



*Université de POITIERS*

**Faculté de Médecine et de Pharmacie**

ANNEE 2023-2024

**THESE  
POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

(arrêté du 8 avril 2013)

présentée et soutenue publiquement

le 2 Mai 2024 à POITIERS

par **Monsieur MORALES ENDAMNE OLANO**

Le rôle de la bientraitance dans la prise en charge du patient  
à l'officine

**Composition du jury :**

**Président** : Monsieur FAUCONNEAU Bernard, Professeur en toxicologie et Docteur en Pharmacie

**Membres** : Madame INGRAND Sabrina, Maître de conférences en toxicologie  
Madame GENDRE Lou, Docteur en Pharmacie

**Directrice de thèse** : Madame RIOUX BILAN Agnès, Maître de conférences en biochimie





*Université de POITIERS*

**Faculté de Médecine et de Pharmacie**

ANNEE 2023-2024

**THESE  
POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

(arrêté du 8 avril 2013)

présentée et soutenue publiquement

le 2 Mai 2024 à POITIERS

par **Monsieur MORALES ENDAMNE OLANO**

Le rôle de la bientraitance dans la prise en charge du patient  
à l'officine

**Composition du jury :**

**Président** : Monsieur FAUCONNEAU Bernard, Professeur en toxicologie et Docteur en Pharmacie

**Membres** : Madame INGRAND Sabrina, Maître de conférences en toxicologie  
Madame GENDRE Lou, Docteur en Pharmacie

**Directrice de thèse** : Madame RIOUX BILAN Agnès, Maître de conférences en biochimie



## LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023-2024

### SECTION PHARMACIE

#### Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

#### Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAForge Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle - Référent relations internationale
- PAIN Stéphanie, toxicologie
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

#### Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

#### Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX BILAN Agnès, biochimie – Référente CNAES et responsable du dispositif COME'in - Référente égalité-diversité
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

#### Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

#### Enseignement de l'anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

#### A.T.E.R (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

## REMERCIEMENTS

À ma directrice de thèse, Agnès Rioux-Bilan et au jury présent lors de ma soutenance, Bernard Fauconneau, Sabrina Ingrand, et Lou Gendre.

À mon maître de stage, Philippe Petit, qui m'a enseigné toutes les ficelles du métier et à toute l'équipe de la Pharmacie de la Mer, pour m'avoir donné la passion de l'art pharmaceutique, sans oublier tous les patients qui ont répondu au questionnaire.

À mon acolyte Victor, pour nos rires, nos angoisses et nos passions partagées, nos appels jusqu'à pas d'heure les veilles d'examen pour se motiver à ingurgiter tout un semestre en une nuit.

À mes chers amis Raphaël et Tom, pour m'avoir supporté depuis un temps que l'on ne compte plus.

À celle pour qui mon cœur bat. Ma lumière dans l'obscurité du ciel de Poitiers, et partout ailleurs.

À mon incroyable sœur, Délicia, ma star, que j'admire et j'adore. Un soutien indéfectible qui s'est toujours soucié de mon bien-être (sauf quand il s'agissait de finir ce sac de mirabelles, cette histoire n'en restera pas là !). Merci pour tes conseils, ta fiabilité et ta loyauté.

À mon merveilleux père, Alexander, le pragmatique, celui qui simplifie tout ce qui semble compliqué. Un stress, une appréhension, un doute, une montagne à gravir ? Il suffit d'un comprimé de "Te prends pas la tête, fils. C'est toi le boss." Et ça repart. Merci d'avoir toujours cru en ma réussite et de m'avoir donné confiance en moi. Merci d'être mon héros.

Et à ma fantastique mère, Juline, la solaire, la généreuse, la courageuse. Merci de m'avoir mis au monde. Merci de ne pas arriver à dormir tant que je ne t'ai pas envoyé de message pour te dire que je suis bien rentré alors qu'il est 4h47 et que tu te lèves à 7h. "Oui tu as 24 ans, et alors ?". Je n'ai même pas besoin d'en dire plus car on se sait.

À ma famille extraordinaire, merci d'avoir fait de votre mieux.

Je vous souhaite une bonne lecture.

# SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	9
<b>I. CADRE .....</b>	<b>11</b>
I.1. Origines du concept.....	11
I.2. Etymologie et Définitions .....	13
I.2.1. Comment définir la bientraitance ? .....	14
I.2.2. Qu'est-ce que la maltraitance ? .....	15
I.2.3. La bientraitance revient-elle à ne pas faire de la maltraitance ? .....	15
I.2.4. Quelle différence y a-t-il entre bientraitance et bienveillance ? .....	16
I.3. Les domaines d'application et la mise en œuvre de la bientraitance.....	16
<b>II. MISE EN PERSPECTIVE .....</b>	<b>20</b>
II.1. Applicabilité à l'officine .....	20
II.2. Que disent les textes ? .....	23
II.3. La dignité de la personne humaine .....	24
<b>III. LE PATIENT .....</b>	<b>27</b>
III.1. La relation soignant – soigné.....	27
III.2. La communication au patient.....	29
III.3. Les attentes du patient.....	32
<b>IV. L'ÉQUIPE PHARMACEUTIQUE.....</b>	<b>45</b>
IV.1. La mise en place des principes de bientraitance à l'officine.....	45
IV.1.1. Accessibilité et Confidentialité.....	45
IV.1.2. L'attitude bientraitante.....	46
IV.1.3. Le travail en équipe.....	47
IV.2. La bientraitance fait partie intégrante du soin .....	47
IV.3. Les bienfaits de la bientraitance sur la pharmacie .....	49
<b>V. LES LIMITES DE LA NOTION DE BIENTRAITANCE .....</b>	<b>52</b>
V.1. Comment la mesurer et l'évaluer ?.....	52
V.2. Reproductibilité de la bientraitance .....	55
V.3. La bientraitance en situation de stress .....	55
V.4. Cas particulier des patients agressifs.....	56
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>60</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>63</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>66</b>

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADOP : Aide et Dispositif d'Orientation des Pharmaciens

ANEPF : Association Nationale des Etudiants en Pharmacie de France

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements aux services sociaux et médico-sociaux

CNO : Compléments de Nutrition Orale

CNOP : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

CSP : Code de la Santé Publique

DQO : Démarche Qualité à l'Officine

DVD : Digital Versatile Disc

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FORAP : Fédération des Organismes Régionaux et Territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques en santé

HAS : Haute Autorité de Santé

HCQO : Haut Comité Qualité à l'Officine

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Charte de bientraitance, HAS, octobre 2012, p. 16

Figure 2 : La démarche ACROPOLE, Ordre des Pharmaciens, septembre 2011, p. 20

Figures 3 à 11 : Histogrammes, diagrammes illustrant les réponses du questionnaire aux patients (cf. partie III.III), p. 30 à 35, 37

Figure 12 : Synthèse des définitions de la bientraitance par les patients, p. 39

Figure 13 : Synthèse des attentes des patients, p. 41

Figure 14 : Exemple de questionnaire de satisfaction réalisé par moi-même sur un modèle de brochure proposé par Démarche Qualité Officine, p. 52

***Toutes les figures non réalisées par moi-même sont libres de droit ou ont fait l'objet d'une demande d'autorisation d'utilisation à l'auteur ou à l'éditeur.***

## INTRODUCTION

*« Nous sous-estimons souvent le pouvoir d'un contact, d'un sourire, d'un mot gentil, d'une oreille attentive, d'un compliment sincère, ou d'une moindre attention ; ils ont tous le pouvoir de changer une vie. »<sup>1</sup>*

Ce choix de citation peut surprendre dans un mémoire concluant des études en sciences pharmaceutiques. L'art du médicament, en théorie, ne laisse pas de place à l'émotion, il ne permet pas de s'éloigner des faits, des preuves et de la rigueur scientifique. Le sourire ou la gentillesse ne font pas l'objet d'une unité d'enseignement dans notre cursus. Il est tout à fait adéquat de consacrer la majeure partie des enseignements à des connaissances autour du médicament et des maladies, de la physiologie du corps humain, de la biodiversité végétale et animale, etc. Cependant, l'exercice quotidien des fonctions de pharmacien ne se résume pas à restituer des savoirs tels que nous les avons appris, pour la simple et bonne raison que nous sommes face à des êtres humains, avec des émotions, des histoires et des représentations qui leur sont propres. Une expérience vécue dans une officine de pharmacie m'a particulièrement marqué et inspiré ce sujet.

Une patiente polypathologique et à mobilité réduite, cliente habituelle de la pharmacie, s'est vue refuser une délivrance de traitement par un pharmacien, l'obligeant à revenir deux jours plus tard, dans un contexte de canicule. La patiente est venue deux jours trop tôt pour son renouvellement, ne respectant pas le délai entre deux délivrances imposé par la sécurité sociale. La patiente qui peinait à retrouver son souffle, s'est retrouvée choquée par l'annonce de son interlocuteur, elle a fait part de son mécontentement au reste de l'équipe pharmaceutique.

Cet événement a soulevé en moi plusieurs interrogations :

Le pharmacien a-t-il bien agi ? Si non, pourquoi ? Qu'aurais-je fait à sa place ?

Le respect de la réglementation certes, mais à quel prix ?

Dans l'intérêt d'un patient, peut-on parfois se montrer souple quant au respect des règles ?

C'est ainsi que m'est venue l'idée de discuter du concept de bientraitance.

---

<sup>1</sup> Buscaglia, L. (1972) Extrait du livre « Love »

La thèse s'intitule : **Le rôle de la bientraitance dans la prise en charge du patient à l'officine.**  
Elle s'intéresse à la façon dont le pharmacien exerce son métier, à la manière dont il prend soin des patients qu'il rencontre. Nous pouvons donc nous demander : Dans quelle mesure la bientraitance s'imbrique-t-elle dans la transmission des connaissances pharmaceutiques et quelle est son importance dans la prise en charge du patient ?

Elle a pour objectifs de :

- Définir et encadrer le concept de bientraitance
- Discuter de son applicabilité à l'officine de pharmacie
- Rechercher des outils pour sa mise en place
- Connaître les attentes des patients à travers un questionnaire
- Définir un modèle de posture bientraitante
- Repérer les limites du concept

Pour analyser ces enjeux, nous allons dans un premier temps définir le cadre de la thèse : évoquer les fondements du concept avec les différents courants de pensées qui l'ont précédé, définir la bientraitance, et explorer ses différents domaines d'application. Dans un second temps, nous mettrons en perspective cette notion et discuterons de son applicabilité à l'officine. Nous étudierons les textes de référence de la Pharmacie, et rappellerons la raison de l'existence de la bientraitance, à savoir, le principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine. Puis nous nous placerons du côté du patient en le questionnant sur ses attentes dans sa prise en charge, nous exposerons les bases de la communication et la nature de la relation entre le soigné et le soignant. Ensuite, nous nous focaliserons sur l'équipe pharmaceutique, la mise en place des principes de bientraitance à l'officine, l'intégration de la bientraitance dans le soin et ce qu'elle peut apporter au personnel de la pharmacie. Enfin, nous étudierons les limites qui s'imposent au concept.

# I. CADRE

## I.1. Origines du concept

Avant de commencer, il semble nécessaire d'étudier les fondements du concept. Le thème est abordé et défini dans le programme de l'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) pour l'année 2008, après un rappel des courants philosophiques qui ont été précurseurs du concept.

On peut d'abord citer la notion de bienfaisance, décrite en 1979, dans le rapport Belmont<sup>2</sup>. Au moment de sa rédaction, on cherche à sécuriser la recherche sur des sujets humains. Par exemple, Dan Harms (auteur du rapport) énonce la notion de consentement libre et éclairé des patients, l'absence de duperie chez les chercheurs dans leurs explications et le principe d'équité dans la sélection des participants. La bienfaisance pourrait se résumer par deux règles fondamentales : « Ne faites pas de tort ; maximisez les avantages et minimisez les dommages possibles. » Il est intéressant de noter que la maxime « Ne faites pas de tort » est un des principes fondamentaux de l'éthique médicale d'Hippocrate, père de la Médecine.

Il y a ensuite la bienveillance, qui repose sur l'intention du professionnel en charge du patient. Ce n'est plus dans la nature de l'acte effectué mais dans l'attitude du personnel soignant envers le malade. Elle doit être positive, accompagnée d'un souci de faire le bien pour le soigné. Cette notion est à la fois individuelle, c'est-à-dire que l'attitude est propre au soignant, mais s'inscrit également dans une démarche collective, au sein d'un service, ou d'un établissement de santé.

Le psychanalyste anglais Donald Winnicott décrit la notion de la « good enough mother<sup>3</sup> » traduit par « mère suffisamment bonne » en 1953, qui désigne la préoccupation maternelle primaire pour répondre aux besoins de son bébé. Comme expliqué par le docteur en psychologie clinique Chady PrévotEAU, elle est « celle qui, en s'ajustant, répond aux besoins de son bébé mais laisse place à une forme de frustration, elle n'est ni trop longtemps absente, ni envahissante<sup>4</sup> ». On retrouve donc une notion d'adaptation aux besoins d'un individu, à un

---

<sup>2</sup> Harms, D. (1974). Rapport Belmont

<sup>3</sup> Winnicott, D. (1953). The good-enough mother.

<sup>4</sup> PrévotEAU, C. (2017). La mère suffisamment bonne : ni trop, ni pas assez.

instant précis qui n'est ni forcée ni trop superficielle. C'est ici que l'on reconnaît la posture bientraitante.

La bientraitance passe aussi par la communication. Elle est héritée du psychologue américain Carl Rogers qui en explicite quatre dimensions<sup>5</sup>. Premièrement, on observe les faits en évitant tout jugement de valeur. En second, on cherche à reconnaître ses propres sentiments pour permettre au patient l'expression des siens. La troisième dimension consiste à avoir conscience de ses besoins propres et à les exprimer, pour faciliter la compréhension des besoins de l'interlocuteur. Enfin, on formule notre demande et on indique à l'autre quelles actions concrètes peuvent contribuer à notre bien-être. De ces quatre dimensions, on retiendra la faculté d'empathie et la posture de négociation.

Par ailleurs, des psychologues et philosophes comme Carol Gilligan, Joan Tronto ou Paul Ricoeur ont fait émerger l'éthique du care<sup>6</sup> ou de la sollicitude<sup>7</sup>. Elle tend à équilibrer une relation dissymétrique entre le soignant et le soigné. L'attitude du soignant se veut respectueuse de l'individu qu'il a en face, de sa vulnérabilité à un moment donné. On privilégie le « prendre soin » de l'individu dans son ensemble par rapport au « guérir » plus technique, scientifique, et moins humain.

Enfin, la quête de reconnaissance de l'individu qui se présente face au soignant va l'orienter dans son attitude bientraitante. Le sociologue et philosophe allemand Axel Honneth décrit trois vecteurs de la reconnaissance<sup>8</sup> : l'attention affective, l'accès égal aux droits et l'estime sociale. Il ressort de cette analyse que le soignant peut participer activement à la quête de reconnaissance et donc à l'autonomie individuelle, en étant attentif à la personne, en évitant toute discrimination et en traitant le malade avec dignité.

Ces concepts ont été à l'origine de la notion de bientraitance. Au fil des années on a cherché à améliorer les comportements des professionnels de santé face aux patients en adaptant au

---

<sup>5</sup> Rogers, C. (1961). On becoming a Person. (Le développement de la personne, 1968)

<sup>6</sup> Gilligan, C. (1982). In a different Voice.

<sup>7</sup> Ricoeur, P. (1990). Soi-même comme un autre.

<sup>8</sup> Honneth, A. (2002). La lutte pour la reconnaissance.

mieux le soin à la situation de l'individu. La réflexion est en perpétuelle remise en question, ce qui explique pourquoi il n'existe pas une définition universelle de la bientraitance mais autant de définitions que de soignants.

En France, dans les années 1970, un cri d'alerte a été poussé par Danielle Rapoport, (psychologue clinicienne en pédiatrie) et Janine Lévy (kinésithérapeute et fondatrice en 1971 de l'Assistance éducative du tout-petit) sur les conditions de traitement des enfants en bas âge dans les crèches parisiennes. Elles sont à l'origine du film-reportage intitulé « *Enfants en pouponnières demandent assistance* » « *Enfants en pouponnières demandent assistance* » réalisé en 1978 par Jean-Robert Siegfried<sup>9</sup>. On y voit une pouponnière parisienne avec des enfants qui subissent des gestes techniques, presque automatisés, sans le moindre signe d'affection, ni aucune préoccupation de l'état psychologique de l'enfant. Le film dénonce les conditions de travail des soignants, un effectif réduit, qui n'a pas le temps de prendre soin des enfants, et des enfants qui développent des troubles du comportement à cause de la façon dont ils sont traités.

Simone Veil, alors Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale, va montrer son soutien à Danielle Rapoport et Janine Lévy en constituant un groupe de pilotage appelé « Opération pouponnières » qui va se réunir pendant plus de 20 ans avant d'être renommé « de la bientraitance institutionnelle des jeunes enfants de leurs parents, dans la séparation, de la naissance à l'âge de raison ».

La bientraitance trouve sa source dans le monde de la petite enfance avant d'évoluer et s'étendre au monde hospitalier.

## **I.2. Etymologie et Définitions**

Tout d'abord, le mot « Bientraitance » se compose de « bien » et de « traiter ».

« Bien » vient du latin Bene qui veut dire « bien, à propos, favorablement » et « Traiter » , du latin Tractare qui signifie « traîner avec violence », « toucher », « prendre soin de, s'occuper de, gérer », « discuter », « se conduire envers quelqu'un de telle ou telle manière ».

---

<sup>9</sup> Siegfried, J-R. (1978). Film : *Enfants en pouponnières demandent assistance*.

L'étymologie de « Bien » est sans équivoque et cela inspire une notion positive à l'égard de quelqu'un. En revanche, pour « Traiter », c'est plus confus. En effet, il y a à la fois une idée de faire le Bien pour une personne, la notion d'accompagnement, mais on retrouve aussi l'idée de « mal-traiter », utiliser la violence, etc. En définitive, le mot « traiter » seul ne suffit pas il est juste marqueur du rapport à l'autre, alors que « bien » est un préfixe relatif à la manière dont on se comporte avec l'individu.

### **I.2.1. Comment définir la bientraitance ?**

Selon le Larousse :

*« Fait de bien traiter un enfant, une personne âgée ou dépendante, un malade, etc ; l'ensemble des bons traitements eux-mêmes. » (Larousse.fr, 2023)*

Selon le Robert :

*« Fait de traiter quelqu'un avec respect et humanité. » (Dico en ligne LeRobert, 2023)*

Selon l'ANESM <sup>10</sup>:

*« La posture professionnelle de bientraitance est une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus. Elle ne peut se résumer à une série d'actes.*

*[...] La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance.*

*[...] Mouvement d'individualisation et de personnalisation permanente de la prestation, la bientraitance ne peut, en tant que telle, recevoir de définition définitive.*

*[...] Parce que la bientraitance est l'interprétation concrète et momentanée d'une série d'exigences, elle se définit dans le croisement et la rencontre des perspectives de toutes les parties en présence. »*

La notion de bientraitance n'a pas de définition universelle. En effet, c'est une posture définie par un ensemble de comportements adaptés à un individu, en perpétuelle remise en question. Il y a autant de bientraitances que de patients à accompagner. D'ailleurs ce n'est pas un mot

---

<sup>10</sup> ANESM (Juin 2008). La bientraitance, définition et repères pour la mise en œuvre (Recommandations de bonnes pratiques professionnelles)

qui a une traduction officielle en anglais. Il n'existe que très peu d'articles de recherche sur cette notion, à la différence de la maltraitance.

### **I.2.2. Qu'est-ce que la maltraitance ?**

Le Conseil de l'Europe a défini en 1987 cette notion :

*« Une violence se caractérisant par tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière. »*

La loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants donne une définition juridique à la maltraitance :

*I.-Le titre Ier du livre Ier du code de l'action sociale et des familles est complété par un chapitre IX ainsi rédigé :*

*« Art. L. 119-1.- La maltraitance au sens du présent code vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations. »*

### **I.2.3. La bientraitance revient-elle à ne pas faire de la maltraitance ?**

Selon l'ANESM, la bientraitance ne se résume pas seulement à de la non maltraitance, mais plutôt à une démarche active dans l'accompagnement du patient, qui « vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur tout en gardant à l'esprit le risque de maltraitance. » Cela va au-delà de s'abstenir d'être maltraitant. La bientraitance correspond à une attitude et à des comportements positifs. Par exemple, on va adapter son langage à la personne que l'on a en face de nous. Car tous les patients n'ont pas connaissance du jargon médical, tous les enfants

ne parlent pas comme des adultes, et toutes les personnes âgées n'ont pas l'audition de leurs 20 ans.

#### **I.2.4. Quelle différence y a-t-il entre bientraitance et bienveillance ?**

Définition de la bienveillance selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) :

1. Disposition généreuse à l'égard de l'humanité
2. Qualité d'une volonté qui vise le bien et le bonheur d'autrui.
3. [La bienveillance comme attitude concrète dans les relations d'une personne avec une autre qu'elle peut favoriser ou ne pas favoriser] Disposition particulièrement favorable à l'égard de quelqu'un.

La bienveillance est présente dans l'intentionnalité de faire ce qu'il y a de bien pour son interlocuteur. Pour être bientraitant, il est nécessaire d'être bienveillant mais la réciproque est fautive. La bientraitance se situe dans la posture que l'on adopte pour faire le soin. Elle a par rapport à la bienveillance une dimension d'action.

### **I.3. Les domaines d'application et la mise en œuvre de la bientraitance**

Comme dit plus tôt, la bientraitance a dans un premier temps été mise en pratique dans le monde de la petite enfance, grâce aux travaux de Danielle Rapoport et Janine Lévy notamment, avec le soutien du Ministère de la santé en place dans les années 80.

On s'est ensuite intéressé aux personnes malades dans les hôpitaux et les patients âgés dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPADs). Il y a d'abord eu le plan douleur entre 2006 et 2010 confié à la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) qui a mis en relief la thématique de la bientraitance envers les personnes âgées et vulnérables. En 2007, avec l'appui du ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, la SFGG est chargée d'un plan de déploiement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance. Cela a permis de créer le programme MobiQual, un ensemble d'outils d'aide aux professionnels

autour de thématiques majeures de la prise en charge des patients comme la douleur, les soins palliatifs, la dépression, la nutrition, les risques infectieux ou encore la maladie d'Alzheimer.

Peuvent être cités les outils « Douleur Bienveillance Domicile » et la « Trousse de Bienveillance » (cf Annexes 1 et 2) . Le premier a pour objectif d'améliorer la prise en charge de la douleur chez les patients âgés à domicile et aussi d'améliorer la qualité de vie dans une démarche bienveillante. Le second permet d'engager des débats au sein du personnel soignant autour de la question de la bienveillance. Ils se composent de plaquettes d'informations, de DVD servant de supports de formation, incluant des témoignages de patients, des fiches de suivi de la douleur pour l'un, un guide de questionnement éthique pour l'autre.

Par ailleurs, la Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré avec le groupe FORAP-Bienveillance (Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques en santé) en 2012, un guide à destination des professionnels de santé travaillant dans les établissements de santé et les EHPADs, et une Charte de Bienveillance (Voir Figure 1) qui vont permettre de leur donner des clés concrètes à une attitude bienveillante.

Cette charte compte dix points à suivre pour accompagner le patient dans sa prise en charge. Il existe également des dispositifs d'auto-évaluation que nous aborderons plus tard dans le mémoire.

## Charte de bientraitance

1. Adopter en toute circonstance une attitude professionnelle d'écoute et de discernement à chaque étape du parcours de l'utilisateur.
2. Donner à l'utilisateur et à ses proches une information accessible, individuelle et loyale
3. Garantir à l'utilisateur d'être coauteur de son projet en prenant en compte sa liberté de choix et de décision
4. Mettre tout en œuvre pour respecter l'intégrité physique et psychique, la dignité et l'intimité de l'utilisateur.
5. S'imposer le respect de la confidentialité des informations relatives à l'utilisateur.
6. Agir contre la douleur aiguë et/ou chronique physique et/ou morale
7. Accompagner la personne et ses proches dans la fin de vie.
8. Rechercher constamment l'amélioration des prestations d'accueil, d'hôtellerie, d'hygiène, de transports, etc.
9. Garantir une prise en charge médicale et soignante conforme aux bonnes pratiques et recommandations.
10. Évaluer et prendre en compte la satisfaction des utilisateurs et de leur entourage dans la dynamique d'amélioration continue des services proposés.

Figure 1, Charte de bientraitance, *Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte*, HAS, Octobre 2012

### Enfin, qu'en est-il de la bientraitance de nos jours ?

Le concept de bientraitance est de nouveau mis en avant dans le domaine de la santé et de l'aide à la personne suite aux différents scandales dans certains EHPADs et maisons de retraite en France, avec de nombreux cas de patients maltraités, délaissés, des toilettes non effectuées

ou bâclées, un personnel soignant à bout de souffle, des effectifs réduits, avec trop peu de temps à accorder aux patients pour un accompagnement digne.

Le même constat a été fait dans les hôpitaux, notamment en période covid, avec une sélection à l'entrée car le nombre de lits est insuffisant, des hébergements dans des services inadaptés, un flux en permanence tendu, une pression de plus en plus forte pour le personnel menant au surmenage et rendant impossible une posture bienveillante adéquate.

C'est dans ce contexte que nous allons étudier l'applicabilité des principes de la bientraitance dans la Pharmacie d'officine.

## II. MISE EN PERSPECTIVE

### II.1. Applicabilité à l'officine

#### Pourquoi parler de bientraitance à l'officine ?

Pour commencer, au même titre que dans les crèches, les hôpitaux ou les EHPADs, les métiers de pharmacien.ne et de préparateur ou préparatrice, sont des professions dans lesquelles on a affaire à des êtres humains. Que la personne soit malade ou accompagnante d'un malade, jeune parent, âgée, à mobilité réduite ou non, enfant ou adolescente, absolument tout le monde peut entrer dans une pharmacie et demander conseil à un.e pharmacien.ne (ou un préparateur ou une préparatrice). Il s'agit d'un établissement accessible à tous, dont l'entrée est gratuite, sans rendez-vous, sans intermédiaire. La Pharmacie est un lieu de soin, donc avec des soignants et des soignés.

Contrairement à certaines idées reçues, les pharmaciens ne sont ni des épiciers, ni des marchands. Ils sont responsables de leurs paroles et de leurs actes qui peuvent porter à conséquences, positives comme négatives, sur la santé des patients. En effet, ne pas relever une erreur de posologie sur une ordonnance créant un surdosage potentiellement nocif voire mortel, faire une erreur de délivrance provoquant une somnolence au lieu d'une diminution de la tension ou bien oublier de dire à un patient de ne pas conduire après la prise de son médicament prenant alors le risque de provoquer un accident de la route... pourrait mettre en grand danger ce patient. Le métier de pharmacien est un métier à haute responsabilité, nous avons la vie des personnes entre nos mains et surtout, nous sommes le dernier maillon de la chaîne de soin avant que le patient ne prenne ses médicaments.

Ensuite, la bientraitance s'installe au quotidien dans la posture adoptée face au patient. Les mots utilisés, le ton, le regard, sont des facteurs essentiels dans la communication et dans la relation de confiance entre le patient et nous, l'équipe officinale. Il est non seulement inconcevable qu'un.e pharmacien.ne soit maltraitant.e, condescendant.e, jugeant.e ou discriminant.e envers un.e patient.e, mais il est aussi important d'avoir un comportement positif à son égard et à l'égard de sa ou ses maladies. La bientraitance pourrait faire l'objet d'une démarche qualité du fait de son omniprésence dans notre profession.

Il existe des protocoles comme la démarche ACROPOLE<sup>11</sup> proposée et recommandée par l'Ordre des Pharmaciens qui structure la prise en charge du patient à l'officine. Nous allons revenir sur quatre points de la démarche qui illustrent le plus la posture bientraitante.

Le premier point de l'acronyme est Accueillir : « *Se rendre entièrement disponible pour prendre en charge son interlocuteur est une exigence prioritaire. Confortée par un sourire, la prise en charge doit être agréable, chaleureuse et professionnelle. [...] Des postes d'accueil dégagés, agencés pour respecter une confidentialité optimale, doivent permettre un échange ouvert et constructif.* »

Dans la rubrique Collecter : « *L'écoute doit être attentive. Le comportement sera empathique, empreint de tact, entre neutralité et compassion.* »

Ordonner : « *Remettre en ordre les déclarations permet de s'assurer que rien n'a été omis. La reformulation concise des propos concrétise la demande. Son approbation par l'interlocuteur est indispensable.* »

En dernier lieu : Entériner : « *S'assurer de la compréhension et de l'absence de questions du patient : il est indispensable de laisser la possibilité au patient de s'exprimer sur ce qui a été expliqué par l'intervenant.* »

En définitive, l'Ordre des pharmaciens, notre référence dans la profession, décrit une posture bientraitante inhérente à l'accompagnement du patient.

---

<sup>11</sup> Recommandations de l'Ordre des Pharmaciens (2011), Accueil pharmaceutique des patients sans ordonnance, La démarche ACROPOLE

<b>LA DEMARCHE A.C.R.O.P.O.L.E.</b>	
<b>ACCUEILLIR</b>	<p>Se rendre entièrement disponible pour prendre en charge son interlocuteur est une exigence prioritaire.</p> <p>Confortée par un sourire, la prise de contact doit être agréable, chaleureuse et professionnelle. Le port obligatoire du badge (art. L. 5125-29 du CSP) permet l'identification de la fonction exercée. des postes d'accueil dégagés, agencés pour respecter une confidentialité optimale, doivent permettre un échange ouvert et constructif.</p>
<b>COLLECTER</b>	<p>Bien appréhender l'objet de l'entretien nécessite de laisser au demandeur le temps de s'exprimer. Le recueil des informations apportées permet au professionnel d'approcher les motifs de la requête.</p> <p>L'écoute doit être attentive. Le comportement sera empathique, empreint de tact, entre neutralité et compassion.</p>
<b>RECHERCHER</b>	<p>Compléter les demandes exposées est indispensable.</p> <p>Deux types d'interrogations successives et complémentaires s'imposent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Les questions ouvertes : elles sont formulées pour permettre une large expression, afin d'obtenir le plus d'informations possible en un minimum de questions en prenant en compte le contexte du patient. Ex : « Que vous arrive-t-il ? », « comment l'expliquez-vous ? »...</li> <li>· Les questions fermées : Par leur réponse affirmative ou négative, elles permettent de compléter et préciser les informations recueillies pour affiner le conseil pharmaceutique. Ex : « est-ce bien pour vous ? », « Êtes-vous allergique ? » « Prenez-vous d'autres médicaments ? »...</li> </ul> <p>Compléter les informations recueillies par la consultation de l'historique déjà présent ou issu du dossier Pharmaceutique optimise la démarche.</p>
<b>ORDONNER</b>	<p>Remettre en ordre les déclarations permet de s'assurer que rien n'a été omis. La reformulation concise des propos concrétise la demande. Son approbation par l'interlocuteur est indispensable.</p> <p>Ex : « Pour résumer, vous souffrez d'un mal de gorge depuis hier, associé à une toux sèche gênante, surtout la nuit. Vous n'avez pas de fièvre et ne prenez pas d'autres médicaments. »</p>
<b>PRECONISER</b>	<p>L'analyse de l'ensemble des informations collectées permet une évaluation qui détermine la conduite à tenir selon l'alternative soit d'une prise en charge à l'officine (réconfort, recommandations comportementales, réponse médicamenteuse ...), soit d'une orientation extérieure.</p>
<b>OPTIMISER</b>	<p>Expliquer les raisons de la décision prise pour favoriser l'adhésion au traitement préconisé en s'assurant d'être bien compris.</p> <p>Associer les conseils hygiéno-diététiques pour en renforcer l'efficacité.</p>
<b>LIBELLER</b>	<p>Développer un plan de prise permet le cas échéant de préciser les modalités d'administration du traitement préconisé (inscription de la posologie sur la boîte, quantités maximales par prise et par jour, délai et moment des prises, mise en garde, effets indésirables, associations déconseillées...).</p>
<b>ENTERINER</b>	<p>La finalisation de la démarche entreprise nécessite les actions de conclusion suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· S'assurer de la compréhension et de l'absence de questions du patient : il est indispensable de laisser la possibilité au patient de s'exprimer sur ce qui a été expliqué par l'intervenant. Un questionnement simple permettra de s'en assurer : « mes explications ont-elles été assez claires ? » ou « avez-vous d'autres questions à me poser ? »</li> <li>· Ouvrir sur une autre demande : Pour faciliter la réponse à d'éventuels besoins complémentaires : « désirez-vous autre chose ? » ou « avez-vous besoin d'autre chose ? »</li> <li>· Prendre congé : La signification respectueuse du terme de l'entretien doit transmettre l'intérêt porté et permettre une éventuelle suite à donner : « n'hésitez pas à venir me voir si besoin », « Je reste à votre disposition en cas de besoin » ou « tenez moi informé ».</li> </ul>

Figure 2, *La démarche ACROPOLE, Accueil pharmaceutique des patients sans ordonnance, Recommandations de l'Ordre des Pharmaciens, Septembre 2011*

## II.2. Que disent les textes ?

La profession de Docteur en Pharmacie est régie par plusieurs textes. Le premier est le Serment de Galien. Prononcé lors de chaque soutenance de thèse d'exercice, c'est un code de conduite à suivre au quotidien dans l'exercice des fonctions de pharmacien. Il contient notamment la phrase suivante :

*« En présence des Maîtres de la Faculté, je fais le serment : [...] De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité »*

Cela fait référence à notre comportement vis-à-vis du patient. Si on suit le serment, le souci de la personne qui nous fait face et du respect de sa dignité, est un engagement que l'on prend. Nous devons mettre l'individu au centre de notre art. C'est un travail quotidien qui ne doit jamais être omis. Le principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine est un principe à valeur constitutionnelle. C'est un droit fondamental auquel chaque être humain a droit. Il est donc cohérent qu'il apparaisse dans le serment.

Le mot « bienveillance » n'apparaît pas dans le serment du fait de sa création qui n'est pas contemporaine à la vie de Galien mais il est selon moi tout à fait compatible avec le texte. Notons que les pharmaciens (anciennement appelés les apothicaires) ont cette obligation de prêter serment depuis le XIIe siècle. Il a pris divers noms et formes mais l'idée de poser des limites à la profession et de demander un engagement au diplômé envers ses confrères et ses patients a toujours été présente. Aussi, le serment de Galien est inspiré du serment d'Hippocrate, prêté par les médecins et dont la philosophie est très proche.

Le second texte de référence est le Code de Déontologie. J'ai retenu deux articles :

- Article R. 4235-2 : « Le pharmacien exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. »

Cet article met en évidence la nécessité pour le pharmacien d'avoir une attitude respectueuse envers le patient. On prend l'individu tel qu'il est, avec ses émotions, ses expériences passées, son attitude et son comportement, et on compose avec. Il n'est pas ici question de robotiser notre rapport à l'interlocuteur, mais plutôt de s'adapter à lui. Chaque individu a ses particularités. Par exemple, dans un souci d'être le plus compréhensible possible, nous éviterons de parler avec un jargon médical, spécifique, à une personne qui n'est pas un professionnel de santé. Ou alors, pour une personne à mobilité réduite, on lui laissera la

possibilité de s'asseoir, le temps de préparer son ordonnance pour rendre sa prise en charge un peu plus confortable.

- Article R. 4235-6 : « Le pharmacien doit faire preuve du même dévouement envers toutes les personnes qui ont recours à son art. »

Cet article complète le précédent. Le premier faisait référence à la capacité d'adaptation du pharmacien, tandis que le second rappelle la qualité de non-discrimination. On doit accepter d'avoir la même attitude envers tous les patients rencontrés, sans faire de différence de traitement sur la base de la tenue vestimentaire, de la façon de s'exprimer, de l'origine ethnique, ou autre. Toute discrimination est une forme de maltraitance. Par ailleurs, on parle de dévouement à la personne dans cet article. C'est un mot qui n'est pas anodin. C'est une attitude qui nécessite une totale implication dans les gestes et dans les mots qu'on utilise. En définitive, ces deux textes référents dans notre profession placent un cadre compatible avec le respect de la bientraitance auprès des patients dans l'exercice quotidien du métier de pharmacien d'officine.

### **II.3. La dignité de la personne humaine**

Comme nous venons de le voir, le Serment de Galien et le Code de Déontologie mettent en avant notre rapport au patient et au soin que l'on porte à la préservation de sa dignité. On pourrait même considérer qu'il n'est pas de notion de bientraitance sans respect de la dignité de la personne. C'est un point essentiel de notre travail, et pour cette raison, je pense qu'il est important de revenir sur ce point.

Le principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine est apparu au lendemain de la seconde guerre mondiale dans le premier alinéa du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946.

Sans mentionner le mot « dignité », le conseil constitutionnel rend hommage aux victimes des massacres de la guerre en replaçant la personne humaine au premier plan de la République Française :

*« 1. Au lendemain de la victoire remportée par les peuples libres sur les régimes qui ont tenté d'asservir et de dégrader la personne humaine, le peuple français proclame à nouveau que tout être humain, sans distinction de race, de religion ni de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés. Il réaffirme solennellement les droits et libertés de l'homme et du citoyen consacrés par la Déclaration des droits de 1789 et les principes fondamentaux reconnus par les lois de la République. »*

Ce premier alinéa fait écho aux principes de non-discrimination en appuyant sur la non distinction entre les individus face à leurs droits et libertés qui sont « inaliénables » et « sacrés ». Par ailleurs, nous parlons du premier alinéa du préambule de la Constitution, cela montre l'aspect incontournable de la défense des droits humains.

De la même manière, dans la loi de bioéthique du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain. Il est mentionné à l'article 16 : « *La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie.* »

Aussi, la question de la dignité de la personne humaine sera détaillée dans la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne en décembre 2000. Dans son article premier portant sur la dignité humaine, il y est écrit qu'elle est « inviolable » et qu'elle doit être « respectée et protégée ».

Ainsi, la notion de sauvegarde de la dignité de la personne humaine est un principe général du droit, présent dans la Constitution. Lorsque l'on prête serment et qu'on s'engage à respecter la dignité des personnes que l'on sert ou soigne, ce ne sont pas des paroles à prendre à la légère, d'un point de vue ordinal mais aussi légal.

C'est pourquoi la bientraitance est un sujet qui a non seulement une place légitime dans l'exercice des fonctions de pharmacien, mais qui est aussi important voire incontournable.

Pour conclure cette partie, nous avons montré que la bientraitance avait bien sa place à l'officine, par les valeurs qui y sont reliées, décrites dans les textes de référence de la

profession comme le respect de la dignité, la non-discrimination, ou encore le dévouement à toutes les personnes qui font appel à nos savoirs.

### III. LE PATIENT

Comme nous l'avons vu plus tôt, la bienveillance est une attitude, un comportement d'un professionnel de santé à l'égard d'un patient. Elle repose sur une relation de confiance, entre deux individus. Nous allons donc étudier la nature de cette relation soignant – soigné dans un premier temps, les bases de la communication ensuite, puis les attentes du patient.

#### III.1. La relation soignant – soigné

Pour commencer, nous allons aborder les différents types de relation. Il en existe quatre types<sup>12</sup> : la relation de civilité, la relation fonctionnelle, la relation de soutien et la relation d'aide.

Selon Malabeuf, psychologue, la relation de civilité s'inscrit dans un « rituel social », c'est le « niveau de propos banal, de la communication informelle où l'on parle surtout de tout sauf de l'essentiel. » Autrement dit, c'est une relation assez neutre, cordiale, polie, entre deux inconnus.

Il y a aussi la relation fonctionnelle citée par Siebert et Le Neurès en 2011, qui correspond à une relation d'investigation dans laquelle le professionnel de santé va interroger le patient sur son état pathologique, ses symptômes, ses antécédents, en vue d'établir une prise en charge optimale.<sup>13</sup>

Ensuite, la relation de soutien s'incorpore dans une attitude empathique envers le patient. Une écoute attentive et un effort de compréhension participent à ce lien entre les deux parties.

Enfin, la relation d'aide est plus poussée dans l'investissement du professionnel de santé. Elle est expliquée par Potier<sup>14</sup> en 2002 : « Fondée sur le dialogue et surtout l'écoute centrée sur la personne, elle vise à aider cette dernière à exprimer sa problématique interne et à trouver en elle-même les ressources nécessaires pour améliorer sa situation. »

---

<sup>12</sup> Malabeuf, L. (1992). La relation soignant-soigné : du discours au passage à l'acte. Soins Formation-Pédagogie-Encadrement

<sup>13</sup> Siebert, C., Le Neurès, K. (2011). *Soins relationnels, soins palliatifs, unités d'enseignement 4.2 et 4.7*. Elsevier Masson.

<sup>14</sup> Potier, M (2002). Dictionnaire encyclopédique en soins infirmiers. Lamarre

Il nous faut alors faire un point sur l'approche centrée sur la personne. La HAS<sup>15</sup> a développé en 2015, un outil d'aide aux professionnels de santé sur cette notion de démarche centrée sur le patient. La HAS la décrit comme une relation de partenariat entre le patient, son entourage et les soignants. Elle est basée sur plusieurs éléments :

- La personnalisation des soins : une écoute et une compréhension des problèmes et préoccupations du patient, son expérience, son ressenti et ses attentes, le tout grâce au dialogue instauré entre les deux parties.
- Le développement et le renforcement des compétences du patient : on va accompagner le patient et l'aider à s'autonomiser vis-à-vis de sa maladie, par l'éducation thérapeutique.
- La continuité des soins dans le temps : reposant sur un suivi de l'évolution et un soutien au patient.

Ces trois aspects de la démarche centrée sur le patient ont été détaillés dans des fiches pratiques (cf Annexes 3, 4 et 5) destinées aux équipes soignantes.

En parallèle, dans le cadre du comptoir à la pharmacie, nous pouvons tout à fait appliquer les 3 piliers de la démarche centrée sur la personne.

En effet, face à un patient que l'on voit tous les mois au comptoir, dont on connaît le traitement, dont on sert peut-être également le conjoint ou la conjointe, on peut par le dialogue en savoir davantage sur la situation familiale, le cadre de vie, les habitudes, et les antécédents. Nous allons pouvoir personnaliser le soin et adapter nos conseils au patient.

Par exemple, un patient de la pharmacie vient avec une nouvelle ordonnance avec des Compléments de Nutrition Orale (CNO) pour sa femme dont on connaît l'historique. Il se trouve que la patiente est diabétique, on va donc proposer des CNO sans sucres, adaptés au diabète de cette personne. C'est d'ailleurs tout l'intérêt de notre profession, il est crucial de personnaliser nos conseils et de les adapter à chaque patient. Cela fait partie de notre quotidien.

Ensuite, de par nos conseils et nos explications des traitements aux patients, nous allons pouvoir rendre le patient autonome.

---

<sup>15</sup> Haute Autorité de Santé (2015), Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi.

Par exemple, un patient se présente au comptoir avec une nouvelle ordonnance avec du Salbutamol (bronchodilatateur) en inhalateur. Admettons qu'il n'ait jamais utilisé ce dispositif, nous allons donc lui expliquer et lui montrer comment l'utiliser afin d'avoir une observance maximale du traitement.

Pour aller plus loin, nous avons la possibilité de proposer des entretiens pharmaceutiques à des patients pour faire le point sur leurs traitements, réexpliquer des notions non maîtrisées, la différence entre un traitement de crise et un traitement de fond (dans le cas de l'asthme), parler des effets secondaires, demander aux patients leur expérience avec leur maladie, dans quel contexte sont provoquées les crises, explorer les difficultés auxquelles sont confrontés les patients (par exemple : si la synchronisation main-bouche est difficile pour le patient, nous pouvons proposer de remplacer le dispositif Ventoline par un dispositif Airomir qui ne nécessite pas un geste aussi technique pour l'utiliser). Ces entretiens pharmaceutiques sont des entretiens d'éducation thérapeutique.

Enfin, concernant le suivi dans le temps et le soutien, nous entretenons une relation particulière avec chacun de nos patients réguliers. Nous adoptons une posture empathique, pour certains nous sommes les seules personnes que le patient va voir dans la journée, et l'échange que nous allons avoir est important pour eux. Il est donc primordial de préserver le lien social de nos patients, notamment les personnes âgées ou isolées. Bien que nous ne puissions pas nous comporter comme des amis, il est évident que nous ne pouvons pas toujours rester de marbre quant aux différentes difficultés que rencontrent nos patients. De plus, il arrive de voir le même patient en principe une à deux fois par mois, et même jusqu'à plusieurs fois par semaine. Par conséquent en terme de suivi, nous sommes très bien placés pour être en accord avec cet outil de la Haute Autorité de Santé.

### **III.2. La communication au patient**

Dans le prolongement de la relation d'aide entre le soignant et le soigné, l'élément moteur de l'interaction est la communication.

## Les bases de la communication :

Il existe différents modèles de communication. L'un d'entre eux a été établi en 1963 par le linguiste russe Roman Jakobson. Il se compose de 3 parties : le destinataire, le message et le destinataire.<sup>16</sup>

Le destinataire émet le message, qui va être reçu et traité par le destinataire. Le linguiste y ajoute 3 facteurs qui vont moduler l'interaction et donc nuancer le message : le contexte, le canal et le code. Le canal va permettre d'établir la connexion entre les 2 parties, par exemple un contact physique, une parole. Le code correspond à l'outil utilisé par le destinataire (par exemple : la langue française). Le contexte sera le référentiel permettant de comprendre le sens du message dans une situation donnée.

De plus, Jakobson décrit six fonctions associées aux éléments de la communication.

Tout d'abord, la fonction expressive est relative à l'émetteur. C'est le reflet de l'émotion du locuteur que va pouvoir remarquer ou déduire le destinataire. Cela fait référence au ton utilisé, à l'expression faciale, etc. Ensuite, il y a la fonction conative, qui fait appel à la réaction du destinataire. On va chercher à impliquer l'interlocuteur : par exemple, quand on lui pose une question, on va naturellement s'attendre à une réponse. Par ailleurs, la fonction phatique consiste en la mise en place et au maintien du canal de communication. Par exemple, lors d'une conversation téléphonique : « Allô ? » ou « Vous m'entendez ? » ou « Est-ce assez clair pour vous ? » renvoient à cette fonction. Aussi, il existe la fonction référentielle, permettant de contextualiser ou d'apporter une explication à un élément : « Ce médicament permet de diminuer la tension, tandis que celui-ci va vous détendre en cas d'anxiété ».

Il reste les fonctions métalinguistique et poétique. La métalinguistique se réfère au code : cela correspond aux éléments qui permettent de définir, préciser ou éclaircir un point : « C'est-à-dire... », « Cela signifie que... », « En d'autres termes... ». Enfin la fonction poétique va participer à l'esthétique du message : les figures de styles, les jeux de mots ou de rime, les images, vont comme dans une pièce de théâtre, habiller le message.

Pour conclure, toutes ces fonctions peuvent se cumuler au sein d'une même phrase, c'est significatif de la richesse de nos interactions.

---

<sup>16</sup> Jakobson, R. (1963). Linguistique et Poétique dans Essais de linguistique générale

**Le langage verbal :**

Lors d'une situation de communication, on parle de langage verbal lorsqu'on utilise des mots et que l'on structure son discours pour transmettre un message à un destinataire. Il représente une composante mineure de la communication entre deux personnes.

**Le non verbal :**

Il n'existe pas de communication verbale sans le non verbal. Il s'agit de toutes les informations transmises au destinataire qui ne sont pas incluses dans les paroles de l'émetteur. Autrement dit, les expressions faciales, les micro-expressions, la tenue vestimentaire, le regard, le sourire, la posture, la gestuelle, etc. Le non-verbal fait aussi partie du message que l'on transmet, et bien qu'il ne soit pas nécessairement volontaire, il est traité par le destinataire et peut influencer ses réactions, sa capacité à écouter, sa tendance à être compréhensif, à acquiescer ce que l'on dit ou au contraire ne pas être d'accord avec nous.

**Le paralangage (ou langage paraverbal) :**

Ce dernier composant du langage est caractérisé comme son nom l'indique par ce qu'il y a autour du langage. Cela comprend l'intonation, le ton, l'accentuation, le timbre, mais aussi les silences, l'accent et la prononciation.

En définitive, lorsque l'on s'adresse au patient, il n'y a pas que les mots que l'on prononce qui sont importants. En fonction de son expérience et de sa capacité d'empathie, le pharmacien pourra lire sur le visage du patient, ses expressions, écouter le ton de sa voix, mettre le doigt sur une incompréhension, simplement en ayant une écoute attentive et en le regardant. L'inverse est également vrai, il sera facile pour un patient de ressentir le stress d'un apprenti ou d'un stagiaire inexpérimenté ou bien s'il n'est pas convaincu lui-même de son explication. La communication est une discipline à part entière et c'est aussi la base de notre métier. En effet, on communique avec les patients et leurs accompagnants, mais aussi au sein de notre équipe, avec les représentants de laboratoire, les grossistes, etc. Être bientraitant ne peut s'envisager sans une bonne communication.

### III.3. Les attentes du patient

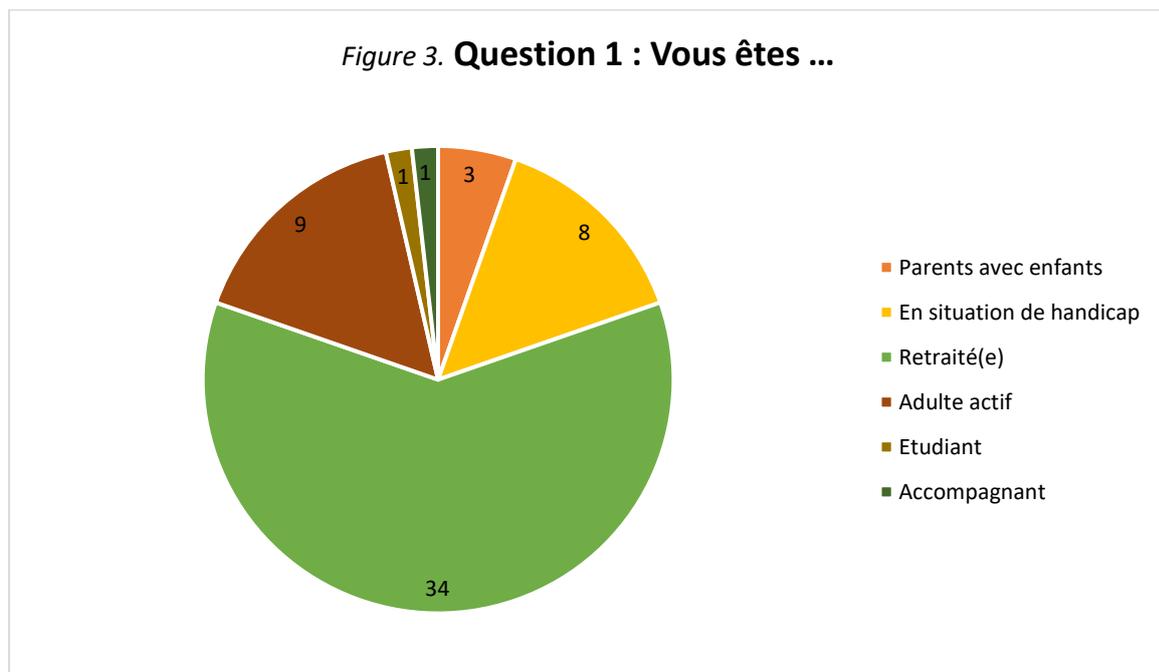
Pour cette partie, j'ai proposé un questionnaire aux patients de la Pharmacie de la Mer à La Rochelle (dans laquelle j'ai effectué mon stage de sixième année). Il est anonyme et j'ai obtenu un total de 50 réponses.

Il se compose de 13 questions dont certaines qui proposent des espaces d'expression.

#### Question 1 : Vous êtes ...

Sur le total de réponses :

- Parent avec enfant : 3
- Situation de handicap : 8
- Retraité(e) : 34
- Adulte actif : 9
- Etudiant : 1
- Accompagnant : 1

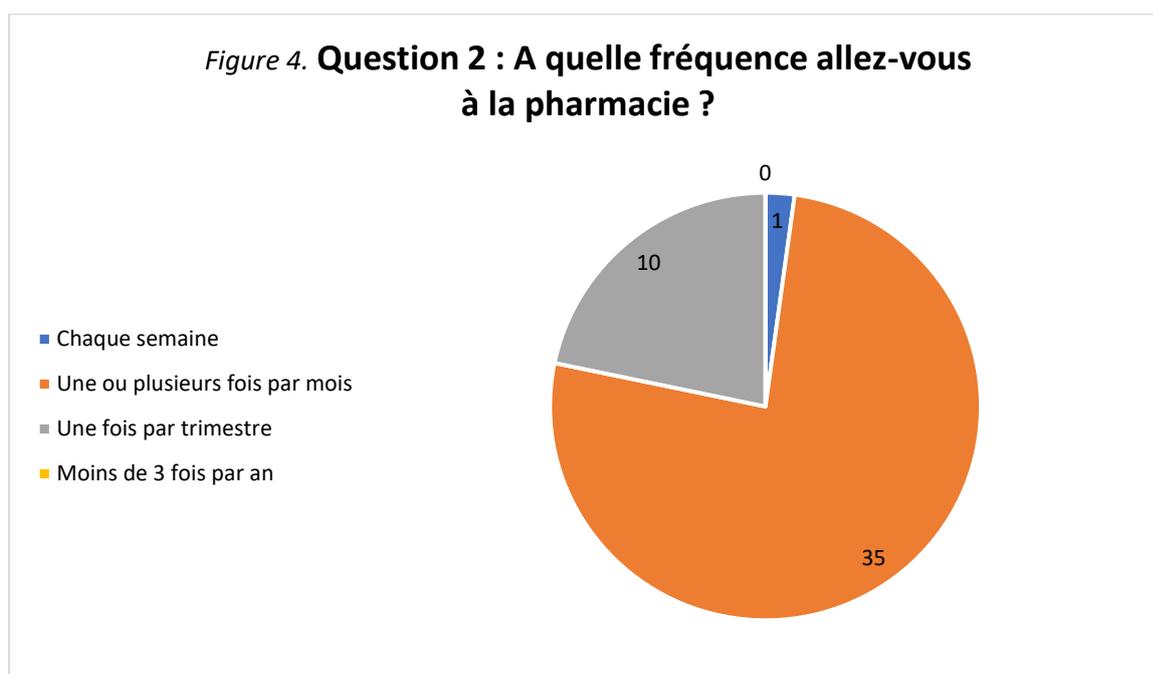


#### Interprétation :

Environ 70 % des répondants sont des personnes âgées. Une personne sur six est en situation de handicap. La population active et les jeunes adultes apparaissent grandement minoritaires, dans les faits, il y avait davantage de patients à la retraite qui avaient le temps de répondre au questionnaire.

### Question 2 : A quelle fréquence allez-vous à la pharmacie ?

- Chaque semaine : 1
- 1 ou plusieurs fois par mois : 35
- 1 fois par trimestre : 10
- Moins de 3 fois par an : 0

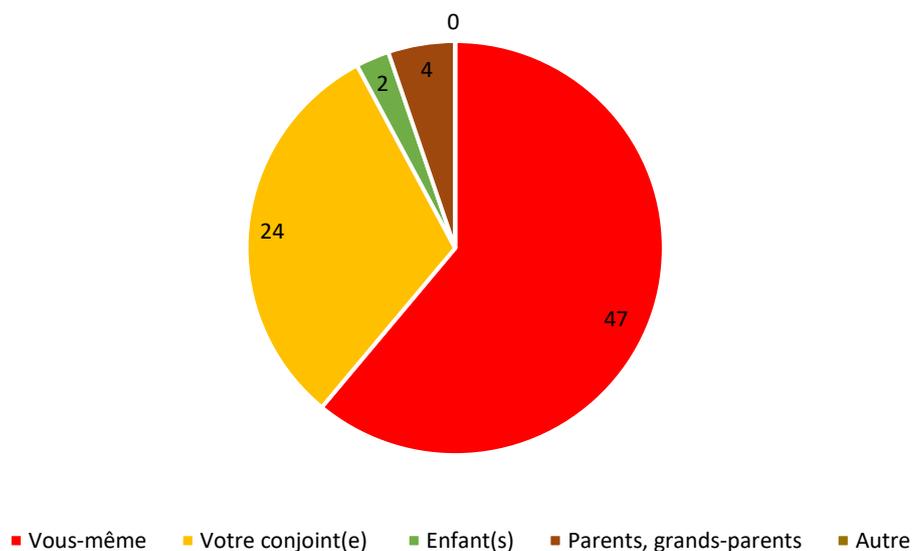


**Interprétation :** 7 personnes interrogées sur 10 viennent une à plusieurs fois par mois, ce qui est logique car la majorité a un traitement chronique (voir Question 4), et donc un renouvellement mensuel, ou trimestriel si le conditionnement de trois mois existe pour le traitement prescrit.

### Question 3 : Pour qui allez-vous à la pharmacie ?

- Vous-même : 47
- Votre conjoint(e) : 24
- Enfant(s) : 2
- Parents, grand-parents : 4
- Autre : 0

Figure 5. Question 3 : Pour qui allez-vous à la pharmacie ?

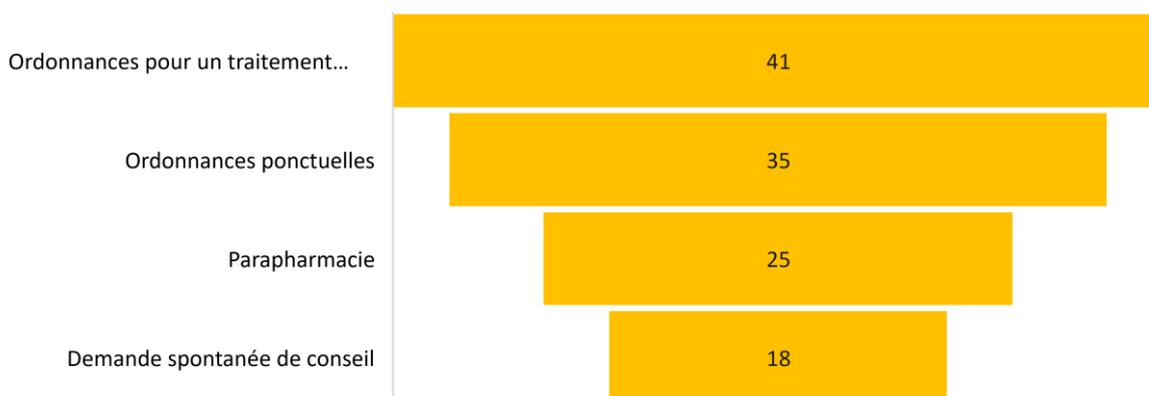


**Interprétation :** Si la quasi-totalité des patients viennent pour eux-mêmes, la moitié environ viennent pour leur conjoint(e) ; certains patients sont donc patients et accompagnants à la fois, c'est une donnée qui n'apparaissait pas dans les réponses à la Question 1.

**Question 4 : Pourquoi allez-vous à la pharmacie ?**

- Ordonnances pour un traitement chronique : 41
- Ordonnances ponctuelles : 35
- Parapharmacie : 25
- Demande spontanée de conseil : 18

Figure 6. Question 4 : Pourquoi allez-vous à la pharmacie ?



**Interprétation :** La répartition est intéressante, la majorité des répondants (82%) ont un traitement chronique, 68% des répondants viennent avec des ordonnances ponctuelles (sachant qu'une réponse n'en empêche pas une autre), 2 personnes sur 5 viennent pour une demande spontanée, et enfin il arrive à 1 répondant sur 2 d'acheter de la parapharmacie dans cette pharmacie.

**Question 5 : Si vous avez un traitement chronique, le connaissez-vous bien ?**

- Oui : 37
- Non : 0
- Pas de réponse : 2

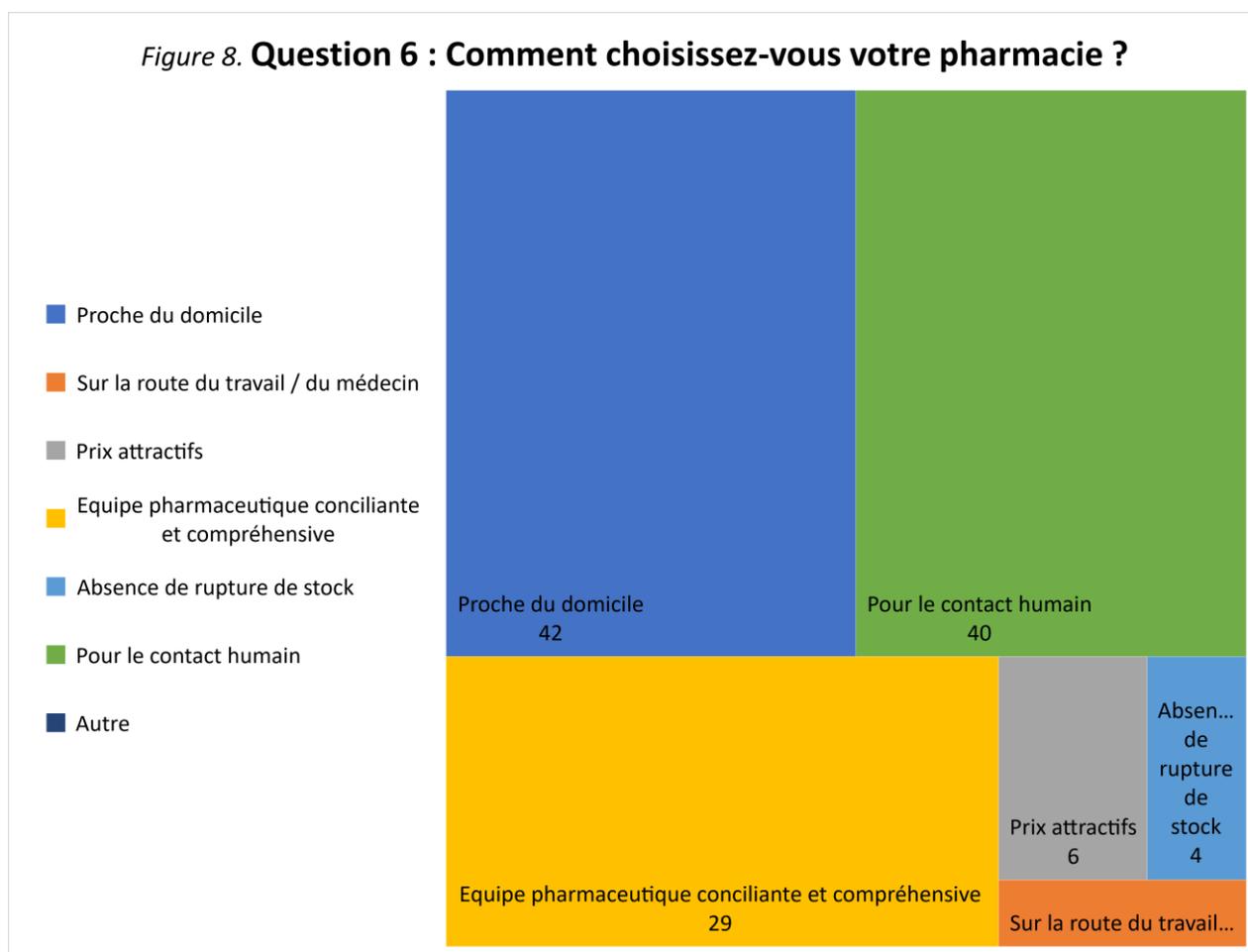


**Interprétation :** 95 % des patients avec un traitement chronique interrogés disent connaître leur traitement.

**Question 6 : Comment choisissez-vous votre pharmacie ?**

- Proche du domicile : 42
- Sur la route du travail / du médecin : 3
- Prix attractifs : 6
- Equipe pharmaceutique conciliante et compréhensive : 29

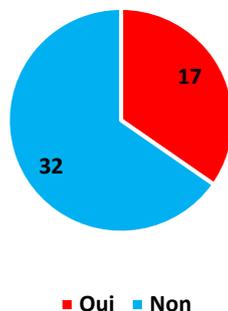
- Absence de rupture de stock : 4
- Pour le contact humain : écoute, bienveillance, confiance, empathie : 40
- Autre : 0



**Interprétation :** Bien que la majorité des personnes interrogées choisissent leur pharmacie pour sa localisation, les valeurs humaines que l'équipe pharmaceutique véhicule au comptoir comptent quasiment autant (87 % vs 83 %). Il y a ensuite le côté conciliant et arrangeant de l'équipe (possibilité de dépannages, avances, etc) pour 6 personnes sur 10.

### Question 7 : Allez-vous dans plusieurs pharmacies ?

Figure 9. Question 7 : Allez-vous dans plusieurs pharmacies ?



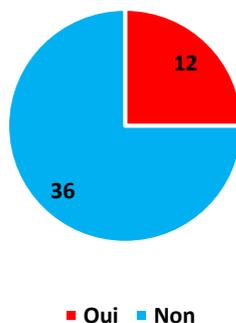
#### Si oui, pourquoi ?

- Vacances ou déplacement : 3
- Occasionnellement : 5
- Pour une plus grande variété de choix parapharmacie : 4
- En cas de rupture : 4

**Interprétation :** Un tiers des répondants vont dans plusieurs pharmacies, mais cela ne correspond pas pour autant à du nomadisme pharmaceutique au vu des justifications.

### Question 8 : Vous êtes-vous déjà senti(e) mal traité(e) dans une pharmacie ?

Figure 10. Question 8 : Vous êtes-vous déjà senti(e) mal traité(e) dans une pharmacie ?



**Interprétation :** 1 personne sur 4 s'est déjà sentie maltraitée dans une pharmacie, ce qui n'est pas normal quand on doit respecter les principes du serment de Galien ou les articles du Code de déontologie.

**Question 9 : Avez-vous déjà demandé à être pris(e) en charge par un autre membre de l'équipe pharmaceutique suite à une insatisfaction ?**

- Oui : 3
- Non : 42
- Autre : J'ai changé de pharmacie

**Si oui, a-t-on accepté votre demande ?**

- Oui : 3
- Non : 0
- **Interprétation :** Il n'y a pas grand-chose à tirer de cette question.

**Question 10 : Savez-vous ce qu'est la bientraitance ?**

- Oui : 43
- Non : 6

**Question 11 : Dans votre prise en charge à la pharmacie, quelle place a la bientraitance ?**

- Essentielle : 27
- Importante : 20
- Peu importante : 0
- Dérisoire : 0
- Inutile : 0
- Je ne sais pas : 3

**Interprétation :** 94 % des personnes interrogées pensent que la bientraitance a une place au moins importante dans leur prise en charge et pour plus de la moitié d'entre elles, une place essentielle. La bientraitance compte aux yeux des patients.

**Question 13 :** Sur une échelle de 1 à 5 (1 = ça m'est égal, 2 = peu important, 3 = moyennement important, 4 = très important, 5 = indispensable) Quelle importance accordez-vous à ... ?

**47 réponses :**

Notes moyennes sur 5 obtenues par proposition	
La pertinence du conseil du préparateur / pharmacien	4,68
Sa façon de parler / de communiquer	4,40
Son humeur / son regard / son ton	4,30
La relation de confiance entre vous et l'équipe pharmaceutique	4,77
Au respect mutuel entre vous et votre interlocuteur	4,70
L'accessibilité à la pharmacie (parking, facilité d'accès pour fauteuils roulants, etc.)	4,06
L'ambiance générale de la pharmacie	4,21

*Figure 11. Notes moyennes calculées par proposition*

**Interprétation :** Toutes les propositions dépassent la note moyenne de 4, ce qui signifie qu'elles sont très importantes pour une majorité des personnes répondantes.

### **Réponses rédactionnelles :**

**Question 10' :** Définissez la bientraitance en quelques mots :

**Idées récurrentes et nombre d'apparitions :**

- Ecoute : 17
- Le respect de la dignité de la personne / Considération de la personne : 12

- Être avenant / Gentillesse / Sourire / Sympathie / Amabilité : 10
- Être bien accueilli : 8
- Accompagnement le meilleur possible de la personne : 7
- Compréhension des demandes : 7
- Répondre aux demandes / besoins / attentes de la personne : 7
- Bienveillance : 7
- Les conseils / réponses aux questionnements : 6
- Empathie : 5
- Respect des choix de la personne : 5
- Adaptation : 4
- Information claire / accessible / intelligible : 3
- Attention : 3
- Compétence : 2
- Prendre soin d'une personne : 2
- Disponibilité : 2
- Le contact humain : 1
- Patience : 1
- Absence de jugement : 1
- C'est comment instaurer une relation entre individualisme et collectivité : 1
- Discrétion : 1
- Intelligence du cœur et de la fonction : 1
- Le contraire de la maltraitance : 1

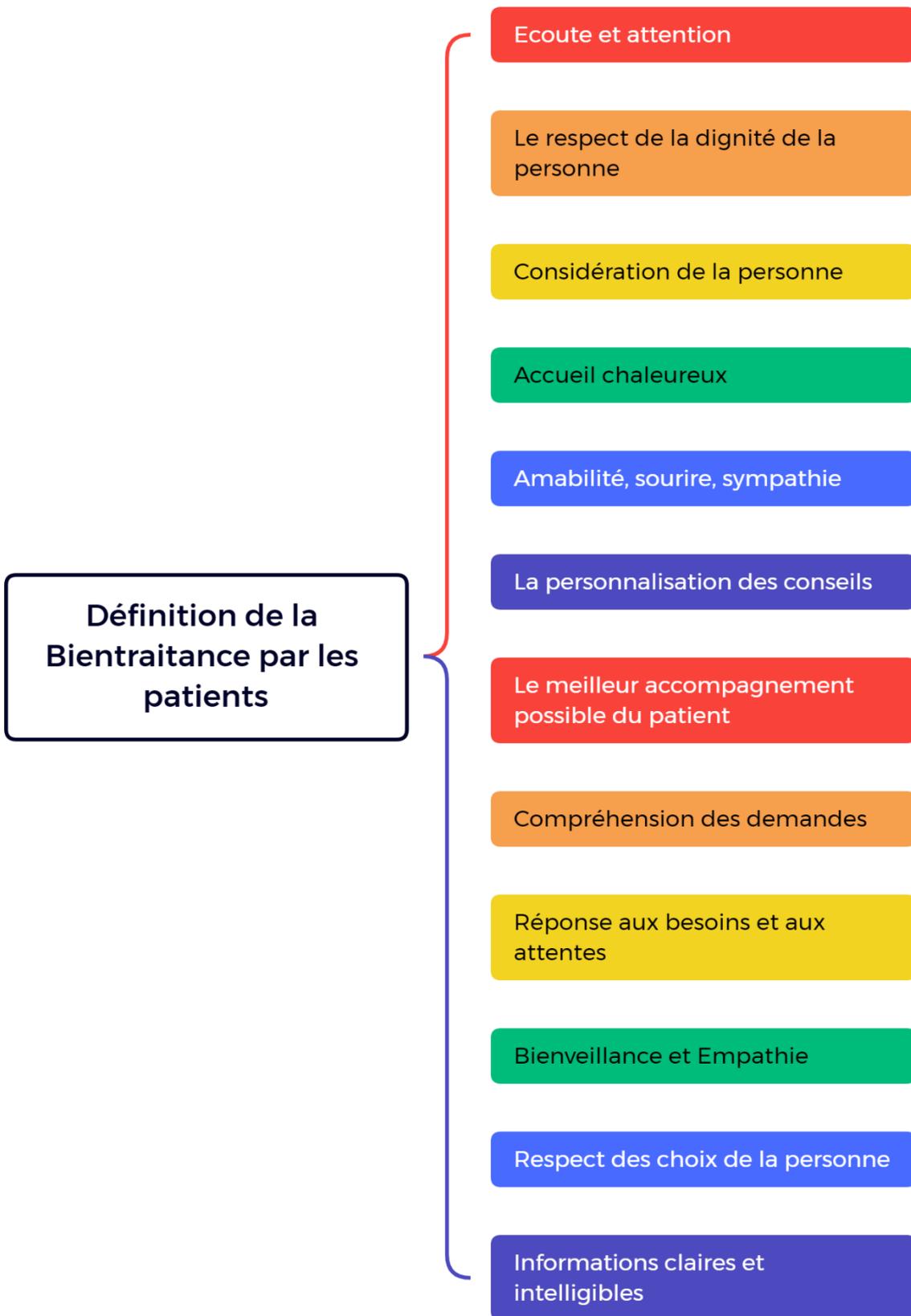


Figure 12. Synthèse des réponses définissant la bienveillance

**Question 12 : Quelles sont vos attentes concernant votre prise en charge à l'officine ?**

**Réponse libre**

Idées récurrentes et nombre d'apparitions :

Bons Conseils : 14

Ecoute attentive : 13

Amabilité / Gentillesse / Sourire : 11

Accueil chaleureux / Convivial / Cordialité : 8

Relation de confiance : 7

Personnalisation du soin / Adaptation : 5

Bienveillance : 5

Empathie : 1

Bientraitance naturelle : 3

Absence de jugement : 4

Que les médicaments soient disponibles / Absence de rupture : 4

Rappel ou explications des prescriptions et du plan de prise : 3

Compréhension de la situation du patient : 2

Prise en compte des besoins et des attentes : 3

Politesse / Respect : 3

Professionalisme / Compétence : 3

Discrétion de l'équipe : 2

Humour / dédramatisation / Bonne humeur : 2

Disponibilité : 2

Bonne Ambiance de la pharmacie : 1

Serviabilité du personnel : 1

Accompagnement : 1

Informations claires : 1

Accès facilité pour les personnes en situation de handicap : 1

Patience : 1

Être pris en charge rapidement : 1

Absence d'infantilisme : 1

Tarifs concurrentiels des produits de parapharmacie : 1



Figure 13. Synthèse des réponses concernant les attentes des patients

### **Interprétation des questions 10' et 12 :**

Les patients interrogés ont apporté des réponses très intéressantes quant à leur définition de la bientraitance ainsi que la description de leurs attentes. Il était pour moi important de leur laisser un espace d'expression, pour en savoir davantage sur leurs préoccupations et comment améliorer mon attitude au comptoir. Si nous rapprochons les éléments de réponses des deux questions, nous remarquons qu'ils se confondent à plusieurs reprises. Nous retrouvons dans les attentes des notions comme la capacité d'écoute, l'accueil chaleureux, les conseils de qualité, le respect des choix et des besoins, ainsi que l'absence de jugement ou encore la bienveillance qui rentrent dans l'attitude bientraitante décrites par ces mêmes patients. Il y a également le développement d'une relation de confiance et la personnalisation du soin qui sont selon moi des points clés dans la démarche bientraitante.

## **IV. L'ÉQUIPE PHARMACEUTIQUE**

Après avoir étudié la bientraitance du point de vue du patient, nous allons nous intéresser à celui de l'équipe pharmaceutique. Nous étudierons dans un premier temps comment mettre en place les principes de bientraitance à l'officine, dans un second temps, nous explorerons en quoi la bientraitance s'intègre au soin et enfin nous parlerons des bienfaits de la bientraitance sur la pharmacie.

### **IV.1. La mise en place des principes de bientraitance à l'officine**

Avant de parler des individus, nous pouvons parler des éléments qui peuvent être mis en place dans les locaux de la pharmacie. Le premier point concernera donc l'accessibilité et la confidentialité.

#### **IV.1.1. Accessibilité et Confidentialité**

Un lieu public doit être accessible à toutes les personnes qui le fréquentent. Cela veut dire qu'il doit y avoir obligatoirement un accès aux personnes à mobilité réduite, si possible, des rayons assez larges pour permettre la circulation de fauteuils roulants, d'une personne âgée avec un chariot, un parent avec une poussette, des étagères à une hauteur raisonnable qui convient à un maximum de personnes, etc. L'entrée des patients doit être facilitée : des portes automatiques dans l'idéal, sinon un système ni lourd, ni compliqué. Ce sont des critères inclusifs permettant un accès universel et qui sont à étudier au moment de l'agencement de la pharmacie.

La confidentialité est aussi primordiale que l'accessibilité car elle permet un respect de la discrétion des patients ainsi que la préservation du secret professionnel. Les comptoirs peuvent être séparés physiquement ou non, et une zone de confidentialité marquée permettra de respecter ce principe.

Des locaux bien aménagés contribuent à rendre l'expérience patient optimale, mais l'attitude de l'équipe officinale sera d'autant plus importante dans cette démarche.

La bientraitance débute par des locaux propices à l'accueil de tout type de personnes et à un respect de la confidentialité dans chaque échange que nous avons avec elles.

#### **IV.1.2. L'attitude bienveillante**

Pour ce point, je vais rapprocher les propositions des patients interrogés dans mon enquête à celles de la démarche ACROPOLE. Tout commence par un accueil chaleureux : avec un bonjour, un sourire et une attitude aimable. Comme vu plus tôt dans les attentes des patients, ils doivent se sentir considérés et respectés. Cela est permis par une écoute attentive des besoins, sans jugement de valeur, et bien-sûr, il faudra laisser au patient le temps de s'exprimer. Cette étape correspond à la collecte d'informations, elle est en lien avec l'étape de recherche qui va permettre d'approfondir les propos du patient, par des questions ouvertes du type « Qu'est-ce qu'il vous arrive ? » ou « Pouvez-vous m'en dire plus ? » et des questions fermées, par exemple : « Est-ce pour vous ? » ou « Prenez-vous d'autres traitements ? ». Ensuite, notre rôle est d'ordonner les propos, les reformuler pour s'assurer d'avoir compris la situation du patient, ainsi que ses demandes, afin de lui apporter les conseils les plus pertinents et les plus adaptés.

La préconisation consistera à orienter le patient ailleurs si c'est nécessaire (chez le médecin traitant, aux urgences, par exemple) et l'optimisation aura pour intérêt d'expliquer et justifier les conseils donnés au patient. Notre ton restera empathique, il ne sera ni froid, ni amical. Le but n'est pas d'agir comme des robots dénués de sentiments ni de faire du copinage avec les patients mais d'être professionnels, de permettre aux patients de se sentir en confiance grâce à notre attitude et nos conseils. Selon la démarche ACROPOLE, il y a ensuite l'étape « Libeller » qui consiste en l'indication du plan de prise des traitements, rappeler l'indication de chaque médicaments, écrire sur les boîtes une contre-indication, par exemple : « ne pas conduire » pour un médicament qui entraîne une somnolence et diminue les réflexes ou la vigilance afin d'éviter un accident de la route, « ne pas s'exposer au soleil » pour un médicament photosensibilisant comme la Doxycycline, ou encore « éviter de consommer de l'alcool » avec du Métronidazole pour éviter un effet antabuse. Enfin, nous entérinons l'échange en demandant si nous avons été clairs, si le patient a tout compris, s'il a d'autres questions ou un autre besoin. Il ne nous restera plus qu'à prendre respectueusement congé.

Cela pourrait faire l'objet d'une procédure qualité pour uniformiser l'accueil du patient. Chaque membre de l'équipe officinale devrait avoir la même disponibilité auprès des patients afin d'harmoniser la prise en charge au sein de la pharmacie.

### **IV.1.3. Le travail en équipe**

L'attitude bienveillante d'un pharmacien peut être optimisée s'il travaille au sein d'une équipe pharmaceutique qui respecte les mêmes principes. Une bonne communication entre chaque membre pourrait permettre de servir au mieux les patients. Il arrive parfois de se sentir surmené, avoir besoin d'une pause et de demander à un collègue de s'occuper du patient à sa place. Une bienveillance partagée à la fois envers le patient mais aussi entre les membres. Il n'est pas toujours évident de s'entendre avec tout le monde, mais dans l'intérêt du patient, l'entraide est indispensable. Demander une opinion sur un cas de comptoir, une paire d'yeux différente pour déchiffrer une ordonnance manuscrite ou encore un double contrôle pour éviter les erreurs, sont des éléments indispensables au quotidien pour sécuriser chacun de nos actes.

### **IV.2. La bientraitance fait partie intégrante du soin**

Comme vu plus tôt, la bientraitance est une attitude inhérente aux soins que l'on donne. Il ne suffit pas d'être gentil pour être bienveillant. En effet, adopter une attitude bienveillante ne doit pas empêcher de bien faire son travail. Rappelons d'abord, la définition de l'acte de dispensation du médicament<sup>17</sup> (Article 4235-48 du Code de la Santé Publique (CSP)) :

« Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :

- 1° L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;
- 2° La préparation éventuelle des doses à administrer ;
- 3° La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.

Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale.

Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient. »

---

<sup>17</sup> Code de la Santé Publique (en vigueur depuis 2004), Article 4235-48, L'acte de dispensation

Cette définition met en valeur le rôle du pharmacien au comptoir dans sa mission principale. La notion de soutien y est présentée, ce qui fait écho à la démarche centrée sur la personne vue précédemment et qui nous rappelle la posture bienveillante. Le pharmacien soigne par son expertise du médicament, et la bienveillance correspond selon moi à un véhicule du bon soin. L'accompagnement entre dans les missions du pharmacien, présentées dans la Convention Nationale Pharmaceutique de 2012 avec le bilan partagé de médication et les entretiens sur les anticoagulants, sur l'asthme avec des corticoïdes inhalés, les chimiothérapies anticancéreuses par voie orale, complétées dans la Convention pharmaceutique de 2022 avec les entretiens d'accompagnement pharmaceutique de la femme enceinte. Ce sont des entretiens programmables avec les patients concernés qui vont permettre de les aider dans leur traitement, échanger sur leur observance, leur compréhension des médicaments, éclairer des zones d'ombres, et c'est aussi une occasion de leur donner la parole. Il est important de noter que pour la réalisation de ces entretiens, la confidentialité doit être respectée, donc ils doivent se tenir dans un local adéquat, à l'abri des oreilles curieuses, pour que le patient soit le plus à l'aise possible et le plus en confiance.

Il existe aussi une posture<sup>18</sup> à adopter lorsque l'on mène un entretien pharmaceutique avec un patient, proposée par la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) en février 2022.

Elle a défini la pharmacie clinique ainsi :

« La pharmacie clinique est une discipline de santé centrée sur le patient dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soins. Pour cela, les actes de pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé. Le pharmacien exerce en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants. »

La Pharmacie clinique correspond au terrain de l'éducation thérapeutique comprenant les entretiens pharmaceutiques réalisables à l'officine notamment. Dans son mémo sur la posture en entretien, la SFPC fait référence à la dualité entre connaissance technique et la manière de transmettre cette connaissance :

« En effet, en tant que pharmacien, posséder des connaissances techniques ne présume pas de leur bonne transmission. Les compétences communicationnelles, relationnelles, et

---

<sup>18</sup> Société Française de Pharmacie Clinique (février 2022), Fiche Mémo : La posture en entretien

l'attitude sont fondamentales dans l'échange et la construction de la relation de confiance avec le patient. »

L'attitude bienveillante est inhérente à la pratique des entretiens pharmaceutiques.

Pour illustrer la posture à adopter en entretiens, j'ai sélectionné quelques exemples du mémo (voir le reste en Annexe 6) :

- Montrer que l'on est disponible pour le patient, ne pas montrer que l'on est pressé. Être attentif autant que faire se peut au rythme du patient et le respecter en fonction de ses propres contraintes
- Rester à l'écoute (active) des mots et réactions du patient jusqu'à la fin de l'entretien, même une fois l'entretien terminé
- Ecouter la situation, les problématiques, les demandes et les besoins du patient, explorer ses représentations et ses connaissances, identifier ses priorités, ressources et freins, observer son attitude (méfiance, anxiété...)
- Adopter une attitude de non jugement, ne pas se prononcer si c'est bien ou mal, ne pas dire à la personne ce qu'elle devrait faire
- Reconnaître les émotions (celles du patient mais aussi ses propres émotions), faire une pause dans l'entretien pour les clarifier, verbaliser l'empathie et ses émotions en tant qu'intervenant, donner de l'espace au patient pour qu'il communique sur ses émotions, identifier les arguments sur lesquels rebondir pour travailler avec le patient, ne pas résoudre à la place du patient
- Utiliser un langage simple et compréhensible

Nous retrouvons les mots-clés soulignés dans les éléments de définition de la bienveillance par les patients interrogés (cf PARTIE III). Cette posture permettra de transmettre au mieux nos connaissances au patient, améliorer son observance, sa confiance vis-à-vis de ses traitements. Pour ces raisons, la bienveillance fait partie intégrante de la pratique officinale.

### **IV.3. Les bienfaits de la bienveillance sur la pharmacie**

Pour aborder cette partie, prenons un peu de recul sur la pharmacie d'officine. C'est avant tout un lieu de soin, avec des patients aux multiples profils mais aussi une entreprise

avec des salariés qui travaillent ensemble, au service d'une clientèle plus ou moins exigeante. Explorons alors ce que peut apporter l'adoption d'une posture bienveillante.

### **Ambiance de la pharmacie**

Pour commencer, le fait d'être chaleureux et souriant dès l'entrée du patient va donner le ton de l'ambiance de la pharmacie. Une équipe sympathique, au contact facile, qui sait communiquer avec le patient, et dont les membres savent communiquer entre eux, ne peut qu'apporter un élan positif à l'ambiance générale. Cela égayera nos journées en tant que professionnels mais rendra également la visite des patients bien plus supportable. Travailler dans une atmosphère légère est beaucoup plus agréable que de travailler dans le stress et sous la pression. L'accueil chaleureux est quelque chose dont les patients se rendent compte, comme ils me l'ont prouvé dans les réponses au questionnaire et cela contribue également à les mettre en confiance. C'est même parfois un motif pour ne pas rester client dans une pharmacie.

### **Fidélisation des patients**

Des patients qui ne sont pas en confiance n'oseront pas poser toutes les questions qu'ils ont en tête et auront plus de retenue. Pour aller plus loin, si une relation de confiance est instaurée, il sera plus facile pour le patient de revenir dans la même pharmacie. La bienveillance est un moteur de l'attractivité d'une pharmacie. Comme vu dans le questionnaire, les valeurs humaines de la pharmacie peuvent avoir leur importance quand le patient ne regarde pas seulement les prix de la parapharmacie. De plus, un patient satisfait pourra parler autour de lui de la pharmacie, tout comme un patient insatisfait fera une réputation très négative de l'officine en question. Il est donc important d'assurer une bonne relationnel au comptoir, pour fidéliser la clientèle.

### **L'image du pharmacien**

Dans l'imaginaire collectif, le pharmacien a une image plutôt négative. Nous en avons une illustration très satirique dans la célèbre série télévisée « *Scènes de ménages* » avec le personnage de Philippe qui est présenté au début de la série comme cynique, condescendant envers les personnes moins aisées, égoïste, très riche et très proche de ses sous. En bref, un personnage ridicule voire détestable qui ne met pas du tout en valeur le métier de pharmacien

d'officine. Par ailleurs, il m'est arrivé d'entendre au comptoir des remarques du type « *Votre métier est facile, il vous suffit de vendre des boîtes et taper sur votre ordinateur !* », ou encore « *Votre patron n'est pas à plaindre il doit gagner au moins 12000 euros par mois !* » ou encore le célèbre : « *Vous êtes juste des médecins ratés* » (et les innombrables variantes de cette phrase). Il va sans dire que ces propos sont ahurissants, fallacieux mais cette réputation si négative semble ancrée dans la culture populaire. C'est une profession peu connue, très complexe avec une multitude de missions qui vont au-delà de la dispensation des médicaments. Quand certains pensent que c'est un métier facile voire inutile, les pharmaciens empêchent des individus de se mettre en danger grâce à des conseils personnalisés et pertinents. Quand certains pensent que la profession ne vaut rien à côté de celle du médecin, ils ignorent qu'en cas d'erreur dans la prescription, ne pas relever l'erreur à temps nous rendra aussi responsable que ce dernier, en cas de poursuites. Et enfin, penser que tous les pharmaciens gagnent un salaire énorme, c'est ignorer qu'environ 200 pharmacies ferment par an, faute de repreneur et faute de moyens pour garder un effectif opérationnel et en nombre suffisant.

Maintenant que ces idées reçues sont chassées, je pense qu'insuffler une énergie positive au comptoir permettrait de redorer l'image de la profession. J'ai eu plusieurs retours de patients se plaignant d'avoir été mal accueillis dans d'autres pharmacies, reçus par des interlocuteurs qui ne sourient pas, ne disent pas « Bonjour », n'ont ni empathie ni émotion, et ne mettent pas en confiance. Je trouve dramatique que cela existe. Si nous renvoyons une mauvaise image de nous auprès des patients, c'est normal de ne pas parvenir à les fidéliser. La maîtrise des compétences de communication et de relationnel n'est apparemment pas une priorité pour tout le monde alors qu'il y aurait beaucoup à gagner.

## **V. LES LIMITES DE LA NOTION DE BIENTRAITANCE**

La notion de bientraitance correspond à une façon d'exercer l'art pharmaceutique, pour accueillir au mieux les patients rencontrés. Néanmoins, j'ai trouvé plusieurs limites à ce concept.

### **V.1. Comment la mesurer et l'évaluer ?**

La notion de bientraitance est subjective. Elle dépend de plusieurs facteurs et notamment de la sensibilité du patient ou son appétence pour ces valeurs. En effet, tous les patients d'une pharmacie n'ont pas besoin d'un accompagnement spécifique, personnalisé. Certains viennent juste pour acheter de la parapharmacie qu'ils connaissent déjà sans vouloir être particulièrement conseillés, etc. Tandis que d'autres patients attendent du pharmacien un accueil chaleureux, que l'on s'intéresse à eux, que nous soyons autre chose que des vendeurs. Effectivement, l'expertise du médicament ne doit pas nous retirer les valeurs d'empathie, notre capacité d'écoute, une personnalisation des conseils et une réponse aux demandes de notre interlocuteur. La bientraitance dépend donc du sujet qui nous fait face. Par ailleurs, la bientraitance sera dépendante de la personnalité du soignant, de sa compétence en communication, de son relationnel, de son niveau d'empathie, sa timidité, ou encore son expérience.

A titre personnel, quand j'ai commencé à servir au comptoir, mon manque d'expérience rendait mes échanges avec les patients très limités. Je ne posais que peu de questions, je me cantonnais à l'analyse de l'ordonnance ou de la demande simple et je n'étais pas encore à l'aise sur les conseils, sans compter l'utilisation du logiciel qui pouvait poser quelques soucis, les premiers temps. Mais cela fait partie de l'apprentissage. Petit à petit, je me suis ouvert aux personnes, je souriais davantage, je leur donnais un accueil plus chaleureux, et je me suis concentré sur les particularités de chacun pour m'adapter à eux, me souvenir des traitements importants des patients récurrents (exemple : patient sous insuline, patient sous anticoagulant, patient sous anti-hypertenseur) pour affiner mes conseils. Ou bien, reconnaître des profils de patients plutôt pressés, fatigués, ceux qui ont plus ou moins envie de discuter, etc.

Il y a de la subjectivité à la fois dans le ressenti du patient mais également dans la volonté du soignant à adopter une posture bienveillante. Il y aurait donc autant de bienveillances que de soignants et autant de bienveillances que de patients. Cela rend donc cette notion difficilement quantifiable, mesurable et évaluable de façon objective. Ne reposant pas sur des critères stricts, un audit de la bienveillance serait compliqué à mettre en place... mais pas impossible. En effet, il existe un dispositif d'autoévaluation de la bienveillance créé en 2012 par l'ANESM. (cf Annexe 7) Il est adapté aux établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes et au personnel qui y travaille. Il se compose d'un questionnaire institutionnel, qui auditera l'établissement au global, avec une auto-évaluation sur la promotion de la bienveillance et un questionnaire individuel pour chaque membre du personnel soignant. Ce type de dispositif fonctionne bien dans les grandes structures. Mais qu'en est-il de la pharmacie ?

L'Ordre des Pharmaciens nous apporte des réponses. Il promeut les démarches volontaires d'amélioration continue, et notamment la Démarche Qualité à l'Officine (DQO). C'est un organisme public créé par le Haut Comité Qualité à l'Officine, comité regroupant les principaux représentants de la Pharmacie comme le Conseil National de l'Ordre des pharmaciens (CNOP) ou encore l'ANEPEF (Association Nationale des Etudiants en Pharmacie de France), qui couvre la plupart des aspects de la profession de pharmacien. La DQO propose un référentiel guidant les pharmaciens dans la mise en place d'une démarche qualité dans les officines ainsi qu'une multitude d'outils comme des mémos ou des affichettes d'informations à exposer dans la pharmacie.

La bienveillance pourrait faire partie du thème « Prise en charge et information de l'utilisateur du système de santé » dans cette démarche. La DQO inclut par ailleurs un questionnaire d'autoévaluation global, et des modèles de questionnaires de satisfaction (voir Figure 14).

Il existe quelques organismes privés qui donnent des certifications Qualité. La DQO étant directement supervisée et promue par l'Ordre des Pharmaciens, elle semble être davantage légitime.

Concernant les questionnaires d'autoévaluation, encore faut-il avoir suffisamment de recul et d'objectivité. En définitive, donner la parole aux patients d'une officine et leur demander leur avis me paraît être le meilleur moyen d'avoir une idée de la qualité de nos services.

Ce qu'il nous reste, c'est faire de notre mieux pour répondre aux besoins d'un maximum de personnes et de la meilleure des façons possibles.

Exemple de brochure de satisfaction :

# Votre avis est important...



Afin de mieux répondre à vos besoins, nous vous proposons de vous exprimer sur votre prise en charge au sein de notre pharmacie.

<b>L'ambiance générale de l'officine :</b> <input type="checkbox"/> Très satisfaisante <input type="checkbox"/> Satisfaisante <input type="checkbox"/> Moyennement satisfaisante <input type="checkbox"/> Insatisfaisante	<b>L'accueil du personnel :</b> <input type="checkbox"/> Très satisfaisant <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Moyennement satisfaisant <input type="checkbox"/> Insatisfaisant
<b>Le délai de prise en charge :</b> <input type="checkbox"/> Très satisfaisant <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Moyennement satisfaisant <input type="checkbox"/> Insatisfaisant	<b>L'accompagnement du patient :</b> <input type="checkbox"/> Très satisfaisant <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Moyennement satisfaisant <input type="checkbox"/> Insatisfaisant
<b>L'écoute de vos besoins :</b> <input type="checkbox"/> Très satisfaisante <input type="checkbox"/> Satisfaisante <input type="checkbox"/> Moyennement satisfaisante <input type="checkbox"/> Insatisfaisante	<b>Les explications et conseils autour de votre traitement :</b> <input type="checkbox"/> Très satisfaisantes <input type="checkbox"/> Satisfaisantes <input type="checkbox"/> Moyennement satisfaisantes <input type="checkbox"/> Insatisfaisantes

**Remarques :**

**Merci pour votre participation :)**

Figure 14 : Exemple de questionnaire de satisfaction réalisé par moi-même sur un modèle de brochure proposé par DQO

## **V.2. Reproductibilité de la bientraitance**

Du fait de la personnalisation du soin, de l'adaptation à chaque patient en ce qui concerne l'explication du traitement, les besoins et interrogations de chacun, appliquer les principes de bientraitance est quelque chose d'impossible à reproduire à l'identique. Heureusement, il existe des outils d'aide comme la démarche ACROPOLE qui va permettre d'uniformiser nos échanges au comptoir, d'améliorer l'accueil du patient, de poser les bonnes questions, pour lui donner les meilleurs conseils. On pourrait par ailleurs, imaginer des procédures qualité réalisées en interne pour améliorer l'expérience patient au sein de l'officine. Cependant, chaque patient a ses expériences passées, ses référentiels, ses représentations, ses ressentis, ses peurs, et c'est justement pour cela que le travail d'adaptation et de personnalisation va être important. Ne pas pouvoir reproduire à l'identique nos interactions avec chaque patient est une limite à la notion de bientraitance qui la rend plus complexe à mettre en place. Toutefois, ce n'est pas une mauvaise chose pour autant. Cela rend notre profession plus vivante, plus enrichissante, moins répétitive et nous distingue des intelligences artificielles. Par ailleurs, le type de pharmacie peut plus ou moins être favorable au développement d'une démarche bientraitante. En effet, dans des pharmacies de passage, de zone commerciale, proche d'une gare, ou d'un lieu touristique, avec des patients qui viennent seulement pour de la parapharmacie ou des patients qui sont en déplacement ou en vacances, il sera difficile de développer une relation de confiance. De plus, cela va dépendre du temps que l'on pourra attribuer au patient. Dans certaines pharmacies avec un nombre de clients par jour important, on ne peut pas toujours consacrer le temps nécessaire à un accompagnement, un suivi personnalisé ; sans parler de la difficulté à recruter du personnel depuis la pandémie.

## **V.3. La bientraitance en situation de stress**

Dans l'exercice quotidien des fonctions de pharmacien, nous sommes confrontés à du stress. Il peut varier en fonction de notre caractère, de notre humeur du jour, de l'ambiance de la pharmacie, de l'entente avec les collègues, de notre état de fatigue, et également de l'attitude des patients rencontrés.

Dans une situation de stress, nos habitudes et nos repères peuvent être bousculés. Si nous ne contrôlons pas une situation, par exemple pendant une heure de pointe avec des patients qui s'impatientent, nous serons susceptibles de mettre de côté certaines valeurs ou certaines

questions du type "Comment allez-vous ?", "Comment tolérez-vous votre traitement ?", par souci de rapidité et d'efficacité face à la pression ambiante des clients qui attendent derrière. Ce qui est compréhensible quand nous nous mettons du côté du soigné. Nous ne connaissons pas l'emploi du temps de chacun, certains ont des rendez-vous ou viennent sur leur pause déjeuner, d'autres sont tout simplement en souffrance. C'est pour cela que nous ne pouvons pas toujours être très exhaustifs. Il faut savoir aller à l'essentiel en posant les questions les plus pertinentes, être clair mais concis, ce qui n'empêche pas d'être empathique et à l'écoute. Du côté du pharmacien, nous ne sommes pas formés à la gestion du stress durant nos études, et au côté imprévisible de la profession. Nous faisons un métier d'adaptation, nous ne savons jamais à l'avance quel va être notre prochain cas de comptoir, ou notre prochaine ordonnance.

#### **V.4. Cas particulier des patients agressifs**

Certaines personnes reçues à la pharmacie ont une attitude particulièrement difficile à gérer. Pour des raisons diverses et pas forcément justifiées, certains patients vont prendre leur interlocuteur à partie et avoir un comportement agressif, parler d'un ton désagréable, se plaindre car il ne va pas suffisamment vite ou suffisamment bien à leur goût. C'est une attitude malheureuse, injuste et qui représente un obstacle à la rigueur et la posture bientraitante. Les pharmaciens et préparateurs sont des professionnels de santé, au service quotidien de plusieurs dizaines de personnes. Ils ne sont pas des robots dénués d'émotions. Le respect au comptoir doit être mutuel. Ainsi, quand une personne irrespectueuse ou violente verbalement (ou physiquement) nous fait face, il n'est peut-être pas excusable mais compréhensible de perdre son calme et ne pas garder sa posture bientraitante.

Il m'est arrivé plusieurs fois d'être confronté à de l'agressivité au comptoir. Dans cette situation, nous pouvons facilement nous retrouver déstabilisés. On ne sait jamais vraiment jusqu'où le patient peut aller, ni pourquoi il agit comme cela. Le tout est d'essayer de désamorcer le conflit avant que la situation ne dégénère. Notre ego peut parfois être touché mais ce n'est pas une raison pour devenir nous-mêmes agressifs, ou de rentrer dans le jeu d'une personne belligérante. Malheureusement, de plus en plus d'officine sont la cible d'agressions. Selon l'Ordre des Pharmaciens<sup>19</sup>, 355 cas ont été recensés en 2022. Cela fait presque une agression

---

<sup>19</sup> Ordre National des Pharmaciens (juin 2023) Une agression déclarée par jour en France : bilan annuel sur la sécurité des pharmaciens

déclarée par jour en France. Environ 70% des cas sont représentés par des faits de violence physique ou verbale. Le principal motif d'agression est le refus de dispensation. 94 déclarations remontent ce motif, soit plus d'un cas sur quatre. La sécurité des pharmaciens et leur accompagnement suite à une agression est une mission peu connue mais incontournable de l'Ordre. En effet, l'Ordre des Pharmaciens met à disposition un réseau d'une centaine de conseillers « référents sécurité » qui vont aider les victimes d'agressions dans leurs démarches mais aussi un numéro vert accessible 24h sur 24, 7j sur 7 permettant de joindre des confrères bénévoles de l'association ADOP (Aide et Dispositif d'Orientation des Pharmaciens) proposant un soutien psychologique. Toutefois, 44% des déclarants refusent de porter plainte. Les raisons sont le manque de temps, la pensée que ce n'est pas nécessaire ou encore la peur des représailles. L'Ordre est là pour orienter la victime vers un commissariat de police. Enfin, l'Ordre facilite la déclaration d'agression grâce à un formulaire à remplir en ligne.

Dans le livre *La communication à l'officine*<sup>20</sup> de Thierry Wable, Docteur en sciences du langage et professeur de communication à la Faculté de médecine et pharmacie de Rouen, il décrit la conduite à tenir lorsque l'on fait face à un patient agressif. Il explique que la colère est un mode d'expression difficilement accepté car souvent nous ne savons pas comment y faire face. Il illustre par la situation suivante :

*« Le mari de la patiente arrive au comptoir, très mécontent car les pansements que lui a délivrés hier la préparatrice n'ont pas été acceptés par l'infirmière pour procéder aux soins de sa femme blessée. Il se montre très rapidement agressif et remet en cause les capacités de la préparatrice à faire son travail correctement. Il va même jusqu'à accuser le pharmacien, qui le reçoit ce jour, de malhonnêteté en remettant en cause sa probité dans cette action car les pansements reçus sont plus chers que ceux prescrits. Le dialogue ne semble plus possible. Le produit délivré n'était effectivement pas celui indiqué sur l'ordonnance car il n'était pas en stock. Le produit délivré semble pourtant tout à fait adapté pour ce type de blessure. Le ton monte et le mari de la patiente devient agressif. Il est très mécontent d'avoir eu à prendre du temps, alors qu'il travaillait, pour revenir à la pharmacie. De plus, les soins n'ont pas été effectués. »*

Cette situation pourrait arriver dans n'importe quelle pharmacie. Wable décrit ce genre de situation comme l'une des plus redoutables. De plus, le patient monte en agressivité, en ton,

---

<sup>20</sup> Wable, T. (2018). La communication à l'officine, p. 79-82, Le patient agressif / en colère

et fait comprendre à son interlocuteur qu'il n'a aucune envie d'être là, qu'il n'est pas censé être là et que c'est de la faute du pharmacien.

L'auteur dresse des conseils sur l'attitude à adopter face à la situation. Cela commence par une écoute de la plainte et de la colère du patient et accepter son sentiment. Il convient de lui formuler des excuses dans le cas où une erreur a été commise. Il est bon de laisser le patient s'exprimer sans le laisser nous insulter pour autant en posant des limites. Par exemple : « Je comprends votre colère, mais je n'accepte pas que vous me parliez sur ce ton. » ou alors : « Nous allons trouver une solution mais seulement quand vous accepterez de parler calmement. ». Il faut éviter d'alimenter la colère de son interlocuteur en s'énervant soi-même et en devenant agressifs. Comme dit plus tôt, il faut désamorcer le conflit en éliminant le rapport de force. Il ne faut pas céder à la peur, sans se mettre en danger pour autant. L'agressivité est un mécanisme de défense face à ce que l'individu considère lui-même comme une agression. Elle masque souvent une autre émotion comme l'inquiétude ou la peur, dans ce cas, c'est l'inquiétude pour sa femme qui n'a pas reçu les soins.

Comment rester bientraitant face à un individu agressif ?

Nous privilégierons le dialogue quand c'est possible et l'écoute de la plainte du patient. Il faudra savoir admettre son erreur si on en a commise une, et surtout pouvoir justifier et expliquer nos choix. Par exemple, expliquer que les pansements n'étaient pas en stock et qu'un équivalent a donc été proposé. Il n'était pas possible de prévoir un refus de l'infirmière. D'autant plus que par expérience, il est récurrent que les ordonnances de sortie d'hospitalisation avec des pansements soient refusées par les infirmières et infirmiers, qui à leur tour vont prescrire d'autres pansements, plus adaptés selon elles et eux. On peut peut-être proposer de se mettre en relation avec l'infirmière (ou l'infirmier) pour discuter avec elle (ou lui) de la situation et déterminer quel pansement en stock elle (ou il) préfère utiliser.

Le tout est de rester soi-même et de garder sa ligne de conduite, tout en posant des limites à notre interlocuteur avec lequel nous nous devons un respect mutuel.

En définitive, l'attitude bientraitante fait appel à la subjectivité du soignant et du patient. Elle a une reproductibilité limitée du fait de cette subjectivité, car elle dépend des attentes de notre interlocuteur, de notre personnalité propre, et aussi du cadre dans lequel nous travaillons. Le

type de pharmacie, l'ambiance de l'entreprise, le stress ou l'agressivité des patients vont faire varier notre attitude.

La posture bientraitante est multiple car elle est à adapter et à remettre en question à chaque changement d'interlocuteur. Elle est aussi propre à chacun. Les limites de ce concept ne doivent cependant pas empêcher l'équipe pharmaceutique de garder cette attitude professionnelle en toutes circonstances.

## CONCLUSION

Nous allons dans un premier temps répondre aux interrogations posées dans l'introduction, puis conclure sur le rôle de la bientraitance dans la prise en charge du patient à l'officine.

Pour rappel, la situation était celle d'un refus de délivrance à cause du délai entre deux délivrances imposé par la sécurité sociale pour une patiente polymédiquée et en situation de handicap.

Le pharmacien a-t-il bien agi ? Qu'aurais-je fait à sa place ?

Tout d'abord, la décision a été prise par un pharmacien, je n'ai pas le droit d'apporter un jugement à son choix. Je ne peux donc pas affirmer qu'il ait bien ou mal agi, d'autant plus que l'argument de la réglementation aurait pu s'entendre. En revanche, j'aurais procédé différemment je pense. Premièrement, si la patiente est connue de la pharmacie, nous savons qu'elle vient une à plusieurs fois par mois. La relation de confiance doit certainement déjà être instaurée. Donc il m'aurait été plus facile d'être arrangeant. Deuxièmement, au vu de la situation de cette patiente : une personne âgée, avec des difficultés pour se déplacer, pendant la canicule, je pense que je n'aurais pas refusé cette délivrance. Troisièmement, nous aurions pu délivrer les produits à la patiente et les facturer une fois le délai passé.

Respect de la réglementation certes mais à quel prix ?

La patiente n'avait peut-être pas la possibilité de revenir à la pharmacie, et se serait peut-être retrouvée en rupture de traitement et puis faire sortir une personne âgée de chez elle en période de canicule, ce n'est peut-être pas la plus prudente des choses à faire. Avec du dialogue, il y avait moyen de trouver une solution, par exemple : proposer de la livrer, demander à un.e voisin.e de venir à sa place, etc.

Dans l'intérêt d'un patient, peut-on parfois se montrer souple quant au respect des règles ?

Il est difficile de répondre à cette question. Nous sommes évidemment soumis à la Loi en tant que citoyens, au code de Déontologie et au serment de Galien dans l'exercice de nos fonctions. Il se trouve que souvent nos référentiels vont dans le même sens, et il n'est pas concevable de se mettre en situation illégale, quelle que soit la raison. Dans le cas de notre patiente, l'interrogation venait d'un potentiel défaut de remboursement par la sécurité sociale, mais

dans l'intérêt d'un patient, dans une situation exceptionnelle, on aurait pu justifier cette délivrance.

Enfin, nous allons discuter du rôle de la bientraitance dans la prise en charge du patient à l'officine.

En me lançant dans mes recherches, j'ai vite compris que cela n'allait pas être une épreuve facile. Le thème de la bientraitance a été peu référencé de manière générale, et les instances de santé qui parlent de ce concept se concentrent sur le monde hospitalier, les EHPAD et aussi le monde de la petite enfance mais pas le monde de la pharmacie. Il a fallu construire briques par briques ce mémoire pour démontrer que le concept avait une légitimité au sein de la pharmacie d'officine. Il a donc été nécessaire, dans un premier temps, de faire des recherches sur les courants philosophiques qui ont inspiré la notion de bientraitance pour parvenir à la définir. Ensuite, en partant des textes références de notre profession de pharmacien, nous avons proposé des arguments en faveur de l'applicabilité de la bientraitance à l'officine, en prenant appui notamment sur le respect et la sauvegarde de la dignité de la personne humaine. Nous avons sondé des patients sur leurs attentes et leur définition de la bientraitance, nous confortant dans l'idée que souvent, les patients sont sensibles à la façon dont on les soigne et cela même dans une pharmacie d'officine.

Mais donc à quoi sert la bientraitance ?

Premièrement, la bientraitance est la raison pour laquelle notre métier n'est pas prêt d'être remplacé par des intelligences artificielles. Nous sommes des humains qui soignons des humains, les émotions ne sont pas remplaçables par un programme informatique. La sensibilité de chacun, l'empathie, la lecture des expressions faciales et des silences, des regards, la capacité d'analyse des besoins, d'écoute et de compréhension des problèmes de chaque patient ne pourront jamais être aussi bien reproduites, perçues et faites que par un être humain. En bref, il n'est pas encore temps de robotiser l'approche centrée sur le patient.

Ensuite, la bientraitance est un véhicule de l'art officinal. La transmission de nos connaissances techniques et pharmaceutiques ne peut se concevoir sans des compétences communicationnelles et relationnelles. Encore une fois, nous faisons face à des humains, chacun d'eux a ses inquiétudes, ses peurs, ses représentations, sa sensibilité, son humeur, sa fragilité. Il ne suffit pas de noyer le patient dans un jargon médical, spécialisé, sans tact ni mesure. La compétence et le professionnalisme ne se mesure pas à la quantité d'informations

que l'on est capable de régurgiter sur un traitement, mais à la qualité des informations mobilisables et réutilisables dans la mémoire de notre interlocuteur à la fin de l'échange. Il est indispensable d'être compréhensible pour délivrer au mieux les conseils et optimiser l'observance des patients. La posture bientraitante fait partie intégrante du soin. Elle sert à fluidifier les échanges et rendre l'expérience patient la moins désagréable possible.

Enfin, la bientraitance est un moyen de revaloriser l'image du pharmacien. Les patients que nous rencontrons au quotidien consomment pour la plupart des médicaments de façon chronique. Tous les jours, il y a de la pharmacie dans leur emploi du temps. Certains médicaments interagissent avec l'alimentation, d'autres interagissent entre eux, certains se prennent le soir, d'autres en mangeant, etc. Nous sommes les experts du médicament, et à ce titre, nous sommes les professionnels qui pouvons les orienter au mieux dans leur traitement. Si nous arrivons à instaurer une relation de confiance avec nos patients, qu'on les considère en tant qu'individus, que l'on adapte nos conseils et que l'on personnalise leur prise en charge, les patients auront une meilleure observance et seront bien plus satisfaits du service rendu. Leur représentation du pharmacien n'en sera que meilleure.

Au terme de notre analyse, la bientraitance a un rôle majeur dans la prise en charge du patient à l'officine du fait de son omniprésence dans l'exercice quotidien de nos fonctions.

Nous aurions pu approfondir sur les relations entre les membres d'une même équipe officinale, leur capacité à travailler ensemble, à communiquer entre eux, la gestion des conflits et des egos, la relation entre pharmaciens et préparateurs ou alors entre les préparateurs seuls, entre les pharmaciens seuls, la relation entre les salariés et le titulaire... En définitive, comment maintenir une éthique de travail et une harmonie dans une équipe pharmaceutique, et l'impact de l'ambiance de l'officine sur la qualité. Est-il même envisageable d'avoir une attitude bientraitante au quotidien envers les patients sans une ambiance bienveillante au sein de l'équipe ?

## BIBLIOGRAPHIE

### I. Ouvrages, essais, rapports

ANESM (Juin 2008). La bientraitance, définition et repères pour la mise en œuvre (Recommandations de bonnes pratiques professionnelles)

ANESM (Janvier 2012). Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, Recommandations

Buscaglia, L (1972), Love.

Blondet, Evelyne. *L'évaluation des pratiques professionnelles : un outil au service de la bientraitance*. 2008, p. 50.

Gilligan, C. (1982). In a different Voice.

Harms, D. (1974). Rapport Belmont

Hennion, Antoine, et Pierre Vidal-Naquet. « La contrainte est-elle compatible avec le care ? Le cas de l'aide et du soin à domicile ». *Alter*, vol. 9, n° 3, juillet 2015, p. 207-21. *DOI.org* (Crossref), <https://doi.org/10.1016/j.alter.2014.07.001>.

Honneth, A. (2002). La lutte pour la reconnaissance.

Jakobson, R. (1963). Linguistique et Poétique dans Essais de linguistique générale

Labart, Sophie. *La bientraitance managériale à l'EHPAD Saint-Louis : une nouvelle forme de management motivationnel*. 2012, p. 77.

Larousse, Éditions. *Définitions : bientraitance - Dictionnaire de français Larousse*.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/bientraitance/186881>.

*Le Robert, Dico en ligne. bientraitance - Définitions, synonymes, prononciation, exemples |* <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/bientraitance>.

Malabeuf, L. (1992). La relation soignant-soigné : du discours au passage à l'acte. Soins Formation-Pédagogie-Encadrement

Potier, M (2002). Dictionnaire encyclopédique en soins infirmiers. Lamarre

PrévotEAU, C. (2017). La mère suffisamment bonne : ni trop, ni pas assez

Rapoport, Danielle. « « Bien-traitance » : l'Opération pouponnières d'hier à aujourd'hui, ... pour demain ». *Temps et rythmes en périnatalité*, Érès, 2022, p. 71-82. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/eres.dugna.2022.01.0071>.

Ricoeur, P. (1990). Soi-même comme un autre.

Rogers, C. (1961). On becoming a Person. (Le développement de la personne, 1968)

Ruault, Dr Geneviève. *Poursuite et développement du programme*.

Siebert, C., Le Neurès, K. (2011). *Soins relationnels, soins palliatifs, unités d'enseignement 4.2 et 4.7*. Elsevier Masson.

Tan, Samantha. *Déploiement de la bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en institutions (repérage et analyse)*. 2023.

Wable, T. (2018). La communication à l'officine, p. 79-82, *Le patient agressif / en colère*

Winnicott, D. (1953). The good-enough mother.

Zielinski, Agata. « L'éthique du care. Une nouvelle façon de prendre soin ». *Études*, vol. 413, n° 12, 2010, p. 631-41. *Cairn.info*, <https://doi.org/10.3917/etu.4136.0631>

## II. Films

Siegfried, J-R. Film « *Enfants en pouponnières demandent assistance* » | Canal U. 1 janvier 1988, <https://www.canal-u.tv/chaines/cerimes/enfants-en-pouponnieres-demandent-assistance>

## III. Articles de loi, textes réglementaires, textes de référence

*Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne*, 2012.

Code de la Santé Publique (en vigueur depuis 2004), Article 4235-48, L'acte de dispensation

*Conseil constitutionnel, Décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994*

[https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/1994/94343\\_344DC.htm](https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/1994/94343_344DC.htm).

*Conseil constitutionnel. Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946*

<https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946>

*Légifrance - Article 23 - LOI n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants*

[https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000045133802](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000045133802).

*Légifrance - Chapitre IX : Maltraitance (Article L119-1)*

<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000045135272/2022-02-09>

Ordre National des Pharmaciens, Code de déontologie, édition juillet 2009

<https://www.calameo.com/read/0024493953009f087bf17>

Université de Poitiers, Serment de Galien, <https://medphar.univ-poitiers.fr/wp-content/uploads/sites/169/2019/10/Serment-Galien-2019.pdf>

#### IV. Sites internet et articles de presse

*Ameli.fr*, novembre 2022, *Les missions du pharmacien d'officine*.

<https://www.ameli.fr/charente-maritime/assure/sante/medicaments/missions-pharmacien>.

CNFPT Languedoc-Roussillon, *Support pédagogique sur La Bienveillance*. 2012.

CNRTL, *Définition de BIENVEILLANCE*. <https://www.cnrtl.fr/definition/bienveillance>.

Haut Comité Qualité Officine, *La Démarche Qualité* <https://www.demarchequalityoffice.fr/>

*Haute Autorité de Santé*, « Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi ». [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi)

Haute Autorité de Santé (2015), *Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi*.

*Les Pros de la petite enfance*, 30 juin 2017, « Simone Veil et l'opération pouponnières : la bien-traitance déjà ! » <https://lesprodelapetiteenfance.fr/simone-veil-et-loperation-pouponnieres-la-bien-traitance-deja>.

Ordre National des Pharmaciens (juin 2023) *Une agression déclarée par jour en France : bilan annuel sur la sécurité des pharmaciens*

Ordre National des Pharmaciens (2011), *Recommandations, Accueil pharmaceutique des patients sans ordonnance, La démarche ACROPOLE*

*Qu'est-ce que le principe de sauvegarde de la dignité humaine ?* | *vie-publique.fr*. 23 juin 2023, <http://www.vie-publique.fr/fiches/290005-quest-ce-que-le-principe-de-sauvegarde-de-la-dignite-humaine>.

Réseau *PaReDoc*, 8 octobre 2018 « Différents aspects de la relation soignant soigné ».

<https://formationsparamedicales.wordpress.com/2018/10/08/1902/>

Société Française de Pharmacie Clinique (février 2022), *Fiche Mémo : La posture en entretien* *Société Française de Pharmacie Clinique*, définition de la pharmacie clinique

<https://sfpc.eu/presentation/>

# ANNEXES

## Outil Douleur Bientraitance Domicile

### SES OBJECTIFS

- Améliorer la prise en charge de la douleur chez la personne âgée en perte d'autonomie à domicile : prise en compte, repérage, alerte, évaluation, suivi, prévention
- Améliorer la qualité de vie des personnes dans une démarche plus générale de bientraitance

**SOULAGER LA DOULEUR EST UNE PORTE D'ENTREE  
VERS UNE DEMARCHE DE BIENTRAITANCE DANS  
L'OBJECTIF D'UNE AMELIORATION DE LA QUALITE  
DE VIE DES PERSONNES**



### SES CONTENUS

- Un DVD destiné aux formations
  - Le film « Douleurs » (58 mn) : des soignants au domicile
  - Des documents imprimables
  - Le guide de l'animateur
- Une plaquette de référence
- Un outil d'aide au repérage de la douleur
- Des outils d'évaluation de la douleur validés chez la personne âgée
  - Deux échelles d'auto-évaluation
  - Deux échelles d'hétéro-évaluation
- Des fiches de suivi de la douleur

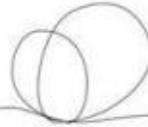


### SOMMAIRE DE LA PLAQUETTE DE PRESENTATION

1. INTRODUCTION
2. VIEILLIR SANS DOULEUR
  - PRINCIPES GENERAUX
  - LES ROLES DU SOIGNANT
  - LA FORMATION DES SOIGNANTS
3. SOULAGER, C'EST « BIENTRAITER »
  - LA DEMARCHE DE BIENTRAITANCE
  - LES DIFFERENTES FORMES DE MALTRAITANCE
  - DE LA THEORIE A LA PRATIQUE, DES OBSTACLES A SURMONTER
  - LA BIENTRAITANCE EN PRATIQUE

Programme initié dans le cadre du plan douleur 2006-2010 et des mesures en faveur de la bientraitance des personnes âgées en établissement.  
Mise en oeuvre : Société Française de Gériatrie et Odontologie, avec le soutien de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.





## Trousse de bientraitance

### UN OUTIL DE REFLEXION « INSTITUTIONNEL » :

- Sur la base de situations concrètes : « la vraie vie d'une EHPAD »
- Un accompagnement méthodologique
- Des outils d'évaluation

### OBJECTIFS PRINCIPAUX :

- Débattre, sur des problématiques spécifiques à l'établissement, à partir d'un temps commun réunissant tous les acteurs (directeur, médecin coordonnateur, cadre de santé, personnels soignant et hôtelier)
- Engager une démarche d'amélioration des pratiques de bientraitance avec l'organisation de rendez-vous réguliers et une évaluation



### CONTENUS DE L'OUTIL

- Une plaquette de référence expliquant la démarche
- Un DVD comprenant :
  - un film (40 mn) : « 24 heures de la vie d'un EHPAD », séquencé suivant les principaux moments rythmant la journée
  - des interviews (28 mn) : « Paroles de terrain »
  - des séquences spécifiques : « Une toilette », « Un trouble du comportement »
  - des documents imprimables, et en particulier les recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm relatives à la bientraitance
- Un guide de l'animateur et de questionnaire éthique qui accompagne le DVD

... et une boîte à idées !



Programme initié dans le cadre du plan d'urgence 2005-2010 et des mesures en faveur de la bientraitance des personnes âgées en établissement.  
Mise en œuvre : Société Française de Gériatrie et Odontologie, avec le soutien de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.



## Fiche 1. Écouter, partager des informations et des décisions, délivrer conseils et précautions à prendre

### Quand informer ?

Tout professionnel de santé est tenu de délivrer une information au patient qu'il soigne et de la réitérer aussi souvent que nécessaire. Lorsque plusieurs professionnels de santé interviennent, chacun informe la personne des éléments relevant de son domaine de compétences en les situant dans la démarche globale de soin, et en tenant compte des informations déjà données.

### Selon quelles modalités ?

Personnalisée et contextualisée à la situation du patient dans ses dimensions psychologique, sociale et culturelle, l'information orale est prioritaire. Elle est structurée en fonction de l'objectif poursuivi.

Sa compréhension est systématiquement vérifiée. L'information écrite complète l'information orale. Des sites Web fiables ou d'associations agréées d'usagers peuvent être conseillés.

L'information du mineur, du majeur protégé ou qui n'est pas en mesure de la recevoir, a des spécificités

#### Le professionnel de santé :

- écoute et encourage l'expression du patient ou de ses proches : besoins, attentes, préférences, ressources personnelles et sociales ; associe le patient à l'évaluation de sa situation et cherche à comprendre ce qui est important pour lui ;
- choisit le moment le plus adéquat pour délivrer une information ;
- s'appuie sur les connaissances du patient, ses représentations et ses croyances, le sens et la valeur qu'il attribue à la maladie et aux thérapeutiques ;
- s'assure que les informations délivrées sont claires, retenues et comprises (dire ; faire-dire ; redire) ; vérifie que le patient sait et a compris ce qu'il doit faire, quand et comment, pourquoi c'est important de le faire, et à quel moment il fera le point avec le soignant ;
- utilise des schémas, des illustrations, fait appel aux proches, à un interprète ou à un médiateur de santé de même culture, à un assistant de communication (situation de handicap sensoriel ou moteur sans altération cognitive ou chez les personnes ayant des difficultés d'accès, de compréhension, de lecture, de calcul, d'utilisation des informations sur la santé) ;
- conseille des sources d'information fiables, sites Web ou d'associations agréées d'usagers.

### Quels objectifs et contenus ?

#### Éléments généraux d'information

- ▶ **Échanger des informations** pour aboutir à l'acceptation mutuelle par le patient et le professionnel de santé d'une option de soins à partir de la présentation des différents choix possibles, en tenant compte des préférences du patient et des priorités du moment.
- ▶ **Éclairer la personne sur son état de santé et son évolution** : description, déroulement et organisation des investigations ; caractéristiques et évolution habituelle de la maladie avec et sans traitement en abordant la qualité de vie. Annoncer une maladie ou une mauvaise nouvelle : évolution, complication.
- ▶ **Éclairer la personne sur les investigations, thérapeutiques, soins, existence ou non d'une alternative** ; objectifs, utilité, degré d'urgence, bénéfices escomptés, suites, inconvénients, complications et risques habituellement prévisibles.

#### Éléments spécifiques d'information

- ▶ **S'accorder avec le patient sur les objectifs à atteindre**, cliniques, psychosociaux, biologiques, thérapeutiques, les changements des habitudes de vie, et sur les moyens à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs : patient seul, aide d'un proche, intervention d'un professionnel de santé.
- ▶ **Délivrer des conseils personnalisés et expliquer les précautions à prendre** pour suivre les thérapeutiques médicamenteuses et/ou non médicamenteuses et/ou apporter des changements au mode de vie ou assurer seul une suite de soins.
- ▶ **S'accorder avec le patient sur les modalités de suivi et de réajustement de la stratégie thérapeutique** : consultation médicale programmée, réévaluation des besoins éducatifs, concertation entre les professionnels de santé impliqués dans la démarche globale de soins.

### Quels critères de qualité ?

L'information doit être :

- personnalisée, hiérarchisée, compréhensible ;
- cohérente : située dans la démarche de soins ;
- vérifiée : reformulation par le patient avec ses propres mots de ce qu'il a compris, et comment participer aux soins ;
- mentionnée dans le dossier du patient : informations majeures utiles à l'action des professionnels, difficultés de communication.

**Références.** Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. Recommandations de bonnes pratiques. HAS; 2012.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations\\_-\\_delivrance\\_de\\_information\\_a\\_la\\_personne\\_sur\\_son\\_etat\\_de\\_sante.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_information_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf)

Outils pour améliorer la communication entre les professionnels de santé et les usagers. « Faire dire - Communiquer avec son patient ». HAS; 2015. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2612334/fr/faire-dire](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2612334/fr/faire-dire)

HAS/ Mai 2015

Annexe 3 : Fiche 1 sur la démarche centrée sur le patient, HAS, mai 2015

## Fiche 2. Proposer des temps d'éducation thérapeutique avec la stratégie thérapeutique

### Quand proposer une ETP ?

Certaines thérapeutiques nécessitent sur une période transitoire des apprentissages pour une suite de soins (chirurgie ambulatoire) ou en raison des risques pour la santé (anticoagulants).

Des thérapeutiques plus complexes ou associées entre elles demandent des changements ou des adaptations importantes et peuvent être difficiles à suivre par le patient sans acquisition de compétences.

Dans la maladie chronique, le patient, les parents ou proches d'un enfant malade, d'une personne en situation de handicap ou qui avance en âge, sont confrontés à une surveillance quotidienne de l'état de santé, à l'évolution de la maladie, à la nécessité de faire face aux crises, de se traiter et savoir prendre des initiatives, de s'adapter en permanence à la situation et trouver un équilibre, d'associer des proches à cette gestion quotidienne. Ils ont besoin d'acquiescer et de mobiliser fréquemment des compétences d'auto-soins et d'adaptation, et de les maintenir dans le temps.

### Sous quels formats la dispenser ?

Les formats ont comme caractéristiques communes d'être personnalisés, de s'appuyer sur une évaluation individuelle des besoins éducatifs, des séances dédiées, des méthodes interactives, une évaluation finale. Ils diffèrent en termes de durée, de moyens, mais peuvent se compléter dans le temps.

#### Activité éducative ciblée personnalisée

C'est un apprentissage pratique, ponctuel, mis en œuvre par un professionnel de santé formé à l'ETP pour répondre à un besoin éducatif précis lié à la stratégie thérapeutique au sens large.

##### Activité éducative ciblée : en pratique

1. **Évaluer le besoin éducatif, les connaissances et compétences de départ** du patient, sa compréhension de la maladie, des thérapeutiques et de leurs conséquences.
2. **Proposer au patient un cadre pour l'apprentissage** d'une compétence définie au préalable, un déroulement et un contenu précis sur un temps suffisamment long pour utiliser des méthodes interactives permettant au patient de manipuler, s'exercer, être mis en situation de résoudre des problèmes.
3. **S'assurer de l'acquisition de la compétence** et des conditions de réalisation dans la vie quotidienne, donner et recevoir du feedback : reformulation, mise en situation, observation et retour de la part du soignant et du patient.

**Exemples d'activités éducatives ciblées, personnalisées et réalisées dans une séance dédiée en individuel qui peut être renforcée par une auto-évaluation.**

- ▶ **Apprentissage d'une autosurveillance auto-évaluation** : repérage de signes d'alerte, mesure de la glycémie, artérielle, de symptômes respiratoires œdèmes, auto-examen des pieds, ans d'exams, suite de soins après ambulatoire.
- ▶ **Gestion quotidienne des médicaments.**
- ▶ **Application d'une conduite à tenir d'alerte, une crise** : plan de traitement prescrit à un professionnel de santé, urgences, technique de verbalisation, développement d'un sentiment de se malade.
- ▶ **Apprentissage d'une pratique ou technique avec ou sans utilisation d'un appareil** : insuline, manipulation du débitmètre, réfection d'un pansement simple, ap déplacements et/ou changements de position.
- ▶ **Changements du mode de vie** : d'exercices physiques ou d'une activité équilibre alimentaire.
- ▶ **Adaptation de sa thérapeutique à un mode de vie** : voyage, sport, grossesse.
- ▶ **Adaptation à la maladie** : faisabilité personnelle, professionnel, familial.
- ▶ **Préparation à une participation à l'ETP** : expliquer les buts de l'ETP, à débiter par l'apprentissage d'une sécurité.
- ▶ **Compréhension de la maladie, mis problèmes de santé avec les thérapies.**
- ▶ **Compréhension et utilisation des systèmes de santé pour prendre soin** : compréhension, utilisation, interactif professionnels.
- ▶ **Analyse avec le patient de divers particularités** celui qui l'a amené aux soins en dehors d'un suivi planifié.
- ▶ **Soutien des apprentissages ou compétences d'auto-soins ou d'adaptation** dans le cadre de l'organisation éducatif régulier après une offre d'ETP.

#### Programme d'ETP personnalisé

Un programme personnalisé d'ETP fondé sur une évaluation des besoins éducatifs aboutit au choix avec le patient des compétences à développer et à prioriser dans le cadre d'une maladie chronique.

Plusieurs séances en groupe ou individuelles ou en alternance aident le patient et/ou ses proches à acquiescer des compétences d'auto-soins et des compétences d'adaptation en lien avec la stratégie thérapeutique et le projet de vie du patient.

Mis en œuvre par une équipe pluriprofessionnelle formée à l'ETP, le programme peut s'étendre sur une durée de plusieurs mois. Il mobilise des ressources éducatives variées et nécessite un partage d'informations nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou au suivi du patient.

Plusieurs offres d'ETP peuvent être proposées au patient tout au long de sa vie avec la maladie chronique.

##### Programme d'ETP : en pratique

1. **Évaluation individuelle des besoins éducatifs** aboutissant à formuler avec le patient les compétences à acquiescer en reconnaissant et tenant compte des connaissances de départ de la personne, du vécu et des représentations de la maladie, des symptômes et des traitements.
2. **Priorisation des compétences d'auto-soins et d'adaptation** négociées et acceptées par la personne, en particulier l'ordre dans lequel ces compétences vont être acquiescées et mises en œuvre.
3. **Sélection des contenus et des modalités pédagogiques** adaptées aux besoins éducatifs, attentes et préférences de la personne en tenant compte des ressources locales. **Choix de ressources éducatives** qui favorisent l'implication de la personne, facilitent ses apprentissages.
4. **Évaluation des compétences acquiescées** permettant de reconnaître les efforts de la personne, développer ses capacités d'auto-évaluation et réajuster le cas échéant.
5. **Organisation d'un suivi éducatif régulier** qui aide la personne à maintenir ses compétences tout au long de la maladie, à les renforcer ou à les actualiser ou à en développer d'autres au regard de l'évolution de l'état de santé.
6. **Réévaluation des besoins éducatifs** systématique lors de toute évolution de l'état de santé et du risque encouru par la personne à court terme.

#### Offres personnalisées d'ETP tout au long de la maladie chronique

##### Offre d'ETP initiale :

- elle suit l'annonce du diagnostic ou une prise de vie avec la maladie, sans prise en compte éducative, ou est proposée à la suite d'un in qui a amené le patient à consulter en urgence à être hospitalisé ;
- l'évaluation individuelle permet de savoir objectifs éducatifs ont été atteints :
  - si oui : une offre d'éducation thérapeutique renforcement peut être proposée ;
  - si non ou partiellement : une offre d'éducation thérapeutique de reprise peut être proposée.

##### Offre d'ETP de renforcement :

- elle fait suite à une éducation thérapeutique initiale. Elle est une forme d'ETP continue consolide les compétences du patient et actualise, elle permet au patient de les adapter ;
- elle permet d'encourager le patient dans la vie en œuvre de ses compétences, et de soutenir projets de vie.
  - il est possible de fixer avec le patient nouvelles compétences à développer avec l'évolution de la maladie et de traitements.
  - La fréquence et le contenu de cette offre en lien avec les éléments du suivi médical demandes du patient, et les évaluations compétences acquiescées.

##### Offre d'ETP de reprise :

- elle est nécessaire en cas de difficultés d'apprentissage ; d'acquisition partielle ou de acquisition des compétences négociées au patient ; de modifications de l'état de santé du patient ; de changements de contexte et conditions de vie ou lors du passage des âges de l'enfance à l'adolescence puis à l'âge adulte.

#### Quels critères de qualité ?

L'ETP doit être :

- cohérente avec les objectifs thérapeutiques qualité de vie ;
- évaluée sur le plan de la réalisation par le patient sa vie quotidienne ;
- mentionnée dans le dossier du patient : éducatifs, contenus, acquisitions des compétences éventuelles, modalités de suivi éducatif ;
- Autres critères de qualité : [http://www.sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011/05/criteres\\_de\\_qualite\\_dune\\_education\\_therapeutique\\_web.pdf](http://www.sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011/05/criteres_de_qualite_dune_education_therapeutique_web.pdf)

**Références** : Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation. HAS, 2007. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2007\\_02/definition\\_finalite\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2007_02/definition_finalite_recommandations_juin_2007.pdf)  
 Éducation thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser. HAS, 2007. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2007\\_02/comment\\_la\\_proposer\\_et\\_la\\_realiser\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2007_02/comment_la_proposer_et_la_realiser_recommandations_juin_2007.pdf)  
 Adaptations de l'éducation thérapeutique chez les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA). HAS, 2014. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014/04/etp\\_paerpa\\_2014.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014/04/etp_paerpa_2014.pdf)  
 Outils pour améliorer la communication entre les professionnels de santé et les usagers. « Faire dire - Communiquer avec son patient ». 2015. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015/04/12349-faire-dire.pdf>

HAS | 8

## Fiche 3. Écouter et soutenir le patient tout au long de son parcours : suivi et soutien

### Pourquoi soutenir le patient ?

L'engagement du patient dans ses soins peut varier voire décliner au fil du temps pour diverses raisons.

Tout professionnel de santé impliqué dans le parcours de santé fait appel, au moment opportun et en fonction des besoins du patient, à l'information, aux conseils, à l'éducation thérapeutique pour soutenir la motivation et l'action du patient.

### Selon quelles modalités ?

À l'occasion des consultations médicales, des séances de soins infirmiers ou de rééducation, des délivrances des médicaments et dispositifs

- Poser des questions au patient sur ses difficultés à suivre les thérapeutiques, à s'adapter à la maladie et à la gestion des thérapeutiques dans la vie quotidienne.
- Analyser, comprendre ces difficultés et rechercher des solutions avec le patient.
- Encourager les comportements bénéfiques à la santé.
- Aider le patient à maintenir dans le temps les compétences d'auto-soins et d'adaptation, les actualiser, les renforcer ou les reprendre en accord avec lui.

### Lors des consultations de suivi de la maladie

- Évaluer avec le patient le retentissement de la maladie sur sa vie quotidienne, ses activités, ses projets, l'atteinte des objectifs cliniques, psychosociaux, biologiques, des changements des habitudes de vie, la manière dont il s'adapte à la gestion de la maladie et des thérapeutiques, poursuit ses activités et ses projets.
- S'accorder avec le patient sur la poursuite ou l'ajustement des objectifs et des thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses, en tenant compte de la situation du moment qui peut réorienter ou hiérarchiser les priorités de soins :
  - si les objectifs sont atteints : optimiser le traitement pour maintenir un contrôle acceptable ; renforcer et personnaliser les messages ; s'accorder avec le patient sur les modalités de son suivi ;
  - si les objectifs sont partiellement ou non-atteints : identifier les éventuelles complications ou comorbidités ; réévaluer la balance efficacité/tolérance des thérapeutiques et la

pertinence des objectifs ; réévaluer les besoins éducatifs, poursuivre ou proposer une éducation thérapeutique selon une modalité adaptée aux besoins du patient ; s'accorder avec lui sur les modalités de suivi.

### Dans les situations complexes ou en cas d'évolution de la maladie ou de complications

- Une concertation entre les professionnels du parcours de santé est nécessaire pour proposer au patient une option de soins à partir des différents choix possibles et s'accorder avec lui.

### Sur quels éléments s'appuyer ?

- **Écoute et reconnaissance des efforts** du patient.
- **Expérience et vécu du patient** : évolution des représentations, croyances, connaissances, sens et valeurs attribués à la maladie et aux thérapeutiques.
- **Difficultés à suivre ses thérapeutiques, à s'adapter** à la maladie et aux thérapeutiques, retentissement sur le bien-être et la qualité de vie, motivation à se soigner, notion de résilience, liens entre maladie, famille ou proches et activités du patient.
- **Capacité à décider et à agir par soi-même** : auto-soins, automesure, autovigilance, réaction, prise régulière des médicaments, changements apportés au mode de vie, notamment l'activité physique, la diététique, l'arrêt du tabac.
- **Effets de l'éducation thérapeutique** : progression dans l'ensemble des domaines de compétences négociées avec le patient ou les proches ; mise en application au quotidien ; autonomie dans la gestion de la maladie et communication avec les soignants.
- **Contrôle de la maladie** : par exemple, mesure du poids, de la pression artérielle, du débit expiratoire de pointe, de la glycémie ; niveau d'activité physique ; symptômes diurnes et nocturnes ; signes cliniques ; exacerbations, crises ; complications ou évolution de la maladie.
- **Tolérance des thérapeutiques** au regard de leur bonne prise ou utilisation : signes cliniques ou biologiques, effets secondaires, réaction.

### Quels critères de qualité ?

- Régularité pour évaluer des objectifs précis.
- Cohérence : atteinte des objectifs thérapeutiques et appréciation du bien-être et de la qualité de vie.
- Synthèse dans le dossier : suivi, décisions prises avec le patient.

**Références.** Outils pour améliorer la communication entre les professionnels de santé et les usagers. « Faire dire - Communiquer avec son patient ». HAS; 2015. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/o\\_2612334/faire-dire](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/o_2612334/faire-dire)  
Évaluation de l'observance d'un traitement médicamenteux. Assurance Maladie; 2014. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/leverer-au-quotidien/prescriptions/medicaments/evaluer-l-observance-d-un-traitement-medicamenteux.php>  
Situation Antécédents Evaluation Demande (Saed) : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé. HAS; 2014. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/affiche\\_saed.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/affiche_saed.pdf)

HAS/ Mai 2015

Annexe 5 : Fiche 3 sur la démarche centrée sur le patient, HAS, mai 2015

### Partie 3 : Compétences de posture en entretien

Postures à éviter	Postures à privilégier	Exemples d'éléments de langage
<b>Environnement et posture physique</b>		
Débuter un entretien sans s'y être préparé	Préparer l'entretien (en amont : lecture du dossier patient, préparation des objectifs, des documents...) et s'y préparer (se concentrer sur ce moment)	
Ne pas structurer l'entretien	Structurer l'entretien selon une séquence logique et selon le type (dirigé, semi-dirigé ou non dirigé)	
Effectuer l'entretien même si l'on n'est pas en capacité (fatigue, manque de concentration, ...)	Si besoin et possible, passer la main à un collègue formé	
Ne pas se soucier d'un environnement parasite ou de sources d'interruptions de tâche	Préparer l'environnement pour se rendre disponible : couper son téléphone, éteindre la télé (dans le cas d'une chambre de patient) ...	
S'imposer	Demander si l'on dérange, proposer de repasser (à l'hôpital) ou au patient de revenir (à l'officine) si possible Vérifier l'aptitude du patient à recevoir l'entretien (réceptivité : émotionnelle, psychologique, de langage...)	<i>Etes-vous disponible maintenant pour XX minutes ou pouvons-nous programmer un entretien plus tard ?</i>
Utiliser un lieu (comptoir, debout, 2 <sup>e</sup> patient dans la chambre...) ou un moment (soins, patients nombreux au comptoir...) inadapté à la communication	Utiliser un lieu de mise en confiance plus adapté (assis, espace de confidentialité, hors de la chambre, ...) ou vérifier si l'entretien est possible (demander si l'on dérange, expliquer à l'autre patient pourquoi il ne bénéficie pas de l'entretien...)	
Se placer trop près ou trop loin du patient, derrière un bureau / comptoir	Se placer à une distance acceptable, à côté du patient si possible	
Rester debout, les bras croisés, ne pas être tourné vers le patient, ne pas prendre en compte l'accompagnant le cas échéant	S'asseoir, bras non croisés, être à la même hauteur que le patient afin de conserver le contact visuel, garder le corps tourné vers le patient, légèrement penché vers lui Prendre en compte la présence d'un accompagnant / aidant dans son positionnement	
Avoir un visage fermé, froncer les sourcils	Adopter une expression ouverte sur le visage, facilitée par des hochements de tête et des sourires (communication non verbale adaptée)	
Se précipiter, ne pas prendre un temps adapté au patient (trop court ou trop long)	Montrer que l'on est disponible pour le patient, ne pas montrer que l'on est pressé. Être attentif autant que faire se peut au rythme du patient et le respecter en fonction de ses propres contraintes	
Changer de rythme de parole, avoir un timbre de voix inadapté	Parler avec un débit donnant le temps au patient de comprendre le message, ajuster le timbre de sa voix	
Présenter une posture prescriptive ("il faut"), imposer des conseils	Préférer une posture collaborative, aider le patient à identifier ses propres ressources pour faire émerger du patient ses propres solutions	<i>Selon vous, qu'est ce qui pourrait vous aider à... ?</i>
Quitter la pièce en pensant déjà à autre chose	Rester à l'écoute (active) des mots et réactions du patient jusqu'à la fin de l'entretien, même une fois l'entretien terminé	

Postures à éviter	Postures à privilégier	Exemples d'éléments de langage
<b>Conduite de l'entretien</b>		
Débuter directement sans s'être présenté	Se présenter : nom, prénom, profession. Préciser que l'on fait partie de l'équipe, et que l'on est soumis au secret médical (à mentionner au besoin)	<i>Bonjour, je suis Camille Dupont, pharmacien(ne)...</i>
Débuter l'entretien sans avoir expliqué au patient le déroulement, parler directement de la maladie ou des traitements	Annoncer l'objectif de l'entretien, son déroulement, ainsi que sa durée approximative. Utiliser un brise-glace pour faciliter la parole	<i>Pouvez-vous me raconter comment ça se passe à la maison quand vous avez mal ? J'ai besoin de comprendre comment se passe pour vous la maladie et ce que vous faites pour vous soigner.</i>
S'écarter de la structure de l'entretien alors que ce n'est pas à la demande du patient	Respecter la structure de l'entretien	
Prendre en permanence des notes, lire une trame d'entretien sans l'avoir expliquée au patient	Annoncer au patient la prise de notes et son utilisation, maîtriser la trame d'entretien pour ne pas rompre le dialogue et la relation	<i>Je vais prendre quelques notes pour m'aider à faire la synthèse de notre entretien.</i>
Partir avec une idée en tête, sans faire attention à la demande du patient, être focalisé sur autre chose que le patient (sa propre posture, ...)	Ecouter la situation, les problématiques, les demandes et les besoins du patient, explorer ses représentations et ses connaissances, identifier ses priorités, ressources et freins, observer son attitude (méfiance, anxiété...)	<i>Qui vous aide ? Qu'est-ce qui vous limite ?</i>
Utiliser des tournures de phrase allant à l'encontre de l'écoute active (Gordon 1985) : effrayer, consoler, fournir la solution, persuader, argumenter, diriger, moraliser, juger, interpréter, étiqueter	Adopter une attitude de non jugement, ne pas se prononcer si c'est bien ou mal, ne pas dire à la personne ce qu'elle devrait faire	
Donner une information standard inadaptée	S'adapter au niveau de connaissance et de compréhension du patient, donner des informations en lien avec ses besoins	
Essayer de répondre tout de suite aux questions du patient	Noter les questions et y revenir dans un second temps si nécessaire	<i>Je vous propose de noter vos questions et d'y revenir en fin d'entretien ou une autre fois. Vous aurez une réponse à vos questions.</i>
Ne pas vouloir montrer qu'on ne sait pas et prendre le risque de répondre de manière erronée, ne pas connaître ses limites	Savoir dire que l'on ne sait pas et que l'on va faire des recherches, être conscient de ses limites (techniques, émotionnelles), savoir diriger vers un autre professionnel de santé	<i>Je n'ai pas la réponse à cette question mais je vais me renseigner, je reviendrai vers vous.</i>
Interrompre le patient dans son discours pour atteindre l'objectif de l'entretien	Apprendre à doser les interruptions et redirections, écouter le patient	
Toujours utiliser des questions fermées	Utiliser des questions ouvertes pour ouvrir le débat, laisser le patient évoquer ses propres problématiques, et n'utiliser les questions fermées que pour vérifier des points précis	<i>Qu'est-ce qui vous amène à... ? En quoi... ? Comment... ?</i>
Utiliser les "pourquoi" (entraîne une défense, des justifications)	Utiliser les "comment" (pour analyser le comportement et ses processus)	<i>Comment gérez-vous vos traitements à la maison ?</i>
Ne pas relancer ni reformuler, répondre instantanément (désirabilité), ne laisser aucun silence	Utiliser des techniques permettant au patient de développer ses dires :	
	* non verbal (sourire, hochement de tête) * reformulations	<i>En d'autres termes... Si j'ai bien compris...</i>

	* relances simples	<i>Et ensuite ?, je vous écoute, pouvez-vous m'en dire plus ?, c'est-à-dire ?, racontez-moi...</i>
	* écho-miroir ou reflet	<i>Patient : ces dernières années, j'ai été très stressé Soignant : stressé...</i>
	* vérification synthèse	<i>Si je comprends bien...</i>
	* respect des silences	
Ne pas reconnaître les émotions du patient (colère, peur, tristesse), tenter de l'apaiser, banaliser l'émotion	Reconnaître les émotions (celles du patient mais aussi ses propres émotions), faire une pause dans l'entretien pour les clarifier, verbaliser l'empathie et ses émotions en tant qu'intervenant, donner de l'espace au patient pour qu'il communique sur ses émotions, identifier les arguments sur lesquels rebondir pour travailler avec le patient, ne pas résoudre à la place du patient	<i>"Je vous sens en colère / triste aujourd'hui", "qu'est-ce que je peux faire pour vous aider ?"</i>
Utiliser des doubles négations, du vocabulaire trop médical, des acronymes, des mots longs, donner trop d'informations	S'adapter au patient, utiliser les mêmes mots, la même syntaxe que lui (synchronie). Utiliser un langage simple et compréhensible : des phrases courtes, des mots simples et courants, des dessins simples, articuler, aborder les aspects pratiques	<i>Patient : si j'ai mal à la tête... Soignant : pour votre mal de tête... Patient : si j'ai des céphalées... Soignant : pour vos céphalées...</i>
Utiliser "on" (impersonnel)	Utiliser "Je" (personnel)	<i>Je vous propose...</i>
Avoir tendance à trop discuter du passé ou du futur	Mener l'entretien autour des problématiques du moment (ici et maintenant)	
Dérouler l'intégralité de l'entretien sans faire de résumés en cours	Faire un résumé, à la fin d'un sujet spécifique d'exploration, pour en confirmer la compréhension avant de procéder à l'étape suivante	<i>Pour résumer ce que l'on vient d'aborder...</i>
Ne pas conclure l'entretien lorsque tout a été abordé	Synthétiser, reformuler les idées à clarifier (dont le plan de soins) et éventuellement des objectifs	<i>En synthèse... Cette synthèse pourra être transmise à...</i>
Laisser le patient seul avec ses décisions et ses avancées dans l'atteinte de l'objectif	Selon le type d'entretien, aider le patient à formuler un "engagement" clair, daté, précis et proposer de le suivre dans l'atteinte des objectifs énoncés	<i>Patient : Je pourrai faire cela Soignant : qu'est-ce qui vous aiderait ? Comment pensez-vous vous y prendre ? Quand pourriez-vous commencer ? puis reformuler les propositions du patient</i>
Ne pas remercier le patient	Remercier le patient	<i>Je vous remercie pour cet échange.</i>

**GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES - AUTO-ÉVALUATION**

Établissement :

Secteur :

**I. Respect de l'intimité, la dignité et la confidentialité**

- |   |   |
|---|---|
| 1. Je respecte l'intimité des patients/résidents dans toutes les situations                                     | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA |
| 2. Je respecte la dignité des patients/résidents dans toutes les situations                                     | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA |
| 3. Je favorise l'estime de soi des patients/résidents à travers leur habillement et leurs habitudes de vie      | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA |
| 4. Je respecte la confidentialité des informations concernant les patients/résidents dans toutes les situations | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA |
| 5. Pendant la toilette des patients/résidents je respecte l'intimité et la dignité                              | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA |

**II. Prise en charge de la douleur**

- |  |   |
|--|---|
| 6. Je prends en compte la douleur dans toutes les situations | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA |
| 7. Je note toujours l'absence de douleur                     | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA |

**III. Le confort du patient/résident**

- |  |   |
|--|---|
| 8. J'évite le bruit/la lumière la nuit   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA |
| 9. J'évite ou je bloque toute discussion médicale entre professionnels au lit du patient | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA |

**IV. La fin de vie**

- |  |   |
|--|---|
| 10. Je veille au recueil des directives anticipées                         | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA |
| 11. Je veille au recueil de la personne de confiance                       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA |
| 12. J'accompagne le patient/résident en fin de vie et veille à son confort | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA |

**V. La communication**

- |   |   |
|---|---|
| 13. Chaque jour j'identifie les besoins et capacités de chacun (afin de lui apporter une réponse adaptée) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA |
| 14. Je suis attentif à la communication verbale et non verbale  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA |

**VI. Le respect de l'autonomie**

- |  |   |
|--|---|
| 15. Je favorise les déplacements, rythmes des patients/résidents   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA |
| 16. Je prends en compte les goûts, les habitudes et les capacités des patients/résidents pour la restauration        | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA |
| 17. J'identifie les moments de détresse des patients/résidents   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA |
| 18. Je favorise l'autonomie des patients/résidents (privilégie le « faire faire » plutôt que « faire à la place de » | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA |

**VII. Le respect de la personne**

- |   |   |
|---|---|
| 19. Je reconnais la personne affaiblie comme un adulte à part entière avec son vécu et son histoire de vie propre | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA |
| 20. La bientraitance fait l'objet de recommandations de ma part aux nouveaux arrivants                            | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA |
| 21. Lors de mon entretien annuel d'évaluation, la bientraitance fait l'objet d'un échange                         | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA |

**VIII. Organisation des services**

- |   |   |
|---|---|
| 22. Il existe des affiches, documents sur la bientraitance dans mon service                 | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA |
| 23. Dans mon service, la pause des personnels dans mon service est organisée à tour de rôle | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA |
| 24. Dans mon service, les délais d'attente aux sonnettes sont évalués                       | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA |
| 25. Dans mon service, les horaires de visite sont libres                                    | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA |

**Avez-vous des suggestions pour améliorer les pratiques dans votre service ?**

.....

.....

.....

.....

## SERMENT DE GALIEN



Faculté de Médecine et Pharmacie

### SERMENT DE GALIEN

En présence des Maîtres de la Faculté, je fais le serment :

Je honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances,

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

Je ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité,

Je ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession,

Je faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens,

Je coopérer avec les autres professionnels de santé.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

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

## RÉSUMÉ

### **Le rôle de la bientraitance dans la prise en charge du patient à l'officine.**

À une époque où le système de santé est en perpétuelle remise en question par le grand public et où différents scandales de maltraitance sortent au grand jour dans les établissements de soin, la bientraitance tend à replacer les besoins de l'individu au centre de sa prise en charge.

Il s'agit d'une démarche proactive dans le soin qui ne se résume pas à éviter d'être maltraitant. Autrement dit, la bientraitance correspond à une attitude propice à l'écoute et à la compréhension des besoins des patients, à une relation de confiance qui s'instaure entre les deux parties. C'est aussi un pont entre les compétences techniques et scientifiques d'un côté, communicationnelles et relationnelles de l'autre. Ce mémoire s'intéresse à cette notion, elle-même appliquée à la pharmacie d'officine.

Le pharmacien joue un rôle incontournable dans la vie des patients. Que ce soit pour des demandes spontanées ou un traitement chronique, l'accueil des personnes et la qualité du conseil ont une place importante dans le soin dispensé. Cela nécessite une qualité d'adaptation, car chaque individu est unique, avec ses propres antécédents, son mode de vie, ses traitements, ses inquiétudes et ses représentations. Si l'on se contente d'appliquer une réponse binaire, sans poser les bonnes questions, on risque de mettre le patient en danger. Il est donc crucial de personnaliser le conseil.

La posture bientraitante adoptée face au patient fait partie intégrante du soin. Elle permet de mieux saisir ses incompréhensions et interrogations, d'éclairer les zones d'ombres sur les effets indésirables potentiels, les contre-indications et le plan de prise afin d'améliorer l'observance du traitement et donc son efficacité. La bientraitance est un outil indispensable à l'exercice quotidien des fonctions du pharmacien.

## MOTS-CLÉS

Bientraitance ; Bienveillance ; Communication ; Empathie ; Démarche centrée sur la personne ; Dignité ; Equipe pharmaceutique ; Relation de confiance.