théoriques à propos des médicaments et des pathologies liées aux entretiens, Des exercices pratiques de mise en situation; 6 - Des notions théoriques sur la méthodologie requise pour les entretiens pharmaceutiques (notions d'éducation thérapeutique du patient...), Des exercices pratiques de mise en situation; 7 - Des notions théoriques à propos des médicaments et des pathologies liées aux entretiens, Des notions théoriques sur la méthodologie requise pour les entretiens pharmaceutiques (notions d'éducation thérapeutique du patient...), Des exercices pratiques de mise en situation

Figure 37 : Choix des programmes de formation des pharmacies

Les programmes qui ont le plus séduit les pharmaciens, après ceux portant sur les trois groupes de notions, sont les notions théoriques en général (17%) et les notions théoriques portant sur une maladie ou une thérapeutique en lien avec les entretiens que la pharmacie souhaite proposer (14%). Il a également été demandé aux pharmacies interrogées d'exprimer leur degré de satisfaction concernant la ou les formations qu'elles avaient reçues (figure 38).

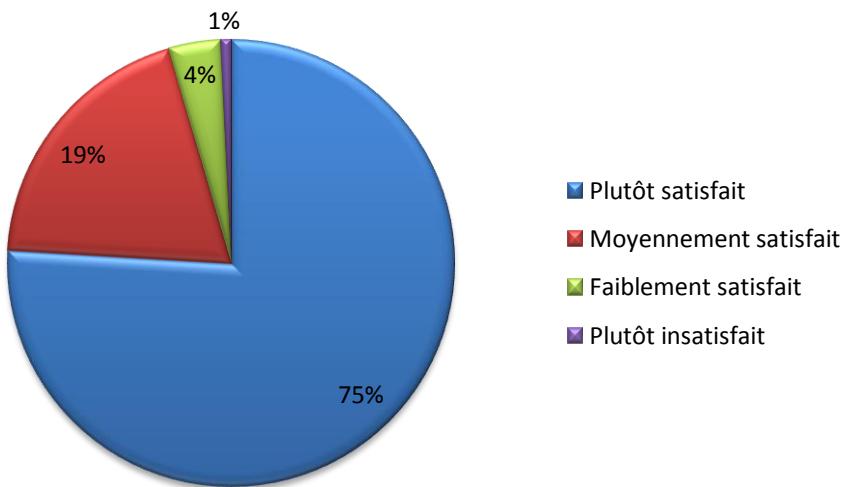
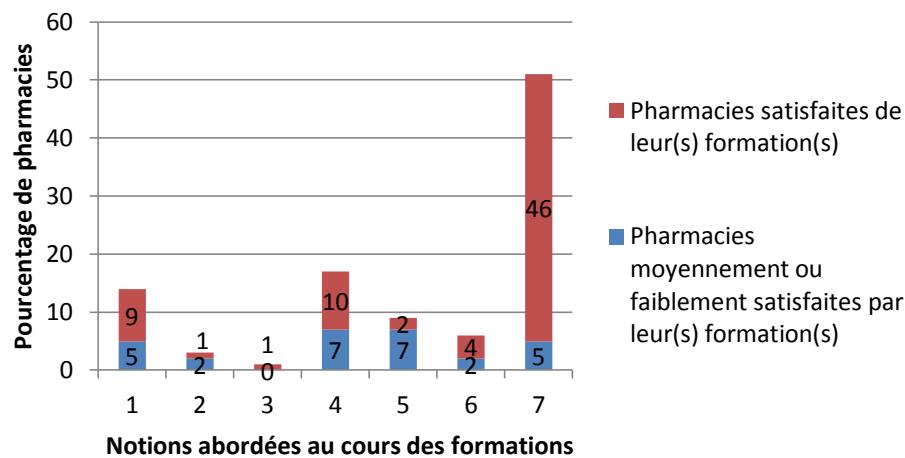


Figure 38 : Niveau de satisfaction des pharmacies à propos de la formation qu'elles ont reçue

Les pharmaciens se déclarent en majorité (75%) satisfaits par la ou les formations qu'ils ont suivie(s). La pharmacie se déclarant insatisfaite de sa formation est la pharmacie n'en ayant suivi aucune. Pour les autres, la répartition du niveau de satisfaction des pharmacies en fonction du programme étudié se fait comme suit (figure 39). Les programmes ayant le moins satisfait les pharmacies ont été les programmes abordant des notions théoriques de méthodologie relative aux entretiens, les programmes cumulant des notions théoriques à propos des médicaments et des pathologies liées aux entretiens et des exercices de mise en situation. Par ailleurs, les programmes ayant le plus satisfait les pharmacies participantes, outre les programmes centrés uniquement sur des exercices de mise en situation, suivis par une unique pharmacie, ont été les programmes cumulant les trois axes d'apprentissages évoqués.



1- Des notions théoriques à propos des médicaments et des pathologies liées aux entretiens; 2 - Des notions théoriques sur la méthodologie requise pour les entretiens pharmaceutiques (notions d'éducation thérapeutique du patient...); 3 - Des exercices pratiques de mise en situation; 4 - Des notions théoriques à propos des médicaments et des pathologies liées aux entretiens, Des notions théoriques sur la méthodologie requise pour les entretiens pharmaceutiques (notions d'éducation thérapeutique du patient...); 5 - Des notions théoriques à propos des médicaments et des pathologies liées aux entretiens, Des exercices pratiques de mise en situation; 6 - Des notions théoriques sur la méthodologie requise pour les entretiens pharmaceutiques (notions d'éducation thérapeutique du patient...), Des exercices pratiques de mise en situation; 7 - Des notions théoriques à propos des médicaments et des pathologies liées aux entretiens, Des notions théoriques sur la méthodologie requise pour les entretiens pharmaceutiques (notions d'éducation thérapeutique du patient...), Des exercices pratiques de mise en situation

Figure 39 : Satisfaction des pharmacies en fonction de leur programme de formation

Dans la mesure où les pharmaciens ont donné une appréciation de leur formation dans sa globalité, et non en fonction du type d'organisme dispensateur, et où un quart des pharmacies a eu recours à plusieurs organismes de formation, il est difficile de relier ces deux paramètres. Pour autant, l'étude de la satisfaction globale des pharmacies en fonction du type d'organisme dispensateur (figure 40) peut indiquer une tendance concernant la satisfaction des pharmacies selon l'organisme dispensateur.

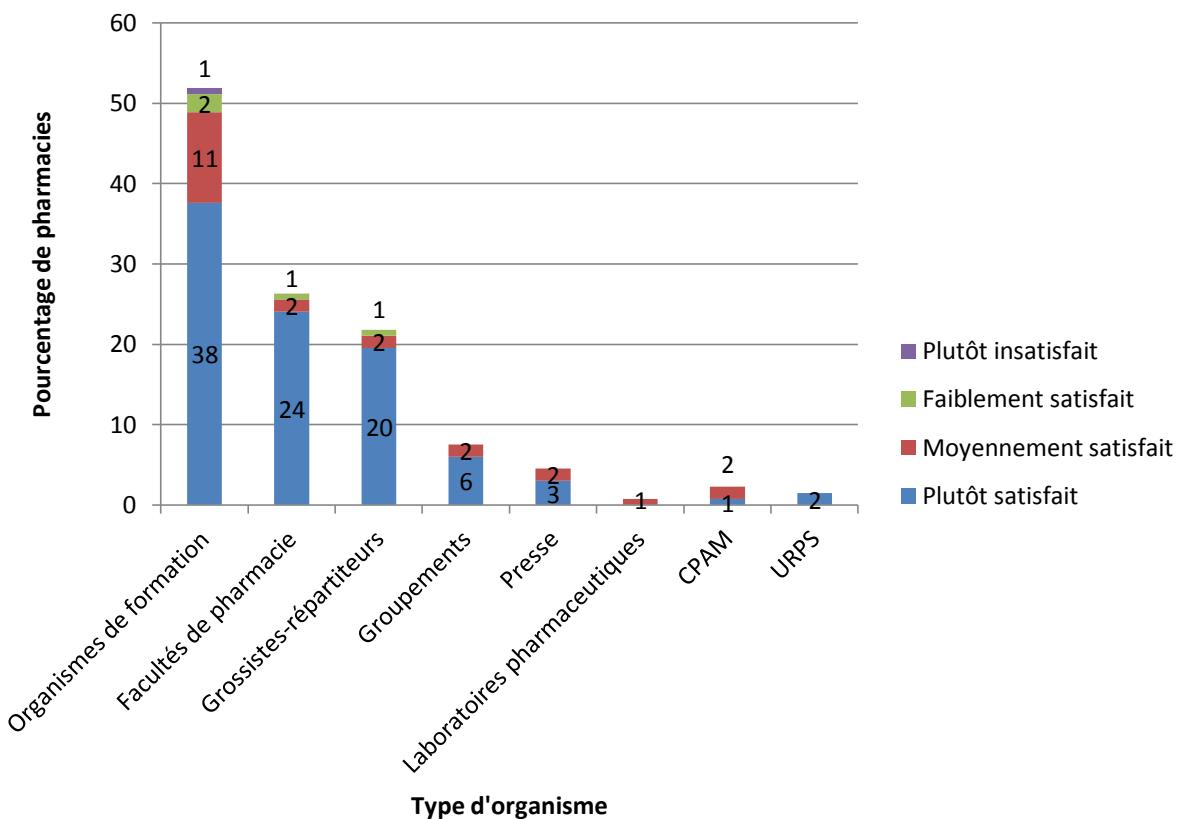


Figure 40 : Taux de satisfaction des pharmacies à propos des formations reçues exprimé en fonction des types d'organismes dispensateurs

On peut ainsi constater le niveau de satisfaction généralement très bon quel que soit le type d'organisme, excepté en ce qui concerne les formations dispensées par les laboratoires pharmaceutiques et la CPAM. A l'inverse, les formations dispensées par l'URPS reçoivent l'aval des pharmacies qui les ont suivies. Pour autant, ces trois types d'organisme n'ayant réalisé que peu de formations auprès des pharmacies interrogées, il est difficile de conclure réellement à partir de ces observations. A l'inverse, pour les cinq autres types d'organismes, on peut constater que, si dans l'absolu les formations dispensées par les organismes de formation ont généré le plus de satisfaction, proportionnellement au nombre de formations dispensées, les pharmacies ont, de manière générale, tendance à être plus satisfaites par les formations dispensées par les facultés, puis par les grossistes-répartiteurs, les organismes de formations et enfin les groupements.

2. Recrutement des patients

Afin de mieux comprendre les différences éventuelles dans la réalisation des entretiens au sein de la région, les pharmacies ont été interrogées sur les modalités de recrutement des patients. Il leur a tout d'abord été demandé dans quelles conditions se déroulait ce recrutement.

Sur la totalité des pharmacies impliquées dans les entretiens, 59% d'entre elles donnent aux préparateurs en pharmacie la possibilité d'intervenir dans le recrutement des patients. Dans les autres cas, seuls les pharmaciens communiquent auprès des patients à propos des entretiens.

L'environnement direct du patient lors du recrutement pouvant *a priori* jouer sur l'acceptation ou non de l'entretien par le patient, les pharmacies ont été interrogées sur celui-ci.

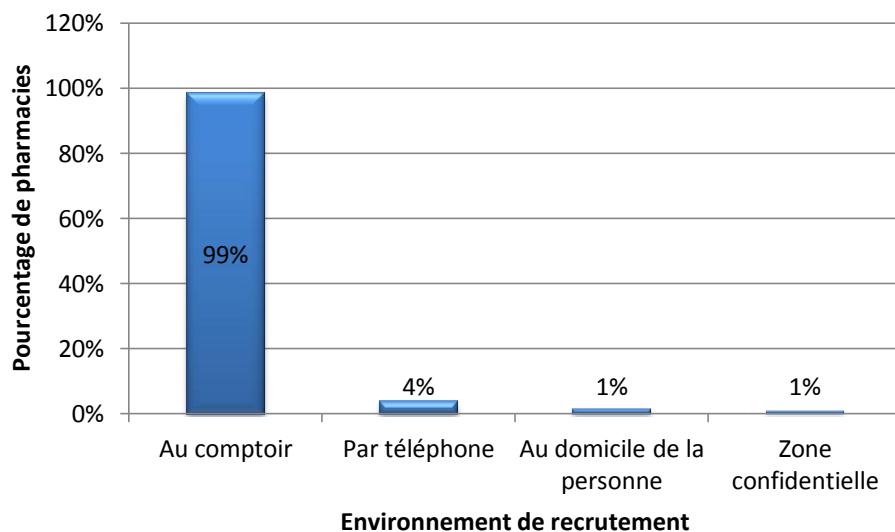


Figure 41 : Choix du lieu de recrutement des patients par les pharmacies pour les EP

La grande majorité des officines (99%) réalise le recrutement des patients au comptoir. 95,5% d'entre elles ne le font d'ailleurs qu'au comptoir (figure 40). Pour 1% des pharmacies ayant répondu au questionnaire, le recrutement se fait au domicile du patient ou à l'écart, dans une zone confidentielle. Enfin, 4% d'entre elles les réalisent en contactant directement le patient par téléphone. Seules deux pharmacies ont fait le choix de ne recruter les patients qu'à leur domicile pour l'une, et uniquement en zone confidentielle pour l'autre.

Les circonstances qui permettent d'amener l'échange propice au recrutement ont également fait l'objet d'une question (figure 41).

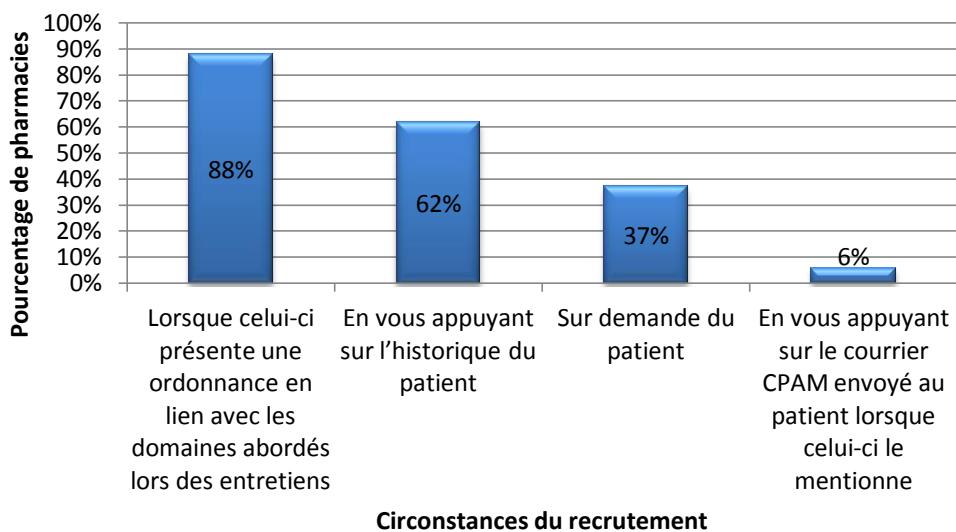


Figure 42 : Choix des circonstances du recrutement par les pharmacies

La majorité des pharmacies s'appuie sur les ordonnances et/ou l'historique de leurs patients pour leur proposer les entretiens. Seules 37% des officines recrutent leurs patients, entre autres sur demande de ceux-ci. Seule une faible part des pharmaciens interrogés (6%) propose les entretiens lorsque le patient mentionne le courrier qui lui a été envoyé par la CPAM.

Afin de mieux cerner l'échange qui a lieu entre la ou les personnes chargées du recrutement au sein des équipes et le patient, une série de questions portant sur l'argumentaire développé et les objections éventuellement rencontrées ont été proposées aux pharmaciens interrogés.

A la question « Quels arguments mettez-vous en avant pour proposer les entretiens ? », les pharmaciens ont répondu en majorité (51%) qu'ils mettaient en avant, entre autres, l'amélioration des connaissances et des compétences de soins que permettaient les entretiens, en axant leur propos autour du programme de ces entretiens. On note une certaine redondance dans l'utilisation des vocables « conseils », « informations » et « connaissances » par les pharmaciens.

30% des pharmaciens évoquent également les risques iatrogènes et les risques d'hospitalisation liés au traitement pour convaincre les patients de participer aux entretiens pharmaceutiques. 25% choisissent de mettre en avant l'amélioration de l'observance et de la gestion de la maladie au quotidien que les entretiens sont susceptibles d'apporter. Enfin, 1% présentent les entretiens comme un moyen de valider les acquis des patients.

Dans le même temps, 15% des pharmacies promettent une amélioration du suivi des patients par le biais de ces entretiens, par le renforcement de l'implication du patient dans son traitement (4%) et le gain d'autonomie qui en découle. Ceci concourant à « maintenir et améliorer l'efficacité du traitement » (1%).

Certaines pharmacies font le choix de présenter les entretiens comme un temps d'échange avec le patient, qui doit permettre de faire le point sur ses connaissances, et surtout lui permettre de poser les questions qu'il n'a pas posées jusqu'alors (20%), en construisant une relation différente avec le pharmacien, notamment en évoquant son ressenti sur sa pathologie. Pour 4% des pharmacies, ce temps d'échange est l'occasion d'apporter une aide au patient, de lui apporter un regard différent sur sa condition (1%), et un accompagnement dans le changement de ses comportements (1%).

8% des pharmacies mettent en avant le caractère remboursé des entretiens lors de cette démarche de recrutement, quand 1% les présentent comme un nouveau service. 2% des pharmaciens mettent en avant les recommandations des caisses d'Assurance Maladie, et le fait que le législateur ait confié ce rôle au pharmacien. 1% des pharmacies choisissent de mettre en valeur la confidentialité plus importante dans le cadre des entretiens que dans celui des délivrances au comptoir. 1% donnent comme argument la durée d'un entretien par comparaison à celle d'une consultation médicale. 1% seulement des pharmacies déclarent exprimer lors de ce premier contact le caractère complémentaire des entretiens vis-à-vis de l'exercice de comptoir du pharmacien et des consultations médicales.

De manière plus épisodique, 1% des pharmacies déclare présenter les entretiens comme un moyen de réaliser un « bilan pharmacologique », et 1% s'appuie sur la satisfaction d'autres patients vis-à-vis du dispositif pour encourager de nouveaux patients à y participer.

Enfin, 6% des pharmacies présentent les entretiens pharmaceutiques comme une occasion de délivrer au patient des conseils personnalisés supplémentaires.

A la question « Lors du recrutement, quelles objections rencontrez-vous le plus souvent ? », les réponses sont assez disparates. Dans 52% des pharmacies, les patients estiment suffisamment bien connaître leur traitement, notamment grâce au suivi de leur médecin traitant. Dans l'un des cas, les patients disaient avoir déjà reçu des leçons d'ETP à l'hôpital. 25% des pharmacies relèvent le manque d'intérêt ou le sentiment d'absence de besoin de participer de leurs patients. Enfin, 38% des pharmacies constatent que leurs patients n'ont pas ou ne souhaitent pas prendre le temps de suivre un entretien pharmaceutique.

25% des pharmacies ont relevé le fait que les patients estiment que le rôle d'accompagnateur revient à leur médecin traitant, et dans 2% des pharmacies, les patients attendent d'ailleurs que leur médecin leur recommande les entretiens avant d'y participer. 5% des officines notent une méfiance des patients vis-à-vis d'une démarche jugée inhabituelle de leur pharmacien.

Il est à noter que dans 5% des réponses, les pharmaciens remontent que leur patient n'ont pas souhaité participer aux EP de prime abord car leur médecin traitant le leur avait déconseillé.

Dans 2% des pharmacies, les objections avancées étaient d'ordre financier : les patients craignaient d'entraîner un surcoût pour la sécurité sociale, de devoir payer eux-mêmes ces entretiens ou reprochaient à leur pharmacien de les inciter à y participer dans une démarche purement mercantile.

1% des pharmacies signale un sentiment de peur que les entretiens ne soient une démarche de surveillance de leurs pratiques à leur encontre.

Pour autant, 10% des pharmacies n'ont relevé que peu voire pas d'objections, soit parce que leurs patients étaient curieux de cette proposition, soit parce qu'ils proposaient peu les entretiens de manière générale.

Enfin, pour 4% des pharmacies, les raisons avancées par les patients relevaient plus de l'incapacité à suivre les entretiens, soit parce qu'ils ne géraient pas eux-mêmes leur traitement, parce qu'ils ne venaient jamais en personne à la pharmacie, ne parlaient pas français, ou parce que le pharmacien jugeait leur niveau de compréhension général trop faible pour qu'ils puissent participer à un entretien.

Pour compléter cet aperçu des conditions de recrutement des patients, les pharmacies ont également été interrogées sur la mise en avant des entretiens pharmaceutiques au sein des officines (autre qu'orale), qu'elles auraient pu mettre en place. Seules 25% des pharmacies interrogées utilisent des moyens de communication autres que la discussion au comptoir pour promouvoir la réalisation des entretiens pharmaceutiques. 16% le font en utilisant des affiches sur les murs de la pharmacie. 4% d'entre elles précisent que cet affichage est fait en vitrine. 9% choisissent de mettre à disposition des patients des affichettes, « flyers » ou dépliants informatifs, ainsi que des carnets de rendez-vous. Plus sporadiquement, une pharmacie utilise des écrans disposés dans l'espace de vente pour promouvoir les entretiens, quand une autre réalise des animations sur le sujet. Enfin, une dernière se sert de la porte du local où se déroulent les entretiens pour les mettre en avant.

3. Organisation des entretiens

L'organisation des entretiens pharmaceutiques pouvant varier d'une officine à l'autre, les pharmacies ont été interrogées sur le lieu, le moment et la durée des entretiens qu'elles avaient réalisés. Pour les pharmacies impliquant plusieurs pharmaciens dans les entretiens pharmaceutiques, l'organisation privilégiée et les raisons de ce choix ont également fait l'objet d'une question.

- Organisation du personnel de l'officine

Sur les 134 pharmacies réalisant les entretiens pharmaceutiques, 63 y impliquent plus d'un pharmacien. Parmi celles-ci, seules 59 ont eu l'occasion de tenir un second entretien ou ont prédefini l'organisation éventuelle à appliquer dans l'hypothèse où ce cas se présenterait. 88% d'entre elles ont fait le choix de ne pas changer de pharmacien pour un même patient, lorsque celui-ci a défini quel membre de l'équipe l'accompagnerait (figure 42).

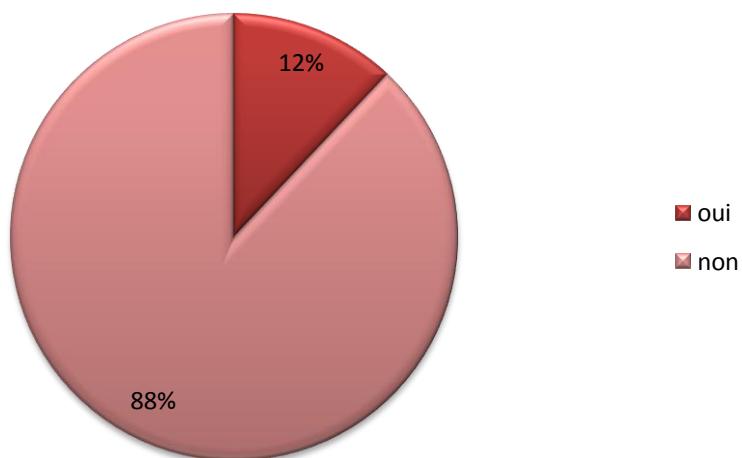


Figure 43 : Changement de pharmacien d'un entretien à l'autre pour un même patient

Les raisons avancées pour ce choix de la part des pharmacies qui préfèrent changer de pharmaciens ont d'abord été l'aspect pratique de ce type d'organisation, qui leur permet de proposer plus de possibilités de rendez-vous aux patients (71%). Certains ont également fait ce choix parce qu'ils considéraient que cela était plus enrichissant pour tous les pharmaciens impliqués (14%), ou encore parce que les compétences développées par chacun des membres de l'équipe justifiaient un changement d'accompagnant en fonction du contenu des séances (15%). A l'inverse, les pharmacies ayant fait le choix de ne pas changer de pharmacien accompagnant entre chaque séance le justifient, pour 26 d'entre elles, en avançant les arguments suivants : cette organisation favorise le suivi du patient, la continuité des entretiens, et évite les redites

(62%), et la relation de confiance entre l'accompagnant et l'accompagné est plus facile à initier et à maintenir avec ce type d'organisation (38%).

- Choix du lieu de réalisation des entretiens pharmaceutiques

Concernant le lieu de réalisation des entretiens, il est intéressant de noter que 75% des pharmacies n'ont pas un lieu fixe où se tiennent les entretiens mais au contraire plusieurs lieux amenés à les recevoir. Les lieux évoqués sont les suivants :

- le bureau du titulaire ;
- le domicile des patients ;
- un local également dédié à l'orthopédie ;
- un local également dédié à des mesures de prévention (mesures de tension, de glycémie...) ;
- un espace de confidentialité uniquement dédié aux entretiens pharmaceutiques ;
- un espace dédié à l'équipe (salle de pause) ;
- le studio de garde ;
- un comptoir à l'écart des autres, à l'abri des regards, avec places assises ;
- le comptoir ;
- le préparatoire ;

La majorité des pharmacies (47%) choisissent entre autres le bureau du (des) titulaire(s) pour réaliser les entretiens. Les locaux également utilisés pour prendre les mesures orthopédiques (31%) ou les mesures de tension ou de glycémie (28%) sont également régulièrement utilisés à cet effet. Il est à noter que 16% des pharmacies disposent d'un lieu dédié exclusivement aux entretiens pharmaceutiques, et que 12% des pharmaciens ont déjà eu l'occasion d'en réaliser au domicile des patients (figure 43).

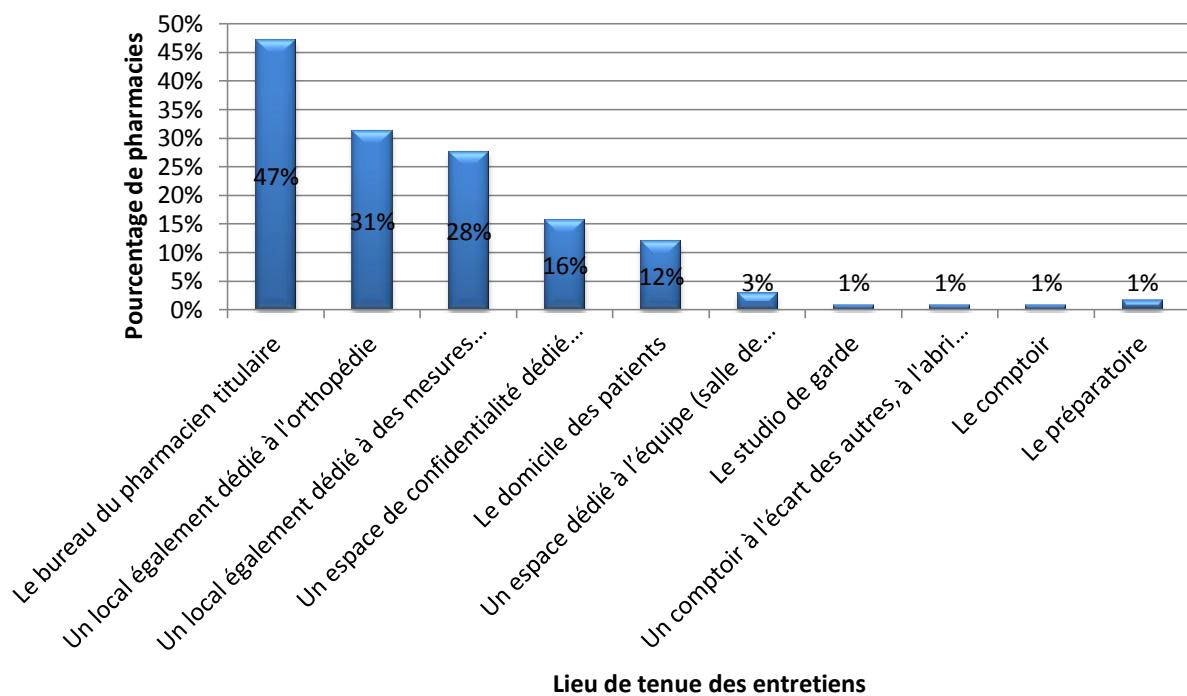


Figure 44 : Choix du ou des lieu(x) de tenue des entretiens pharmaceutiques

Sur toutes les pharmacies interrogées, dix-huit ont déclaré que l'aménagement d'un espace à même de recevoir les patients avait causé un dérangement par rapport aux activités habituelles de la pharmacie.

Les raisons qui ont poussé les pharmacies à choisir un lieu plutôt qu'un autre sont la confidentialité des lieux, éloignés de l'espace de vente, à 70%, leur caractère isolé et calme, afin de ne pas être dérangé, à 39%, et l'aménagement des lieux, notamment en terme de places assises et d'équipements informatiques, à 17%.

De manière moins marquée, le confort offert par les lieux a semblé important pour 7% des pharmacies, ainsi que l'espace qu'ils occupaient (6%). A l'inverse, son caractère intimiste, plus propre à l'échange, a été un critère favorable pour 7% des pharmacies. L'accessibilité du local a été jugée importante pour 3% des officines, de même que le caractère solennel, plus professionnel qu'il pouvait apporter, par analogie avec la consultation médicale.

De manière plus marginale (1%), la proximité du lieu par rapport aux comptoirs a semblé importante, ainsi que sa luminosité. Pour l'une des pharmacies ayant un espace dédié aux entretiens, le fait d'avoir une zone toujours disponible pour cet exercice a été un critère de choix de cet aménagement. Une autre a choisi une zone similaire afin que le lieu devienne un moyen de communication sur le fait de réaliser les entretiens. La notion

de familiarité des lieux pour les patients a, par ailleurs, décidé une autre pharmacie à les réaliser à leurs domiciles.

Enfin 7% des pharmacies estiment avoir fait un choix par défaut, et que le lieu choisi n'est pas réellement adapté à la réalisation des entretiens.

- Organisation de l'emploi du temps de la pharmacie

Si les lieux de réalisation des entretiens sont assez variés, les plages horaires choisies par les pharmaciens pour tenir leurs entretiens le sont moins. Les pharmaciens reçoivent leurs patients en entretiens soit hors des horaires d'ouverture de la pharmacie, soit pendant ceux-ci, à tout moment de la journée, lorsqu'un autre pharmacien est présent ou lorsque l'activité de la pharmacie est moindre. 15% des officines choisissent de réaliser les entretiens pharmaceutiques en dehors des heures d'ouverture (figure 44), et parmi elles, 9 officines le font uniquement sur les plages horaires où la pharmacie est fermée A l'inverse, 11 officines n'employant qu'un seul pharmacien réalisent les entretiens pendant les heures d'ouverture de la pharmacie. Parmi elles, 4 précisent qu'elles choisissent des moments de plus faible affluence pour programmer des entretiens pharmaceutiques.

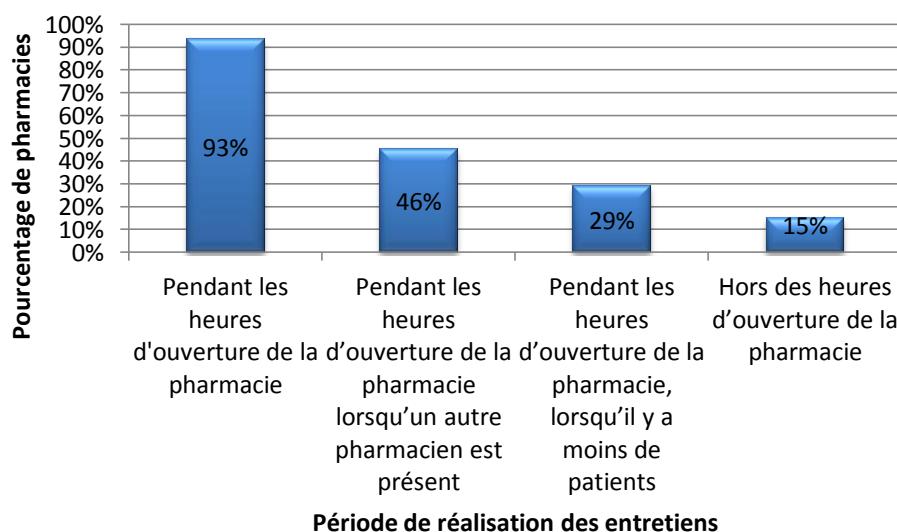


Figure 45 : Choix de la période de réalisation des EP

L'un des facteurs principaux du choix d'organisation d'une pharmacie par rapport à une autre reste le temps occupé par les entretiens. Celui-ci peut varier beaucoup d'une pharmacie à l'autre, et d'un entretien à l'autre. Le temps moyen d'un entretien est estimé à 32 ± 12 minutes (30 ; 20). Celui utilisé pour préparer l'entretien, en amont de la séance est estimé à 14 ± 9 minutes (10 ; 5). Sur les 134 pharmacies réalisant les entretiens, une seule n'a pas été en mesure d'apporter de réponse à cette question. Le temps moyen estimé pour la retranscription et les démarches en aval d'une séance est

estimé à 12 ± 8 minutes (10 ; 10). Ainsi le temps moyen occupé par une séance d'entretien est estimé à 57 ± 29 minutes (50 ; 35).

4. Relations interprofessionnelles

L'une des conditions inhérente aux entretiens pharmaceutiques est la communication avec les autres professionnels de santé en charge des patients reçus en entretiens. Mais au-delà de ça, et compte tenu des incompréhensions qui ont pu voir le jour lors du lancement des entretiens pharmaceutiques, il est recommandé de chercher à entrer en contact avec les professionnels exerçant à proximité de la pharmacie afin de les informer sur la place des entretiens, leur contenu et leurs limites.

Les 134 pharmacies ont été interrogées sur les échanges qu'elles avaient eus avec les autres professions de santé quelles qu'elles soient, exerçant à proximité. Les professions avec lesquelles un échange a eu lieu ont été les suivantes :

- les confrères pharmaciens installés à proximité ;
- le(s) principal(aux) médecin(s) généraliste(s) ;
- tous les médecins généralistes ;
- les infirmiers(ères) ;
- les kinésithérapeutes ;
- les biologistes ;
- les podologues ;
- les diététiciens ;
- uniquement les médecins des patients inclus dans le programme.

Les pharmacies sont essentiellement entrées en relation avec les principaux médecins des environs (46%), ainsi qu'avec les infirmiers exerçant dans le voisinage (22%). Les autres professions de santé installées à proximité ont peu été contactées par les pharmacies (1 à 6% selon la profession). Une minorité (1%), n'a contacté que les médecins des patients ayant déjà accepté de suivre un entretien. *A contrario* 37% des pharmacies ont fait le choix de ne pas communiquer avec les autres professions à propos des entretiens pharmaceutiques (figure 45).

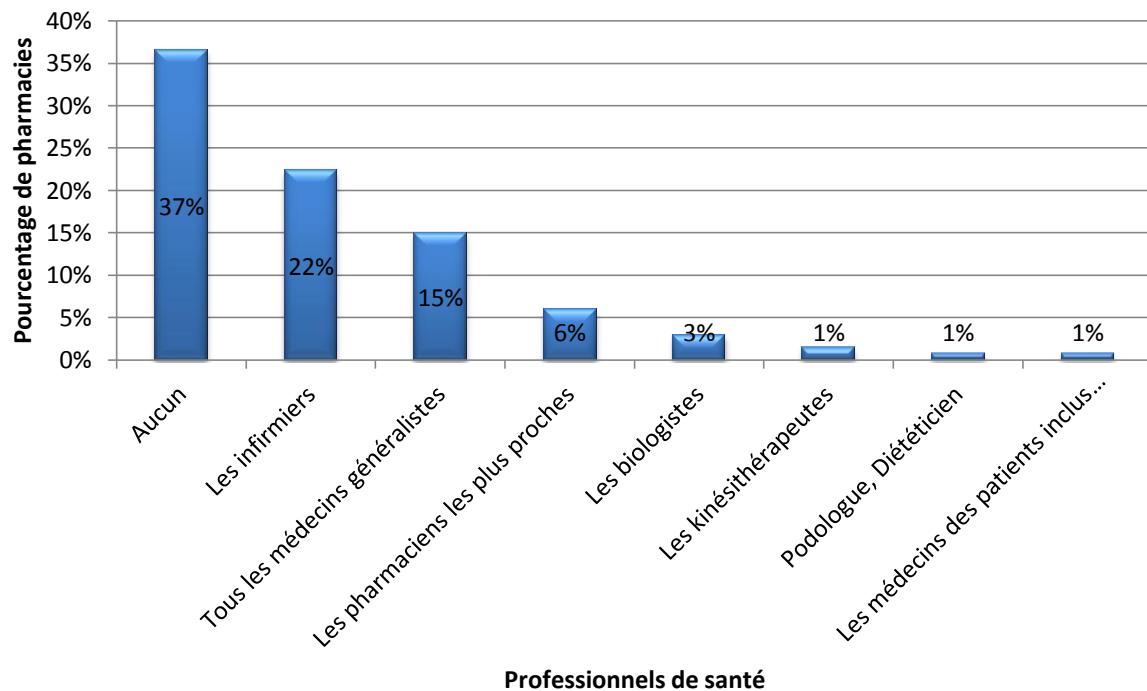


Figure 46 : Échanges entre les pharmacies et les professionnels de santé voisins autour des EP

Les retours que les pharmacies communicantes (86) ont eus de la part de ces professions sont assez variables au sein même des différents corps de métier.

Les 82 pharmacies ayant échangé avec des médecins font les constats suivants :

- 35% constatent une réticence plus ou moins marquée du corps médical ;
- 34% relèvent une attitude favorable de la part des médecins envers la tenue des entretiens pharmaceutiques ;
- 15% font mention d'incompréhension et d'inquiétude de la part des médecins contactés ;
- 9% font état d'une neutralité des médecins ;
- 7% n'ont pas eu de retours.

Les 30 pharmacies qui ont pris contact avec les cabinets infirmiers à proximité ont eu les retours suivants :

- 57% des pharmacies n'ont eu aucun retour de la part du corps infirmier ;
- 27% ont constaté un avis plutôt favorable ;
- 20% mentionnent à l'inverse un avis défavorable.

Toutes les pharmacies n'ont pas suivi la même approche dans leur communication envers les autres professionnels de santé. Certaines ont eu un contact direct avec eux, notamment au cours de réunions d'informations, d'autres ont préféré échanger par courrier, etc... Certaines pharmacies mentionnent les approches qu'elles ont réalisées

auprès des différents corps de métier et les résultats que ceux-ci ont donnés. Ainsi, la pharmacie n°121 dit « Un médecin (par le biais du patient) n'était pas content que je fasse cet entretien malgré la lettre envoyée lui expliquant ma démarche ». La pharmacie n°96 explique « Pour les médecins, nous avions prévu une réunion explicative, aucun n'est venu... (16 médecins conviés) : c'est décevant... Pour les infirmiers, [ils ont] seulement été informés par oral ». La pharmacie n°82, quant à elle, exprime « Les pharmaciens du secteur ont parlé d'une même voix pour informer les médecins. Leur réaction n'a pas été homogène. Certains ont été sensibles à notre démarche, d'autres assez opposés ». La pharmacie n°77 relate plutôt « de la méfiance au début, puis adhésion après explication du but », de même que la pharmacie n°68 qui dit « après explication, bon accueil ». Ainsi, les démarches ont reçu des accueils assez variables et des conclusions assez inégales.

Par ailleurs, les pharmacies mentionnent peu de retours des autres professions de santé, sinon qu'ils ignoraient de quoi il s'agissait avant qu'on le leur présente. Seule une pharmacie exprime le fait que, travaillant en réseau avec les autres professionnels de santé, la communication s'en est trouvée facilitée.

3. Opinion des pharmaciens

1. Les entretiens pharmaceutiques

Afin de percevoir les opinions des 159 pharmacies interrogées pour les entretiens pharmaceutiques, il leur a été demandé leur avis sur ces derniers au début du questionnaire. D'emblée, 69% d'entre eux expriment le fait qu'ils considèrent ce nouvel exercice comme une idée positive et valorisante pour la profession. 6% des pharmacies perçoivent un gain dans la relation qu'elles avaient avec leurs patients, et se sentent plus impliquées auprès de leurs malades. 3% jugent cette activité au cœur de la profession de pharmacien, et 2% l'estiment formatrice. A l'inverse, 8% des pharmacies font savoir qu'elles ne considèrent pas les entretiens comme positifs pour l'exercice professionnel. 2% des pharmaciens signalent d'ailleurs qu'ils considèrent les entretiens pharmaceutiques comme une tentative déguisée d'apaiser les pharmaciens face aux situations économiques difficiles qu'ils connaissent depuis quelques années.

Parallèlement à cela, 7% des pharmacies estiment que le travail qu'on leur demande en entretiens correspond à un exercice qui est déjà réalisé au comptoir, ou qui devrait l'être. 8% relèvent le fait que ces entretiens sont méconnus du grand public, et ne parviennent pas à susciter l'intérêt. Pour 6% des officines, les entretiens pharmaceutiques ne sont pas reconnus par les autres professions de santé. Pour autant, 4% des officines signalent que cette initiative est plutôt bien perçue par les patients.

Au-delà des 7% de pharmaciens qui affirment d'eux-mêmes que le travail effectué en entretien devrait être réalisé au comptoir, un certain nombre de vocables se retrouvent tout au long des réponses des pharmacies : les mots « conseils » et « informations » reviennent souvent dans les formulations des pharmaciens, et ce, même s'ils sont en accord avec le concept des entretiens et ont été formés à les tenir. Par exemple, la pharmacie n°134 dit « C'est une excellente façon de "professionnaliser" et d'officialiser le rôle de conseil santé du pharmacien ». De même, la pharmacie n°121 écrit « une évolution importante de notre métier et valorise l'officine pour ses conseils ».

Une grande part des pharmacies interrogées exprime dès cette première question ouverte un certain nombre de problèmes rencontrés dans la mise en place des entretiens (III-3-3-4). A l'inverse, 39 officines expriment leur avis favorable à propos des entretiens sans mentionner de nuances à leurs propos.

2. Les bénéfices retirés des entretiens pharmaceutiques

Dans le but de pouvoir estimer le gain non pécuniaire que les 134 pharmacies participant aux entretiens pharmaceutiques avaient pu percevoir, il leur a été demandé ce qu'elles avaient retiré de la tenue des EP, tant d'un point de vue individuel qu'à l'échelle de la pharmacie.

Le bilan, s'il peut sembler mitigé, est tout de même positif dans une certaine mesure. Les pharmaciens estiment que les entretiens pharmaceutiques apportent un enrichissement humain (36%), de par la relation qui se crée avec les patients. Ils se sentent valorisés dans leur métier et leur position de professionnel de santé (33%), et mentionnent notamment une reconnaissance de leurs compétences (13%). Globalement, ils perçoivent une amélioration de leur image auprès du public (10%). Certaines pharmacies apprécient également le fait que cet exercice soit distinct de l'acte de vente généralement attribué au pharmacien (6%).

D'un point de vue plus personnel, 17% des pharmaciens considèrent que les entretiens leur ont apporté un enrichissement d'un point de vue intellectuel, et qu'ils ont l'impression de mieux maîtriser les connaissances relatives aux pathologies abordées dans les entretiens. Certains considèrent que ces connaissances actualisées et leurs relations avec les patients ont amélioré leur pratique quotidienne au comptoir (10%). Dans le même temps, 4% des officines considèrent que les entretiens leur ont permis de diversifier leur offre de service auprès des patients.

A l'inverse, 13% des officinaux considèrent que la mise en place des entretiens pharmaceutiques au sein de leur pharmacie ne leur a rien apporté, tant du point de vue de leur exercice pharmaceutique que du point de vue de leur enrichissement personnel.

3. La rémunération des entretiens pharmaceutiques

La rémunération en fonction du temps passé à organiser, tenir et coordonner les entretiens pharmaceutiques est un souci majeur pour les pharmacies, principalement celles qui sont en difficultés dans le contexte économique actuel. Le gain financier peut être à la fois un argument en faveur de la mise en place des entretiens pharmaceutiques, et à la fois un argument opposable. Les pharmacies réalisant les entretiens pharmaceutiques, et donc les plus à même de considérer leurs gains compte tenu de leur implication en termes de temps et de moyen, ont eu la possibilité de donner leur avis sur la question.

60% des pharmacies considèrent que la rémunération perçue, compte tenu des contraintes liées à la tenue des entretiens pharmaceutiques, est insuffisante. Ainsi la pharmacie n°37 dit « c'est une très bonne idée pour la profession mais les moyens qui sont mis en place ne suffisent pas à nous motiver pour prendre le temps de le mettre en place » et la pharmacie n°68 complète « la rémunération n'est pas en adéquation avec le temps réellement passé ». Seules 26% des officines la considèrent correcte. Une pharmacie précise d'ailleurs que, de son avis, ils sont même très bien rémunérés. 4% des officines ne donnent pas d'avis quant à son montant, mais estiment qu'il est justifié par le travail accompli.

1% des pharmacies n'a pas perçu de rémunération pour le travail effectué à la date de réponse du questionnaire, soit parce que les entretiens n'avaient pas encore été payés, soit parce que les pharmacies en question n'avaient pu effectuer qu'un seul entretien par patient dans le premier trimestre de l'année considérée. Ainsi, la pharmacie n°28 commente « Je n'ai rien reçu pour le travail fourni ».

7% des pharmacies mentionnent le fait que les entretiens sont rémunérés trop tardivement par rapport à la date à laquelle ils sont effectués, et 1% pensent que la démarche d'enregistrement pour percevoir une rémunération est trop lente et complexe. Ainsi, la pharmacie n°27 résume « rémunération trop basse, réglée très tardivement, peu incitative ».

Enfin, 4% des pharmacies restent sans avis quant à la rétribution perçue pour les entretiens pharmaceutiques.

4. Les difficultés rencontrées lors de leur mise en place

Dès les premières questions de l'enquête, les pharmacies interrogées ont eu à cœur de livrer les difficultés qu'elles avaient pu rencontrer à la mise en place des entretiens. 23% d'entre elles relèvent un problème lié au temps occupé par la préparation, la tenue et la retranscription des entretiens. Dans le même temps, 6% des

pharmacies expriment une inadaptation de ce système aux petites structures. Mais outre les questions qui relèvent de l'organisation ou liées au contenu strict des entretiens, un certain nombre d'éléments ont posé problème aux pharmaciens.

18% des pharmacies relèvent une difficulté dans le recrutement des patients. Elles peinent souvent à convaincre leurs patients à participer aux entretiens, ou à réitérer leur participation. Elles mettent en cause l'absence d'information des patients par les instances publiques, et estiment que l'information par le pharmacien seul n'est pas suffisante, notamment parce que la pharmacie ne jouit pas d'une image le permettant. Leurs démarches de recrutement ont été à l'occasion mal perçues de leur patientèle. Dans le même temps, 5% des pharmacies signalent que des relations conflictuelles avec les prescripteurs, particulièrement sur le sujet des entretiens, ont été un frein dans leur mise en place. Une pharmacie met également en cause sa relation avec les ARS. Enfin, quelques pharmacies (1%) s'estiment lésées par l'existence d'autres programmes concurrentiels (« Sophia », programme d'accompagnement dans le diabète et l'asthme géré par l'Assurance Maladie).

Certaines pharmacies ont également eu des difficultés avec les caractéristiques inhérentes aux entretiens, notamment le faible nombre de thèmes abordables, que certains considèrent comme étant inadapté à la demande en officine (2%), le cadre de recrutement jugé trop restrictif, et ce spécialement en ce qui concerne l'asthme (8%), la nécessité de réaliser deux entretiens par an (2%) et le fait que ce nombre soit lié à la rémunération (1%).

Certaines pharmacies ont peiné pour joindre certains patients pouvant bénéficier des entretiens mais incapables de se déplacer à l'officine ou vivant en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EPHAD) (2%). Ces pharmacies jugent difficile de se déplacer chez le patient dans la journée, principalement lorsque les patients ne vivent pas à proximité de la pharmacie.

Enfin, quelques pharmacies font état de difficultés liées à la relation aux patients. 1% des officines ont trouvé difficile en certaines occasions de ne pas toujours connaître l'historique ou le vécu du patient, et de ne pas avoir accès aux informations du dossier médical des patients, avant le début des entretiens.

Une dernière pharmacie a trouvé que l'importance de la formation à suivre pour pouvoir réaliser des entretiens de qualité a été un obstacle dans sa mise en application au sein de l'officine.

5. Les évolutions à apporter aux entretiens pharmaceutiques

Une fois l'avis général des pharmaciens recueilli, il semblait pertinent de leur demander quelles améliorations au dispositif ils estimaient nécessaires pour voir les entretiens perdurer dans le temps. Là encore, les réponses se sont révélées assez disparates.

Tout d'abord, il faut noter que, sur les 134 pharmacies ayant décidé de mettre en place les entretiens pharmaceutiques, 9% ne souhaitent pas continuer à les réaliser, et 1% seulement des officines ne souhaite pas voir de modifications apportées au dispositif.

L'évolution appelée par 39% des pharmacies concerne la diminution des contraintes liées aux entretiens. 23% des pharmaciens souhaitent que le recrutement soit possible pour un nombre de patients plus important, et que celui-ci puisse être réalisé quelle que soit l'ancienneté de la prescription. 6% aimeraient également que les démarches administratives d'enregistrement des patients soient moins contraignantes. Quelques pharmacies (2%) aimeraient voir diminuer la durée de vingt minutes dans le cadre des secondes et troisièmes séances, ou rendre celles-ci moins formelles que les premières. Cette évolution dans la forme du suivi est désormais permise au-delà de la première année, suite à la signature de l'avenant conventionnel n°8 (24).

A l'inverse, 6% des pharmacies souhaiteraient ajouter une contrainte pour les patients en rendant les entretiens pharmaceutiques obligatoires à l'initiation des traitements concernés.

Enfin, 10% des pharmaciens interrogés estiment pertinent de ne plus limiter les entretiens par an et par patient, y compris au cours de la première année. Ils jugent que pour certains patients, il est difficile d'organiser deux entretiens, quand d'autres auraient besoin d'en suivre plus sur des périodes plus rapprochées. Le fait de lier une rémunération fixe à l'obligation de réaliser au moins deux entretiens par an et par patient représente un problème. Ils estiment que cette rémunération devrait plutôt être liée à l'acte en lui-même. La lenteur de versement de la somme est également mentionnée de manière répétée par ces pharmaciens (10%), qui considèrent que la facturation de cette activité pourrait être faite de la même manière que celle des autres actes. 16% des pharmacies souhaitent également voir cette rémunération augmenter.

Pour 27% des officines, l'un des axes d'évolution principaux est la communication autour des entretiens pharmaceutiques. Les officines souhaitent être soutenues de manière plus perceptible par les instances publiques et les autres professions de santé dans leurs démarches auprès des malades, comme en témoignent les propos de la pharmacie n°39 « il faudrait une cohésion de toutes les professions de santé autour du

patient, que chacun valorise le travail de l'autre », ainsi que ceux de la pharmacie n°40 : « j'attends davantage d'incitation de la part de la caisse d'assurance maladie ». Elles estiment que la communication, envers les autres professionnels de santé, notamment, ne devrait pas être de leur seule responsabilité, mais être appuyée par ailleurs, par les caisses d'Assurance Maladie, entre autres. Par exemple, la pharmacie n°28 dit « Intéressant mais long et difficile à mettre en place. Nous ne nous sentons absolument pas soutenus par la CPAM dans cette démarche ». Le fait de clarifier les missions du pharmacien d'officine auprès du grand public et des autres professions de santé semble être une évolution souhaitable pour un certain nombre de pharmacies.

Au-delà des problèmes de perception, de contraintes et de rémunération des entretiens, leur composition intrinsèque est également un axe qui appelle une évolution selon certaines pharmacies. 10% des pharmacies se montrent en faveur d'une modification des thèmes des entretiens pharmaceutiques, estimant que ceux autorisées aujourd'hui ne représentent qu'une petite part des patients en difficultés avec leurs traitements, et que d'autres thématiques, comme le diabète, par exemple, correspondraient mieux à la demande d'accompagnement en officine. Dans la même idée, 1% des pharmacies propose d'inclure des dépistages et des contrôles en lien avec les pathologies abordées dans les entretiens, permettant d'améliorer le suivi du patient. La même proportion d'officines aimerait que les pharmaciens aient une possibilité d'action plus importante, notamment via l'adaptation en urgence des traitements des patients suivis. Une plus petite part des pharmacies estime qu'une matrice plus précise et validée par la CPAM pour la tenue des entretiens, ainsi que des outils et supports d'entretiens plus variés pourraient être une amélioration suffisante.

De manière plus sporadique, quelques pharmacies se prononcent en faveur de la limitation de la concurrence, *via* la suppression des programmes tels que le programme Sophia, ou l'attribution de moyens pour que les pharmacies puissent aménager leurs locaux de manière plus adaptée aux entretiens. Elles mentionnent également la possibilité d'inclure d'autres professionnels de santé dans les entretiens, et de pouvoir accueillir les aidants des patients seuls, quand le patient en question ne peut pas se déplacer et qu'il ne gère pas lui-même son traitement.

4. Opinion des patients

Au-delà de l'avis des pharmaciens quant à leurs propres pratiques, l'un des aspects à questionner était l'opinion que les patients avaient exprimée à leurs pharmaciens suite aux entretiens auxquels ils avaient participé. En effet, dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue, particulièrement adaptée lors de la mise en place d'un nouvel exercice, interroger son patient afin de savoir ce qu'il a pensé de l'accompagnement reçu et ce qu'il souhaite à l'avenir est plus que nécessaire.

1. Satisfaction des patients

De manière générale, les pharmacies estiment leur patientèle plutôt satisfaite des entretiens qui lui ont été proposés (figure 46). Seule une petite part de pharmacies fait état de patients peu satisfaits. 6% des pharmacies n'ont pas eu de retour de la part de leurs patients, et n'ont donc pas pu donner de réponse à cette question.

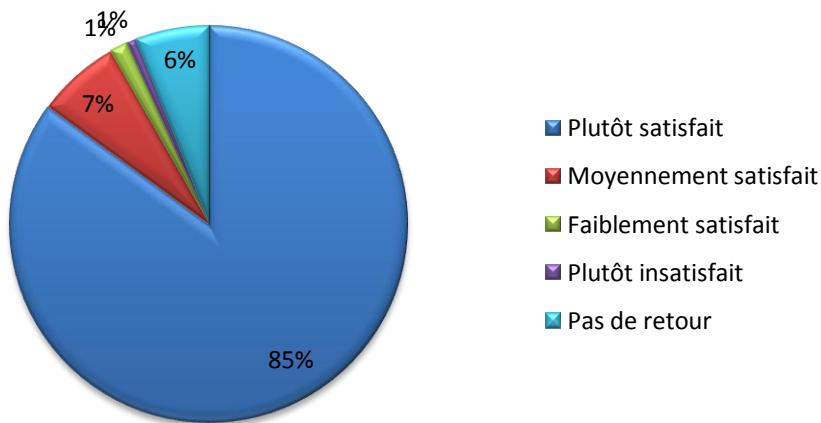


Figure 47 : Estimation de la satisfaction des patients selon les pharmacies

2. Fidélisation des patients

Dans la mesure où les entretiens pharmaceutiques permettent la création d'une relation patient-pharmacien différente de celle qui existait précédemment, et dans un certain nombre de cas, plus forte, on peut supposer que le fait de proposer les entretiens pharmaceutiques peut fidéliser certains patients qui avaient leurs habitudes dans plusieurs pharmacies jusqu'alors. Pour autant, les pharmaciens ayant réalisé des entretiens estiment à 59% que ceux-ci n'ont pas impacté dans la fidélisation de leurs patients (figure 47). Sept pharmacies expliquent que, dans leurs cas, leurs patients étaient déjà des clients fidèles.

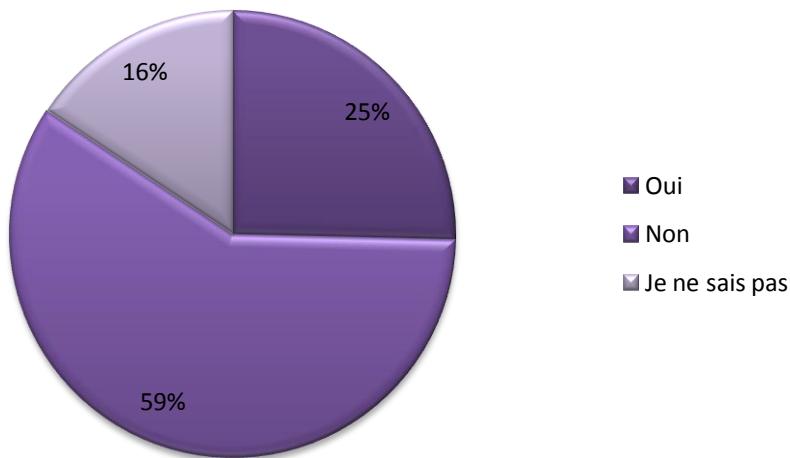


Figure 48 : Potentiel de fidélisation des patients des entretiens pharmaceutiques selon les pharmacies

5. Réponses des pharmacies non impliquées dans les entretiens

Les pharmacies ayant fait le choix de ne pas mettre en place les entretiens pharmaceutiques ont également eu l'opportunité de répondre à un certain nombre de questions, afin de comprendre ce qui a motivé leur décision.

1. Les raisons qui ont poussé les pharmacies à ne pas réaliser les entretiens pharmaceutiques

La principale raison avancée par les pharmacies ne réalisant pas les entretiens, au nombre de 25, est l'incapacité de dégager un temps suffisant pour réaliser les entretiens (80%). 20% des pharmacies mettent également en avant le fait qu'êtants de petites officines, avec un seul pharmacien exerçant au sein de la structure, il est difficile de se rendre disponible sur une durée prolongée. Enfin, dans la même proportion, les pharmacies mentionnent leur manque d'espace, de moyens ou de personnel.

12% des pharmacies expriment également le manque d'intérêt de leurs patients pour les entretiens. Dans le même temps, 20% des pharmaciens expliquent qu'eux-mêmes n'en perçoivent pas l'intérêt, soit parce qu'ils estiment que leurs patients connaissent déjà suffisamment bien leurs traitements, soit parce qu'ils assimilent les entretiens pharmaceutiques à une démarche de conseil qui doit être réalisée au comptoir (12%).

12% des pharmacies pensent que ces entretiens ne sont pas suffisamment rémunérés pour qu'elles veuillent s'y impliquer. Une pharmacie estime quant à elle que le délai de paiement des entretiens est trop long et trop incertain compte tenu de la

nécessité de mener deux entretiens par patient. Les démarches administratives jugées trop lourdes sont également l'une des raisons qui ont convaincu les pharmacies de ne pas s'impliquer dans les entretiens.

Enfin, 8% des pharmacies mettent en avant la mauvaise publicité que les autres professionnels de santé à proximité ont pu faire auprès des patients à propos des entretiens pharmaceutiques, et qui a fortement diminué leur motivation quant à cet exercice.

2. Les demandes spontanées des patients

L'un des éléments pouvant amener une pharmacie à revoir son point de vue sur les entretiens pharmaceutiques est la demande spontanée de ses patients. Afin de visualiser dans quelle mesure les pharmacies ne réalisant pas les EP ont pu se retrouver dans une situation où elles n'ont pu répondre à la demande d'un de leur patient, il leur a été demandé si de tels cas avaient déjà eu lieu. Sur les 25 officines concernées, seules deux ont connu cette situation. Pour les autres, les patients n'ont jamais fait la demande de bénéficier d'entretiens.

3. Évaluation de l'entourage direct des pharmacies

Pour mieux comprendre le choix de ces pharmacies, l'évaluation des pratiques des officines environnantes semblait pertinente, dans la mesure où les entretiens sont perçus par certaines pharmacies comme un moyen de mettre en évidence les services qu'elles peuvent apporter aux malades en dehors de démarches habituelles (III-3-3-1). Dans la majorité des cas, les pharmacies ayant décidé de ne pas s'impliquer dans les entretiens pharmaceutiques ne savent pas ce que les autres pharmacies installées à proximité ont choisi de faire (figure 48). Dans 16% des cas, ces pharmacies ne sont pas isolées, elles sont plusieurs à avoir fait le même choix. Enfin, dans 12% des cas, les pharmacies ont fait ce choix en sachant que d'autres à proximité s'étaient impliquées dans les entretiens pharmaceutiques.

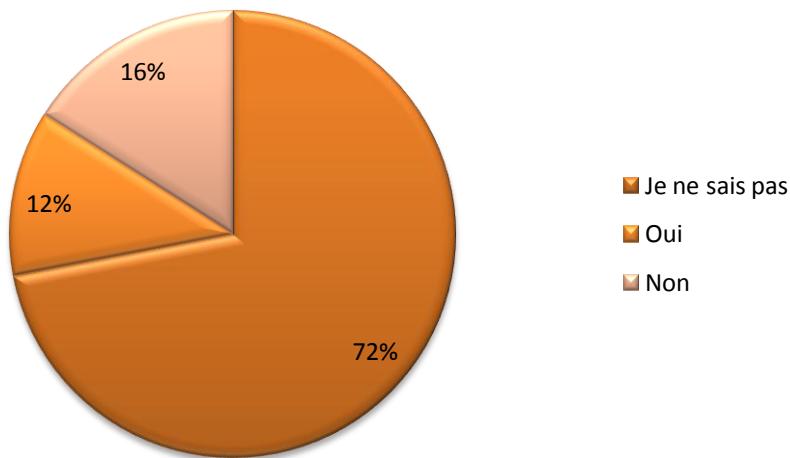


Figure 49 : Proportion de réalisation des entretiens pharmaceutiques dans les officines à proximité des pharmacies ne les réalisant pas

4. Discussion

Les entretiens pharmaceutiques se voulaient un dispositif applicable dans toutes les officines, permettant d'améliorer le suivi des patients à risques dans des problématiques de santé publique. A l'échelle nationale, ce dispositif avait connu un certain succès, lors de son lancement en 2013. Lors de son premier bilan, en décembre 2014, l'Assurance Maladie indiquait que 63% des pharmacies s'étaient impliquées dans les entretiens (51). Plus tard, en mai 2015, l'USPO réalisait une enquête auprès de 384 officines, montrant que 80% d'entre elles avaient tenu au moins un entretien depuis 2013 (87). Ces chiffres rejoignent les résultats obtenus dans cette enquête pour les Pays de la Loire (84%). En effet, pour l'échantillon considéré, la mise en place de ces entretiens semble être assez importante, et ce, quel que soit le type de pharmacies en question. Cependant, les chiffres tendent à montrer que des facteurs existent pouvant freiner leur mise en place au sein de certaines officines.

Pour autant, avant de se pencher plus avant sur les éventuels freins aux entretiens pharmaceutiques, il est important d'expliquer les biais qui peuvent impacter sur les résultats de cette enquête.

1. Les biais de l'étude

Tout d'abord, il existe très probablement un biais de sélection dans l'échantillon obtenu. En effet, si on se penche sur les moyens de diffusion utilisés pour transmettre les questionnaires aux pharmacies des Pays de la Loire, département par département, on

observe que le Maine-et-Loire et la Sarthe ont bénéficié de plus de moyens de diffusion que les autres départements. Il y a donc eu une probabilité de réponses de ces deux départements plus importante. Pour autant, de par la participation de l'URPS dans cette diffusion, toutes les pharmacies de la région ont reçu au moins une fois l'opportunité de répondre au questionnaire.

Le faible taux de réponses, comparé au nombre d'officines démarchées pour la réalisation de cette enquête (13%), nous amène également à nous interroger sur la représentativité de l'échantillon ainsi obtenu par rapport à la population d'origine.

Ensuite, le fait de présenter ce questionnaire comme portant sur les entretiens pharmaceutiques et leur mise en place au sein des Pays de la Loire occasionne également un biais de similarité notable : les pharmacies ayant répondu étaient, de manière générale, soit assez favorables à ces entretiens, soit clairement opposées à leur réalisation. Ceci se vérifie avec les données recueillies auprès des CPAM de Loire-Atlantique, Maine-et-Loire et Vendée, qui, comparées à celles de l'échantillon, montrent bien des différences notables entre les comportements globaux vis-à-vis des entretiens et les réponses reçues lors de l'enquête. Il est cependant à noter que quelques pharmacies, d'un côté comme de l'autre, ont un avis plus mitigé. En effet, si douze pharmacies ayant décidé de participer aux entretiens ne veulent désormais plus s'investir dans la réalisation de cet exercice, à l'inverse, l'une d'elles ne les réalisant pas mentionne qu'elle pourrait dégager du temps pour le faire à l'avenir.

Enfin, un biais de méthodologie, dans l'approche des questions, en grande partie structurée de manière ouverte, a pu générer une lassitude chez les répondants, ainsi que des difficultés dans l'exploitation des résultats. En l'occurrence, ce type de question présente intrinsèquement un biais d'interprétation qui ne peut être ignoré.

Nonobstant ces biais, cette enquête a tout de même atteint ses objectifs qui étaient de mettre en évidence les freins éventuels des officines à mettre en place les entretiens pharmaceutiques, ainsi que les difficultés rencontrées lors de cette mise en place.

2. Les facteurs favorisant la mise en place des entretiens

Un certain nombre de facteurs étudiés dans cette enquête semblent impliqués dans la réalisation des entretiens pharmaceutiques au sein des officines.

Tout d'abord, les distributions ne semblent pas similaires entre les départements des Pays de la Loire, pour l'échantillon considéré, sans pour autant qu'une différence de politique locale n'explique cette variation, puisque le cadre du dispositif est national.

Cependant, l'étude des profils des répondants au sein des départements révèle certains éléments à prendre en compte. En effet, parmi les participants de Vendée et de Loire-Atlantique se trouve une plus grande proportion de pharmacies de petites tailles (13 pharmacies de moins de 1 M€ pour un total de répondants de 36) que parmi les répondants des trois autres départements (34 pharmacies pour un total de 152). Or ce paramètre se révèle être un facteur favorisant dans la mise en place des officines.

En effet, la décision des pharmacies de réaliser les entretiens paraît être motivée par deux facteurs : le CAHT de l'officine, et le nombre de pharmaciens employés. Ainsi les structures de plus de 1 000 000€ de chiffre d'affaires et comptant plus de deux pharmaciens semblent plus impliquées dans les entretiens pharmaceutiques que les autres. Le fait que ces deux facteurs, parmi tous, soient en cause n'est pas étonnant en soi, puisqu'ils sont liés l'un à l'autre, la présence d'un adjoint étant une obligation légale en fonction du CAHT d'une officine. Ainsi, les structures plus importantes, et donc réalisant un plus gros chiffre d'affaires, disposent de plus de pharmaciens. Or, compte tenu de l'article R.4235-13 du CSP, « L'exercice personnel auquel est tenu le pharmacien consiste pour celui-ci à exécuter lui-même les actes professionnels ou à en surveiller attentivement l'exécution s'il ne les accomplit pas lui-même » (88). De ce fait, un pharmacien exerçant seul peut difficilement remplir ses devoirs s'il s'isole vingt à trente minutes avec un patient. A l'inverse, lorsque plusieurs pharmaciens sont présents au même moment au sein de l'officine, comme c'est le cas pour les structures plus importantes, il est plus facile pour l'un d'entre eux de se rendre disponible pour les entretiens pharmaceutiques. De même, les pharmacies dont le CAHT est important disposent généralement de plus d'espace disponible, et ont donc la possibilité d'aménager un espace destiné aux entretiens plus facilement que les plus petites structures.

Les disparités départementales au sein de la région révélées par l'enquête ne sont pas similaires à celles montrées par l'étude des données fournies par les CPAM. Le calcul de cette implication étant basé sur l'enregistrement de nouvelles adhésions chaque année par les pharmacies, dans le cas des données des CPAM, il existe un biais quant aux pharmacies qui continuent de réaliser des entretiens sans pour autant inclure de nouveaux patients dans le dispositif. Néanmoins, en ce qui concerne les années 2013 et 2014, pour les entretiens relatifs aux AVK, les pharmacies de Loire-Atlantique et de Vendée semblaient plus impliquées dans les entretiens pharmaceutiques que les officines du Maine-et-Loire. A l'inverse, au sein de l'échantillon, ces deux départements semblaient significativement moins impliqués dans les entretiens que ne l'était le Maine-et-Loire. Ceci peut s'expliquer par deux facteurs. Le premier d'entre eux est le faible nombre de répondants pour les départements de Loire-Atlantique et de Vendée. Le second est la taille des structures considérées. En effet, si les officines répondantes pour

ces trois départements sont en majorité de petites structures, l'étude de l'enquête démographique réalisée chaque année par l'Ordre National des pharmaciens montre qu'en 2015, la présence pharmaceutique dans les officines était évaluée à 2,7 pharmaciens au moins par structures dans le Maine-et-Loire et la Loire-Atlantique, et était comprise entre 2,3 et 2,5 pharmaciens en Vendée, contre moins de 2,3 pharmaciens par officine en Mayenne et en Sarthe (89). On peut donc en conclure que de manière générale, les officines du sud de la région sont de plus grosses structures que celles du nord. Ainsi, l'on pourrait s'attendre à ce que le taux d'implication dans les entretiens pharmaceutiques pour ces départements soit aussi important sinon plus qu'en Mayenne et en Sarthe. Il faudrait donc pouvoir s'appuyer sur un échantillon plus important et plus représentatif, afin de confirmer l'impact de la taille des officines sur leur implication dans les entretiens.

Le nombre total d'entretiens réalisés depuis leur mise en place dans une même officine semble également lié à plusieurs facteurs : le CAHT, le nombre de pharmaciens employés par la structure, l'environnement de la pharmacie ainsi que le nombre de pharmaciens impliqués dans la réalisation des entretiens au sein d'une même officine. Dans l'idéal, afin de pouvoir conclure de manière formelle sur les différences mises en évidence par les tests statistiques, il serait pertinent d'appliquer la méthode de Dunn pour les comparaisons multiples aux résultats obtenus. Cependant, l'observation de l'allure générale des distributions des différents groupes de l'échantillon nous permet de supposer une différence pour les pharmacies de plus de 2 000 000€ de CAHT, et comprenant au moins trois pharmaciens en exercice dans la structure (figures 23, 27 et 31). Le lien avec les deux premiers paramètres s'explique de la même manière que précédemment. En ce qui concerne l'environnement des officines, on constate, de par les distributions des différents groupes de l'échantillon, que les pharmacies de centres commerciaux ont tendance à réaliser plus d'entretiens que les autres. Les profils variés des patients fréquentant ces pharmacies peuvent être une explication éventuelle de ces résultats, mais on peut plus sûrement relier ce résultat au fait qu'au sein de l'échantillon, les officines de centres commerciaux étaient toutes des structures importantes, au CAHT supérieur à 2 000 000 €, exception faite de la pharmacie côtière dont le CAHT était supérieur à 1 000 000 €. Enfin, le nombre de pharmaciens impliqués semble pouvoir être relié au nombre d'entretiens réalisés. Ceci peut s'expliquer par une plus grande visibilité de cette activité par le public lorsque plusieurs membres d'une même équipe sont impliqués de manière active, ainsi probablement qu'une plus grande possibilité de rendez-vous pour les patients et une plus grande force de recrutement.

Le taux de reconduction moyen des entretiens semble, quant à lui, n'être impacté que par un facteur : le nombre de pharmaciens impliqués au sein d'une même équipe. Ainsi, d'après les distributions observées, une pharmacie dont plusieurs membres

réaliseraient les entretiens, en effectuerait non seulement plus que les autres, mais serait plus à même de tenir un second voire un troisième entretien pour un même patient. Il est difficile *a priori* de déterminer en quoi ce facteur impacte plus que les autres sur le taux de reconduction des entretiens. On ne peut que supposer que la visibilité de cette activité, le niveau de formation général de l'équipe ou encore la place donnée aux entretiens dans les activités de routine, trois facteurs potentiellement liés à une plus grande implication des membres de l'équipe, soient en cause. Une étude plus approfondie des pharmacies dont le taux de reconduction moyen est le plus élevé, sous la forme d'une interview, par exemple, pourrait permettre de mettre en évidence les origines de leur réussite.

Ainsi, le profil type d'une officine réalisant les entretiens pharmaceutiques de manière importante, d'après les observations faites ici, serait celui d'une structure disposant d'un CAHT important, et donc de plus d'espace et de personnel disponible pour les tenir, et dont plusieurs personnes au sein de l'équipe y sont impliquées.

3. L'état des lieux de la mise en place des entretiens pharmaceutiques

Les pharmacies se sont donc révélées relativement intéressées et motivées par les entretiens pharmaceutiques puisque nombre d'entre elles, au sein de l'échantillon, ont décidé de s'y impliquer. Pour ce faire, elles se sont formées, et certaines d'entres elles ont même suivi plusieurs enseignements auprès de plusieurs organismes. Pour autant, on note que, lorsque les pharmaciens ne suivent pas des formations portant sur ces trois axes, ils privilégient les enseignements théoriques. Ceci peut s'expliquer par le fait que les formations pratiques nécessitent généralement la présence du pharmacien au sein d'un cours, et donc la prise de temps et le déplacement de celui-ci, tandis qu'un certain nombre d'enseignements théoriques se font aujourd'hui sans obligation de présence, par « e-learning », formation à distance, vidéoconférence, et peuvent plus facilement s'adapter aux contraintes quotidiennes des professionnels. Cependant, compte tenu des différences très marquées entre l'éducation en santé et l'éducation traditionnelle suivie par les pharmaciens tout au long de leurs cursus scolaire, universitaire, et par extension lors de ces formations (I-2), ces professionnels risquent d'avoir des difficultés à mettre en place une relation d'éducation centrée sur le patient. Il pourrait être compliqué pour eux d'amener ces derniers à occuper le temps de parole qui est le leur de manière efficace pour leur apprentissage. Cet état de fait est pourtant connu de longue date dans l'éducation en santé. En effet, lorsque se tient le colloque « Éducation du Patient en l'an 2001 », à Namur en Belgique, près de trois cents professionnels de santé se regroupent pour faire part de leurs réflexions, basées sur les recommandations du rapport de l'OMS « Éducation thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour soignants en matière de prévention des maladies chroniques ». Ils concluent à propos

des critères de qualité des programmes de formation des soignants que « des méthodes variées de formations devraient être choisies [...] en évitant les cours magistraux et autres méthodes expositives. Les programmes de formations devraient comprendre une part d'application directe et de pratique sur le terrain avec les patients. [...] Ils devraient être fondés sur l'apprentissage actif et le renforcement des capacités des soignants en formation de planifier et concevoir eux-mêmes leur apprentissage, sur la base de leur expérience, leurs représentations de leur rôle, et des besoins, expérience et représentations des patients. La formation doit donc être cohérente avec les principes mêmes de l'éducation du patient : dans les deux cas, l'apprentissage doit être centré sur « l'apprenant ». Ils ne peuvent donc se limiter à une mise à jour des savoirs techniques de soins, ni aux « contenus » médicaux d'éducation du patient. » (90)

La première étape, lorsque le personnel de la pharmacie a été formé aux entretiens, est le recrutement des patients. Dans l'échantillon considéré, celui-ci se fait majoritairement au comptoir, généralement au cours d'une délivrance de médicaments. Un élément est cependant à noter : quelques pharmacies ont recruté des patients par téléphone ou à leur domicile. Or cette pratique contrevient aux articles R. 4235-21 (91) et R. 4235-22 (92) du CSP relatifs à la sollicitation de clientèle (75). Si ce nouvel exercice peut être proposé au sein de l'officine, le faire en dehors de ses murs n'est pas autorisé.

La majorité des pharmacies recrute ses patients en s'appuyant sur les prescriptions de la personne et son historique médicamenteux pour proposer les entretiens. On note tout de même le faible nombre de pharmaciens qui s'appuient sur les lettres de la CPAM présentées par les patients pour les recruter. Ainsi, les assurés seraient peu nombreux à amener ce courrier à leurs pharmaciens pour avoir de plus amples informations. Peut-être les pharmaciens anticipent-ils ce fait en cherchant à les recruter avant qu'ils n'abordent la question de ce courrier, ou peut-être les patients curieux de ce nouveau dispositif ne mentionnent-ils pas la source par laquelle ils en ont eu vent en premier lieu. Pour autant, lorsque l'on interroge les officines à propos des améliorations qu'elles voudraient voir apporter au dispositif pour que celui-ci puisse se pérenniser dans le temps, un certain nombre mentionnent qu'elles souhaiteraient un soutien plus important des instances publiques et de l'Assurance Maladie, ainsi qu'un envoi plus massif de ce type de courrier pour faire la promotion des entretiens auprès des patients.

Par opposition, dans 37% des pharmacies, des patients demandent de leur propre chef des informations à propos des entretiens, et cherchent à se faire recruter. Ainsi, il semblerait que l'existence de ces entretiens soit tout de même connue par une certaine part de la population et que les campagnes d'information menées au sein des officines et

par l'Assurance Maladie aient touché une partie du public ciblé. Mais, les pharmacies qui n'ont pas souhaité réaliser les entretiens remontent à l'inverse que la plupart d'entre elles n'ont jamais reçu de demande de la part de leurs patients. Seules deux d'entre elles (soit 8%) ont eu à décliner des demandes d'entretiens. Une telle différence est assez étonnante, dans la mesure où les courriers de la CPAM ont été envoyés à tous les patients ciblés. Peut-être l'indication au sein des officines proposant les entretiens de la tenue de ceux-ci, que ce soit sur une affiche ou un autre support, a-t-elle poussé les patients à s'intéresser au dispositif ? A l'inverse, les patients des officines ne les réalisant pas ou n'en faisant pas mention n'ont peut-être pas osé ou pensé à interroger leur pharmacien sur le sujet ? Dans la mesure où seules un quart des officines font la promotion des entretiens pharmaceutiques de manière autre qu'orale, il est difficile de rattacher cette différence à ce seul facteur. Une enquête menée auprès des personnes ayant accepté les entretiens, pour déterminer quels moyens de communication leur ont permis de les connaître, pourrait être pertinente. Elle permettrait de sélectionner de manière fiable les méthodes de communication les plus adaptées.

Lors du recrutement, les arguments les plus utilisés par les pharmacies sont relatifs au gain de connaissances et de compétences que les patients peuvent espérer obtenir. Pour cela, elles leur parlent d'éléments liés à leurs traitements et leur présentent les différents items abordés lors des sessions. Ces arguments expriment en fait majoritairement le contenu des entretiens plus que leurs objectifs finaux, qui sont la sécurité et l'autonomie. Face à cela, les objections des patients sont principalement liées au fait qu'ils estiment connaître leur traitement. Dans la mesure où il s'agit pour eux de traitements de longue haleine, il est compréhensible que certains patients ne comprennent pas pourquoi cette proposition leur est soudain faite, et qu'ils n'en perçoivent pas l'intérêt d'emblée. L'une des solutions possibles consisterait à s'appuyer sur un éventuel inconvénient lié au médicament, que la personne aurait pu rencontrer, pour lui montrer l'intérêt qu'il pourrait avoir à mieux maîtriser les aspects de celui-ci (75). D'autres approches semblent présenter moins d'objections, notamment le fait de présenter les entretiens comme un temps d'échange autour de la maladie, où il est possible de poser des questions dans un environnement différent. La mention du gain d'autonomie par l'accompagnement semble également être un argument contre lequel les patients n'ont pas d'autres objections que le temps à y consacrer. Pour s'opposer à ce contre-argument, il est possible de mettre en avant auprès du patient le gain d'autonomie et de confort relatif à la diminution des contraintes liées à la maîtrise de son traitement, qui peuvent présenter pour lui un gain de temps à l'avenir (75).

Un certain nombre d'officines remontent également le fait que le positionnement du pharmacien dans le rôle d'accompagnant est souvent mal compris des patients, estimant pour une part d'entre eux que ce rôle revient à leur médecin traitant. Cette

objection est en soi le signe d'un inconfort de la personne vis-à-vis d'un exercice inhabituel. Il peut se solutionner si des démarches ont été réalisées pour informer médecins et autres professionnels de santé des environs, et que le pharmacien peut justifier auprès de son patient que ceux-ci connaissent le dispositif et qu'ils seront dans tous les cas avertis par un courrier des éléments importants liés aux entretiens, s'il le permet (75). Un autre point important relevé par les pharmaciens est la question financière. Face à des patients inquiets du coût de ce dispositif, il est important d'expliquer le fait que ceux-ci sont remboursés. Si le fait de représenter un coût pour le système est une crainte du malade, il peut être bon de signaler qu'un patient qui se porte mieux coûte moins cher à la sécurité sociale que quelqu'un suivant de multiples traitements, voire hospitalisé (I-4).

L'utilisation des vocables « conseils », « informations » et « connaissances » par les pharmacies doit être faite avec attention. Tant dans le discours de présentation des entretiens que dans sa réalisation, le pharmacien doit veiller à ne pas introduire cette nouvelle activité comme une version plus complète du travail qui est déjà effectué au comptoir, au risque d'entraîner la confusion dans l'esprit du patient. Par ailleurs, peu de pharmaciens mettent en avant la responsabilisation de la personne, son gain en autonomie ou en confort de vie. Il y a là un aspect des entretiens qui est peut-être sous-estimé par les officinaux.

En ce qui concerne l'organisation des entretiens, le choix des pharmacies s'est porté en faveur de la continuité dans l'apprentissage, en maintenant au maximum un même pharmacien pour un même patient. Ce choix d'organisation, s'il peut parfois restreindre les possibilités de rendez-vous pour les malades, est tout de même fortement recommandé (75). Dans l'idéal, si changement il doit y avoir, le patient doit être en accord avec celui-ci. Le choix du lieu de tenue des entretiens peut être différent d'une pharmacie à l'autre, et on constate que dans un certain nombre de cas, il peut changer au sein d'une même officine. Seule 16% des structures bénéficient d'un lieu dévolu à la réalisation des entretiens, et même dans ce cas, ils ne sont pas toujours réalisés dans cette pièce. Dans le cas où ce lieu n'existe pas, un nombre important de pharmacies ont fait le choix de recourir au bureau du titulaire, ainsi qu'à un local isolé potentiellement dédié à un autre usage. Seule une petite part d'officines a recours à des lieux difficilement adaptés aux entretiens, tels que le préparatoire, une salle de pause, ou encore le comptoir. Ces résultats rejoignent ceux de l'enquête de l'USPO réalisée en mai et juin 2015. Là aussi, la majorité des pharmacies utilisaient un espace confidentiel préexistant, et 18% d'entre elles avaient créé une zone de confidentialité pour réaliser les entretiens. 13% des officines déclaraient cependant ne pas avoir de lieu adapté à leur réalisation (87). Malgré tout, dans la grande majorité des cas, lorsque les pharmacies ne sont pas en mesure d'aménager un espace propre aux entretiens, elles cherchent avant

tout à assurer la confidentialité du lieu et son caractère isolé, afin que l'échange ne soit pas interrompu. Elles respectent en cela les directives de la convention pharmaceutique (25,75). Dans la mesure où, de 2013 à 2015, les officines de l'échantillon ont, en moyenne, réalisé 19 entretiens, soit moins d'un par mois, ceux-ci ne représentent pas à l'heure actuelle un secteur suffisamment important dans le quotidien des pharmacies pour nécessiter l'installation d'un local qui leur serait dévolu de manière systématique. Pour autant, la majorité d'entre elles a su ménager pour cet exercice une place prenant en compte leurs particularités.

Le moment choisi par les pharmacies pour réaliser les entretiens est majoritairement situé en journée, durant les plages d'ouverture. Cette situation, évidente lorsque l'établissement dispose de plusieurs pharmaciens en exercice, peut devenir un problème pour ceux de plus petite dimension qui fonctionnent avec un seul pharmacien. Ainsi, 15% des pharmacies ont fait le choix de tenir les entretiens hors des horaires d'ouverture, afin de pouvoir répondre à l'article R. 4235-13 du CSP (75,88). Parmi ces 15%, 11 pharmacies ont fait le choix, à l'occasion, de réaliser les entretiens pendant les périodes d'ouverture de la pharmacie. L'organisation de l'emploi du temps du pharmacien dans les petites structures est un véritable frein à la réalisation régulière des entretiens. Trouver un moment qui convienne à la fois au patient, au pharmacien, et qui ne soit pas un frein à l'activité quotidienne de l'officine se révèle souvent compliqué, ce qui a en convaincu un certain nombre de ne pas réaliser les entretiens (III-3-5-1 et III-4-3-6). Il y a là une vraie source d'inégalité dans la prise en charge des patients en fonction des officines qu'ils fréquentent.

Le temps occupé en moyenne par les entretiens, autour de 32 minutes, correspond à la barrière haute de la durée estimée pour cet exercice. En effet, lorsque l'échange se prolonge, le risque de perdre l'attention du patient dans une masse d'informations devient important (65). Ainsi, la structure même des entretiens, présentée au sein des guides d'accompagnement des patients (II-7-6-2), ainsi que leur rémunération, ont été étudiées pour des face-à-face avec les patients de l'ordre de vingt minutes (24). De plus, le temps de préparation n'a jusqu'alors pas été mesuré dans la réalisation de cette activité. Il semble pourtant que pour un entretien de vingt minutes, il faille presque autant de temps au pharmacien pour le préparer et le retranscrire en amont et en aval (57 minutes en moyenne). Cette durée non mesurée est un temps d'indisponibilité pour un pharmacien réalisant les entretiens en pleines journées, et un temps de travail non rémunérateur lorsqu'ils ont lieu hors des heures d'ouverture de la pharmacie. Effectivement, bon nombre de professionnels réalisant les entretiens relèvent cette problématique de temps occupé considéré comme perdu pour l'activité de routine de l'officine (III-3-4), et signalent la situation des petites structures n'employant qu'un seul pharmacien et peinant à implanter cet exercice. Cette réalité est également pointée

du doigt dans l'enquête réalisée par l'USPO au printemps 2015, dans laquelle 93% des pharmaciens interrogés estiment les entretiens plus chronophages que prévu (87). De plus 80% de l'échantillon ne les réalisant pas mentionnent cet aspect comme ayant été un facteur de leur décision.

La communication avec les autres professionnels de santé est un aspect important des entretiens pharmaceutiques. En effet, de leur accueil de cet exercice dépend l'image même de ces entretiens auprès des patients. Un certain nombre de pharmaciens mentionnent le fait que les patients ont eu tendance, pour une certaine part d'entre eux, à rechercher l'aval de leur médecin traitant avant d'entrer au sein du protocole d'entretiens, à l'instar de la pharmacie n°118, qui évoque la réponse courante de patients « Est-ce que mon médecin va être d'accord ? Je gère ça avec lui... ». Ainsi il est important, pour améliorer l'éducation des patients, que tous les acteurs de santé qui les entourent parlent d'une même voix. Si pour l'échantillon, la majorité des pharmacies sont entrées en contact avec les professionnels de santé voisins, principalement les médecins généralistes et les cabinets infirmiers, une large part n'ont aucunement communiqué auprès des autres professions de santé. Parallèlement à cela, l'accueil réservé par les médecins et les infirmiers à l'annonce des pharmaciens reste clairement mitigé. Certaines officines remontent des retours favorables, quand d'autres le sont moins, et ce en proportions quasi identiques. Les résultats obtenus ici font écho à l'analyse de l'opinion des médecins généralistes et des pneumologues belges suite à la mise en place du dispositif d'entretiens pharmaceutiques, orienté sur l'asthme, en octobre 2013 en Belgique. Comme c'est le cas ici, l'accueil de ces mesures par les médecins belges était mitigé. Les raisons avancées étaient imputées au caractère non obligatoire de la communication entre médecins et pharmaciens, ainsi qu'au sentiment des médecins que cet exercice empiétait sur leur domaine d'exercice (93,94). Par ailleurs la communication généralisée et le soutien des autres professions de santé et des instances publiques sont des axes qui reviennent souvent au cours des réponses. Nombreux sont les pharmaciens à appeler de leur vœux un message global, dirigé vers les patients, les professionnels de santé, et le public au sens large, pour informer de l'existence de ces entretiens et de leurs objectifs (III-3-3-5).

4. L'opinion des pharmaciens

De prime abord, sur les 159 pharmacies ayant répondu au questionnaire, 39 affirment dès la première question portant sur leur opinion des entretiens, leur être favorables sans tempérer leur réponse par la mise en évidence de difficultés rencontrées. Les réponses à cette première question, au-delà des chiffres, révèlent deux aspects inquiétants pour la poursuite dans le temps des entretiens pharmaceutiques :

- Il existe une confusion importante entre le rôle de conseil du pharmacien au comptoir, et son rôle d'accompagnant au cours des entretiens.

- Les pharmaciens regrettent qu'ils soient si compliqués à mettre en place, tant au regard des difficultés de recrutement des patients que du temps passé pour la rémunération perçue.

Il y a là une méprise du rôle du pharmacien accompagnant qui représente un risque réel pour la poursuite de cet exercice. Si celui-ci réalise effectivement le même exercice au comptoir et en entretien, il est aisément compréhensible que les patients ne souhaitent pas réitérer l'expérience plusieurs fois. Aussi, bon nombre de pharmaciens ne savent plus comment interagir avec le patient au-delà des premières vingt à trente minutes d'échange. Il est capital que le rôle de conseil reste un rôle de comptoir, et que l'exercice d'accompagnement et d'autonomisation du patient se fasse, non pas par le biais d'informations poussées et personnalisées de la part du pharmacien, mais bien par celui d'un échange patient-pharmacien, et non l'inverse, visant à faire évoluer la compréhension et l'assimilation par le patient en se basant sur sa propre expérience et ses propres réflexions (14). Si l'exercice de l'entretien exige qu'une part de conseils personnalisés et d'informations soit transmise par le pharmacien au patient pour nourrir l'échange, celle-ci ne doit pas représenter la majorité du contenu de la discussion (14,69). Le pharmacien ne doit pas diriger l'échange, mais se contenter de l'orienter dans la bonne direction.

En termes de bénéfices non pécuniaires, le constat, bien que mitigé, reste tout de même positif : la plupart des pharmacies interrogées estiment avoir gagné à participer aux entretiens, ne serait-ce qu'en terme de relation avec les patients et d'image auprès d'eux, qu'il s'agisse de l'image du professionnel de santé ou de la pharmacie dans son ensemble. Cependant, ces bénéfices restent à pondérer compte tenu des avis généraux et des difficultés rencontrées, mais non solutionnées. On note que 13% des pharmacies estiment n'avoir rien gagné à participer aux entretiens pharmaceutiques. Ces résultats font également écho à l'enquête réalisée par l'USPO, où 90% d'entre eux estimaient que les entretiens amélioraient de manière générale leurs relations avec leurs patients, contre 10% qui n'étaient pas d'accord avec cette affirmation (87).

D'un point de vue plus financier, la rémunération perçue par les officines pour les entretiens réalisés reste un aspect négatif pour leur poursuite. Tant pour le montant perçu que pour la durée écoulée entre l'acte et son paiement, la plupart des pharmacies intégrées dans les entretiens se déclarent insatisfaites. Cette notion est à mettre en parallèle de la problématique de temps occupé tant par l'entretien en lui-même que par sa préparation, excédant les vingt minutes dans la plupart des cas. Une fois encore,

l'enquête réalisée par l'USPO révélait la même tendance, avec 94% des pharmaciens interrogés estimant que cette activité n'était pas assez rémunérée (87).

Ces difficultés sont à l'origine d'une démotivation dans les rangs des pharmaciens qui ont choisi de réaliser les entretiens, et parmi eux, quelques-uns (9%) ont décidé de ne plus les proposer à leurs patients. L'enquête de l'USPO révélait une tendance plus marquée de non implication de la part des officines. 3% des pharmaciens ayant réalisé des entretiens AVK ne souhaitaient plus le faire, 41% ne désiraient plus recruter de nouveaux patients, et 66% des interrogés n'envisageaient pas de mettre en place les entretiens asthme (87). Cette réalité met en perspective la poursuite des entretiens pharmaceutiques sous leur forme actuelle.

Pour autant, la plupart des pharmaciens participant aux entretiens, s'ils peuvent avoir eu des déconvenues avec ceux-ci, ont une idée des améliorations qu'ils aimeraient voir naître pour les pérenniser. Ces axes d'amélioration reprennent les problématiques mises en évidence ici : la rémunération, les restrictions de recrutement, ainsi que la communication extérieure autour des entretiens pharmaceutiques.

Les pharmacies souhaitent en grande majorité que la rémunération des entretiens évolue. Ils évoquent un passage en paiement à la séance et non plus à l'année, et de valeur plus importante. Ils demandent également un élargissement des conditions de recrutement pour pouvoir faire entrer plus de patients dans le protocole, et ce notamment pour l'asthme. En l'occurrence, les réponses ayant été recueillies en 2015, l'arrêté n°8 répond en partie à cette demande en élargissant le champ des entretiens et en modifiant leur structure attendue dans les années suivant celle d'inscription (24). Enfin, les pharmaciens sont en demande d'une valorisation de leur activité, tant par les caisses d'Assurance Maladie que par les autres professions de santé. Ils attendent également une diversification du champ des entretiens et leur étendue à des nouvelles pathologies.

Quelques pharmacies mentionnent également qu'elles souhaiteraient être mieux préparées à la réalisation des deuxièmes séances, et formées de manière à pouvoir les faire perdurer. Étant donné le faible taux de renouvellement des entretiens, les pharmaciens, évoquant le manque d'intérêt des patients pour un second rendez-vous, peinent à les gérer. Il semble donc y avoir là un axe à apporter aux formations proposées aux professionnels de santé.

5. L'opinion des patients

Les pharmaciens ont en général l'idée que les patients sont globalement plutôt satisfaits des entretiens proposés. Ce constat fait écho à la note de satisfaction de 6,8/10

que les pharmaciens donnaient aux entretiens fin 2014 dans l'étude réalisée pour l'Assurance Maladie (51). Pour autant, cette satisfaction apparente ne semble pas se traduire en fidélisation des patients pour la pharmacie où se déroule l'accompagnement, de l'avis de la grande majorité des officinaux. Afin de pouvoir évaluer ce taux de satisfaction de manière plus pertinente, il faudrait pouvoir interroger les patients desdites pharmacies pour comparer cet avis.

6. Les pharmacies non impliquées

Trois facteurs sont principalement à l'origine de la volonté de certaines officines de ne pas s'impliquer dans les entretiens pharmaceutiques.

Le premier est la taille des pharmacies, qui peut empêcher le pharmacien en exercice de dégager du temps et de l'espace pour réaliser les entretiens tout en assurant le fonctionnement quotidien de l'officine. Il s'agit là d'un facteur qui est source de complications pour les structures volontaires.

Le second facteur est lié à une mauvaise communication autour des entretiens, c'est-à-dire la confusion que certains pharmaciens entretiennent entre l'exercice de conseil et l'éducation des patients. Pour un certain nombre de pharmacies, le travail d'éducation s'apparente à du conseil personnalisé vis-à-vis des patients. Cette vision des choses est problématique dans la mesure où ces deux aspects de l'échange avec le patient sont, certes, complémentaires, mais ne se substituent aucunement l'un à l'autre. Les conseils personnalisés, s'ils peuvent aider le patient à comprendre l'enjeu de son traitement et à le suivre de manière régulière, ne garantissent en aucun cas un gain d'autonomie et de compétences d'auto soins. L'observance obtenue par ce moyen est toute relative. C'est la raison pour laquelle elle est jugée comme étant un problème majeur par l'OMS (61).

Le troisième facteur est lié aux problématiques de rémunération. Le gain jugé trop faible en comparaison du temps passé, et le temps écoulé entre la tenue d'un entretien et sa rétribution a beaucoup refroidi la motivation de certaines officines, qui préfèrent s'en tenir à leurs autres missions.

Quelques pharmacies font également mention de la mauvaise presse dont les entretiens ont pu faire l'objet par le biais des autres professions de santé. Ceci les a donc convaincus de ne pas les réaliser suite aux refus des patients concernés.

L'étude réalisée par l'USPO, si elle différenciait les entretiens en fonction du thème qu'ils ciblaient, remontait des éléments similaires. En effet, pour les entretiens AVK, les deux principales raisons qu'avaient les pharmacies de ne pas ou ne plus s'y impliquer étaient liées au temps occupé (54%), à la rémunération, l'environnement médical et

l'absence de demande des patients (49%). Dans le cas des entretiens asthme, les trois raisons principales étaient le recrutement trop compliqué (75%), la rémunération insuffisante (61%), et le temps occupé (53%). Les autres raisons, plus marginales étaient liées à l'absence de zone de confidentialité, l'absence de patients concernés par les entretiens, et l'absence d'intérêt du pharmacien pour le dispositif (87).

Il est à noter que, quelle que soit la raison mentionnée par ces officines pour ne pas réaliser les entretiens pharmaceutiques, peu ont cherché à savoir si d'autres pharmacies dans leur voisinage les avaient mis en place. Ainsi, on peut constater le peu d'intérêt que ces structures portent à l'exercice en question.

Pour autant, malgré ces aspects négatifs et la perfectibilité du dispositif à long terme, des tentatives pour développer l'accompagnement des patients restent d'actualité. Par exemple, en Loire-Atlantique, l'URPS pharmacien a supervisé la mise en place expérimentale d'un programme de « suivi et d'accompagnement des patients diabétiques type 2 ». Les objectifs de cette étude sont d'améliorer la prise en charge des personnes diabétiques de type 2 dans le département et de réaliser un protocole d'entretiens pharmaceutiques associé à un « bon usage du médicament » (95). Les résultats de cette enquête montrent une amélioration de l'état général des connaissances et des comportements des patients à l'issue du deuxième entretien, et une satisfaction importante, tant du côté des patients (8/10) que des pharmaciens (93). Les difficultés rencontrées dans ces entretiens pharmaceutiques doivent être perçues non pas comme un échec, mais plutôt comme un potentiel d'amélioration au service du patient.

5. Conclusion

L'étude de la mise en place des entretiens pharmaceutiques dans les pharmacies de la région Pays de la Loire a permis de mettre en évidence différents éléments, qui dessinent un portrait de cet exercice, tel qu'il était perçu et vécu par les officines locales en 2015. Tout d'abord, le taux de participation aux entretiens pharmaceutiques est important, signe d'un certain engouement de la profession pour cet exercice, ne serait-ce que dans ses débuts. Pour autant, le nombre de séances réalisées par officine participante reste assez faible. Malgré la bonne volonté des pharmaciens, les entretiens peinent donc à trouver leur place parmi les différentes missions exercées dans les officines. On constate que la majorité des officines qui ont eu la volonté de s'impliquer dans les entretiens pharmaceutiques ont fait le choix de former leurs pharmaciens. Ils se disent d'ailleurs globalement plutôt satisfaits de l'enseignement reçu. Les entretiens sont en général effectués dans des conditions garantissant la confidentialité et l'isolement nécessaire à leur réalisation, dans un temps proche de celui estimé comme référence par le législateur (25), en faisant en sorte d'assurer une continuité dans le suivi des patients

et dans le maintien de la relation de confiance. A cet égard, les séances réalisées correspondent bien à ce que l'on attend d'entretiens pharmaceutiques. De plus, la majorité des pharmacies ont cherché à entrer en contact avec les prescripteurs afin de garantir une communication interprofessionnelle favorable au suivi du patient. Ces pharmaciens estiment d'ailleurs ces derniers globalement satisfaits du service qui leur a été proposé.

Certains facteurs semblent avoir un impact sur la mise en place et sur le nombre d'entretiens réalisés. Ainsi les officines de taille importante, employant plusieurs pharmaciens, dont un certain nombre sont impliqués dans la tenue des entretiens, semblent à même d'en réaliser plus que les autres, et de les reconduire plus facilement. Cependant, le taux de reconduction des entretiens reste faible, et les pharmaciens eux-mêmes avouent avoir des difficultés à tenir les seconds entretiens et à mobiliser leurs patients pour les suivre. Dans le même temps, on note une certaine confusion dans les notions d'entretiens et de conseils personnalisés, tant pour les pharmacies non impliquées que pour celles impliquées dans les entretiens et dont les pharmaciens ont été formés à cet exercice. Il y a donc là un axe qu'il convient de clarifier, tant par la communication des instances publiques que par le biais des formations, qui semblent n'avoir pas résolu ce problème. Par ailleurs, cette enquête a mis en évidence les difficultés pour les petites structures à dégager du temps, du personnel et de l'espace pour pouvoir tenir les entretiens pharmaceutiques dans de bonnes conditions. Les problèmes liés à la hauteur de la rémunération perçue, aux délais et aux conditions de perception de celle-ci font également débat. Toutefois, ces dernières ayant évolué avec la ratification de l'avenant n°8 (24), une nouvelle enquête auprès des pharmacies de la région pourrait donner un aperçu de l'accueil qu'elles ont reçu.

Conclusion

Le positionnement du pharmacien d'officine dans l'accompagnement des patients atteints de maladie chronique n'est aujourd'hui plus à prouver. Depuis 2009, sa place au sein des parcours d'éducation des patients est reconnue par le législateur français. Partout ailleurs dans les pays économiquement développés, la réflexion sur la forme que doit prendre cet accompagnement a eu lieu ou est en train d'émerger. Il s'agit donc là d'une réalité de terrain, que les pharmacies ne peuvent plus ignorer : l'évolution de nos modèles de santé passe par l'éducation des patients et l'accompagnement dans la gestion de leurs pathologies chroniques, et le pharmacien se doit d'y prendre part.

Les entretiens pharmaceutiques sont l'une des formes d'accompagnement choisie par la France. Ils complètent à la fois les programmes d'éducation thérapeutique du patient auxquels certains pharmaciens participent déjà, et les conseils personnalisés dispensés au quotidien dans les pharmacies de l'hexagone. Ils partagent d'ailleurs quelques points communs avec ces exercices. Pour autant, de par les aspects qui leur sont propres, la réalisation des entretiens pharmaceutiques implique la maîtrise de nouvelles compétences par le pharmacien accompagnant.

Ce travail avait notamment pour but d'étudier la mise en place des entretiens pharmaceutiques dans les Pays de la Loire, depuis leur lancement en 2013 jusqu'à juin 2015. Ceux-ci ont reçu un certain succès, de prime abord. Bien que les conditions nécessaires pour réaliser les entretiens de manière optimale n'aient pas toujours été présentes dans les officines au commencement, la majorité d'entre elles ont trouvé des solutions permettant d'accompagner les patients de manière à être en accord avec les recommandations émises dans les différents textes encadrant cette pratique. Cependant, le nombre d'entretiens réalisés, principalement en ce qui concerne les deuxièmes et éventuellement troisièmes séances, restent faibles. Force est de constater que la taille des structures et le nombre de pharmaciens qui y offrent impactent sur la tenue régulière de cet exercice. Cette réalité provoque une disparité dans l'offre de suivi des patients, et limite les possibilités d'intégration de certains patients au sein du dispositif. Les pharmaciens ayant participé à l'enquête, s'ils soutiennent l'intérêt des entretiens pharmaceutiques, expriment également leur désarroi face à un système qu'ils jugent perfectible.

Au-delà des entretiens portant sur l'asthme et les anticoagulants oraux, d'autres pathologies sont étudiées afin de déterminer s'il serait pertinent pour les patients de les

intégrer au dispositif d'entretiens pharmaceutiques. Des thèses ont été rédigées, proposant des modèles méthodologiques permettant de réaliser des entretiens sur l'hypertension artérielle (53), le diabète gestationnel (83), le sevrage tabagique (97) ou encore la ménopause (98). De manière plus concrète, des études sont menées sur le terrain, telles que celle de l'URPS en Loire-Atlantique concernant l'accompagnement des patients diabétiques de type 2, dont les résultats tendent à montrer que ce type de dispositif présente un intérêt réel pour le patient (96). Une extension de cette étude à la Vendée et à la Sarthe est d'ailleurs prévue à l'automne 2017. Ainsi, le développement au long cours des entretiens pharmaceutiques à travers diverses problématiques de santé reste d'actualité. Si sa forme est amenée à évoluer pour se plier aux différentes exigences des thématiques abordées, son implantation dans le panel des offres de services des pharmacies est devenue une réalité concrète dans un certain nombre de pharmacies, et le développement de cette activité continue d'enthousiasmer les pharmaciens intéressés par l'éducation thérapeutique des patients.

Bibliographie

1. Atun R. Transitioning health systems for multimorbidity. Lancet. 22 juin 2015;386:721.
2. OMS. Maladies chroniques [Internet]. WHO. [cité 5 janv 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/
3. Texte fondateur - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - www.sante.gouv.fr [Internet]. [cité 5 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/texte-fondateur.html>
4. Plan amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques [Internet]. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative; 2007 avr [cité 6 janv 2016]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf
5. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806 août 9, 2004.
6. Omran AR. The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. Milbank Q. 2005;83(4):731-57.
7. Thompson WS. Population. Am Sociol Rev. 1929;6(34):959-75.
8. Meslé F, Vallin J. Transition sanitaire: tendances et perspectives. médecine/sciences. 2000;16(11):1161.
9. Bloch J. Importance du problème: fréquence, contribution des différentes pathologies. ADSP. sept 2010;(72):14-8.
10. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Vieillissement, longévité et assurance maladie. 2010.
11. Baumann C, Briançon S. Maladie chronique et qualité de vie: enjeux, définition et mesure. ADSP. sept 2010;(72):19-21.
12. OMS. Vieillissement et qualité de la vie [Internet]. WHO. [cité 12 janv 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/ageing/about/ageing_life_course/fr/
13. de Chambine S, Morin A. Protocolisation et qualité du parcours de soins dans le dispositif des affections de longue durée. ADSP. sept 2010;(72).

14. Tessier S. Les éducations en santé: éducation pour la santé, éducation thérapeutique, éducation à porter soins et secours. Paris: Maloine; 2012.
15. OMS. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [Internet]. WHO. [cité 19 janv 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
16. OMS. Charte d'Ottawa - Promotion de la Santé. 1986.
17. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
18. Mauduit L, Harousseau J-L, Teillac P. L'éducation thérapeutique du patient. Paris: Dunod; 2014.
19. Saout C, Charbonnel B, Bertrand D. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. 2008 sept.
20. Code de la santé publique - Article L1161-3. Code de la santé publique juill 23, 2009.
21. Code de la santé publique - Article L1161-1. Code de la santé publique juill 23, 2009.
22. Code de la santé publique - Article L1161-2. Code de la santé publique juill 23, 2009.
23. Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. mai 6, 2012.
24. Arrêté du 24 juin 2016 portant approbation de l'avenant n° 8 à la convention nationale du 4 mai 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. juin 28, 2016.
25. Arrêté du 24 juin 2013 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale du 4 mai 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie relatif à l'accompagnement des patients chroniques sous anticoagulants oraux. juin 27, 2013.
26. Arrêté du 28 novembre 2014 portant approbation des avenants nos 3, 4 et 5 à la convention nationale du 4 mai 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. déc 2, 2014.

27. BDSP - Glossaire Européen en Santé Publique [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/?Scripts>Show.bs%3FbqRef%3D121>
28. Haute Autorité de Santé, Institut Nationale de Prévention et d'Education pour la Santé. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. 2007.
29. Haute Autorité de Santé - Programme d'éducation thérapeutique du patient: grille d'aide à l'évaluation de la demande d'autorisation par l'Agence régionale de santé (ARS) [Internet]. [cité 27 janv 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_981885/programme-deducation-therapeutique-du-patient-grille-daide-a-levaluation-de-la-demande-dautorisation-par-lagence-regionale-de-sante-ars
30. Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient. 2010-904 août 2, 2010.
31. Haute Autorité de Santé. RECOMMANDATIONS: Éducation thérapeutique du patient, comment la proposer et la réaliser ? 2007.
32. Baudrant M, Rouprêt J, Trout H, Certain A, Tissot E, Allenet B. Réflexions sur la place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient. *J Pharm Clin.* déc 2008;27(4):201-4.
33. Code de la santé publique - Article R5015-2. Code de la santé publique août 8, 2004.
34. Code de la santé publique - Article L5125-1-1 A. Code de la santé publique déc 30, 2015.
35. Brunie V, Rouprêt-Serzec J, Rieutord A. Le rôle du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient. *J Pharm Clin.* avr 2010;29(2):90-2.
36. Dreux C, Blanchet F. L'éducation thérapeutique des patients: une ardente obligation pour les pharmaciens. *Nouv Pharm Bull Trimest Ordre Pharm.* déc 2009;(405):487-91.
37. Orenes A. Les entretiens pharmaceutiques antivitamine K, bilan et perspectives [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2014.

38. ANSM. Les anticoagulants en France en 2012 : Etat des lieux et surveillance. 2012 juill.
39. Pouyanne P, Haramburu F, Imbs JL, Bégaud B. Admissions to hospital caused by adverse drug reactions: cross sectional incidence study. Br Med J. 15 avr 2000;320(7241):1036.
40. AFSSAPS. Modalités de prescription des anticoagulants et connaissance des patients de leur traitement. 2000.
41. Castot A, Haramburu F, Kreft-Jaïs C. Les matinées avec la Presse, le rendez-vous presse de l'AFSSAPS. 2008.
42. ANSM. Les anticoagulants en France en 2014: états des lieux, synthèse et surveillance. 2014 avr.
43. ANSM. Bon usage des médicaments antivitamine K (AVK). 2012 juill.
44. Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R. Global Burden of Asthma. 2004 mai.
45. Afrite A, Allonier C, Com-Ruelle L, Le Guen N. L'asthme en France en 2006 : prévalence, contrôle et déterminants. IRDES; 2011 janv. Report No.: 549.
46. GINA. Global strategy for asthma management and prevention (revised 2006). 2006.
47. Delmas M-C, Fuhrman C. L'asthme en France: synthèse des données épidémiologiques descriptives. Rev Mal Respir. févr 2010;27(2):151-9.
48. Kouchner B. Programme d'actions, de prévention et de prise en charge de l'Asthme 2002 - 2005. Ministère délégué à la Santé;
49. Launois R, Megnogbeto AC, Perez V, Roy M, Camus A, Gailhardou M. Expérimentation de la prise en charge de l'asthme en réseau de soins coordonnés: bilan de l'expérience RESALIS dans l'Eure, 18 mois avant et 12 mois après intervention. J Econ Médicale. 2002;20:333-52.
50. Tran Thimy L. Entretiens pharmaceutiques dans l'asthme: le recrutement bientôt élargi [Internet]. Le Moniteur des Pharmacies.fr. 2015 [cité 1 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/150703-entretiens-pharmaceutiques-asthme-les-conditions-de-recrutement-bientot-elargies.html>

51. CNAM. Accompagnement pharmaceutique des patients sous traitement par AVK Premier bilan à un an. 2014.
52. Nidelet C. Entretien pharmaceutique dans l'asthme: une révolution dans le monde de la pharmacie [Internet]. Le Quotidien du Pharmacien.fr. 2015 [cité 1 mars 2016]. Disponible sur: http://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite/article/2015/11/16/une-revolution-dans-le-monde-de-la-pharmacie_224681
53. Guiffard C. Mise en place de l'entretien pharmaceutique à l'officine chez les patients hypertendus. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie]. [Tours]: Université François Rabelais; 2014.
54. Un nouveau service du pharmacien pour le patient asthmatique chronique : l'entretien d'accompagnement de nouvelle médication (ENM) [Internet]. INAMI. 2014 [cité 2 mars 2016]. Disponible sur: http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/pharmaciens/Pages/entretien-pharmacien-patient-asthmatique-info-pharmacien.aspx#Quels_sont_les_patients_concern%C3%A9s_?
55. Chaspierre A. Entretien d'accompagnement de Nouvelle Médication (ENM), accompagnement des patients en traitement chronique par le pharmacien belge. Rencontres Prescrire; 2014.
56. Laplaine A. Les premiers pas de l'entretien pharmaceutique à l'officine [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie]. [Aix-Marseille]: Université d'Aix-Marseille; 2014.
57. Fagnan D. Comprendre et faire comprendre le défi de l'an 2000: guide pratique de la communication pharmacien-patient. Ordre des pharmaciens du Québec; 1998.
58. Dupin-Spriet T, Wierre P. La prise en charge médico-pharmaceutique: l'expérience australienne peut-elle être transposée en France? Thérapie. 2004;59(4):445-50.
59. Noyce P. Providing patient care through community pharmacies in the UK: Policy, Practice, and Research. Ann Pharmacother. mai 2007;41:861-8.
60. Les entretiens pharmaceutiques, quel bilan en 2015 ? [Internet]. Info pro santé. 2015 [cité 1 mars 2016]. Disponible sur: <http://infoprosante.lamedicale.fr/actus-metiers/article-les-entretiens-pharmaceutiques-quels-bilans-en-2015>
61. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva; 2003. 198 p.

62. Guénette L, Moisan J, Guillaumie L. L'adhésion au traitement médicamenteux, concepts et moyens pour la maintenir ou l'améliorer. Cahier de formation continue. Actual Pharm. oct 2011;19.
63. Foucaud J, Bury JA, Balcou-Debussche M, Eymard C. Éducation thérapeutique du patient modèles, pratiques et évaluation. Saint-Denis: INPES; 2010. (Coll.Santé en action).
64. Blanchet E. Intérêt de l'entretien motivationnel dans l'éducation thérapeutique du patient, application de cette méthode de communication dans la mise en oeuvre des entretiens pharmaceutiques à l'officine [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie]. [Tours]: Université François Rabelais; 2013.
65. Hennequin D. Elaboration et application d'une procédure d'entretiens pharmaceutiques pour les patients sous AVK [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie]. [Dijon]: Université de Bourgogne; 2014.
66. Lacroix A, Assal J-P. L'éducation thérapeutique des patients: nouvelles approches de la maladie chronique. Paris: Maloine; 2003.
67. Fédida P. Des bienfaits de la dépression. 2001.
68. Simon D, Traynard P-Y, Bourdillon F, Gagnayre R, Grimaldi A. Éducation thérapeutique: prévention et maladies chroniques. 2ème édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2009.
69. Kusum P. Comment optimiser la dynamique relationnelle patient-pharmacien pour assurer une alliance thérapeutique [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie]. [Dijon]: Université de Bourgogne; 2010.
70. Morichaud A. Éducation thérapeutique du patient: Méthodologie du « diagnostic éducatif » au « projet personnalisé » partagés. Aix-en-Provence: Presses universitaires de Provence; 2014. 195 p. (PSY. Série Société et psychologie).
71. Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, Ill.: Dow Jones-Irwin; 1984.
72. Le cercle de Prochaska et Di Clemente [Internet]. Addictions, le portail des acteurs de santé. [cité 13 oct 2016]. Disponible sur: <http://intervenir-addictions.fr/intervenir/faire-face-usage-problematique-cannabis/>
73. Prochaska JO, Velicer WF. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. Am J Health Promot. sept 1997;12(1):38-48.

74. Bouzige B. Asthme, AVK, AOD, que faut-il retenir des nouveaux avenants? Off Avenir. mars 2016;(13):10.
75. Blanc A, Bontemps F, Collin A-H, Vandendriessche M, Navarro A-C. Spécial Asthme, 2e partie, Entretiens pharmaceutiques. Monit Pharm. 6 sept 2014;(Cahier 2 du n°3045).
76. Saurel V. Réussir l'agencement de son officine optimisez vos ventes. Rueil-Malmaison: Le Moniteur des pharmacies, Groupe Liaisons; 2007.
77. Orenes A. Les entretiens pharmaceutiques antivitamine K : bilan et perspectives. Dijon; 2014.
78. Avenant n°4 à la convention nationale [Internet]. ameli.fr. 2016 [cité 9 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmacien/votre-convention/convention-nationale-titulaires-d-officine/avenant-n-4-a-la-convention-nationale.php>
79. Avenant n°8 à la convention nationale [Internet]. ameli.fr. 2016 [cité 3 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmacien/votre-convention/convention-nationale-titulaires-d-officine/avenant-n-8-a-la-convention-nationale.php>
80. Sillam M. Le pharmacien d'officine et son environnement professionnel en 2014 au travers de ses nouvelles missions [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie]. [Paris]: Université Paris Descartes; 2014.
81. d'Ivernois J-F, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient approche pédagogique. Paris: Maloine; 2011.
82. CQAPO. 1- Les Bonnes Pratiques Officinales [Internet]. CQAPO. 2013 [cité 23 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.cqapo.fr/gestion-de-la-qualite/1-les-bonnes-pratiques-officinales>
83. Verbrugge M. Rôle du pharmacien dans la prise en charge du diabète gestationnel à l'officine: propositions pour une structuration d'entretiens pharmaceutiques [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie]. [Paris]: Université Paris Descartes; 2015.
84. Ordre national des pharmaciens. Les pharmaciens, panorama au 1er janvier 2015, région Pays de la Loire. 2015.

85. Ordre national des pharmaciens. Les pharmaciens, panorama au 1er janvier 2013, région Pays de la Loire. 2013.
86. Ordre national des pharmaciens. Les pharmaciens, panorama au 1er janvier 2014, région Pays de la Loire. 2014.
87. USPO. Enquête USPO, entretiens pharmaceutiques AVK et Asthme, 384 réponses de pharmaciens d'officine, du 10 avril au 22 mai 2015. 2015.
88. Code de la santé publique - Article R4235-13. Code de la santé publique août 8, 2004.
89. Ordre national des pharmaciens. Les pharmaciens, panorama au 1er Janvier 2016, région Pays de la Loire. 2016.
90. Deccache A. Quelles pratiques et compétences en éducation du patient? Recommandations de l'OMS. Education du Patient et Enjeux de Santé. 2002;21(1):23-5.
91. Code de la santé publique - Article R4235-21. Code de la santé publique août 8, 2004.
92. Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. - Article R. 4235-22. 2004-802 juill 29, 2004.
93. Matthé E, Fraeyman J, De Loof H, De Myer G. Attitudes and opinions of general practitioners and lung specialists about a new medicines counselling service for asthma patients in community pharmacies: a qualitative study. J Pharm Belg. déc 2015;(4):8-17.
94. USPO. Résultats d'évaluation d'entretiens pharmaceutiques au Royaume-Uni et Belgique [Internet]. USPO. 2016 [cité 13 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.uspo.fr/resultats-devaluation-dentretiens-pharmaceutiques-au-royaume-unি-et-belgique/>
95. Projet diabète [Internet]. URPS PHARMACIENS Pays de la Loire. 2016 [cité 1 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.urpspharmacien.org/pays-de-la-loire/projet/projet-diabete-24.html>
96. Le Gac B. Synthèse des résultats de l'évaluation projet « suivi et accompagnement du patient diabétique de type 2 par le pharmacien d'officine ». URPS Pharmacien Pays de la Loire; 2016 août.

97. Lim S. Réflexion sur l'entretien pharmaceutique d'aide au sevrage tabagique: nouvelles opportunités pour le pharmacien d'officine [Thèse d'exercice]. [Châtenay-Malabry, Hauts-de-Seine, France]: Université de Paris-Sud. Faculté de pharmacie;
98. Beaumelou N. La ménopause: étude de faisabilité des entretiens pharmaceutiques à l'officine [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie]. [Toulouse]: Université Paul Sabatier. Faculté des sciences pharmaceutiques;

Table des figures

Figure 1 : Répartition par tranches d'âge du nombre de personnes en ALD et proportion en % de la population en 2007 (10).....	22
Figure 2 : Dépense totale de soins par habitant et par classe d'âge en 2008 (10)	25
Figure 3 : La démarche d'ETP (31).....	32
Figure 4 : Évolution des ventes d'anticoagulants oraux (AVK, AOD) en dose définie journalière DDJ(42)	37
Figure 5 : Contrôle de l'asthme au niveau mondial en 2006, d'après l'enquête ESPS 2006 (45).....	40
Figure 6: Acceptation ou résignation d'après A. Lacroix (66)	56
Figure 7: Le cercle de Prochaska et Di Clemente (72).....	71
Figure 8: Accès à l'espace réservé aux pharmaciens sur ameli.fr	78
Figure 9: Espace réservé à l'officine sur ameli.fr	79
Figure 10: Espace convention des pharmaciens sur ameli.fr.....	79
Figure 11: Espace accompagnement des patients sous traitement antivitamine K (AVK) sur ameli.fr.....	80
Figure 12: Espace adhésion au dispositif d'accompagnement sur ameli.fr	81
Figure 13: Espace suivi des entretiens sur ameli.fr	82
Figure 14: Première page de la fiche de suivi du patient dans le cadre d'un traitement par AVK	89
Figure 15: Guide d'accompagnement des patients sous antivitamine K.....	90
Figure 16: Carnet d'information et de suivi du traitement par AVK	91
Figure 17: Planche illustrée de l'appareil respiratoire (78).....	92
Figure 18 : page Autohaler® du guide d'utilisation des dispositifs d'inhalation (75).....	93
Figure 19 : Questionnaire d'évaluation de l'observance (78)	95

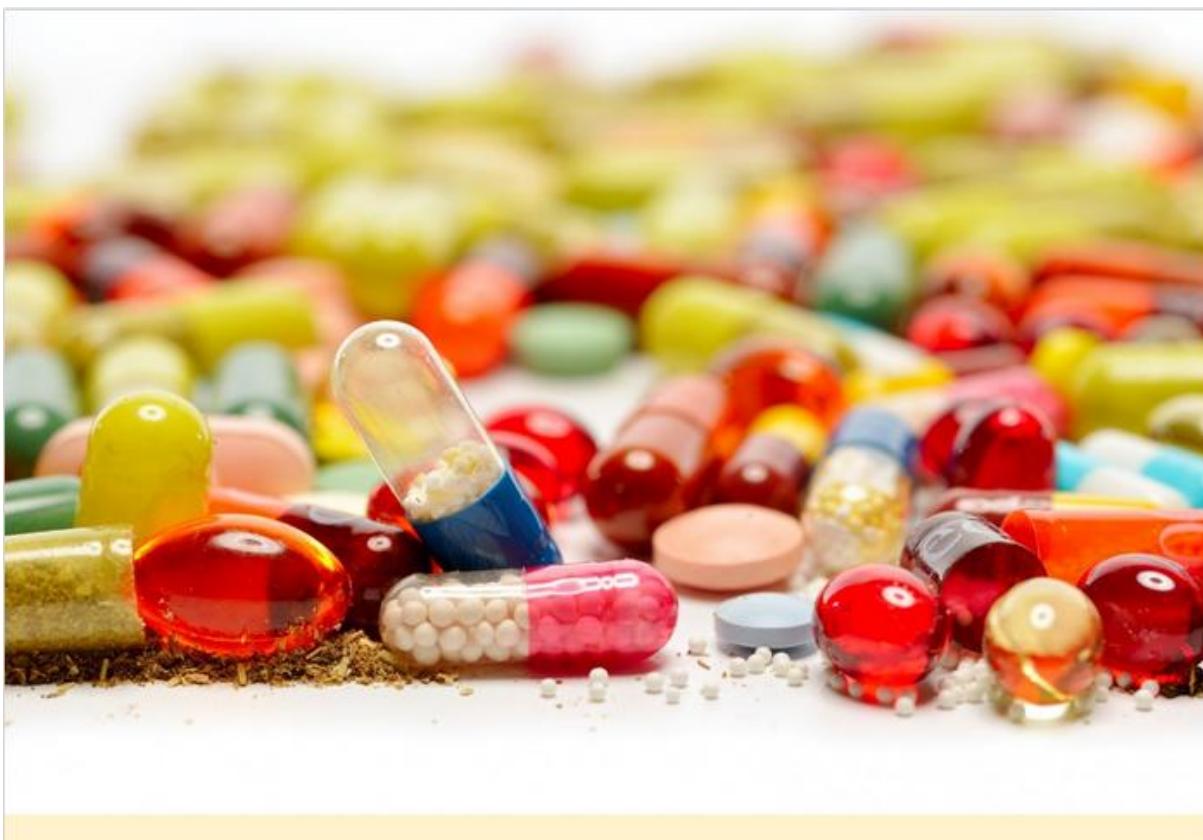
Figure 20: FOG index de Richard Gunning (69)	98
Figure 21 : Nombre de réponses au questionnaire par département, au sein des Pays de la Loire.....	123
Figure 22 : Répartition des officines participant aux entretiens pharmaceutiques en fonction de leur environnement d'exercice	127
Figure 23 : Nombre moyen d'entretiens réalisés en fonction de l'environnement d'exercice des pharmacies	127
Figure 24 : Taux de reconduction moyen des entretiens pharmaceutiques en fonction de l'environnement d'exercice des officines	128
Figure 25 : Répartition des officines ayant répondu au questionnaire en fonction de leur chiffre d'affaire hors taxe (CAHT).....	129
Figure 26 : Répartition des pharmacies réalisant les entretiens pharmaceutiques en fonction de leur chiffre d'affaires hors taxe	130
Figure 27 : Nombre moyen d'entretiens réalisés par les pharmacies en fonction de leur chiffre d'affaires hors taxe (CAHT)	130
Figure 28 : Taux moyen de reconduction des entretiens en fonction du chiffre d'affaires hors taxe des officines	131
Figure 29 : Répartition des officines ayant répondu au questionnaire en fonction de leur nombre d'employé(s) pharmacien(s).....	132
Figure 30 : Répartition des officines réalisant les entretiens pharmaceutiques en fonction du nombre de pharmaciens employés au sein de la structure	133
Figure 31 : Nombre moyen d'entretiens réalisés en fonction du nombre de pharmaciens employés dans l'officine	134
Figure 32 : Nombre moyen d'entretiens réalisés en fonction du nombre de pharmaciens impliqués dans les entretiens pharmaceutiques au sein des officines	136
Figure 33 : Taux de reconduction moyen des entretiens pharmaceutiques en fonction du nombre de pharmaciens employés au sein des officines.....	136
Figure 34 : Taux moyen de reconduction des entretiens pharmaceutiques en fonction du nombre de pharmaciens impliqués dans leur réalisation au sein des officines	137

Figure 35 : Répartition des officines ayant suivi une formation en fonction du type d'organisme dispensateur	138
Figure 36 : Choix des notions étudiées par les pharmaciens durant leur formation	139
Figure 37 : Choix des programmes de formation des pharmacies.....	140
Figure 38 : Niveau de satisfaction des pharmacies à propos de la formation qu'elles ont reçue	141
Figure 39 : Satisfaction des pharmacies en fonction de leur programme de formation .	142
Figure 40 : Taux de satisfaction des pharmacies à propos des formations reçues exprimé en fonction des types d'organismes dispensateurs	143
Figure 41 : Choix du lieu de recrutement des patients par les pharmacies pour les EP.	144
Figure 42 : Choix des circonstances du recrutement par les pharmacies	145
Figure 43 : Changement de pharmacien d'un entretien à l'autre pour un même patient	148
Figure 44 : Choix du ou des lieu(x) de tenue des entretiens pharmaceutiques	150
Figure 45 : Choix de la période de réalisation des EP.....	151
Figure 46 : Échanges entre les pharmacies et les professionnels de santé voisins autour des EP.....	153
Figure 47 : Estimation de la satisfaction des patients selon les pharmacies	160
Figure 48 : Potentiel de fidélisation des patients des entretiens pharmaceutiques selon les pharmacies	161
Figure 49 : Proportion de réalisation des entretiens pharmaceutiques dans les officines à proximité des pharmacies ne les réalisant pas.....	163

Table des tableaux

Tableau 1 : Classification GINA de l'asthme selon le niveau de contrôle dans l'enquête ESPS 2006 (45).....	39
Tableau 2 : Données de la CPAM sur le nombre d'entretiens et d'adhésions pour trois départements des Pays de la Loire.....	124
Tableau 3 : Nombre d'entretiens réalisés, d'adhésions enregistrées et d'officines répondantes dans l'échantillon en Loire-Atlantique, Maine-et-Loire et Vendée	125
Tableau 4 : Pourcentage d'implication des officines dans le dispositif des entretiens pharmaceutiques par thème, année et département	126
Tableau 5 : Implication des pharmaciens dans les entretiens pharmaceutiques au sein d'une même structure, selon le nombre de pharmaciens total	135

Annexe



Mise en place des Entretiens Pharmaceutiques en Pays de la Loire

Ce questionnaire, produit dans le cadre d'une thèse portant sur les entretiens pharmaceutiques, a pour objectif d'évaluer quantitativement leur réalisation dans les officines des Pays de la Loire, ainsi que les difficultés que vous avez pu rencontrer lors de leur mise en place. Votre avis nous intéresse, que vous proposiez ou non les entretiens pharmaceutiques au sein de votre officine. Ce questionnaire est anonyme, de même que les données statistiques qui en seront extraites.

*Obligatoire



1) Vous concernant :

Dans quel département se situe la pharmacie dans laquelle vous exercez : *

Actuellement, vous êtes : *

- Titulaire de votre officine
- Adjoint

Préparateur

Etudiant

Autre :

De manière générale, que pensez-vous des entretiens pharmaceutiques ? *

2) Concernant votre officine :

Dans quel type d'officine travaillez-vous : *

Pharmacie rurale

Pharmacie de quartier

Pharmacie de centre commercial

Pharmacie de centre ville

Dans quelle fourchette se situe le chiffre d'affaire (HT) de votre officine : *

0€ à 1 000 000€

1 000 000€ à 1 500 000€

1 500 000€ à 2 000 000€

2 000 000€ à 2 500 000€

Plus de 2 500 000€

Quel est le nombre de diplômes de pharmacien au sein de l'officine (titulaires comme salariés) ? *

Combien de pharmaciens dans l'officine réalisent les entretiens pharmaceutiques? *

Aucun

1

2

Autre :

[Continuer >](#)



Terminé à 10 %

Annexe : Questionnaire adressé aux pharmaciens des Pays de la Loire

Si « aucun » est la réponse à la question précédente :

Pour quelle(s) raison(s) ne réalisez-vous pas les entretiens pharmaceutiques ?*

Avez-vous eu des demandes spontanées de vos patients concernant les entretiens pharmaceutiques ?*

Les pharmacies à proximité les réalisent-elles ?*

[« Retour](#) [Envoyer](#)

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

100 % : vous avez réussi.

Si « 2 » ou « autre » est la réponse à la question précédente :

Le pharmacien en charge des entretiens change-t-il d'un entretien à un autre pour un même patient ? Pourquoi avoir fait le choix de ce type d'organisation ?*

[« Retour](#) [Continuer »](#)

Terminé à 30 %

Si « 1 », « 2 » ou « autre » est la réponse à la question précédente :

3) Concernant votre formation sur les entretiens pharmaceutiques :

Par quel organisme avez-vous reçu une (des) formation(s) sur les entretiens pharmaceutiques? *

- Aucun
- Autre :

Cette (ces) formation(s)s portai(en)t sur : *

- Des notions théoriques à propos des médicaments et des pathologies liées aux entretiens
- Des notions théoriques sur la méthodologie requise pour les entretiens pharmaceutiques (notions d'éducations thérapeutiques du patient...)
- Des exercices pratiques de mise en situation
- Autre :

Quel degré de satisfaction en avez-vous retiré ? *

- Plutôt satisfait
- Moyennement satisfait
- Faiblement satisfait
- Plutôt insatisfait

4) Concernant les relations avec d'autres professionnels de santé :

Quel(s) professionnel(s) de santé avez-vous informés lors de la mise en place des entretiens pharmaceutiques ? *

- Aucun
- Les pharmaciens les plus proches
- Le(s) principal(aux) médecin(s) généraliste(s)
- Tous les médecins généralistes
- Les infirmiers
- Les kinésithérapeutes
- Les biologistes
- Autre :

Quels retours avez-vous eu de la part de ces professions : *

Veuillez répondre pour chacune des professions que vous avez coché précédemment.

5) Concernant le recrutement des patients pour les entretiens pharmaceutiques:

Par qui est réalisé le recrutement ? *

- Pharmacien(s)
- Préparateur(s)

Comment est réalisé le recrutement ? *

- Par téléphone
- Au domicile de la personne
- Au comptoir
- Autre :

Selon quelle(s) condition(s) est réalisé le recrutement ? *

- En vous appuyant sur l'historique du patient
- Lorsque celui-ci présente une ordonnance en lien avec les domaines abordés lors des entretiens
- Sur demande du patient
- Autre :

Quel(s) argument(s) mettez-vous en avant pour présenter les entretiens pharmaceutiques à vos patients ? *

Lors du recrutement des patients, quelle(s) objection(s) rencontrez-vous le plus souvent ? *

6) Concernant le temps de travail occupé par les entretiens :

Sur quelle plage horaire réalisez-vous les entretiens pharmaceutiques ? *

- Pendant les heures d'ouverture de la pharmacie
- Pendant les heures d'ouverture de la pharmacie lorsqu'un autre pharmacien est présent
- Pendant les heures d'ouverture de la pharmacie, lorsqu'il y a moins de patients
- Hors des heures d'ouverture de la pharmacie

En moyenne, combien de temps (en minutes) consacrez-vous à un entretien :*

En moyenne, combien de temps (en minutes) consacrez-vous à la préparation en amont d'un entretien (plan de l'entretien, enregistrement sur ameli.fr...) :*

En moyenne, combien de temps (en minutes) consacrez-vous à la retranscription en aval d'un entretien (remplissage du questionnaire, rédaction d'un compte rendu pour préparer le prochain entretien...):*

7) Concernant l'espace occupé pour les entretiens pharmaceutiques :

Dans quel local sont organisés les entretiens ?*

- Un espace de confidentialité dédié uniquement aux entretiens
- Un local également dédié à l'orthopédie
- Un local également dédié à des mesures de prévention (mesures de tension, de glycémie...)
- Au domicile des patients
- Dans le bureau du pharmacien titulaire
- Dans le préparatoire
- Dans un espace dédié à l'équipe (salle de pause...)
- Au comptoir
- Autre :

L'aménagement de ce local a-t-il impacté sur le cours normal de votre exercice quotidien ?*

En quoi le lieu où se déroule les entretiens vous semble-t-il adapté ?*

8) Concernant la mise en place et la réalisation des entretiens pharmaceutiques:

Combien d'entretiens avez-vous réalisés à ce jour ?*

Combien de patients avez-vous reçus en entretien ?*

Comment mettez-vous en avant au sein de votre officine le fait que vous réalisez les entretiens ?*

Pour combien de patients avez-vous mis fin aux entretiens ? Précisez le nombre d'entretiens effectués par ces patients et les raisons de cet arrêt : *

Quelle(s) évolution(s)/modification(s) souhaiteriez-vous voir apportée(s) aux entretiens pharmaceutiques afin de les faire péréniser dans le temps? *

9) Concernant l'avis de vos patients à propos des entretiens pharmaceutiques:

Dans l'ensemble, à propos des entretiens que vous avez menés, vos patients se déclarent-ils ? *

- Plutôt satisfaits
- Moyennement satisfaits
- Faiblement satisfaits
- Plutôt insatisfaits
- Ne vous ont pas fait de retour

Pensez-vous avoir fidélisé certains de vos patients par ces entretiens pharmaceutiques ? *

10) Concernant votre avis à propos des entretiens pharmaceutiques :

Selon vous, quelles difficultés rencontrées lors de la mise en place des entretiens n'ont pas été abordées dans ce questionnaire ? *

A propos du nombre d'entretien à réaliser par an et par patient pour percevoir leur rémunération, quel nombre d'entretiens vous semblerait pertinent ? *

Que pensez-vous de la rémunération de cette activité ? *

Annexe : Questionnaire adressé aux pharmaciens des Pays de la Loire

Je vous remercie d'avoir accepté de donner de votre temps pour répondre à ce questionnaire. Si vous souhaitez recevoir un retour des résultats de ce questionnaire, merci d'indiquer votre adresse mail ci-dessous :

GUILBAUD Maëva

Entretiens pharmaceutiques : méthodologie et mise en place en Pays de la Loire

Avec le vieillissement de la population, les mesures de prévention primaire et secondaire, comme l'éducation en santé, deviennent des axes non négligeables dans la gestion des pathologies chroniques. C'est ainsi que sont nés, en 2012, les entretiens pharmaceutiques. Ce nouvel exercice nécessite des connaissances théoriques à propos de la maladie traitée et de sa prise en charge, ainsi que la maîtrise de la méthodologie de l'échange éducatif. Ce travail a été effectué dans le but d'analyser la mise en place des entretiens pharmaceutiques dans les Pays de la Loire, depuis leur lancement en 2013 jusqu'à la réalisation de l'enquête en mai et juin 2015. Ce travail s'attache à présenter les modalités de réalisation des entretiens pharmaceutiques et exprime les résultats d'un questionnaire proposé aux officines des Pays de la Loire. Le taux de participation aux entretiens pharmaceutiques est important, mais le nombre de séances réalisées par officine participante reste assez faible. Les entretiens peinent à trouver leur place parmi les différentes missions exercées dans les officines. Certains facteurs semblent avoir un impact sur la mise en place et sur le nombre d'entretiens réalisés. Les officines de taille importante, employant plusieurs pharmaciens, semblent à même d'en réaliser plus que les autres. Le nombre de pharmaciens accompagnateurs semble impacter sur leur reconduction. Cette enquête a mis en évidence les difficultés pour les petites structures à dégager du temps, du personnel et de l'espace pour pouvoir tenir les entretiens pharmaceutiques dans de bonnes conditions. Cette réalité provoque une disparité dans l'offre de suivi des patients. L'implantation des entretiens pharmaceutiques dans le panel des offres de services des pharmacies est devenue une réalité concrète dans un certain nombre de pharmacies. Pour autant, le développement au long cours des entretiens pharmaceutiques à travers diverses problématiques de santé reste d'actualité.

Mots-clés : relation pharmacien-patient, HPST, éducation thérapeutique, accompagnement pharmaceutique, anticoagulants oraux, asthme

Pharmaceutical interviews : methodology and establishment within Pays de la Loire

With ageing population, primary and secondary preventive measures, as health education, become significant axes in the management of chronic conditions. In this way, the pharmaceutical interviews were born in 2012. This new exercise requires theoretical knowledge about the handled disease and its care, as well as the educational exchange methodology. This work was made with the aim of analyzing the implementation of the pharmaceutical interviews in Pays de la Loire, since their launch in 2013 until the survey conducted in May and June, 2015. This work attempts to present the pharmaceutical interviews realization terms and expresses the outcomes of a questionnaire submitted to pharmacies of Pays de la Loire. The participation rate in the pharmaceutical interviews is significant, but the number of sessions realized by participating pharmacy remains rather low. The interviews have difficulties in finding their place among the various missions managed in pharmacies. Some factors seem to have an impact on the implementation and on the number of realized interviews. Important size pharmacies, employing several pharmacists, seem to realize more interviews than the others. The number of accompanying pharmacists seems to impact on its renewal. This survey highlighted the difficulties for the small structures to free time, staff and space to be able to hold the pharmaceutical interviews in good conditions. This reality causes a disparity in the patient follow-up offer. The pharmaceutical interviews setting up in pharmacies services panel became a concrete reality in a number of pharmacies. However, the long-term development of the pharmaceutical interviews through diverse health issues remains relevant.

Keywords : pharmacist-patient relationship, HPST, therapeutic education, pharmaceutical accompaniment, oral anticoagulants, asthma