



Université de POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 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 Madame, LIÈGE Aurélie

Actions éducatives à l'officine : faisabilité et proposition
d'un modèle d'accompagnement des patients

Composition du jury :

Président :

Monsieur FAUCONNEAU Bernard, Professeur des Universités

Membres :

Monsieur MARCOU Philippe, Chargé de mission et référent Éducation Thérapeutique à
l'Agence régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine
Madame ROUSSEAU Eugénie, Docteur en Pharmacie

Directeurs de thèse :

Monsieur DUPUIS Antoine, Professeur des Universités
Madame RAYMOND Isabelle, Docteur en Pharmacie



LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire –

Assesseur L.AS et 1^{er} cycle

- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
 - PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
 - PUYADE Mathieu, médecine interne
 - RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
 - RICHER Jean-Pierre, anatomie
 - RIGOARD Philippe, neurochirurgie
 - ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
 - ROBLOT Pascal, médecine interne
 - SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
 - SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
 - SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie
- #### Assesseur 3^e cycle –
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
 - THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^e cycle**
 - THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
 - TOUGERON David, gastro-entérologie
 - WAGER Michel, neurochirurgie
 - XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénérologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale

- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaèle
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFROY François, hématologie et transfusion (08/2023) – renouvellement 3 ans demandé – en cours
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice

- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

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 – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique (**retraite au 01/12/2023**)
- 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)
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – 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

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

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

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

Remerciement

Chers membres du jury et chers directeurs de thèse,

Madame Isabelle RAYMOND, je vous remercie sincèrement pour votre précieux encadrement tout au long de la réalisation de ce travail, ainsi que pour votre aide durant mon année de master. Votre contribution a été essentielle et je vous en suis infiniment reconnaissante.

Monsieur Antoine DUPUIS, je vous adresse également mes sincères remerciements pour avoir accepté d'être mon co-directeur de thèse. Vos enseignements m'ont inspiré à poursuivre le master en ETP et je peux dire avec assurance que j'y ai trouvé une vocation.

À Monsieur Bernard FAUCONNEAU, je suis honorée que vous ayez accepté de présider ce jury et de juger mon travail. Je vous assure de ma profonde gratitude pour cette marque de confiance.

Monsieur Philippe Marcou, je tiens à te remercier chaleureusement d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Ton expertise et tes conseils tout le long de mon stage à l'ARS ont été extrêmement enrichissants.

Eugénie Rousseau, je t'adresse mes plus sincères remerciements pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Tes précieux conseils et tes nombreuses relectures attentives ont sans aucun doute contribué à la qualité de ce travail.

À toute ma famille,

À mes chers parents, je vous remercie du fond du cœur pour votre soutien tout au long de mes études. Votre confiance en moi a été ma plus grande motivation et je vous dédie ce travail avec tout mon amour et ma gratitude.

Mon frère, Mathieu, je te remercie grandement pour ton soutien constant et ton aide précieuse tout au long de mes études. Je suis extrêmement fière de toi pour l'obtention de ton diplôme et je suis convaincue que nous réaliserons de grands projets ensemble à l'avenir.

À mes chers grands-parents, je vous remercie du fond du cœur pour votre amour et votre fierté. Votre soutien inconditionnel a été une source de force pour moi.

À mes oncles et tantes, je vous adresse également mes remerciements pour votre soutien constant tout au long de mes études.

À toi, Maxime, un merci spécial pour ton soutien constant et ta présence tout au long de cette année. Tes encouragements quotidiens ont été d'une aide précieuse pour moi. Je sais que je pourrais toujours compter sur toi. Mention spéciale à notre petit chat, **Raymanou**, qu'on aime tant.

À mes beaux-parents, Maguy et Jean-Philippe, Je vous suis reconnaissante pour votre soutien tout au long de la rédaction de ce travail, ainsi que pour les délicieux repas du dimanche partagés en votre compagnie et à tous les chatrous que nous mangerons prochainement.

À tous mes amis,

Leïla et Fanny, mes amies de toujours, merci d'avoir toujours été présentes à mes côtés, dans les bons comme dans les mauvais moments. J'espère partager encore de nombreuses aventures avec vous.

Eugy et Isa, les plus belles découvertes de ces études de pharmacie, je vous remercie du fond du cœur pour nos moments de rire et nos précieuses discussions. Votre présence en ce jour est une source de réconfort et de joie pour moi.

Alexandra, Rose et Margot, mes bordelaises préférées, sans vous, mon année de master n'aurait pas été la même. Merci pour les moments inoubliables partagés ensemble. Une mention spéciale à toi, Alexandra, pour ton aide précieuse dans ce travail. Je crois en toi et en la réussite de tes projets futurs.

À toute l'équipe de la pharmacie de l'Auxance, je vous remercie sincèrement pour avoir rendu mes stages en officine aussi enrichissants et agréables. Merci pour votre accueil chaleureux, ce fut un réel plaisir de travailler en équipe avec vous ! Et je peux dire avec certitude que c'est grâce à vous que j'ai choisi la filière officine, merci encore !

Table des matières

REMERCIEMENT	6
LISTES DES ABREVIATIONS	10
TABLE DES FIGURES	11
TABLE DES TABLEAUX	12
INTRODUCTION	13
PARTIE 1 : CONSTRUCTION D'UN MODELE THEORIQUE D'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS A L'OFFICINE	15
I. Les actions éducatives ciblées	15
1. Définition	15
2. En pratique	16
3. La pharmacie comme lieu de ces actions : entre freins et leviers	20
II. La posture éducative	23
1. De quoi parle-t-on ?	23
2. Écoute active	23
3. Importance du non verbal et du paraverbal	24
4. Recherche d'une alliance thérapeutique	25
III. Questionner l'adhésion thérapeutique : une démarche vers l'alliance thérapeutique	26
1. L'adhésion thérapeutique : Un défi majeur de santé publique	26
2. Évolution du concept d'adhésion thérapeutique	27
3. Facteurs influençant l'adhésion thérapeutique	28
4. Utiliser la théorie socio-cognitive pour questionner l'adhésion	30
IV. L'action éducative en plusieurs étapes	32
1. Première étape : Le besoin éducatif	32
2. Deuxième étape : Définition d'un projet éducatif en collaboration	41
3. Troisième étape : Mise en œuvre de l'action éducative	45
4. Quatrième étape : Évaluer	51
PARTIE 2 : ENQUETE : PROPOSITION DU MODELE CREE AUX PHARMACIENS DANS LE CADRE DU DEVELOPPEMENT D' ACTIONS EDUCATIVES CIBLEES A L'OFFICINE	53
I. Méthodologie	53
1. Choix de la méthode	53
2. Cadre et lieu de l'enquête	53
3. Choix de la population	54
4. Construction du questionnaire	54
5. Diffusion du questionnaire	56
6. Collecte des données	56

7.	Traitement et analyse des données recueillies	57
II.	Expositions des résultats	58
1.	La pharmacie	58
2.	Le pharmacien	59
3.	La communication interprofessionnelle	59
4.	L'Action éducative	60
5.	Les outils du modèle	62
III.	Discussion	65
1.	Limites de l'enquête	65
2.	Forces de l'enquête	65
3.	Interprétation des résultats	66
IV.	Préconisations et proposition d'outil	69
1.	Proposition d'outils	69
2.	Perspectives	69
	CONCLUSION	70
	BIBLIOGRAPHIE	71
	ANNEXE	79
	Annexe n°1 : Fiche sur les actions éducatives ciblées HAS (2015)	79
	Annexe n°2 : Belief Medical Questionnaire (84)	80
	Annexe n°3: Exemple d'outil pour le diabète conçu par Diabète Occitanie	81
	Annexe n°4: Exemple d'outil sur le diabète conçu par l'IPCEM et la MSA	82
	Annexe n°5 : Exemple d'outil sur le diabète conçu par l'IPCEM et la MSA	82
	Annexe n°6 : Exemple d'outil sur le tabac conçu par le Crips Île de France	83
	Annexe n°6 : Exemple d'outil numérique sur l'asthme conçu par l'assurance maladie	84
	Annexe n°7 : Exemple d'outil numérique sur la BPCO	84
	Annexe n°8 : Exemple d'outil sur les AVK conçu par l'IPCEM	85
	Annexe n°9 : Exemple d'outil sur l'activité physique et les pathologies cardiovasculaires conçu par l'IPCEM et la MSA	85
	Annexe n°10 : Exemple de tableau à compléter récapitulatif d'une action éducative	86
	Annexe n°11 : Fiche récapitulative des étapes d'une intervention brève motivationnelle (HUG)	86
	Annexe n°12 : Résumé du mémoire « Quels sont les rôles des pharmaciens d'officine dans l'éducation thérapeutique en Nouvelle-Aquitaine : entre freins et leviers »	87
	Annexe n°13 : Questionnaire de l'enquête	88
	SERMENT DE GALIEN	90
	RESUME	91

Listes des abréviations

ALD	Affection Longue Durée	HAS	Haute autorité de Santé
AM	Assurance maladie	HPST	Hôpital Patients Santé Territoires
ARS	Agence Régionale de Santé	IMC	Indice de Masse Corporelle
BMQ	Belief Medical Questionnaire	IMS Health	Intercontinental Medical Statistics of Health
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie	INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé	IPCEM	Centre de formation des soignants à l'éducation thérapeutique du patient
CREAI-ORS	Centre Régional d'Études, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité – Observatoire Régional de la Santé.	IREPS	Instances Régionales d'Éducation et de Promotion de la Santé
CRES PACA	Comité Régionale d'Éducation pour la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur	LGO	Logiciel de Gestion Officinale
CRIP	Cercle de Réflexion de l'Industrie Pharmaceutique	MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnel
CSP	Code de la Santé Publique	MPR	Medication Possession Rate
DPC	Développement Professionnel Continu	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
DU	Diplôme Universitaire	PPP	Plan Pharmaceutique Personnalisé
EM	Entretien Motivationnel	PA	Pression Artérielle
ETHNA	Éducation Thérapeutique du patient en Nouvelle-Aquitaine	RAS	Renin-Angiotensin System
ETOPPIA	Éducation Thérapeutique à l'Officine du Patient Post Infarctus à Anjou	SFPC	Société Française de Pharmacologie Clinique
ETP	Éducation thérapeutique du Patient	URPS	Union Régional des Professionnels de Santé
		UPSO	Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine

Table des figures

FIGURE 1 - ÉVOLUTION DU CONCEPT D'OBSERVANCE AU COURS DU TEMPS (31).....	25
FIGURE 2 - UNE FAIBLE OBSERVANCE DANS TOUTES LES PATHOLOGIES (34).....	26
FIGURE 3 - DEFAUT D'ADHESION INTENTIONNELLE ET NON INTENTIONNELLE, HORNE ET AL 2006 (64).....	29
FIGURE 4 - LA CAUSALITE TRIADIQUE, ALBERT BANDURA (41).....	30
FIGURE 5 - ADAPTATION DE LA THEORIE SOCIO-COGNITIVE (42).....	30
FIGURE 6 - CARTE MENTALE AUTOUR DES STATINES.....	32
FIGURE 7 - ENVIRONNEMENT DIDACTIQUE FAVORISANT L'ACTE D'APPRENDRE GIORDAN - PELLAUD (2002) (92).....	35
FIGURE 8 - L'EDUCATION THERAPEUTIQUE EN QUATRE DIMENSIONS (50).....	36
FIGURE 9 - MODELE DES CROYANCES EN SANTE (ROSENTOCK) (78).....	39
FIGURE 17 - LA BALANCE DECISIONNELLE (103).....	48
FIGURE 18 - CERCLE DE PROCHASKA ET DiCLEMENTE: LES STADES DU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (104).....	48
FIGURE 19 - LE MODELE DE LA SPIRALE DE PROCHASKA ET DiCLEMENTE (102).....	49
FIGURE 20 - EXEMPLES DE CARTES AVEC DES MISES EN SITUATION.....	49
FIGURE 21 - EXEMPLE CONCRET DE SITUATION D'UN PATIENT.....	50
FIGURE 22 - POURCENTAGE DE PHARMACIENS REpondANTS PAR DEPARTEMENT.....	58
FIGURE 23 - PROPORTION DE PHARMACIENS SELON LA TYPOLOGIE DE LA PHARMACIE.....	58
FIGURE 24 - LA PRESCRIPTION D'UNE ACTION EDUCATIVE PAR LES MEDECINS EST-ELLE INTERESSANTE DU POINT DE VUE DES PHARMACIENS ?.....	59
FIGURE 25 - MOYENNE DONNEE POUR CHAQUE FREIN EN FONCTION DE LEUR IMPORTANCE.....	60
FIGURE 26 - QUANTIFICATION DE LA DIFFERENCE ENTRE LE FREIN LE PLUS IMPORTANT ET LES AUTRES FREINS.....	61
FIGURE 27 - POURCENTAGE DE PHARMACIENS MOTIVES A METTRE EN PLACE DES ACTIONS EDUCATIVES... ..	61
FIGURE 28 - UN MODELE D'ACCOMPAGNEMENT PEUT-IL ENCOURAGER LES PHARMACIENS A METTRE EN PLACE DES ACTIONS EDUCATIVES ?.....	62
FIGURE 29 - POSTURE EDUCATIVE : QUELS OUTILS SONT CHOISIS PAR LES PHARMACIENS ?.....	63
FIGURE 30 - LES BESOINS EDUCATIFS DES PATIENTS : QUELS OUTILS SONT CHOISIS PAR LES PHARMACIENS ?.....	63
FIGURE 31 - MISE EN ACTION : QUELS OUTILS SONT CHOISIS PAR LES PHARMACIENS ?.....	64
FIGURE 32 - ÉVALUATION : QUELS OUTILS SONT CHOISIS PAR LES PHARMACIENS ?.....	64

Table des tableaux

TABLEAU 1 - EXEMPLES D'INTERVENTIONS EDUCATIVES SUR LE DIABETE A L'ETRANGER.....	16
TABLEAU 2 - EXEMPLES D'INTERVENTIONS EDUCATIVES SUR L'ASTHME A L'ETRANGER.....	17
TABLEAU 3 - EXEMPLES D'INTERVENTIONS EDUCATIVES SUR LES ADDICTIONS A L'ETRANGER	17
TABLEAU 4 - EXEMPLES D'INTERVENTIONS EDUCATIVES SUR L'ADHESION THERAPEUTIQUE A L'ETRANGER	17
TABLEAU 5 - EXEMPLES D'INTERVENTIONS EDUCATIVES SUR LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES A L'ETRANGER	18
TABLEAU 6 - AUTRES EXEMPLES D'INTERVENTIONS EDUCATIVES A L'ETRANGER.....	18
TABLEAU 7 - EXEMPLES DE D'INTERVENTIONS EDUCATIVES MISES EN PLACE EN FRANCE.....	20
TABLEAU 8- FACTEURS INFLUENÇANT L'ADHESION THERAPEUTIQUE (63)	28

Introduction

Aujourd'hui, les maladies chroniques posent un défi majeur pour la santé publique en France et dans le monde. Elles touchent un nombre considérable de personnes, créant ainsi une charge significative pour le système de santé. Selon un rapport de la **Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM)** (1), pas moins de **20 millions** de personnes ont eu besoin de soins liés à une maladie chronique. En **2018**, la région Nouvelle-Aquitaine comptabilisait **1 million de personnes en ALD** (2). Le vieillissement de la population, les avancées médicales et les déterminants sociaux contribuent à l'augmentation de ces soins. La région Nouvelle-Aquitaine, en particulier, est confrontée à une situation alarmante, étant classée comme **la région la plus âgée de France en 2016** (3).

Le modèle biomédical traditionnel de la médecine montre ses limites en négligeant les aspects psychologiques et sociaux (4), sans compter, la désertification médicale qui s'intensifie depuis quelques années (5). C'est notamment le cas en Nouvelle-Aquitaine, avec des zones où l'accès aux professionnels de la santé devient de plus en plus difficile (6). Cela peut ainsi entraîner des répercussions sérieuses sur la qualité des soins, en particulier pour les individus vivant avec des maladies chroniques. Dans ce contexte, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) s'avère essentielle. La **Haute Autorité de Santé (HAS)** (7) a reconnu l'importance de l'ETP et son efficacité dans plusieurs pathologies chroniques, où elle a montré des effets positifs, tels que la réduction des hospitalisations, des urgences et des visites médicales non programmées. De plus, l'ETP est également un axe prioritaire du **Projet Régional de Santé 2018-2023** (2) en Nouvelle-Aquitaine, avec un accent sur son développement en milieu urbain.

Promouvoir le développement de l'autonomie du patient par le biais d'action éducative, et prévenir la stigmatisation inhérente au modèle biomédical, ouvrirait la voie à un rôle plus actif du patient dans la gestion de sa propre santé (8). Cette approche pourrait potentiellement se traduire par une diminution de la nécessité de recourir à des soins médicaux et des séjours aux urgences, ce qui par conséquent, favoriserait une utilisation plus rationnelle et efficace des services de santé. En effet, l'ETP ne se résume pas simplement à modifier les comportements des personnes pour améliorer la santé, mais aussi en développant la capacité de ces mêmes personnes à comprendre et contrôler les déterminants de leur santé, compte-tenu de leur environnement propre (9).

Cependant, l'ETP se heurte à des obstacles, notamment en termes d'accessibilité aux programmes. En Nouvelle-Aquitaine, cette offre n'est pas uniformément répartie, créant ainsi des inégalités d'accès, en particulier dans les zones rurales (10).

Les pharmacies d'officines, grâce à leur maillage territorial (11,12) pourraient jouer un rôle crucial dans le déploiement et la démocratisation de l'ETP. Le pharmacien d'officine, en tant qu'acteur de premier recours dans le domaine de la santé est un acteur clé de la santé publique (13), possédant une connaissance approfondie de leurs patients, ainsi qu'un accès direct à leurs traitements (14). Cette proximité leur permet d'identifier les problèmes d'adhésion et de collaborer avec les patients (15) pour développer une gestion autonome de leur maladie. Cette relation de confiance et d'empathie (14,16) est essentielle en ETP, ce qui fait du

pharmacien d'officine un acteur clé, lui permettant d'adapter des interventions éducatives aux besoins individuels des patients.

L'éducation thérapeutique fait partie des missions du pharmacien depuis la loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoire » (HPST) de 2009 (17), lui permettant de participer activement à l'éducation des patients. Le métier évolue et de nouvelles missions sont confiées aux pharmaciens, c'est le cas des entretiens pharmaceutiques (18,19). Les actions d'accompagnement font également parties de leurs missions (20) et les actions éducatives ciblées font partie de ces actions d'accompagnement (21). De plus les pharmaciens bénéficient désormais d'une formation complète en ETP pendant leurs études dans toutes les facultés de la Nouvelle-Aquitaine, ce qui intègre cette pratique comme composante essentielle de leur profession. Par ailleurs, des formations d'ETP sont disponibles dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC), rendant la formation accessible aux pharmaciens non formés. La réglementation récente exige également la présence d'un espace de confidentialité dans les pharmacies pour faciliter les échanges confidentiels avec les patients (22).

En somme, les pharmaciens devraient avoir la possibilité de pratiquer de telles actions directement au sein de leur officine avec les patients qu'ils connaissent. De plus, tout patient devrait avoir la possibilité d'accéder à des actions éducatives au plus proche de son domicile.

Partie 1 : Construction d'un modèle théorique d'accompagnement des patients à l'officine

I. Les actions éducatives ciblées

La maladie chronique requiert une **adaptation considérable** de la part du patient, entraînant un véritable **changement de mode de vie**. Souvent, elle implique des **traitements complexes** et des ajustements significatifs dans les habitudes quotidiennes, en plus du suivi métabolique nécessaire. Ainsi, les patients doivent développer des **comportements adaptatifs** pour faire face à cette nouvelle réalité et aux défis qui en découlent.

Dans cette perspective, une **approche "prescriptive"**, similaire à celle utilisée pour les pathologies aiguës, n'est plus appropriée pour **améliorer la qualité de vie** du patient au **long terme** (23).

1. Définition

D'après **l'article L.1661-3 du Code de la Santé Publique** (21) « *Les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. Elles sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé* »

Dans ces actions d'accompagnement se trouvent les **actions éducatives ciblées** décrites par la **HAS** (24) comme des actions **similaires à l'ETP** sans pour autant constituer un programme d'ETP. Elles ont comme caractéristiques communes avec les programmes d'ETP d'être **personnalisées**, avec des **séances thématiques** dédiées utilisant des **méthodes interactives**, en s'appuyant sur **l'évaluation individuelle des besoins éducatifs** puis une **évaluation finale**. Au contraire, elles diffèrent en termes de moyens et de durée, cependant elles peuvent se compléter dans le temps. Ces actions sont mises en œuvre par un **professionnel de santé formé à l'ETP**, de façon ponctuelle afin de répondre à un **besoin éducatif précis** lié à la stratégie thérapeutique au sens large, par l'acquisition de **compétences d'autosoins** et ou de **compétences d'adaptations**. Par ailleurs, la HAS a élaboré une **fiche** (*voir annexe n°1*) (24) traitant de ce type d'action, incluant divers exemples d'actions envisageables. Toujours d'après la HAS, les actions éducatives peuvent permettre de **renforcer les compétences acquises** par le patient, de les **mettre à jour** et de les **ajuster à la suite d'une éducation thérapeutique initiale** (25).

Effectivement dans une analyse faite par la **HAS** (26), lorsque les patients sont **activement impliqués** dans les décisions relatives à la gestion de leurs maladies et qu'un **plan de soins personnalisés** est mis en place avec eux, la santé tant sur le **plan physique que psychologique** ainsi que les **capacités d'auto-gestion** de ces derniers s'améliorent par rapport aux soins habituels.

2. En pratique

2.1. À l'étranger

Un intérêt croissant est constaté à l'échelle internationale, comme en témoignent de nombreuses publications sur **PubMed**. Ces études, illustrées dans les tableaux présentés ci-dessous, contribuent à démontrer l'efficacité des interventions réalisées par les pharmaciens.

Diabète			
Étude	Année	Pays	Résultats
Effects of pharmacist outpatient interventions on adults with diabetes mellitus: a systematic review (27) Deborah P Wubben et coll	2018	États-Unis	Cette étude souligne une amélioration générale de l'hémoglobine glyquée . Elle suggère que les initiatives visant à optimiser la gestion de la glycémie peuvent conduire à des économies sur le long terme en réduisant les complications futures associées au diabète .
Diabetes Medication Assistance Service: The pharmacist's role in supporting patient self-management of type 2 diabetes (T2DM) in Australia (28) Bernadette Mitchell et coll	2011	Australie	Cette étude montre l'efficacité des interventions des pharmaciens d'officine dans la promotion de l'autogestion chez les patients atteints de DT2 , anticipant des économies futures en réduisant les complications et en retardant les coûts pour le système de santé .
Pharmacist Interventions in the Management of Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials (29) Sarah Pousinho et coll	2016	Portugal	Cette étude met en évidence des effets positifs sur l'autogestion, la pression artérielle, la glycémie, l'IMC, l'adhérence médicamenteuse, le cholestérol, les triglycérides et le régime alimentaire .

Tableau 1 - Exemples d'interventions éducatives sur le diabète à l'étranger

Asthme			
Étude	Année	Pays	Résultats
Impact of educational intervention by community pharmacists on asthma clinical outcomes, quality of life and medication adherence: A systematic review and meta-analysis (30) Hossein Mahdavi et coll	2021	Iran	Les interventions éducatives menées par les pharmaciens pourraient entraîner une amélioration significative de la sévérité et du contrôle de l'asthme, ainsi que de la qualité de vie et de l'observance .
Community pharmacist counseling improves adherence and asthma control: a nationwide study (31) Barbara Putman et coll	2022	Belgique	L'étude suggère que les interventions en pharmacie peuvent efficacement améliorer le contrôle de l'asthme et favoriser l'adhésion .
The sustainability of a community pharmacy intervention to improve the quality use of asthma medication (32) B.Bereznicki et coll	2011	Australie	L'intervention démontre des améliorations durables et étendues dans la gestion de l'asthme , contribuant ainsi à la réduction du fardeau sur le système de santé.
Asthma disease management Australian pharmacists' interventions improve patients' asthma knowledge and this is sustained (33)	2011	Australie	L'utilisation d'interventions éducatives ciblées par les pharmaciens permet des améliorations durables des connaissances des patients , se

Bandana Saini et coll			traduisant par un changement positif dans la gestion de l'asthme chez ces patients.
The management of asthma in adult patients in the community pharmacy setting: Literature review (34) Aseel Mahmoud et coll	2021	Royaume Uni	L'étude indique que les pharmaciens sont bien positionnés pour offrir des services aux patients asthmatiques , avec de nombreuses recherches réalisées en pharmacie visant à améliorer le contrôle de l'asthme chez les adultes .

Tableau 2 - Exemples d'interventions éducatives sur l'asthme à l'étranger

Addictions			
Étude	Année	Pays	Résultats
Meta-analysis of the effectiveness of smoking cessation interventions in community pharmacy (35) M.Saba et coll	2014	Australie	Les interventions des pharmaciens ont un impact significatif sur l'abstinence tabagique , soulignant la nécessité pour les autorités de la santé d'encourager les services de cessation tabagique dispensés par les pharmaciens d'officine.
Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation (36) H K Sinclair et coll	2004	Royaume Uni	Les études limitées indiquent que les pharmaciens formés, en dispensant un programme de conseil et de soutien, peuvent avoir un impact positif sur le taux de renoncement au tabagique .

Tableau 3 - Exemples d'interventions éducatives sur les addictions à l'étranger

Adhésion thérapeutique			
Étude	Année	Pays	Résultats
Patient-centred advice is effective in improving adherence to medicines (37) Sarah Clifford et coll	2006	Royaume Uni	Les patients du groupe d'intervention ont démontré des croyances plus positives à l'égard de leur nouveau médicament .
Effects of Telephone Counseling Intervention by Pharmacists (TelCIP) on Medication Adherence; Results of a Cluster Randomized Trial (38) Marcel J Kooij et coll	2016	Pays-Bas	Comparativement aux soins habituels, les patients ayant reçu une intervention ont présenté une observance significativement plus élevée pour les médicaments tels que les inhibiteurs de la RAS, les statines et les bisphosphonates .
Community pharmacist intervention to optimize statin adherence in diabetes care: The GuIDE-S study(39) Jennifer L Bacci et coll	2023	États-Unis	Les patients du groupe d'intervention présentaient une probabilité 21,2 % plus élevée d'avoir une proportion de jours couverts (PDC) ≥ 80 % (Mesure de l'adhésion)

Tableau 4 - Exemples d'interventions éducatives sur l'adhésion thérapeutique à l'étranger

Maladies cardiovasculaire			
Étude	Année	Pays	Résultats
The Community Pharmacist's Role in Reducing Cardiovascular Risk Factors in Lebanon: A Longitudinal Study (40) Iqbal M Fahs et coll	2018	Liban	L'IMC et la PA systolique ont diminué de manière significative ainsi que le profil lipidique . Des améliorations significatives du risque de maladies cardiovasculaires et d'athéroscléroses sont survenues au cours du deuxième suivi.

Effectiveness of pharmacist's intervention in the management of cardiovascular diseases (41) Stefano Omboni et coll	2018	Italie	L'implication renforcée des pharmaciens dans des activités axées sur les patients, couplée à une collaboration étroite avec d'autres professionnels de la santé, peut produire des effets bénéfiques , en tirant avantage de la grande accessibilité des pharmacies largement réparties .
Improving blood pressure control through pharmacist interventions: a meta-analysis of randomized controlled trials (42) Valérie Santschi et coll	2014	Suisse	Les interventions des pharmaciens, axées sur l'éducation des patients, et le retour d'information des médecins et la gestion des médicaments, ont conduit à une réduction plus significative de la pression artérielle systolique et diastolique par rapport aux soins habituels.
Impact of community pharmacy-based educational intervention on patients with hypertension in Western Nepal (43) Sushmita Sharma et coll	2014	Népal	Une intervention éducative simple des pharmaciens d'officine a entraîné une amélioration des connaissances, des pratiques et de la gestion de l'hypertension chez les patients.
Effectiveness of a pharmacist-led educational intervention on health outcomes in hypertension management at community pharmacies in Nigeria: A two-arm parallel single-blind randomized controlled trial (44) Ebere Emilia Ayogu et coll	2022	Nigéria	L'intervention éducative dans les pharmacies d'officine améliore les résultats de santé , en mettant l'accent sur l'observance chez les patients atteints d'hypertension .

Tableau 5 - Exemples d'interventions éducatives sur les maladies cardiovasculaires à l'étranger

Autres			
Étude	Année	Pays	Résultats
The effect of pharmacist-provided non-dispensing services on patient outcomes, health service utilisation and costs in low- and middle-income countries (45) Sami Pande et coll	2013	Australie	Les services pharmaceutiques peuvent améliorer la gestion des taux de glucose, de la tension artérielle et du cholestérol chez les patients atteints de maladies chroniques comme le diabète, l'hypertension et l'asthme, conduisant à une amélioration de la qualité de vie et à une réduction des visites médicales et des hospitalisations .
A community pharmacist-led service to facilitate care transitions and reduce hospital readmissions (46) Joshua D Feldmann et coll	2018	États-Unis	L'intervention menée par des pharmaciens d'officine a montré une diminution significative du taux de réadmission dans le même hôpital .
La déprescription des benzodiazépines chez la personne âgée (47) Laure Nicolet et coll	2016	Canada (Québec)	Les résultats de cette étude démontrent qu'un programme axé sur l'éducation des patients génère des résultats plus favorables à court terme par rapport au modèle de soins conventionnel. Ce programme habilite le patient à décider lui-même d'arrêter la prise de benzodiazépines , et le positionne au cœur de la gestion de son traitement .

Tableau 6 - Autres exemples d'interventions éducatives à l'étranger

2.2 En France

Il existe une tendance croissante démontrant une volonté parmi les pharmaciens d'officine de jouer un rôle actif dans la mise en œuvre d'actions éducatives. Selon une étude datant de **2013** (48), les pharmaciens d'officine ont été responsables de **22% des actions éducatives répertoriées** dans cette recherche. Une enquête plus récente menée en **Nouvelle-Aquitaine** en **2014** (49) montre que **34,1% des pharmaciens** interrogés étaient **engagés dans l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)**, dont **36% proviennent d'officines en milieu rural**.

L'enquête réalisée auprès de **5 ARS** (50) met en lumière la faible implication actuelle des pharmaciens d'officine dans les **programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)**. Cette tendance révèle que la majorité des pharmaciens impliqués dans de tels programmes sont des **pharmaciens hospitaliers**. Toutefois, malgré ce constat, différentes structures et initiatives offrent des opportunités aux pharmaciens d'officine de participer activement à des actions éducatives. Parmi ces structures, on peut citer les équipes mobiles d'ETP, un exemple notable est la « **Passeraile** » à **Poitiers**, où des professionnels libéraux, dont des pharmaciens d'officine, sont recrutés pour mettre en œuvre des programmes éducatifs au plus proche de la population. De plus, les **Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)** et les **Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)** constituent des structures favorables à la **coordination** entre différents acteurs de la santé, offrant ainsi des perspectives d'implication des pharmaciens dans l'ETP.

Par ailleurs, des initiatives lancées par des pharmaciens eux-mêmes témoignent de leur engagement dans l'éducation thérapeutique. Ces initiatives sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Région	Programme ou expérimentation	Remarques
Pays de la Loire	ETOPPIA (51)	Ce programme a été créé en réponse à une demande croissante, offrant des services éducatifs aux personnes post-infarctus ou à risque de maladie coronarienne .
Pays de la Loire	Expérimentation sur le suivi et l'accompagnement des patients diabétiques de type 2 (52,53)	Cette expérimentation d'action éducative a été lancée en 2016 (52,53) et est toujours en cours. Elle concerne le suivi et l'accompagnement des patients diabétiques de type 2 par le pharmacien d'officine. L'échantillon de cette expérimentation regroupe 328 patients interrogés par 45 pharmacies sur le territoire de la Loire-Atlantique. L'évaluation de cette expérimentation a montré que 77% des patients ont modifié leurs pratiques. En effet selon une étude datant de 2013 (54), le coût des hypoglycémies iatrogènes sévères du diabète de type 2 en France s'élève à 125 millions d'euros par an pour 25 000 événements .

Provence-Alpes-Côte d'Azur	Pharm'Observance (55,56),	Dans ce programme, le pharmacien et le patient élaborent un plan pharmaceutique personnalisé (PPP) selon le modèle de la SFPC (Société Française de Pharmacologie Clinique). La gestion quotidienne du traitement, l'apprentissage d'une autosurveillance et l'adaptation à un contexte particulier sont des actions éducatives également abordées en fonction des besoins du patient. De plus les objectifs éducatifs sont évoqués lors des renouvellement et le PPP peut être transmis au médecin traitant. En 2019 près de 200 patients ont participé à ce programme.
Occitanie	Mon diabète je le Gers (57,58)	Ce programme initié par un pharmacien en collaboration avec une association de patients s'appuie sur la participation active des pharmaciens d'officine. Le programme implique 52 pharmacies et a permis à 148 patients de bénéficier d'ateliers, dont certains animés par les pharmaciens, démontrant ainsi l'efficacité de leur engagement dans des projets éducatifs variés. Les pharmaciens réalisent au sein de leur officine le diagnostic éducatif et un entretien de synthèse de fin de programme ainsi que des ateliers sur le médicament et l'autosurveillance glycémique.
Centre-Val de Loire	Séance éducative diabète (59)	Mise en place d'un modèle intervention éducative courte interdisciplinaire sur le diabète de type 2 , organisé par les pharmaciens d'officine en milieu rural. La séance incluait 5 objectifs pédagogiques : mieux connaître le diabète, ses complications et leur surveillance, la gestion de l'hypoglycémie (éléments de sécurité), les traitements et l'hémoglobine glyquée. La séance a eu un bénéfice global sur tous les objectifs à court et long terme sur les 45 patients inclus dans la séance.

Tableau 7 - Exemples de d'interventions éducatives mises en place en France

Ces différentes initiatives illustrent l'**implication croissante** des pharmaciens d'officine dans l'ETP, mettant en évidence leur rôle essentiel dans la promotion de la santé et **la prise en charge éducative des patients**.

3. La pharmacie comme lieu de ces actions : entre freins et leviers

L'enquête que j'ai menée dans le cadre de mon Master 2 en Promotion de la santé orientation Éducation Thérapeutique du Patient (ETP), m'a donné l'opportunité d'interroger plusieurs pharmaciens de Nouvelle-Aquitaine qui étaient **motivés pour initier une démarche éducative** au sein de leur officine, ou qui en avaient **déjà mis une en place** (60) L'objectif de cette enquête était de mettre en lumière les **obstacles et les facteurs favorisant** la mise en œuvre d'actions éducatives en pharmacie. Les résultats de cette enquête ont révélé plusieurs éléments significatifs.

3.1. Les freins

En ce qui concerne les obstacles, les pharmaciens ont principalement signalé un **manque de temps**. En effet, les actions doivent s'ajuster aux contraintes temporelles imposées par l'officine, et une **organisation spécifique** doit être trouvée à cet égard. Le **financement** joue également un rôle déterminant dans la mise en œuvre de ces actions. Une **reconnaissance financière** du travail des pharmaciens faciliterait le **déploiement d'actions éducatives** en officine, améliorant ainsi l'accessibilité des patients à ces initiatives.

Le **manque de personnel** et la **méconnaissance de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)** ont également été évoqués comme des obstacles. Il est à noter que chaque faculté de pharmacie en Nouvelle-Aquitaine a intégré la formation en ETP au cursus des étudiants. Les pharmaciens ont souligné que bien que les entretiens pharmaceutiques soient importants, ils semblent parfois **insuffisamment centrés sur le patient**.

Enfin, la **communication avec les autres professionnels de la santé** autour de la pharmacie est cruciale pour une prise en charge optimale du patient. Selon les officines, cela peut être perçu comme un obstacle en cas de communication insuffisante, ou au contraire comme un levier lorsque la communication est bien établie.

3.2. Les leviers

En ce qui concerne les **facteurs facilitants**, l'aménagement des espaces physiques des pharmacies évolue vers un **environnement plus propice à l'accompagnement**. Toutes les pharmacies interrogées disposaient d'un **espace de confidentialité**, et certaines ont même créé un véritable "**espace santé**" favorable à l'accompagnement des patients. Ces espaces comprennent des salles équipées pour des ateliers collectifs, des comptoirs bien espacés, sans merchandising, permettant au pharmacien de **se positionner aux côtés du patient**. Les résultats ont également souligné que les pharmaciens interrogés connaissent bien les patients qui fréquentent leur officine, établissant ainsi une **relation de confiance** au fil du temps. Il s'avère que **les patients se confient fréquemment** au pharmacien, partageant des informations qu'ils ne notifieraient pas forcément à leur médecin, comme l'arrêt de la prise de médicaments. Le comptoir devient ainsi le **point de départ de nombreuses discussions**, facilitant la prise en compte des besoins du patient lors des renouvellements ou des questions santé. La **disponibilité et l'accessibilité** du pharmacien en font un **acteur de premier recours essentiel**.

En plus de leur **expertise sur les médicaments** et leurs connaissances approfondies sur diverses pathologies, les pharmaciens ont souvent suivi des formations ou obtenu des **Diplômes Universitaires (DU) supplémentaires**, élargissant ainsi leurs compétences pour accompagner au mieux les patients. Certains ont suivi une formation sur l'entretien motivationnel, tandis que d'autres détiennent un DU en pharmacie clinique. De plus certains membres de leur équipe sont formés en nutrition. En ce qui concerne les outils, **chaque pharmacien utilise divers supports**, parfois conçus par eux-mêmes, tels que des vidéos, des présentations PowerPoint, des fiches synthétiques, des jeux (par exemple, des boîtes d'aliments avec des étiquettes pour remettre en question les idées reçues et explorer l'index glycémique) et mettant également en avant **l'importance de travailler sur la motivation du patient**.

Les pharmaciens interrogés ont souligné la perception d'un **réel besoin d'éducation** de la part des patients, qui ont de **nombreuses interrogations** concernant leur traitement, et ont exprimé le désir d'être écoutés et compris. En termes **d'évaluation et de suivi** des patients, les pharmaciens considèrent que cela peut être **intégré dans le processus de renouvellement des ordonnances** au comptoir tout comme le recueil des besoins, avec la possibilité d'ajouter une **section dédiée** à cet effet sur le **logiciel de gestion officinale (LGO)** pour simplifier ces démarches. Ils ont également souligné l'importance de faire **un retour au médecin traitant** et de l'informer des **éléments discutés avec le patient**.

Pour finir, les pharmaciens estiment que les **MSP représentent un levier significatif** en mettant à la disposition du pharmacien un espace adapté aux séances éducatives et en favorisant la coordination des soins.

En **conclusion** de ce premier point, et en prolongement des résultats obtenus, j'ai abordé, dans les **perspectives de recherche** de mon mémoire, **l'élaboration d'un modèle pratique accompagné de propositions d'outils** destinés à aider les pharmaciens à mettre en place des actions éducatives au sein de leur officine. La **première phase** de cette démarche se concentrera sur la **conception de ce modèle**, en mettant particulièrement l'accent sur l'adhésion thérapeutique, une thématique pleinement intégrée aux compétences et à la pratique professionnelle des pharmaciens. Cette phase initiale ouvre ainsi la voie à une **enquête quantitative visant à éclairer la motivation des pharmaciens** de la Nouvelle-Aquitaine à intégrer ces actions dans leur pratique, en leur présentant les outils abordés dans la première partie.

II. La posture éducative

La maladie entraîne une **transformation significative** dans la vie du patient, comme le souligne le philosophe **Canguilhem** : « *La maladie n'est pas une variation sur la dimension de la santé, c'est une nouvelle dimension de la vie* » (61). Vivre avec une maladie représente une **expérience complexe**, demandant au patient de s'adapter, de comprendre, et de trouver un sens à cette nouvelle réalité. Cette expérience suscite des **émotions** et remet en question les **représentations préexistantes** (62).

1. De quoi parle-t-on ?

Selon **Canguilhem**, comprendre le sens que le patient attribue à sa maladie nécessite l'observation et la connaissance de ses normes de vie (63). Ainsi, adopter une posture éducative devient essentiel. Cette approche implique une **compréhension** profonde du patient, englobant **l'écoute active** intégrant les éléments non verbaux et paraverbaux. **L'empathie** se révèle être une composante cruciale de cette posture éducative, visant ultimement à établir un **partenariat** entre le soignant et le patient, connu sous le nom **d'alliance thérapeutique**.

Cette démarche éducative est bien plus significative que la simple « information » qui, étant unidirectionnelle, provient du référentiel du soignant, risquant ainsi de maintenir le patient dans une position passive face à sa maladie. Contrairement à cette approche, l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) vise à donner au patient **un rôle actif** dans sa prise en charge. Par ailleurs, le philosophe **Paul Ricoeur**, dans son ouvrage La souffrance n'est pas la douleur (1992) (63), souligne l'importance de rendre le patient un acteur principal de sa vie : « *placer le patient en position de narrateur de sa vie lui permet d'aller à l'encontre de la passivité et de l'impuissance à dire qui caractérisent toute souffrance.* ».

2. Écoute active

L'élément central de la posture éducative réside dans **l'écoute active**, une approche qui englobe deux acteurs, **l'aidant et l'aidé**, tout en mettant davantage l'accent sur ce dernier. **Kaepelin**, dans son ouvrage intitulé L'écoute, affirme que « *L'écoute devient active avec la parole et la parole en devenant écoutante (c'est-à-dire questionnante, reformulante, encourageante, facilitante pour le locuteur) se fait entendre. [...] Ce qu'il est convenu d'appeler écoute active correspond en fait, à une écoute parlante* » (64).

Premièrement l'écoute active, c'est déjà prendre le temps d'écouter. Comme le souligne **Paul Ricoeur** (63), l'écoute du récit des patients se révèle bénéfique, contribuant à restaurer une certaine **capacité d'agir**. Dans cette perspective, le patient est libre de s'exprimer ou de se taire, l'objectif étant qu'il se sente **assuré d'être écouté et compris**.

Selon **C. Rogers** (64), l'écoute active repose sur **un contrat** où **l'aidé** choisit de se faire aider tout en conservant **sa responsabilité** dans la résolution de ses difficultés. **L'aidant**, quant à lui, croit en les capacités de l'aidé **sans porter de jugement** qu'il soit positif ou négatif et en adoptant une **attitude encourageante**. L'évaluation de soi reste la prérogative de l'aidé.

L'intégration de **l'empathie** est incontournable dans le processus de l'écoute active. Il devient crucial de saisir pleinement le terme "empathie" afin d'éviter toute confusion avec la sympathie. Selon le dictionnaire **Le Robert**, l'empathie est définie comme la "*Capacité de s'identifier à autrui, de ressentir ce qu'il ressent*" (65). Pour appréhender ce concept de manière approfondie, il est important de noter que cela nécessite la compréhension des **ressentis** de l'autre sans pour autant s'approprier ses émotions, comme le souligne **C. Rogers** en mettant en avant l'importance du "**comme si**" (65). En effet, l'aidant doit se concentrer sur l'interprétation de ce que vit l'aidé plutôt que sur les faits, comme le décrit **Jorland** en expliquant que "*L'empathie est une disposition psychique qui consiste à se mettre à la place d'autrui sans forcément éprouver ses émotions*" (65). Il souligne également que "*L'empathie n'est pas une relation affective mais bien une relation cognitive, elle n'a pas pour fonction de reconnaître les émotions d'autrui mais de comprendre l'autre en adoptant son point de vue*" (65).

Enfin, l'écoute active inclut également la **reformulation** et la **clarification** des propos d'autrui. Les moments de **silence** font également partie intégrante de cette écoute active, nécessitant parfois l'acceptation de ces instants de calme.

3. Importance du non verbal et du paraverbal

La communication **non verbale** et le **paraverbale** sont tous aussi importantes que le verbale voir supérieures comme le suggère la **règle des 3V**, énoncée dans deux études publiées en **1967** par **Albert Mehrabian**, professeur de psychologie. Selon cette règle, **7%** de notre communication reposent sur le **verbal**, tandis que le **para-verbal** et le **non verbal** représentent respectivement **38%** et **55%** de notre communication (66).

La communication verbale utilise le langage parlé ou écrit pour transmettre un message. Elle se caractérise par le **vocabulaire** employé, la **complexité**, la **clarté**, la **précision** du message que l'on veut transmettre. Il est donc essentiel que le soignant utilise un **vocabulaire commun et partagé** avec le patient (67). L'utilisation de termes scientifiques peut complexifier la communication entre le soignant et le patient, d'où la nécessité pour le soignant de choisir des **termes simples**.

Les **représentations** (67) jouent un rôle significatif en ETP, surtout dans la communication verbale où la **précision dans le choix des mots** revêt une grande importance. Par exemple, en évoquant la phrase "un chat noir sur un tapis", chaque personne peut avoir une représentation mentale différente selon ses expériences passées. C'est pourquoi la précision des termes employés est cruciale.

Au contraire la **communication non-verbale** se définit par tout ce qui n'est pas du langage verbal, c'est donc la **gestuelle**, les **positions du corps** mais aussi les expressions du visage. Pour autant ce type de communication n'est pas toujours consciente.

Enfin le para-verbal, c'est tout ce qui entoure la voix tels que l'**intonation**, le **ton**, le **rythme**, la **prononciation**, l'**accentuation** et le **débit**. En outre la communication non-verbale et paraverbale vont apporter en partie **le sens du message à transmettre**.

4. Recherche d'une alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique peut être définie comme une **collaboration mutuelle**, un partenariat établi entre le soignant et le patient, comprenant au moins **quatre aspects** essentiels (68):

- **Négociation** : Il s'agit de parvenir à un **accord** sur le plan thérapeutique.
- **Mutualité** : Implique une action conjointe, **agir ensemble** dans le processus thérapeutique.
- **Confiance** : Élément fondamental qui **renforce la relation** entre le soignant et le patient.
- **Acceptation implicite d'influence** : Pour le soignant, il s'agit d'influencer, et pour le patient, de se laisser influencer dans une certaine mesure.

Cette approche est à privilégier en ETP, puisqu'elle **favorise l'action** et, par conséquent, le **changement de comportement** en accroissant l'autonomie du patient (23), tel que l'illustre la figure suivante :

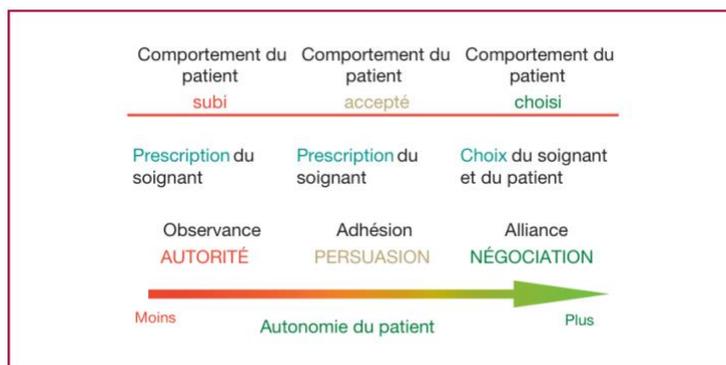


Figure 1 - Évolution du concept d'observance au cours du temps (31)

Cependant, il est important de noter qu'un changement de comportement significatif ne peut être atteint avec une ETP trop rigide et structurée (69). En effet, la base de ce partenariat réside dans le **partage** et la **mise en commun** des **croiances**, des **désirs**, du **vécu** et des **expériences**, conduisant en fin de compte à un accord sur les **actions possibles**. Le soignant apporte une perspective théorique et scientifique, tirée de son expérience professionnelle, tandis que le patient contribue avec son expérience quotidienne de la maladie, ses capacités et limites. Cette collaboration aboutit à la création d'un **véritable projet thérapeutique** (23).

III. Questionner l'adhésion thérapeutique : une démarche vers l'alliance thérapeutique

1. L'adhésion thérapeutique : Un défi majeur de santé publique

Les données concernant l'**observance** en France et dans le monde sont frappantes, tant en ce qui concerne le pourcentage de **non-adhésion** que les **coûts** qui en découlent. Selon l'**OMS** (70) , environ **50 %** des patients ne suivent que **partiellement ou incorrectement leur traitement**, un chiffre qui augmente proportionnellement au nombre croissant de personnes atteintes de maladies chroniques.

Ces chiffres ont des répercussions considérables sur les systèmes de santé, entraînant des **coûts supplémentaires importants** tels que des consultations médicales fréquentes, des visites aux urgences et des hospitalisations récurrentes. De plus, dans le cas de certaines maladies telles que le diabète, un non-respect du traitement **accroît le risque de complications**, telles que les maladies cardio-vasculaires, la cécité, l'amputation et l'insuffisance rénale (71).

Selon une étude menée par l'**IMS Health et le Cercle de réflexion de l'industrie pharmaceutique** (71), le taux d'observance en France serait d'environ **40 %**. Cette étude, réalisée auprès de **170 000** patients suivis dans **6 400** pharmacies différentes pour diverses pathologies, révèle des chiffres alarmants, avec une disparité importante suivant les pathologies, comme illustré ci-dessous :

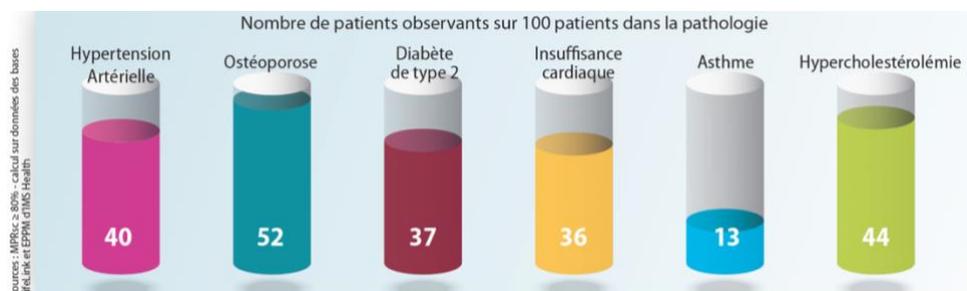


Figure 2 - Une faible observance dans toutes les pathologies (34)

La question de l'adhésion thérapeutique demeure un sujet essentiel à aborder, étant donné que le suivi rigoureux d'un traitement permet un **meilleur contrôle métabolique**. Dans une étude sur le diabète de type 2 (72), l'observance a été évaluée en comparant les prescriptions aux médicaments délivrés par la pharmacie (MPR ou taux de possession médicamenteuse). Il s'est avéré que le MPR était significativement meilleur chez les patients dont le taux **d'HbA1c** était **inférieur à 7 %** par rapport à ceux dont le taux était **supérieur à 7 %**. Ainsi, un mauvais respect du traitement est un facteur de complications, avec des **conséquences coûteuses** pour le système de santé. En effet, selon l'étude du **CRIP et de l'IMS Health** (71), le coût lié à un mauvais respect du traitement s'élève à **9,3 milliards d'euros** de dépenses par an pour l'Assurance maladie (AM).

En ce qui concerne les interventions d'accompagnement, une étude menée en Angleterre (73) à travers des appels téléphoniques effectués par des pharmaciens auprès de 500 patients randomisés a montré une réduction significative de la non-adhésion dans le groupe ayant bénéficié de l'intervention (**9 % contre 16 %, p=0,032**). De plus, le groupe bénéficiaire de l'intervention a signalé moins de problèmes liés à la prise de médicaments (**23 % contre 34 %, p=0,021**). Enfin, les patients du groupe d'intervention avaient des attitudes plus positives envers leur traitement, comme en témoigne le score "necessity-concerns differential" (**5,0 contre 3,5, p=0,007**).

Le respect des traitements constitue un défi majeur pour la santé publique et l'économie. Selon l'étude du **CRIP et de l'IMS Health** (71), investir dans le respect des traitements pourrait générer d'importantes économies pour le système de santé. Une amélioration potentielle pourrait représenter **23,1 millions d'euros** pour le diabète de type 2, **73,2 millions d'euros** pour l'hypertension artérielle, ainsi que **24,9 millions d'euros** pour l'insuffisance cardiaque et l'hypercholestérolémie.

Par conséquent, **l'accompagnement des patients** en matière de respect des traitements apparaît essentiel pour améliorer leur adhésion au traitement. Les efforts pour comprendre les facteurs de non-observance et développer des **approches personnalisées** d'accompagnement des patients sont essentiels pour relever ce défi de manière efficace.

2. Évolution du concept d'adhésion thérapeutique

Tout d'abord, il est essentiel de retracer l'évolution du concept entourant l'adhésion thérapeutique afin d'interroger de manière précise les problèmes potentiels d'adhésion chez un patient.

Ainsi, dans le cadre du modèle biomédical, le terme de "**compliance**" a émergé dans les **années 50**, marquant son apparition pour la première fois dans le domaine de la santé. Originaire du vocabulaire anglo-saxon, il implique une notion de soumission et de conformité du patient à la prescription du médecin, reflétant une approche autoritaire et paternaliste de la médecine (74).

En ce qui concerne la notion **d'observance**, elle se réfère à un comportement observable tel que l'adoption d'un mode de vie sain, le respect des prescriptions médicales, et le suivi d'un régime. L'observance est en réalité une composante de **l'adhésion thérapeutique**, cette dernière étant la **dimension « attitude »** de l'observance. Ainsi, l'adhésion d'un patient à un comportement attendu détermine son observance (75). L'adhésion implique un engagement, une approbation, et est conditionnée par la **motivation du patient** ainsi que par un environnement favorable ou défavorable, où interviennent des facteurs influençant cette adhésion (76).

Dans ce contexte, **l'alliance thérapeutique** composante essentielle de l'ETP, devient ainsi évidente. C'est grâce à cette interaction entre deux expertises **distinctes mais complémentaires** que se développe un **véritable projet de traitement** (77).

En fin de compte, le strict respect de prescription médicale ne reflète pas nécessairement l'observance du patient, car de nombreux éléments propres à chaque individu (environnement, vécu, capacités) entrent en jeu, sans nécessairement être corrélés au respect de la prescription. Il devient donc crucial de dépasser le simple comportement observant en explorant tous les **facteurs** jouant un rôle majeur dans l'adhésion de chaque patient à son traitement et à tout changement de comportement.

3. Facteurs influençant l'adhésion thérapeutique

Avant toute chose il faut savoir qu'il n'existe pas de « bons » ou de « mauvais » patients concernant l'adhésion à un traitement. Cependant il existe des **situations favorables** ou **défavorables** à une bonne adhésion (78).

L'OMS a répertorié divers éléments influençant l'adhésion thérapeutique, les classifiant en cinq catégories. Ces éléments peuvent exercer une **influence positive** ou **négative** sur l'adhésion, qui, en plus d'être **multifactorielle**, se révèle également **dynamique**, susceptible d'évoluer au fil du temps. On y trouve les éléments **démographiques et socio-économiques**, les paramètres associés au **système de soins et à l'équipe médicale**, les aspects liés à la **pathologie**, les facteurs inhérents au **traitement**, ainsi que ceux relatifs au **patient** (70). De surcroît, des chercheurs ont réussi à identifier pas moins de **700 facteurs** impliqués dans l'observance (79). Certains de ces facteurs sont illustrés dans le tableau ci-dessous :

Facteurs défavorisant l'adhésion	Facteurs favorisant l'adhésion
<ul style="list-style-type: none"> ○ Manque de soutien familial ○ Absence ou insuffisance de couverture médicale ○ Stigma d'une maladie à l'école, au travail, entre la famille et les amis ○ Manque de soutien social ○ Statut socioéconomique inférieur ○ Personne très âgés (plus de 85 ans) ○ Logement instable ○ Absence de compréhension de la maladie et du traitement ○ Utilisation de pharmacies multiples ○ Caractère asymptomatique de la maladie ou absence de symptômes ○ Disparition des symptômes, se sentir guéri ○ Polymédication ○ Inconvénients associés à l'administration de certains médicaments ○ Mauvais goût du médicament ○ Grande taille de comprimé, problèmes de déglutition des comprimés 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cohésion familiale ○ Avoir une bonne assurance maladie ○ Bonne adaptation sociale ○ Inclure d'autres personnes importantes dans l'alliance thérapeutique ○ Comprendre la nécessité d'une stricte adhésion ○ Confiance en l'autonomie pour maintenir l'état de santé ○ Croyance dans l'auto-efficacité de la prise de médicaments ○ Bon accès au médicament et aux services de santé ○ Offrir suffisamment de temps au patient, en laissant de la place pour parler de problèmes concernant les médicaments ou les effets secondaires ○ Encourager l'autogestion ○ Perceptions de la sévérité de la maladie ○ Moins de médicaments prescrits ○ Schéma simple ○ Plan de traitement bien structuré

Tableau 8- Facteurs influençant l'adhésion thérapeutique (63)

Certains facteurs ne sont pas aisément modifiables, surtout lorsqu'ils relèvent des **politiques de santé publique, économique et environnementale**. Cependant, le **pharmacien** peut intervenir sur des facteurs directement liés à ses compétences (exemples de facteurs en gras dans le tableau), et cette action est d'autant plus efficace lorsqu'elle est **coordonnée** avec d'autres professionnels de santé, notamment le médecin traitant.

L'adhésion thérapeutique ne résulte pas toujours d'une **intention délibérée** ; elle peut également être **non intentionnelle**, comme l'illustre le schéma présent ci-dessous. Ce défaut d'adhésion dit non intentionnelle peut être attribuable, par exemple, à des problèmes d'oubli ou à un manque de connaissance sur la maladie et son traitement, ce type d'adhésion sera alors assez sensible aux interventions éducatives et informatives. En revanche, l'adhésion dit intentionnelle fait appel aux **croyanances** et à la perception de la maladie et/ou du traitement. Les interventions éducatives doivent donc considérer le patient dans sa **globalité**, en prenant en compte son **vécu** et ses **expériences**, afin de créer une véritable **alliance thérapeutique** (64).

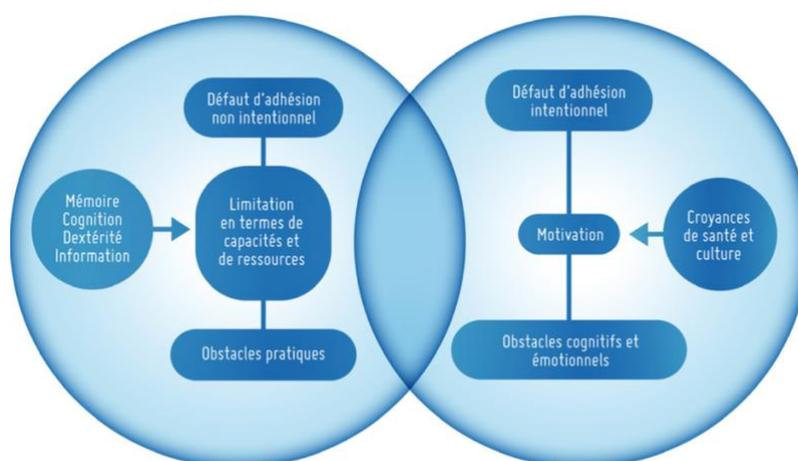


Figure 3 - Défaut d'adhésion intentionnelle et non intentionnelle, Horne et al 2006 (64)

Le pharmacien d'officine peut légitimement interroger l'adhésion thérapeutique en se basant sur son expertise dans le domaine des médicaments. De plus, il garde un **suivi attentif** de la **délivrance régulière** du traitement au patient, ce qui lui permet de vérifier que celui-ci se présente effectivement pour récupérer son traitement, facilitant ainsi la **détection** d'éventuels problèmes d'adhésion.

Cependant, c'est en engageant un **dialogue** avec les patients qu'il pourra mettre en lumière certains de ces facteurs, qu'ils soient intentionnels ou non, afin de travailler sur ces facteurs en collaboration avec le patient. En effet, il ne suffit pas de conclure hâtivement que "ce patient n'est pas observant, donc il ne veut pas se soigner", car la compréhension même du traitement est certes cruciale, mais elle ne représente pas l'ensemble des éléments de l'adhésion thérapeutique.

4. Utiliser la théorie socio-cognitive pour questionner l'adhésion

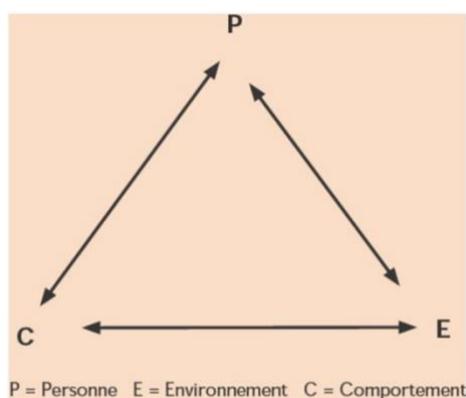


Figure 4 - La causalité triadique, Albert Bandura (41)

La **théorie socio-cognitive** conçue par **Albert Bandura**, célèbre psychologue Canadien, vu le jour en dans les **années 70** sous le nom théorie de l'apprentissage sociale pour ensuite être renommé théorie socio-cognitive en **1986** dans son œuvre intitulé « Social Foundations of Thought and Action ». Cette théorie repose sur le principe que les individus « *sont considérés comme des agents auto-organiseurs, proactifs, auto-réfléchis et autorégulés, constamment en train de négocier leurs actions, leurs affects et leurs projets avec les différentes facettes de leurs environnements.* » (80). Autrement dit **l'individu** (croyances, valeurs), le **comportement**

(action, choix) et **l'environnement** (social, organisationnel) interfèrent de façon dynamique, c'est ce qu'il nomma la **causalité triadique** (81).

Dans ce modèle c'est donc le **sentiment d'auto-efficacité** qui prédomine ou sentiment **d'efficacité personnelle**, ainsi pour **Bandura** (80) « *les systèmes sociaux qui entretiennent les compétences de gens, leur fournissent des ressources utiles, et laissent beaucoup de place à leur auto-direction, leur donnent plus de chances pour qu'ils concrétisent ce qu'ils veulent eux-mêmes devenir.* »

En s'appuyant sur cette théorie, le pharmacien pourra mieux structurer son approche, en abordant des éléments clés de l'adhésion thérapeutique afin d'accompagner le patient dans une gestion plus autonome de son traitement. **Marie Paule Schneider et coll** (82) ont développé une adaptation de cette théorie à partir des travaux de **Salla Munro et coll** (83) mettant en avant différents éléments du questionnement de l'adhésion thérapeutique au travers de la théorie socio-cognitive tel que nous le montre la figure ci-contre.

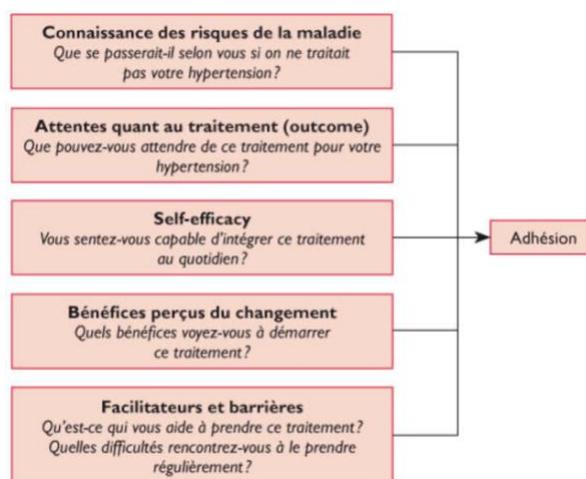


Figure 5 - Adaptation de la théorie socio-cognitive (42)

- **La connaissance des risques de la maladie** passera par l'information dont le patient sent qu'il a besoin afin de mesurer les risques. Le besoin d'information variera suivant les patients et l'attitude thérapeutique que doit adopter le soignant variera également suivant les patients.
- **Les attentes du traitement** du patient et celles du soignant diffèrent très souvent. En effet les patients s'appuient sur leur vécu et celui de leurs proches par rapport au traitement et à leur maladie mais aussi à leurs ressentis alors que les soignants s'appuient eux, sur des

besoins plus scientifiques et plus réfléchis. (84) Ces deux aspects, l'un basé sur l'émotionnel et l'autre sur le cognitif devront cohabiter afin d'engager le patient dans un processus d'adhésion.

- **Le sentiment d'auto-efficacité** joue un rôle majeur dans la gestion autonome du traitement par le patient. En effet ce concept développé par **Bandura** décrit l'évaluation que l'individu se fait de ces capacités. Ce sentiment influencé par différents éléments (81) tel que l'expérience vécue de maîtrise (les échecs ou les succès, ...), les expériences vicariantes (comparaison avec autrui), la persuasion verbale par autrui (personne crédible aux yeux de la personne) et l'état psychologique (les émotions).
- **Les bénéfices perçus** seront primordiaux pour déterminer le niveau d'adhésion du patient et son évolution au cours du temps.
- **Les facilitateurs et les barrières** que peuvent ressentir les patients vont déterminer leur comportement face à la prise du traitement. D'après une étude réalisée par **Horne et Weinman** publiée en **1999**, repérer et mettre en avant les éléments facilitateurs par rapport aux éléments barrières permet aux barrières de perdre en partie en intensité et l'adhésion serait donc meilleure (85). Un questionnaire composé de différentes questions portant sur les représentations a d'ailleurs été conçu par **Horne et coll** en **1999** (86) : **Le Belief Medical Questionnaire** ou BMQ (*voir annexe n°2*). Ce questionnaire a été ensuite adapté plus récemment par **Marie Paule Schneider et coll** (82). Ce questionnaire peut donc être bénéfique dans le cadre d'une action éducative portant sur l'adhésion thérapeutique.

La **coordination** est un élément clé de l'adhésion thérapeutique, pour ce faire voici un exemple : en cas d'incapacité par le patient à avaler certains comprimés le pharmacien pourra proposer d'autres formes galéniques et si le médicament en question ne possède pas de galénique adapté au patient, un changement de molécule devra donc être proposé par le pharmacien en coordination avec le médecin.

La question de l'adhésion ne concerne pas que la prise ou non de traitement, effectivement la situation associée à la prise du traitement y est pour beaucoup. Le patient peut ne pas savoir comment s'y prendre par exemple pour un voyage, quand il y a un repas de fête avec de l'alcool, s'il est malade et qu'il vomit, etc... Autant de situations qui peuvent être abordées avec le pharmacien lors d'une action éducative. Il semble également important d'aborder la question de l'adhésion précocement dans la prise en charge du patient.

En conclusion, le pharmacien d'officine possède toute sa place pour questionner l'adhésion thérapeutique et ce dès l'initiation d'un traitement notamment grâce à son expertise dans le médicament mais aussi grâce au lien de confiance qui se crée avec les patients qui fréquentent son officine. Il pourra ainsi s'assurer de la délivrance régulière du traitement des patients et réinterroger si nécessaire le patient sur ces difficultés ou ces facilités à prendre le traitement.

IV. L'action éducative en plusieurs étapes

1. Première étape : Le besoin éducatif

L'objectif principal ici consiste à répondre **aux besoins du patient**. Il est important de souligner que cette première étape n'a pas pour but de ressembler à un bilan éducatif partagé, qui est souvent une procédure plus longue et généralement menée par des professionnels de la santé qui ne sont pas familiers avec les antécédents des patients. Contrairement à cela, le pharmacien possède une **connaissance approfondie** des patients qui fréquentent son officine, comme le confirme l'enquête précédemment réalisée dans le cadre de mon mémoire.

Ainsi, cette première étape sera relativement brève, et pourra se dérouler lors d'un **renouvellement d'ordonnance** ou en réponse à d'autres demandes du patient, que ce soit au comptoir ou dans un espace confidentiel si cela s'avère nécessaire. Pour ce faire, avant de pouvoir proposer un atelier au patient il faut que le pharmacien explore et comprenne ce qui peut influencer sur le comportement des patients.

1.1. Comprendre

1.1.1. Les conceptions et représentations

Chaque individu détient ses **propres représentations** ou conceptions, que l'on qualifie également de croyances. Cette notion de représentation est **complexe**, se situant à la croisée de diverses disciplines telles que les sciences de l'éducation, la psychologie, la sociologie, et bien d'autres. Selon **G.Malgaive et coll (1994)** (87), les représentations sont définies comme « *un modèle personnel d'organisation des connaissances par rapport à un problème particulier* ». D'après ces chercheurs, les représentations possèdent à la fois un **caractère universel**, partagé avec d'autres individus, et un **caractère intime**. Elle se structurent en un **noyau central**, autour duquel gravitent des éléments périphériques. Ce noyau central confère un sens aux autres représentations en les classant et en les organisant (87). On pourrait analogiquement comparer ce système à une **carte mentale**. Pour illustrer, prenons l'exemple des statines (cela peut également être fait avec une pathologie) : un individu peut avoir élaboré une carte mentale de représentations liées à ce médicament telle que représentée sur le schéma ci-dessous (exemple provenant de déclarations de patients entendus à l'officine) :

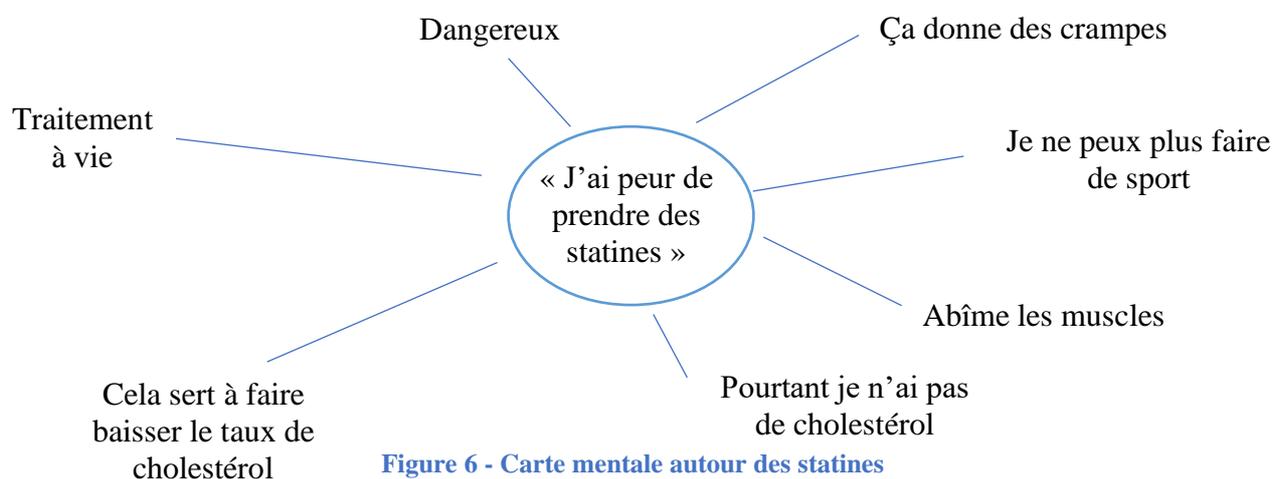


Figure 6 - Carte mentale autour des statines

Les **éléments périphériques**, dictés par le noyau central, remplissent diverses fonctions, notamment une fonction d'adaptation qui permet aux représentations de s'ajuster en fonction du contexte, ainsi qu'une fonction de défense visant à préserver l'intégrité du noyau central. La déconstruction de ce noyau, qui résiste aux changements, s'avère donc une tâche complexe. Néanmoins, les éléments périphériques sont plus accessibles, plus malléables, et plus enclins à accepter des ajustements, facilitant ainsi la **transformation de la représentation**.

Selon **G. Malglaive et coll** (87), il existe plusieurs approches pour explorer cette carte mentale, notamment le recours au dessin, à la gestuelle sous forme de manipulation, permettant à l'individu de traduire son système de pensée en actions concrètes.

En fin de compte, il est essentiel d'investiguer les représentations d'un individu ainsi que ses connaissances avant de tenter de lui en inculquer de nouvelles. Comme le souligne **P. Meirieu (1995)** (87), *"tout apprenant développe une résistance à l'éducation, car l'introduction de nouveaux savoirs remet en question ses connaissances préexistantes. Il est donc nécessaire de consacrer davantage de temps à comprendre ce que sait l'apprenant et comment il a élaboré ses connaissances, avant d'envisager de lui transmettre de nouvelles informations."*

Le pharmacien peut opter pour l'exploration des croyances et des connaissances du patient en le guidant dans l'élaboration d'une carte mentale. Ensuite, le pharmacien pourra échanger avec le patient afin d'appréhender les mots écrits par celui-ci au travers de cette carte mentale.

1.1.2. Les émotions

L'émotion va bien au-delà d'être simplement un phénomène intangible ; en réalité, c'est un **phénomène complexe aux multiples dimensions** servant à communiquer un message. Elle implique notamment une activité neuronale, des réactions physiologiques telles qu'une accélération du rythme cardiaque, des sensations corporelles, des expressions faciales, des changements de posture, etc. Selon **Klauss Scherer** (88), l'émotion peut être décomposée en **cinq dimensions** : la première est liée aux **pensées** suscitées par la situation qui provoque l'émotion, la deuxième concerne les **réactions biologiques** telles que l'augmentation de la pression artérielle, la troisième est une **impulsion ou un désir** dépendant du contexte environnemental, la quatrième se réfère aux **changements dans les expressions** et le **comportement**, et enfin la cinquième concerne le **ressenti émotionnel**.

Pourtant, l'émotion ne se limite pas à être informative ; elle est également un indicateur du **niveau de satisfaction des besoins**, et l'insatisfaction peut générer un ensemble d'émotions visant à stimuler la satisfaction de ces besoins, comme l'anxiété ou la colère. Si les besoins primaires tels que manger ou boire sont facilement identifiables et peuvent être objectivement satisfaits, il est beaucoup plus **difficile d'objectiver la satisfaction des besoins psychologiques** tels que l'estime de soi ou les relations interpersonnelles, car cela dépend des **individus et des contextes**.

Selon **Maslow** (88), l'homme atteint son plein développement psychologique en satisfaisant ses besoins à différents niveaux, hiérarchisés dans sa **pyramide des besoins**.

D'après **Carver et Scheier** (88), les émotions font partie d'un système orienté vers des **objectifs qui régule les actions d'un individu en fonction de ses buts**, ce qui correspond à la théorie de **l'autorégulation**. Ainsi, l'activation d'émotions positives ou négatives est liée à la proximité ou à l'éloignement de ces buts.

Conformément aux travaux de **Paul Ekman** (89), les expressions faciales émotionnelles sont **innées et universelles, compréhensibles** de la même manière dans toutes les cultures et environnements.

Comprendre ce qu'est une émotion est important car elle incite à adopter une **attitude d'écoute**. Lorsque le patient exprime une émotion, il est essentiel que le pharmacien soit capable d'écouter et de comprendre le message transmis par cette émotion. La meilleure attitude à adopter est celle **orientée vers la compréhension**, impliquant une **écoute active**, comprenant des questions ouvertes, des reformulations, l'utilisation du silence, le fait de focaliser et de préciser, ainsi que la reformulation positive.

1.1.3. Comprendre comment le patient se comporte et s'adapte face à sa maladie

Diverses théories fournissent aux pharmaciens des cadres conceptuels pour mieux comprendre la manière dont les patients réagissent à leur maladie ou à différentes situations. Par exemple, la théorie du « **locus de contrôle** », développée par **Rotter** (90), est couramment utilisée quand il s'agit de maladie chronique. Elle permet de comprendre si le patient adopte généralement une **perspective interne ou externe** vis-à-vis de sa maladie. En d'autres termes, le patient peut estimer que les événements qui influent sur sa santé sont le résultat de **ses propres actions (locus interne)**, ou bien il peut attribuer ces événements à des **facteurs externes sur lesquels il n'a pas de contrôle**, comme la chance (**locus externe**).

L'approche transactionnelle de Lazarus et Folkman (1984) (91) est également pertinente dans ce contexte. Dans cette approche, ils y ont décrit le concept de **régulation du stress et des stratégies d'adaptation ou coping**. Selon cette théorie, les individus évaluent les exigences de leur environnement par rapport à leurs propres ressources et compétences. Lorsque les exigences perçues excèdent leurs capacités, cela peut entraîner du stress. Les stratégies d'adaptation visent alors à **modifier le problème à l'origine du stress** et à **réguler les réponses émotionnelles associées**.

Il existe **deux approches distinctes** en matière de stratégies d'adaptation, chacune caractérisant une réaction différente : **le coping centré sur le problème** et **le coping centré sur les émotions**. Le **coping centré sur le problème** vise à **résoudre activement le problème** en cherchant des informations, en élaborant des plans d'action ou en faisant face à la situation de manière à la modifier. Par exemple, cela peut inclure la négociation d'un délai supplémentaire pour le paiement des factures. En revanche, **le coping centré sur les émotions** se concentre sur **la gestion des réponses émotionnelles suscitées par la situation**. Cette

approche peut prendre différentes formes, telles que l'engagement dans des activités distractives (sport, lecture, regarder la télévision), la consommation de substances (alcool, tabac), ou des mécanismes de défense psychologique comme l'auto-accusation ou la minimisation de la gravité de la situation. Il est important de noter que ces deux stratégies d'adaptation peuvent être utilisées par un individu face à une **même situation**.

Prenons l'exemple d'un patient diabétique recevant un résultat d'hémoglobine glyquée trop élevé. Initialement, le patient peut ressentir de la frustration et de l'inquiétude, ce qui reflète une réaction centrée sur l'émotion. Cependant, plutôt que de se sentir simplement submergé par la situation, il peut choisir d'adopter une approche centrée sur le problème. Il peut alors entreprendre des démarches pour identifier les causes possibles de cette augmentation, que ce soit en sollicitant l'aide d'un professionnel de santé ou en menant ses propres recherches. Cela va se traduire par exemple par des ajustements alimentaires, la pratique d'une activité physique, ou des modifications de son traitement médicamenteux. En se concentrant sur la résolution du problème, le patient peut mieux contrôler sa glycémie et améliorer sa santé à long terme.

En saisissant ces concepts théoriques, les pharmaciens pourraient être en mesure de mieux appréhender les patients et d'identifier les raisons qui peuvent les pousser à ne pas suivre strictement les instructions fournies par les professionnels de santé.

1.2. Dimensions de l'ETP

L'ETP peut être appréhendée sous diverses dimensions, chacune d'entre elles devant être prise en considération pour comprendre les facteurs qui influencent les comportements d'une personne en matière de santé. C'est précisément ce qu'**A.Giordan et coll (92,93)** ont accompli en élaborant le **modèle allostérique**. Ce modèle propose une approche qui consiste à travailler en **collaboration avec le patient**, en s'adaptant à ses pensées, à ses préoccupations concernant sa maladie, ainsi qu'à ses modes d'apprentissage pour favoriser la **transformation de ses conceptions** (94).

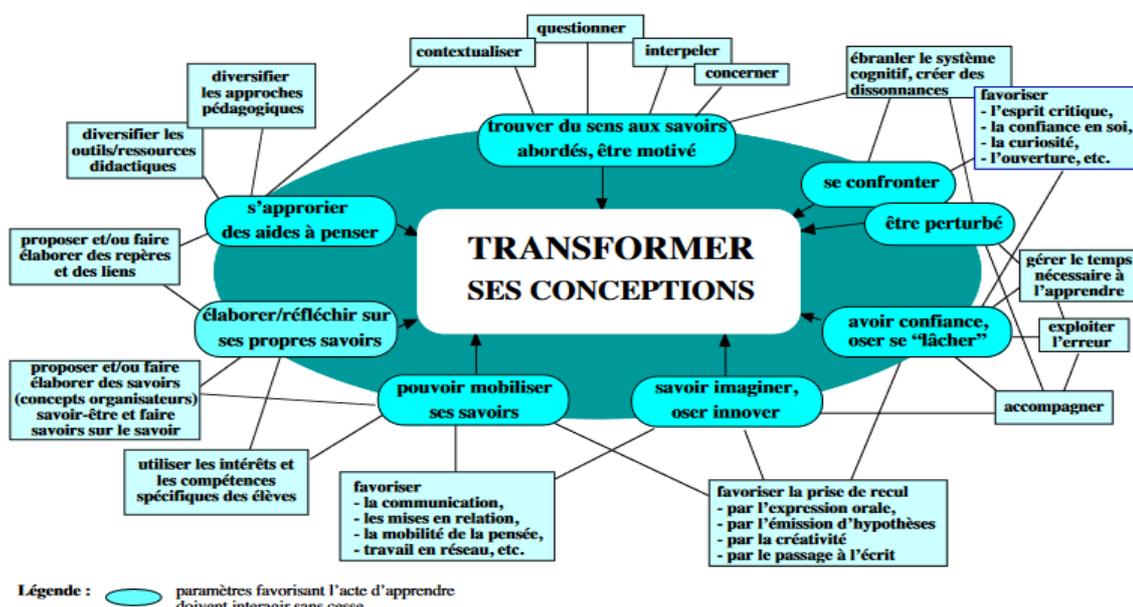


Figure 7 - Environnement didactique favorisant l'acte d'apprendre Giordan - Pellaud (2002) (92)

Ces différentes dimensions ne sont pas à prendre en compte de manière chronologique mais bien au contraire de façon plus **interactive**. Cela nécessite de gérer en parallèle les problèmes de l'acceptation de la maladie et des croyances en santé (**Rosenstock 1988**) (93).

En **2008**, ce modèle a été retravaillé par **A. Golay, G. Lager et A. Giordan** (95), en adaptant ce modèle en **4 dimensions** afin de diminuer la résistance au changement des patients obèses.

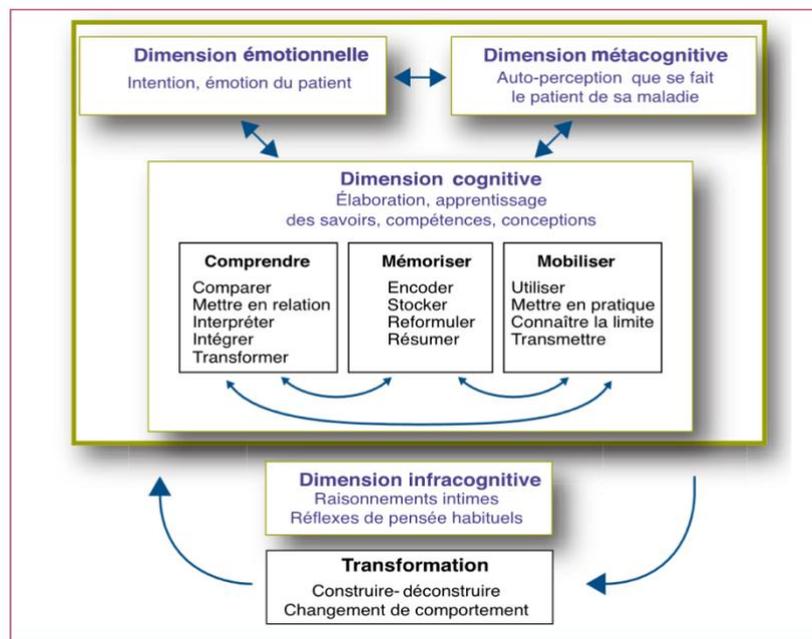


Figure 8 - L'éducation thérapeutique en quatre dimensions (50)

Ce schéma met en lumière le fait que le cognitif n'est pas le seul élément en jeu. Bien que l'apprentissage et les connaissances soient indéniablement essentiels, ils ne sont pas les seuls facteurs influençant un changement de comportement. En réalité, chaque dimension joue un rôle crucial :

- **La dimension émotionnelle** englobe les intentions du patient, son intérêt, son plaisir, et son degré d'implication envers un éventuel changement de comportement. Elle concerne également la confiance qu'il a en lui-même et en son traitement.
- **La dimension méta-cognitive** concerne les croyances du patient concernant sa maladie, son traitement, ainsi que l'impact de ces éléments sur sa qualité de vie. Il s'agit essentiellement de l'auto-évaluation du patient. Par exemple, dans le contexte de la perte de poids, il est important que le patient puisse faire le lien entre des facteurs déclencheurs et des épisodes de consommation alimentaire compulsive. Cette dimension est cruciale pour permettre au patient de se fixer des objectifs réalistes.
- **La dimension infra-cognitive** est souvent négligée par les professionnels de la santé. Elle englobe les pensées intimes du patient ainsi que sa réflexion interne, qui peut inclure des pensées négatives, un manque d'estime de soi ou de confiance en soi. Bien que difficile à aborder, cette dimension est nécessaire pour une compréhension complète du patient.

- Enfin, la **dimension cognitive** concerne les connaissances et les compétences que le patient possède. Il est particulièrement important de travailler sur les croyances du patient dans cette dimension, car elles peuvent influencer négativement ses connaissances et réduire sa motivation. L'apprentissage implique donc l'identification de ces croyances et de ces connaissances, tout en intégrant les autres dimensions.

Les auteurs suggèrent ainsi de **combiner l'éducation thérapeutique avec le modèle allostérique**, en mettant en jeu les quatre dimensions précédemment mentionnées. L'objectif de cette combinaison est de stimuler le patient à s'engager activement dans sa propre démarche de guérison, plutôt que de l'encourager passivement à se faire soigner (95).

Il serait donc pertinent que les pharmaciens réalisent des interventions éducatives en prenant en considération l'ensemble de ces dimensions lors de l'évaluation des besoins des patients, afin de mieux comprendre chaque individu qu'ils accompagnent.

1.3. Les modèles explicatifs des comportements de santé

Les modèles explicatifs des comportements liés à la santé se révèlent être des outils précieux pour comprendre de manière **globale le patient**. La plupart de ces modèles sont issus du domaine de la psychologie de la santé.

1.3.1. Comportements et modèles de quoi parle-t-on ?

Ces modèles ont principalement été développés pour **identifier et expliquer** l'origine des comportements en matière de santé. Ces comportements sont influencés par divers facteurs tels que les **croyances en matière de santé**, la **perception de la gravité et de la vulnérabilité**, le **sentiment d'auto-efficacité**, la **perception des bénéfices d'un traitement**, et bien d'autres. Ils offrent ainsi un cadre conceptuel intéressant pour les pharmaciens, qui peuvent ainsi concevoir des interventions adaptées à leur patient afin d'encourager des changements dans les comportements liés à leur santé. En dépit de leurs limites, ces théories permettent de **simplifier la complexité de la réalité** et de susciter une réflexion sur les intentions des patients et les pratiques des professionnels de la santé (96).

Parmi ces modèles, plusieurs sont pertinents dans le contexte de l'ETP, notamment le **modèle des croyances en santé et la théorie socio-cognitive** comme vu dans la partie sur l'adhésion thérapeutique. L'objectif est que les pharmaciens puissent s'approprier certains de ces différents modèles pour poser des questions pertinentes aux patients lors de cette première étape.

1.3.2. Identifier les représentations des patients à partir du modèle des croyances en santé

Comme évoqué précédemment, en particulier dans le contexte des dimensions de l'ETP, il est essentiel de reconnaître l'importance des **représentations** dans la compréhension des comportements des patients. Les conceptions qu'ils ont de leur maladie et de leur santé peuvent considérablement influencer leur adhésion au traitement et leur engagement dans l'ETP.

Il est à noter que les besoins en matière d'ETP varient d'un individu à l'autre, car ils sont façonnés par leurs expériences personnelles et leur vécu, ce qui les rend profondément **individuels** (97). Dans ce contexte, le pharmacien peut tirer parti du modèle des croyances en matière de santé, qui lui permettra de mieux appréhender les comportements du patient à l'égard de sa maladie et de son traitement.

1.3.2.1. Health Belief Model : Définition

Le modèle des croyances en santé, également connu sous le nom de **Health Belief Model**, a vu le jour dans les années **1950** sous la direction de **Rosenstock et coll.** À ses débuts, il était principalement utilisé pour analyser la réticence des individus à participer à des campagnes de prévention et à des programmes de dépistage. Ce n'est que plus tard, en **1975**, que **Becker** a élargi son application pour mieux comprendre les comportements liés à la santé (98,99).

L'originalité de ce modèle réside dans son approche, qui diffère des schémas biomédicaux traditionnels axés sur la maladie elle-même. Ici, les comportements en matière de santé sont interprétés à travers les **croyances et les représentations individuelles** (99).

1.3.2.2. Postulats

Ce modèle repose sur le principe fondamental qu'un individu adoptera des **comportements préventifs ou favorables à sa santé** que si, il est doté des éléments nécessaires pour comprendre sa situation et que si il accorde une importance cruciale à son bien-être (100).

Selon ce modèle, la probabilité qu'un individu adopte ces comportements est influencée par quatre types de perceptions distincts (99,100) :

- **La vulnérabilité perçue** : être persuadé ou non d'être atteint par une maladie ;
- **La gravité perçue** : penser que la maladie peut être grave ;
- **Les bénéfices perçus** : penser que suivre son traitement par exemple peut lui être bénéfique ;
- **Les coûts et les obstacles perçus** : penser que les avantages que procurent le traitement contrebalancent les effets secondaires du traitement.

Toutes ces perceptions jouent un rôle déterminant dans les décisions et les comportements du patient à l'égard de son traitement et de sa condition médicale.

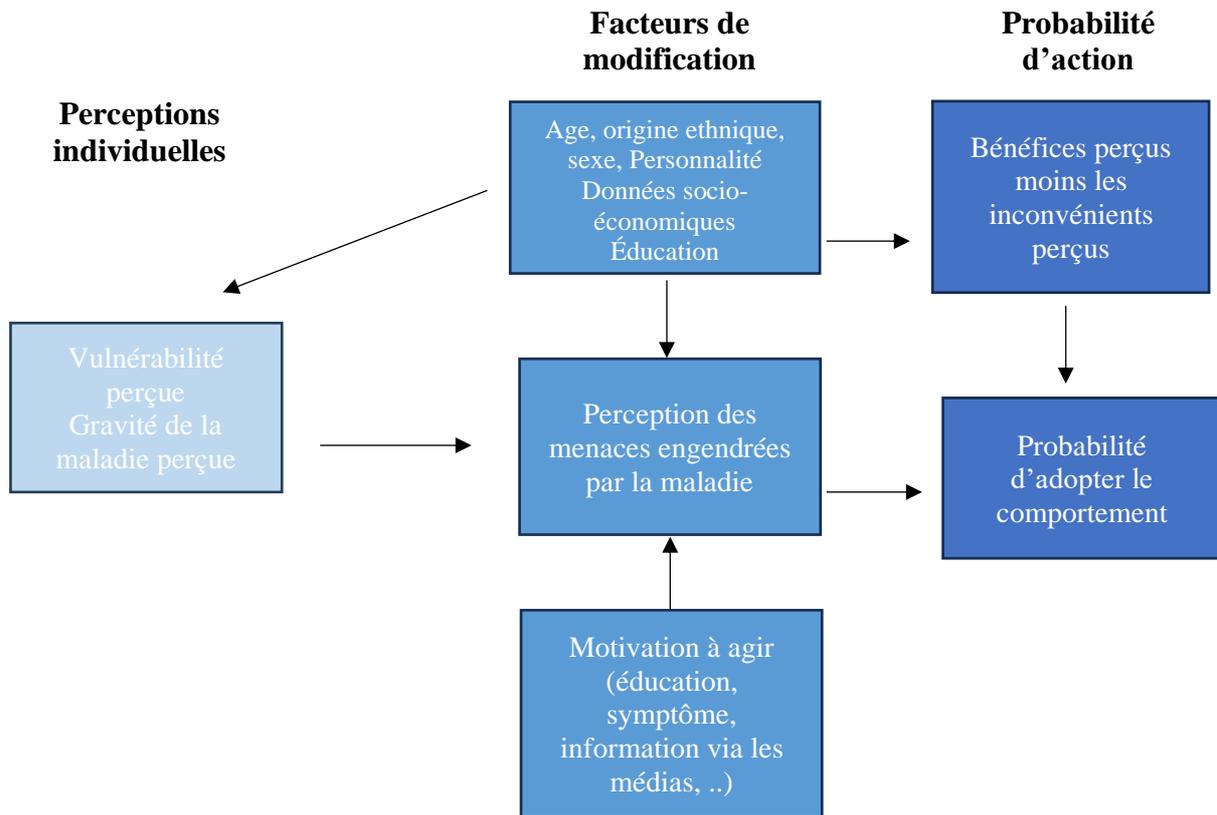


Figure 9 - Modèle des croyances en Santé (Rosentock) (78)

1.3.2.3. Application

En partant de ce modèle, il est impératif que le pharmacien explore avec le patient ces **quatre perceptions fondamentales** (87,100,99) :

- **Sa maladie** : « Que représente pour vous cette maladie ? » ;
- **Conséquences de cette maladie** : « Quelles conséquences pensez-vous que la maladie puisse avoir sur votre qualité de vie et votre santé future ? » ;
- **Bénéfices du traitement ou d'habitude de vie** : « Quels avantages auriez-vous à suivre régulièrement votre traitement et quels inconvénients y verriez-vous ? / Quels avantages auriez-vous à arrêter de fumer et quels inconvénients y verriez-vous ? »
- **Bénéfice par rapport aux contraintes** (exemple : bénéfice du traitement par rapport aux effets secondaires) : « Comment évaluez-vous votre capacité à suivre le traitement régulièrement ? »

Il convient de noter que cette approche doit être adaptée en fonction des besoins spécifiques du pharmacien et du patient. L'essentiel réside dans la compréhension que les comportements sont influencés par de **multiples facteurs déterminants**, et ces facteurs peuvent dicter **l'orientation de l'action éducative**. Il est donc impératif d'en tenir compte de manière attentive et réfléchie.

En résumé de cette première partie, il est essentiel de souligner que le pharmacien dispose de nombreux outils pour appréhender les besoins éducatifs des patients. Toutes les méthodes et outils évoqués ne doivent pas nécessairement être appliqués de manière systématique. En effet, leur utilisation dépendra largement de la nature de la relation, des caractéristiques individuelles de la personne, de sa facilité à s'exprimer, etc. Toutefois, il demeure crucial de s'engager dans une **démarche d'écoute et de compréhension**.

2. Deuxième étape : Définition d'un projet éducatif en collaboration

Les **objectifs éducatifs** se trouvent au carrefour **des attentes du patient, de celui du soignant et des recommandations de la science**. Les objectifs du projet éducatif prendront ainsi forme grâce à une étroite collaboration entre le pharmacien et le patient.

2.1. *Acceptation de la maladie : Le modèle du deuil*

Le patient est confronté à une **situation de "deuil" de sa vie antérieure sans maladie**, il doit alors trouver un nouvel équilibre face aux nouvelles contraintes qui s'imposent à lui (23).

C'est pourquoi le modèle de la courbe du deuil, formulé par la psychologue et psychiatre **Elisabeth Kubler Ross** en **1976** (101), a été intégré par les praticiens dans la prise en charge des maladies chroniques. À l'origine, ce modèle comprend **6 phases**, mais il peut être étendu à un nombre supérieur de phases, comme illustré dans le schéma ci-dessous (102), décrivant les diverses phases émotionnelles que le patient peut traverser.

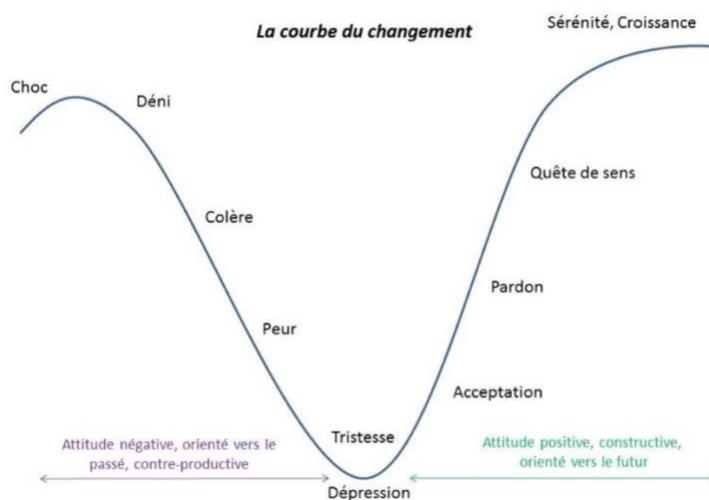


Figure 10 - Courbe du deuil selon Elisabeth Kubler Ross (82)

Il est important de souligner que ce processus n'est **pas linéaire**, chaque patient ne passant pas nécessairement par toutes les phases, et il n'est **pas définitif**. Des **régressions** peuvent se produire en fonction de l'évolution de la maladie et des circonstances de vie. Cependant, cette courbe offre au professionnel de santé la possibilité d'adapter leur intervention éducative en fonction du stade spécifique où se trouve le patient (103).

2.2. Définir des objectifs atteignables et les transformer en plan d'action

Afin d'établir des **objectifs réalisables**, une collaboration étroite entre le pharmacien et le patient s'avère nécessaire. Cette collaboration implique la recherche de points d'accord sur divers éléments, en particulier en ce qui concerne les besoins exprimés par le patient. Une approche pratique pour le pharmacien pourrait consister à utiliser la technique de communication visant à "**cibler un but**" (104), comme illustré dans la figure ci-dessous :

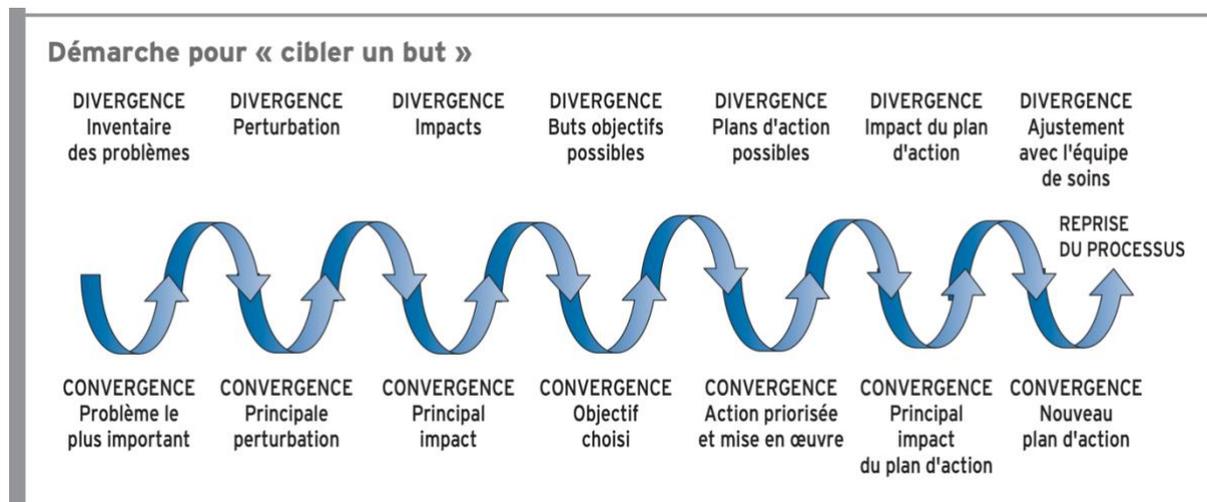


Figure 11 - Démarche pour "cibler un but" (58)

Cette méthode simple implique de comprendre comment les problématiques soulevées lors des besoins affectent la vie du patient et dans quel contexte. Elle repose sur la **technique de divergence**, suivie de la **convergence** vers un **élément prioritaire** via des questions et sous questions.

La première phase, axée sur l'identification des besoins, sera facilitée par la reformulation, permettant une compréhension approfondie des besoins du patient et conduisant à la convergence vers un ou plusieurs objectifs.

Divergence	Convergence
<p>7. Quels objectifs ou buts la personne et les proches veulent-ils atteindre en solutionnant ce problème ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • But visé : faire l'inventaire des objectifs dans les différents sous-systèmes. 	<p>8. Quel est l'objectif ou but à mettre en œuvre ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parmi les objectifs possibles, lequel semble le plus susceptible d'être atteint en résolvant la situation ? <p>ATTENTION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre en compte les savoirs de la personne, des proches et des professionnels pour aboutir à une décision commune et éclairée. • Guider la réflexion de la personne et des proches dans le choix des objectifs qui, de leur point de vue, sont les plus prometteurs, réalistes, et pour lesquels ils sont prêts à s'engager.

Figure 12 - Démarche pour « cibler un but » : Exemples de questions et de sous-questions pour la mise en place d'objectifs (58)

Enfin, la définition des objectifs simplifiera l'élaboration d'un **plan d'action** en collaboration avec le patient, en recourant à des questions simples, telles qu'illustrées dans le tableau ci-dessous :

<p>9. Quels seraient les éléments d'un plan d'actions possible à réaliser ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les options ? • Qu'est-ce qui vous aiderait ? Qui pourrait vous aider ? • Comment peut-on vous aider ? À quoi vous attendez-vous de la part de votre équipe de soins ? • Qui d'autre devrait participer à votre plan d'actions ? • Dans d'autres situations de votre vie, quelles stratégies ont déjà été satisfaisantes pour vous ? Quelles sont vos forces ? • Par quoi voudriez-vous commencer ? 	<p>10. Quel est l'élément du plan d'actions que vous voulez mettre en œuvre ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle est l'action précise que vous voulez faire pour régler le problème ? • Quoi ? Comment ? Pourquoi ? Où ? Avec qui ? Avec quoi ? Quand ? <p>ATTENTION</p> <ul style="list-style-type: none"> • À ce que la personne et ses proches peuvent faire en tenant compte de leurs expériences, de leurs connaissances de ce qui fait problème, de leurs motivations et de leurs compétences.
---	--

Figure 13 - Démarche pour "cibler un but" : Exemples de questions et de sous-questions pour la mise en place d'un plan d'action (58)

L'élaboration du plan d'action aboutira à la mise en place d'une ou plusieurs activités éducatives, visant à l'acquisition d'une ou de plusieurs compétences.

2.3. Les compétences

Effectivement, l'objectif fixé visera à acquérir une compétence. Selon le **dictionnaire Larousse** (105), cette compétence est définie comme une "*Capacité reconnue dans une matière particulière en raison des connaissances possédées, conférant le droit de juger de cette matière*". Ainsi, il s'agit de l'ensemble des savoirs, savoir-faire et savoir-être que le patient mobilise dans des situations spécifiques. Dans le domaine de l'éducation thérapeutique, la **HAS** (106), recommande deux catégories de compétences :

- Les **compétences d'auto-soins**, telles que définies par l'**OMS**, correspondent aux "*décisions prises par le patient dans le but de modifier l'impact de la maladie sur sa santé*".

<p>Les compétences d'auto-soins</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Soulager les symptômes. ▶ Prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, d'une automesure adapter des doses de médicaments, initier un autotraitement. ▶ Réaliser des gestes techniques et des soins. ▶ Mettre en œuvre des modifications à son mode de vie (équilibre diététique, activité physique, etc.). ▶ Prévenir des complications évitables. ▶ Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie. ▶ Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

Figure 14 - Les compétences d'auto-soins (HAS) (60)

- Les **compétences d'adaptation**, également définies par l'**OMS**, englobent les "*compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques, permettant aux individus de maîtriser leur existence, de la diriger et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement tout en étant en mesure de le modifier. Ces compétences font partie intégrante d'un ensemble plus vaste de compétences psychosociales*".

Les compétences d'adaptation

- ▶ Se connaître soi-même, avoir confiance en soi.
- ▶ Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress.
- ▶ Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique.
- ▶ Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles.
- ▶ Prendre des décisions et résoudre un problème.
- ▶ Se fixer des buts à atteindre et faire des choix.
- ▶ S'observer, s'évaluer et se renforcer.

Figure 15 - Les compétences d'adaptation (HAS) (60)

Il est à noter que parfois, l'acquisition de ces compétences repose également sur les proches du patient, désignés sous le terme d'aidant.

2.4. Place de l'aidant

D'un point de vue juridique, selon l'article L113-1-3 et R245-7 du Code de l'action sociale et des familles (107,108), un aidant est défini comme « *une personne entretenant des liens étroits et stables, apportant une aide régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne* ». On estime qu'en France, il y a environ **11 millions d'aidants**, soit une personne sur six (109). Ce nombre devrait continuer d'augmenter en raison de l'augmentation des maladies chroniques en France.

Les aidants jouent un **rôle majeur** dans la vie des personnes atteintes de maladies chroniques en fournissant un soutien affectif essentiel. Concrètement, ils participent à l'accompagnement des activités quotidiennes du patient en acquérant des connaissances sur sa maladie et ses habitudes de vie, les positionnant ainsi comme des **acteurs clés** d'un processus éducatif (110). Leur implication **renforce la continuité des compétences acquises** et des **objectifs fixés** lors des temps éducatifs, renforçant ainsi l'autonomie du patient.

Du fait de leur proximité avec le quotidien du patient, les aidants sont capables d'adapter les connaissances acquises à la réalité du milieu de vie du patient, favorisant une meilleure intégration des acquis dans son mode de vie habituel.

Les connaissances des aidants sont légitimes et complémentaires à celles du patient et des professionnels de la santé. Leurs savoirs et savoir-faire représentent un soutien important dans l'accompagnement, car ils vivent la pathologie à travers le patient (110).

Des exemples concrets incluent la gestion du traitement, des rendez-vous, des courses alimentaires, des voyages, etc. Les situations d'urgence sont également des points sur lesquels les aidants peuvent participer, ou ressentir le besoin de savoir réagir. En effet, **53%** des aidants estiment être mal informés, exprimant ainsi le besoin d'une meilleure formation et information (109).

En résumé, la place de l'aidant en éducation thérapeutique est essentielle pour créer un environnement de soutien propice à l'apprentissage et à l'application des compétences nécessaires à la gestion de la santé. Impliquer activement les aidants dans ce processus peut renforcer l'efficacité des interventions éducatives et contribuer à des résultats positifs pour le patient.

3. Troisième étape : Mise en œuvre de l'action éducative

3.1. Mode d'apprentissage

Chaque individu a une manière unique d'apprendre, en effet certains possèdent une mémoire plutôt auditive, d'autres kinésique et d'autres visuelle. Cependant, selon le **cône d'apprentissage d'Edgar Dale** (111), l'implication pratique est cruciale pour un apprentissage optimal, dépassant la simple délivrance d'informations qui place le patient dans une position passive.

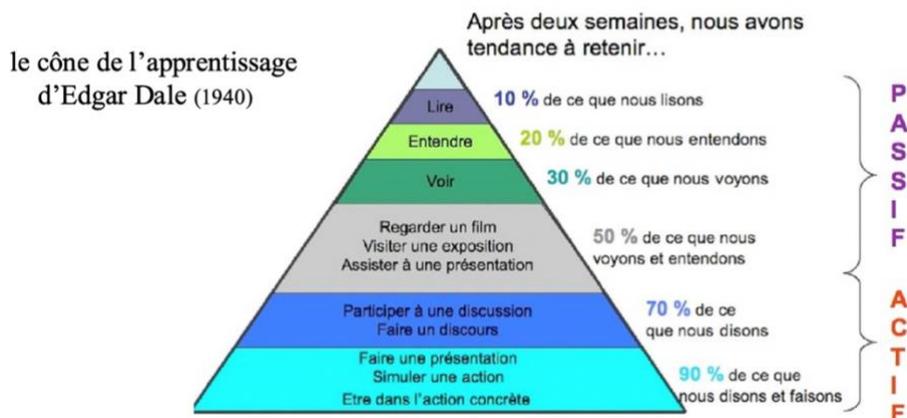


Figure 16 - Le cône de l'apprentissage d'Edgar Dale (65)

En ce qui concerne les modèles d'apprentissages, il en existe plusieurs, chacun avec ses spécificités et ses limites. Chaque patient étant différent, il n'y a pas qu'un modèle à utiliser. En effet il faudra jongler entre les modèles selon les patients et leurs différentes problématiques.

Le modèle transmissif (111,112) repose sur la transmission linéaire du savoir de « l'expert » au profane. Dans cette approche, l'expert considère qu'il détient le savoir et qu'il suffit de le transmettre au profane à travers des explications, des conseils, des argumentations et des illustrations, anticipant ainsi que le profane mémorisera l'ensemble. Ce modèle suppose que l'apprentissage se résume à un simple processus de communication. De plus, il est fréquent que l'expert réponde à des questions auxquelles le profane ne se serait pas posé lui-même.

Le modèle behavioriste (111,112) repose sur le conditionnement et la modification du comportement, impliquant une influence de l'environnement sur le comportement. Ce modèle identifie des situations positives et négatives. Pour les situations positives, une consolidation est mise en place pour renforcer le comportement, tandis que dans les situations négatives, des changements sont envisagés pour contourner l'obstacle. Ce modèle s'est avéré efficace dans l'apprentissage de gestes techniques, tels que l'injection d'insuline dans le cas du diabète. Cependant, ce modèle ne fait pas appel à la motivation et prend peu en compte les désirs, les croyances en matière de santé et les intentions du patient, ce qui limite l'acquisition et l'appropriation du savoir. De plus, il fragmente les apprentissages en différentes unités, alors que le processus d'apprentissage n'est pas linéaire. Cela peut entraîner une compréhension des étapes individuelles, tout en occultant une vision d'ensemble de ces unités d'apprentissages.

Le modèle allostérique (111,112) se fonde sur l'identification des obstacles et des ressources du patient à travers les cinq dimensions de l'ETP d'André Giordan, comme décrit précédemment. Le savoir et l'expérience du patient vis-à-vis de sa maladie jouent un rôle significatif, et il peut être parfois nécessaire de s'opposer à ces éléments tout en les intégrant dans le processus d'apprentissage.

Le modèle constructiviste (111,112), favorise la construction individuelle des connaissances à travers l'expérience. Cette construction des savoirs se réalise via des activités et des expressions, impliquant des défis et un travail sur les erreurs. Dans ce cadre, l'objectif est d'associer une nouvelle information à ce que le patient sait déjà, appelé assimilation, puis de modifier ces connaissances existantes en fonction des nouvelles informations, appelé accommodation. Toutefois, ce modèle présente des limites lorsque les connaissances entrent en conflit avec les conceptions du patient, nécessitant parfois une déconstruction préalable de ses idées préconçues. Le **socio-constructivisme** (113), issu de ce modèle, est considéré comme le plus adapté à l'ETP. Ce modèle repose également sur la construction des connaissances par l'expérience, mais met l'accent sur les échanges entre individus dans le processus d'apprentissage. En effet, le groupe peut faciliter le processus d'assimilation en confrontant des opinions différentes. De plus, ce modèle repose sur l'imitation, c'est-à-dire quand un individu reproduit ce qu'un autre individu dit ou fait, dans le cas où il se trouve dans des conditions similaires.

De plus en plus, les patients s'informent via les réseaux sociaux, profitant de l'accessibilité accrue à l'information médicale grâce à Internet. Cette tendance souligne l'importance du **connectivisme** (114), un modèle développé par **Siemens et Downes** dans les années **2000**. Le connectivisme met en avant une méthode d'apprentissage collaborative à travers des plateformes telles que les réseaux sociaux. Les patients, en se connectant à ces nœuds d'informations, renforcent leur propre compétence tout en enrichissant le réseau dans son ensemble. Cette approche reconnaît que la technologie et les réseaux numériques jouent un rôle crucial dans la construction et la diffusion des connaissances, nécessitant ainsi une adaptation constante **des méthodes d'apprentissage traditionnelles** aux nouvelles réalités de l'ère numérique.

3.2. Définir des outils

Les outils peuvent se révéler d'une grande utilité, en particulier pour susciter du plaisir, motiver, aider le patient à **mobiliser ses connaissances**, et à s'appuyer sur ses conceptions. Ils facilitent la création de liens, aide le patient trouver des aides à penser (schéma, illustration, métaphore), et soutiennent l'expression verbale en libérant les expériences vécues, qu'elles soient positives ou négatives, concernant sa maladie (115).

Selon l'objectif et la compétence visée, le choix de l'outil variera. Ainsi, pour favoriser l'expression, le vécu, et l'apprentissage de soi, relevant du savoir-être, des outils tels que le **photolangage** et les **cartes mentales** seront utilisés. En revanche, pour développer les connaissances, relevant du savoir, on privilégiera des **fiches**, des **vidéos**, des **présentations PowerPoint**. Enfin, pour favoriser le savoir-faire, des outils comme des **études de cas**, des **mises en pratique**, ou des **jeux de cartes** seront employés (115,116).

Donc pour que le pharmacien trouve des outils en fonction de l'activité qu'il souhaite mettre en place (savoir-être, savoir et savoir-faire), il pourra s'aider de différentes sources. On peut citer parmi celles-ci : le site de **l'IREPS Nouvelle-Aquitaine** (117) ainsi que ceux d'autres régions, le site de **l'IPCEM** (118), le **portail documentaire de l'IREPS et CREA-ORS d'Occitanie** (119), le site du **CRES PACA** (120) et le site du **CESPHARM** (121) (*voir annexe n°3 à 9*). Le pharmacien peut également créer ses propres outils ou retravailler des outils existants.

En conclusion, la création d'un **tableau synthétique** (*voir annexe n°10*), résumant l'activité à réaliser, le matériel nécessaire et la durée, permettra au pharmacien d'avoir une vision d'ensemble plus claire de ce qu'il souhaite mettre en pratique.

3.3. Travailler sur la motivation : L'entretien motivationnel

La **HAS** recommande l'utilisation de la technique de **l'entretien motivationnel** en ETP (8). En effet travailler sur la motivation au changement est très utile en ETP afin que le patient se sente pleinement impliqué dans sa démarche.

Le concept de **l'entretien motivationnel** créé par **Miller et Rollnick** (122) en **1991**, consiste en « *un entretien guidé centré sur le patient pour l'encourager à changer de comportement en l'aidant à explorer et à résoudre son ambivalence face au changement* ».

Comme mentionné précédemment, la **maladie impose de véritables changements**, des changements dans la vie du patient, tels que la prise régulière de médicaments, un régime alimentaire adapté, la mise en place d'une autosurveillance, un sevrage tabagique, la pratique d'une activité physique, etc. De plus, d'après **Lundahl et coll**, l'efficacité de l'EM est d'au moins **10%** supérieure **en termes d'efficacité** à l'absence de toute intervention. Et en ce qui concerne **l'observance thérapeutique**, l'EM s'avère **5 à 15%** plus efficace que l'absence de cette intervention. L'entretien motivationnel trouve ainsi toute sa pertinence (123).

Le principe de l'EM repose, dans les grandes lignes, sur le même processus que l'action éducative, c'est-à-dire évaluer, fixer des objectifs, mettre en place un plan d'action, et évaluer à travers un suivi. Les **Hôpitaux Universitaires de Genève** (122) utilisent cet outil en cardiologie, par le biais d'une intervention brève et adaptée aux contraintes temporelles des consultations. Toutes les étapes sont répertoriées sur une fiche récapitulative pour simplifier le processus se trouvant à *l'annexe n°11*.

L'EM repose sur les mêmes bases que la posture éducative. Il demande d'écouter activement, d'exprimer de l'empathie, de poser des questions ouvertes, de reformuler, de valoriser le patient, et de respecter son autonomie. Cependant, d'autres notions entrent en jeu, telles que l'ambivalence et la résistance, deux concepts cruciaux dans l'entretien motivationnel.

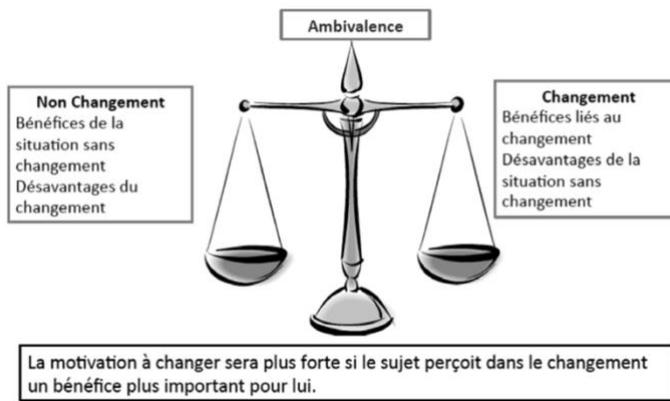


Figure 10 - La balance décisionnelle (103)

Dans ce contexte, le pharmacien, en tant qu'intervenant, doit aider le patient à créer sa "**balance décisionnelle**", illustrée comme une balance mettant en évidence les avantages et les inconvénients à ne pas changer de comportement, ainsi que les avantages et les inconvénients à changer de comportement (123,124).

De plus, il est crucial de prêter une attention particulière à la **résistance**, en effet comme le recommande **Miller et Rollnick** il faut « *rouler avec la résistance* » (122,123). L'intervenant, en l'occurrence le pharmacien, ne doit pas adopter la posture d'expert en fournissant ses conseils et ses solutions. Il ne doit pas argumenter en faveur du changement de comportement, car cela pourrait entraîner une contre-argumentation de la part du patient. Il ne doit pas non plus anticiper les paroles du patient, car cela pourrait amener le patient à se sentir freiné. La résistance est une **défense naturelle**, normale et sous le contrôle de l'intervenant. En cas de résistance pendant l'entretien, l'intervenant doit donc adapter son approche en conséquence.

Ainsi, pour évaluer le stade de changement du patient, l'utilisation du cercle de **Prochaska et DiClemente** peut être pertinente. Ce dernier permet à l'intervenant d'orienter l'entretien en fonction du **stade de changement du patient** comme l'illustre le schéma ci-contre prenant comme exemple le sevrage tabagique (125):

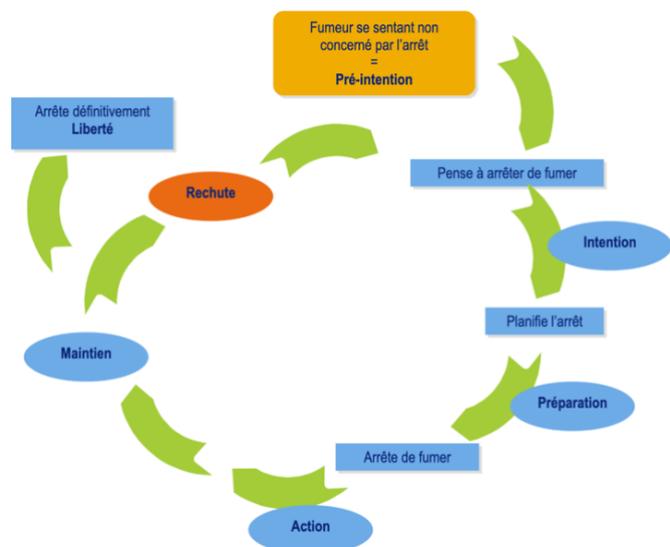


Figure 11 - Cercle de Prochaska et DiClemente: les stades du changement de comportement (104)

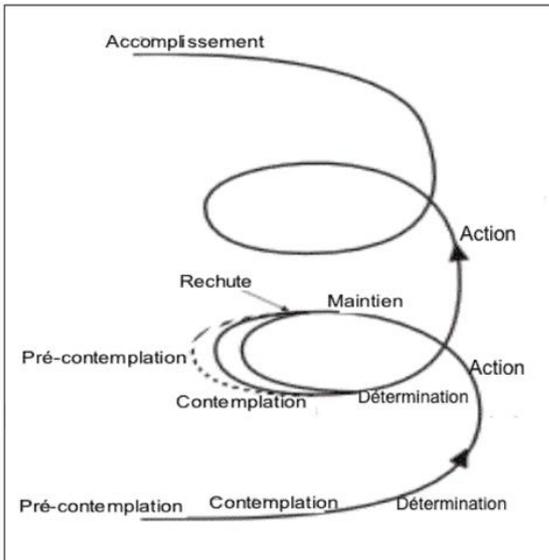


Figure 12 - Le modèle de la spirale de Prochaska et DiClemente (102)

Néanmoins, il est important de noter que le cheminement du patient est fréquemment marqué par des **rechutes**, et ces rechutes conduiront à une nouvelle tentative, dont le processus ne sera pas identique à la première. Le **modèle de la spirale** (123) illustre donc de manière plus réaliste l'ascension du patient vers son objectif.

3.4. Travailler sur les situations stressantes et ou d'urgences

Fréquemment, les patients se retrouvent face à des situations où ils ne savent pas comment réagir, les poussant souvent à recourir au système d'urgence. Or, cette situation pourrait être évitée. **Un patient bien informé sur sa pathologie**, et donc capable de reconnaître ses symptômes, sera mieux préparé à gérer les crises qui peuvent survenir, lui permettant **d'agir en amont**. De même, un patient comprenant l'utilisation et l'utilité des médicaments qu'il prend sera plus enclin à suivre régulièrement son traitement, sachant que le respect et la bonne utilisation de celui-ci contribue à réduire les hospitalisations comme vue précédemment.

Cependant, être informé sur la marche à suivre ne garantit pas toujours la connaissance de la manière de réagir. En effet, le **savoir et le savoir-faire sont deux compétences distinctes**. Le savoir englobe l'ensemble des connaissances acquises, tandis que le savoir-faire concerne l'acquisition de compétences techniques. De plus, chaque situation a son contexte et peut déstabiliser le patient, même s'il sait théoriquement comment réagir. Il est donc intéressant d'utiliser, par exemple, des mises en situation à l'aide de cartes comme les exemples présents ci-dessous. Cet outil simple d'utilisation permet au patient de s'exprimer librement sur une situation.



Figure 13 - Exemples de cartes avec des mises en situation

Le pharmacien pourrait demander à la personne de décrire la situation figurant sur la carte, et à quoi cela lui fait penser. Tout simplement le pharmacien pourra demander ce que le patient aurait fait dans le cas des personnes présentes sur ces cartes. Enfin, tous deux feront une synthèse des points essentiels à retenir.

Cependant, cela peut également être réalisé de manière inverse : le patient peut communiquer une situation à travers le dessin, l'écriture, ou l'oral, de ce qu'il lui est arrivée dans une situation donnée. En collaboration avec le pharmacien, ils analyseront ensuite ce qui aurait pu être fait différemment. Un exemple concret de cette approche est repris ci-dessous, en reprenant l'une des cartes illustrées précédemment (126).



Hypoglycémie au volant

Étape 1:
Analyse de la situation par le patient :

J'allais sortir avec des amis pour aller au bowling, donc j'ai fait mon injection de Lantus 2 heures avant l'heure à laquelle je la fais habituellement.

Je savais que je serais occupé au moment où j'aurais dû la faire, donc par peur d'oublier, je l'ai faite avant de partir.

Tout allait bien jusqu'à ce que je ressentie les symptômes d'une hypoglycémie (par expérience, je sais les reconnaître) : ma vision s'est donc troublée, j'avais des sueurs froides et des tremblements. Mon sucre n'était pas directement accessible, il était dans la poche de mon blouson.

Je me suis donc concentré sur ma conduite en me parlant à voix haute en attendant de prendre la prochaine sortie (j'étais sur la nationale). Une fois la sortie prise, je me suis arrêté un peu plus loin et j'ai pris le sucre que j'avais dans mon blouson.

Je suis ensuite reparti directement.

Étape 2:
Discussion avec le pharmacien sur ce qui aurait pu être fait différemment

Pourquoi l'hypoglycémie --> Lantus juste avant de prendre la route, ce qui est fait avant l'heure à laquelle j'aurais dû la faire, puisque ma précédente injection qui agit sur 24 heures était encore active.

Valorisation --> reconnaissance des symptômes d'une hypoglycémie +++

Réagir --> Arrêt immédiat sur la bande d'arrêt d'urgence

Sucre --> Il faut que je mette du sucre dans la portière de ma voiture pour l'avoir directement accessible.

Repartir --> Il faut que j'attende que le sucre fasse son effet avant de repartir.

Étape 3:
Reformulation des points essentiels

- Avoir toujours au moins **3 morceaux** de sucre à disposition (portière, boîte à gant)
- Avoir toujours de quoi **prendre sa glycémie** à disposition
- **Contrôler sa glycémie** avant de prendre le volant et toutes les 2 heures lors de long trajet
- Ne pas prendre le volant si **glycémie trop basse**
- **Ne pas faire d'injection d'insuline** juste avant de prendre le volant
- Si ressenti d'une hypoglycémie, **arrêt immédiat** (même sur bande d'arrêt d'urgence) et ingérer 15g de sucres (équivalent de 3 morceaux)
- Après une hypoglycémie, attendre au moins **30 minute** avant de repartir
- Certains médicaments peuvent entraîner une hypoglycémie: **vigilance**
- L'alcool masque les signes cliniques des hypoglycémies: **vigilance**



Figure 14 - Exemple concret de situation d'un patient

4. Quatrième étape : Évaluer

L'évaluation peut être définie comme le processus consistant à "*recueillir un ensemble d'informations pertinentes, valides et fiables, puis à confronter cet ensemble d'informations à un ensemble de critères cohérents avec un référentiel approprié, afin d'attribuer une signification aux résultats de cette confrontation et ainsi fonder une prise de décision adaptée à la fonction visée*" (127) (De Ketele et Roegiers, 1996). Ainsi, on peut considérer que l'évaluation constitue un **processus** au même titre que les autres étapes, et non simplement un produit isolé.

4.1. *Quel intérêt ?*

L'évaluation joue un rôle essentiel dans la contribution à **l'évolution du patient** dans sa démarche. En effet, elle permet de **suivre la progression** du patient en identifiant les **impacts** de la séance éducative sur ses **savoirs, savoir-faire, savoir-être**, ainsi que sur les comportements qu'il a dû ajuster et leurs répercussions sur les indicateurs de santé (128). Cette évaluation vise à ajuster le suivi éducatif en cas de besoin et à réorienter si nécessaire.

Par ailleurs, elle offre au patient l'opportunité de réfléchir à son évolution, aux compétences acquises, et à ce qu'il souhaite encore améliorer ou corriger dans sa vie quotidienne.

Au-delà de l'évaluation des compétences, la satisfaction joue également un rôle crucial. Cette information permet au pharmacien de **questionner ses propres pratiques**. Dans cette optique, le pharmacien peut également **s'auto-évaluer**, visant ainsi l'amélioration constante de la qualité de ses interventions et l'évolution de ses pratiques. Il s'agit d'un processus continu.

4.2. *A quel moment ?*

À la fin de la séance, il serait pertinent de demander au patient de remplir un questionnaire de satisfaction bref et simple, tout en évaluant également sa compréhension et son apprentissage au cours de la séance. Par la suite, on pourrait interroger à nouveau le patient dans les mois qui suivent pour lui permettre d'apprécier son évolution, tandis que le pharmacien pourrait valoriser cette progression.

En effet, à l'officine, les pharmaciens ont l'avantage de **revoir régulièrement les patients**, soit tous les mois, soit au maximum tous les 3 mois. Ainsi, un suivi continu est assuré tout au long du parcours du patient. Il est donc opportun de tirer parti de cette fréquence pour évaluer les compétences acquises au cours de la séance éducative. Cette évaluation doit s'étendre au-delà des compétences, englobant également les changements survenus dans le quotidien du patient depuis l'acquisition de ces nouvelles compétences, ainsi que son ressenti à leur égard.

4.3. Avec quels outils ?

Concernant les outils, la mise en place d'un questionnaire en deux parties pourrait être envisagée :

- Une première partie portant sur **la satisfaction**, comprenant des questions simples à choix multiples et des curseurs à déplacer.
- Une seconde partie dédiée à **l'évaluation des objectifs fixés** en début de séance, composée de quelques questions.

Ce questionnaire doit être succinct et facile à compléter.

En ce qui concerne l'évaluation à distance, c'est à dire plusieurs mois après la séance, il serait judicieux d'inclure une section dédiée dans le LGO. Cela permettrait de renseigner le niveau des compétences acquises durant la séance, la progression du patient, son ressenti, et s'il a des besoins supplémentaires. Cette évaluation pourrait être réalisée à des intervalles spécifiques, par exemple à 1 mois, 3 mois et 6 mois.

Il semble particulièrement important de définir des critères de qualité pour ces actions éducatives ciblées afin de maintenir un niveau de qualité constant dans toutes les actions entreprises.

4.4. Travailler en coordination

La **collaboration interprofessionnelle** revêt d'une importance capitale en ETP. Ainsi, lorsqu'une action éducative ciblée est menée par le pharmacien, il est crucial d'assurer une continuité avec les autres professionnels de santé, en particulier le médecin traitant. La communication entre le pharmacien et le médecin joue donc un rôle clé. Il serait alors bénéfique que le pharmacien dispose d'un courrier type à envoyer au médecin, détaillant le **type d'action éducative** réalisée avec le patient, les **objectifs fixés**, l'acquisition ou non des **compétences prévues par les objectifs**, ainsi que les autres **besoins exprimés par le patient** ou **perçus par le pharmacien**.

Par ailleurs, le pharmacien pourrait tirer avantage de la plateforme **d'Éducation Thérapeutique du Patient en Nouvelle-Aquitaine (ETHNA)** (129) pour avoir une vue d'ensemble des programmes disponibles à proximité du patient et lui en proposer si nécessaire. Dans cette optique, un dépliant regroupant tous les programmes liés à sa pathologie dans sa région pourrait être remis au patient.

En conclusion de cette première partie, il est évident la prise en charge ne peut se limiter à une simple prescription médicale, mais implique également de soutenir activement les processus d'apprentissage des individus. Par conséquent, il est impératif que la pratique libérale intègre cette approche dans ses activités quotidiennes.

Partie 2 : Enquête : Proposition du modèle créé aux pharmaciens dans le cadre du développement d'actions éducatives ciblées à l'officine

En considération des éléments abordés dans la première partie, qui découlent des résultats de l'enquête menée dans mon mémoire (*voir résumé en annexe n°12*) exposé en détail dans le grand I de cette première partie, ainsi que de mon expérience professionnelle en officine et de mon stage à l'Agence Régionale de Santé (ARS), je me suis interrogée sur la possibilité d'initier des actions éducatives ciblées en officine, impliquant les pharmaciens de la région Nouvelle-Aquitaine, en utilisant un modèle d'aide à la pratique établi en partie 1.

Toutefois, se pose la question de la réelle motivation des pharmaciens à s'impliquer dans l'ETP. Se sentent-ils suffisamment formés à l'ETP, même avec leur formation universitaire ? Ont-ils besoin d'une aide pratique pour la mise en œuvre de ces actions ? Parmi les outils suggérés dans ma première partie, lesquels seraient les plus pertinents pour leur utilisation ?

I. Méthodologie

L'objectif principal qui découle de ces interrogations est donc d'évaluer la faisabilité de ces actions à l'officine et d'évaluer la motivation des pharmaciens.

1. Choix de la méthode

Cette enquête fait donc suite à l'enquête qualitative entreprise dans mon mémoire visant à explorer les pratiques des pharmaciens, les éléments qui entravent ou favorisent leur engagement dans l'ETP, ainsi que les éléments novateurs de leur pratique. Cette enquête qualitative a mis en évidence l'opportunité d'évaluer la motivation des pharmaciens à mettre en œuvre des actions éducatives par le biais de la proposition d'un modèle pratique et d'outils.

Pour saisir cette opportunité, l'adoption **d'une enquête quantitative** s'est avérée la démarche la plus appropriée. Ce type d'enquête offre la possibilité d'obtenir des données chiffrées permettant de confirmer nos hypothèses, tout en assurant la collecte d'un nombre significatif de réponses. La méthode quantitative permet ainsi de concentrer les questions sur des données cibles, en cherchant à obtenir des informations chiffrées confirmant nos hypothèses.

2. Cadre et lieu de l'enquête

L'étude réalisée avait pour objectif de couvrir de manière exhaustive la **région de la Nouvelle-Aquitaine**, où s'est déroulée l'enquête. En ce qui concerne la temporalité, cette enquête s'est déroulée tout au long du mois de **janvier et février de l'année 2024**.

3. Choix de la population

La population cible de cette enquête est exclusivement constituée de **pharmaciens d'officine ou d'étudiants à partir de la 5^{ème} année de pharmacie**, année après laquelle ils ont reçu la plupart des enseignements de la formation ETP. Cependant, au sein de la population ciblée de pharmaciens, l'accent est principalement mis sur les **titulaires d'officine**, étant donné qu'ils sont davantage susceptibles d'initier de nouvelles missions dans leur officine, comme l'a révélé l'enquête précédemment menée.

4. Construction du questionnaire

Le questionnaire se compose de deux parties distinctes (*voir annexe n°13*).

4.1. *Partie 1 : Les généralités*

La première section traite principalement de questions générales liées à la pharmacie et au répondant.

Dans mon mémoire, l'enquête a révélé que la typologie de la pharmacie jouait un rôle crucial dans l'influence de la pratique des actions éducatives, de même que la formation en Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) dispensée au cours du cursus universitaire. De nombreux pharmaciens interrogés ont souligné l'importance de l'expérience pratique pour se sentir bien formés en ETP, au-delà de la formation universitaire. La nécessité d'un espace de confidentialité a également été mise en évidence, considéré comme essentiel pour la mise en place d'actions éducatives. Par conséquent, il est pertinent d'interroger les pharmaciens sur ces différents points.

Enfin, la communication entre les pharmaciens et les autres professionnels de la santé a été identifiée comme un élément déterminant d'une prise en charge optimale du patient dans son parcours de soins. Il semble donc judicieux d'aborder cette notion dans le questionnaire, les pharmaciens interrogés dans l'enquête du mémoire percevant une communication efficace comme un levier favorable.

4.2. *Partie 2 : L'action éducative*

La deuxième section du questionnaire est spécifiquement axée sur les actions éducatives ciblées. Cette partie vise principalement à évaluer la motivation des pharmaciens à mettre en place ces actions à l'aide d'un modèle et d'outils associés.

Compte tenu des obstacles identifiés lors de l'enquête réalisée dans le cadre de mon mémoire, il était pertinent d'interroger plus largement les pharmaciens sur les **obstacles les plus contraignants**, en les regroupant pour permettre aux pharmaciens d'établir un classement de ces obstacles.

La **coordination et la confiance entre les professionnels de santé** sont essentielles pour une meilleure prise en charge du patient. Il était donc judicieux de questionner les pharmaciens sur la possibilité que le médecin prescrive une action éducative à réaliser avec le pharmacien.

En ce qui concerne la **proposition d'outils**, résultant de l'enquête menée précédemment et de la partie 1 décrivant un modèle d'utilisation pratique avec des exemples d'outils, la combinaison de ces deux éléments m'a conduit à présenter des outils aux pharmaciens à travers ce questionnaire.

Premièrement, en ce qui concerne la **posture éducative**, il semblait logique de fournir une fiche synthétique résumant les principes essentiels de cette posture, des podcasts expliquant ces principes avec des points clés, et des courtes vidéos de mises en situation avec un débriefing pour souligner ce qu'il faut faire et ne pas faire.

En ce qui concerne le **recueil des besoins des patients**, des outils simples d'utilisation doivent être proposés, car ce recueil peut se faire au comptoir, et le pharmacien, connaissant bien le patient qu'il interroge, a déjà en sa possession des éléments de son environnement. Il semble donc intéressant de proposer un schéma à compléter avec les éléments cités par le patient dans les différentes dimensions d'exploration de l'ETP. Dans ce sens, il est également pertinent de proposer une fiche avec des questions types pour l'exploration de ces différentes dimensions et pour faciliter le dialogue, des cartes avec des représentations d'émotions différentes.

Concernant la **mise en place de l'action**, pour surmonter l'obstacle organisationnel identifié dans la précédente enquête, il semblait judicieux de proposer une trame sous forme de tableau détaillant les différents temps éducatifs (durée de la séance, matériel, objectifs, etc.). Pour la séance elle-même, compte tenu de l'importance de la motivation selon la précédente enquête, il semblait pertinent de proposer aux pharmaciens une fiche synthétique des principes de l'entretien motivationnel, pouvant être utilisée comme outil, par exemple, pour le sevrage tabagique. De plus, pour aider les patients à mieux comprendre leur traitement et son utilisation, des cartes représentant des situations problématiques ou d'urgence de la vie quotidienne selon les pathologies semblaient intéressantes à proposer. Enfin, il était intéressant de proposer aux pharmaciens une liste d'outils adaptés à l'officine afin de faciliter le travail de ces derniers dans la recherche d'outil.

En ce qui concerne **l'évaluation**, en tenant compte des éléments évoqués par les pharmaciens lors de la précédente enquête, il semblait pertinent de proposer aux pharmaciens une section spéciale consacrée à l'évaluation sur le LGO, car l'évaluation pourrait également se faire au comptoir lors du renouvellement d'ordonnance. Toujours dans l'optique de faciliter le travail du pharmacien, il était cohérent de proposer une liste de questions types, que le pharmacien pourrait adapter en fonction de ce qu'il souhaite mettre en avant lors de l'évaluation. En ce qui concerne la coordination, un thème important soulevé par les pharmaciens lors de la précédente enquête, il semblait opportun de proposer un courrier type à transmettre au médecin concernant le récapitulatif du temps éducatif, permettant ainsi au médecin et au pharmacien de

proposer autre chose au patient si nécessaire. Il semblait également pertinent de proposer un dépliant répertoriant tous les programmes d'ETP et les associations de patients à proximité de la pharmacie. Enfin, il semblait judicieux de proposer aux pharmaciens une fiche synthétique définissant les critères de qualité d'une action éducative afin d'harmoniser les pratiques et d'assister le pharmacien dans sa démarche.

La place des aidants a été mentionnée à plusieurs reprises par les pharmaciens lors de la précédente enquête comme quelque chose d'important pour la prise en charge du patient. Il apparaissait donc opportun de demander aux pharmaciens de manière plus étendue comment ils évalueraient la pertinence d'intégrer les aidants au temps éducatif, à l'aide d'une échelle.

5. Diffusion du questionnaire

Afin de diffuser le questionnaire auprès d'un large éventail de pharmaciens, j'ai initié la diffusion sur les réseaux sociaux en premier lieu.

L'objectif visé était d'obtenir une majorité de réponses de la part des titulaires d'officine, compte tenu des aspects abordés par les pharmaciens lors de l'enquête précédente. En effet, c'est souvent le titulaire qui impulse les initiatives au sein de son officine en collaboration avec son équipe. D'où l'importance de diffuser le questionnaire via les adresses e-mail des pharmacies. Pour ce faire, j'ai sollicité la collaboration de deux syndicats, **l'UPSO et l'URPS Pharmacien Nouvelle-Aquitaine**.

L'URPS Pharmacien NA (130), issue des syndicats professionnels mais distincte de l'Ordre des Pharmaciens, a pour mission de représenter l'ensemble des pharmaciens d'officine de Nouvelle-Aquitaine auprès de l'ARS. Les élus, répartis sur toute la région, ont pour objectif de préserver le maillage officinal et de favoriser l'évolution du métier. Parmi leurs principales missions, on peut citer, l'évaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins, la prévention et actions de santé publique et la coordination avec les autres professionnels de santé.

L'UPSO, établi en 2001 (131), a pour objectif de défendre les intérêts de la profession de pharmacien d'officine. Il œuvre à l'évolution du métier à travers diverses missions, notamment la promotion et valorisation des nouvelles missions axées sur le patient : accompagnement des patients chroniques, prise en charge post-hospitalière et maintien à domicile, prévention et dépistage.

6. Collecte des données

La collecte des données s'est déroulée du 15 janvier au 29 février inclus, à l'aide d'un questionnaire créé sur la plateforme Google Form, qui est un outil de création de formulaire.

7. Traitement et analyse des données recueillies

Pour ce qui est de l'analyse des données, toutes les réponses ont été saisies dans un tableau Excel afin de les classer et de faciliter leur analyse. Par la suite, ces données ont été soumises à des calculs, notamment des pourcentages, afin de les présenter sous forme de graphiques plus visuels.

Cette analyse a permis de mettre en lumière plusieurs thèmes, simplifiant ainsi la lecture des résultats. En tout, **cinq thèmes** ont été identifiés pour classer les données. Le premier thème aborde la **localisation et la structure des pharmacies**, tandis que le deuxième thème se concentre sur le **poste occupé par les pharmaciens et leur formation**. Le troisième thème concerne la **communication entre les pharmaciens et les autres professionnels de la santé**, ainsi que la recommandation d'actions éducatives par les médecins. Les quatrième et cinquième thèmes se focalisent spécifiquement sur les **actions éducatives** : le quatrième examine la **motivation à les mettre en œuvre**, tandis que le cinquième évalue les **outils proposés** dans le modèle présenté dans la première partie.

II. Expositions des résultats

1. La pharmacie

La Nouvelle-Aquitaine est la plus vaste région de France et est composée de 12 départements, ce qui fait d'elle une région majoritairement rurale.

Parmi les **94 participants** à l'enquête, **23,4%** proviennent de la Charente, **12,8%** de la Vienne, **13,8%** des Deux-Sèvres, **10,6%** de la Gironde, **9,6%** de la Dordogne, **7,4%** de la Charente-Maritime, **6,4%** des Pyrénées-Atlantiques, **4,3%** de la Haute-Vienne et de la Corrèze, **3,2%** du Lot-et-Garonne, et **1,1%** de la Creuse.

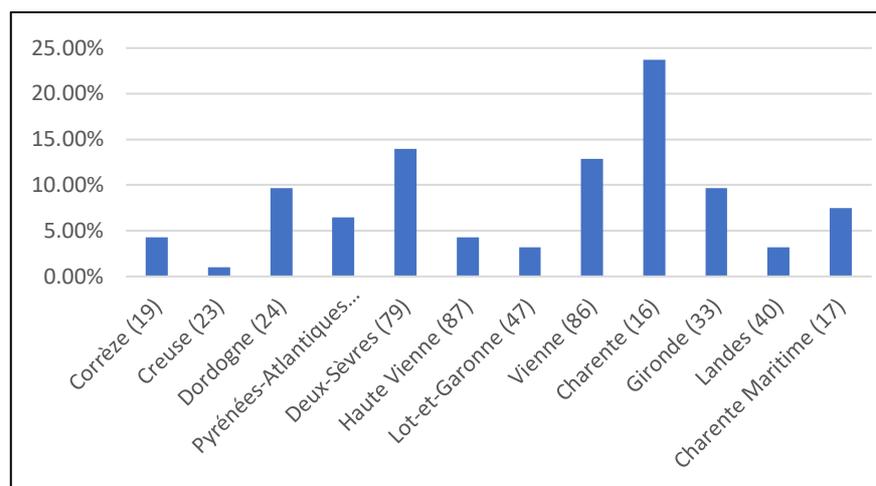


Figure 15 - Pourcentage de pharmaciens répondants par département

Selon les résultats de l'enquête, la majorité des répondants exercent dans des officines rurales ou semi-rurales **65%** (bleu sur le graphique), suivies par les officines de quartiers avec **23,7%** (en orange sur le graphique), puis les officines en milieu urbain **10,6%** (en gris sur le graphique) et enfin les officines situées dans des centres commerciaux **2,1%** (en jaune sur le graphique).

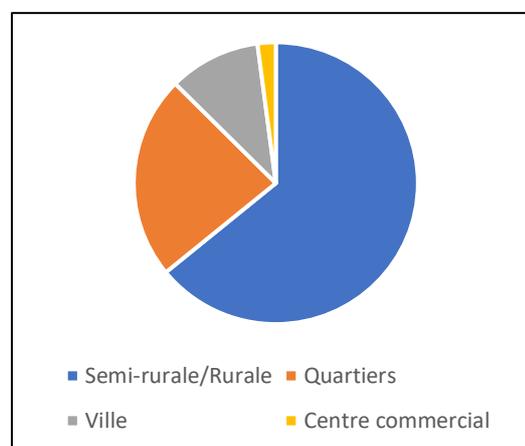


Figure 16 - Proportion de pharmaciens selon la typologie de la pharmacie

L'espace de confidentialité représente un élément indispensable pour la réalisation efficace des actions éducatives, et son établissement devrait devenir une norme conformément à l'article **L. 5125-5 du CSP**. Globalement, parmi tous les répondants, **92,5%** des officines sont équipées d'un espace de confidentialité. En zones rurales et semi-rurales, la quasi-totalité des pharmacies en dispose soit **98%**. Concernant les officines de quartier et de ville, elles disposent respectivement à **85,7%** et **80%** d'espaces de confidentialité. Sur les deux officines de centre commercial ayant répondu, seule l'une d'entre elles est équipée d'un espace de confidentialité.

2. Le pharmacien

En ce qui concerne les postes occupés par les participants de cette enquête, la majorité est composée de titulaires **73%**, suivis par les adjoints **22%**, et enfin les étudiants qui représentent une minorité de réponses (**4 réponses**).

En ce qui concerne la formation, la plupart des pharmaciens ne sont pas formés à l'ETP, avec seulement **39%** ayant suivi une formation. Parmi les titulaires, seuls **30%** ont suivi une formation, tandis que pour les adjoints, ce chiffre est de **57%**.

La formation est principalement acquise par le biais du cursus universitaire pour **59%**, de la formation de 40 heures pour **35%**, et d'un Diplôme Universitaire (DU) en ETP pour **16 %**.

En ce qui concerne le ressenti de ceux qui ont suivi la formation via le cursus universitaire, globalement ils estiment être moyennement formés avec une **moyenne de 3 sur 5** et une **médiane à 3**. En faisant un focus sur les 4 étudiants ayant répondu à l'enquête, bien qu'ils aient tous suivi la formation via le cursus universitaire, ils se sentent moyennement formés avec une **moyenne de 2,5 sur 5**, légèrement moins que les pharmaciens.

Quant à ceux qui ne sont pas formés, la majorité souhaite se former soit **47%**, tandis que **42%** préfèrent envisager cela plus tard, et seulement **10%** ne souhaitent pas se former.

3. La communication interprofessionnelle

La qualité de la communication entre les professionnels de la santé est un élément crucial, car une communication efficace améliore significativement la prise en charge des patients. Selon les réponses recueillies auprès des pharmaciens et étudiants interrogés, la communication est évaluée en **moyenne à 3,5 sur 5 et la médiane est de 4**.

Dans le but d'exploiter au mieux une communication efficace entre les professionnels de la santé, notamment avec les médecins, il était pertinent de sonder les pharmaciens sur leur opinion quant à la possibilité de prescrire une action éducative par le médecin. Cette approche permettrait au médecin de discuter des besoins du patient et de conseiller au patient de consulter son pharmacien pour sa réalisation, à l'instar de la prescription d'activités sportives adaptées. Parmi les pharmaciens et étudiants interrogés, **46%** (en bleu sur le graphique) estiment que cela serait intéressant, **42%** (en orange sur le graphique) sont indécis et seulement **12%** (en gris sur le graphique) pensent que cela ne serait pas intéressant.

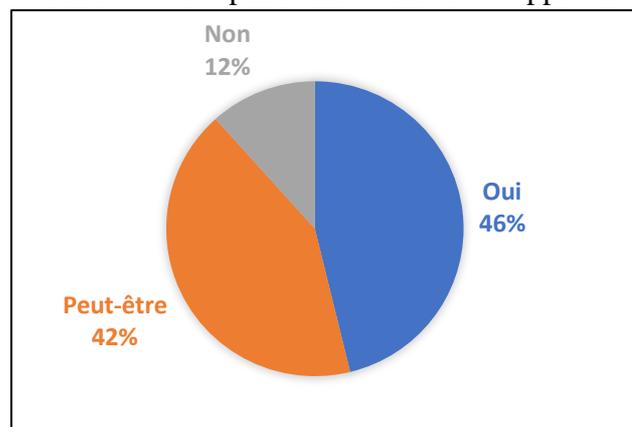


Figure 17 - La prescription d'une action éducative par les médecins est-elle intéressante du point de vue des pharmaciens ?

4. L'Action éducative

La mise en œuvre d'une telle démarche entraîne inévitablement des obstacles. Lors de l'enquête précédente, divers freins ont été identifiés, comprenant des aspects tels que le financement, le manque de personnel, le manque de temps, les difficultés d'organisation, le manque de place et le manque de motivation. La détection de ces divers freins a permis, dans le cadre de cette seconde enquête, d'interroger de manière plus approfondie les pharmaciens, en se concentrant spécifiquement sur ces éléments, facilitant ainsi la mise en lumière des freins les plus problématiques.

Cette question invitait donc les pharmaciens à attribuer un ordre d'importance à chaque obstacle mentionné précédemment. Pour analyser ces données, une échelle de notation sur 10 a été utilisée, en pondérant les valeurs en fonction de leur importance, où 10 représente l'importance la plus élevée et 0 la moins élevée. Ainsi, le graphique ci-dessous met en évidence que le manque de temps se distingue des autres critères.

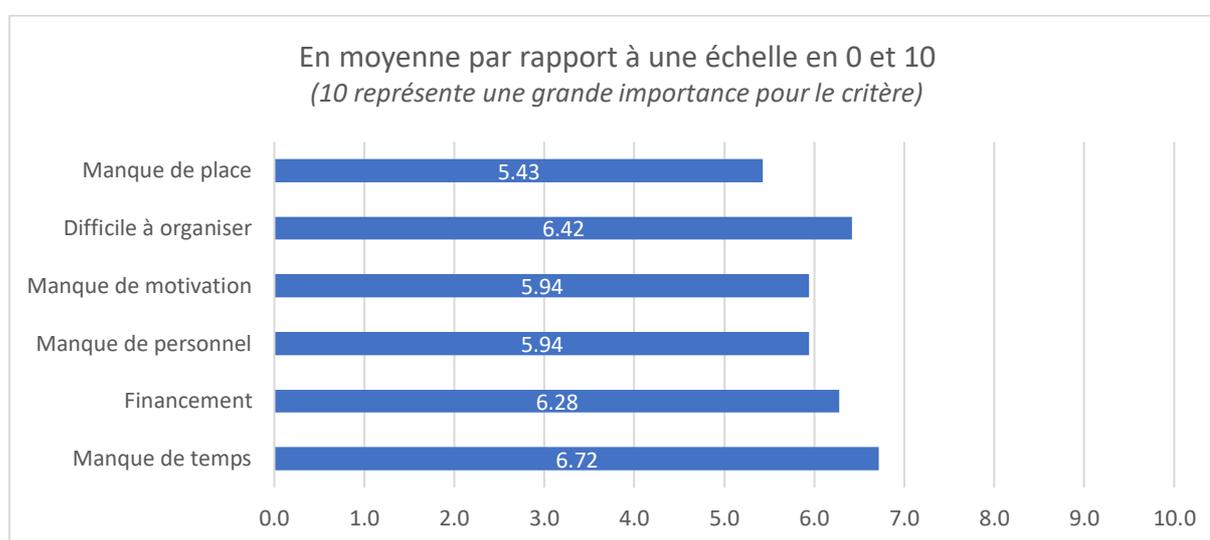


Figure 18 - Moyenne donnée pour chaque frein en fonction de leur importance

Par ailleurs, une analyse plus détaillée, présentée dans le graphique ci-dessous, met en évidence une différence quantitative entre le critère le plus fréquent, le manque de temps, et les autres critères. On constate que le critère le moins fréquent, le manque de place, est sous-représenté d'environ **20%** par rapport au manque de temps.

Pour les autres critères, chacun semble avoir une importance similaire pour les pharmaciens, car la différence maximale est d'environ **12%** (entre le manque de temps et le manque de motivation/manque de personnel). On observe que la plus petite différence, d'environ **5%**, se situe entre le manque de temps et les difficultés d'organisation.

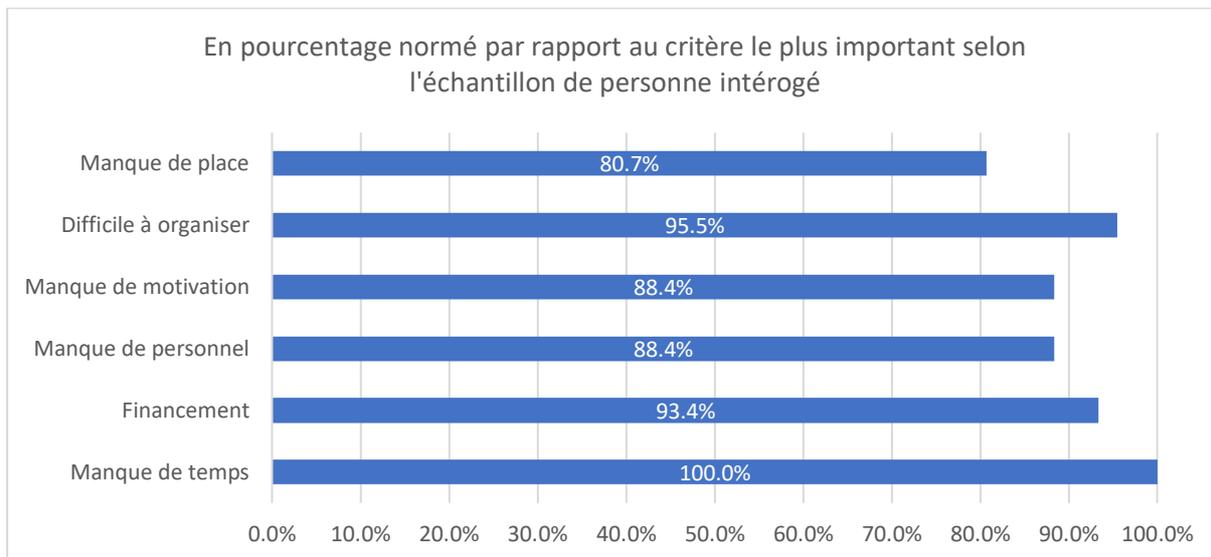


Figure 19 - Quantification de la différence entre le frein le plus important et les autres freins

En ce qui concerne la motivation des répondants à entreprendre des actions éducatives ciblées, seulement **6,4%** ont exprimé leur désintérêt. Parmi les **93,6%** restants, **9%** ont déjà mis en œuvre de telles actions, **11,4%** ont signalé qu'elles étaient déjà prévues, et **79,5%** ont manifesté un intérêt pour les mettre en place à l'avenir.

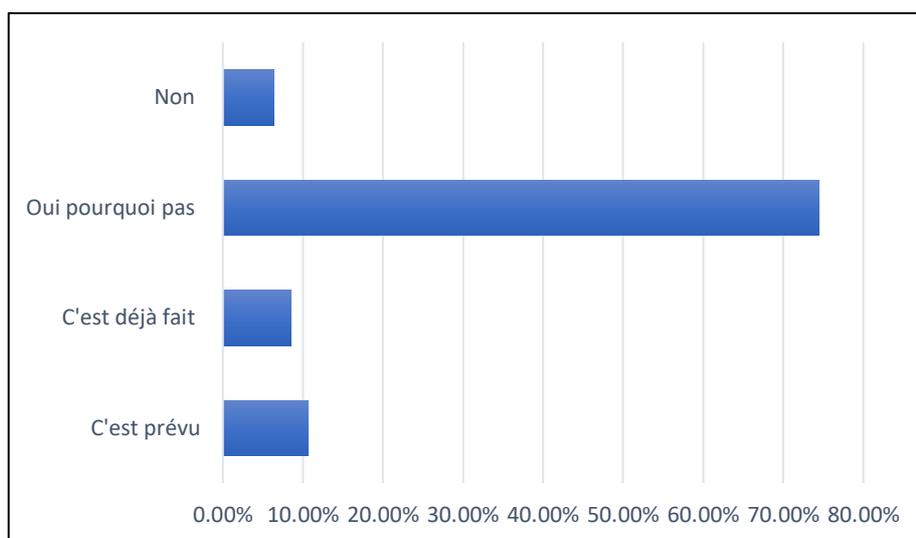


Figure 20 - Pourcentage de pharmaciens motivés à mettre en place des actions éducatives

Cependant, mettre en place ce type de démarche peut se révéler complexe et exigeant sur un plan organisationnel, ainsi qu'un investissement significatif en termes de temps, comme indiqué par les obstacles mentionnés précédemment. Afin de surmonter partiellement ces défis, l'idée de proposer aux pharmaciens l'utilisation d'un modèle pour faciliter la mise en œuvre de telles actions s'est avérée intéressante. Dans cette optique, une question a été posée aux pharmaciens pour savoir si l'adoption d'un modèle les inciterait à intégrer des actions éducatives dans leur officine.

Parmi les répondants, **94,7%** ont répondu positivement, indiquant que cela pourrait les motiver, **41,5%** (en vert sur le graphique) ont répondu « oui, beaucoup » et **53,2%** (en bleu sur le graphique) ont répondu « oui, pourquoi pas ». Cependant, pour les **5,3%** restants, **4 répondants** ont mentionné préférer créer eux-mêmes leur modèle soit **3,2%** (en jaune sur le graphique), tandis que seulement **2 répondants** ont affirmé que cela ne les motiverait pas du tout soit **2,1%** (en noir sur le graphique).

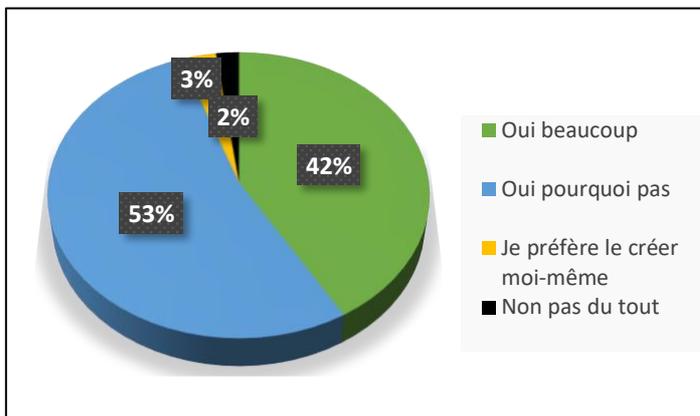


Figure 21 - Un modèle d'accompagnement peut-il encourager les pharmaciens à mettre en place des actions éducatives ?

5. Les outils du modèle

Comme mentionné précédemment, les aidants occupent une position significative dans la prise en charge des patients, d'autant plus que le pharmacien est souvent en contact avec l'aidant de la personne malade, celui-ci venant souvent récupérer les médicaments à la place du patient. Dans cette perspective, les pharmaciens ont évalué en **moyenne à 3,5 sur 5** l'idée d'intégrer les aidants dans le processus éducatif, avec une majorité les **évaluant à 4**, représentant **31,9%**, tandis que seulement **8,5%** ont attribué une **évaluation de 1**.

L'idée du modèle mentionné précédemment comprend divers outils présentés aux pharmaciens via un sondage, couvrant les différentes étapes du temps éducatif, tel que décrit dans la première partie. Ces étapes comprennent la posture éducative, la collecte des besoins éducatifs, la mise en œuvre de l'action et l'évaluation.

En ce qui concerne la posture éducative, divers outils sont mis à la disposition des répondants afin de faciliter leur compréhension de cette approche éducative à travers différentes perspectives. Ces outils comprennent un podcast, une fiche récapitulant les principes fondamentaux de la posture éducative, ainsi que des vidéos illustrant des exemples de mises en situation, suivies d'un debriefing. Parmi ces outils, la majorité des répondants ont expressément préféré la fiche synthétique à hauteur de **86%**, suivie des vidéos à **48%**, et enfin du podcast à **20,4%**. Certains répondants ont également souligné des points intéressants, tels que la possibilité de dématérialiser la fiche synthétique, ainsi que le besoin de formations en présentiel.

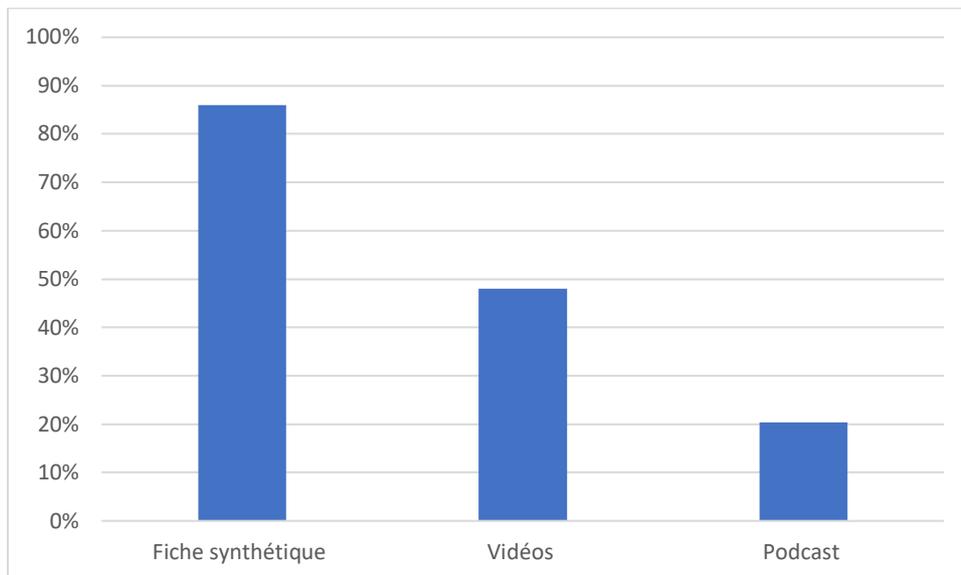


Figure 22 - Posture éducative : Quels outils sont choisis par les pharmaciens ?

En ce qui concerne la collecte des besoins éducatifs, plusieurs outils décrits dans le modèle élaboré dans la première partie ont été présentés aux répondants. Il s'agit notamment d'un schéma à compléter avec les différentes dimensions à explorer avec le patient, d'une fiche synthétique comportant des questions types par thème, ainsi que des cartes représentant des émotions et des situations pour faciliter le dialogue. La fiche synthétique a été largement plébiscitée par **88,3%** des répondants, suivie du schéma à compléter par **50%**, et enfin des cartes par **31,9%**. D'autres outils, tels que les jeux et l'outil MEDPREV, ont également été mentionnés par les répondants.

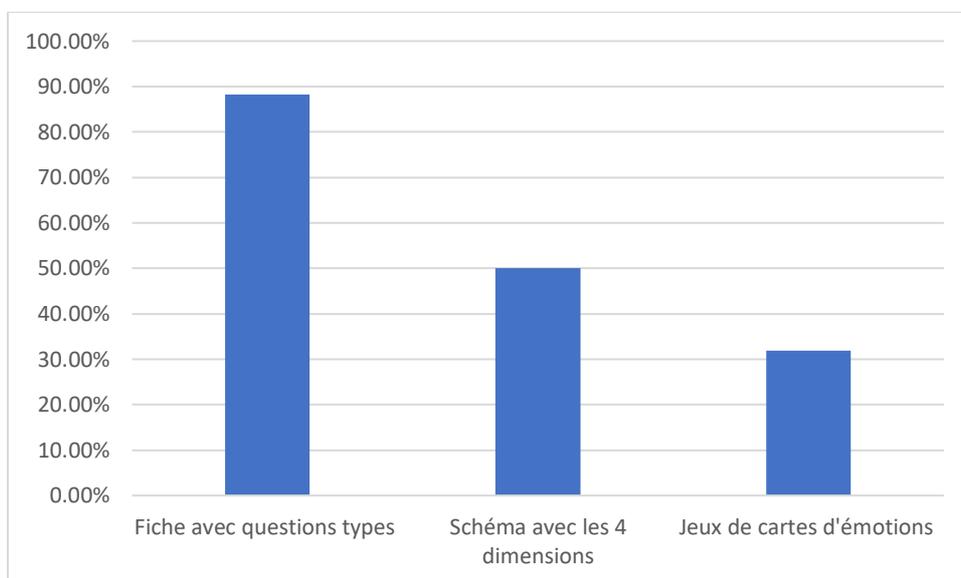


Figure 23 - Les besoins éducatifs des patients : Quels outils sont choisis par les pharmaciens ?

Divers outils ont été suggérés aux répondants pour l'étape de la mise en action, conformément au modèle élaboré dans la première partie. Ces outils comprennent une trame sous forme de tableau à compléter avec les différents temps éducatifs, un jeu de cartes à compléter avec des situations problématiques ou d'urgences, une fiche synthétique résumant les

points clés de l'entretien motivationnel, et enfin une fiche synthétique proposant des outils adaptés à l'officine. La fiche synthétique sur l'entretien motivationnel a été préférée par **69,1%** des répondants, suivie de la trame sous forme de tableau à compléter par **57,4%**, la fiche comprenant la liste d'outils, et enfin le jeu de cartes avec seulement **4,3%**.

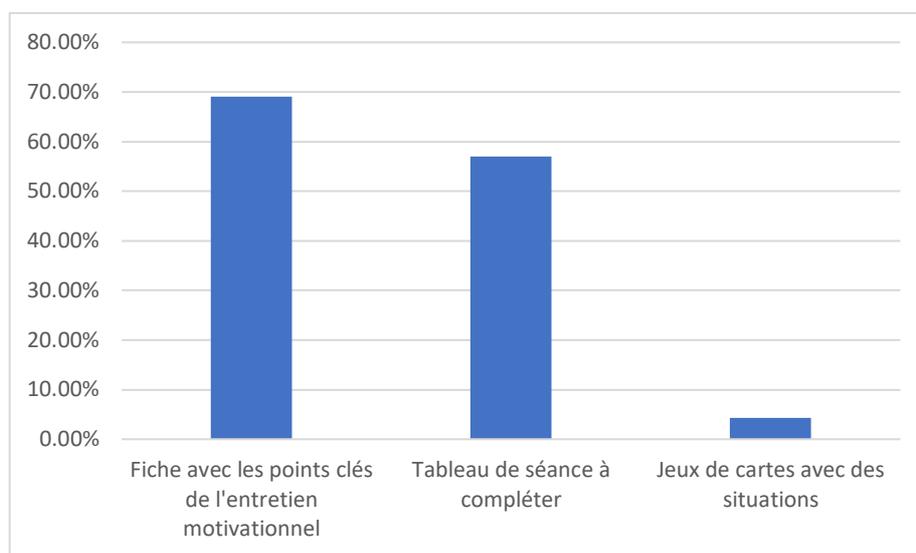


Figure 24 - Mise en action : Quels outils sont choisis par les pharmaciens ?

En ce qui concerne l'évaluation de l'action éducative, divers outils sont proposés aux répondants, issus du modèle présenté dans la première partie. Parmi eux figure un dépliant répertoriant tous les programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) et les associations de patients à proximité de la pharmacie. Une section spéciale sur le LGO est également proposée, permettant de recueillir des commentaires sur la progression, le maintien de l'action, et les ressentis du patient par rapport au temps éducatif. De plus, un modèle type de questionnaire d'évaluation composé de différentes questions, ainsi qu'une fiche synthétique définissant les critères de qualité d'une action éducative ont été proposés. Enfin, un courrier type à transmettre au médecin, récapitulant le temps éducatif, est également suggéré. Les répondants ont manifesté une préférence notable pour la section sur le LGO à hauteur de **60,6%**, suivie du questionnaire et de la fiche synthétique à **47,9%**, du dépliant avec **44,7%**, et enfin du courrier type avec **40,4%**.

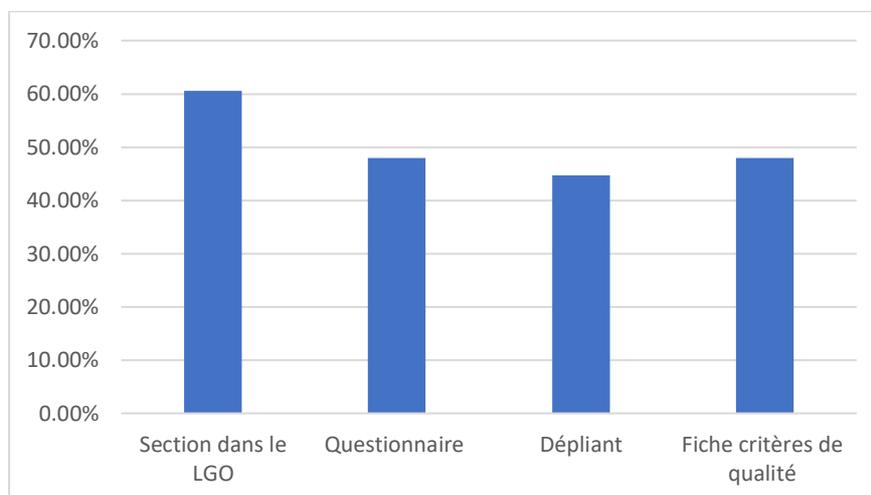


Figure 25 - Évaluation : Quels outils sont choisis par les pharmaciens ?

III. Discussion

1. Limites de l'enquête

Cette enquête présente certaines limites qui ont potentiellement influencé les résultats. Il est donc crucial de les prendre en considération lors de l'interprétation de ces résultats.

Tout d'abord, il est important de noter que l'échantillon de pharmaciens interrogés n'est pas exhaustif, ce qui signifie qu'il ne représente qu'une fraction restreinte des pharmaciens exerçant dans la région Nouvelle-Aquitaine. Par conséquent, cette situation constitue une limite inhérente à la portée de l'enquête menée. De plus, très peu d'étudiants en pharmacie ont répondu à l'enquête, ce qui implique que l'échantillon initialement déterminé n'est pas représentatif de la population ciblée.

De plus, l'enquête porte sur un sujet relativement nouveau pour les pharmaciens, et qui n'est pas pleinement intégré dans leurs pratiques habituelles. Par conséquent, cela exige déjà une certaine motivation de leur part. Ainsi il est probable que les pharmaciens ayant répondu au questionnaire soient initialement déjà intéressés et motivés par le sujet.

Le choix de la méthode quantitative présente également des limites. En effet, ce type de recherche ne permet pas de comprendre en profondeur les motivations des pharmaciens à s'impliquer dans de telles actions, même s'ils ont déclaré être motivés. De plus, il est difficile de déterminer si les pharmaciens interrogés ont pleinement saisi la définition d'une action éducative.

Il est également complexe avec ce type d'enquête de saisir pleinement les facteurs contextuels qui influent nécessairement sur les réponses des pharmaciens interrogés. Il est donc difficile d'explorer les raisons et les modalités des réponses observées. Cela est particulièrement vrai lorsque certains pharmaciens déclarent envisager de mettre en place des actions éducatives à l'avenir, tandis que d'autres affirment déjà en avoir mis en place. Ainsi, on ne dispose pas d'informations sur la nature spécifique de ces actions.

2. Forces de l'enquête

La méthode quantitative permet de recueillir un volume accru de données dans un laps de temps plus court, ce qui la rend plus facile à mettre en œuvre. Fondée sur des données numériques, elle est plus objective que la méthode qualitative, dont l'interprétation dépend en partie de l'enquêteur. Grâce à ces données numériques, elle permet l'utilisation de techniques statistiques pour analyser les données, offrant ainsi une plus grande précision et la possibilité d'établir des relations entre les variables.

Concernant la diffusion de l'enquête, le partage via deux syndicats a permis au questionnaire d'atteindre directement les boîtes mail des pharmacies, augmentant ainsi la participation des titulaires d'officines à l'enquête. Le besoin de collecter davantage de réponses des titulaires découlait directement des résultats obtenus lors de l'enquête qualitative précédemment réalisée.

Enfin, la force de cette enquête réside dans la réalisation au préalable de l'enquête qualitative, qui a permis de mettre en lumière les pratiques de certains pharmaciens dans la région. Ceci a conduit à l'élaboration de cette enquête quantitative par le biais d'un questionnaire centré sur les résultats de cette précédente enquête, tout en s'appuyant sur les connaissances acquises durant le master.

3. Interprétation des résultats

Un aménagement de la pharmacie en accord avec la pratique d'action éducative

L'espace de confidentialité représente un élément indispensable pour la réalisation efficace des actions éducatives, et son établissement devrait devenir une norme conformément à l'article **L. 5125-5 du CSP**. De plus, certains pharmaciens interrogés lors de l'enquête qualitative précédente ont aménagé des espaces spécifiques pour mener des actions éducatives, notamment des zones de confidentialité. Les résultats de cette deuxième enquête révèlent que la quasi-totalité des pharmaciens qui ont répondu au questionnaire possèdent un tel espace dans leur officine. Il s'agit donc d'un atout significatif pour les pharmaciens désireux de s'engager dans une démarche éducative.

La formation en ETP n'est pas assez rependue chez les titulaires, mais est plus rependue chez les adjoints

Selon les résultats obtenus, il est notable qu'une majorité des pharmaciens ayant répondu au questionnaire ne sont pas formés à l'ETP. Cependant, la proportion d'adjoints formés est supérieure à celle des titulaires, ce qui correspond aux données fournies par la DRESS. En effet, les jeunes pharmaciens sont plus nombreux parmi les salariés, avec une moyenne d'âge de 43,3 ans, tandis que les titulaires sont en moyenne plus âgés, soit 49,5 ans (132). En effet, la formation en ETP n'a été intégrée au cursus universitaire des étudiants en pharmacie que récemment, ce qui implique que les jeunes pharmaciens soient généralement formés contrairement à leurs homologues plus âgés. Par ailleurs, la plupart des pharmaciens formés le sont grâce à cette formation intégrée dans le cursus universitaire. Cependant, une question subsiste quant à la satisfaction de la qualité de cette formation en ETP. Peut-elle suffire à elle seule ?

Une formation intégrée au cursus universitaire encore peu suffisante pour les pharmaciens

Lors de la précédente enquête, les pharmaciens interrogés, ayant suivi une formation en ETP au cours de leur cursus universitaire, ont mis en avant que cette formation offre des bases théoriques, mais que sa mise en pratique est plus complexe, soulignant ainsi un possible manque d'expérience pratique. Les résultats obtenus lors de cette deuxième enquête révèlent que les

pharmaciens ont un sentiment mitigé quant à leur niveau de formation. Dans ce contexte, il est légitime de se questionner sur la nécessité de revoir les programmes d'études en pharmacie afin de mieux relever les défis de santé publique auxquels la France est confrontée, à l'instar de ce qui se fait déjà dans la province du Québec au Canada (133).

Une communication interprofessionnelle considérée comme moyenne par les pharmaciens

D'après les résultats obtenus, les pharmaciens jugent que la qualité de la communication interprofessionnelle est globalement dans la moyenne haute. Toutefois, une analyse comparée avec la médiane des réponses révèle que la médiane est plus élevée que la moyenne, suggérant ainsi qu'un nombre significatif de pharmaciens ont exprimé des évaluations plus basses, se rapprochant davantage de 1. Malgré le développement croissant des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) et des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), visant à améliorer la coordination entre les professionnels de santé, il est légitime de se demander si les pharmaciens sont pleinement intégrés dans ces structures. En effet, les pharmaciens jouent un rôle crucial dans la prise en charge du patient dans son parcours de soins, notamment du fait que ce dernier doit régulièrement revenir à la pharmacie pour récupérer son traitement, facilitant ainsi le suivi de sa prise médicamenteuse. Par ailleurs, il convient de noter l'absence d'un enseignement spécifique à la communication interprofessionnelle dans les programmes d'études de pharmacie en France, contrairement au Québec où une telle formation est dispensée aux étudiants (133).

Pour autant les pharmaciens sont plutôt pour la possibilité que le médecin prescrive une action éducative à réaliser avec son pharmacien

Le manque de temps représente le frein le plus important pour les pharmaciens

Selon les résultats de l'enquête, le principal obstacle identifié est le manque de temps. En quantifiant la différence en pourcentage entre ce manque de temps et les autres obstacles, on constate que celui présentant la plus faible disparité est la difficulté d'organisation. Ces deux problèmes semblent donc être interconnectés, car des difficultés organisationnelles peuvent être perçues comme une forme de manque de temps, et vice versa. En revanche, le manque de personnel et de motivation se démarque avec une disparité significative. Il est légitime de se demander si le défi pour les pharmaciens ne réside pas dans l'organisation de ces initiatives éducatives plutôt que dans une pénurie de temps due à une insuffisance de ressources humaines. En ce qui concerne le manque d'espace, il présente la plus grande disparité, ce qui peut s'expliquer par l'exigence actuelle selon laquelle les pharmaciens doivent disposer d'un espace de confidentialité dans leur officine.

Par ailleurs, bien que le financement n'ait pas été identifié comme l'obstacle le plus important, il reste néanmoins significatif, car la différence quantitative avec le manque de temps est minime. En dehors du manque d'espace, du manque de personnel et du manque de motivation, les autres obstacles semblent revêtir une importance similaire pour les pharmaciens.

Une forte motivation à implémenter des actions éducatives

Selon les résultats de l'enquête, il ressort clairement qu'une grande majorité des pharmaciens interrogés sont en faveur de l'implémentation d'une démarche de ce type. D'autant plus qu'ils sont une partie à avoir mentionné le fait d'en avoir déjà mis en place dans leur officine ou d'avoir prévu d'en mettre en place.

Par ailleurs, en proposant un modèle d'accompagnement à la mise en place de ce type de démarche, on peut noter que parmi les 6 répondants initialement peu motivés à la mise en œuvre d'actions éducatives, 4 ont indiqué que la création d'un modèle pourrait les encourager, tandis que les 2 autres ont affirmé que cela ne les encouragerait pas du tout. Il est donc crucial de fournir aux pharmaciens les moyens nécessaires pour mettre en œuvre cette démarche tout en tenant compte des obstacles rencontrés par ces derniers dans leur quotidien.

Une localisation plutôt rurale

L'emplacement de la pharmacie revêt une importance particulière, car la distance géographique crée des obstacles supplémentaires à l'accès à l'éducation thérapeutique, notamment pour les patients résidant en zone rurale. Les problèmes d'accès sont également présents en milieu urbain, en raison notamment de la limitation du nombre de places dans les programmes d'éducation thérapeutique. Cette contrainte vient s'ajouter au milieu rural, constituant ainsi un double défi pour le milieu rural. Or, la Nouvelle-Aquitaine est principalement constituée de zones rurales et abrite une population vieillissante.

Cependant, les résultats de l'enquête révèlent que la majorité des pharmaciens ayant répondu au questionnaire exercent dans des zones rurales, voire semi-rurales. Cela représente une opportunité pour le développement de telles initiatives dans les zones rurales grâce à la participation des pharmaciens d'officine.

Des outils simples sont préférés par les pharmaciens pour les aider mettre en place des actions éducatives

Les résultats de l'enquête révèlent que la plupart des pharmaciens ont opté pour des outils simples à prendre en main, tels que des fiches synthétiques, des vidéos ou des éléments à remplir tel que des tableaux, des schémas. Ce choix est étroitement lié à la contrainte de manque de temps, évoquée comme principal obstacle. En effet, les pharmaciens ont besoin d'outils pratiques et faciles à utiliser pour gérer efficacement leur temps.

En ce qui concerne l'évaluation, la majorité des pharmaciens ont exprimé leur préférence pour la création d'une section dédiée à cette fin directement sur le LGO. Cette approche vise également à simplifier les procédures pour les pharmaciens, étant donné que le LGO est l'outil quotidiennement utilisé dans leur pratique.

IV. Préconisations et proposition d'outils

En se basant sur les résultats de cette enquête, il est pertinent de proposer des outils visant à rendre la pratique des actions éducatives en officine plus adaptée. De plus, il est opportun d'envisager les perspectives concernant l'évolution du rôle du pharmacien dans cette démarche.

1. Proposition d'outils

Concernant les outils mis en évidence dans les résultats, il est clair qu'il est indispensable de proposer des outils simples à utiliser et d'offrir un soutien aux pharmaciens via un modèle pour optimiser leur efficacité mais aussi pour répondre à la problématique du manque de temps. Étant donné que le Logiciel de Gestion Officinale est leur outil de travail quotidien, il serait intéressant que les pharmaciens puissent accéder directement à ces outils via ce dernier. Il serait ainsi avantageux de rendre les outils d'ETP facilement et gratuitement accessibles sur le LGO, en les organisant selon les points clés d'une action éducative. Cela inclurait la posture éducative, l'évaluation des besoins éducatifs, la définition des objectifs éducatifs, les diverses techniques éducatives et l'évaluation des acquis. De plus, il serait également intéressant de classer certains outils par pathologie ou par thématique, telles que le sevrage tabagique, la préparation d'un voyage ou l'adhésion thérapeutique.

Par ailleurs, l'évaluation des connaissances acquises par les patients ainsi que de leurs besoins éducatifs pourrait être intégrée dans une section directement accessible aux pharmaciens via le LGO. En effet ces deux points pourraient être abordé avec le patient directement au comptoir lors du renouvellement de médicaments et donc il serait plus facile pour le pharmacien d'y accéder via son LGO.

Enfin, pour d'évaluer la pertinence et la cohérence des différents outils, il serait nécessaire de les évaluer dans la pratique au moyen de questionnaires adressés aux pharmaciens et aux patients. De plus, une grille d'évaluation pourrait être conçu comprenant des critères de qualité spécifiques à l'action éducative afin d'interrogés les pharmaciens sur la mise en pratique de ces différents outils.

2. Perspectives

À la lumière des conclusions tirées des deux enquêtes et des recherches menées, plusieurs pistes méritent d'être explorées dans un avenir proche. Il serait pertinent d'envisager la mise en place de séances éducatives sur des pathologies fréquemment rencontrées en France, telles que le diabète de type 2, en s'inspirant des initiatives menées en Pays de la Loire et en Centre-Val de Loire pour les adapter à la Nouvelle-Aquitaine.

Pour renforcer les compétences des pharmaciens dans la coordination avec les autres professionnels de la santé, il serait judicieux d'adapter le programme d'études des étudiants en pharmacie en mettant davantage l'accent sur ces aspects, à l'instar de ce qui se fait déjà au Canada, notamment dans la région du Québec. Par ailleurs, concernant la formation en Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) des étudiants en santé, l'organisation d'ateliers d'ETP regroupant des étudiants issus de diverses filières pourrait se révéler particulièrement enrichissante.

Dans cette optique, promouvoir le travail interdisciplinaire dans les zones rurales afin de développer des actions éducatives, tout en tirant parti des réseaux locaux pour leur mise en œuvre, serait bénéfique et permettrait de répartir le travail entre les différents acteurs. Ainsi le pharmacien pourrait jouer un rôle central dans la coordination de telles initiatives (59).

Conclusion

La prise en charge des patients évolue et tend vers un modèle axé sur l'accompagnement de ce dernier, le plaçant au cœur de sa prise en charge ce qui nécessite une redéfinition du rôle du pharmacien dans le parcours de soin. En France, le maillage officinal dense offre une opportunité unique pour faciliter l'accès des patients à des actions éducatives visant à améliorer leur prise en charge, grâce à la proximité des pharmaciens avec la population.

De plus, la formation des étudiants en Nouvelle-Aquitaine inclut systématiquement l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP), ce qui constitue un avantage considérable pour la mise en œuvre de ces actions.

Malgré les obstacles rencontrés, les pharmaciens de Nouvelle-Aquitaine témoignent d'une motivation certaine. Cependant, il est impératif de trouver un juste équilibre pour surmonter ces défis et permettre l'implémentation de ces actions en officine. Bien que le financement ne soit pas le principal obstacle évoqué par les pharmaciens, il demeure néanmoins crucial.

Pour assurer une prise en charge globale du patient en officine et reconnaître les compétences du pharmacien, il serait judicieux de rémunérer principalement ce dernier pour ses interventions, notamment dans le cadre des actions éducatives. Cette évolution de la profession pourrait contribuer à rendre plus attrayante la filière officine, souvent dévalorisée.

La coordination revêt une importance primordiale dans le travail du pharmacien contemporain. Il est donc essentiel de fournir aux professionnels de santé, y compris les pharmaciens, les moyens d'intégrer des structures favorisant les échanges et le développement du lien entre la ville et l'hôpital.

La proposition d'un modèle intégrant des outils simples, répondant aux contraintes spécifiques de l'officine, pourrait grandement aider les pharmaciens dans leur démarche.

Les dernières actualités du monde officinal nous montrent que l'officine doit se réinventer face aux contraintes économiques aujourd'hui imposées. De plus les chiffres sur l'observance mais aussi l'augmentation du nombre de maladie chronique parlent d'eux même et dans ce sens il est urgent de changer nos pratiques tendant vers un modèle biopsychosociale axé sur l'accompagnement des patients.

Ce travail de thèse met en lumière un levier d'engagement avec des professionnels prêts à s'engager à l'échelle de la plus grande région de France. Il semble alors urgent et pertinent aux regards de ces données, d'intégrer cette démarche dans les discussions et décisions syndicales et ministérielles afin d'avancer dans cette voie.

Bibliographie

1. Michel CHASSANG, Anne GAUTIER. Les maladies chroniques. 2019.
2. Agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine. Projet régionale de santé Nouvelle-Aquitaine 2018-2028 - Bilan 2018-2022 [Internet]. 2022 [cité 21 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/media/102308/download?inline>
3. Institut national de la statistique et des études économiques. En Nouvelle-Aquitaine, des personnes âgées dépendantes toujours plus nombreuses d'ici 2030 - Analyses Nouvelle-Aquitaine [Internet]. 2020 [cité 29 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4294178>
4. Derek Bolton. Le modèle biopsychosocial et le nouvel humanisme médical. Arch Philos. 2020;Tome 83(4):13-40.
5. La rédaction du site vie-publique.fr. vie-publique.fr. 2022 [cité 30 avr 2023]. Accès aux soins : rétablir l'équité territoriale face aux déserts médicaux. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/en-bref/284823-acces-aux-soins-quelle-equite-territoriale-face-aux-deserts-medicaux>
6. Agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine. Nouveau zonage médecins en Nouvelle-Aquitaine en 2022 [Internet]. 2022 [cité 30 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/nouveau-zonage-medecins-en-nouvelle-aquitaine-en-2022>
7. Haute Autorité de Santé. Évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques - Actualisation de l'analyse de la littérature.pdf. 2018 juin.
8. Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé. 2007 [cité 21 juin 2023]. Éducation thérapeutique du patient (ETP). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
9. Isabelle Aujoulat, Brigitte Sandrin. De l'éducation thérapeutique à la promotion de la santé : de quoi parlons-nous ? [Internet]. Congrès Santé Éducation présenté à; 2019 janv 31 [cité 30 juill 2023]; Paris. Disponible sur: <https://www.afdet.net/wp-content/uploads/2019/02/etp-et-promotion-de-la-sant-de-quoi-parlons-nous-i.-aujoulat-b.-sandrinn.pdf>
10. Mélanie PUBERT, Olivier DA SILVA, Julien GIRAUD. Estimation des besoins potentiels en éducation thérapeutique du patient. 2023.
11. Manon Averty. 3S Santé. 2023 [cité 1 mai 2023]. Chiffres clés sur les pharmaciens et professionnels d'officine. Disponible sur: <https://www.3ssante.com/chiffres-cles-pharmaciens-france/>
12. Ordre National des Pharmaciens. Demographie pharmacie.pdf. 2020.
13. Légifrance. legifrance.gouv.fr. 2018 [cité 2 juill 2023]. Décret n° 2018-841 du 3 octobre 2018 relatif aux conseils et prestations pouvant être proposés par les pharmaciens d'officine dans le but de favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes - Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037466340>
14. Ordre National des Pharmaciens. Enquête quantitative sur l'image et l'attachement des français à la profession de pharamcien.pdf. Diaporama présenté à; 2009 nov 10.
15. S. Bedhomme, B. Roche, M. Ramin, I. Tauveron, B. Vennat. Place du pharmacien d'officine dans l'éducation thérapeutique du patient diabétique. Médecine Mal Métaboliques. nov 2012;6(5):435-40.
16. Légifrance. legifrance.gouv.fr. 2004 [cité 28 juin 2023]. Article R4235-5 - Code de la santé publique - Légifrance. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913655
17. Légifrance. legifrance.gouv.fr. [cité 28 juin 2023]. Article 38 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879490

18. Légifrance. [legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2012/5/4/ETSS1220861A/jo/texte). 2012 [cité 28 juin 2023]. Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2012/5/4/ETSS1220861A/jo/texte>
19. Légifrance. [legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=tT9uN41nbUewKCyD-5-URRpucZL3Mlbpj7jP75Oh_3g=). 2027 [cité 27 juin 2023]. L'avenant 11 de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=tT9uN41nbUewKCyD-5-URRpucZL3Mlbpj7jP75Oh_3g=
20. Légifrance. [legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020892069/2009-07-23). 2009 [cité 21 juin 2023]. Article L1161-1 - Code de la santé publique - Légifrance. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020892069/2009-07-23
21. Légifrance. [legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020892065). 2009 [cité 21 juin 2023]. Article L1161-3 - Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020892065
22. Légifrance. [legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043189686). 2021 [cité 19 août 2023]. Arrêté du 26 février 2021 modifiant l'arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, mentionnées à l'article L. 5125-5 du code de la santé publique - Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043189686>
23. E.Molins, F.Tinquaut, M.Oriol, V.Rousset, J.Okala, P.Fournel, et al. Pourquoi les patients ne suivent-ils pas nécessairement les conseils que nous leur donnons ? L'éducation thérapeutique est-elle une réponse au problème d'observance ? *Médecine Mal Métaboliques*. 1 févr 2012;6(1):66-71.
24. Haute Autorité de Santé. Proposer des temps d'éducation thérapeutique en lien avec la stratégie thérapeutique. 2015.
25. Anne-Françoise Pauchet-Traversat (Haute Autorité de Santé). De l'activité éducative au programme d'éducation thérapeutique du patient. Diaporama présenté à; Blois.
26. Haute Autorité de Santé. Éducation Thérapeutique du Patient: Évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladie chronique. 2018.
27. Wubben DP, Vivian EM. Effects of pharmacist outpatient interventions on adults with diabetes mellitus: a systematic review. *Pharmacotherapy*. avr 2008;28(4):421-36.
28. Mitchell B, Armour C, Lee M, Song YJ, Stewart K, Peterson G, et al. Diabetes Medication Assistance Service: The pharmacist's role in supporting patient self-management of type 2 diabetes (T2DM) in Australia. *Patient Educ Couns*. 1 juin 2011;83(3):288-94.
29. Pousinho S, Morgado M, Falcão A, Alves G. Pharmacist Interventions in the Management of Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Manag Care Spec Pharm*. mai 2016;22(5):493-515.
30. Mahdavi H, Esmaily H. Impact of educational intervention by community pharmacists on asthma clinical outcomes, quality of life and medication adherence: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Pharm Ther*. 2021;46(5):1254-62.
31. Putman B, Coucke L, Vanoverschelde A, Mehuys E, Lahousse L. Community pharmacist counseling improves adherence and asthma control: a nationwide study. *BMC Health Serv Res*. 26 janv 2022;22(1):112.
32. Bereznicki B, Peterson G, Jackson S, Walters EH, Gee P. The sustainability of a community pharmacy intervention to improve the quality use of asthma medication. *J Clin Pharm Ther*. avr 2011;36(2):144-51.
33. Saini B, LeMay K, Emmerton L, Krass I, Smith L, Bosnic-Anticevich S, et al. Asthma disease management—Australian pharmacists' interventions improve patients' asthma knowledge and this is sustained. *Patient Educ Couns*. 1 juin 2011;83(3):295-302.
34. Mahmoud A, Mullen R, Penson PE, Morecroft C. The management of asthma in adult patients in the community pharmacy setting: Literature review. *Res Soc Adm Pharm*. 1 nov 2021;17(11):1893-906.

35. Saba M, Diep J, Saini B, Dhipayom T. Meta-analysis of the effectiveness of smoking cessation interventions in community pharmacy. *J Clin Pharm Ther.* juin 2014;39(3):240-7.
36. Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(1):CD003698.
37. Clifford S, Barber N, Elliott R, Hartley E, Horne R. Patient-centred advice is effective in improving adherence to medicines. *Pharm World Sci.* 1 juin 2006;28(3):165-70.
38. Kooij MJ, Heerdink ER, van Dijk L, van Geffen ECG, Belitser SV, Bouvy ML. Effects of Telephone Counseling Intervention by Pharmacists (TelCIP) on Medication Adherence; Results of a Cluster Randomized Trial. *Front Pharmacol [Internet].* 2016 [cité 30 juill 2023];7. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphar.2016.00269>
39. Bacci JL, Marcum ZA, Rodriguez P, Hansen RN, Bansal A, Pfund T, et al. Community pharmacist intervention to optimize statin adherence in diabetes care: The GuIDE-S study. *J Am Pharm Assoc JAPhA.* 2023;63(3):946-51.
40. Fahs IM, Hallit S, Rahal MK, Malaeb DN. The Community Pharmacist's Role in Reducing Cardiovascular Risk Factors in Lebanon: A Longitudinal Study. *Med Princ Pract.* mars 2019;27(6):508-14.
41. Omboni S, Caserini M. Effectiveness of pharmacist's intervention in the management of cardiovascular diseases. *Open Heart.* 3 janv 2018;5(1):e000687.
42. Santschi V, Chioloro A, Colosimo AL, Platt RW, Taffé P, Burnier M, et al. Improving blood pressure control through pharmacist interventions: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Heart Assoc.* 10 avr 2014;3(2):e000718.
43. Sharma S, Kc B, Alrasheedy AA, Kaundinyayana A, Khanal A. Impact of community pharmacy-based educational intervention on patients with hypertension in Western Nepal. *Australas Med J.* 2014;7(7):304-13.
44. Ayogu EE, Yahaya RI, Isah A, Ubaka CM. Effectiveness of a pharmacist-led educational intervention on health outcomes in hypertension management at community pharmacies in Nigeria: A two-arm parallel single-blind randomized controlled trial. *Br J Clin Pharmacol.* févr 2023;89(2):649-59.
45. Pande S, Hiller JE, Nkansah N, Bero L. The effect of pharmacist-provided non-dispensing services on patient outcomes, health service utilisation and costs in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev.* 28 févr 2013;2013(2):CD010398.
46. Feldmann JD, Otting RI, Otting CM, Witry MJ. A community pharmacist-led service to facilitate care transitions and reduce hospital readmissions. *J Am Pharm Assoc JAPhA.* 2018;58(1):36-43.
47. Nicolet L, Gosselin S, Louise Mallet L. La déprescription des benzodiazépines chez la personne âgée. *Pharm Hosp Clin.* mars 2016;32(1):10-6.
48. Lehmann A, Janoly-Dumenil A, Baudrant-Boga M, Allenet B. Pharmacien et éducation thérapeutique du patient : quelles pratiques sur le territoire français ? *Pharm Hosp Clin.* 1 mars 2016;51(1):9-16.
49. M. d'Elbée, M. Baumevielle, C. Dumartin. Missions de coopération introduites par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » : participation des pharmaciens d'officine en Aquitaine. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* 1 juin 2017;65(3):231-9.
50. Schaepmeester A de. Etats des lieux et perspectives sur l'implication du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient = State of the art and perspectives on the pharmacist's involvement in the therapeutic education of the patient [Internet]. Limoges; 2020 [cité 2 juill 2023]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-113607>
51. Marine V. Evaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient post-infarctus à l'officine : le programme ETOPPIA.
52. URPS Pharmaciens Pays de la Loire. urpspharmaciens-pdl.com. 2024 [cité 15 févr 2024]. Patient diabétique de type 2 : rôle du pharmacien. Disponible sur: <https://urpspharmaciens-pdl.com/les-projets/projet-diabete/>
53. URPS Pharmaciens Pays de la Loire. Newsletter n°6 [Internet]. 2016 [cité 15 févr 2024]. Disponible sur: <https://urpspharmaciens-pdl.com/wp-content/uploads/2019/08/urps->

pharmaciens-pdl-newsletter-12-16.pdf

54. Halimi S. Comment aborder sérieusement la question des dépenses de santé liées aux diabètes ? Un congrès SFD 2013 à l'image des problématiques et des enjeux. Elsevier Masson [Internet]. mars 2013 [cité 16 févr 2024];7(2). Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/792507/pdf/comment-aborder-serieusement-la-question-des-depen>
55. Matthieu Vandendriessche. Cahier 1 - N° 3355: L'éducation thérapeutique rémunérée en région Paca. Le Moniteur des pharmacies; 2021.
56. Moisson P. Accompagnement des patients à risque d'inobservance à l'officine grâce au déploiement du projet Pharm'Observance : évaluation de l'implication des officinaux dans ce programme [Internet]. Faculté de pharmacie Aix-Marseille; 2021 [cité 9 juill 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03368009>
57. L'Ordre National des Pharmaciens. La coopération interprofessionnelle. 2016.
58. Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé. oscarssante.org. 2015 [cité 9 juill 2023]. CADUCITE - Education Thérapeutique - Diabète - Programme « Mon diabète ? Je le Gers ! ». Disponible sur: <https://www.oscarssante.org/occitanie/action/detail/7244>
59. Fougère E, Delavaud JM, Filloux C, Danigo A, Fagnère C, Jost J, et al. Intérêt d'une séance éducative « flash » coordonnée par des pharmaciens d'officine pour des patients âgés diabétiques de type 2 en milieu rural. Therapies [Internet]. 23 janv 2024 [cité 28 mars 2024]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0040595724000064>
60. Liège A. Quels sont les rôles des pharmaciens d'officine dans l'organisation de l'ETP en Nouvelle-Aquitaine ? : freins et leviers. 22 sept 2023;103.
61. P. Lartiguet, O. Gross, X. de la Tribonnière. Le patient partenaire, acteur de l'équipe. In: Pratiquer l'éducation thérapeutique [Internet]. 2^e éd. Elsevier Masson; 10/23 [cité 5 janv 2024]. p. 128. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/education-therapeutique-le-patient-partenaire>
62. Pellecchia A, Gagnayre R. L'art comme support dans l'éducation thérapeutique des personnes atteintes de cancer : résultats d'une étude exploratoire. Pédagogie Médicale. 1 févr 2010;11(1):57-66.
63. Lefève C. De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical. Rev Métaphys Morale. 2014;82(2):197-221.
64. Simon E. Écoute active. In: Les concepts en sciences infirmières [Internet]. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 12 janv 2024]. p. 310-1. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-p-310.htm>
65. Simon E. Empathie. In: Les concepts en sciences infirmières [Internet]. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 12 janv 2024]. p. 168-71. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-p-168.htm>
66. WANQUET-THIBAUT P, FLAMAND-ROZE C. Dans les arcanes du système nerveux. Infirmière Magazine [Internet]. sept 2016 [cité 27 janv 2024];(374). Disponible sur: <https://www.espaceinfirmier.fr/media/ed1/70d2b489a8015dde8d266dd68ec7a/articlesINM374.pdf>
67. Hermann A. Apports théoriques de la communication dans les interactions pharmacien-patient à l'officine. Université de Rouen; 2015.
68. Mateo MC. Alliance thérapeutique. In: Les concepts en sciences infirmières [Internet]. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 11 janv 2024]. p. 64-6. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-p-64.htm>
69. Valot L, Lalau JD. L'alliance thérapeutique. Médecine Mal Métaboliques. 1 déc 2020;14(8):761-7.
70. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Genève: WHO; 2003. 198 p.

71. Cercle de Réflexion de l'Industrie Pharmaceutique. Améliorer l'observance: traiter mieux et moins cher. 2014.
72. Lawrence DB, Ragucci KR, Long LB, Parris BS, Helfer LA. Relationship of oral antihyperglycemic (sulfonylurea or metformin) medication adherence and hemoglobin A1c goal attainment for HMO patients enrolled in a diabetes disease management program. *J Manag Care Pharm JMCP*. 2006;12(6):466-71.
73. Clifford S, Barber N, Elliott R, Hartley E, Horne R. Patient-centred advice is effective in improving adherence to medicines. *Pharm World Sci*. 1 juin 2006;28(3):165-70.
74. Debout C. Compliance. In: Les concepts en sciences infirmières [Internet]. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 12 nov 2023]. p. 112-4. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-p-112.htm>
75. Debout C. Observance. In: Les concepts en sciences infirmières [Internet]. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 12 nov 2023]. p. 226-8. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-p-226.htm>
76. Debout C. Adhésion thérapeutique. In: Les concepts en sciences infirmières [Internet]. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 12 nov 2023]. p. 50-3. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-p-50.htm>
77. Mosnier-Pudar H. Pourquoi les patients ne suivent-ils pas nécessairement les conseils que nous leur donnons? L'éducation thérapeutique est-elle une réponse au problème d'observance? *Médecine Mal Métaboliques*. févr 2012;6(1):66-71.
78. Wallonia e-health Living Lab (WeLL). well-livinglab.be. 2018 [cité 15 févr 2024]. Les notions de schéma et d'alliance thérapeutiques pour comprendre l'adhésion du patient. Disponible sur: <http://well-livinglab.be/notions-de-schema-dalliance-therapeutiques-comprendre-ladhesion-patient/>
79. Kardas P, Lewek P, Matyjaszczyk M. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Front Pharmacol*. 25 juill 2013;4:91.
80. Carré P. Bandura : une psychologie pour le XXIe siècle ? *Savoirs*. 2004;Hors série(5):9.
81. Guerrin B. Albert Bandura et son œuvre. *Rech Soins Infirm*. 2012;108(1):106-16.
82. Schneider MP, Herzig L, Hampai DH, Bugnon O. Adhésion thérapeutique du patient chronique : des concepts à la prise en charge ambulatoire. *Rev Med Suisse*. 15 mai 2013;386(19):1032-6.
83. Munro S, Lewin S, Swart T, Volmink J. A review of health behaviour theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? *BMC Public Health*. 11 juin 2007;7(1):104.
84. Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal EA. Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cogn Ther Res*. 1 avr 1992;16(2):143-63.
85. Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res*. déc 1999;47(6):555-67.
86. Horne R, Weinman J, Hankins M. The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychol Health*. janv 1999;14(1):1-24.
87. Robin-Quach P. Connaître les représentations du patient pour optimiser le projet éducatif. *Rech Soins Infirm*. 2009;98(3):36-68.
88. Mikolajczak M, Quoidbach J, Kotsou I. Les compétences émotionnelles [Internet]. Dunod; 2020 [cité 29 mars 2024]. Disponible sur: <https://univ.scholarvox.com/book/88920955>
89. GOLOUBOFF N. La reconnaissance des émotions faciales- Développement chez l'enfant sain et épileptique.pdf. Paris Descartes - Institut de Psychologie; 2077.
90. Farnier J, Shankland R, Kotsou I, Inigo M, Rosset E, Leys C. Empowering Well-Being: Validation of a Locus of Control Scale Specific to Well-Being. *J Happiness Stud* [Internet].

- 2021 [cité 6 avr 2024];22(8). Disponible sur: <https://link.springer.com/epdf/10.1007/s10902-021-00380-7>
91. Bruchon-Schweitzer M. Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress: Rech Soins Infirm. 1 déc 2001;N° 67(4):68-83.
 92. Andre Giordan. Infracognitif en ETP. 2009.
 93. Giordan A, Golay A, Jacquemet S. Communication thérapeutique. 1996;16(4):189-93.
 94. Pellaud F. L'analogie « Allosthérique » vers un modèle cognitif de l'apprendre [Internet]. [cité 5 avr 2024]. Disponible sur: https://www.prog-tournesol.com/IMG/pdf/Differentes_pedagogies.pdf
 95. Golay A, Lagger G, Giordan A. Une éducation thérapeutique en quatre dimensions pour diminuer la résistance au changement des patients obèses. Médecine Mal Métaboliques. mars 2007;1(1):69-76.
 96. Centre d'éducation du patient. educationdupatient.be. 2016 [cité 4 nov 2023]. Les modèles explicatifs des comportements de santé. Disponible sur: <https://www.educationdupatient.be/index.php/education-du-patient/que-vit-le-patient/croyances-et-hbm>
 97. Robin-Quach P. Connaître les représentations du patient pour optimiser le projet éducatif: Rech Soins Infirm. 1 sept 2009;N° 98(3):36-68.
 98. Gaston Godin. L'éducation pour la santé: les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. mars 1991;9(1).
 99. Bruchon-Schweitzer M, Boujut É. 5. Des croyances aux comportements : conceptions et modèles. In: Psychologie de la santé [Internet]. Paris: Dunod; 2021 [cité 12 sept 2023]. p. 373-432. (Psycho Sup; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychologie-de-la-sante--9782100802012-p-373.htm>
 100. Fischer GN, Tarquinio C, Dodeler V. Chapitre 2. Modèles et théories en psychologie de la santé. In: Les bases de la psychologie de la santé [Internet]. Paris: Dunod; 2020 [cité 4 nov 2023]. p. 39-68. (Psycho Sup). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-bases-de-la-psychologie-de-la-sante--9782100793204-p-39.htm>
 101. J.-S. Giraudet et coll. Annonce du diagnostic de maladie chronique à un patient [Internet]. 2006 [cité 21 janv 2024]. Disponible sur: http://www.asso-e3m.fr/wp-content/uploads/2016/05/nat_fmc_annonce_maladie-chronique.pdf
 102. Leusch M. Mesure d'association entre l'engagement en tant que patient partenaire pour ses propres soins et le processus de résilience chez le malade chronique. 2019;
 103. Centre d'éducation du patient. educationdupatient.be. 2016 [cité 21 janv 2024]. Le processus de deuil. Disponible sur: <https://www.educationdupatient.be/index.php/education-du-patient/que-vit-le-patient/le-deuil>
 104. Vincent I, Loaëc A, Fournier C. Modèles et pratiques en éducation du patient: apports internationaux. In Paris: INPES éd; 2009. p. 172. (Dossiers Séminaires).
 105. Larousse É. larousse.fr. [cité 16 janv 2024]. Définitions : compétence. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/comp%C3%A9tence/17648>
 106. Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient Comment la proposer et la réaliser ? 2007.
 107. Article 51 - LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (1) - Légifrance [Internet]. [cité 16 janv 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/JORFARTI000031701024/
 108. Article R245-7 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. [cité 16 janv 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000018782122/
 109. Ministère des économies de la finance et de la relance. Guide ministérielle du proche aidant. 2021.
 110. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux. Le soutien des aidants non professionnels. 2014.
 111. Debsi F. Education thérapeutique: Implication en pneumologie.

112. Giordan A. Éducation thérapeutique du patient : les grands modèles pédagogiques qui les sous-tendent: Therapeutic patient education: The main learning models which underlie them. *Médecine Mal Métaboliques*. 1 mai 2010;4(3):305-11.
113. Martinez ML. Le socio-constructivisme et l'innovation en français. *Pratiques*. 1989;63(1):37-62.
114. Dupl a E, Talaat N. Connectivisme et formation en ligne. Étude de cas d'une formation initiale d'enseignants du secondaire en Ontario. *Distances Savoirs*. 2011;9(4):541-64.
115. Quinio F. Les outils pédagogiques en ETP.
116. Buxeraud J, Faure S. Documentation à l'usage de l'équipe officinale (1/2). *Actual Pharm*. 1 sept 2019;58(588, Supplement):29-30.
117. Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé Nouvelle-Aquitaine (IREPS). Catalogue d'outils pédagogiques: Supports pour l'animation de groupe ou l'accompagnement individuel [Internet]. [cité 26 janv 2024]. Disponible sur: <https://irepsna.org/wp-content/uploads/2022/08/Catalogue-IREPS-NA-ETP-juillet-2022.pdf>
118. Centre de formation ICPEM. Outils et ressources d'apprentissage pour l'éducation thérapeutique [Internet]. [cité 26 janv 2024]. Disponible sur: <https://ipcem.org/img/fichiers/CataOutilsIpcemNEW7.pdf>
119. Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé Occitanie (IREPS) Centre Régional d'Études, d'Actions et d'Informations - Observatoire régional de la Santé (CREAIS-ORS) d'Occitanie. doccitanie-sante.fr. [cité 26 janv 2024]. Outilthèque numérique : Éducation Thérapeutique du Patient (ETP). Disponible sur: <https://doccitanie-sante.fr/les-supports-pedagogiques/catalogues-doutils/outitheque-numerique/outitheque-numerique-education-therapeutique-du-patient-etp/>
120. Comité Régional d'éducation pour la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (CRES PACA). cres-paca.org. [cité 26 janv 2024]. La mallette PLANETE : un outil de promotion de l'activité physique en ETP. Disponible sur: <https://www.cres-paca.org/publications-2/outils-pedagogiques-etudes-webinaires/la-mallette-planete--un-outil-de-promotion-de-lactivite-physique-en-etp>
121. CESPARM. cespharm.fr. [cité 1 févr 2024]. Espace thématique. Disponible sur: <https://www.cespharm.fr/prevention-sante/Espace-thematique>
122. Hôpitaux Universitaire Genève (HUG). hug.ch. 2022 [cité 1 févr 2024]. L'entretien motivationnel. Disponible sur: <https://www.hug.ch/elips/entretien-motivationnel>
123. Blanchet É. Intérêt de l'entretien motivationnel dans l'éducation thérapeutique du patient Application de cette méthode de communication dans la mise en oeuvre des entretiens pharmaceutiques à l'officine. Université de Tours; 2013.
124. Satge J, Gremeaux V, Guiraud T, Granger R, Pathak A, Labrunee M. Comment optimiser l'alliance thérapeutique autour de l'activité physique dans les maladies cardiovasculaires ? *Lett Médecine Phys Réadapt*. 29 mars 2013;29.
125. Haute Autorité de Santé. Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »: Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente. 2014.
126. Gastaldi G, Girardin S. Diabète et conduite : réflexions et atelier pratique. *Rev Med Suisse*. 6 juin 2012;344(22):1204-10.
127. De Ketele JM. L'évaluation et le curriculum : les fondements conceptuels, les débats, les enjeux. *Doss Sci L'éducation*. 1 avr 2011;(25):89-106.
128. Debatty I. 1000 & 1 FACETTES de L'ÉVALUATION en ETP. 9ème rencontres d'éducation thérapeutique;
129. Éducation Thérapeutique du Patient en Nouvelle-Aquitaine (ETHNA). ethna.net. 2023 [cité 1 févr 2024]. Carte des programmes ETP, structures ressources ETP et associations de patients - ETHNA. Disponible sur: <https://ethna.net/agenda/130/cartographie-des-programmes-etp>
130. URPS PHARMACIENS Nouvelle-Aquitaine. urps-pharmaciens-na.fr. [cité 13 févr 2024]. Qui sommes-nous ? Disponible sur: <https://www.urps-pharmaciens-na.fr/qui-sommes->

nous/

131. Union de syndicats de pharmaciens d'officine (USPO). upso.fr. [cité 13 févr 2024]. Qui sommes nous ? Disponible sur: <https://uspo.fr/union-de-syndicats-de-pharmaciens-d-officine/>

132. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021. (Les dossiers de la DRESS). Report No.: 76.

133. Duran C. Le métier de pharmacien d'officine: comparaison entre la France et la province du Québec. Rouen Normandie; 2019.

Fiche 2. Proposer des temps d'éducation thérapeutique en lien 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'acquérir et de mobiliser fréquemment des compétences d'autosoins 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 sur une compétence, personnalisées et réalisées lors d'une séance dédiée en individuel ou en groupe qui peut être renforcée par une autre séance si besoin.

- ▶ **Apprentissage d'une autosurveillance, automesure, auto-évaluation** : repérage de signes ou symptômes d'alerte, mesure de la glycémie, de la pression artérielle, de symptômes respiratoires, du poids, des œdèmes, auto-examen des pieds, analyse de résultats d'exams, suite de soins après une chirurgie ambulatoire.
- ▶ **Gestion quotidienne des traitements médicamenteux.**
- ▶ **Application d'une conduite à tenir face à un signe d'alerte, une crise** : plan de traitement, recours à bon escient à un professionnel de santé, au service des urgences, technique de verticalisation après une chute, développement d'un sentiment de sécurité face à la maladie.
- ▶ **Apprentissage d'une pratique ou technique de soin avec ou sans utilisation d'un appareillage** : injection d'insuline, manipulation du débitmètre de pointe, réfection d'un pansement simple, apprentissage des déplacements et/ou changements de position.
- ▶ **Changements du mode de vie** : mise en œuvre d'exercices physiques ou d'une activité physique, d'un équilibre alimentaire.
- ▶ **Adaptation de sa thérapeutique à un autre contexte de vie** : voyage, sport, grossesse.
- ▶ **Adaptation à la maladie** : faisabilité d'un projet de vie personnelle, professionnelle, familial.
- ▶ **Préparation à une participation à un programme d'ETP** : expliquer les buts de l'ETP, ses bénéfices, et débiter par l'apprentissage d'une compétence de sécurité.
- ▶ **Compréhension de la maladie, mise en lien des problèmes de santé avec les thérapeutiques et les soins.**
- ▶ **Compréhension et utilisation des ressources du système de santé pour prendre soin de soi** : accès, compréhension, utilisation, interactions avec les professionnels.
- ▶ **Analyse avec le patient de divers incidents**, en particulier celui qui l'a amené aux urgences ou à consulter en dehors d'un suivi planifié.
- ▶ **Soutien des apprentissages ou maintien des compétences d'autosoins ou d'adaptation à la maladie** dans le cadre de l'organisation d'un suivi éducatif régulier après une offre d'ETP initiale.

Table 2 Pool of medication statements subjected to PCA including details of source

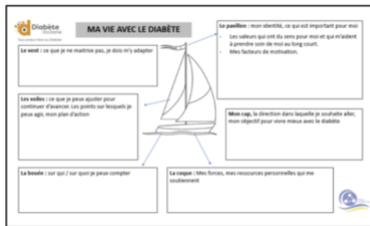
Statements about specific medication prescribed for the patient

My health, at present, depends on my medicines
Having to take medicines worries me
My life would be impossible without my medicines
My medicines are powerful
Without my medicines I would be very ill
I sometimes worry about the long-term effects of my medicines
My medicines are a mystery to me
My medicines are effective
My medicines disrupt my life
I sometimes worry about becoming too dependent on my medicines
My health in the future will depend on my medicines
My medicines protect me from becoming worse
I would like to change my present treatment
It is difficult for me to take my medicines in exactly the way my doctor told me
I can cope without my medicines
I am in control of my medication

Statements about medicines in general

Without medicines doctors would be less able to cure people
Newer medicines are more effective than older ones
Most medicines are addictive
People who take medicines should stop their treatment for
a while every now and again
Medicines only work if they are taken regularly
Medicines do more harm than good
Medicines are not natural remedies
All medicines are poisons
It is better to do without medicines
Natural remedies are safer than medicines
Stronger medicines are more dangerous than weaker medicines
Medicines are a necessary evil
Doctors place too much trust on medicines
If doctors had more time with patients they would prescribe fewer medicines
There is a big difference between a medicine and drug
The medicine you get is more important than the doctor you see
Doctors use too many medicines
Most medicines are safe

Annexe n°3 : Exemple d'outil pour le diabète conçu par Diabète Occitanie



Nom de l'outil : MA VIE AVEC LE DIABÈTE

Auteur : DIABÈTE OCCITANIE

Description : Ce support utilise la métaphore du bateau pour permettre aux personnes diabétiques d'avoir une approche réflexive sur les différents aspects de leur vie avec le diabète.

Thématique : Compétences psychosociales

Objectif : Identifier ses facteurs de motivations en particulier facteurs intrinsèques.

Public : Personnes diabétiques. L'outil a été développé pour le programme d'ETP de renforcement « Diabète : je garde le cap » mais il peut s'adapter à diverses situations / pathologies.

Animateur : Tout acteur de l'ETP (également par un patient partenaire).

Utilisation : Dans le programme, l'outil est utilisé lors de la séance introductive en collectif. Chaque personne reçoit son outil. L'intervenant insiste d'abord sur les valeurs personnelles « pavillon » et les facteurs de motivation « coque ». Les autres aspects pourront être renseignés à d'autres moments, soit au cours d'une séance soit à l'initiative du patient, chez lui, à son rythme. L'intervenant renforce le discours par la valorisation. Il souligne la diversité et la singularité des sources de motivations, met en lumière les différents facteurs de motivation qu'ils soient intrinsèques ou extrinsèques.

Plus d'informations : brozzetti.a@diabeteoccitanie.org

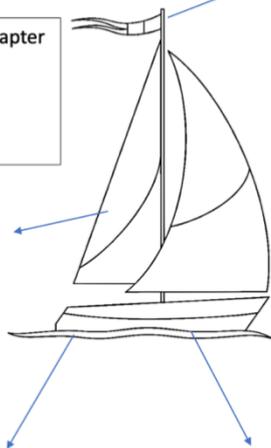


MA VIE AVEC LE DIABÈTE

Le vent : ce que je ne maîtrise pas, je dois m'y adapter

Les voiles : ce que je peux ajuster pour continuer d'avancer. Les points sur lesquels je peux agir, mon plan d'action

La bouée : sur qui / sur quoi je peux compter



Le pavillon : mon identité, ce qui est important pour moi

- Les valeurs qui ont du sens pour moi et qui m'aident à prendre soin de moi au long court.
- Mes facteurs de motivation.

Mon cap, la direction dans laquelle je souhaite aller, mon objectif pour vivre mieux avec le diabète

La coque : Mes forces, mes ressources personnelles qui me soutiennent



Annexe n°4 : Exemple d'outil sur le diabète conçu par l'IPCCEM et la MSA

Réglette d'interprétation des glycémies avant les repas



Descriptif :
Réglette avec une échelle glycémique graduée et un curseur. Un code couleur permet de différencier la zone des valeurs normales (vert) de celle des valeurs anormales (dégradé d'orange à rouge). Le curseur permet de situer un résultat glycémique sur l'échelle.

Objectifs pédagogiques :

- Repérer les zones de glycémie trop haute, normale, ou trop basse.
- Interpréter les résultats des glycémies préprandiales.

Public :
Patients diabétiques de type 1 ou 2.

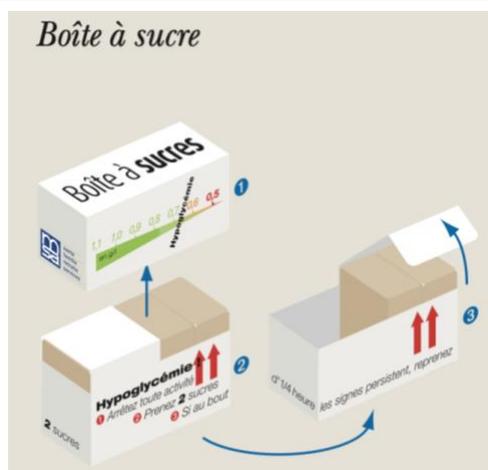
Utilisation :
Entraînement à l'utilisation de la réglette au cours d'éducation thérapeutique individuelle et en groupe. Support remis au patient.

Conception :

- Conception pédagogique : IPCCEM (2007).
- Conception graphique : Jean-Philippe Piétance.

Éditeur, diffuseur :
Mutualité Sociale Agricole (MSA). Copyright : Ipccem - MSA © 2009.

Annexe n°5 : Exemple d'outil sur le diabète conçu par l'IPCCEM et la MSA



Descriptif :

Boîte en carton pouvant contenir la quantité de sucre adapté au traitement d'une hypoglycémie de moyenne importance.

Sur cette boîte est dessinée une échelle glycémique rappelant le chiffre seuil de l'hypoglycémie et les consignes de resucrage en cas de malaise.

Objectifs pédagogiques :

- Aider le patient à mémoriser le chiffre seuil de l'hypoglycémie.
- Aider le patient à prendre une décision du cas de signes d'hypoglycémie.

Public :

Patients diabétiques de type 1 et 2.

Utilisation :

Au cours d'une éducation thérapeutique individuelle et en groupe, la boîte à sucres est expliquée puis un exemplaire est remis au patient.

Conception :

- Conception pédagogique : IPCCEM (2007).
- Conception graphique : Jean-Philippe Piétance.

Éditeur, diffuseur :

Mutualité Sociale Agricole (MSA). Copyright : Ipccem - MSA © 2009.

Annexe n°6 : Exemple d'outil sur le tabac conçu par le Crips Île de France

> DROGUES ET DÉPENDANCES

> TIRE TA CLOPE

> JEUNES 13 - 25



DESCRIPTION : Ce jeu favorise la discussion autour de la consommation de tabac. Il permet d'amener une réflexion sur la consommation de tabac et les manières de réduire sa consommation.

TYPE DE SUPPORT : Support représentant des paquets de cigarettes accompagnés par des tubes représentant différents contextes de consommation de tabac.

PROFIL DU PUBLIC : Public jeunes

ÂGE DU PUBLIC : 13 - 25 ans

THÉMATIQUE PRINCIPALE : Prévention et réduction des risques liés à des consommations de tabac

ÉDITEUR : Crips Île-de-France

DATE : Décembre 2020



DIFFICULTÉ D'UTILISATION : ① ② ③ ④ ⑤

- Connaissances : ① ② ③ ④ ⑤
- Technique d'animation : ① ② ③ ④ ⑤

UTILISATION

- En individuel (petit groupe possible)
- Avec animateur / animatrice

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES DE L'OUTIL

À l'issue de l'animation, les participants et participantes auront :

- su évaluer leur consommation quotidienne de tabac,
- pris connaissance du lien entre consommation de tabac et contexte de consommation,
- compris les phénomènes biologiques et psychologiques de la consommation de tabac.

THÈMES ABORDÉS

Plaisir/besoin, contextes de consommation, niveaux d'usage et réduction des risques, motivations à consommer.

CONSEILS D'UTILISATION DE L'OUTIL

La taille du groupe : en individuel ou en petit groupe.

La durée : 30 à 45 minutes.

Le contexte : à l'Atelier, sur un format stand.

Le nombre d'animateurs : 1

COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES MOBILISÉES

- Savoir gérer ses émotions / gérer son stress.
- Savoir résoudre des problèmes / prendre des décisions.

MATÉRIEL

→ 3 boîtes en forme de paquet de cigarettes : paquet 1 « mon paquet de la journée » ; paquet 2 « cigarettes plaisir » ; paquet 3 « cigarettes besoin ».

→ 14 cigarettes étiquetées de différentes situations / contextes de consommations.

→ 6 cigarettes vierges (pour laisser aux jeunes la possibilité d'ajouter un contexte de consommation)

CONSIGNE

« Reconstitue ton paquet avec les cigarettes que tu fumes en une journée. Ensuite, trie ces cigarettes entre celles que tu fumes par plaisir et celles que tu fumes par besoin. »

L'animateur ou l'animatrice a pour rôle de discuter de ces contextes d'utilisation, de la notion de plaisir, du niveau de difficulté estimé pour supprimer cette cigarette, etc.

Annexe n°6 : Exemple d'outil numérique sur l'asthme conçu par l'assurance maladie



Annexe n°7 : Exemple d'outil numérique sur la BPCO conçus par l'IPCEM et GSK



Descriptif :

Pour chaque situation de la vie quotidienne, le patient est mis devant un choix d'actions possibles (certaines actions sont utiles pour résoudre la situation, d'autres peuvent l'aggraver, certaines sont sans effet). Les cartes actions BPCO permettent au patient, lorsqu'il prend connaissance de la conséquence de son action, de déduire si son action a été utile ou pas. L'outil comprend 6 supports de cartes avec pour chacun d'entre eux :

- 1 situation de la vie courante d'un patient,
- 6 actions proposées au recto
- 6 conséquences de chaque action proposées au verso.

Objectifs pédagogiques :

- Analyser les conséquences d'une prise de décision.
- Prendre une décision devant plusieurs situations de la vie courante.

- Il peut servir comme support d'apprentissage ou d'évaluation formative.

Public :

Patient adulte atteint de BPCO et /ou son entourage.

Utilisation :

Dans le cadre d'une éducation thérapeutique individuelle.

Conception :

- Conception pédagogique : IPCEM (2009).
- Création graphique : Jean-Philippe Piétance.
- Illustrations : Jean-François Fontaine.

Éditeur, diffuseur :

Glaxo Smith Kline
Copyright : Ipcem - GSK - © 12/2009

Annexe n°8 : Exemple d'outil sur les AVK conçu par l'IPCEM



Descriptif :

La Règl'AVK est une règlette en carton plastifiée. Au recto, un vaisseau sanguin est représenté avec des gouttes de sang symbolisant une hypocoagulation, une normocoagulation et une hypercoagulation. Un cercle permet au patient de se positionner sur la règlette et de visualiser, en fonction de la valeur de l'INR, la conséquence sur la fluidité du sang.

En retournant la règlette, sur le verso, pour chaque valeur d'INR est associée une indication sur la dose de médicament et la conduite à tenir correspondant à cette dose. Pour cela, il faut que le médecin indique sur la Règl'AVK, l'intervalle d'INR du patient.

Objectifs pédagogiques :

- S'expliquer ce qu'est l'INR.
- Associer une valeur d'INR à une constance de sang, à un risque.
- Identifier la conduite à tenir en fonction de la valeur d'INR.

Public :

A des adultes traités par anti-vitamine K.

Utilisation :

En éducation thérapeutique individuelle ou collective ou lors d'entretiens pharmaceutiques. La Règl'AVK ne peut pas être remise au patient sans explication, ni entraînement à son utilisation.

Conception :

- Conception pédagogique : IPCEM (2015).
- Conception graphique et fabrication : Jean-Philippe Piétance.

Éditeur, diffuseur :

Copyright IPCEM © 2015.

Annexe n°9 : Exemple d'outil sur l'activité physique et les pathologies cardiovasculaires conçu par l'IPCEM et la MSA



Descriptif :

Outil d'aide à l'évaluation par le patient de l'intensité de l'activité physique adaptée à son état.

Objectifs pédagogiques :

- Repérer par des signes et symptômes si un effort physique est faible, adapté ou trop intense.
- Evaluer l'intensité de l'effort physique exécuté.
- Réguler l'intensité de son effort physique pour la rendre adaptée à son état.

Publics :

Patients diabétiques, cardiaques, patients en surpoids et obèses.

Utilisation :

Éducation thérapeutique de groupe : les patients doivent classer différentes activités physiques selon trois niveaux d'intensité : faible, adapté, trop intense. Ces différents niveaux d'intensité sont caractérisés par des signes et symptômes (par exemple : intensité faible, je peux chanter ; intensité adaptée : je peux faire une conversation, je ne peux pas chanter ; effort trop intense : pâleur, sueurs froides...). D'autres formes sont possibles : diapositives, tableau de papier, classeur imagier, remis patient.

Conception :

- Conception pédagogique : IPCEM (2005).
- Conception graphique : Jean-Philippe Piétance.

Éditeur, diffuseur :

Mutualité Sociale Agricole (MSA). Copyright : IpceM - MSA © 2009.

Signes d'alerte, vigilance et auto-surveillance



Descriptif et utilisation:

Les cinq outils suivants sont remis au patient hypertendu, insuffisant coronarien et/ou insuffisant cardiaque afin de lui permettre d'assurer une vigilance vis à vis de ses symptômes et d'en faire un compte rendu le plus précis possible au médecin. Il s'agit d'outils améliorant l'auto-surveillance et la communication patient-médecin.

1) Identifier les symptômes d'HTA : fiche technique remise au patient, lui permettant de repérer les symptômes d'hypertension artérielle qu'il peut ressentir et d'en déduire la conduite à tenir (vérifier sa pression artérielle).

2) Identifier les symptômes de douleur cardiaque : fiche technique -compte rendu- rassemblant toutes les caractéristiques d'une douleur d'origine cardiaque que le patient doit reconnaître et caractériser : localisation, intensité, horaire de survenue, durée, circonstances d'apparition, signes associés, degré d'essoufflement, difficulté à parler, degré d'angoisse, soulagement ou non par la trinitrine. La fiche est conçue pour que le patient puisse la remplir et la remettre au médecin en cas de réapparition de douleur(s) cardiaques. Il s'agit d'un véritable compte-rendu, très précis, d'un épisode douloureux. La fiche comporte également un rappel du "test clinique à la trinitrine".

3) Identifier les symptômes d'essoufflement : fiche technique -compte rendu- rassemblant toutes les caractéristiques des symptômes d'essoufflement à l'effort et au repos liés à l'insuf-

fisance cardiaque : horaire de survenue, durée, intensité caractérisés par le nombre d'oreillers dans le cas de dyspnée au repos et dans le cas de dyspnée d'effort par la distance, le nombre d'étages, la pente ou le type d'activité. La fiche est conçue pour que le patient puisse la remplir et la remettre au médecin pour caractériser avec le maximum de précision son (ses) essoufflement(s).

4) Identifier des œdèmes et une prise de poids : fiche technique remise au patient atteint d'insuffisance cardiaque lui rappelant les endroits où il doit rechercher des œdèmes. Il comporte également un calendrier lui permettant de noter son poids au quotidien.

5) Identifier des troubles du rythme cardiaque : Cette fiche technique-compte rendu-rappelle au patient les sites de prise du pouls : carotide et poignet. Sur trois schémas, le patient peut noter les caractéristiques de son pouls : rapidité, régularité et les montrer au médecin.

Publics :

Patients hypertendus, cardiaques (maladie coronarienne, insuffisance cardiaque).

Conception :

- Conception pédagogique : IPCEM (2005).
- Conception graphique : Jean-Philippe Piétance.

Éditeur, diffuseur :

Mutualité Sociale Agricole (MSA). Copyright : IpceM - MSA © 2009.

Annexe n°10 : Exemple de tableau à compléter pour une action éducative

Nom de la séance :

Objectif de la séance :

Activités	Objectif de l'activité	Compétence visée	Méthode /Technique	Outils /Matériel	Durée de l'activité

Annexe n°11 : Fiche récapitulative des étapes d'une intervention brève motivationnelle (HUG)

Les 6 étapes



Fighting myocardial infarct and atherosclerosis

Demander l'accord	S'assurer de l'accord du patient. Définir le comportement à discuter en priorité.
Evaluer	Repérage (questionnaire standardisé, quantification) Croyances, représentations, connaissances et expériences antérieures ?
Inform	Informations médicales personnalisées reliées aux préoccupations propres du patient. Respecter l'autonomie.
Se mettre d'accord	Sélectionner des objectifs et les méthodes de changement en se basant sur une décision partagée. Choix basé sur attentes réalistes.
Aider	Soutien et encouragement. Renseigner sur ressources du réseau. Identifier les barrières. Modalités pratiques du plan d'action
Organiser	Evaluation et soutien réguliers. Prévoir un suivi.



HUG
Hospices Universitaires de Genève

Département de Médecine Communautaire
et de Premier Recours

Annexe n°12 : Résumé du mémoire « Quels sont les rôles des pharmaciens d'officine dans l'éducation thérapeutique en Nouvelle-Aquitaine : entre freins et leviers »

Introduction : La croissance des maladies chroniques constitue un défi en santé publique. En Nouvelle-Aquitaine, les pharmaciens d'officine pourraient jouer un rôle dans l'éducation thérapeutique des patients (ETP) pour les maladies chroniques en raison de leur présence au sein des communautés locales.

Contexte : Dans une région confrontée à des problèmes d'accès aux soins, les pharmacies d'officine pourraient combler le manque d'offre en ETP. À l'international, les interventions des pharmaciens ont démontré leur succès. En France, leur implication dans l'ETP est limitée mais en développement.

Problématique : Cette étude vise à comprendre les obstacles et les motivations liés à la participation des pharmaciens dans l'ETP en Nouvelle-Aquitaine.

Méthodologie : Une enquête qualitative a été menée, comprenant des entretiens avec cinq pharmaciens.

Résultats : Malgré leur rôle essentiel, la participation des pharmaciens dans l'ETP reste peu explorée. Renforcer leur engagement dans ce domaine en évolution est essentiel. De plus en plus, les pharmaciens s'orientent davantage vers une approche centrée sur le patient. Les pharmaciens jouent un rôle clé dans le recrutement des patients pour l'ETP en raison de leurs interactions régulières. Les pharmaciens ont déjà commencé à développer des actions éducatives ciblées au sein de leur officine. La collaboration avec d'autres professionnels de la santé est cruciale pour le succès de l'ETP.

Conclusion : L'expertise des pharmaciens en ETP est précieuse. L'étude révèle une volonté partagée parmi les pharmaciens de s'impliquer et souligne la nécessité de leur intégration active, notamment en zones rurales, pour améliorer la prise en charge des patients. L'avenir du rôle du pharmacien dans l'ETP pourrait reposer sur le développement d'actions éducatives ciblées, renforçant ainsi leur impact positif sur la gestion des maladies chroniques.

Annexe n°13 : Questionnaire de l'enquête

Partie 1 : Généralités

1. Dans quel département se situe votre pharmacie ?

- Vienne (86)
- Charente (16)
- Gironde (33)
- Landes (40)
- Charente maritime (17)
- Corrèze (19)
- Creuse (23)
- Dordogne (24)
- Pyrénées-Atlantiques (64)
- Deux-Sèvres (79)
- Haute Vienne (87)

2. Quelle est la typologie de votre officine ?

- Semi-rurale
- Rurale
- Ville
- Quartier
- Centre commercial

3. Quel poste occupez-vous ?

- Pharmacien titulaire
- Pharmacien adjoint
- Étudiant en pharmacie à partir de la 5^{ème} année

4. Possédez-vous un espace de confidentialité adapté aux entretiens ?

- Oui
- Non

5. Êtes-vous formé à l'ETP ?

- Oui
- Non

a. Si oui, quel type de formation ?

- Via le cursus universitaire
- 40h validées
- Un DU en ETP
- Un master en ETP

b. Si via le cursus universitaire, pensez-vous être suffisamment formé pour pratiquer de l'ETP ?

- Très bien
- Bien
- Assez bien
- Non pas du tout

c. Si non, aimeriez-vous vous former ?

- Oui
- Pas maintenant mais oui
- Non

6. Communiquez-vous facilement avec les professionnels de santé en particulier les médecins et infirmier(es) concernant les problèmes que peuvent rencontrer les patients en lien avec leur maladie ou leurs traitements ?

- 1 (Pas du tout) 2 3 4 5 (Beaucoup)

Partie 2 : Les actions éducatives ciblées

1. Seriez-vous motivé pour mettre en place des actions éducatives au sein de votre officine ?

- Oui
- C'est prévu
- C'est déjà fait
- Non

2. **Quels freins à la mise ce ces actions, pouvez-vous identifier ? (du plus importante au moins important).**
 - Manque de temps
 - Financement
 - Manque de personnel
 - Manque de motivation
 - Difficile à organiser
 - Manque de place

3. **Serait-il possible que la création d'un modèle de mise en place vous encourage à implémenter des actions éducatives dans votre officine ?**
 - Oui beaucoup
 - Pourquoi pas
 - Non pas du tout

4. **Dans ce cas, pensez-vous qu'il serait intéressant que cette action éducative puisse être prescrite par le médecin par exemple ?**
 - Oui
 - Peut-être
 - Non

5. **Par rapport à ce modèle, concernant la posture éducative, quels outils vous seraient utiles ?**
 - Podcast
 - Fiche synthétique
 - Vidéos de mises en situation avec debrief
 - Autres : (veuillez préciser)

6. **Concernant la mise en place de l'action, quels outils vous seraient utiles ?**
 - Un schéma à compléter avec les différentes dimensions à explorer avec le patient
 - Fiche avec des questions type par thème
 - Cartes avec des émotions et des situations (permettant d'engager et de faciliter le dialogue)
 - Autres : (veuillez préciser)

7. **Concernant la mise en place de l'action, ce type d'outil pourrait-il vous aider ?**
 - Trame sous forme de tableau à compléter avec les différents temps éducatifs lors de la séance dédiée
 - Carte à remplir avec des situations problématiques (type carte de Barrow)
 - Fiche synthétique des points clés de l'entretien motivationnel
 - Fiche avec une liste d'outils adaptés à l'officine
 - Autres : (veuillez préciser)

8. **Concernant l'évaluation, quels outils vous seraient utiles ?**
 - Un dépliant avec tous les programmes d'ETP qui existe à proximité/ toutes les associations
 - Une section spéciale sur le LGO pour mettre un commentaire sur la progression, le maintien de l'action, les ressentis du patient vis-à-vis du dernier temps éducatif
 - Questionnaire d'évaluation avec questions types
 - Fiche synthétique désignant les critères de qualités d'une action éducative
 - Un courrier type à transmettre au médecin concernant le récapitulatif du temps éducatif

9. **Que pensez-vous d'intégrer les aidants au temps éducatif ?**
 - 1 (Trop difficile) 2 3 4 5 (Très bonne idée)

Serment de Galien



Faculté de Médecine et Pharmacie

SERMENT DE GALIEN

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

D'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,

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

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

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

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

De 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.

Signature de l'étudiant

Nom :

Prénom :

du Président du jury

Nom :

Prénom :

Version validée par la conférence des Doyens de facultés de Pharmacie le 7 février 2018

Résumé

Titre : Actions éducatives à l'officine : faisabilité et proposition d'un modèle d'accompagnement des patients

Introduction : Les maladies chroniques constituent un défi majeur pour la santé publique en touchant 20 millions de personnes en France. La région Nouvelle-Aquitaine, plus grande région de France, compte 1 million de personnes en ALD, confrontée à une population vieillissante, fait aujourd'hui face à des difficultés d'accès aux soins. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) apparaît comme une solution essentielle pour améliorer la gestion des maladies chroniques et ainsi réduire la pression sur les services de santé. Les pharmaciens, en tant qu'acteurs de premier recours, sont bien placés pour contribuer au développement de l'ETP, grâce notamment à leur proximité mais aussi leur expertise. Dans ce contexte les pharmacies d'officines pourraient jouer un rôle crucial dans la mise en œuvre d'actions éducatives ciblées visant à développer l'autonomie des patients dans la gestion au quotidien de leur pathologie.

Méthode : Pour répondre à cette problématique, une enquête quantitative a été menée auprès de pharmaciens d'officine de la région via un questionnaire de janvier à février 2024. L'objectif principal était d'évaluer la faisabilité de ces actions à l'officine et d'évaluer la motivation des pharmaciens à mettre en place de telles actions grâce à un modèle d'accompagnement en leur proposant différents outils décrits dans cette thèse.

Résultats : Les résultats de l'enquête ont mis en lumière que malgré certains obstacles tels que le manque de temps et le financement, les pharmaciens expriment une motivation importante pour mettre en place ces initiatives. La quasi-totalité des pharmacies disposent désormais d'espaces de confidentialité, améliorant ainsi la qualité des interactions avec les patients. L'emplacement rural des pharmacies offre une opportunité unique de rendre l'accès à l'éducation thérapeutique plus équitable pour tous les patients, soulignant ainsi l'importance d'adapter les formations, les outils et les infrastructures pour soutenir ces actions éducatives en pharmacie.

Conclusion : En conclusion, l'évolution vers un modèle de santé centré sur l'accompagnement des patients nécessite une redéfinition du rôle des pharmaciens dans le parcours de soin. Malgré les défis rencontrés, les pharmaciens de Nouvelle-Aquitaine montrent une forte motivation pour mettre en place des actions éducatives. Il est crucial de soutenir ces initiatives en reconnaissant les compétences des pharmaciens, avec une rémunération adaptée et en favorisant la coordination interprofessionnelle. Intégrer ces démarches dans les discussions et décisions syndicales et ministérielles est essentiel pour concrétiser ce changement de pratique et garantir une prise en charge globale et efficace des patients en officine.

Mots clés : Éducation thérapeutique / Pharmacien d'officine / Action éducative / Maladie chronique / Nouvelle-Aquitaine / Modèle d'accompagnement