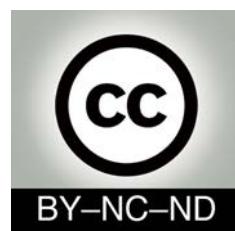




<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



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

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1
FACULTE DE PHARMACIE
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES

THESE n°115

THESE

pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présentée et soutenue publiquement le 26 novembre 2015

par

M. BUCHWALTER William

Né le 26 février 1990

à Ste-Foy-lès-Lyon

**EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT :
ENQUETE SUR LES PRATIQUES DES PHARMACIENS D'OFFICINE FRANCAIS**

JURY

Mme FERDJAOUI-MOUMJID Nora, Professeur des Universités

Mme JANOLY-DUMENIL Audrey, Maître de Conférences – Praticien hospitalier

Mme LEHMANN Audrey, Praticien hospitalier

M. MONTREUIL Bernard, Docteur en pharmacie

- Président de l'Université M. François-Noël GILLY
- Vice-Président du Conseil d'Administration M. Hamda BEN HADID
- Vice-Président de la Commission Recherche CAC M. Germain GILLET
- Vice-Président de la Commission Formation et Vie Universitaire CAC M. Philippe LALLE

Composantes de l'Université Claude Bernard Lyon 1

SANTE

- UFR de Médecine Lyon Est Directeur : M. Jérôme ETIENNE
- UFR de Médecine Lyon Sud Charles Mérieux Directeur : Mme Carole BURILLON
- Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques Directrice : Mme Christine VINCIGUERRA
- UFR d'Odontologie Directeur : M. Denis BOURGEOIS
- Institut des Techniques de Réadaptation Directeur : M. Yves MATILLON
- Département de formation et centre de recherche en Biologie Humaine Directeur : Anne-Marie SCHOTT

SCIENCES ET TECHNOLOGIES

- Faculté des Sciences et Technologies Directeur : M. Fabien DE MARCHI
- UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS) Directeur : M. Yannick VANPOULLE
- Ecole Polytechnique Universitaire de Lyon (ex ISTIL) Directeur : M. Pascal FOURNIER
- I.U.T. LYON 1 Directeur : M. Christophe VITON
- Institut des Sciences Financières et d'Assurance (ISFA) Directeur : M. Nicolas LEBOISNE
- ESPE Directeur : M. Alain MOUGNIOTTE

LISTE DES DEPARTEMENTS PEDAGOGIQUES

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE SCIENCES PHYSICO-CHIMIQUE ET PHARMACIE GALENIQUE

- **CHIMIE ANALYTIQUE, GENERALE, PHYSIQUE ET MINERALE**
Monsieur Raphaël TERREUX (Pr)
Monsieur Pierre TOULHOAT (Pr - PAST)
Madame Julie-Anne CHEMELLE (MCU)
Monsieur Lars-Petter JORDHEIM (MCU-HDR)
Madame Christelle MACHON (AHU)
- **PHARMACIE GALENIQUE -COSMETOLOGIE**
Madame Marie-Alexandrine BOLZINGER (Pr)
Madame Stéphanie BRIANCON (Pr)
Madame Françoise FALSON (Pr)
Monsieur Hatem FESSI (Pr)
Monsieur Fabrice PIROT (PU - PH)
Monsieur Eyad AL MOUAZEN (MCU)
Madame Sandrine BOURGEOIS (MCU)
Madame Ghania HAMDI-DEGOBERT (MCU-HDR)
Monsieur Plamen KIRILOV (MCU)
Monsieur Damien SALMON (AHU)
- **BIOPHYSIQUE**
Monsieur Richard COHEN (PU – PH)
Madame Laurence HEINRICH (MCU)
Monsieur David KRYZA (MCU – PH - HDR)
Madame Sophie LANCELOT (MCU - PH)
Monsieur Cyril PAILLER-MATTEI (MCU-HDR)
Madame Elise LEVIGOUREUX (AHU)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE PHARMACEUTIQUE DE SANTE PUBLIQUE

- **DROIT DE LA SANTE**
Monsieur François LOCHER (PU – PH)
Madame Valérie SIRANYAN (MCU - HDR)
- **ECONOMIE DE LA SANTE**
Madame Nora FERDJAOUI MOUMJID (MCU - HDR)

Madame Carole SIANI (MCU – HDR)
Monsieur Hans-Martin SPÄTH (MCU)
- **INFORMATION ET DOCUMENTATION**
Monsieur Pascal BADOR (MCU - HDR)
- **HYGIENE, NUTRITION, HYDROLOGIE ET ENVIRONNEMENT**
Madame Joëlle GOUDABLE (PU – PH)

INGENIERIE APPLIQUEE A LA SANTE ET DISPOSITIFS MEDICAUX

Monsieur Gilles AULAGNER (PU – PH)
Monsieur Daniel HARTMANN (Pr)

- **QUALITOLOGIE – MANAGEMENT DE LA QUALITE**

Madame Alexandra CLAYER-MONTEMBAL (MCU)
Monsieur Vincent GROS (MCU-PAST)
Madame Audrey JANOLY-DUMENIL (MCU-PH)
Madame Pascale PREYNAT (MCU PAST)

- **MATHEMATIQUES – STATISTIQUES**

Madame Claire BARDEL-DANJEAN (MCU-PH)
Madame Marie-Aimée DRONNE (MCU)
Madame Marie-Paule PAULTRE (MCU - HDR)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE SCIENCES DU MEDICAMENT

- **CHIMIE ORGANIQUE**

Monsieur Pascal NEBOIS (Pr)
Madame Nadia WALCHSHOFER (Pr)
Monsieur Zouhair BOUAZIZ (MCU - HDR)
Madame Christelle MARMINON (MCU)
Madame Sylvie RADIX (MCU -HDR)
Monsieur Luc ROCHEBLAVE (MCU - HDR)

- **CHIMIE THERAPEUTIQUE**

Monsieur Roland BARRET (Pr)
Monsieur Marc LEBORGNE (Pr)
Monsieur Laurent ETTOUATI (MCU - HDR)
Monsieur Thierry LOMBERGET (MCU - HDR)
Madame Marie-Emmanuelle MILLION (MCU)

- **BOTANIQUE ET PHARMACOGNOSIE**

Madame Marie-Geneviève DIJOUX-FRANCA (Pr)
Madame Marie-Emmanuelle HAY DE BETTIGNIES (MCU)
Madame Isabelle KERZAON (MCU)
Monsieur Serge MICHALET (MCU)

- **PHARMACIE CLINIQUE, PHARMACOCINETIQUE ET EVALUATION DU MEDICAMENT**

Madame Roselyne BOULIEU (PU – PH)
Madame Magali BOLON-LARGER (MCU - PH)
Madame Christelle CHAUDRAY-MOUCHOUX (MCU-PH)
Madame Céline PRUNET-SPANO (MCU)
Madame Catherine RIOUFOL (MCU- PH-HDR)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE PHARMACOLOGIE, PHYSIOLOGIE ET TOXICOLOGIE

- **TOXICOLOGIE**

Monsieur Jérôme GUITTON (PU – PH)
Madame Léa PAYEN (PU-PH)
Monsieur Bruno FOUILLET (MCU)
Monsieur Sylvain GOUTELLE (MCU-PH)

- **PHYSIOLOGIE**
Monsieur Christian BARRES (Pr)
Monsieur Daniel BENZONI (Pr)
Madame Kiao Ling LIU (MCU)
Monsieur Ming LO (MCU - HDR)

- **PHARMACOLOGIE**
Monsieur Michel TOD (PU – PH)
Monsieur Luc ZIMMER (PU – PH)
Monsieur Roger BESANCON (MCU)
Monsieur Laurent BOURGUIGNON (MCU-PH)
Madame Evelyne CHANUT (MCU)
Monsieur Ronald GUILLOUX (MCU)
Monsieur Nicola KUCZEWSKI (MCU)
Madame Dominique MARCEL CHATELAIN (MCU-HDR)
Monsieur Olivier CATALA (Pr-PAST)
Madame Corinne FEUTRIER (MCU-PAST)
Madame Mélanie THUDEROZ (MCU-PAST)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DES SCIENCES BIOMEDICALES A

- **IMMUNOLOGIE**
Monsieur Jacques BIENVENU (PU – PH)
Monsieur Guillaume MONNERET (PU-PH)
Madame Cécile BALTER-VEYSSEYRE (MCU - HDR)
Monsieur Sébastien VIEL (AHU)
- **HEMATOLOGIE ET CYTOLOGIE**
Madame Christine VINCIGUERRA (PU - PH)
Madame Brigitte DURAND (MCU - PH)
Monsieur Yohann JOURDY (AHU)
- **MICROBIOLOGIE ET MYCOLOGIE FONDAMENTALE ET APPLIQUEE AUX BIOTECHNOLOGIE INDUSTRIELLES**
Monsieur Patrick BOIRON (Pr)
Monsieur Jean FRENEY (PU – PH)
Monsieur Frédéric LAURENT (PU-PH-HDR)
Madame Florence MORFIN (PU – PH)
Monsieur Didier BLAHA (MCU)
Madame Ghislaine DESCOURS (MCU-PH)
Madame Anne DOLEANS JORDHEIM (MCU-PH)
Madame Emilie FROBERT (MCU - PH)
Madame Véronica RODRIGUEZ-NAVA (MCU-HDR)
- **PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE MEDICALE**
Monsieur Philippe LAWTON (Pr)
Madame Nathalie ALLIOLI (MCU)
Madame Samira AZZOUZ-MAACHE (MCU - HDR)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DES SCIENCES BIOMEDICALES B

- **BIOCHIMIE – BIOLOGIE MOLECULAIRE - BIOTECHNOLOGIE**

Madame Pascale COHEN (Pr)
Monsieur Alain PUISIEUX (PU - PH)
Madame Emilie BLOND (MCU-PH)
Monsieur Karim CHIKH (MCU - PH)
Madame Carole FERRARO-PEYRET (MCU - PH-HDR)
Monsieur Boyan GRIGOROV (MCU)
Monsieur Hubert LINCET (MCU-HDR)
Monsieur Olivier MEURETTE (MCU)
Madame Caroline MOYRET-LALLE (MCU – HDR)
Madame Angélique MULARONI (MCU)
Madame Stéphanie SENTIS (MCU)
Monsieur Anthony FOURIER (AHU)

- **BIOLOGIE CELLULAIRE**

Madame Bénédicte COUPAT-GOUTALAND (MCU)
Monsieur Michel PELANDAKIS (MCU - HDR)

- **INSTITUT DE PHARMACIE INDUSTRIELLE DE LYON**

Madame Marie-Alexandrine BOLZINGER (Pr)
Monsieur Daniel HARTMANN (Pr)
Monsieur Philippe LAWTON (Pr)
Madame Sandrine BOURGEOIS (MCU)
Madame Marie-Emmanuelle MILLION (MCU)
Madame Alexandra MONTEMBIAULT (MCU)
Madame Angélique MULARONI (MCU)
Madame Valérie VOIRON (MCU - PAST)

- **Assistants hospitalo-universitaires sur plusieurs départements pédagogiques**

Madame Florence RANCHON

- **Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)**

Madame Charlotte BOUARD (86^{ème} section)
Madame Laure-Estelle CASSAGNES(85^{ème} section)
Monsieur Karim MILADI (85^{ème} section)
Madame Laurence PAGES (87^{ème} section)

Pr : Professeur

PU-PH : Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

MCU : Maître de Conférences des Universités

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier

HDR : Habilitation à Diriger des Recherches

AHU : Assistant Hospitalier Universitaire

PAST : Personnel Associé Temps Partiel

**ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT :
ENQUÊTE SUR LES PRATIQUES DES
PHARMACIENS D'OFFICINE FRANÇAIS**

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord Audrey Janoly-Dumenil de m'avoir proposé ce sujet de thèse tout aussi actuel que passionnant. Son expérience, sa disponibilité son amabilité m'ont grandement aidé dans ce travail.

Merci à Nora Ferdjaoui-Moumjid d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. Merci également à Audrey Lehmann d'avoir intégré ce jury, tout comme Bernard Montreuil qui fut aussi mon maître de stage. Je garde un excellent souvenir de mon année passée à la pharmacie de la marie de Bron.

Je remercie aussi les membres du groupe ETP de la SFPC, dont les travaux ont permis à cette thèse de voir le jour. J'espère m'être montré à la hauteur des ambitions de leur projet.

Merci également à tous les pharmaciens ayant pris le temps de répondre à notre enquête et sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

Merci à mes parents, Patricia et Louis, qui n'ont cessé de me soutenir tout au long de mon parcours, dont cette thèse est l'aboutissement. Merci à mes grand-mères, Raymonde et Palmyre, à ma marraine, Annie, et à mon parrain, Éric, qui ont régulièrement pris des nouvelles de l'avancement de mon travail pendant ces deux ans.

Merci à Sigrid et Laurent pour leur apport précieux en bibliographie et leurs conseils avisés.

Merci enfin à mes amis et mes collègues, avec qui j'ai passé tant de bons moments dans ma vie étudiante : Agnès, Alexi, Alexis, Arménick, Aude, Benoît, Céline, Charlie, Christelle, Cyprien, Cyrielle, Daniella, Elodie, François, F-X, Gladys, Hugo, Isabelle, Joëlle, Marie, Maxime, Mathieu, Mme Montreuil, Nelly, P-O, Rosa, Stéphanie, Violaine.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	8
Liste des figures	16
Liste des tableaux.....	18
Liste des abréviations.....	19
INTRODUCTION	20
SECTION BIBLIOGRAPHIQUE	22
1 La pharmacie clinique	22
1.1 Définition	22
1.2 Histoire de la discipline	22
1.2.1 La recherche de partenaires hospitaliers par les médecins	22
1.2.2 Mutations progressives de la pharmacie hospitalière	22
1.3 Exercice de la pharmacie clinique.....	23
2 Les soins pharmaceutiques.....	24
2.1 Origine et définitions.....	24
2.2 Exigences du processus	24
2.3 Intégration à la formation des étudiants	25
2.4 Etapes du processus.....	25
2.4.1 Etablissement d'une relation de confiance avec le patient	25
2.4.2 Recueil et synthèse de l'information donnée par le patient	26
2.4.3 Analyse de l'information recueillie	26
2.4.4 Elaboration d'un plan de soins pharmaceutiques	26
2.4.5 Mise en œuvre du plan élaboré.....	27
2.4.6 Suivi et réévaluation du plan mis en œuvre.....	27
2.5 Application des soins pharmaceutiques à l'officine	27
2.6 Les soins pharmaceutiques à l'étranger : deux exemples.....	28
2.6.1 En Tunisie.....	28
2.6.2 En Belgique	28
3 L'éducation thérapeutique du patient (ETP).....	29
3.1 Les raisons d'être de l'ETP	29
3.1.1 Loi du 4 mars 2002.....	29
3.1.2 Maladies chroniques et observance	29
3.1.3 Iatrogénie médicamenteuse	30
3.1.4 Hospitalisations	31
3.1.5 Le décalage des besoins perçus du patient au soignant	31

3.1.6	De l'observance à l'adhésion au traitement.....	31
3.1.6.1	Méthodes d'évaluation de l'observance	31
3.1.6.1.1	Méthodes directes.....	32
3.1.6.1.2	Méthodes indirectes.....	32
3.1.6.2	Concept d'adhésion thérapeutique	33
3.2	Principes du processus d'ETP	34
3.2.1	Définitions	34
3.2.2	Exigences de la loi HPST	34
3.2.3	Acteurs de l'ETP	36
3.2.3.1	Les professionnels de santé	36
3.2.3.2	Les autres professionnels impliqués.....	36
3.2.3.3	Les patients.....	36
3.2.3.3.1	Associations de patients	36
3.2.3.3.2	Patients-experts	37
3.2.3.4	Les réseaux de santé	37
3.2.4	Formation des professionnels de santé à l'ETP.....	38
3.2.5	Lieux de mise en œuvre de l'ETP	38
3.3	Etapes d'un programme d'ETP	39
3.3.1	Recrutement des patients.....	39
3.3.2	Diagnostic éducatif.....	39
3.3.2.1	Définition/principe	39
3.3.2.2	Les cinq dimensions du diagnostic éducatif	40
3.3.2.3	Déduction d'un contenu éducatif personnalisé.....	41
3.3.2.4	Synthèse du diagnostic éducatif	41
3.3.3	Mise en œuvre du programme : les séances éducatives	42
3.3.3.1	Définition/principe	42
3.3.3.2	Forme des séances	42
3.3.3.2.1	Séance individuelle.....	42
3.3.3.2.2	Séance collective	42
3.3.3.2.3	Autres modalités de mise en œuvre de l'ETP.....	43
3.3.3.2.3.1	Séances par téléphone.....	43
3.3.3.2.3.2	Technologies de l'information et de la communication (TIC).....	43
3.3.3.2.3.3	Séance à domicile	44
3.3.3.3	Outils pédagogiques et techniques d'animation	44
3.3.3.3.1	Outils pédagogiques	44
3.3.3.3.1.1	Jeux de cartes et de plateau	44
3.3.3.3.1.2	Semainier de prise de médicaments (ou plan de prise).....	45

3.3.3.3.1.3	Schémas explicatifs	45
3.3.3.3.1.4	Information écrite	45
3.3.3.3.1.5	Valises de matériel médical.....	46
3.3.3.3.2	Techniques d'animation	46
3.3.3.3.2.1	Photo-expression	46
3.3.3.3.2.2	Table ronde, métaplan et brainstorming.....	46
3.3.3.3.2.3	Jeux de rôle.....	46
3.3.3.4	Synthèse de fin de séance.....	47
3.3.3.4.1	Compte-rendu de séance (séance individuelle)	47
3.3.3.4.2	Réunion-bilan ou « débriefing » (séance collective)	47
3.3.4	Evaluation éducative	47
3.3.4.1	Définition/principe	47
3.3.4.2	Types d'évaluation	48
3.3.4.2.1	Evaluation diagnostique (ou pronostique).....	48
3.3.4.2.2	Evaluation formative	48
3.3.4.2.3	Evaluation sommative	48
3.3.4.3	Outils d'évaluation	49
3.3.4.3.1	Questionnaire avec degré de certitude.....	49
3.3.4.3.2	Cartes de Barrows ou ronde des décisions	49
3.3.4.3.3	Echelle d'évaluation des compétences d'adaptation à la maladie	50
3.3.5	Evaluation l'efficience du programme	50
3.3.5.1	Evaluation annuelle	50
3.3.5.2	Evaluation quadriennale	51
3.4	Dossier éducatif du patient	52
3.5	Financement des programmes	52
3.5.1	Exigences des ARS	52
3.5.2	Budget alloué.....	52
3.6	Impact clinique des actions d'ETP	53
4	Loi HPST et missions du pharmacien d'officine	54
4.1	La loi HPST	54
4.2	Le pharmacien : un acteur de confiance et de proximité.....	55
4.3	Mission de service public du pharmacien : permanence des soins et contribution aux soins de premier recours.....	55
4.4	Nouvelles missions instaurées par la loi HPST	55
4.4.1	Pharmacien correspondant d'un patient chronique	56
4.4.2	Entretiens pharmaceutiques.....	56
4.4.2.1	Public concerné	57

4.4.2.2	Objectifs des entretiens.....	57
4.4.2.3	Déroulement d'un entretien.....	57
4.4.2.4	Engagements du pharmacien	58
4.4.2.5	Rémunération des entretiens.....	58
4.4.3	Place du pharmacien d'officine dans l'ETP	58
5	Premier état des lieux des pratiques d'ETP des pharmaciens français : l'enquête SFPC 2013	59
5.1	Contexte	59
5.2	Méthode.....	60
5.3	Résultats	60
5.4	Discussion	61
5.5	Limites de l'étude.....	63
5.6	Conclusion.....	63
SECTION EXPÉRIMENTALE		64
1	Contexte	64
2	Objectif.....	65
3	Matériel et méthode.....	65
3.1	Echantillon étudié.....	65
3.2	Conception des supports nécessaires à l'étude	65
3.2.1	Fiche signalétique pharmacien	65
3.2.2	Trame d'entretien	69
3.3	Méthodologie des entretiens semi-dirigés	72
3.3.1	Courrier préliminaire	72
3.3.2	Planification des entretiens.....	72
3.3.3	Conduite des entretiens	73
3.3.3.1	Recueil des données de la trame d'entretien	73
3.3.3.2	Clôture de l'échange.....	73
3.3.3.3	Relecture des données avant archivage	74
3.3.4	Schéma de synthèse méthodologique	74
3.3.5	Calendrier de l'étude	76
3.4	Analyse des données	76
3.4.1	Données quantitatives.....	76
3.4.1.1	Items analysés.....	77
3.4.1.2	Méthodologie de cotation des items	77
3.4.1.2.1	Diagnostic éducatif.....	78
3.4.1.2.2	Mise en œuvre des séances.....	78
3.4.1.2.3	Evaluation des acquis du patient	79

3.4.1.2.4	Impact clinique de l'action	79
3.4.1.2.5	Communication interprofessionnelle.....	79
3.4.1.2.6	Conclusion sur la nature de la démarche	80
3.4.1.3	Elaboration d'une cartographie des ressources	80
3.4.2	Données qualitatives : analyse inductive avec recherche d'items	80
3.4.2.1	Objectifs de l'analyse qualitative	80
3.4.2.2	Analyse manuelle inductive	80
4	Résultats	81
4.1	Données quantitatives.....	81
4.1.1	Patients ciblés par l'action éducative	81
4.1.1.1	Domaine(s) ETP	81
4.1.1.2	Tranche(s) d'âge	82
4.1.2	Modalités des séances	83
4.1.2.1	Lieu(x) de mise en œuvre	83
4.1.2.2	Implication d'aidants	84
4.1.2.3	Durée des séances.....	85
4.1.2.4	Nombre de séances éducatives par patient	86
4.1.2.5	Fréquence des séances.....	86
4.1.3	Suivi des étapes définies par la HAS.....	87
4.1.3.1	Diagnostic éducatif.....	87
4.1.3.2	Mise en œuvre des séances.....	90
4.1.3.3	Evaluation des acquis du patient	91
4.1.3.4	Impact clinique de l'action	94
4.1.4	Communication interprofessionnelle.....	96
4.1.5	Validation de l'action par l'ARS	99
4.1.6	Financement de l'action	99
4.1.7	Nature de la démarche	101
4.1.8	Actions abandonnées	102
4.1.9	Cartographie des ressources	103
4.2	Données qualitatives.....	104
4.2.1	Catégories.....	104
4.2.2	Verbatim des pharmaciens	104
4.2.2.1	Lieux de réalisation de l'ETP	105
4.2.2.1.1	A l'hôpital (dont partenariats avec la ville)	105
4.2.2.1.2	En ville	105
4.2.2.1.2.1	A l'officine	105
4.2.2.1.2.2	Au domicile du patient	105

4.2.2.1.2.3	Autres lieux	106
4.2.2.2	Etapes de l'ETP	107
4.2.2.2.1	Recrutement des patients	107
4.2.2.2.2	Diagnostic éducatif	107
4.2.2.2.3	Outils originaux (mise en œuvre de l'éducation)	108
4.2.2.2.4	Evaluation des acquis du patient	109
4.2.2.2.5	Evaluation de l'impact clinique de l'action	110
4.2.2.3	Communication	111
4.2.2.3.1	Communication avec le patient	111
4.2.2.3.2	Communication interprofessionnelle	112
4.2.2.4	Observance et implication du patient	114
4.2.2.5	Contraintes de l'ETP	115
4.2.2.5.1	Cadre administratif	115
4.2.2.5.2	Exercice libéral	115
4.2.2.5.3	Formation	116
4.2.2.5.4	Rémunération individuelle	116
4.2.2.5.5	Respect de la confidentialité	117
4.2.2.6	Place du pharmacien d'officine dans l'ETP	118
4.2.2.7	Hors ETP	119
4.2.2.7.1	Entretiens pharmaceutiques	119
4.2.2.7.2	Actions de dépistage	120
4.2.2.8	Les facilitateurs	121
4.2.2.8.1	Place de l'étudiant	121
4.2.2.8.2	Place des aidants	121
5	Discussion	122
5.1	Synthèse et interprétation des résultats	122
5.1.1	Modalités des séances éducatives	122
5.1.1.1	Domaines ETP	122
5.1.1.2	Lieux de mise en œuvre	122
5.1.1.2.1	L'officine	122
5.1.1.2.2	Le domicile du patient	124
5.1.1.3	Implication d'aidants	124
5.1.1.4	Durée des séances	124
5.1.1.5	Nombre de séances par patient	124
5.1.1.6	Appartenance du pharmacien à un réseau	124
5.1.2	Etapes de l'ETP	125
5.1.2.1	Diagnostic éducatif	125

5.1.2.2	Mise en œuvre des séances.....	126
5.1.2.3	Evaluation des acquis du patient	126
5.1.2.4	Evaluation d'impact clinique.....	127
5.1.3	Communication interprofessionnelle.....	127
5.1.4	Validation ARS des actions.....	128
5.1.5	Financement des actions.....	129
5.1.6	Nature de la démarche	129
5.1.7	Actions abandonnées	130
5.2	Comparatif des résultats 2013/2014	130
5.2.1	Départements actifs	130
5.2.2	Domaines ETP.....	131
5.2.3	Implication d'aidants	131
5.2.4	Evaluation d'impact clinique.....	131
5.2.5	Communication interprofessionnelle.....	131
5.2.6	Validation ARS de l'action	132
5.2.7	Financement de l'action	132
5.2.8	Nature de la démarche	132
5.3	Force et limites de l'étude	132
5.3.1	Forces de l'étude	132
5.3.2	Limites de l'étude	133
5.4	Ressenti personnel.....	134
6	Conclusion et perspectives	135
CONCLUSIONS GÉNÉRALES		137
BIBLIOGRAPHIE		139
ANNEXES		151
Annexe 1 : Exemple de plan de soins pharmaceutiques de sortie d'hôpital.....		151
Annexe 2 : Exemple de plan de prise médicamenteuse.....		152
Annexe 3 : Exemple de schéma explicatif sur le thème du diabète		153
Annexe 4 : Exemple de brochure d'information à destination des patients asthmatiques		154
Annexe 5 : Questionnaire proposé aux pharmaciens lors de l'enquête ETP de la SFPC en 2013		156

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Fiche signalétique pharmacien	68
Figure 2 : Trame d'entretien téléphonique	71
Figure 3 : Courriel préliminaire envoyé aux pharmaciens	72
Figure 4 : Schéma de synthèse méthodologique de l'étude	75
Figure 5 : Domaines d'action ciblés par l'éducation.....	82
Figure 6 : Tranches d'âge ciblées par l'action	83
Figure 7 : Lieu de mise en œuvre de l'action.....	84
Figure 8 : Autres lieux de mise en œuvre de l'action.....	84
Figure 9 : Implication d'aidants du patient lors de l'éducation.....	85
Figure 10 : Durée des séances éducatives	85
Figure 11 : Nombre de séances éducatives par patient	86
Figure 12 : Fréquence des séances éducatives	87
Figure 13 : Personne réalisant le diagnostic éducatif	88
Figure 14 : Réalisation d'une exploration biomédicale	89
Figure 15 : Réalisation d'une exploration socio-professionnelle	89
Figure 16 : Réalisation d'un diagnostic éducatif.....	89
Figure 17 : Utilisation d'outils pédagogiques d'ETP	90
Figure 18 : Organisation d'ateliers collectifs	90
Figure 19 : Trame utilisée lors des séances	91
Figure 20 : Réalisation de séances éducatives	91
Figure 21 : Réalisation d'une évaluation des acquis du patient.....	92
Figure 22 : Types d'évaluations réalisés.....	92
Figure 23 : Outils d'évaluation des acquis utilisés	93
Figure 24 : Indicateurs d'impact clinique utilisés.....	94
Figure 25 : Moment de réalisation de l'évaluation d'impact clinique.....	95
Figure 26 : Réalisation d'une évaluation d'impact clinique.....	96
Figure 27 : Existence d'une communication interprofessionnelle.....	97
Figure 28 : Nombre de professionnels concernés par la communication	97
Figure 29 : Professionnels contactés lors de la communication.....	98
Figure 30 : Moyens de communication interprofessionnelle utilisés.....	99
Figure 31 : Financement de l'action (et nature du financement) en 2013.....	100
Figure 32 : Financement de l'action en 2014	100

Figure 33 : Nature de la démarche	101
Figure 34 : Cartographie française des ressources d'ETP ambulatoires impliquant le pharmacien d'officine	103
Figure 35 : Modèle théorique du verbatim des pharmaciens – Lieux de réalisation l'ETP ...	106
Figure 36 : Modèle théorique du verbatim des pharmaciens – Etapes de l'ETP	111
Figure 37 : Modèle théorique du verbatim des pharmaciens – Communication	113
Figure 38 : Modèle théorique du verbatim des pharmaciens – Observance et implication du patient	115
Figure 39 : Modèle théorique du verbatim des pharmaciens – Contraintes de l'ETP	118
Figure 40 : Modèle théorique du verbatim des pharmaciens – Place du pharmacien d'officine dans l'ETP	119
Figure 41 : Modèle théorique du verbatim des pharmaciens – Actions hors ETP	121
Figure 42 : Modèle théorique du verbatim des pharmaciens – Facilitants de l'ETP	122

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Calendrier de l'étude.....	76
Tableau 2 : Items quantitatifs analysés	77
Tableau 3 : Méthodologie de cotation du diagnostic éducatif	78
Tableau 4 : Méthodologie de cotation des séances d'éducation	78
Tableau 5 : Méthodologie de cotation de l'évaluation des acquis du patient	79
Tableau 6 : Méthodologie de cotation de l'évaluation d'impact clinique.....	79
Tableau 7 : Méthodologie de cotation de la communication interprofessionnelle	79
Tableau 8 : Méthodologie de cotation de la nature de la démarche (actions d'ETP)	80
Tableau 9 : Catégories de verbatim des pharmaciens	104
Tableau 10 : Méthodologie de cotation des actions hors ETP	130

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD :	Affection de Longue Durée
ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANSM :	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
ARS :	Agence Régionale de Santé
AVK :	Antivitamine K
CESSPF :	Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRIP :	Centre de Réflexion de l'Industrie Pharmaceutique
CSP :	Code de la Santé Publique
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHESP :	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
ETP :	Education Thérapeutique du Patient
FIP :	Fédération Internationale Pharmaceutique
HAS :	Haute Autorité de Santé
HPST :	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IGAS :	Inspection Générale des Affaires Sociales
INPES :	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONP :	Ordre National des Pharmaciens
OPQ :	Ordre des Pharmaciens du Québec
SFPC :	Société Française de Pharmacie Clinique
SFSP :	Société Française de Santé Publique
TIC :	Technologies de l'Informatique et de la Communication

INTRODUCTION

Les progrès de la médecine et l'allongement de l'espérance de vie qui en découle entraînent dans nos sociétés une augmentation des maladies chroniques qui, plus que jamais, constituent un enjeu de santé publique et économique majeur. Les systèmes de santé encouragent aujourd'hui un parcours de soins respectueux des bonnes pratiques, aux thérapeutiques personnalisées et dont les professionnels et leurs interventions sont coordonnés. L'implication du malade dans sa propre prise en charge est également recherchée.

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 a amorcé une réorganisation du système de santé français pour garantir à chacun un accès aux soins de qualité. Elle confie de nouvelles missions au pharmacien et inscrit dans le parcours de soins du patient son éducation thérapeutique.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) a pour objectif d'accroître l'autonomie du malade en favorisant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle se compose d'un ensemble d'activités organisées et coordonnées, conduites par une équipe multiprofessionnelle et sollicitant la participation active du patient. Si l'ETP a démarré en milieu hospitalier, elle doit aujourd'hui se développer en secteur ambulatoire pour répondre aux besoins des patients chroniques. Toutefois, les dispositifs éducatifs de ville sont encore peu quantifiés, peu caractérisés et l'implication des pharmaciens y est encore mal connue. Si quelques études ont montré la faisabilité d'un programme éducatif en milieu officinal sous certaines conditions, aucune n'a effectué un état des lieux des pratiques des pharmaciens d'officine français en matière d'ETP.

En 2013, la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) a mené une enquête visant à identifier et décrire les dispositifs d'ETP incluant des pharmaciens sur le territoire français. Un questionnaire à compléter a pour cela été diffusé par l'intermédiaire de différents partenaires. Comme attendu, les actions hospitalières sont sorties majoritaires, mais un développement des actions en ambulatoire a aussi été observé ; parmi elles, 51 étaient déclarées par des pharmaciens d'officine.

Les données recueillies concernant les dispositifs décrits étaient toutefois essentiellement quantitatives, un questionnaire à compléter ne permettant pas au répondant de s'exprimer librement ni d'ajouter de compléments d'information pertinents. Les résultats de l'enquête méritaient ainsi d'être approfondis de manière plus qualitative.

Une seconde enquête a donc été menée en 2014-2015 auprès des répondants

officinaux, recontactés par téléphone. L'objectif était de préciser les données quantitatives recueillies en 2013, observer l'évolution éventuelle des démarches des pharmaciens et obtenir de leur part un corpus de verbatim en vue d'une analyse qualitative de données.

Dans la première partie de cette thèse, une synthèse bibliographique retracera l'évolution des activités et des missions du pharmacien au cours des dernières décennies, puis décrira le processus d'ETP. Les résultats de l'enquête SFPC de 2013 seront également présentés.

La seconde partie de cette thèse présentera le travail réalisé lors de la seconde enquête auprès des répondants officinaux. Un descriptif de la méthodologie employée ainsi qu'une analyse quantitative et qualitative des résultats seront effectués. Les résultats seront ensuite discutés au regard des observations de la première enquête. Les freins et les leviers à la réalisation d'ETP par le pharmacien d'officine seront identifiés et une cartographie des ressources d'ETP ambulatoires existantes sera enfin proposée.

SECTION BIBLIOGRAPHIQUE

1 La pharmacie clinique

1.1 Définition

La pharmacie clinique est une discipline née aux Etats-Unis et définie par Walton, en 1961, comme « l'utilisation optimale du jugement et des connaissances pharmaceutiques et biomédicales du pharmacien dans le but d'améliorer l'efficacité, la sécurité, l'économie et la précision selon lesquelles les médicaments doivent être utilisés dans le traitement des patients » (1). Elle est issue d'une mutation progressive des missions confiées au pharmacien durant les dernières décennies, dans le but de faire de lui un partenaire incontournable de l'équipe de soins par sa capacité à rationaliser l'usage des médicaments et des dispositifs médicaux (2).

1.2 Histoire de la discipline

1.2.1 La recherche de partenaires hospitaliers par les médecins

Dans les années 1960, les médecins américains sont confrontés à un nombre croissant de cas de mauvaise gestion des thérapeutiques médicamenteuses : ils cherchent alors des collaborateurs compétents pour optimiser les stratégies médicamenteuses, leurs rapports bénéfice/risque et leurs coûts. Cette époque est, en milieu hospitalier, le point de départ de la transformation de la profession de pharmacien, dont le rôle ne se limite plus au seul approvisionnement des services cliniques en médicaments (3).

1.2.2 Mutations progressives de la pharmacie hospitalière

En France, à partir des années 1970, les pharmacies hospitalières entament la mise en place d'une organisation pharmaceutique performante en termes de gestion et de pharmacotechnie, en réponse aux nouvelles missions qui leur sont progressivement confiées (activités de stérilisation, manipulation de radioéléments, préparation de cytotoxiques, de poches de nutrition parentérales, préparations magistrales, gestion des dispositifs médicaux stériles...) (4). Malgré la nécessité de ces tâches aujourd'hui incontestée, ces dernières ne répondent pas, à proprement parler, à l'étymologie de la « pharmacie clinique », à savoir « l'exercice de la pharmacie au lit (*klinos* en grec) du patient » (2).

D'autres mutations, plus récentes, ont donc conduit à l'exercice de la pharmacie

clinique tel qu'on le connaît aujourd'hui. Le pharmacien clinicien est désormais amené à sortir de sa pharmacie pour se rapprocher du *lit du patient*. Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) souligne ainsi « les bénéfices à attendre [...] de l'analyse pharmaceutique et de la présence de l'équipe pharmaceutique dans les unités de soins » (5). Ces activités, désormais en place dans les établissements de soin, correspondent aux objectifs définis par la Société Française de Pharmacie Clinique (6).

1.3 Exercice de la pharmacie clinique

Dans le but de dispenser au patient un traitement médicamenteux le plus pertinent et sécurisé possible au moindre coût, le pharmacien assure une série de tâches destinées à éclairer l'équipe soignante dans le choix des thérapeutiques et de leur mise en œuvre. L'ensemble de ces tâches a été décrit par Calop *et al* (2) :

- Historique médicamenteux du patient : recueil de l'ensemble des médicaments pris par le patient avant l'entrée à l'hôpital (prescriptions et automédication). Ceci permet de détecter une éventuelle cause médicamenteuse de l'hospitalisation et d'adapter la stratégie thérapeutique mise en place à l'hôpital. Le pharmacien explore également le rapport qu'entretient le patient avec son traitement et les professionnels de santé, élément qui conditionne fortement son adhésion à la thérapeutique ;
- Validation de la stratégie thérapeutique de l'équipe soignante (indications, posologies, modalités de prise et d'administration, précautions d'emploi, interactions médicamenteuses, contre-indications éventuelles...) au regard de l'état physiopathologique du patient, de son historique clinique/médicamenteux et de ses représentations personnelles. Le pharmacien s'assure également de la conformité de la stratégie vis-à-vis des référentiels scientifiques disponibles (dossier d'autorisation de mise sur le marché, résumé des caractéristiques du produit, recommandations de sociétés savantes...) ;
- Rédaction d'une intervention pharmaceutique : en cas d'erreur ou d'inadaptation de la stratégie, le pharmacien avertit l'équipe de soins par la rédaction d'une intervention pharmaceutique traçable et consultable par l'ensemble des soignants. L'intervention pharmaceutique peut aussi concerner une simple optimisation de la stratégie thérapeutique afin d'améliorer les rapports bénéfice/risque et efficacité/coût. Le pharmacien peut également émettre des recommandations de bon usage ou proposer un plan de prise au médecin ;
- Surveillance des effets indésirables du traitement (et notification au centre de pharmacovigilance dont dépend l'établissement) et des résultats d'examens du patient

- susceptibles de conditionner la poursuite du traitement ;
- Sécurisation du circuit du médicament au niveau de l'unité de soins (commandes, livraisons, rangement et gestion de l'armoire à pharmacie du service) ;
 - Sensibilisation des soignants aux bonnes pratiques : élaboration, vérification et diffusion des informations, protocoles, notes de consensus et recommandations de bon usage des médicaments ;
 - Education thérapeutique du patient : cette activité fera l'objet de la partie 3 « L'éducation thérapeutique du patient (ETP) ».

2 Les soins pharmaceutiques

2.1 Origine et définitions

Les soins pharmaceutiques sont un concept d'origine nord-américaine né dans les années 1990 et qui introduit, dans la pratique pharmaceutique, « l'engagement du pharmacien à assumer envers son patient la responsabilité de l'atteinte clinique des objectifs préventifs, curatifs ou palliatifs de la pharmacothérapie » (7).

L'Ordre des pharmaciens du Québec retient pour définition des soins pharmaceutiques « l'ensemble des actes et services que le pharmacien doit procurer à un patient, afin d'améliorer sa qualité de vie par l'atteinte d'objectifs pharmacothérapeutiques de nature préventive, curative ou palliative » (8). Cette définition découle en fait directement de celle élaborée à l'origine par Helper et Strand (9) et qui a donné naissance au concept de soins pharmaceutiques. Filippi *et al* ajoutent que les soins pharmaceutiques intègrent « le contexte social, comportemental, économique dans lequel évolue le patient », champs qui, bien qu'initialement « éloignés du domaine de compétence principal du pharmacien [...] peuvent cependant influer sur la mise en place et le suivi de la prescription » (10).

2.2 Exigences du processus

Les éléments qui distinguent la prestation des soins pharmaceutiques de la pratique antérieure de la pharmacie sont recensés dans le *guide des soins et services pharmaceutiques en centre hospitalier* publié par l'Ordre des pharmaciens du Québec en 1994 (11). L'essentiel de ces éléments a été identifié par Mailhot et Mallet (12), à savoir :

- La reconnaissance du patient comme partie prenante de sa prise en charge médicamenteuse, ainsi que l'installation d'une relation de confiance et d'une collaboration

patient/pharmacien ;

- Le suivi rapproché du patient par son pharmacien, avec pour objectif des résultats pharmaco-thérapeutiques dont le pharmacien est garant et doit vérifier l'obtention ;
- La complémentarité de l'action du pharmacien avec celles des autres professionnels de santé, dans une approche pluridisciplinaire de la prise en charge du patient ;
- La tenue d'un dossier-patient recueillant de manière précise et exhaustive les analyses du pharmacien et ses interventions ;
- Un intérêt pour le patient ne se limitant pas au contenu des prescriptions et du dossier, mais comprenant aussi une évaluation globale des problèmes du malade et de l'ensemble de sa pharmacothérapie.

2.3 Intégration à la formation des étudiants

Face à la nécessité d'évolution de l'exercice de la pharmacie, la Faculté de Montréal a intégré dès 1992 les soins pharmaceutiques au programme de son baccalauréat en pharmacie (13). On note aussi qu'au Québec, les pharmaciens hospitaliers sont deux fois plus représentés qu'en France au sein de la profession (14, 15). Ce sont de tels facteurs qui ont concouru, dès le début des années 2000, à un développement des prestations de soins pharmaceutiques, déclarées dans près de 75 % des structures canadiennes, à l'hôpital comme en ville (16).

Au niveau international, en 2000, la Fédération internationale pharmaceutique (FIP) inclut la formation aux soins pharmaceutiques dans ses recommandations (17).

2.4 Etapes du processus

Dans leur modèle inspiré des travaux de Helper et Strand (7) et adopté par la Faculté de pharmacie de Montréal en 1996, Lamarre et Goulet divisent la prestation des soins pharmaceutiques en six étapes incontournables, résumées par Filippi *et al* (10) ainsi que Mailhot et Mallet (12). Nous décrivons brièvement ces étapes ci-dessous.

2.4.1 Etablissement d'une relation de confiance avec le patient

Le pharmacien doit parvenir à être accepté par le patient comme un partenaire dans la gestion de sa santé. Le pharmacien établit un premier contact avec le patient, explique quel est son rôle ainsi que l'objectif et l'intérêt de la démarche. Il utilise ses compétences pour répondre aux interrogations du patient. Il s'intéresse également aux particularités de l'individu (mode de vie, entourage, activités, croyances...) en faisant preuve de respect et de courtoisie. Les aidants peuvent assister à cette étape pour faciliter la communication (notamment lorsque

le patient a du mal à s'exprimer) et l'établissement du contact humain (19, 20).

2.4.2 Recueil et synthèse de l'information donnée par le patient

Le pharmacien analyse les problèmes liés à la médication du patient, qu'ils soient avérés ou potentiels, dans l'optique de les résoudre ou d'en prévenir la survenue. Ceci requiert une collecte complète des données :

- Etat physiologique et clinique du patient (âge, sexe, poids, allergies, consommations, analyses biologiques, handicaps...) ;
- Antécédents cliniques et pathologies en cours ;
- Pharmacothérapie : profil médicamenteux complet (médicaments à risque, interactions, automédication, évaluation de l'observance) ;
- Soignants du patient (médecin généraliste et/ou spécialiste, infirmier, pharmacien d'officine...)
- Entourage proche et autres aidants pouvant être contactés ;
- Informations subjectives (manière dont le patient perçoit lui-même ses problèmes de santé, attitude face à la thérapeutique mise en place) (10).

2.4.3 Analyse de l'information recueillie

Le pharmacien dresse une liste de problèmes liés aux médicaments, classés selon leur nature (médicament requis absent de la prescription, médicament non indiqué ou mal choisi, dosage inadapté, interaction...). Plusieurs modèles ont été élaborés pour faciliter cette classification (21, 22). Le pharmacien endosse dès lors la responsabilité de résoudre un à un les problèmes identifiés, conformément au principe des soins pharmaceutiques (8).

2.4.4 Elaboration d'un plan de soins pharmaceutiques

Pour chaque problème identifié, le pharmacien détermine, en collaboration avec le patient, les autres soignants et les aidants, des options pharmaco-thérapeutiques tenant compte de l'état du patient (solutions individualisées) et des résultats escomptés. Il définit avec le malade des priorités d'action, des objectifs pharmaco-thérapeutiques et des échéanciers raisonnables pour les atteindre. Les solutions adoptées doivent considérer la pathologie, mais aussi du contexte culturel et socio-économique du patient.

Le pharmacien s'assure que le patient a compris l'intérêt de chaque action et adhère à l'ensemble de la démarche. Il recueille alors le consentement écrit ou oral du patient et consigne par écrit ses interventions (12, 23).

Un exemple de grille d'établissement d'un plan de soins pharmaceutiques hospitalier est présenté en Annexe 1.

2.4.5 Mise en œuvre du plan élaboré

Le pharmacien communique son plan de soins pharmaceutiques final au patient et ses soignants. Ce document précise, pour chaque médicament prescrit, l'ensemble des informations nécessaires à son bon usage : indication, mode et moment optimal de prise, durée du traitement, effets thérapeutiques et indésirables, interactions possibles, conduite à tenir en cas d'oubli, précautions d'emploi, signes de surdosage... Patient et soignants doivent alors apporter leur consentement au plan de prise et, le cas échéant, s'engager à suivre chacune des recommandations approuvées, lesquelles sont consignées par écrit (11, 12).

2.4.6 Suivi et réévaluation du plan mis en œuvre

Le pharmacien s'assure de l'efficacité et la sécurité du plan mis en œuvre (notamment lors des renouvellements d'ordonnances) et le modifie si besoin en questionnant le patient sur l'évolution de son état, l'observance du traitement et les effets indésirables éventuellement ressentis. L'information ainsi recueillie et les modifications du plan (si elles ont lieu) sont consignées par écrit et communiquées aux autres soignants (24).

2.5 Application des soins pharmaceutiques à l'officine

S'il trouve ses origines dans le milieu hospitalier, le concept de soins pharmaceutiques au Canada s'applique désormais autant en ambulatoire, dans un souci de continuité des soins, grâce à une formation universitaire axée sur le patient et à un cadre légal donnant une compétence et une autorité reconnues aux pharmaciens (25, 26). Des formations aux soins pharmaceutiques ambulatoires sont aujourd'hui proposées aux officinaux québécois (27).

Une revue des pratiques de soins pharmaceutiques en officine sur le continent européen (28) recense, chez nos voisins, des expériences intéressantes. L'Espagne et la Belgique ont notamment inscrit dans la loi l'obligation, pour tout pharmacien (y compris en ville) de fournir des soins pharmaceutiques. Deux études belges, sur lesquelles nous reviendrons, ont expérimenté avec succès l'application des soins pharmaceutiques en officine (29, 30). En Allemagne, plusieurs études/programmes ont montré la faisabilité des soins pharmaceutiques en officine et le bénéfice apporté aux patients ; si bien qu'en 2004, plus de 17 000 officines de ville avaient rejoint un programme de soins coordonnés officine/médecin traitant (31). Au Portugal, l'association nationale des pharmaciens a développé dès 1999 des

stratégies, méthodes et outils de conseil s'apparentant à des démarches de soins pharmaceutiques. Des actions dans le domaine du diabète sont d'ailleurs rémunérées depuis 2004 (32). Une étude britannique montre enfin une amélioration de l'observance et une réduction du coût médicamenteux chez un groupe de patients âgés recevant des soins pharmaceutiques (33).

2.6 Les soins pharmaceutiques à l'étranger : deux exemples

2.6.1 En Tunisie

Les réformes successives des études de pharmacie en Tunisie ces dernières années ont permis d'intégrer la pharmacie clinique et les soins pharmaceutiques dans les cursus universitaires (34–36). La faculté de Monastir est à l'origine de l'émergence de la pharmacie clinique et des soins pharmaceutiques en Tunisie. Elle délivre aujourd'hui un certificat « soins pharmaceutiques » au terme d'un enseignement interactif basé sur des échanges en groupe et des mises en situation. Au niveau hospitalier, les tâches assignées aux internes intègrent une démarche de soins pharmaceutiques : historiques médicamenteux, stratégies thérapeutiques, plans de prise, suivis de tolérance et de l'iatrogénie, conseils et éducation du patient... La transposition officinale du modèle, bien que positivement perçue, reste toutefois en chantier (37).

2.6.2 En Belgique

En 2006, la loi belge reprend pour la première fois le concept de soins pharmaceutiques : notamment « la délivrance responsable de médicaments [...] en concertation avec les autres professionnels de santé et le patient » et « la résolution de problèmes liés à l'usage de médicaments » afin d'améliorer « la qualité de vie du patient » (38). Un arrêté royal décrit le processus en cinq étapes : accueil et contrôle administratif, validation de la demande, dispensation avec information et conseils, enregistrement des données dans un dossier pharmaceutique et accompagnement à la médication (39).

Les universités belges ont adapté en conséquence leurs programmes de formation afin de dispenser un enseignement en lien direct avec la pratique des soins pharmaceutiques (40).

Deux études ont par ailleurs exploré l'impact des soins pharmaceutiques dans des officines belges :

- Une étude randomisée contrôlée évaluant l'effet d'une intervention pharmaceutique (3 sessions, dont une d'éducation thérapeutique et un suivi des symptômes) chez des patients

- asthmatiques dans 66 officines. Une amélioration significative des paramètres cliniques relatifs au contrôle de l'asthme est observée après 6 mois (29) ;
- Une étude similaire menée chez des patients diabétiques montrant une amélioration significative du taux d'hémoglobine glyquée, de la connaissance de la maladie et de l'autogestion (non maintenue, toutefois, au-delà de 18 mois après l'intervention) (30).

3 L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

3.1 Les raisons d'être de l'ETP

3.1.1 Loi du 4 mars 2002

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (41), modifiant le Code de la santé publique (CSP), a réaffirmé le devoir d'information des professionnels de santé envers les patients : « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés [...]. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel » (42).

La loi insiste également sur la consolidation du lien ville-hôpital : « l'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie » (42).

Le respect de la confidentialité de ces informations et du secret professionnel sont également abordés : « toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant » (43).

3.1.2 Maladies chroniques et observance

D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'observance se définit comme « le degré de concordance entre le comportement d'une personne et les recommandations d'un professionnel de santé », en termes de suivi médical, de prise médicamenteuse, d'examens biologiques, de mesures hygiéno-diététiques, de comportements à risque (alcoolisme, tabagisme et autres addictions), etc. Cette définition est une reprise de celle

donnée par Haynes en 1979 (44), étoffée par celles d'autres auteurs (45-49).

Or, en 2003, un rapport de l'OMS établissait que « dans les pays développés, la proportion de malades chroniques respectant leur traitement n'était que de 50 % » (50). A la même époque, l'étude européenne « AIRE » sur l'observance des traitements faisait état d'une médiane générale inférieure à 70 % pour l'ensemble des pays étudiés (51). Une récente étude réalisée en France par le Centre de réflexion de l'industrie pharmaceutique (CRIP) a révélé que selon les pathologies, seuls 13 à 52 % de patients sont observants, et que seule l'ostéoporose affiche un taux d'observance supérieur à un patient sur deux (soit le taux moyen estimé par l'OMS dans les pays développés) (52).

L'ampleur de ce phénomène suivra inexorablement l'évolution de la charge des maladies chroniques au niveau mondial. En effet, « les maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, cancer, diabète...), les troubles mentaux, le VIH/SIDA et la tuberculose » représentent une part de la charge mondiale de morbidité qui « devrait dépasser 65 % d'ici 2020 » (50).

De cette perspective découle logiquement la question du coût engendré pour les systèmes de santé des Etats. Or, les répercussions économiques de l'inobservance sont démontrées (53, 54), avec notamment une augmentation des hospitalisations (55, 56). L'amélioration de l'observance devrait permettre, d'après l'OMS et en dépit de l'investissement initial à y consacrer, « une baisse significative des dépenses, grâce à la diminution du nombre des interventions coûteuses, comme les hospitalisations prolongées et fréquentes, les soins d'urgence ou les soins intensifs » (57).

3.1.3 Iatrogénie médicamenteuse

Le terme d'*iatrogénie médicamenteuse* désigne les effets indésirables provoqués par l'utilisation des médicaments. Si certains d'entre eux sont inhérents au principe actif et surviennent dans des conditions normales d'utilisation, d'autres sont le résultat de mésusages et seraient à ce titre évitables : mauvais horaire de prise, dose doublée (souvent pour rattraper, à tort, un oubli), interaction médicamenteuse, incompatibilité voire contre-indication avec un état physiologique (ex : grossesse), mauvaise voie d'administration, alimentation inadaptée (ex : régime sodé et prise de corticoïdes)... Les conséquences de tels mésusages peuvent conduire à une hospitalisation voire à un décès. Le risque iatrogène est par ailleurs majoré chez certains patients, souffrant par exemple de troubles cognitifs (58) ou dans la population âgée, en raison de la diminution des fonctions d'élimination et de la polymédication courante de cette tranche d'âge (59, 60).

3.1.4 Hospitalisations

Outre un coût médicamenteux, les maladies chroniques occasionnent des hospitalisations régulières (exacerbation d'une crise d'asthme, décompensation d'une insuffisance cardiaque, insuffisance fonctionnelle aigüe du diabétique, récidive d'accident vasculaire cérébral, effet indésirable grave médicamenteux)... Or en 2009, d'après une enquête menée sur les événements indésirables graves (EIG) en milieu hospitalier, 42,8 % des EIG recensés étaient la cause de l'hospitalisation. Selon la même étude, 4,5 % des séjours seraient engendrés par un EIG, dont plus de la moitié évitables (61). Par ailleurs, chez le sujet âgé, une hospitalisation constitue un bouleversement de l'équilibre de vie qui compromet le maintien de l'état cognitif et de l'autonomie de la personne à long terme, jusqu'à nuire parfois gravement à sa qualité de vie ultérieure (62).

3.1.5 Le décalage des besoins perçus du patient au soignant

Les besoins du patient atteint d'une pathologie chronique peuvent sembler, aux yeux des soignants, tomber sous le sens : examens médicaux réguliers, médicamentation, analyses biologiques, matériel médical... Pour autant, il s'avère que ces besoins ne sont pas toujours ceux que le patient lui-même perçoit prioritairement. Lui seul vit sa maladie au quotidien : il en découle une hiérarchisation de ses problématiques qui lui est propre et que l'équipe soignante doit prendre en compte (63).

3.1.6 De l'observance à l'adhésion au traitement

Malgré l'évidence de la problématique de l'inobservance thérapeutique, se cantonner à exiger des patients qu'ils suivent scrupuleusement les recommandations formulées par les professionnels de santé semble voué à l'échec. Aucune méthode ne permet en effet à elle seule d'évaluer de manière fiable l'observance (64, 65).

3.1.6.1 Méthodes d'évaluation de l'observance

On distingue deux types de méthodes pour évaluer l'observance : les méthodes directes et les méthodes indirectes, que nous allons décrire brièvement. Une présentation exhaustive de ces méthodes est proposée dans la thèse de Magalie Baudrant-Boga (66). Voici les principales méthodes qu'elle rapporte.

3.1.6.1.1 Méthodes directes

- Dosage de la concentration sanguine/urinaire du médicament et/ou de ses métabolites : cette méthode objective permet de détecter l'inobservance (taux insuffisant) ou les toxicités (taux excessif), ces dernières étant un facteur d'inobservance. Cette méthode est toutefois coûteuse, chronophage et reflète une observance à court terme : le patient qui connaît le but du dosage peut décider de prendre son traitement uniquement la veille ou quelques jours avant le prélèvement ;
- Observation des marqueurs cliniques et/ou biologiques (ex : diminution de la douleur, résultats d'INR chez des patients sous antivitamine K) : il s'agit d'une méthode objective aux techniques de mesure validées. Ses résultats doivent cependant être croisés à d'autres données (ex : registres des pharmacies) afin de tirer des conclusions ;
- Observation directe des prises médicamenteuses par les tiers : cette méthode sensible et spécifique requiert une grande disponibilité de l'entourage du patient et est, à ce titre, difficilement réalisable en permanence.

3.1.6.1.2 Méthodes indirectes

- Entretien avec la famille : cette méthode s'avère relativement fiable si le membre de la famille est impliqué dans le traitement du patient. Elle induit toutefois un risque de sur/sous-estimation de l'observance (notamment si le but de l'entretien n'a pas clairement été expliqué à la famille) ;
- Avis des soignants : la fiabilité de cette méthode dépend de la relation patient-soignant. En fonction de l'intervenant, l'observance peut de plus être sur/sous-évaluée ;
- Registre des renouvellements d'ordonnance en pharmacie : cette méthode permet de calculer un indice simple et précis : le *Medication Possession Ratio* (MPR) :

$$\text{MPR} = \frac{\text{nombre de jours de traitement délivrés par le pharmacien dans une période donnée}}{\text{nombre total de jours dans cette période}}$$

Toutefois, rien ne garantit que les comprimés délivrés sont consommés par le patient, ni à quel rythme.

- Décompte des comprimés du patient restants en fin de mois : cette méthode permet, en théorie, de savoir si certains comprimés n'ont pas été pris au cours du mois ; ceci n'est cependant que le reflet d'une consommation globale et ne garantit pas que les comprimés absents ont été consommés.
- Pilulier électronique (dispositif répartissant le traitement hebdomadaire du patient dans

différents compartiments correspondant aux jours de la semaine ; une alarme retentit aux heures de prise) : cette méthode évalue le nombre de prises et leurs horaires, ce qui permet de refléter les variations de prise journalières. Ce dispositif est néanmoins coûteux et génère chez certains patients un sentiment de « surveillance » anxiogène. Il mesure par ailleurs uniquement l'ouverture des compartiments à comprimés, sans garantir la consommation de ceux-ci.

- Auto-questionnaires d'observance : cette méthode de faible coût et simple à mettre en place permet d'explorer les différentes dimensions de l'observance à travers la variété des questions posées. Il n'existe cependant pas de questionnaire validé pour tous les types de maladies chroniques et les réponses données par le patient ne reflètent pas forcément la réalité (troubles de la mémoire, omissions, surestimations voire mensonges liés au sentiment de désirabilité sociale).

3.1.6.2 Concept d'adhésion thérapeutique

Les méthodes d'évaluation de l'observance sont donc nombreuses, mais imparfaites. En pratique, il convient de combiner les méthodes (67, 68), mais surtout d'identifier les facteurs influençant l'observance du patient (69).

- Maladie : sévérité, symptômes non ressentis, addictions, dépression, troubles cognitifs, sensoriels, moteurs, psychiques...
- Traitement médicamenteux : complexité, durée, chronophagie, modalités d'administration, effets indésirables...
- Facteurs socio-économiques : niveau d'éducation, situation familiale et professionnelle, ressources financières, influences culturelles...
- Patient et entourage : culture de la maladie, compétences d'auto-soin, vécu et expériences personnelles, croyances et représentations, soutien de l'entourage, ressources internes...
- Système de santé : organisation, accès aux soins, qualité de la relation patient/soignants...

Il apparaît en outre légitime de chercher à optimiser la prise en charge du patient, non plus en contrôlant uniquement sa bonne observance, mais en parvenant à solliciter son intérêt pour la thérapeutique. Ceci suppose d'obtenir l'*adhésion* du patient : une implication éclairée de ce dernier, à travers la prise en compte de ses représentations, ses contraintes, ses attentes, sa curiosité, ses motivations, ses priorités, ses projets. On dépasse, dès lors, l'attente d'une obéissance aveugle et détachée encore liée à la notion d'*observance* (traduction de l'anglais *compliance* qui comprend l'idée de *soumission* au médecin) pour basculer vers l'évaluation de deux dimensions : les comportements du patient en lien avec sa santé (*observance*) et les

facteurs les conditionnant (*adhésion*) sans opposition des deux processus, somme toute complémentaires voire indissociables (70).

3.2 Principes du processus d'ETP

3.2.1 Définitions

L'ETP est un mode de prise en charge du patient visant à lui permettre de gérer au mieux sa vie quotidienne avec sa pathologie chronique. Ceci en développant et entretenant ses connaissances et ses compétences d'auto-soin et, de fait, son autonomie (18).

L'ETP fait partie intégrante du parcours de soins du patient, dans toute sa durée (cf. paragraphe 3.2.2 « Exigences de la loi HPST »). Selon la Haute autorité de santé (HAS), l'ETP « comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial » adaptés au patient et conçus pour l'informer et éveiller sa conscience au sujet de la maladie, de sa prise en charge et de sa gestion au quotidien. Ceci nécessitant une coopération active du patient avec soignants et aidants, dans l'optique de maintenir voire d'améliorer son autonomie et sa qualité de vie (18).

3.2.2 Exigences de la loi HPST

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 consacre l'un de ses quatre titres à la santé publique et la prévention. Ce dernier inscrit l'ETP dans le parcours de soins du patient (71).

Les compétences requises pour réaliser et coordonner l'action d'ETP sont définies par le décret n°2013-449 du 31 mai 2013 (72). Il s'agit :

- De compétences techniques permettant d'offrir au patient les clés de la gestion de sa maladie, ainsi que de concevoir des dispositifs d'intervention et d'analyse et des stratégies d'animation ;
- De compétences relationnelles et pédagogiques destinées à établir un partenariat avec les patients et à favoriser les apprentissages et les échanges au sein des équipes d'ETP ;
- De compétences organisationnelles nécessaires à la planification et à la conduite des actions du projet d'ETP, ainsi qu'à l'évaluation du processus et des moyens de communication employés.

Les modalités d'élaboration et le contenu des programmes d'ETP doivent se conformer à un cahier des charges publié par les arrêtés ministériels du 2 août 2010 et du 14 janvier 2015, qui établissent également la composition du dossier de demande d'autorisation

des programmes par les Agences régionales de santé (ARS). La loi prévoit, ainsi, que les programmes d'ETP (73, 74) :

- Sont coordonnés par un médecin, un autre professionnel de santé ou un représentant d'une association de patients ;
- Incluent au moins deux professionnels de santé de professions différentes (pluridisciplinarité), parmi lesquels un médecin. Les intervenants et le coordonnateur doivent, chacun, fournir une attestation de formation en ETP ou justifier d'une expérience rapportée par écrit d'au moins deux ans dans un programme d'ETP ;
- Concernent, sauf besoin particulier, une des trente Affections de Longue Durée (ALD) exonérant du ticket modérateur, ainsi que l'asthme, les maladies rares et les autres problèmes de santé considérés comme prioritaires au niveau régional. Les objectifs sont définis pour chaque patient en consensus avec les intervenants (on parle d'objectifs « communs » ou « partagés ») et débouchent sur un programme personnalisé dont les modalités et les outils pédagogiques sont décrits, ainsi que la procédure d'évaluation de l'atteinte des objectifs. Les critères de jugement de l'efficacité du programme sont mentionnés : critères cliniques, y compris qualité de vie, autonomie, critères psychosociaux, recours au système de soin, et/ou biologiques. Un dossier papier ou informatique doit également suivre le patient tout au long du programme. Enfin, les sources prévisionnelles de financement doivent être précisées ;
- Décrivent les procédures de coordination entre les intervenants au sein du programme, les autres soignants du patient (en particulier le médecin traitant lorsqu'il n'intervient pas dans le programme) et les éventuels acteurs d'accompagnement. La traçabilité des échanges doit être assurée et accessible au patient. Des chartes de confidentialité et de déontologie doivent être prévues et signées par les intervenants ;
- Recueillent de manière préalable le consentement écrit du patient (ou de ses représentants légaux) et l'informent de son droit de sortir du programme à tout moment et sans préjudice d'aucune nature ;
- Evaluent annuellement l'activité globale du programme et son déroulement. Une évaluation quadriennale en termes d'activité, de processus et de résultats est par ailleurs imposée ;
- Excluent tout contact direct entre un malade/son entourage et une entreprise exploitant un médicament, un dispositif médical, ou proposant des prestations en lien avec la santé. L'élaboration et la mise en œuvre de l'action éducative sont ainsi réservées aux seuls professionnels de santé. Toutefois, d'après la loi HPST (71), il n'est pas interdit aux

entreprises en question de « prendre part aux actions ou programmes » d'ETP, « notamment pour leur financement ».

3.2.3 Acteurs de l'ETP

L'ETP est une activité qui se veut multiprofessionnelle, conjuguant les compétences de différents professionnels de santé mais aussi d'acteurs de proximité apportant leur soutien au patient (75).

3.2.3.1 Les professionnels de santé

Les professionnels de santé impliqués à différents niveaux dans l'éducation thérapeutique sont (76) :

- les médecins généralistes et les spécialistes ;
- les infirmiers ;
- les kinésithérapeutes et ergothérapeutes ;
- les pharmaciens ;
- les psychologues ;
- les diététiciens...

3.2.3.2 Les autres professionnels impliqués

Autour d'un programme peuvent également travailler des acteurs non soignants (76) :

- éducateurs médico-sportifs ;
- éducateurs pour la santé ;
- enseignants ;
- assistantes sociales...

3.2.3.3 Les patients

3.2.3.3.1 Associations de patients

Les associations de patients et d'usagers visent à apporter une aide morale, pratique, financière, sociale ou juridique aux personnes malades et à leur entourage, par des actions individuelles ou collectives (77).

Depuis la loi du 4 mars 2002 (41), ces associations peuvent jouer un rôle dans la représentation des usagers et dans leur participation au système de santé. Elles mandatent pour cela leurs membres dans différentes instances : au niveau régional, national ou dans les

établissements de santé (77), y compris dans des dispositifs d'ETP (78, 79).

3.2.3.3.2 Patients-experts

La loi du 4 mars 2002 a amorcé une étape nouvelle dans l'approfondissement du droit des patients. De plus, la survenue de scandales sanitaires, le développement des technologies de l'information et de la communication (TIC), et le contexte politique renforçant le droit des citoyens contribuent à l'implication grandissante des malades dans les processus de soins. Ces dernières années ont ainsi été marquées par l'émergence du concept du « patient-expert » (80).

Ce dernier peut être défini comme un malade ayant acquis un savoir « expérientiel » sur les affections qui le touchent, savoir pouvant être mis à profit par les établissements de santé en vue de l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de symptômes similaires ou de maladies connexes (80–82).

À ce jour, il n'existe pas de définition formelle et synthétique du concept de « patient-expert ». On considère, en premier lieu, que le patient est expert de sa propre prise en charge ; en deuxième lieu, qu'il peut partager un vécu et une expérience avec d'autres patients (on parlera alors de « patient-ressource ») ; ce n'est qu'en troisième lieu que l'on glisse vers une notion de « patient-expert éducateur », véritable partenaire dans le processus de prise en charge des autres malades (83).

Toutefois, la place du « patient expert » semble pour l'heure souffrir d'un manque de reconnaissance institutionnelle, d'autant que les modalités de son intervention ne sont pas clairement définies. Les expériences étrangères sont porteuses d'enseignements, mais elles soulèvent la question de la prise en compte des spécificités nationales préalable à toute transposition (83).

3.2.3.4 Les réseaux de santé

D'après l'article 84 de la loi du 4 mars 2002 modifiant le CSP, « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins [...]. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale,

ainsi qu'avec des représentants des usagers. Les réseaux de santé [...] peuvent bénéficier de subventions de l'Etat » (84).

Les réseaux résultent donc de l'association de plusieurs professionnels de santé dans le but de mener une action commune, focalisée sur une pathologie chronique et/ou un groupe de patients (ex : tranche d'âge) particuliers (85). Les réseaux élaborent des programmes éducatifs, autorisés par les ARS (74) s'ils sont conformes au cahier des charges des programmes d'ETP (72, 73). Les réseaux ont également la possibilité de former leurs intervenants (86).

3.2.4 Formation des professionnels de santé à l'ETP

D'après l'arrêté du 2 août 2010, dispenser de l'ETP nécessite une formation d'une durée minimale de 40 heures (87). Conformément aux recommandations de la Société française de santé publique (SFSP) émises en 2008 (88), cette formation est désormais largement assurée par les établissements universitaires, notamment dans les études de pharmacie qui doivent désormais intégrer dans leurs programmes la formation à l'ETP (89).

Des formations d'approfondissement des compétences (Diplôme Universitaire et Master) existent par ailleurs pour les professionnels désireux de s'investir de manière plus forte encore dans l'ETP. Nombre d'entre elles sont référencées sur le site internet de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) (90). Ce sont des formations longues permettant l'acquisition de compétences éducatives, d'encadrement et d'évaluation. Elles ouvrent l'accès à des fonctions de responsabilité dans la coordination de programmes d'ETP (ou de formations à l'ETP) (88).

Les intervenants et le coordonnateur d'un programme doivent donc justifier de compétences en ETP. Une attestation de formation, délivrée par un organisme agréé, est fournie par chaque membre de l'équipe et doit notamment mentionner le nombre d'heures et le contenu du programme de la formation suivie. En l'absence de formation, une expérience rapportée par écrit d'au moins 2 ans dans un programme d'ETP autorisé est encore aujourd'hui acceptée (74).

3.2.5 Lieux de mise en œuvre de l'ETP

La dispensation de l'ETP peut se tenir dans différents lieux. Le plus cité d'entre eux est le milieu hospitalier (y compris les services d'urgences) qui présente l'avantage de réunir en un même site une multitude de soignants de professions différentes.

Toutefois, l'ETP peut aussi s'effectuer en milieu ambulatoire et c'est d'ailleurs cette

forme qui tend à développer. Des sites et des opportunités d'éducation thérapeutique ont été identifiés. Parmi eux : les cabinets médicaux, les soins communautaires ou ruraux, les groupes scolaires, les équipes mobiles allant à domicile ou sur des sites fréquentés par certains groupes de patients (adolescents, populations défavorisées...) et les réseaux de soins (75).

3.3 Etapes d'un programme d'ETP

L'action d'ETP comporte différentes étapes, que nous décrirons à l'aide des recommandations de la HAS (18, 91–93) et d'un article publié par la Revue des Maladies Respiratoires (94).

3.3.1 Recrutement des patients

Il s'agit de la démarche permettant d'inclure dans un programme d'ETP des patients susceptibles d'en tirer un bénéfice. Cette étape est classiquement réalisée par le médecin (généraliste ou spécialiste), comme le prévoit la loi HPST (71). Les pharmaciens possèdent néanmoins des atouts qui leur permettraient de participer à ce recrutement : maillage territorial des officines, accessibilité et disponibilité sur de longues plages horaires sans rendez-vous, contacts fréquents avec le public (notamment les patients atteints de maladies chroniques), relation de confiance avec le patient... (95)

3.3.2 Diagnostic éducatif

3.3.2.1 Définition/principe

L'OMS définit le diagnostic éducatif comme la « première étape du processus pédagogique. Il s'agit d'un recueil systématique, détaillé et itératif d'informations par le soignant, concernant la situation bioclinique, éducative, psychologique et sociale du patient. Ces informations doivent servir de base pour la construction d'un programme d'éducation thérapeutique personnalisé » (96).

Le diagnostic éducatif correspond donc à un bilan partagé avec le patient en début de programme d'ETP dans le but d'estimer ses besoins en lien avec sa pathologie chronique et de définir, en accord avec lui, des objectifs thérapeutiques adaptés à son propre cas et qui constitueront le fil conducteur de l'action éducative. A ce titre, le diagnostic éducatif doit être actualisé à chaque séance, en particulier lors de la survenue d'éléments nouveaux concernant le patient, sa pathologie ou son environnement. Ce diagnostic peut être réalisé par tout

professionnel formé à l'ETP : médecin, infirmière, kinésithérapeute, pharmacien, assistante sociale... (75, 97)

Lors du diagnostic éducatif, l'intervenant en ETP veille à laisser autant que possible la parole au patient : c'est idéalement celui-ci qui doit, en réponse à des questions ouvertes, exprimer ce qu'il sait de sa maladie, son vécu quotidien ainsi que ses attentes en rapport avec sa pathologie et son contexte de vie (98, 99).

3.3.2.2 Les cinq dimensions du diagnostic éducatif

Le diagnostic éducatif explore cinq dimensions définies par Gagnayre et D'Ivernois (100) :

- Dimension biomédicale (*Qu'est-ce qu'il a ?*) : le patient décrit sa maladie (symptômes, ancienneté, sévérité, évolution, complications ressenties ou insidieuses, fréquence et motifs des hospitalisations éventuelles...). Cette étape s'apparente à un état des lieux, par le patient, de sa propre situation clinique ;
- Dimension socio-professionnelle (*Qu'est-ce qu'il fait ?*) : le patient est invité à dépeindre son mode de vie au quotidien (situation professionnelle et familiale, habitat, loisirs, hygiène de vie, situation financière, pratique religieuse éventuelle...).

Cette étape permet d'identifier, dans le mode de vie décrit, les ressources et/ou les contraintes pouvant constituer des leviers ou, au contraire, des freins à l'apprentissage ;

- Dimension cognitive (*Qu'est-ce qu'il sait, comment voit-il sa maladie, sa santé ?*) : le patient est amené à décrire sa culture dite « personnelle » de la maladie.

Il s'agit de ce qu'il a appris de sa propre expérience ou de celles de proches eux-mêmes malades. Ceci constitue, pour le patient, un savoir solide (fondé ou non) auquel il croit fermement et qui conditionne sa gestion de la pathologie mais aussi la réussite de l'action éducative. L'éducateur devra conforter le malade dans ses connaissances fondées, réajuster ses croyances erronées sans pour autant bousculer ses représentations.

Cette dimension aborde aussi les conséquences engendrées par la maladie sur le quotidien du patient et de ses proches : l'éducateur déduit alors les points à aborder en priorité lors de l'ETP afin d'améliorer la qualité de vie du patient et de susciter ainsi sa motivation ;

- Dimension psycho-émotionnelle ou psycho-affective (*Qu'est-ce qu'il ressent, comment vit-il les choses ?*) : cette étape cherche à entrevoir la manière dont le patient vit sa maladie, par rapport à lui-même mais aussi vis-à-vis des autres. Elle repose essentiellement sur la détermination, par l'éducateur, du stade d'acceptation de la maladie dans lequel se situe le patient, concept développé par Assal et Lacroix selon le modèle

- d'E. Kübler-Ross (98) (état de choc, déni, révolte, négociation, tristesse, acceptation) ;
- Dimension projective (*Quels sont ses projets ?*) : l'éducateur invite le patient à formuler des projets de vie qui, malgré la maladie, lui tiennent à cœur, sur le plan personnel, familial comme professionnel. Le but est d'exploiter ces perspectives chères au patient comme des leviers motivationnels.

3.3.2.3 Déduction d'un contenu éducatif personnalisé

Le diagnostic éducatif débouche sur la négociation avec le patient de priorités d'apprentissage personnalisées (selon les besoins et les attentes exprimés au cours de l'entretien de diagnostic) qui conditionneront le contenu des séances éducatives et les méthodes pédagogiques dont bénéficiera le patient, avec en ligne de mire : l'atteinte des objectifs ayant été définis d'un commun accord entre patient et soignants. Tous s'engagent alors à mettre en œuvre les mesures nécessaires à la réalisation des objectifs fixés : un contrat d'éducation est ainsi rédigé et le patient devient, dès lors, un partenaire à part entière de l'équipe soignante (18, 75).

3.3.2.4 Synthèse du diagnostic éducatif

Une synthèse du diagnostic éducatif est enfin rédigée par l'éducateur et incorporée au dossier d'ETP du patient. Elle rend compte :

- De ce que le patient a exprimé en termes de besoins, de difficultés, d'attentes et de préoccupations, mais aussi des ressources et des facteurs positifs qu'il a pu évoquer ;
- Des compétences d'auto-soin, d'adaptation et de sécurité à acquérir par le patient (et éventuellement les aidants) lors du programme ;
- Des facteurs de difficulté et de vulnérabilité susceptibles de perturber l'apprentissage (troubles somatiques, psychologiques et sociaux) ;
- De l'ensemble des médicaments pris par le patient (anamnèse médicamenteuse) ;
- De l'ensemble des professionnels de santé du parcours de soins du patient (en précisant ceux ayant éventuellement été contactés suite au recrutement du patient) ;
- De la démarche envisagée pour le patient sur les plans éducatif, médical, du suivi, des prises en charges complémentaires (ex : addictions) et de l'orientation vers les spécialistes.

La synthèse complète est transmise à l'ensemble de l'équipe éducative ainsi qu'aux autres professionnels impliqués dans la prise en charge du patient (93, 99).

3.3.3 Mise en œuvre du programme : les séances éducatives

3.3.3.1 Définition/principe

La réalisation du programme d'apprentissage décidé avec le patient lors du diagnostic éducatif se déroule sous la forme de séances éducatives réunissant patient(s), soignant(s) et parfois aidant(s). Ces séances abordent de manière pédagogique et accessible la physiopathologie de la maladie, ses complications éventuelles, son traitement médicamenteux (principe, but, posologie, effets indésirables, interactions médicamenteuses, contre-indications, conduite à tenir en cas d'oubli...), les matériel et les dispositifs médicaux à manipuler, les examens biologiques à réaliser, les spécialistes à consulter, les règles hygiéno-diététiques et les comportements à adopter. Ces séances sont individuelles ou collectives selon les besoins et le souhait du patient. Elles emploient des outils pédagogiques choisis en fonction du thème de la séance et du (des) patient(s) qui en bénéficie(nt) (94).

3.3.3.2 Forme des séances

3.3.3.2.1 Séance individuelle

Il s'agit d'un entretien d'ETP effectué avec un patient unique (et un ou plusieurs aidants si désiré) dans un espace propice à la confidentialité. D'une durée d'environ 45 minutes, elle favorise un contenu personnalisé, respectant le rythme d'apprentissage du patient et ses contraintes d'emploi du temps (la date de chaque séance étant fixée en accord avec le malade) (93). Elle se base sur la relation privilégiée qui unit le malade avec le professionnel de santé (lequel doit veiller à ne pas exercer d'emprise sur le patient). Elle ne force pas le patient à se confronter à d'autres malades lorsque cela n'est pas son souhait, bien que ceci le prive du bénéfice formateur unique qu'apporte l'échange avec les pairs. L'absence de dynamique de groupe accélère par ailleurs l'effet de lassitude au fil des séances. Enfin, côté soignant, multiplier les séances individuelles s'avère chronophage (101).

3.3.3.2.2 Séance collective

Elle consiste en l'organisation d'ateliers conviant plusieurs patients afin d'échanger, débattre, confronter expériences et points de vue au sujet de la maladie. L'atelier met à profit les interactions entre participants, l'émulation créée par l'effet de groupe et la convivialité du moment pour stimuler les apprentissages. Les intervenants usent de leurs compétences d'animation pour maintenir l'attention et l'implication de chaque participant tout en préservant la structure des activités du programme. Ils veillent à ne laisser aucun patient à

l'écart et à ce que chacun puisse s'exprimer. Selon la densité de son contenu, un atelier peut être réparti sur plusieurs séances, dont les dates sont fixées en tenant compte prioritairement des contraintes d'emploi du temps des patients (93, 101). Certains programmes proposent également des séances uniques à thème précis, auxquelles le patient s'inscrit « à la carte » selon le domaine dans lequel il souhaite progresser.

3.3.3.2.3 Autres modalités de mise en œuvre de l'ETP

Outre les séances d'ETP en contact direct avec le patient (individuelles ou collectives), d'autres modalités de mise en œuvre du programme éducatif sont validées : séances par téléphone, recours aux technologies de l'information et de la communication et séances au domicile du patient.

3.3.3.2.3.1 Séances par téléphone

Il s'agit d'un entretien téléphonique avec le patient réalisé par un professionnel de santé déjà connu de lui. La date et le contenu abordé sont planifiés en fonction de l'état d'avancement du patient dans le programme d'ETP. Tout comme une séance individuelle en contact direct, la séance par téléphone fait l'objet d'un compte-rendu consigné dans le dossier du patient.

Ce type de séance porte fréquemment sur une analyse d'expérience (ex : auto-surveillance glycémique chez un diabétique récemment diagnostiqué, utilisation d'un nouveau dispositif d'inhalation chez un asthmatique...) mais permet aussi d'assurer un suivi du patient à distance (difficultés, motivation, interrogations, réussites...). Il diffère d'un simple appel pour obtenir une information de la part du patient, lui rappeler une date de rendez-vous ou encore d'un appel d'urgence.

Lorsqu'un problème majeur est décelé lors de l'entretien téléphonique et que ce dernier ne suffit pas à le résoudre, la prise en charge du patient par les services d'urgence peut s'imposer. A ce titre, l'usage du téléphone pour l'ETP doit s'intégrer dans une connexion avec les centres de réception et de régulation des appels du SAMU (93).

3.3.3.2.3.2 Technologies de l'information et de la communication (TIC)

Les TIC désignent l'ensemble des techniques de l'informatique, de l'audiovisuel, du multimédia, d'internet et des télécommunications (102). Ces outils interactifs permettent un apprentissage (ex : via un CD-ROM) et/ou un suivi du patient (ex : communication des

résultats d'analyse et des conseils associés) à distance, bien que leur utilisation en ETP soit encore limitée et leur impact modeste et peu mesuré. La banalisation du recours aux TIC dans le quotidien de chacun appelle toutefois les équipes éducatives à développer ce type d'outil dans le champ de la santé et des maladies chroniques (93).

3.3.3.2.3.3 Séance à domicile

Certains programmes d'ETP proposent à leurs patients de recevoir un éducateur à domicile. L'objectif est de réaliser une ou plusieurs étapes du programme (diagnostic éducatif, séances d'apprentissage, évaluation des acquis, séances de suivi) chez le patient (103, 104), par exemple en cas de difficultés de locomotion (105). Des acteurs soulignent également des raisons d'ordre pratique à cette modalité d'intervention (ex : manque d'espace disponible en milieu clinique), mais aussi et surtout le souci d'adapter l'offre d'ETP aux besoins du patient : motivation de certains patients « effacés » au sein du groupe (104), implication des proches rencontrés au domicile (106), prise en compte des difficultés quotidiennes occultées par le patient lors des rencontres en milieu soignant, meilleure connaissance du cadre de vie et de la réalité quotidienne (107, 108)...

Malgré un coût et un bénéfice apporté encore mal évalués (104, 109) et certains désavantages (manque de dynamique du groupe et de sécurité, difficulté à réunir une équipe transdisciplinaire) (110), le fait que l'ETP « sorte des murs » pour parvenir au domicile du patient est déjà souligné comme une nécessité (107).

3.3.3.3 Outils pédagogiques et techniques d'animation

Il s'agit de supports matériels et de méthodes conçus pour réaliser l'apprentissage lors des séances éducatives. Ils sont élaborés par l'équipe éducative du programme mais parfois aussi par des tiers (laboratoires pharmaceutiques, hôpitaux...) (93). Nous citons ci-dessous quelques exemples.

3.3.3.3.1 Outils pédagogiques

3.3.3.3.1.1 Jeux de cartes et de plateau

Originaux ou adaptés de jeux de société célèbres, ils permettent d'apprendre (ou réapprendre) de manière ludique et conviviale des connaissances en rapport avec une pathologie particulière. Par exemple, un jeu type « Trivial Pursuit » invite les joueurs à répondre à des questions sur le thème de l'hémophilie afin de progresser sur un plateau aussi

rapidement que possible. Ce type d'outil est adapté aux séances collectives, plus particulièrement chez les enfants (111).

3.3.3.3.1.2 Semainier de prise de médicaments (ou plan de prise)

Le semainier de prise médicamenteuse se présente sous la forme d'un tableau récapitulatif de l'ensemble des médicaments pris quotidiennement par le patient. Pour chacun d'entre eux, le tableau mentionne l'effet du médicament (décrit avec les mots du patient pour en assurer la bonne compréhension à la relecture), les horaires de prise et le mode d'administration lorsque ce dernier comporte une particularité (par exemple, un délai minimal entre chaque prise ou une désinfection préalable aux piqûres) (66, 111).

Un exemple de plan de prise est présenté en Annexe 2.

3.3.3.3.1.3 Schémas explicatifs

Il s'agit d'une représentation simplifiée d'un phénomène physiopathologique en lien avec la maladie du patient. Le schéma permet au malade de mieux cerner quels sont les mécanismes en jeu dans sa pathologie chronique et, ainsi, de mieux comprendre les modalités de sa prise en charge, en particulier concernant certaines contraintes (horaires de prise médicamenteuse, règles hygiéno-diététiques...). Il s'agit, à ce titre, d'un outil particulièrement utile à l'obtention de l'adhésion thérapeutique (66).

Un exemple de schéma explicatif relatif au diabète de type 2 est présenté en Annexe 3.

3.3.3.3.1.4 Information écrite

Il s'agit d'un support informatif remis au patient se présentant sous un format papier, vidéo ou multimédia. Ce document récapitule l'essentiel des informations nécessaires à la bonne conduite du traitement et à la gestion de la pathologie chronique : physiopathologie simplifiée de la maladie, horaires de prise médicamenteuse, conduite à tenir en cas d'oubli ou de crise, règles hygiéno-diététiques, effets indésirables... (112) Le patient peut ainsi dissiper certains doutes à domicile en consultant directement ces supports écrits. Ce type de support joue un rôle de complément et d'aide-mémoire après une séance : en aucun cas il ne précède ni ne remplace celle-ci (113).

Un exemple de brochure conçue par le Cespharm sur le thème de l'asthme est disponible en Annexe 4.

3.3.3.3.1.5 Valises de matériel médical

Elles rassemblent le nécessaire de matériel médical destiné à la gestion quotidienne d'une pathologie chronique donnée. Une valise pour le soin du pied chez le diabétique contient par exemple tout le matériel nécessaire à l'entretien des pieds ainsi que des schémas explicatifs permettant d'apprendre au patient à assurer ses soins, choisir une paire de chaussures adaptée, reconnaître les situations à risque et effectuer les premiers soins d'une plaie (111).

3.3.3.3.2 Techniques d'animation

3.3.3.3.2.1 Photo-expression

Une série de photographies est placée face au patient, qui doit choisir celle représentant à ses yeux le mieux sa maladie et expliquer pourquoi. Le but est de faciliter l'expression du patient et de ses représentations de santé, puis de susciter l'écoute et l'échange (en séance collective). Il s'agit aussi d'un bon moyen pour l'éducateur d'approfondir sa connaissance des patients qu'il encadre. Cette technique nécessite toutefois d'être élaborée par consensus de plusieurs intervenants via une méthodologie rigoureuse (114, 115).

3.3.3.3.2.2 Table ronde, métaplan et brainstorming

Ces techniques propres aux séances collectives permettent de stimuler l'élaboration et l'expression d'idées par les patients, en rapport avec un thème prédefini, pour créer ensuite un débat sur le même thème. Ce débat hiérarchise les idées précédemment émises afin d'affiner chez les patients la conception de leur maladie et de ses conséquences. Cela permet à certains patients de relativiser leur situation, à d'autres d'entrevoir des marges de manœuvre qu'ils n'auraient pas soupçonnées. Ce type d'outil aide ainsi le patient à élaborer ses propres solutions envers ses problématiques. L'animateur doit toutefois veiller à laisser chacun s'exprimer librement et à ne pas laisser transparaître son opinion personnelle (115–118).

3.3.3.3.2.3 Jeux de rôle

Les jeux de rôle (ou mises en situation) consistent à imaginer une scène susceptible d'arriver à un (ou plusieurs) patients compte tenu de sa (leur) pathologie. Le(s) patient(s) est (sont) alors invité(s) à jouer cette scène, décrivant ainsi la manière dont il(s) réagirai(en)t pour gérer la situation. Chacun exprime ensuite ce qu'il a ressenti durant le jeu de rôle et procède à

une autocritique *a posteriori*. Cet exercice permet à l'éducateur d'évaluer les compétences de gestion de la maladie acquise par le(s) patient(s) et, de fait, le gain d'autonomie apporté par l'ETP. Cette activité est toutefois soumise à la timidité de certains participants et à la volonté du groupe de « jouer le jeu » (115, 119).

3.3.3.4 Synthèse de fin de séance

3.3.3.4.1 Compte-rendu de séance (séance individuelle)

Il est rédigé en présence du patient. Il rappelle l'objectif de la séance réalisée et récapitule ce que le patient (et le cas échéant, les aidants) pense(nt) avoir appris durant celle-ci et ce que l'éducateur pense avoir transmis. Le patient note sa satisfaction par rapport à la séance et peut rédiger un commentaire libre sur le déroulement de celle-ci. Le patient écrit également ce qu'il pense mettre en œuvre ou changer dans son quotidien après avoir bénéficié de la séance. Il convient ensuite, avec l'éducateur, d'un objectif à atteindre d'ici la séance d'ETP suivante. Une copie du compte-rendu est proposée au patient et une autre peut être envoyée au professionnel de santé de son choix (ex : médecin traitant) (120).

3.3.3.4.2 Réunion-bilan ou « débriefing » (séance collective)

Elle a lieu après chaque séance collective et réunit l'ensemble des intervenants. Y sont discutés : l'intérêt et la curiosité suscités chez les patients par la séance, leur participation active, les connaissances et les compétences qui semblent avoir été acquises par le groupe et, en déduction, le contenu de la séance suivante. Les conclusions tirées font l'objet d'une synthèse à destination des autres intervenants du programme et des équipes soignantes (93).

3.3.4 Evaluation éducative

3.3.4.1 Définition/principe

Afin de s'assurer de la bonne acquisition des connaissances/compétences apprises lors de l'ETP et du gain d'autonomie et de qualité de vie escompté, l'intervenant procède à une étape d'évaluation éducative. Celle-ci peut avoir lieu à différents moments du programme d'ETP, avec des visées sensiblement différentes (93).

L'évaluation éducative est à distinguer de l'évaluation du processus éducatif en lui-même (121), que nous aborderons dans le paragraphe 3.3.5 « Evaluation l'efficience du programme ».

3.3.4.2 Types d'évaluation

3.3.4.2.1 Evaluation diagnostique (ou pronostique)

Cette évaluation a lieu en fin de diagnostic éducatif et détermine quel sera le contenu de l'apprentissage d'après les besoins, les attentes et les projets initialement exprimés par le patient. Elle permet également de prévoir un éventuel suivi psychologique adapté au patient (93).

3.3.4.2.2 Evaluation formative

Cette évaluation a lieu en fin de séance éducative et évalue ce que le patient a acquis lors de cette séance, au regard des priorités d'apprentissages initialement négociées (122). L'éducateur s'assure de la bonne compréhension des notions abordées en demandant notamment au patient de reformuler les explications données (104).

L'évaluation formative doit en outre constituer pour le patient une occasion d'exprimer son point de vue par rapport au processus éducatif et son organisation. L'éducateur identifie les éventuels problèmes rencontrés par le patient au cours de l'apprentissage et valorise les progrès réalisés (93).

L'évaluation formative doit aussi contribuer à développer les capacités d'auto-évaluation et d'autocorrection du patient afin de lui apporter un bénéfice (ou *a minima* une stabilité) en matière d'autonomie et de qualité de vie. A terme, elle doit permettre au malade de concevoir ses propres stratégies de gestion de sa maladie (122, 123).

Cette évaluation permet enfin de définir les thèmes abordés lors de la séance suivante en accord avec le patient. Elle fait l'objet d'une trace écrite dans le dossier du patient (122).

3.3.4.2.3 Evaluation sommative

Elle se déroule en fin de programme d'ETP et revêt un caractère de bilan. C'est une évaluation globale des connaissances et des compétences acquises par le patient au cours de l'ensemble du programme, au regard des objectifs d'apprentissage fixés dans le contrat d'éducation. On cherche à savoir si le patient a effectivement tiré un bénéfice de l'ETP en termes de gestion de sa pathologie, d'autonomie, d'estime de soi et de qualité de vie. Ceci permet également de décider du maintien des séances éducatives encore programmées et/ou d'en planifier d'autres selon les besoins réactualisés du patient. Il s'agit aussi d'identifier et d'analyser certains indicateurs d'efficacité à long terme de l'ETP (dans l'exemple de l'asthme : fréquence des exacerbations, du recours aux urgences, des consultations non

programmées, des hospitalisations, des séjours en réanimation et de l'absentéisme professionnel) (122).

NB : il est également possible de réaliser plusieurs séances d'évaluations sommatives à intervalles réguliers pendant le programme (souvent trimestriellement) afin d'assurer un suivi pérennisé du patient. Ceci est souvent le cas dans les réseaux de santé (93).

3.3.4.3 Outils d'évaluation

3.3.4.3.1 Questionnaire avec degré de certitude

Cet outil permet d'évaluer de manière rapide les connaissances mémorisées par le patient.

L'intervenant interroge le patient concernant les points essentiels abordés lors de l'ETP en rapport avec sa pathologie. Une série de questions courtes et précises est posée au patient ; pour chaque question, plusieurs réponses (bonnes comme mauvaises) sont proposées. A chaque réponse donnée, le patient associe un degré de certitude (typiquement : « tout à fait sûr », « assez sûr », « peu sûr », « pas du tout sûr »). Un score plus ou moins élevé est marqué à chaque question, selon la réponse donnée et le degré de certitude associé. Ceci détermine, en fin de questionnaire, un score global évaluant l'état des connaissances du patient (124). L'éducateur valorise alors les connaissances fondées bien maîtrisées et retravaille avec le patient les éventuelles croyances erronées (125).

Un même questionnaire peut être soumis au patient en début et en fin de programme afin de comparer les résultats obtenus et constater les progrès réalisés par le patient (126).

NB : on peut aussi proposer au patient une évaluation sur un geste d'auto-soin à réaliser. Chaque étape du geste en question est alors répertoriée dans une grille d'observation. Pour chacune de ces étapes, l'éducateur évalue le degré de maîtrise du patient et le reporte sur la grille. En fonction de la qualité de réalisation des différentes étapes du geste et des éventuels oubliés, on conclut avec le patient sur son aptitude à effectuer le geste d'auto-soin (127).

3.3.4.3.2 Cartes de Barrows ou ronde des décisions

Cet outil permet d'évaluer la capacité du patient à prendre des décisions adaptées à une situation.

L'éducateur présente une situation problématique susceptible d'arriver au patient en lien avec sa maladie. Une liste de décisions est alors proposée (elle contient des décisions

adaptées, non adaptées et neutres), chaque décision étant numérotée. Le patient dispose également d'un jeu de cartes, elles-mêmes numérotées au recto. Après avoir pris connaissance de la situation et des décisions proposées, le patient fait un choix parmi ces dernières et retourne la carte au numéro correspondant. En fonction de la consigne écrite au verso de la carte, le patient effectue ou non un nouveau choix. Selon la pertinence des décisions prises par le patient, l'éducateur apporte d'éventuelles corrections et/ou compléments (111, 127).

NB : cet outil peut aussi être utilisé lors des séances d'apprentissage ; il n'est pas exclusivement réservé à l'évaluation des compétences.

3.3.4.3.3 Echelle d'évaluation des compétences d'adaptation à la maladie

Cet outil permet d'apprécier l'évolution du patient au cours de l'ETP en termes d'image de lui-même, de prise en main de sa santé et de projection dans l'avenir. On demande notamment au patient d'évaluer (avec degré de conviction ou sur une échelle de 1 à 10) : l'image qu'il renvoie à lui-même et autrui, le sentiment qu'il a de pouvoir agir sur sa santé, quels sont ses projets à venir (avec quelles étapes et quels moyens précis)... L'intervenant compare alors les réponses données avec ce qu'avait exprimé le patient lors du diagnostic éducatif (128).

3.3.5 Evaluation l'efficience du programme

La HAS prévoit que « toute équipe dont le programme est autorisé par une agence régionale de santé est [...] engagée dans une dynamique collective d'amélioration continue de la qualité » de son action. Une évaluation de l'efficience des programmes d'ETP est donc imposée à leurs auteurs de manière périodique.

Suite à l'autorisation du programme d'ETP délivrée par l'ARS, les éducateurs s'engagent, d'une part, à effectuer une évaluation annuelle du contenu éducatif afin d'améliorer celui-ci de manière continue. D'autre part, une évaluation quadriennale du programme est réalisée : cette dernière conditionne le renouvellement de l'autorisation du programme.

Nous allons décrire plus en détail ci-dessous ces deux types d'évaluation, à la lumière des recommandations publiées par la HAS sur le sujet (121).

3.3.5.1 Evaluation annuelle

Elle est conduite sous la forme d'une auto-évaluation participative des auteurs du

programme (coordinateur et membres de l'équipe éducative). Idéalement, les bénéficiaires du programme doivent eux aussi être sollicités. Son but est d'optimiser le programme au cours de son développement.

Elle évalue la dynamique d'adaptation de la démarche éducative et la qualité des outils de recueil de données. Elle met en évidence les points forts du programme et les ajustements à opérer pour en améliorer les pratiques, l'organisation, la coordination et le partage des données.

Au terme de la première année de mise en œuvre du programme, elle doit permettre d'analyser sa qualité globale et d'amorcer l'analyse du processus éducatif (respect des étapes de l'ETP fixées par la HAS, qualité des séances éducatives, partage de l'information, coordination des intervenants). Les années suivantes (années 2 à 4), elle approfondit l'analyse du processus et s'élargit progressivement vers celle des effets du programme (atteinte des objectifs pédagogiques fixés, satisfaction globale des bénéficiaires et des intervenants).

Les conclusions de l'évaluation sont communiquées annuellement à l'ensemble des intervenants. Elles sont également mises à disposition des bénéficiaires du programme (121, 129).

3.3.5.2 Evaluation quadriennale

Elle est menée sous la forme d'une auto-évaluation participative au cours de la 4^{ème} année d'existence du programme d'ETP. Elle permet au coordinateur et à l'équipe éducative (en impliquant aussi, idéalement, les bénéficiaires du programme) de dresser un bilan des quatre années de fonctionnement et de mise en œuvre du programme et de décider des changements et des conditions nécessaires à sa pérennisation.

Suite logique des évaluations annuelles, c'est elle qui prépare la demande de renouvellement de l'autorisation du programme par l'ARS. Elle s'axe sur l'analyse des effets spécifiques du programme (évolution de la participation des bénéficiaires, conséquences sur le fonctionnement de l'équipe, intégration du programme dans l'offre de soins locale) et sur les évolutions de ce dernier dans sa structuration et sa mise en œuvre (adaptation aux besoins des bénéficiaires et adéquation avec les recommandations et les textes réglementaires). Elle se base sur les données quantitatives et qualitatives accumulées pendant quatre ans, complétées par une consultation des intervenants et des bénéficiaires.

Les conclusions sont transmises à l'ARS pour examen du dossier en vue du renouvellement de l'autorisation du programme. Elles sont également communiquées à l'ensemble des intervenants et mises à disposition des bénéficiaires du programme (121, 130).

3.4 Dossier éducatif du patient

Selon la HAS, le patient « doit bénéficier d'une synthèse des données le concernant, à chaque étape de la mise en œuvre de l'ETP », à travers la tenue d'un « dossier du patient ». Il s'agit du document portant la trace écrite des actions des professionnels de santé intervenant dans l'ETP : en particulier des synthèses du diagnostic éducatif (initial et actualisé), de l'évaluation des acquis, des décisions prises avec le patient et des interventions réalisées. Chaque professionnel intervenant dans l'ETP doit pouvoir prendre connaissance de ces informations et les enrichir dans le but de favoriser la continuité des soins (93).

3.5 Financement des programmes

3.5.1 Exigences des ARS

Si les ARS délivrent aux programmes d'ETP l'autorisation d'être mis en œuvre, elles ont aussi la possibilité de leur octroyer un financement. Les programmes d'ETP candidats doivent en premier lieu répondre au contexte réglementaire défini par la loi HPST (71) et les décrets qui la complètent (72, 131). Afin d'optimiser l'emploi des ressources allouées à l'ETP, certains types de projets sont privilégiés : nous allons en décrire les caractéristiques essentielles à la lumière d'un cahier des charge publié par l'ARS Ile-de-France (86).

Les ARS entendent favoriser les programmes développés en ambulatoire, destinés à un public défini et répondant à un besoin de santé local avéré. Les projets doivent être réalisés de manière coordonnée, multi-professionnelle et pluridisciplinaire (en précisant modalités de partage de l'information), grâce à des acteurs formés à l'ETP et avec un suivi partagé au long cours du patient (la composition du dossier du patient devant être définie).

Une priorité est donnée aux projets menés sous des formes innovantes, sollicitant des associations de patients et/ou des patients-experts et ayant vocation à évoluer grâce au processus d'évaluation annuelle et quadriennale (dont les modalités doivent être spécifiées).

Le projet candidat doit fixer des objectifs précis et définir le programme conçu pour les atteindre : contenu du diagnostic éducatif, des séances d'apprentissage et de l'évaluation des acquis (cf. paragraphe 3.3 « Etapes d'un programme d'ETP »).

3.5.2 Budget alloué

Une fois le financement accordé au projet, un budget est évalué de manière forfaitaire sur la base de 250 à 300 euros par patient et par programme. Ce budget inclut toutes les étapes du projet : objectifs personnalisés, rémunérations des intervenants (comprenant le temps de

coordination et la transmission des informations), évaluation ainsi que les frais de fonctionnement (salle, logistique, matériel...) et les supports. Un soutien supplémentaire de 1 000 euros par intervenant et par an peut être accordé pour l'aide à la réalisation de formations validantes (132).

Le projet est tenu d'indiquer les différentes phases de son financement, la durée de l'expérimentation ne pouvant pas dépasser 3 années. Il doit en outre présenter à l'ARS un plan de financement détaillé faisant apparaître les coûts en personnels, les coûts fonctionnels et le coût global du projet, en précisant les cofinancements et partenariats éventuels (133).

Malgré ce cadre, le financement de l'ETP reste encore aujourd'hui un point complexe en pratique.

3.6 Impact clinique des actions d'ETP

Les premières études mesurant l'efficacité et l'efficience de l'ETP sur des populations de malades remontent aux années 1970. Une formation pour les patients diabétiques des milieux défavorisés de Los Angeles a permis de réduire la durée d'hospitalisation de ces derniers de plusieurs journées par patient (134). Une réduction de moitié du coût médical chez des patients asthmatiques ayant bénéficié d'éducation a par ailleurs été montrée par Fireman *et al*, l'action en question ayant permis de prévenir 75 % des crises et de diminuer de 80 % les visites aux urgences et les hospitalisations (135).

Depuis, plusieurs revues de la littérature ont évalué l'impact des stratégies d'ETP. L'une d'entre elles a analysé 71 essais cliniques et relayé des effets significatifs sur divers critères intermédiaires de jugement, tels que la réduction de l'hémoglobine glyquée (patients diabétiques), l'amélioration de la tension artérielle ou la diminution du nombre de crises d'asthme (136). Une deuxième revue, ciblant plus spécifiquement les patients âgés, a conduit à des résultats similaires (bénéfices régulièrement observés dans les programmes visant le diabète et l'hypertension surtout) (137).

Une autre revue, tournée spécifiquement vers l'impact de stratégies d'ETP sur l'observance médicamenteuse, a montré une amélioration significative de celle-ci dans 20 stratégies (sur 37 analysées). Ces stratégies éducatives visaient soit à informer le patient (entretiens individuels, ateliers pédagogiques...), soit à aider à la gestion quotidienne des traitements (piluliers, plans de prise, pense-bêtes...), soit à renforcer le soutien familial (consultation familiale, information aux proches...). Seules 11 stratégies ont toutefois montré un résultat significatif en termes d'impact clinique (138).

Il transparaît donc que démontrer le bénéfice clinique de l'ETP semble difficile

compte tenu de la chronicité des pathologies prises en charge (dont les évolutions favorables peuvent rarement être attendues à court terme) et de la brièveté des études menées. On admet par conséquent l'hypothèse que l'amélioration de critères intermédiaires, paracliniques ou biologiques, de connaissances/compétences d'auto-soin et surtout de qualité de vie fournissent un argument suffisant pour implémenter les stratégies d'ETP (139–141).

4 Loi HPST et missions du pharmacien d'officine

4.1 La loi HPST

Promulguée le 21 juillet 2009, la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) ou « loi Bachelot » (71) a été élaborée par inspiration, notamment, du rapport de la commission Gérard Larcher en 2008 (voir ci-après). La loi a pour but de réorganiser le système de santé français pour garantir à chacun un accès aux soins de qualité. Dans cette optique, elle prévoit, entre autres, une évolution du rôle du pharmacien dans le parcours de soins du patient.

Le rapport de la commission Gérard Larcher (142), remis le 10 avril 2008, est issu d'une « vaste concertation [...] auprès de l'ensemble des acteurs du système de santé » sur la base d'un « état des lieux » établi par la même commission. L'un des quatre grands thèmes abordés dans le rapport est l'aménagement des « relations entre le monde hospitalier et son environnement, pour une meilleure réponse aux besoins des patients et une continuité des prises en charge ». Parmi les pistes pour atteindre cet objectif, le rapport propose de « développer les formes d'exercice pluridisciplinaire en ville », telles que l'ETP.

Or, « s'agissant des malades chroniques » (les ALD représentant « 60 % des dépenses du régime général d'assurance maladie »), « la continuité de la prise en charge du soin à l'éducation thérapeutique correspond à une donnée mal assimilée malgré des progrès récents ». Le rapport suggère par conséquent, « en fonction des réalités locales, [de] permettre aux hôpitaux, notamment [...] locaux, d'apporter un support aux formes d'exercice innovantes », dont l'ETP fait partie.

Enfin, suite à « une identification régionale fine des besoins » réalisée par les ARS, ces dernières sont appelées à définir « les relations entre les différents acteurs (établissements de santé [...], professionnels libéraux, hospitalisation à domicile [...] et les acteurs médico-sociaux) » au niveau régional, dans l'optique d'une meilleure coordination ville-hôpital et d'une plus intense coopération entre professionnels, comme c'est le cas en ETP.

4.2 Le pharmacien : un acteur de confiance et de proximité

La loi sur la répartition géographique des officines françaises a permis la formation d'un maillage national de « 22 500 points d'accueil harmonieusement répartis sur le territoire national » (143) assurant l'accès, pour tout citoyen et sans rendez-vous, à des soins de proximité et de premier recours (144). L'organisation des relais de garde entre officines de même secteur géographique contribue au maintien de la permanence des soins et de leur continuité (145).

L'expertise du médicament apportée par la formation du pharmacien et la qualité exigible de son conseil sont des éléments-clés de la sécurité et de l'efficience de la prise en charge du patient. La venue régulière de celui-ci à l'officine (en particulier en cas de pathologie chronique), son dialogue avec le pharmacien ainsi que l'écoute et la vigilance de ce dernier sont les composantes d'un moment privilégié à mettre à profit par le pharmacien en coopération avec le reste de l'équipe soignante du patient ; cette dernière pouvant être avertie en cas de faille dans la prise en charge ou de signes d'évolution de l'état de santé. Ces atouts du pharmacien, reconnus par la patientèle française (146), sont un avantage de la profession qui pourrait être exploité dans la pratique de l'ETP.

4.3 Mission de service public du pharmacien : permanence des soins et contribution aux soins de premier recours

Le titre II « Accès de tous à des soins de qualité » de la loi HPST occasionne une révision du CSP, définissant les missions des pharmaciens d'officine. Ainsi, ces derniers :

- « Contribuent aux soins de premier recours [...] » ;
- « Participent à la coopération entre professionnels de santé » ;
- « Participent à la mission de service public de la permanence des soins » ;
- « Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé » ;
- « Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes » (71).

4.4 Nouvelles missions instaurées par la loi HPST

La loi HPST confie au pharmacien d'officine de nouvelles missions d'accompagnement du patient, prenant différentes formes : pharmacien correspondant, entretiens pharmaceutiques et ETP.

4.4.1 Pharmacien correspondant d'un patient chronique

La loi HPST stipule que les pharmaciens peuvent « être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient » (71).

Le décret n°2011-375 du 5 avril 2011 (147) relatif aux missions du pharmacien d'officine correspondant établit la possibilité, pour un pharmacien d'officine, d'intégrer un « protocole de coopération [...] entre professionnels de santé ». Dans ce cadre, le pharmacien peut, avec l'accord du patient et de son médecin ou à la demande de ce dernier, « renouveler périodiquement » un traitement chronique « et en ajuster la posologie », « selon un rythme et des modalités » établies par un « protocole » du prescripteur précisant, notamment, « les posologies minimales et maximales et la durée totale du traitement comprenant les renouvellements » en nombre défini. Dans chaque cas, « le pharmacien d'officine correspondant tient le médecin prescripteur informé » de ses choix et mentionne ces derniers par écrit.

Selon le même texte, « le protocole peut prévoir des bilans de médication à effectuer par le pharmacien », comprenant notamment une « évaluation de l'observance et de la tolérance du traitement », un recensement des « effets indésirables » et l'identification des « interactions avec d'autres traitements en cours dont [le pharmacien] a connaissance ». Ce dernier s'assure également « du bon déroulement des prestations associées ».

4.4.2 Entretiens pharmaceutiques

Conformément aux dispositions de la loi HPST, les avenants n°1 et 4 de la convention nationale pharmaceutique définissent de nouveaux modes de rémunérations destinés, notamment, à valoriser la qualité de l'exercice pharmaceutique et les missions de conseil et d'accompagnement du pharmacien d'officine (148).

Le premier objectif fixé par la convention est de favoriser l'observance médicamenteuse et diminuer l'incidence des accidents iatrogéniques chez les patients sous anticoagulants oraux au long cours (depuis juin 2013) (149) et chez les patients asthmatiques (depuis décembre 2014) (150) à travers un dispositif mettant en place des « entretiens pharmaceutiques ». Nous allons décrire ces entretiens à la lumière des textes de loi entérinant leur mise en œuvre et des principes de réalisation énoncés par l'Assurance maladie (151, 152).

4.4.2.1 Public concerné

Invité à intégrer le dispositif d'accompagnement par le biais d'un courrier de l'Assurance maladie, le patient est libre d'y participer ou non, avec le pharmacien de son choix et peut à tout moment décider d'en sortir. Le pharmacien a également la possibilité de proposer au patient, à l'initiation d'un traitement, d'intégrer le dispositif (149). Le consentement éclairé du patient est dans tous les cas recueilli par le pharmacien et consigné par écrit (152).

4.4.2.2 Objectifs des entretiens

L'entretien pharmaceutique constitue l'un des principaux moyens permettant au pharmacien d'assurer la prise en charge personnalisée et optimale du patient. Il doit notamment permettre :

- De renforcer les rôles de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien auprès des patients ;
- De valoriser l'expertise du pharmacien sur le médicament ;
- D'évaluer la connaissance par le patient de son traitement ;
- De rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'approprier son traitement ;
- D'évaluer, à terme, l'appropriation par le patient de son traitement (148).

4.4.2.3 Déroulement d'un entretien

Des supports d'accompagnement et de mise en œuvre de l'entretien, destinés au pharmacien, ont été élaborés à partir des référentiels de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Pendant l'entretien, le pharmacien complète une fiche de suivi qu'il tient ensuite à disposition de l'Assurance maladie (149).

La convention pharmaceutique définit la finalité de l'accompagnement du patient par le pharmacien comme étant « de garantir les meilleures conditions d'initiation, de suivi, d'observance et d'évaluation du traitement ». Le pharmacien s'engage dans ce cadre à donner au patient les précisions et informations concernant (148) :

- La posologie ;
- La durée de traitement ;
- Les précautions d'emploi ;
- Le bon usage du médicament ou du dispositif médical délivré ;
- La substitution éventuelle d'un médicament générique à un principe ;

- Les précautions particulières à prendre ainsi que tout renseignement utile à la bonne compréhension du traitement par le patient ;
- Les analyses biologiques indispensables à l'initiation, à la surveillance et à la poursuite de certains traitements.

4.4.2.4 Engagements du pharmacien

Le pharmacien s'engage à assurer la confidentialité de l'entretien. Il doit ainsi prévoir dans son officine un espace où il peut recevoir isolément les patients, afin de permettre un dialogue en toute confidentialité (152).

Le pharmacien s'engage également à respecter les principes suivants :

- Obtenir le consentement éclairé de l'assuré sur son intégration dans le dispositif d'accompagnement ;
- S'interdire d'établir un diagnostic ;
- S'abstenir d'utiliser tout support publicitaire qui ferait référence à la rémunération qu'il perçoit de l'assurance maladie pour assurer la mise en œuvre de l'accompagnement.

4.4.2.5 Rémunération des entretiens

Le pharmacien est éligible à la rémunération des entretiens pharmaceutiques par l'Assurance maladie dès lors qu'il réalise au moins deux entretiens au cours de l'année civile de référence (ou au moins un entretien si l'adhésion du patient intervient à compter du second semestre de l'année). Cette rémunération lui est versée au cours de l'année suivante (150).

4.4.3 Place du pharmacien d'officine dans l'ETP

Selon la loi HPST, les pharmaciens « peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients » (71). Baudrant *et al* ont dessiné les lignes du rôle du pharmacien d'officine dans le processus d'ETP (139).

Une des nécessités est que l'action du pharmacien d'officine s'inscrive dans un effort multiprofessionnel (par le biais de réseaux, plateformes, maisons de santé, associations...) en lien, au minimum, avec le médecin traitant et/ou les acteurs de proximité. Toute action isolée perdrait en pertinence, en efficacité et pourrait même s'avérer délétère pour le patient (153).

Cette action multiprofessionnelle permet en outre d'affirmer la position du pharmacien d'officine au « carrefour » de la chaîne de soins : en termes d'information, d'explication et de clarification, le pharmacien se place comme un résonateur des autres professionnels de soins gravitant autour du patient (153). Il convient en effet de lui confier un rôle explicatif

renforçant les messages déjà prodigués au patient (notamment par le médecin traitant, d'où la nécessité d'une forte coordination de l'équipe éducative), en s'appuyant sur des outils et des documents adaptés (154, 155).

Le pharmacien d'officine doit aussi proposer un plan de prise négocié avec le patient et/ou son entourage et prenant en compte le mode de vie du patient (habitudes, contraintes, déplacements et voyages nécessitant un approvisionnement organisé et fiable...). Le pharmacien veille aussi à la bonne capacité d'administration des traitements, indispensable au suivi du plan : ce dernier est-il lisible (police d'écriture, acuité visuelle du patient), compréhensible (ex : niveau d'alphabétisation) ? Certains médicaments nécessitent-ils d'être coupés/écrasés voire injectés (dextérité du patient, aide de l'entourage ou d'une infirmière) ? Certains dispositifs d'autocontrôle sont-ils requis et si oui, bien manipulés (ex : auto-surveillance glycémique) (139) ?

Le pharmacien d'officine doit par ailleurs rester à disposition du patient pour répondre à toute sollicitation « technique » relative au traitement et veiller au maintien de la motivation grâce à des habiletés de communication indispensables (156). Il note ses interventions dans le dossier partagé d'ETP ou les communique au reste de l'équipe par tout moyen à sa disposition. A ce titre, le processus de suivi éducatif assuré par le pharmacien d'officine doit être formalisé afin d'assurer qualité didactique, reproductibilité et transparence pour les autres professionnels (116, 157).

5 Premier état des lieux des pratiques d'ETP des pharmaciens français : l'enquête SFPC 2013

Nous proposons dans cette partie de présenter cette enquête, ayant fait l'objet de plusieurs communications (158–160), dont la plus récente et la plus complète sous la forme d'un article accepté dans le *Pharmacien Hospitalier et Clinicien* (161).

5.1 Contexte

Face aux difficultés rencontrées par les professionnels de santé pour mettre en œuvre l'ETP (pluriprofessionnalité, formation, financement...), la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) a entrepris de réaliser un état des lieux des pratiques de pharmaciens français en ETP.

5.2 Méthode

Pour ce faire, la SFPC a invité les pharmaciens français à décrire les actions éducatives auxquelles ils participaient. Elle a ainsi mis en ligne, entre le 4 avril et le 1^{er} juin 2013, un questionnaire d'auto-évaluation des pratiques d'ETP destiné aux pharmaciens français, contactés par le biais de la SFPC, de l'Association pour le Développement de l'Internet en Pharmacie (AdiPH), du syndicat des pharmaciens hospitaliers SYNPREFH, de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF), de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) et du journal pharmaceutique « le Quotidien du Pharmacien ».

Dans le questionnaire mis en ligne, les pharmaciens étaient amenés à préciser la nature du dispositif éducatif auquel ils participaient (à travers 28 questions concernant notamment le domaine d'action et le public concerné, le lieu de mise en œuvre, la place occupée par le pharmacien dans le dispositif, la conformité du programme aux recommandations HAS, le contenu des séances, l'évaluation, le recrutement des patients, la validation ARS et le financement du programme...). Le dispositif éducatif constituait l'unité d'observation de l'étude. Il était possible pour un pharmacien de déclarer des participations dans plusieurs dispositifs, alors décrits un à un. L'intégralité du questionnaire soumis aux pharmaciens est présentée en Annexe 5.

Une analyse descriptive des données recueillies a ensuite été réalisée.

5.3 Résultats

Sur 396 réponses obtenues, 228 étaient complètes et ont donc été conservées. Parmi elles, 51 provenaient de pharmaciens d'officine (22 %). La démarche s'adressait à des patients non hospitalisés pour 53 % des actions et 58 % incluaient leur entourage. Le pharmacien était à l'initiative du projet dans 38 % des cas (30 des 61 actions de ville et 56 des 167 actions hospitalières).

On observe d'abord une forte disparité du nombre d'actions selon la région concernée. Les réponses les plus nombreuses proviennent du sud-est de la France (38 %), de la région parisienne (19 %) et du nord-est du pays (17,5 %). L'Isère (28 actions), Paris (22 actions) et le Rhône (13 actions) sont les départements les plus actifs. La plupart des actions se déroulent en établissement de santé public (65 %), en officine (17 %) et dans les réseaux (16 %). Dix-sept actions éducatives (7,5 %) sont réalisées directement au domicile du patient.

Certains domaines d'action majoritaires se démarquent : le cardiovasculaire (21 %),

l'endocrinologie (20 %), l'infectiologie (10 %), la psychiatrie (9 %) et la rhumatologie (7 %). L'étape de participation du pharmacien la plus citée (86 %) est la mise en œuvre des programmes (séances éducatives). Les séances individuelles (31 %) et les ateliers collectifs (35 %) sont représentés de manière équilibrée, 32 % des actions combinant les deux types de séance.

Un processus d'évaluation est réalisé dans 74 % des cas, concernant la plupart du temps (62 %) à la fois les acquis du patient et l'impact clinique de l'action.

Un dossier de soins et un dossier spécifique d'ETP existent dans 35 % des cas. Ces dossiers sont accessibles à l'ensemble de l'équipe éducative dans 14 % des cas et aux autres professionnels dans 47 % des cas. Sur le plan de la pluriprofessionnalité, 89 % des actions sont portées par une équipe multiprofessionnelle et 18 actions (8 %) comportent exclusivement des intervenants pharmaceutiques. Les associations de patients sont impliquées dans 22 % des cas et 14,5 % des actions font intervenir des patients-experts.

Une demande d'autorisation à l'ARS a été effectuée pour 57 % des actions. Au total, 125 actions (55 %) ont été validées par une ARS. D'après les répondants, 86 % des actions suivent les 4 étapes de l'ETP requises selon la HAS.

Les actions sont menées sans financement supplémentaire dans 42 % des cas (dont 16 actions de ville), pour un temps mensuel dédié de 7 heures (médiane à 4 heures) en moyenne par pharmacien et par action. L'activité éducative est officialisée dans le temps de travail des répondants dans 38 % des cas (dont 77 % pour les pharmaciens hospitaliers et 23 % pour les pharmaciens exerçant en ville).

Les pharmaciens sont formés à l'ETP dans 162 actions (71 %). Ces pharmaciens exercent à l'hôpital dans 125 actions (77 %) et en ville dans 37 actions (23 %).

5.4 Discussion

Malgré une forte présence des structures hospitalières, le pharmacien d'officine est représenté dans près d'un quart des actions (22 %). Les professionnels de ville sont plus souvent à l'initiative de leur démarche (50 % des cas, contre 33,5 % pour les actions hospitalières). Conformément au vœu des autorités de tutelle, on assiste à une montée en charge des pratiques ambulatoires (17 % d'actions ont lieu en officine, 16 % dans les réseaux et 7,5 % au domicile du patient). L'adéquation de ces lieux avec certaines contraintes de l'ETP (pluriprofessionnalité, temps et espace dédié, etc.) reste toutefois une problématique.

Si les principales disciplines sur lesquelles portent les actions sont emblématiques (cardiovasculaire, endocrinologie, infectiologie), on ne connaît pas le niveau d'expertise

technique des répondants dans ces domaines. Cette expertise est pourtant indispensable au pharmacien, en tant que personne-ressource pour l'équipe éducative concernant les problématiques médicamenteuses.

Une majorité d'actions (86 %) sont déclarées comme suivant les 4 étapes de la HAS (93), ce qui souligne l'engagement méthodologique des collègues. Les pharmaciens répondants sont présents à toutes ces étapes, notamment la mise en œuvre des séances éducatives (individuelles comme collectives). On ignore toutefois si la pratique de groupe est étayée par un bilan éducatif individuel préalable afin d'être adaptée aux objectifs personnalisés des patients.

Sur les 177 pharmaciens répondants, 40 n'ont pas suivi de formation en ETP et 9 ont bénéficié d'une sensibilisation de moins de 40 heures. Ces résultats soulignent les besoins de formation en ETP. L'offre en la matière se développe cependant dans la plupart des universités (40 heures intégrées à la formation initiale des étudiants) et en formation continue.

Sur le plan de la pluriprofessionnalité, les résultats de cette étude sont rassurants : les actions sont réalisées par une équipe pluriprofessionnelle dans 89 % des cas. A contrario, 18 actions sont réalisées dans le cadre de l'activité officinale et portées uniquement par l'équipe pharmaceutique. On peut s'interroger sur la pertinence et l'efficacité de ces actions isolées.

Concernant la communication entre les acteurs, les données issues de l'action d'ETP semblent peu transmises aux professionnels de santé (accessibilité aux autres professionnels pour 47 % des actions et, plus inquiétant, aux autres membres de l'équipe éducative dans seulement 14 % des actions). Ceci révèle une lacune, et donc un enjeu majeurs dans la mise en place des actions éducatives : la mise en réseau des intervenants de l'ETP avec les soignants (physiquement ou même virtuellement : partage de données en ligne), pour assurer la cohérence de l'action globale.

Concernant les moyens disponibles pour développer l'ETP, 42 % des actions décrites sont réalisées sans aucun moyen financier supplémentaire. L'activité éducative est officialisée dans le temps de travail des pharmaciens dans seulement 38 % des cas, majoritairement pour des hospitaliers. On entrevoit dès lors la difficulté pour les officinaux de s'organiser et de libérer du temps pour l'ETP.

Au final, les auteurs rapportent la nécessité pour les pharmaciens s'impliquant en ETP de :

- parfaire leur expertise métier ;
- intégrer un réseau pluridisciplinaire formalisé ;
- se former au préalable en pédagogie et à l'ETP.

5.5 Limites de l'étude

Les auteurs rapportent les limites de leur étude (161).

Le questionnaire en ligne a été relayé par différents partenaires (société savante, syndicats, presse). Il n'est pas possible de calculer un taux de réponse, mais les auteurs font l'hypothèse d'une sous-déclaration en lien avec le mode de diffusion et la durée de l'étude. Concernant la répartition géographique des actions par exemple, les résultats rapportent une fréquence plus importante d'actions éducatives dans les départements de l'Isère, de Paris et du Rhône ; il faudrait toutefois conforter cette répartition en la croisant avec d'autres données (ex : programmes régionaux d'ETP labellisés par l'ARS). Les auteurs ne disposent cependant d'aucune lisibilité de la participation du pharmacien dans chacun de ces dispositifs, car seul le coordonnateur d'équipe apparaît sur les données disponibles en ligne.

Cent soixante-huit réponses ont été retirées de l'analyse car incomplètes. De fait, un certain nombre de connexions sur le site de réponse au questionnaire peut être considéré comme opportuniste (42 % des réponses) : on peut supposer que ces personnes se sont connectées, car intéressées par le thème, mais n'ont pas pu avancer dans le recueil de données car elles n'avaient pas une pratique suffisamment structurée de l'ETP.

Pour le reste des répondants, les auteurs exploitent des données déclaratives, basées sur les dires des pharmaciens. Par conséquent, certains items permettant le recueil de commentaires des répondants peuvent constituer un premier pas vers une analyse qualitative des pratiques.

5.6 Conclusion

Cette première enquête a permis de mettre en évidence une dynamique certaine du développement d'actions d'ETP incluant le pharmacien, en ville comme à l'hôpital. L'étude réalisée, essentiellement quantitative, mérite cependant d'être complétée par une analyse qualitative des dispositifs déclarés. C'est cette analyse qui fera, auprès des 51 répondants officinaux de l'étude, l'objet de la partie expérimentale de cette thèse.

SECTION EXPÉIMENTALE

1 Contexte

L'enquête menée par la SFPC en 2013 (161) a recensé 228 dispositifs d'ETP incluant des pharmaciens exerçant en ville comme à l'hôpital. Le cardiovasculaire et l'endocrinologie étaient les deux domaines d'action les plus fortement représentés. Le Rhône et l'Isère figuraient parmi les trois départements les plus actifs. Le pharmacien était à l'initiative de sa démarche dans la moitié des actions de ville, soit plus souvent qu'à l'hôpital. La grande majorité des répondants intervenait au moins lors des séances de mise en œuvre des programmes, que celles-ci soient individuelles ou collectives. Une faible communication interprofessionnelle semblait à déplorer, avec l'existence d'un dossier partagé dans seulement un tiers des cas, accessible dans moins d'un cas sur deux aux autres soignants et plus rarement encore à l'équipe éducative elle-même. Certaines actions étaient exclusivement officinales et portées uniquement par une équipe pharmaceutique. Les pharmaciens étaient formés à l'ETP dans une majorité d'actions, mais ces pharmaciens exerçaient en ville dans moins d'un quart des cas. Une majorité d'actions était autorisée par l'ARS et recevait également des financements extérieurs, sans présager toutefois de l'indemnisation des intervenants. Les pharmaciens déclaraient accorder environ 7 heures par mois à l'ETP, en dehors du temps de travail pour une majorité de cas, surtout en ville.

Ces données sont issues d'un questionnaire renseigné par les pharmaciens de manière autonome, sans contact direct avec un interlocuteur : elles sont donc, en l'état, essentiellement quantitatives. Un questionnaire à compléter ne permet en effet pas au participant d'ajouter des commentaires, des opinions personnelles, des observations, ni de témoigner de ses expériences. Certains concepts peuvent être passés sous silence et il est ainsi difficile d'obtenir, sans autre méthode, une analyse fine des démarches de l'ETP officinale (162, 163).

Les données de l'enquête nécessitent par conséquent d'être approfondies par une approche plus qualitative, qui fera l'objet de ce travail de thèse. Nous nous intéresserons à l'échantillon des 51 actions déclarées par des pharmaciens d'officine lors de la première enquête. Ces actions de ville ne jouissent en effet pas, pour l'heure, de la même lisibilité que les dispositifs hospitaliers encore majoritairement représentés, l'ETP s'étant d'abord développée à l'hôpital. A ce titre, cet échantillon constitue un sujet d'étude d'un intérêt premier.

2 Objectif

L'objectif de ce travail expérimental était double :

- Préciser les démarches officinales déclarées lors de l'enquête 2013 par une approche plus qualitative ;
- Aboutir à une cartographie des ressources d'ETP impliquant les pharmaciens d'officine sur le territoire français.

3 Matériel et méthode

Les répondants déclarant exercer leur action en officine en 2013 ont été recontactés afin de fixer un rendez-vous pour un entretien d'approfondissement semi-dirigé par téléphone.

3.1 Echantillon étudié

Les actions incluses dans cette étude étaient celles des officinaux :

- Ayant répondu au questionnaire de l'enquête SFPC de 2013 ;
- Exerçant leur(s) action(s) d'ETP sur le territoire français (outre-mer compris) ;
- Joignables par téléphone entre juillet et septembre 2014.

NB : un pharmacien pouvait participer à plusieurs actions.

3.2 Conception des supports nécessaires à l'étude

Pour guider les entretiens téléphoniques avec les pharmaciens, des supports écrits ont été élaborés.

3.2.1 Fiche signalétique pharmacien

Il s'agit d'un document restituant, de manière synthétique, l'ensemble des réponses données par le pharmacien au questionnaire SFPC 2013. Ce document permettait, lors des entretiens téléphoniques, de disposer directement des données quantitatives déjà recueillies en 2013 au sujet du pharmacien interrogé. L'enquêteur connaissait ainsi le contexte de l'action du pharmacien et pouvait orienter au besoin certaines questions (pour clarifier/compléter les réponses données en 2013, ou au contraire passer rapidement certains sujets lorsque les renseignements de 2013 étaient suffisants).

La fiche signalétique a été élaborée selon le questionnaire envoyé par la SFPC aux pharmaciens en 2013. Après validation du document par Audrey Janoly-Dumenil (AJD) et

Audrey Lehmann (AL), membres du groupe ETP de la SFPC, un exemplaire a été rempli pour chaque pharmacien d'officine. Lorsqu'un pharmacien avait, en 2013, mentionné des participations à plusieurs actions (et ainsi rempli plusieurs questionnaires), une fiche signalétique a été remplie pour chacune des actions.

La fiche signalétique pharmacien est présentée en Figure 1.

FICHE SIGNALÉTIQUE ETP PHARMACIEN

Coordonnées :

Nom	
Téléphone	
Officine	

Date de l'entretien téléphonique :

<input type="checkbox"/> Au 1 ^{er} appel, le :
<input type="checkbox"/> A une <u>autre date</u> proposée par le pharmacien, le :
<input type="checkbox"/> Manque de temps du pharmacien → transmission du programme tel que déposé à l'ARS

ETP réalisée :

Intitulé			
Domaine(s)			
Public(s) concerné(s)	Patient	Aidant(s)	Famille/entourage
Constat(s) d'origine <i>(si pharmacien d'officine = initiateur de la démarche)</i>	<input type="checkbox"/> Revue de la littérature <input type="checkbox"/> Analyse des besoins, auprès : <input type="checkbox"/> des patients <input type="checkbox"/> des soignants <input type="checkbox"/> Demande institutionnelle (préciser : _____) <input type="checkbox"/> Autre (préciser : _____)		
Appartenance à un réseau	OU ^I	NON	(si oui, préciser : _____)
Etape(s) de participation	<input type="checkbox"/> Diagnostic éducatif <input type="checkbox"/> Synthèse et définition d'objectifs éducatifs avec le patient <input type="checkbox"/> Mise en œuvre des séances éducatives <input type="checkbox"/> Evaluation des connaissances/compétences acquises		
Forme des séances	Individuelle		Collective
Technique(s) et outil(s) pédagogique(s)	<input type="checkbox"/> Exposés : <input type="checkbox"/> individuels <input type="checkbox"/> de groupe <input type="checkbox"/> Jeux de rôle <input type="checkbox"/> Tables rondes <input type="checkbox"/> Brainstorming <input type="checkbox"/> Métaplans <input type="checkbox"/> Photoexpression <input type="checkbox"/> Démonstrations <input type="checkbox"/> Enseignement pratique <input type="checkbox"/> Télenseignement/internet/ordinateur <input type="checkbox"/> Autre (_____)	<input type="checkbox"/> Audio (cassette, CD...) <input type="checkbox"/> Vidéo (cassette, DVD...) <input type="checkbox"/> Coffret pédagogique <input type="checkbox"/> Boîte de jeu <input type="checkbox"/> Diaporama <input type="checkbox"/> Exposition <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Guide d'utilisation/livret/brochure <input type="checkbox"/> Objets figuratifs/factices <input type="checkbox"/> Matériel médical <input type="checkbox"/> Autre (_____)	
Recrutement des patients	<input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Paramédicaux <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Association (préciser : _____)		

Communication autour de l'action d'ETP	<p><input type="checkbox"/> Présentation par un soignant :</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> de l'équipe <input type="checkbox"/> extérieur à l'équipe (communautaire/hospitalier)</p> <p><input type="checkbox"/> Journées de sensibilisation sur les pathologies</p> <p><input type="checkbox"/> Affiches et dépliants</p> <p><input type="checkbox"/> Bouche à oreille</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (préciser : _____)</p>
Autre(s) personne(s) investie(s) dans l'action <i>→ A relier au questionnaire : partie communication interprofessionnelle.</i>	<p><input type="checkbox"/> Médecin : <input type="checkbox"/> généraliste <input type="checkbox"/> spécialiste</p> <p><input type="checkbox"/> Autre pharmacien, préparateur</p> <p><input type="checkbox"/> Infirmier (y compris puériculteur)</p> <p><input type="checkbox"/> Cadre soignant</p> <p><input type="checkbox"/> Coordinateur d'ETP des patients</p> <p><input type="checkbox"/> Podologue/pédicure</p> <p><input type="checkbox"/> Kinésithérapeute</p> <p><input type="checkbox"/> Ergothérapeute</p> <p><input type="checkbox"/> Diététicien</p> <p><input type="checkbox"/> Psychologue</p> <p><input type="checkbox"/> Travaillleur social</p> <p><input type="checkbox"/> Educateur sportif</p> <p><input type="checkbox"/> Association de patients</p> <p><input type="checkbox"/> Patient expert</p> <p><input type="checkbox"/> Secrétaire</p> <p><input type="checkbox"/> Famille</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (préciser : _____)</p>

Labellisation et financement :

Labellisation ARS <i>(état en 2013)</i>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> EN COURS</p> <p>Commentaire : _____</p> <p><i>→ Si non ou en cours, voir questionnaire pour actualisation éventuelle des données.</i></p>
Obtention d'un financement	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p><i>→ Si oui : préciser la <u>nature</u> (ci-dessous) & voir questionnaire pour la démarche réalisée.</i></p> <p>Nature : _____</p>

Figure 1 : Fiche signalétique pharmacien

3.2.2 Trame d'entretien

Il s'agit du document destiné à guider les entretiens téléphoniques et recueillir les réponses des pharmaciens. Il comporte un ensemble de questions à poser avec, pour chacune, un espace réservé à la transcription des réponses.

Les questions ont été choisies au regard des renseignements déjà demandés en 2013 (récapitulés dans les fiches signalétique) : la trame d'entretien ne reprend aucun d'entre eux (sauf le nom du pharmacien et le domaine de son action, par simple souci d'identification) et se concentre sur les données qualitatives constituant l'objectif de l'étude.

Les phrases rédigées en italique constituent des aide-mémoires destinés à l'enquêteur. Elles n'avaient pas vocation à être lues aux pharmaciens. Chaque portion de la trame se conclut par une question (également en italique) destinée à statuer sur la nature de l'action du pharmacien. Elle est à renseigner par l'enquêteur après l'analyse de l'entretien.

La trame d'entretien a été validée par AJD et AL. Lorsqu'un même pharmacien avait, en 2013, mentionné des participations à plusieurs actions (et ainsi rempli plusieurs questionnaires), une trame d'entretien individuelle était prévue pour chacune de ses actions.

La trame d'entretien est présentée en Figure 2.

QUESTIONNAIRE : « L'éducation thérapeutique du patient (ETP) mise en place dans votre officine »

Nom du pharmacien :		
A quel type de patient destinez-vous votre action ? Comment abordez-vous avec eux le sujet de l'ETP ?	Type de pathologie :	
	Tranche d'âge :	
Quelles sont les modalités pratiques de vos séances d'ETP ?	Pratiquées dans l'officine au sens propre : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON → Si non , préciser le lieu : _____	
	Patient : <input type="checkbox"/> O Seul <input type="checkbox"/> O Accompagné d'un aidant <input type="checkbox"/> O Séances collectives	
	Durée des séances :	
	Fréquence des séances :	
Votre programme suit-il les recommandations de la HAS en matière d'ETP ?	Comment faites-vous le point avec votre patient en début de programme, pour identifier ses problématiques (= diagnostic éducatif) ? _____ _____ _____	
	Ceci incluant : – Ce qu'il sait de sa maladie (= exploration biomédicale) : _____ _____ _____	
	 – Sa situation personnelle (= exploration socio-professionnelle et de la personnalité du patient) : _____ _____ _____	
	 → Conclusion : diagnostic éducatif réalisé au sens strict ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	Comment se déroulent vos séances éducatives (= mise en œuvre du programme) ? _____ _____ _____	
	 Outil(s)/technique(s) : _____	
	 → Conclusion : mise en œuvre du programme réalisée au sens strict ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	 Quand et comment évaluez-vous : – les acquis du patient ? _____ _____ _____	
	 Moment(s) : _____	
	 Outil(s) : _____	
 → Evaluation(s) réalisée(s) : <input type="checkbox"/> O Diagnostique <input type="checkbox"/> O Formative <input type="checkbox"/> O Sommative		
 Conclusion : évaluation des acquis réalisée au sens strict ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		

	<p>– l'impact de votre action éducative sur votre patientèle concernée (= <i>efficience du programme</i>) ?</p> <hr/> <hr/> <p>Moment(s) : _____</p> <p>Outil(s)/Indicateur(s) : _____</p> <hr/> <hr/> <p>→ <u>Conclusion</u> : évaluation du programme réalisée au sens strict ? OUI NON</p>	
	<p>Communication interdisciplinaire ?</p>	<p>Avec quel(s) membre(s) du reste de l'équipe soignante du patient <u>communiquez-vous</u> sur l'ETP qui lui est prodiguée ? _____</p> <hr/> <hr/> <p>Quand, sous quelle forme ou par quel(s) moyen(s) cela se fait-il ? _____</p> <hr/> <hr/> <p><input type="radio"/> Courrier/mail <input type="radio"/> Entretien téléphonique <input type="radio"/> Réunion pluridisciplinaire</p> <p>Autre (préciser) : _____</p> <hr/> <hr/> <p>→ <u>Conclusion</u> : Y a-t-il une communication interdisciplinaire ? OUI NON</p>
		<p>O Si non en 2013 :</p> <p>→ Depuis, avez-vous effectué une demande ? OUI NON</p> <p>Commentaires : _____</p> <hr/> <hr/> <p>→ Si oui, a-t-elle abouti ? OUI NON</p> <p>Commentaires : _____</p> <hr/> <hr/> <p>O Si en cours en 2013 : depuis, votre demande a-t-elle abouti ? OUI NON</p> <p>Commentaires : _____</p> <hr/> <hr/> <p>→ <u>Conclusion</u> : le programme/l'action est-il/elle validé(e) par l'ARS ? OUI NON</p>
<p>Votre action a-t-elle reçu un financement ?</p>		<p>O Si oui en 2013 : comment avez-vous procédé pour l'obtenir (<i>nature : voir fiche signalétique</i>) ?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>O Si non en 2013 :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Avez-vous depuis demandé un financement ? OUI NON – Si oui : l'avez-vous obtenu ? OUI NON <p>→ Démarche : _____</p> <hr/> <hr/>

Figure 2 : Trame d'entretien téléphonique

3.3 Méthodologie des entretiens semi-dirigés

3.3.1 Courrier préliminaire

Afin d'informer les pharmaciens de la poursuite de l'enquête SFPC et pour annoncer notre appel téléphonique, un courrier électronique a été envoyé le 17 juillet 2014 aux pharmaciens d'officine inclus dans l'étude. Le contenu de ce courriel est retranscrit dans la Figure 3 suivante.

Bonjour,

Nous revenons vers vous pour vous remercier d'avoir participé à l'enquête du groupe ETP de la SFPC concernant la participation des pharmaciens officinaux et hospitaliers à des démarches d'ETP en France.

Nous profitons pour vous transmettre les principaux résultats de l'enquête :

- Communication présentée au dernier congrès de la SFPC à Grenoble en février 2014 ;*
- Newsletter de la SFPC, parue en avril 2014.*

Nous souhaitons aujourd'hui approfondir cette cartographie française des ressources éducatives de manière plus qualitative. Aussi, nous vous contacterons par téléphone à compter du 21 juillet pour convenir d'un rendez-vous téléphonique de 10 à 15 minutes selon vos disponibilités et les contraintes de votre activité.

Nous vous remercions par avance pour votre aide dans cette nouvelle phase de notre enquête.

Très cordialement,

Audrey Janoly-Dumenil, Audrey Lehmann, Magalie Baudrant et Benoît Allenet pour le groupe ETP de la SFPC.

Figure 3 : Courriel préliminaire envoyé aux pharmaciens

3.3.2 Planification des entretiens

Les appels téléphoniques aux pharmaciens ont été lancés le 21 juillet 2014. Lors de ce premier contact, l'enquêteur rappelait brièvement le principe de l'étude au pharmacien puis lui proposait de convenir d'une date pour un entretien téléphonique (d'une durée de 10 à 15 minutes par action recensée en 2013) destiné à approfondir des réponses données dans le questionnaire de la première enquête. La date fixée était notée sur un planning ainsi que sur la fiche signalétique du pharmacien. Lorsque le pharmacien était disponible immédiatement,

l’entretien était directement réalisé lors du premier appel.

Certains pharmaciens n’étaient pas joignables en juillet, le plus souvent pour cause de vacances : une date de rappel ultérieure suggérée par les adjoints (typiquement fin août/début septembre 2014) était alors notée sur la fiche signalétique du pharmacien.

Afin de convenir d’un rendez-vous tenant compte des contraintes de décalage horaire, les pharmaciens exerçant hors métropole ont été contactés directement par courriel pour fixer une date et une heure adaptées.

3.3.3 Conduite des entretiens

3.3.3.1 Recueil des données de la trame d’entretien

Chacune des questions de la trame d’entretien était abordée par l’enquêteur, qui recueillait les réponses du pharmacien de manière fidèle, sans *a priori* ni jugement de valeur. L’enquêteur intervenait pour réorienter les pharmaciens uniquement en cas de déviation majeure par rapport au sujet de l’enquête. La trame d’entretien servait de guide à la conversation, mais l’enquêteur laissait libre cours à l’expression du pharmacien afin de ne pas restreindre les éléments de réponses donnés. Les termes techniques spécifiques à l’ETP n’étaient pas employés par l’enquêteur afin de ne pas biaiser les résultats de l’enquête (cf. paragraphe 3.2.2 « Trame d’entretien »), sauf si le pharmacien recourait de lui-même à ce type de terminologie. Lorsqu’un répondant donnait spontanément des informations attendues à certaines questions, ces questions n’étaient pas abordées par la suite.

Les pharmaciens ayant, en 2013, mentionné des participations à plusieurs actions (et ainsi rempli plusieurs questionnaires), ont été interrogés sur chacune de leurs actions séparément (une trame d’entretien étant remplie pour chaque action).

La majorité des pharmaciens avaient des éléments complémentaires à nous transmettre (anecdotes, expériences ou réalisations personnelles...). Ces éléments d’intérêt, mais n’entrant pas dans le cadre de la trame d’entretien, étaient notés sur une feuille-annexe vierge au nom du pharmacien afin d’alimenter les données qualitatives de l’enquête.

Certains pharmaciens ont spontanément proposé de transmettre certains contacts, documents et autres informations en leur possession et potentiellement utiles à l’enquête : une adresse mail à laquelle envoyer ces données leur était alors communiquée par l’enquêteur.

3.3.3.2 Clôture de l’échange

Une fois les questions posées, l’enquêteur demandait au pharmacien s’il souhaitait

aborder d'autres points avant de conclure l'entretien par des remerciements et en assurant au répondant de le tenir au courant de l'avancée de l'enquête.

3.3.3.3 Relecture des données avant archivage

L'intégralité des réponses notées sur la trame d'entretien et les éléments de verbatim supplémentaires de la feuille-annexe étaient relus par l'enquêteur (lisibilité, cohérence, orthographe, corrections/précisions grâce aux souvenirs encore frais de l'entretien...). Fiche(s) signalétique(s), trame(s) d'entretien et feuille(s)-annexe(s) d'un même pharmacien étaient ensuite rassemblées dans un dossier.

3.3.4 Schéma de synthèse méthodologique

La Figure 4 page suivante présente un schéma de synthèse de la méthodologie employée lors de l'étude.

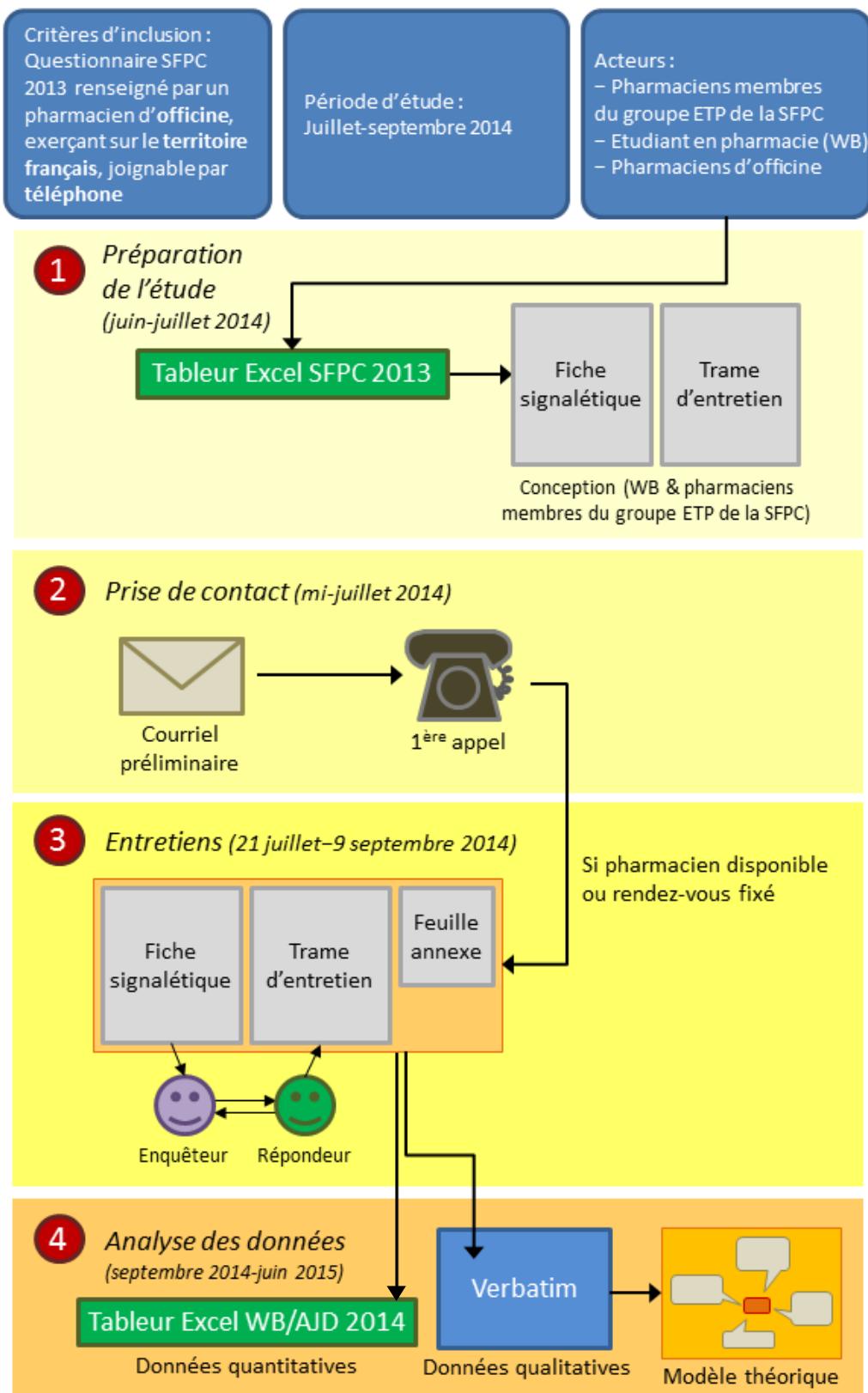


Figure 4 : Schéma de synthèse méthodologique de l'étude

3.3.5 Calendrier de l'étude

Le Tableau 1 suivant synthétise le déroulement chronologique de l'étude.

Tableau 1 : Calendrier de l'étude

	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
2 0 1 4												
Mise en place												
Entretiens téléphoniques												
Analyse des résultats												
2 0 1 5												
Analyse des résultats												
Rapport / publication												

3.4 Analyse des données

3.4.1 Données quantitatives

Les données quantitatives tirées des entretiens téléphoniques ont été répertoriées dans un tableur Excel. Les données référencées dans ce tableur sont présentées dans le Tableau 2 page suivante.

3.4.1.1 Items analysés

Tableau 2 : Items quantitatifs analysés

Patients ciblés par l'action éducative	Domaine(s) ETP
	Tranche(s) d'âge
Modalités des séances éducatives	Lieu(x) de mise en œuvre
	Implication d'aidants
	Nombre et durée des séances
	Fréquence des séances
Diagnostic éducatif	Personne le réalisant
	Exploration biomédicale
	Exploration socio-professionnelle
	Réalisation d'un diagnostic éducatif
Mise en œuvre des séances	Utilisation d'outils pédagogiques d'ETP
	Organisation d'ateliers collectifs
	Utilisation d'une trame de l'assurance maladie ou d'un réseau
	Réalisation de séances éducatives
Evaluation des acquis du patient	Outil(s) d'évaluation utilisé(s)
	Type(s) d'évaluation réalisé(s)
	Réalisation d'une évaluation des acquis
Impact clinique de l'action	Indicateur(s) utilisé(s)
	Moment(s) de réalisation
	Réalisation d'une évaluation d'impact clinique
Communication interprofessionnelle	Nombre de professionnels concernés
	Type(s) de professionnel(s) concerné(s)
	Moyens de communication utilisés
	Existence d'une communication interprofessionnelle
Validation de l'action par l'ARS	Réalisation d'une demande d'autorisation de l'action depuis 2013 (et aboutissement)
	Validation ARS de l'action en 2014
Financement de l'action	Nature du financement en 2013, pour les actions alors déjà financées
	Réalisation d'une demande de financement depuis 2013 (et aboutissement), pour les actions non financées
	Financement de l'action en 2014
	Indemnisation/rémunération du pharmacien en tant qu'intervenant
Nature de la démarche : ETP ou autre type d'action	—

3.4.1.2 Méthodologie de cotation des items

Certains items ont nécessité une réflexion conjointe d'AJD et William Buchwalter (WB). L'ensemble de ces items ainsi que les critères de jugement ayant permis leur cotation sont présentés dans les Tableaux 3 à 8 suivants.

3.4.1.2.1 Diagnostic éducatif

Tableau 3 : Méthodologie de cotation du diagnostic éducatif

Item	« Oui » si :
Exploration biomédicale	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche des connaissances initiales du patient (maladie, traitement) avant la mise en œuvre de l'action éducative.
Exploration socio-professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en compte du contexte social du patient, de son vécu de la maladie, de ses inquiétudes, de ses contraintes (sans démission face aux difficultés évoquées), de son niveau de dépendance, de la présence d'aidants, de sa motivation, de ses projets.
Réalisation d'un diagnostic éducatif	<ul style="list-style-type: none"> - Actions réalisant les deux explorations biomédicale et socio-professionnelle de manière suffisamment approfondie.

3.4.1.2.2 Mise en œuvre des séances

Tableau 4 : Méthodologie de cotation des séances d'éducation

Item	« Oui » si :
Réalisation de séances éducatives	<ul style="list-style-type: none"> - Durée des séances d'au moins 30 minutes ; - Séances répétées dans le temps - Séances programmées en fonction des contraintes/besoins du patient ; - Objectifs définis, fixés pour chaque séance ; - Outils pédagogiques d'ETP validés, de nature variée, adaptés aux besoins du malade, conçus pour solliciter la participation active du (des) patient(s) ; - Ateliers collectifs permettant notamment l'échange verbal et le partage d'expériences ; - Intervenants pluridisciplinaires, collaborant de préférence au sein d'un réseau.

3.4.1.2.3 Evaluation des acquis du patient

Tableau 5 : Méthodologie de cotation de l'évaluation des acquis du patient

Item	« Oui » si :
Réalisation d'une évaluation des acquis du patient	<ul style="list-style-type: none">- Processus formalisé et traçable ;- Critères précis d'évaluation et vérification de l'atteinte des objectifs éducatifs fixés ;- Processus comparatif (rendant compte de la progression du patient) ;- Outils d'évaluation adaptés (validés, résultats traçables, reproductibles...) ;- Réalisation de bilans de suivi au long terme du patient (par exemple trimestriels) ;- Prise en compte de la satisfaction du patient et de l'amélioration de sa qualité de vie ;- Processus permettant l'expression libre et la participation active du patient.

3.4.1.2.4 Impact clinique de l'action

Tableau 6 : Méthodologie de cotation de l'évaluation d'impact clinique

Item	« Oui » si :
Réalisation d'une évaluation de l'impact clinique de l'action	<ul style="list-style-type: none">- Etudes formalisées ;- Indicateurs valides, objectifs, quantifiés, reproductibles, traçables ;- Prise en compte du gain d'autonomie et de qualité de vie du patient.

3.4.1.2.5 Communication interprofessionnelle

Tableau 7 : Méthodologie de cotation de la communication interprofessionnelle

Item	« Oui » si :
Existence d'une communication interprofessionnelle	<ul style="list-style-type: none">- Prises de contact fréquentes ;- Communication formalisée, grâce à des outils (courrier, mail, téléphone, réunion, dossier-patient...) ;- Supports écrits partagés ;- Echanges pluridisciplinaires, incluant les membres de l'équipe éducative et/ou de l'équipe soignante.

3.4.1.2.6 Conclusion sur la nature de la démarche

Tableau 8 : Méthodologie de cotation de la nature de la démarche (actions d'ETP)

Item	« Oui » si :
Nature de la démarche : ETP ?	<ul style="list-style-type: none">- Action labellisée par l'ARS ;- Action réalisant un diagnostic éducatif, des séances de mise en œuvre et une évaluation des acquis du patient.

3.4.1.3 Elaboration d'une cartographie des ressources

Les actions d'ETP retenues (cf. paragraphe 3.4.1.2.6 « Conclusion sur la nature de la démarche ») ont fait l'objet d'une cartographie des ressources indiquant, pour chaque département français, les dispositifs recensés par l'enquête et leurs domaines d'action.

3.4.2 Données qualitatives : analyse inductive avec recherche d'items

Conformément aux objectifs de l'étude, une analyse qualitative a été réalisée, à partir du verbatim des répondants.

3.4.2.1 Objectifs de l'analyse qualitative

Une analyse qualitative de données a pour but d'étudier un sujet de manière approfondie et détaillée. Elle nécessite de laisser le champ libre à la personne interrogée pour exprimer son point de vue et témoigner de ses expériences (164).

L'entretien semi-dirigé, employé dans cette étude, est une méthode qualitative. Il permet d'interroger le sujet grâce à des questions ouvertes, en lui laissant la possibilité d'ajouter ce qu'il souhaite. De cette manière, les données recueillies sont complètes, larges et des conceptions jusqu'alors inédites dans la littérature peuvent émerger (164).

Un guide d'entretien semi-dirigé adapté au sujet de recherche et à la population de l'étude est considéré comme l'outil de choix pour ce type d'analyse. Dans un souci de reproductibilité des résultats, ce document nécessite d'être standardisé par validation consensuelle de plusieurs collaborateurs (162).

3.4.2.2 Analyse manuelle inductive

Les données brutes obtenues via les entretiens semi-dirigés ont fait l'objet d'une analyse manuelle inductive. Ce type d'étude vise à dégager les significations centrales et évidentes d'un corpus de verbatim fourni par l'échantillon de répondants.

L'approche inductive s'organise en 3 étapes : réduction des données, condensation des

données et présentation des données (165). Selon Thomas *et al* (166), ce mode d'analyse consiste à :

- Résumer les données brutes (par lectures multiples de chaque entretien pour dégager les thèmes majeurs) ;
- Confronter ce résumé aux objectifs de recherche et classer les différents thèmes retrouvés ;
- Développer un modèle mettant en évidence les résultats obtenus (organigramme présentant les différents thèmes avec des sous-catégories).

Il est recommandé de réaliser cette analyse manuelle par plusieurs chercheurs (de façon individuelle) pour ensuite confronter les résultats en vue de présenter un seul modèle théorique (167).

4 Résultats

Sur 51 actions recensées en officine lors de la première enquête SFPC (2013), 44 ont été retenues lors de la seconde enquête (2014) et 7 actions ont été retirées (1 action hors France et 6 dont les pharmaciens n'étaient pas joignables).

Le nombre pharmaciens participant était de 39 ; 3 d'entre eux participaient à plusieurs actions (2 actions pour deux pharmaciens, 4 actions pour un pharmacien). Parmi les répondants, 24 étaient des femmes (62 %) et 15 des hommes (38 %). Le pharmacien appartenait à un réseau de santé dans 24 actions (55 % des cas).

4.1 Données quantitatives

4.1.1 Patients ciblés par l'action éducative

4.1.1.1 Domaine(s) ETP

Le domaine d'action le plus cité était le diabète (22 actions, soit 50 %), suivi du cardiovasculaire (21 actions, soit 48 %), ce dernier incluant 10 actions spécifiquement orientées vers les traitements antivitamine K (AVK). Cinq actions (11 %) portaient sur l'asthme. D'autres domaines, minoritaires, ont été cités : rhumatologie (2 actions, soit 5 %), douleur, hépatologie, néphrologie et gériatrie (1 action chacune). Enfin, 3 actions portaient sur plusieurs domaines (7 %). Ces résultats sont présentés dans la Figure 5 suivante.

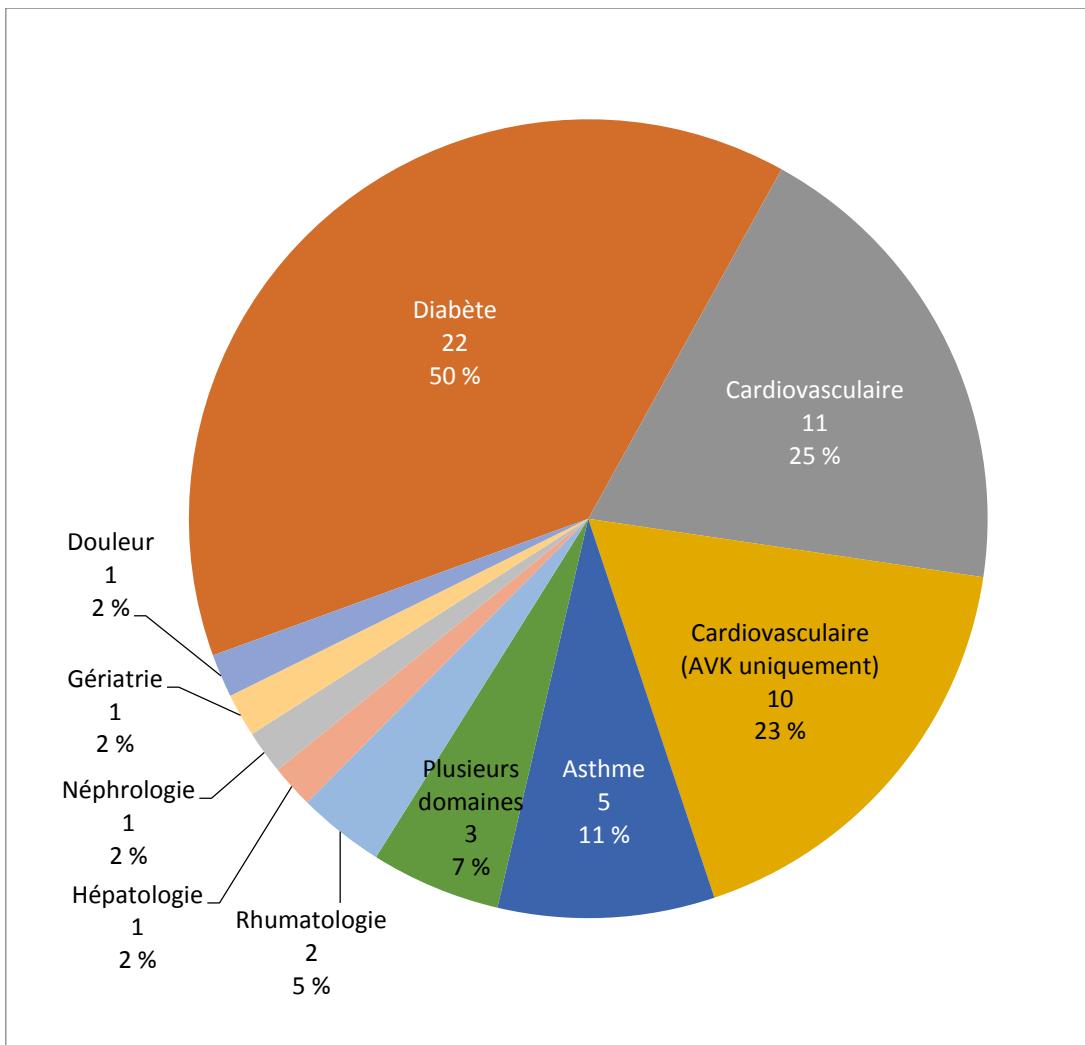


Figure 5 : Domaines d'action ciblés par l'éducation
(plusieurs réponses possibles pour une action)

4.1.1.2 Tranche(s) d'âge

Dix-neuf actions (43 %) ne s'adressaient pas à une tranche d'âge particulière. Dix-neuf autres actions concernaient plus particulièrement le patient adulte (gériatrie exclue). D'autres actions s'adressaient spécifiquement à la personne âgée (9, soit 20 %). Enfin, 3 actions ciblaient les enfants (7 %) et 1 l'adolescent. A noter qu'une même action pouvait concerner plusieurs tranches d'âges. Ces résultats sont présentés dans la Figure 6 suivante.

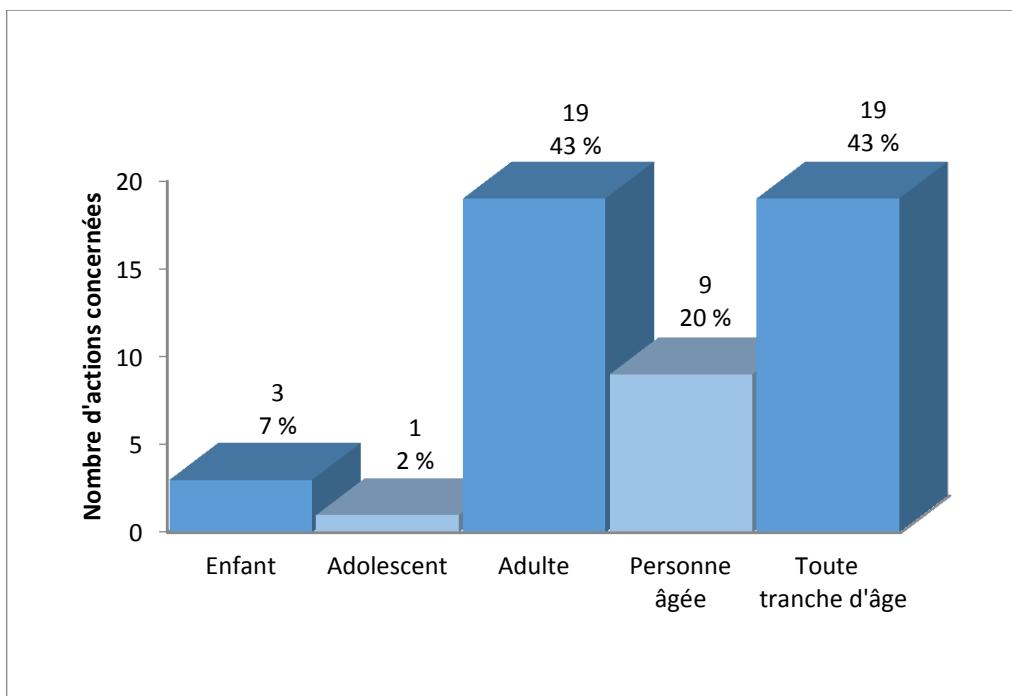


Figure 6 : Tranches d'âge ciblées par l'action (plusieurs tranches d'âge possibles par action)

4.1.2 Modalités des séances

4.1.2.1 Lieu(x) de mise en œuvre

Près de la moitié des actions (21, soit 48 %) sont réalisées dans l'enceinte de l'officine, 12 (27 %) en dehors et 11 actions (25 %) prennent place à la fois dans l'officine et dans un autre lieu.

Les autres lieux de mise en œuvre cités par les pharmaciens (23 actions concernées, plusieurs réponses possibles) étaient les réseaux de santé (19 actions, 83 %), le domicile du patient, l'hôpital (5 actions soit 22 % chacun), des salles municipales (3 actions, 13 %) et une maison de santé (1 action).

Ces résultats sont présentés dans les Figures 7 et 8 suivantes.

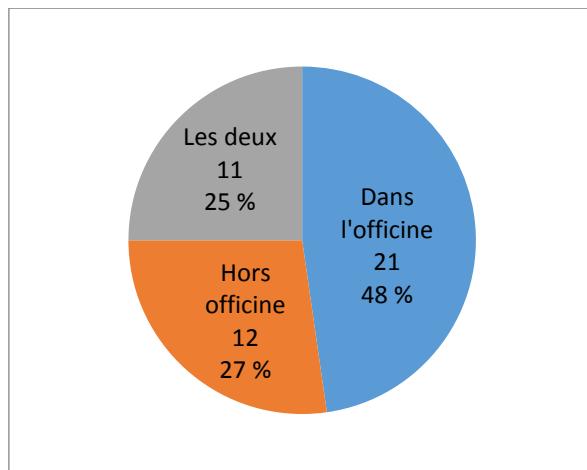


Figure 7 : Lieu de mise en œuvre de l'action

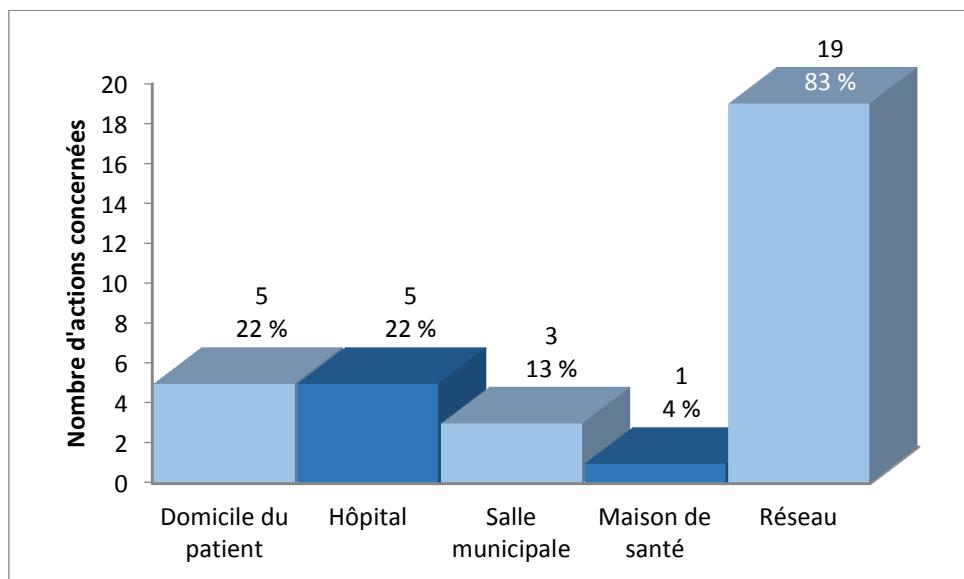


Figure 8 : Autres lieux de mise en œuvre de l'action
(plusieurs réponses possibles)

4.1.2.2 Implication d'aidants

L'implication de l'entourage du patient dans les démarches éducatives était fréquente : 30 actions (68 %) signalait une présence régulière d'aidants lors des séances, 9 une présence rare (21 %) et 4 l'absence totale d'aidants (9 %). L'information n'a pas été communiquée pour une action. Ces résultats sont présentés dans la Figure 9 suivante.

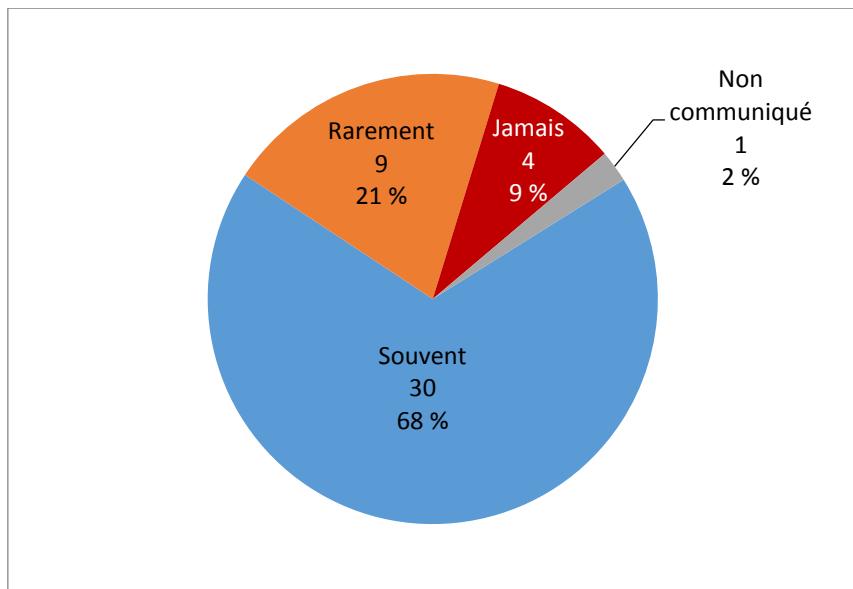


Figure 9 : Implication d'aidants du patient lors de l'éducation

4.1.2.3 Durée des séances

Concernant la durée des séances éducatives, plusieurs tendances se démarquent : 9 actions (20 %) proposaient des séances courtes de 15 à 30 min et un total de 16 actions (36 %) organisaient des séances longues d'au moins 1h15. D'autres démarchent mentionnaient des séances d'une durée intermédiaire : 30 à 50 minutes pour 8 actions (18 %) et 50 minutes à 1h15 pour 4 actions (9 %). Plus minoritairement, 3 actions (7 %) organisaient des séances de moins de 15 minutes. L'information n'a pas été communiquée pour 4 actions (9 %). Ces résultats sont présentés dans la Figure 10 suivante.

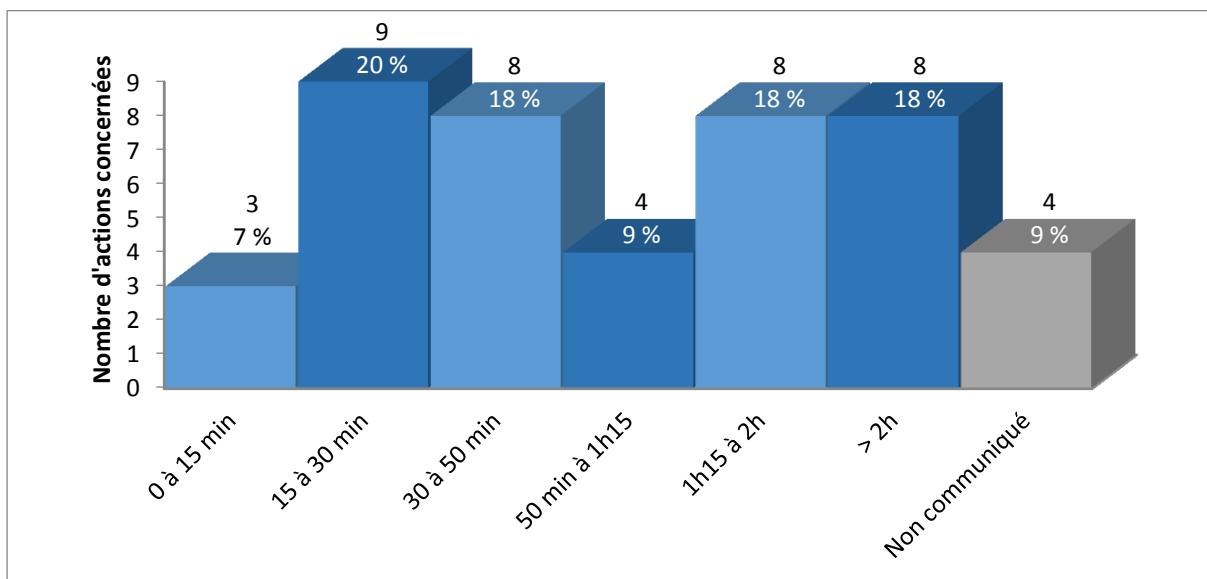


Figure 10 : Durée des séances éducatives

4.1.2.4 Nombre de séances éducatives par patient

Les pharmaciens ont indiqué pour près de deux tiers des actions (28) le nombre de séances réalisées pour un même patient. Dans la majorité des cas (18 %, soit 8 actions), ce nombre était variable. Concernant les actions restantes, 6 (14 %) réalisaient une seule séance, 6 autres deux séances, 4 actions (9%) trois séances, 2 actions (5 %) quatre séances et 2 autres cinq séances. L'information n'a pas été communiquée pour 16 actions (36 %). Ces résultats sont présentés dans la Figure 11 suivante.

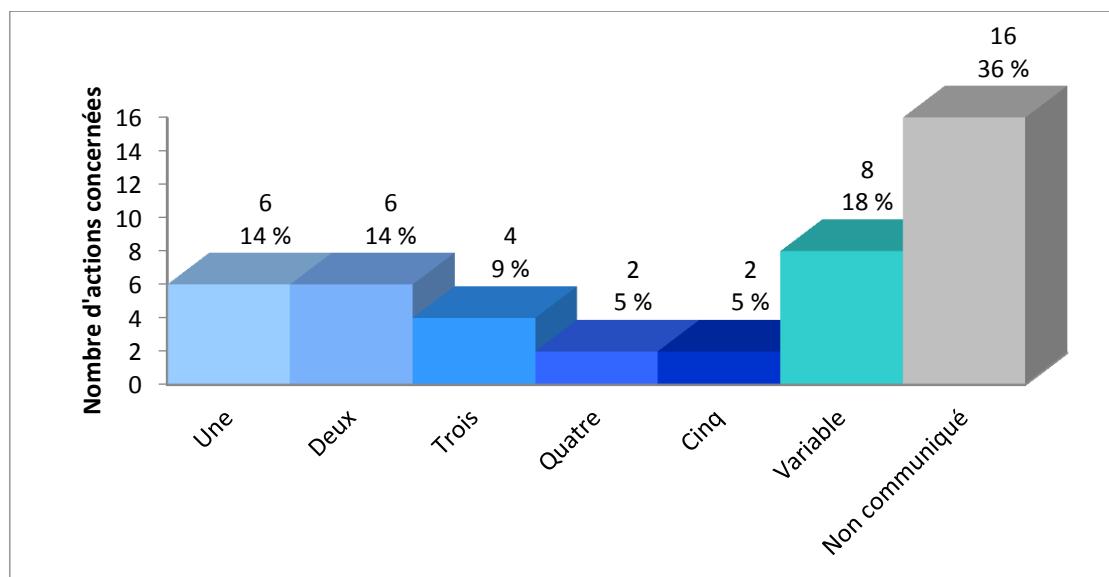


Figure 11 : Nombre de séances éducatives par patient

4.1.2.5 Fréquence des séances

L'intervalle de temps laissé entre les séances éducatives se comptait le plus souvent en mois : 9 actions (20 %) proposaient des séances espacées de 2 à 3 mois et 7 actions (16 %) des séances séparées de 4 à 6 mois. Les actions aux séances plus rapprochées étaient moins nombreuses : 2 actions (5 %) réalisaient des séances à une semaine d'écart, 4 actions (9 %) à deux semaines et 4 autres espaçaient les séances de 3 semaines à 1,5 mois. Sept actions (16 %) faisaient mention d'un laps de temps variable entre les séances. Le sujet n'était pas abordé pour les actions n'effectuant qu'une séance éducative (6 actions, 14 %) et les répondants n'ont pas communiqué l'information pour 5 actions (11 %). Ces résultats sont présentés dans la Figure 12 suivante.

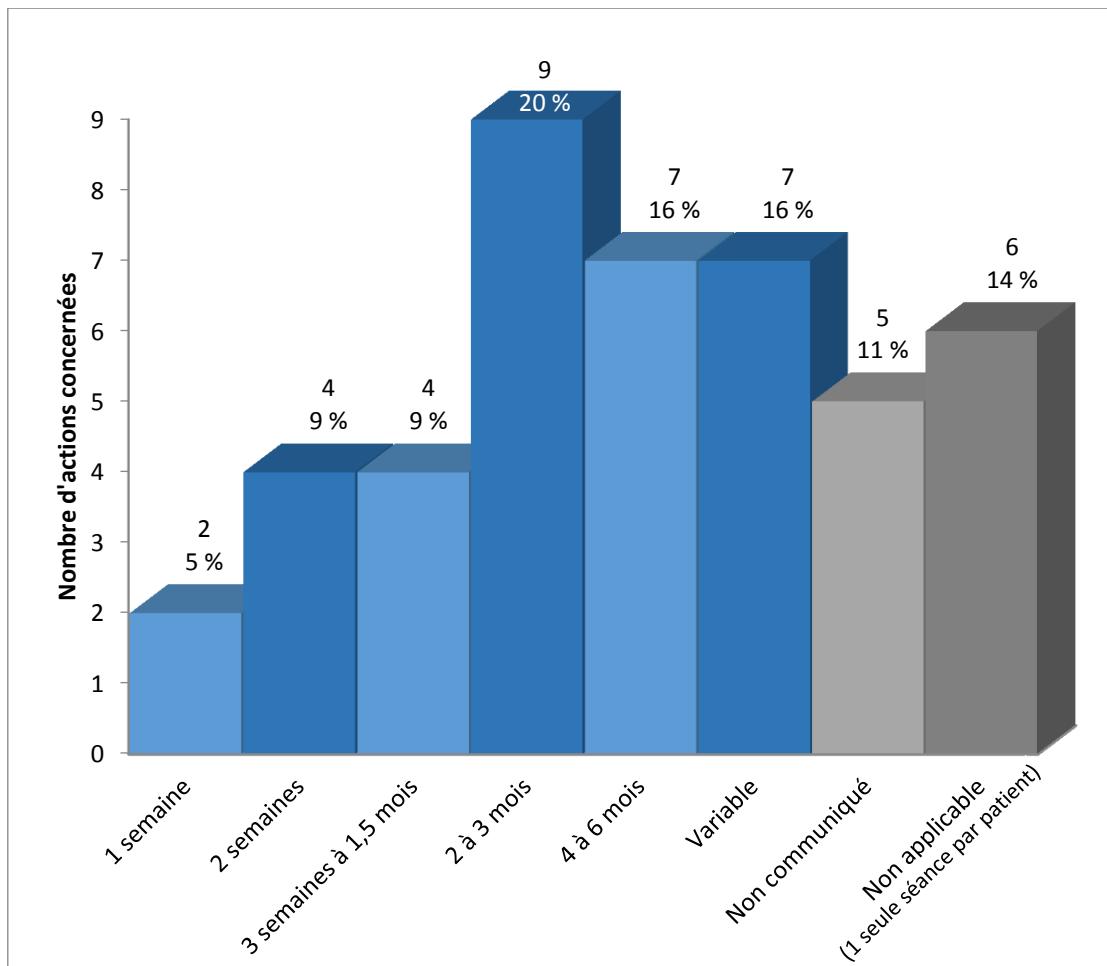


Figure 12 : Fréquence des séances éducatives

4.1.3 Suivi des étapes définies par la HAS

4.1.3.1 Diagnostic éducatif

Le pharmacien réalisait le diagnostic éducatif pour une majorité d'actions (32, soit 73 %). L'étape était assurée par un autre professionnel issu d'un réseau dans 11 cas (25 %). L'information n'a pas été communiquée pour 2 actions (5 %). Ces résultats sont présentés dans la Figure 13 suivante.

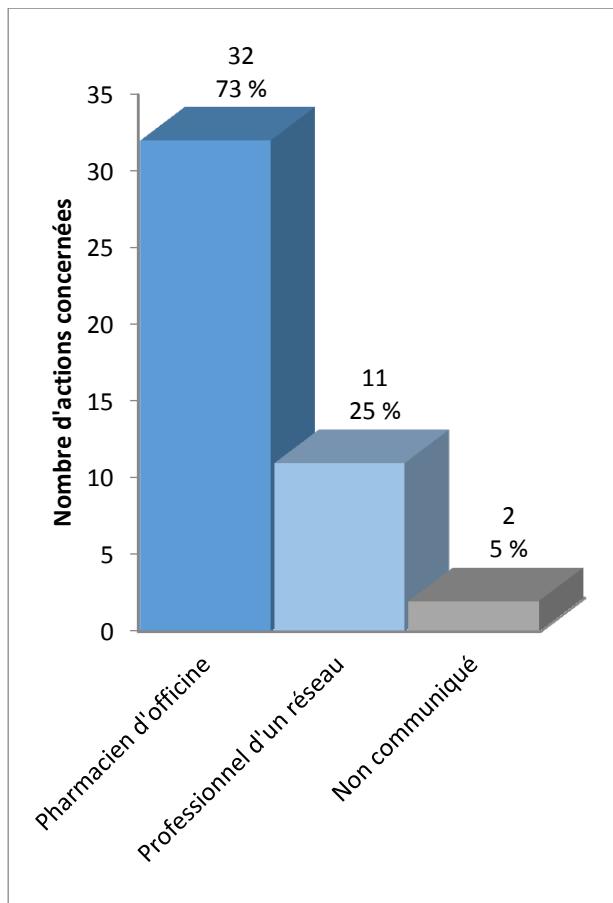


Figure 13 : Personne réalisant le diagnostic éducatif (plusieurs réponses possibles)

Trente-quatre actions (77 %) exploraient la dimension biomédicale du diagnostic éducatif et 27 actions (62 %) sa dimension socio-professionnelle. Les deux dimensions étaient explorées dans 26 actions (59 %), qui réalisaient donc un diagnostic éducatif conforme. L'un des répondants (1 action) n'a communiqué aucune information au sujet du diagnostic éducatif. Ces résultats sont présentés dans les Figures 14 à 16 suivantes.

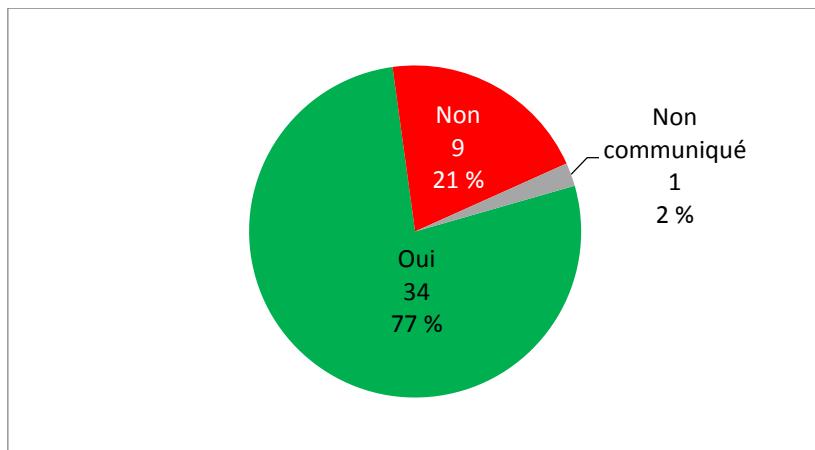


Figure 14 : Réalisation d'une exploration biomédicale

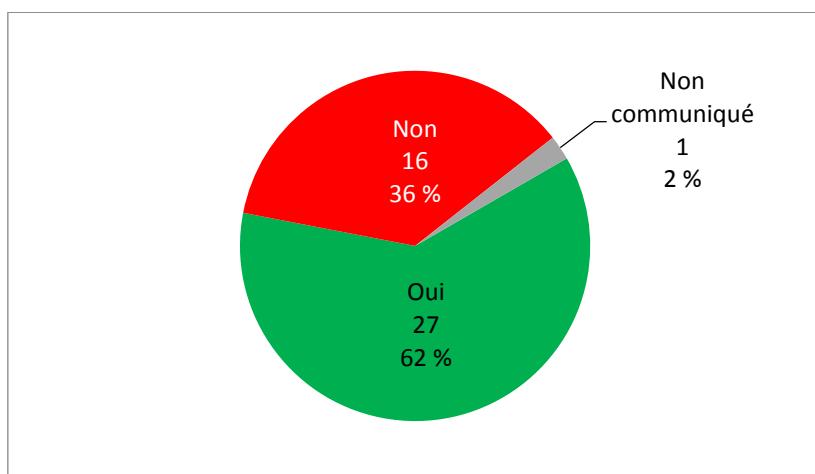


Figure 15 : Réalisation d'une exploration socio-professionnelle

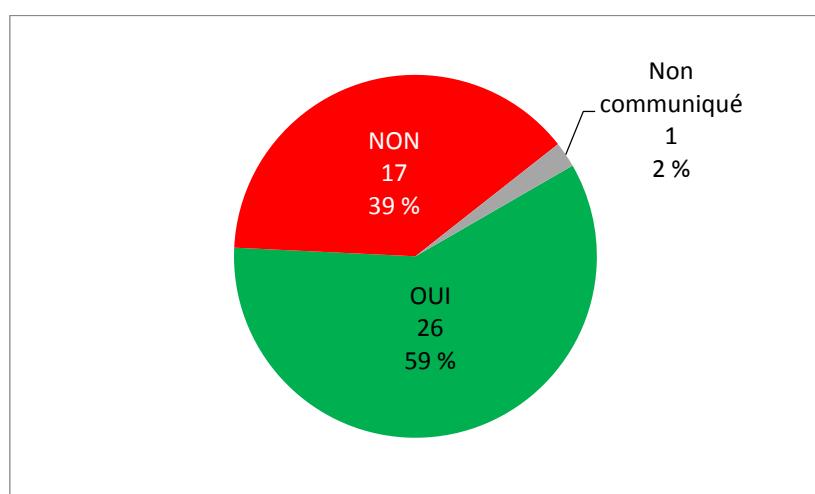


Figure 16 : Réalisation d'un diagnostic éducatif

59 % des actions réalisent un diagnostic éducatif

4.1.3.2 Mise en œuvre des séances

Concernant le contenu des séances éducatives, 33 actions (75 %) utilisaient des outils pédagogiques d'ETP. Près de la moitié des actions (21, 48 %) proposaient à leurs patients des ateliers collectifs à thème. L'information n'a pas été communiquée pour 1 action. Ces résultats sont présentés dans les Figures 17 et 18 suivantes.

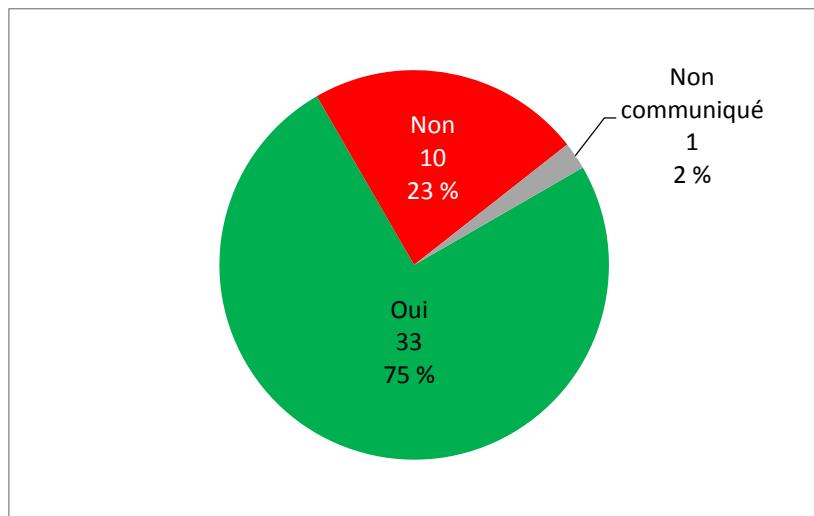


Figure 17 : Utilisation d'outils pédagogiques d'ETP

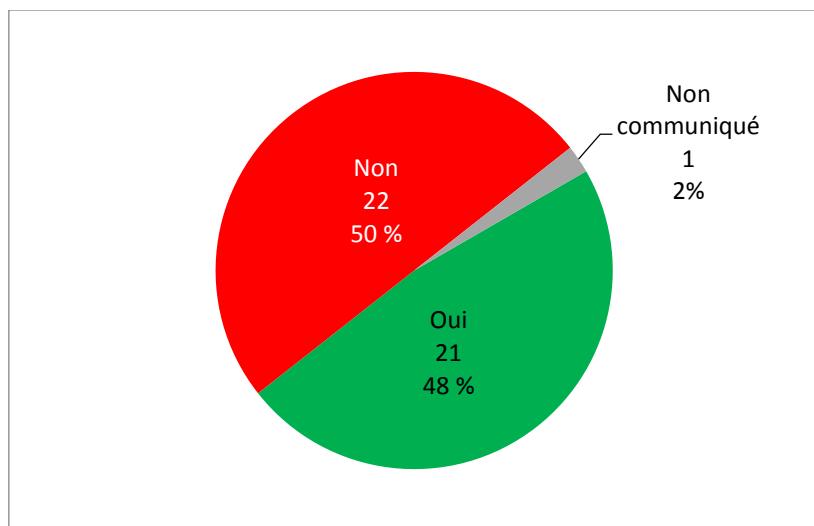


Figure 18 : Organisation d'ateliers collectifs

Une trame permettant de guider la séance était utilisée dans 16 actions (36 %) : parmi elles, 11 employaient une trame élaborée par l'assurance maladie et 5 une trame issue d'un réseau. Le pharmacien n'a pas communiqué l'information pour 1 action. Ces résultats sont présentés dans la Figure 19 suivante.

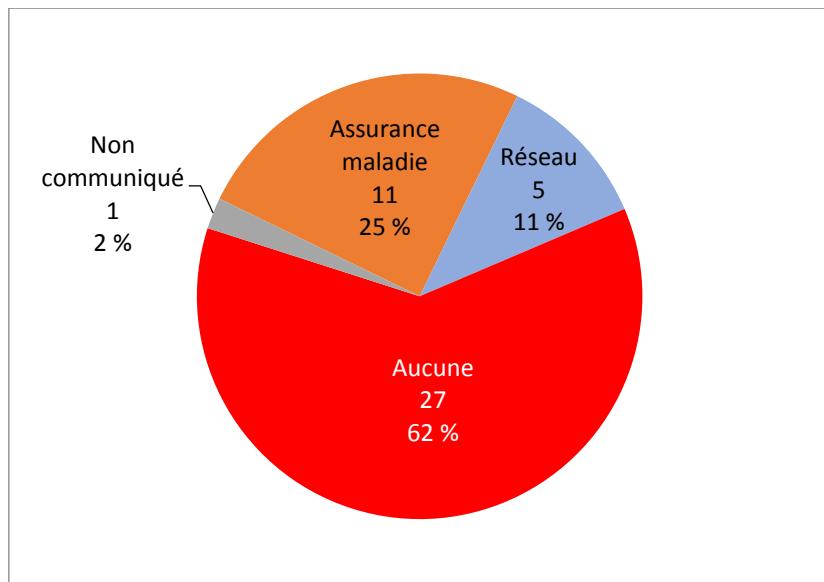


Figure 19 : Trame utilisée lors des séances

Au final, 31 actions (71 %) réalisaient des séances éducatives conformes. Aucune information concernant les séances éducatives n'a été communiquée pour 1 action. Ces résultats sont présentés dans la Figure 20 suivante.

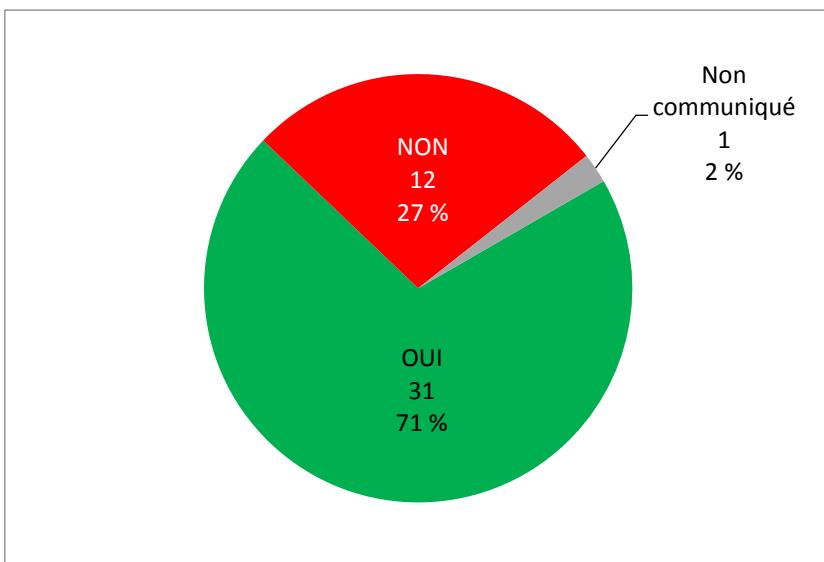


Figure 20 : Réalisation de séances éducatives

71 % des actions réalisaient des séances de mise en œuvre de l'éducation

4.1.3.3 Evaluation des acquis du patient

Une majorité d'actions (25, soit 57 %) mettait en place un processus d'évaluation des acquis (cf. Figure 21 suivante).

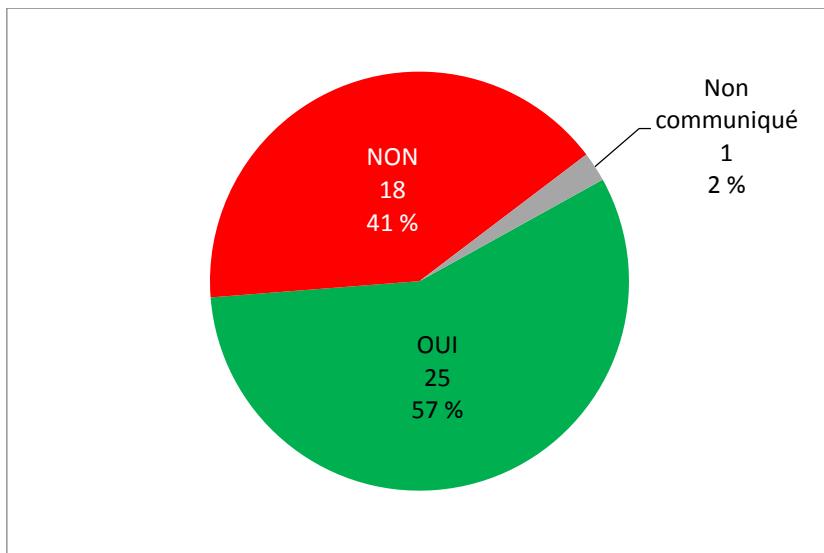


Figure 21 : Réalisation d'une évaluation des acquis du patient

L'évaluation diagnostique était réalisée dans la majorité des dispositifs (26 actions, soit 59 %), l'évaluation formative dans près d'un cas sur deux (21 actions, soit 48 %) et l'évaluation sommative dans environ un tiers des démarches (13, soit 30 %). Les trois types d'évaluation étaient réalisés dans 8 actions (18 %) et 12 démarches (27 %) n'effectuaient aucune évaluation ou une évaluation insuffisante. Ces résultats sont présentés dans la Figure 22 suivante.

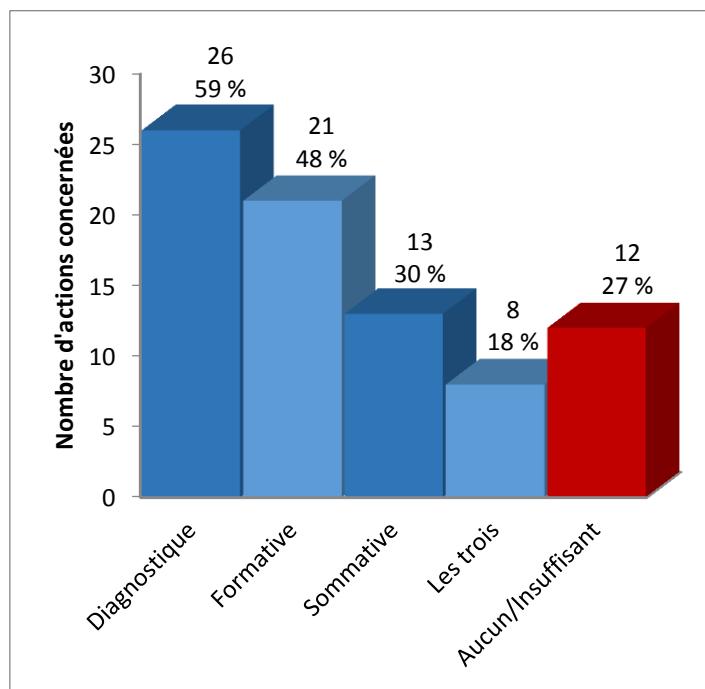


Figure 22 : Types d'évaluations réalisés
(plusieurs réponses possibles)

Les outils d'évaluation utilisés étaient variés : un questionnaire était proposé au patient dans un total de 18 actions (41 %). Ce questionnaire était répété au cours de la démarche afin d'évaluer les progrès du patient dans 7 actions (16 %). Un dialogue (séances individuelles) ou un tour de table (séances collectives) était organisé dans 6 actions (14 %). Dans 5 actions (11 %), il était demandé aux patients de reproduire des manipulations de dispositifs médicaux. Une synthèse de fin de séance et/ou de fin de programme était réalisée dans 4 actions (9 %) et 4 autres proposaient à leurs patients des entretiens de suivi périodiques. Une trame d'évaluation était employée dans 2 actions (5 %) et 2 autres analysaient les variations des résultats d'examens biologiques et/ou des mesures paracliniques (ex : poids, tour de taille). Enfin, 1 action réalisait une évaluation prenant en compte l'évolution de qualité de vie du patient. A noter qu'aucun outil d'évaluation n'était utilisé pour 7 actions (16 %). Les pharmaciens n'ont pas communiqué d'information concernant les outils d'évaluation des acquis dans 2 actions (5 %) et 1 pharmacien (1 action) ne disposait pas d'informations suffisantes à ce sujet. Ces résultats sont présentés dans la Figure 23 suivante.

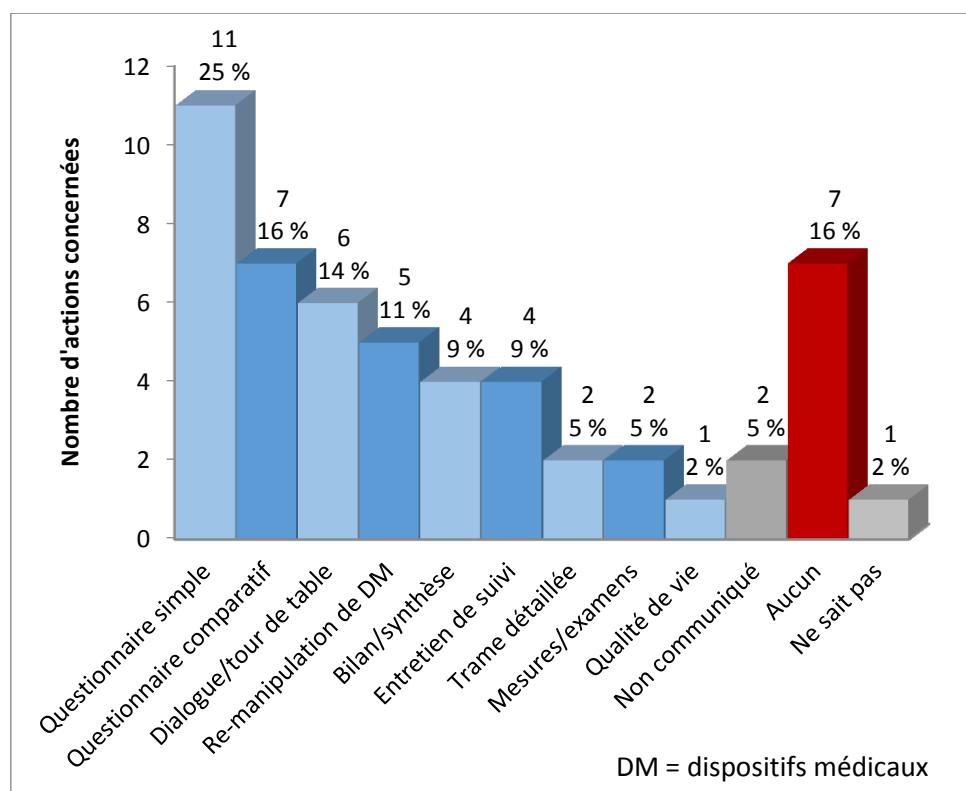


Figure 23 : Outils d'évaluation des acquis utilisés (plusieurs réponses possibles)

57 % des actions réalisaient une évaluation des acquis du patient

4.1.3.4 Impact clinique de l'action

Différents indicateurs d'impact clinique ont été cités par les pharmaciens. La satisfaction des patients (questionnaire ou témoignage oral) et leur assiduité à l'éducation étaient prise en compte dans 8 actions (18 %). Des suivis biologiques (ex : hémoglobine glyquée) étaient réalisés dans 6 actions (14 %), des mesures paracliniques (tour de taille, tests de mobilité...) dans 4 actions (9 %) et d'autres mesures (ex : échelles de la douleur) dans 2 actions (5 %). Un dialogue avec le patient ou un aidant (11 %) était rapporté pour l'évaluation dans 5 actions (11 %).

Trois actions observaient l'évolution des prescriptions du patient (7 %) et 3 autres réalisaient des études d'impact, sans plus de précision. L'observance du traitement et la qualité de vie du patient étaient prises en compte dans 2 actions (5 %) chacune.

Aucun indicateur d'impact n'était utilisé dans 15 actions (34 %) et 2 actions (5 %) n'ont fait l'objet d'aucune information à ce sujet. Notons que dans une même action, plusieurs indicateurs d'impact pouvaient être employés.

Ces résultats sont présentés dans la Figure 24 suivante.

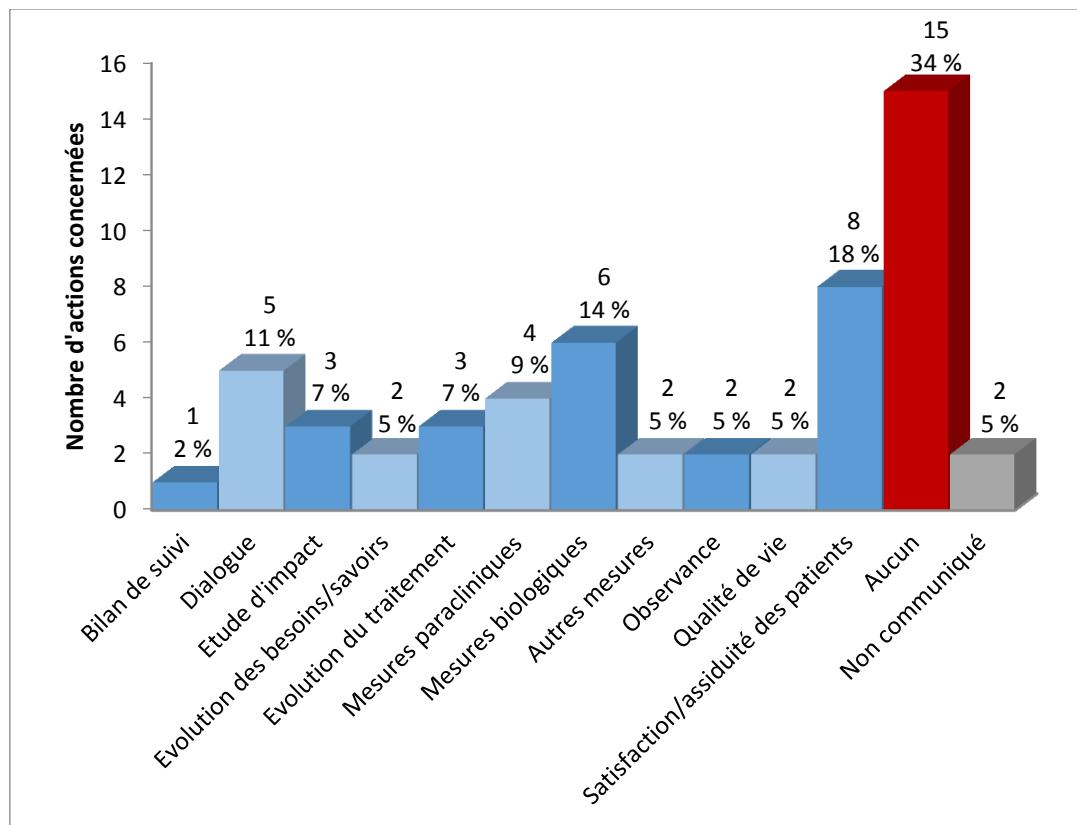


Figure 24 : Indicateurs d'impact clinique utilisés (plusieurs réponses possibles)

Concernant le moment de réalisation de l'évaluation d'impact clinique, 8 actions (18 %), déclaraient effectuer cette étape au retour du patient à l'officine, 3 actions (8 %) en fin de séance ou fin de programme, 1 action après six mois et 1 autre après un an. L'information n'a pas été communiquée pour 16 actions (36 %). Ces résultats sont présentés dans la Figure 25 suivante.

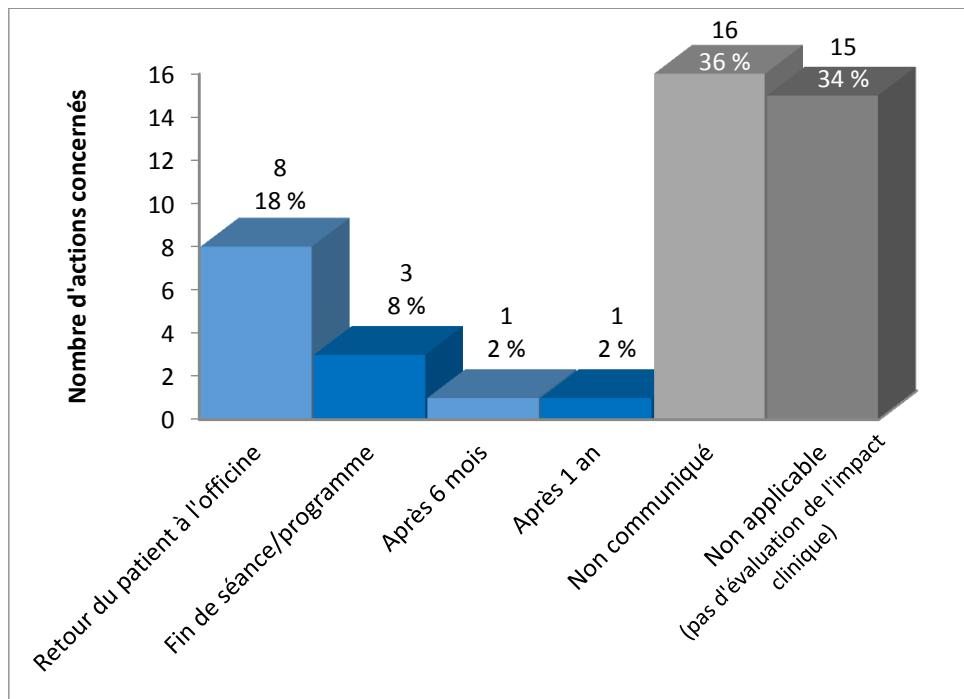


Figure 25 : Moment de réalisation de l'évaluation d'impact clinique

Au final, 6 actions réalisaient une évaluation de leur impact clinique (cf. Figure 26 suivante).

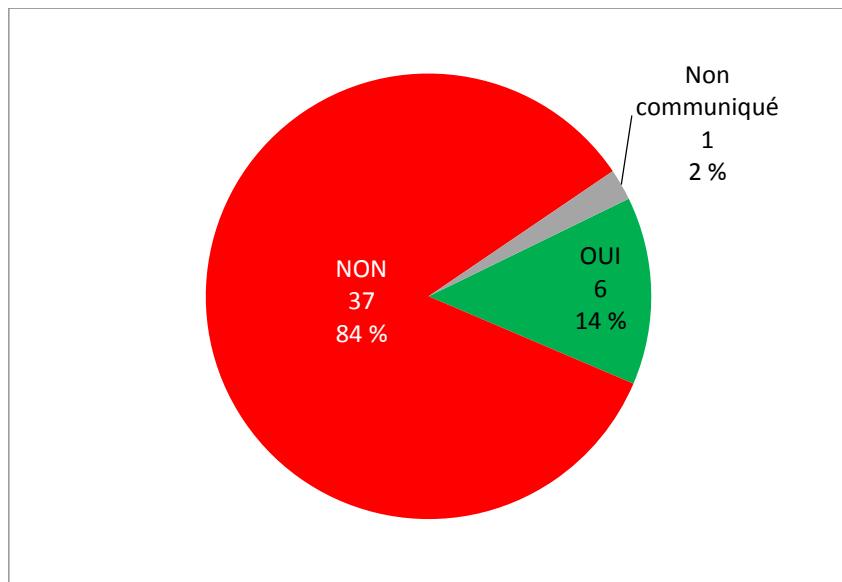


Figure 26 : Réalisation d'une évaluation d'impact clinique

14 % des actions réalisaient une évaluation d'impact clinique

4.1.4 Communication interprofessionnelle

L'ETP faisait l'objet d'une communication interprofessionnelle pour 33 actions (75 %). La quasi-totalité d'entre elles (32 actions) intégrait un à deux soignants du patient (hors réseau), les professionnels les plus fréquemment contactés étant le médecin traitant (32 actions, 72 %) et l'infirmière (12 actions, 27 %). Des médecins spécialistes étaient contactés dans 7 actions (16 %), des biologistes dans 2 actions (5 %) et un autre pharmacien dans 1 action. Les réseaux de santé étaient concernés par la communication dans 10 actions (sur 24 actions rattachées à un réseau). Aucun autre professionnel de santé n'était contacté dans 5 actions (11 %). Nous n'avions pas l'information sur le nombre de professionnels contactés pour 3 actions (7 %) et sur le type de profession pour 4 actions (9 %). Ces résultats sont présentés dans les Figures 27 à 29 suivantes.

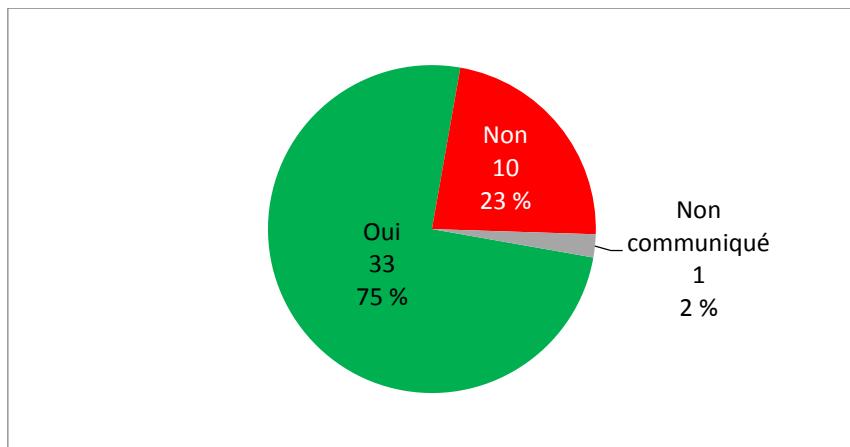


Figure 27 : Existence d'une communication interprofessionnelle

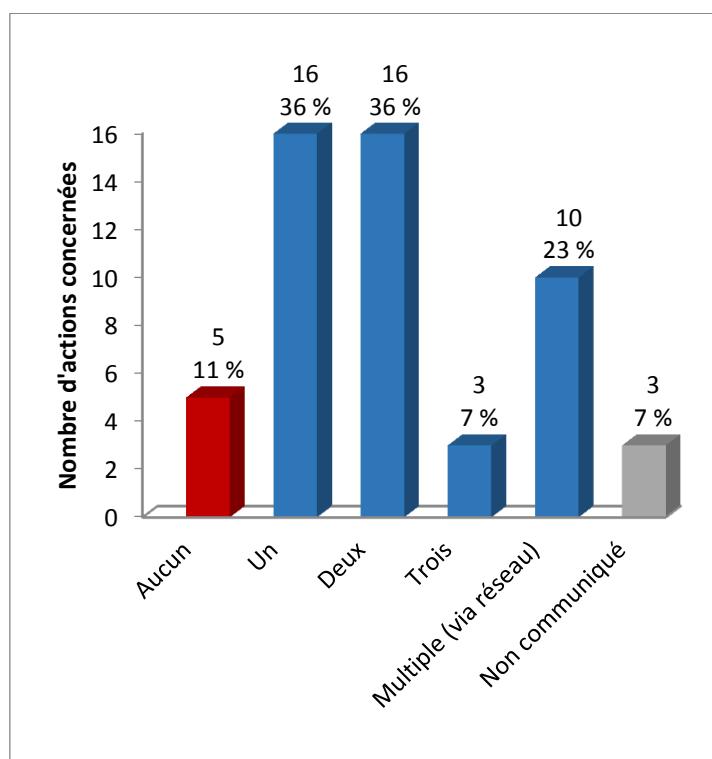


Figure 28 : Nombre de professionnels concernés par la communication
(plusieurs réponses possibles)

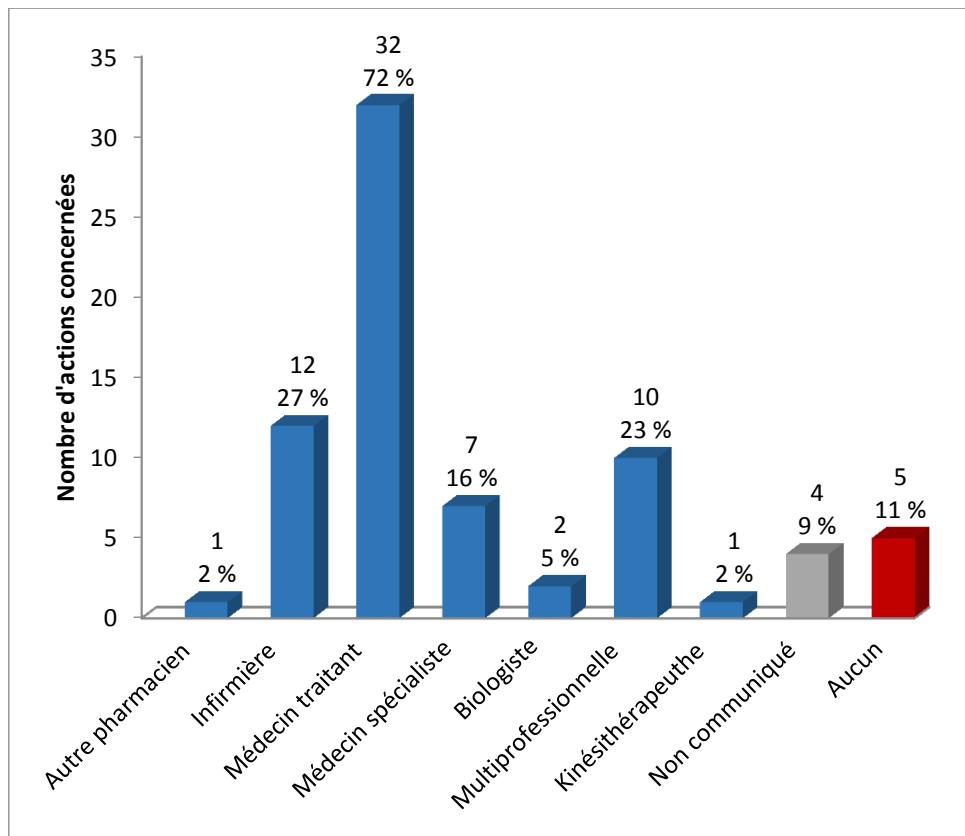


Figure 29 : Professionnels contactés lors de la communication
(plusieurs réponses possibles)

Les moyens de communication les plus répandus étaient le courrier (postal ou électronique : 23 actions, soit 52 %) et l'appel téléphonique (20 actions, soit 45 %). D'autres moyens ont été cités, tels que le dialogue à l'officine (4 actions, 9 %) ou l'entrevue dans un autre lieu (2 actions, 5 %), mais aussi des méthodes propres aux réseaux de santé : réunion pluridisciplinaire (5 actions, 11 %), journal de réseau (2 actions, 5 %), messagerie commune, dossier-patient et bilan éducatif partagé (1 action chacun). Plusieurs moyens de communication pouvaient être mentionnés pour une action.

Aucun autre professionnel de santé n'était contacté dans 5 actions (11 %) et l'information n'a pas été communiquée pour 5 autres actions.

Ces résultats sont présentés dans la Figure 30 suivante.

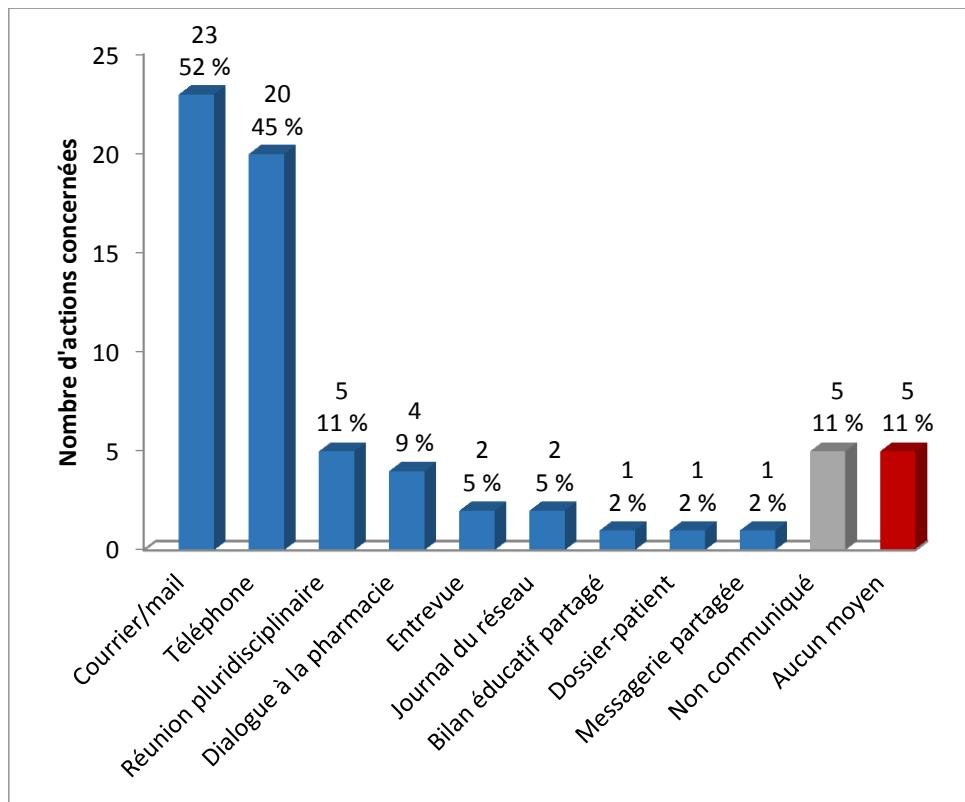


Figure 30 : Moyens de communication interprofessionnelle utilisés (plusieurs réponses possibles)

75 % des actions mettaient en place une communication interprofessionnelle

4.1.5 Validation de l'action par l'ARS

Les pharmaciens ont rapporté une majorité d'actions (23, soit 52 %) autorisées par une ARS. Parmi les actions non labellisées (21 actions, 48 %), 3 ont effectué une demande d'autorisation à une ARS entre 2013 et 2014, mais aucune ne l'a obtenue.

Les 23 actions validées par une ARS étaient menées en lien avec un réseau.

52 % des actions étaient validées par une ARS

4.1.6 Financement de l'action

En 2013, 22 actions étaient financées par leur ARS (50 %). Un financement (en attente de versement) de la part de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) a été mentionné pour 7 actions (16 %) et 1 action a reçu un financement d'un laboratoire pharmaceutique. Enfin, 14 actions (32 %) ne recevaient aucun financement extérieur. Ces résultats sont

présentés dans la Figure 31 suivante.

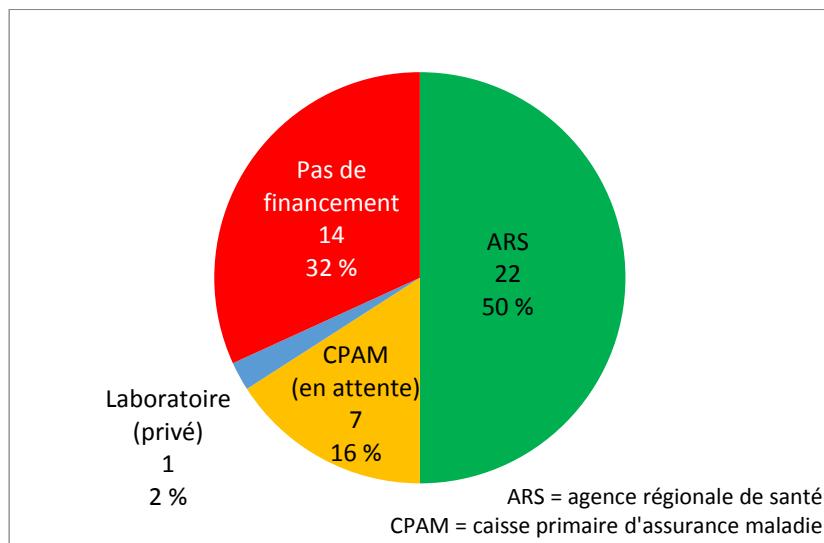


Figure 31 : Financement de l'action (et nature du financement) en 2013

Parmi les 22 actions non financées par leur ARS en 2013, 5 ont réalisé depuis une demande de financement (tout organisme confondu). L'une d'entre elles a obtenu un financement de son ARS et les 4 autres n'ont pas encore reçu de réponse.

Au total, 24 actions (54 %) recevaient un financement extérieur en 2014 (23 par leur ARS et 1 par un laboratoire privé). Sept actions attendaient toujours un financement de la CPAM. Ces résultats sont présentés dans la Figure 32 suivante.

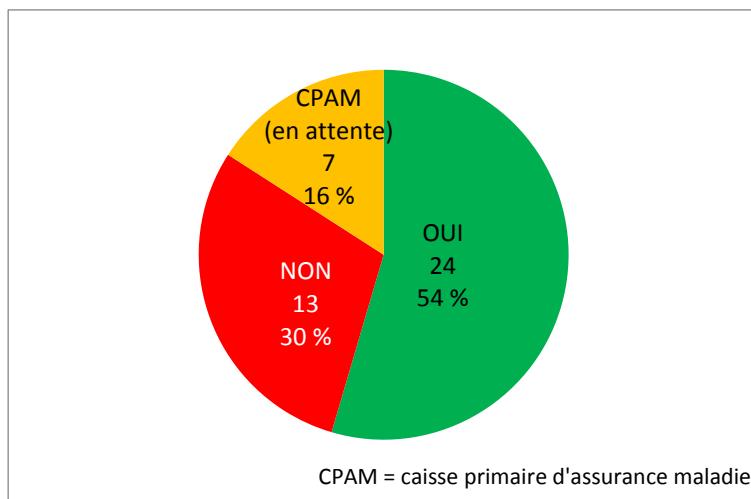


Figure 32 : Financement de l'action en 2014

Les pharmaciens en relation avec un réseau (24 actions concernées), étaient rémunérés à titre personnel dans 10 actions (42 %), en attente de rémunération dans 2 actions (8 %) et

non rémunérés dans 3 actions (12 %). La question n'ayant toutefois pas été directement posée aux pharmaciens, ces derniers n'ont pas communiqué l'information pour 9 actions (38 %).

54 % des actions recevaient un financement extérieur

4.1.7 Nature de la démarche

Au final et selon les critères de cotation fixés (cf. paragraphe 3.4.1.2.6 « Conclusion sur la nature de la démarche »), 25 actions (57 %) étaient des dispositifs d'ETP ; 23 d'entre elles étaient validées par une ARS.

Parmi les autres actions, 14 (32 %) correspondaient à des entretiens pharmaceutiques et 3 (7 %) à des actions de dépistage de maladies chroniques. Enfin, 2 actions (4 %) réalisaient un autre type de démarche : l'une s'apparentait à des entretiens pharmaceutiques approfondis (hors champ AVK) ; l'autre était un programme en cours d'élaboration destiné à être présenté à l'ARS. Ces résultats sont présentés dans la Figure 33 suivante.

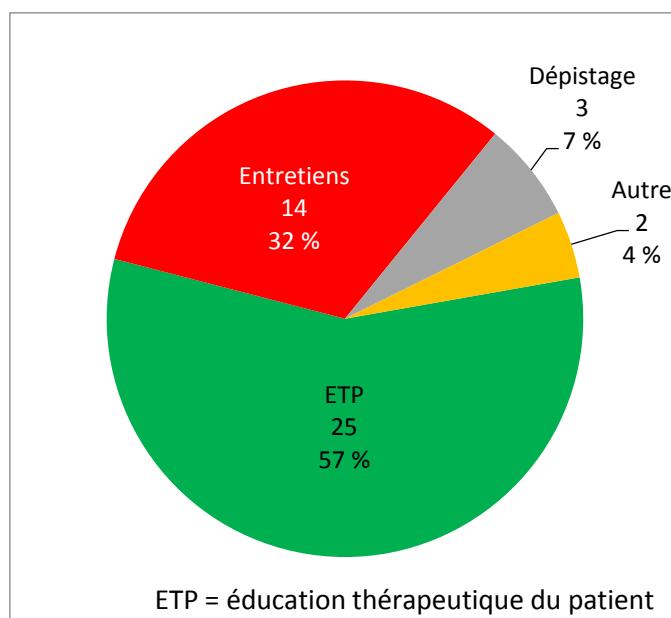


Figure 33 : Nature de la démarche

57 % des actions étaient des démarches d'ETP

Parmi les 25 actions d'ETP, 4 se déroulaient uniquement dans l'officine du répondant. Parmi les 23 actions conduites hors officine (exclusivement ou non), 21 étaient des démarches d'ETP.

Le pharmacien réalisait le diagnostic éducatif dans 32 actions. Parmi elles, 16 (50 %) présentaient un diagnostic conforme aux critères de l'enquête et 4 (13 %) étaient extra-officinales.

La majorité des actions aux séances éducatives d'au moins 30 minutes (21 actions sur 28, soit 75 %) étaient des démarches d'ETP ; c'était aussi le cas pour 2 des 12 actions dont les séances n'atteignaient pas 30 minutes en moyenne (17 %). On dénombre 8 actions réalisant au moins 3 séances éducatives par patient, dont 7 démarches d'ETP (88 %). Dix-neuf des 21 actions organisant des ateliers collectifs étaient des démarches d'ETP (90 %).

Toutes les actions validées/financées par une ARS étaient menées en lien avec un réseau et toutes les actions rattachées à un réseau étaient des actions d'ETP. On compte aussi une démarche d'ETP parmi les 20 actions indépendantes de tout réseau.

4.1.8 Actions abandonnées

Deux actions ont été abandonnées entre 2013 et 2014. L'une était une démarche d'ETP en lien avec un réseau, dont les professionnels acceptaient mal la présence du pharmacien parmi les intervenants ; l'officinal s'est alors résolu à quitter ce réseau pour se consacrer à des entretiens pharmaceutiques. Une autre action (entretiens pharmaceutiques) a été suspendue pour cause de congé maternité et n'avait pas été reprise lorsque nous avons appelé le répondant.

4.1.9 Cartographie des ressources

Les 25 actions d'ETP ambulatoires identifiées par l'enquête ont été positionnées sur une carte de France, présentée dans la Figure 34 ci-dessous. Deux départements se détachent, avec plusieurs actions d'ETP recensées : Paris (4 actions) et l'Isère (4 actions).

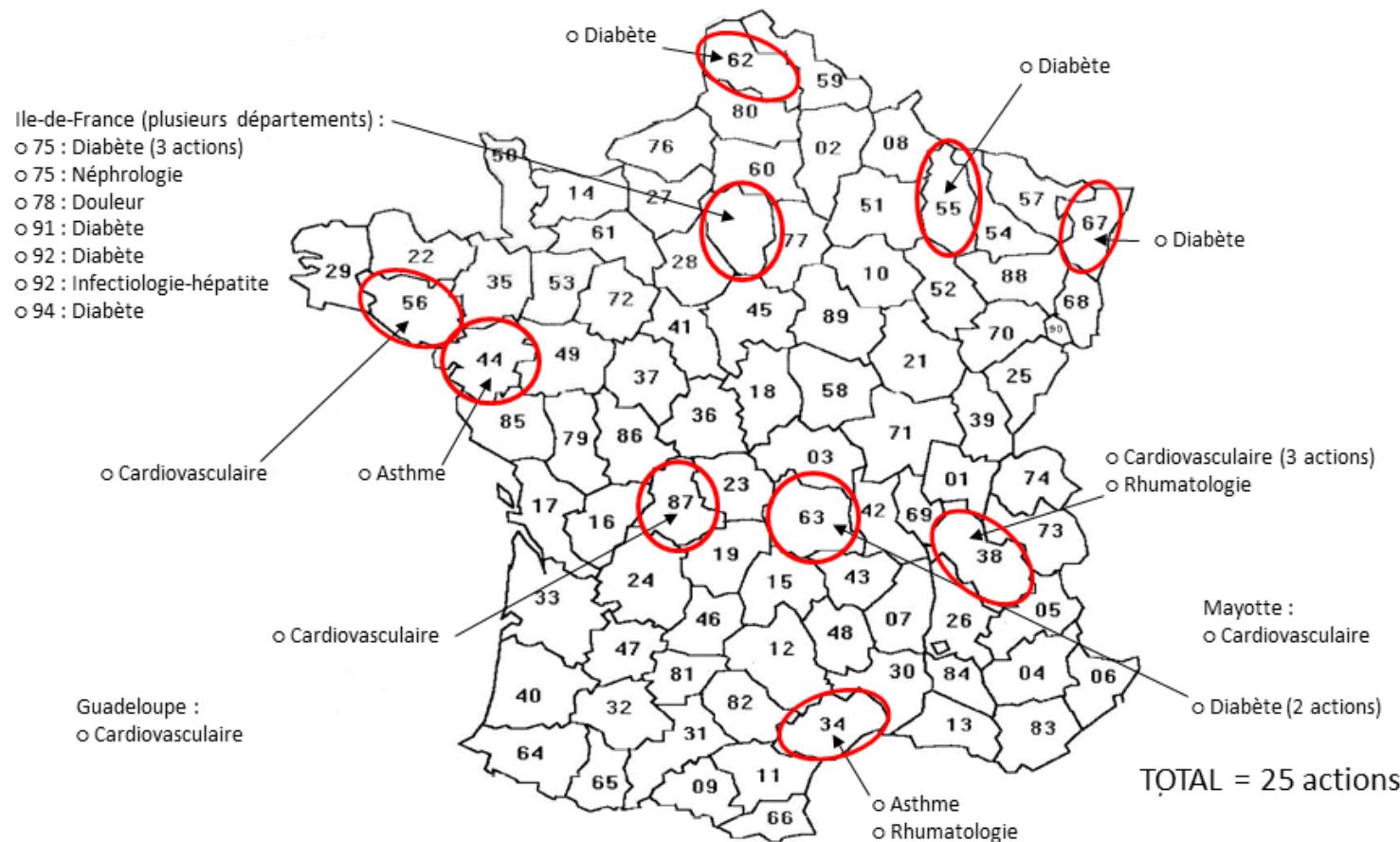


Figure 34 : Cartographie française des ressources d'ETP ambulatoires impliquant le pharmacien d'officine

4.2 Données qualitatives

4.2.1 Catégories

Après condensation et réduction des données qualitatives de l'enquête, 8 catégories majeures de verbatim ont été constituées au regard des thématiques les plus récurrentes lors des entretiens. Certaines ont été divisées en sous-catégories. Le Tableau 9 suivant présente l'ensemble des catégories/sous-catégories.

Tableau 9 : Catégories de verbatim des pharmaciens

Catégories	Sous-catégories
Lieux de réalisation de l'ETP	A l'hôpital (dont partenariats avec la ville)
	A l'officine
	Au domicile du patient
	Autres lieux
Etapes de l'ETP	Recrutement des patients
	Diagnostic éducatif
	Outils originaux (mise en œuvre de l'éducation)
	Evaluation des acquis du patient
	Evaluation de l'impact clinique de l'action
Communication	Communication avec le patient
	Communication interprofessionnelle
Observance et implication du patient	–
Contraintes de l'ETP	Cadre administratif
	Exercice libéral
	Formation
	Rémunération individuelle
	Respect de la confidentialité
Place du pharmacien d'officine dans l'ETP	–
Hors ETP	Entretiens pharmaceutiques
	Actions de dépistage
Les facilitateurs	Place de l'étudiant
	Place des aidants

4.2.2 Verbatim des pharmaciens

Les éléments de verbatim retenus par consensus d'AJD et WB pour chaque catégorie/sous-catégorie sont présentés ci-dessous.

4.2.2.1 Lieux de réalisation de l'ETP

4.2.2.1.1 A l'hôpital (dont partenariats avec la ville)

Un partenariat avec une structure hospitalière a été mentionné dans plusieurs actions, pour des activités proposées variées : « entretiens d'une journée complète », « stages hospitaliers », « diagnostic éducatif par les infirmières »... Les cessions à l'hôpital sont jugées « très efficaces par rapport aux limites de l'apprentissage en officine », « surtout pour la pratique ». Les patients semblent ainsi être orientés vers l'hôpital pour des programmes « plus structurés » qu'en officine ou pour des prestations éducatives que l'exercice en ville offre plus difficilement (ex : « éducation du diabétique de type 1, dont le traitement est plus contraignant que celui du diabétique de type 2 »), voire pas du tout (« nos patients dialysés/greffés sont orientés vers des structures plus spécialisées »).

On note également des projets de partenariats pertinents, tels qu'un « projet sur la maladie de Crohn avec l'hôpital, dans lequel les pharmaciens s'occuperont de l'observance » ou un projet de « coaching de patients sortant de l'hôpital afin de réussir la transition avec la gestion de la maladie en ville ».

4.2.2.1.2 En ville

4.2.2.1.2.1 A l'officine

Plusieurs pharmaciens ont mentionné l'existence de séances éducatives organisées en officine, principalement pour le diagnostic éducatif : cette étape est jugée comme « possible » à l'officine, y compris dans un « espace de confidentialité ». Certains répondants observent même que l'officine est un lieu se prêtant mieux que d'autres à la formulation des besoins du patient, pour qui il est « plus facile de s'exprimer dans le lieu ouvert qu'est la pharmacie », par exemple au niveau d'un « comptoir à l'écart ».

La réalisation à l'officine d'autres étapes du processus éducatif a été envisagée par quelques pharmaciens, mais ceci reste à l'état de projet pour certains (« je songe à organiser des séances collectives dans l'espace vente de l'officine aux heures de fermeture ») ou n'a pas abouti pour d'autres (« je n'ai pas pu mener d'action dans ma pharmacie en rapport direct avec le réseau qui m'a formée, je réalise donc en officine uniquement des entretiens AVK »). Un répondant a même déclaré que l'ETP était « impossible en officine ».

4.2.2.1.2.2 Au domicile du patient

Plusieurs pharmaciens déclarent réaliser des séances éducatives au domicile du

patient. Si de telles séances sont initialement organisées afin de répondre à des besoins particuliers (ex : patients « en manque de mobilité »), elles s'avèrent très riches en enseignements pour les soignants (« on découvre beaucoup les problèmes du patient lorsqu'on va chez lui »). Le bilan tiré de ce type de séance est souvent très positif, malgré quelques difficultés (ex : « lorsqu'on va voir certains patients à domicile, leur pharmacien voit parfois cela d'un mauvais œil : mieux vaut donc le prévenir »).

4.2.2.1.2.3 Autres lieux

Dans le cadre de réseaux de santé, certaines séances éducatives se déroulent « au cabinet du médecin » ou « du kiné ». Plusieurs pharmaciens ont, de leur côté, sollicité leur mairie pour obtenir le droit d'organiser « des séances collectives dans des salles municipales », mais ce type de demande « n'aboutit pas toujours », parfois malgré « plusieurs tentatives ».

Deux témoignages recueillis attestent en outre de la difficulté de transposer l'ETP en ville : un pharmacien avait pour projet de « décentraliser l'ETP en créant un groupe professionnel de ville », mais « la méconnaissance de la pathologie, des patients et la chronophagie de l'activité » ont conduit ce projet à l'échec. Un autre pharmacien a fait part d'une « tentative du réseau de délocaliser une partie de son action en maison de santé », sans succès là encore.

La Figure 35 suivante synthétise le verbatim des répondants concernant les lieux de réalisation de l'ETP.

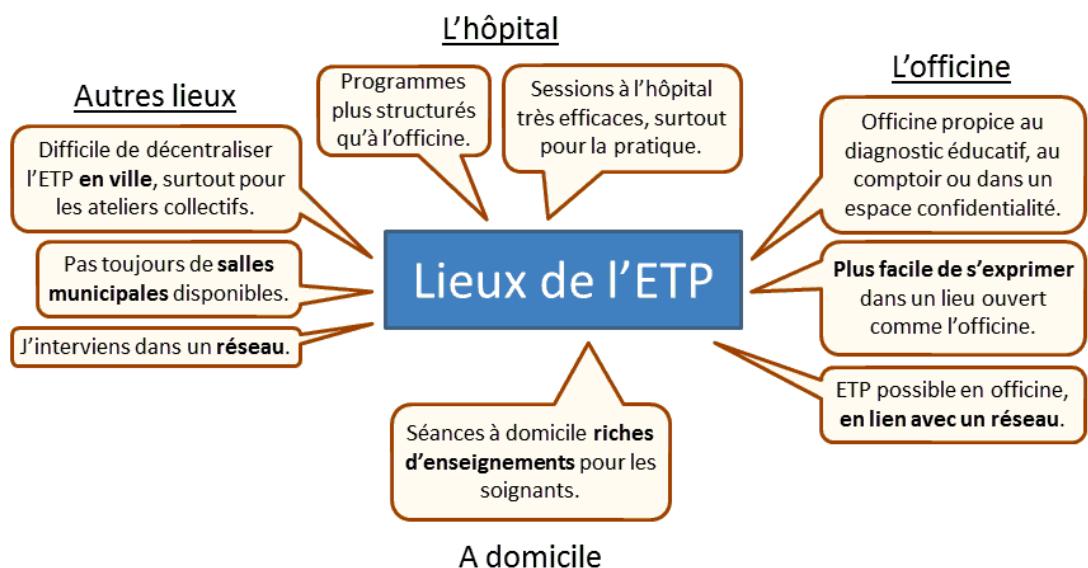


Figure 35 : Modèle théorique du verbatim des pharmaciens – Lieux de réalisation l'ETP

4.2.2.2 Etapes de l'ETP

4.2.2.2.1 Recrutement des patients

L'étape de recrutement des patients est assurée par certains pharmaciens (souvent au comptoir), y compris pour le compte de réseaux (« je propose des dossiers-patients en candidature au réseau »). Les modalités d'intégration des patients sont variables : critères d'inclusion précis (ex : « patients pratiquant une activité physique moins de 20 minutes par jour, 5 jours sur 7 »), consensus patient/soignants (« les patients sont inclus suite à un triple accord : patient, médecin traitant et cardiologue »), détection des besoins lors du dialogue au comptoir (« points d'appel tels qu'une ordonnance ou des résultats biologiques mal compris/mal acceptés », « inquiétude vis-à-vis de la tension ou du cholestérol », « patients qui disent ne pas accepter leur maladie, se sentir perdus... », « lors d'une délivrance de matériel d'orthopédie, je parle à mes patients de mon réseau d'ETP sur les rhumatismes inflammatoires ») ou anamnèse médicamenteuse (« j'utilise les historiques de mon logiciel de dispensation pour cibler des patients »). Certains événements, tels que « les semaines de dépistage du diabète » constituent parfois aussi une occasion pour recruter des patients.

D'autres pharmaciens n'ont jamais participé au recrutement des patients (« les patients sont recrutés par un rhumatologue qui programme un diagnostic éducatif par le réseau », « c'est le médecin coordonnateur qui aborde l'ETP avec les patients et ainsi les recrute ») ; il est même courant que leur patientèle d'officine soit totalement distincte de la patientèle de leur réseau (« les patients du réseau ne sont pas les miens, je ne m'occupe donc pas du recrutement », « j'officie dans un réseau, pour autant je n'y ai jamais envoyé mes propres patients »). Certaines difficultés au recrutement ont été évoquées : « j'ai essayé de recruter des patients à l'officine pour mon réseau, mais ils manquaient de motivation, c'est donc surtout le médecin traitant qui les recrute désormais », « j'ai du mal à recruter des patients, je commence à m'interroger sur ma façon de faire »....

4.2.2.2.2 Diagnostic éducatif

Plusieurs répondants parviennent à réaliser l'étape du diagnostic éducatif, y compris « au comptoir ». Certains pharmaciens disposent de documents spécifiquement conçus pour cette étape (« grilles complètes » permettant « d'explorer les 5 dimensions du patient » ; « j'utilise une trame du réseau pour le diagnostic »). Parmi les actions confiant le diagnostic éducatif à d'autres soignants, plusieurs citent « les réseaux » mais aussi « les assistantes sociales », y compris celles « de proximité, hors réseau ». Certains patients se livrent en effet

« mieux face au personnel non soignant » (ex : « assistante sociale : c'est moins intimidant pour certains patients »). Dans la même idée, une action fait appel à « des étudiants auxquels les patients décrivent leur maladie, ce qui est très enthousiasmant pour eux ». Pour les actions ciblant un domaine précis, le diagnostic est parfois confié à un spécialiste du domaine car les autres soignants craignent « de mal mener un diagnostic spécialisé ». Comme pour le recrutement des patients, certains événements tels que les « semaines de dépistage » permettent de réaliser des diagnostics éducatifs.

Certains pharmaciens considèrent que l'identification des besoins du patient est facilitée lorsque ces derniers sont « connus », par fidélité à la pharmacie ou dans certains milieux (« la ruralité induit une proximité favorable »). Le dialogue est en effet « plus facile quand on connaît les habitudes ». Toutefois, des répondants considèrent que « les patients connus depuis longtemps sont déjà cernés » et comptent sur des « données informelles qui aident à compléter le diagnostic », sans mener ce dernier de bout en bout. Il arrive également que les démarches ne comportent « pas de séance propre allouée au diagnostic éducatif » (ex : « le diagnostic est intégré au recrutement au comptoir ») ou simplement « pas de diagnostic au sens strict, malgré quelques notions-types abordées ».

Le diagnostic éducatif permet également à plusieurs pharmaciens d'identifier les facteurs susceptibles d'influer sur la gestion de sa pathologie par le patient. Parmi ces facteurs, le niveau d'éducation, le milieu socio-économique et l'influence culturelle sont les plus cités. « Peu de contraintes » pour la gestion de la maladie sont en effet observées dans les milieux « assez aisés » tandis que d'autres patients sont handicapés un manque de moyens matériels (« il y a un décalage entre ce que les patients savent devoir faire et les moyens qu'ils ont à cause du coût de la vie dans les DOM-TOM »), même lorsque des solutions existent (« les patients diabétiques ne possédant pas de réfrigérateur ignorent souvent que leurs insulines peuvent être conservées un mois à température ambiante »). Le « niveau d'études influe » lui aussi sur « la curiosité des patients » et « peut entraîner des difficultés » ou « nuire à la compréhension », notamment « en milieu rural ». « La précarité » et « la peur de mal faire » sont parfois aussi des obstacles. Enfin, chez des populations d'origine africaine, « le ramadan » et « l'absence des 3 repas par jour culturellement » expliquent souvent des tendances alimentaires défavorables à prendre en compte.

4.2.2.2.3 Outils originaux (mise en œuvre de l'éducation)

Si certains pharmaciens ont fait référence à des outils pédagogiques classiques de l'ETP (« boîtes de médicaments », « coffrets de matériel médical fournis par des

laboratoires », voire « documents de l'Assurance maladie »), d'autres répondants ont décrit des outils/ateliers plus originaux, parfois « faits maison » et dont certains font même l'objet d'une « demande de labellisation par l'ARS ». En voici quelques exemples : « bandes-dessinées décrivant le processus de l'asthme allergique », « grande carte sur le diabète », « puzzle comportant, au dos des pièces, des questions sur le diabète ou des mises en situation », « bonhomme "Oscar" comportant des organes à replacer », « film avec des mots simples sur le traitement », « valises pédagogiques d'outils adaptés à la séance », « ateliers pour apprendre à se servir d'un défibrillateur », « ateliers "cuisine" pour préparer un repas équilibré », « consultation avec une diététicienne ou un(e) psychologue »...

Quelques pharmaciens ont mentionné les limites de certains outils : par exemple, un répondant considère que « les trames et les questionnaires sont parfois trop formatés ». Une solution à ce problème peut consister à réadapter les outils régulièrement : « nos trames sont constamment rebâties entre chaque séance selon les retours précédents ». Un pharmacien a aussi rapporté « l'échec des jeux utilisés comme outil : l'aspect ludique prenait le pas sur l'aspect pédagogique ».

4.2.2.2.4 Evaluation des acquis du patient

De nombreuses actions réalisent une évaluation des acquis du patient. Certaines évaluent « à la fois les gestes d'auto-soin et les connaissances », d'autres uniquement les connaissances via des « questionnaires », d'autres encore « seulement les manipulations de dispositifs médicaux » c'est-à-dire les gestes d'auto-soin.

Au vu des modalités d'évaluation évoquées par les pharmaciens, divers types d'évaluation semblent être réalisés : évaluations formatives (« appel téléphonique de l'infirmière coordonnatrice après chaque séance », « évaluations pré et post-tests », « auto-évaluation par les patients en fin de séance pour définir les objectifs de la séance suivante »), évaluations sommatives (« questionnaire de fin de programme comparé aux résultats d'un questionnaire de départ ») et bilans de suivi (« réunion des patients pour un bilan d'évaluation à 1 an », « entretiens suivi trimestriels de l'observance et de la diététique », « suivi mensuel des patients »).

Certains obstacles à l'évaluation des acquis ont été signalés : « je n'ai aucun retour des patients », « l'âge des patients et les troubles cognitifs compliquent l'évaluation », « certains patients n'aiment pas qu'on prenne des notes devant eux », « l'évaluation en fin de cycle est difficile », « nous avons du mal à appliquer l'auto-évaluation par questionnaire : nous préférions un tour de table qui maintient mieux l'attention des patients en fin de séance »...

4.2.2.2.5 Evaluation de l'impact clinique de l'action

D'autres aspects que les connaissances/compétences d'auto-soin sont parfois pris en compte lors de l'évaluation : « atteinte des objectifs fixés en amont », « évolution des besoins », « autonomie », « capacité physique », « satisfaction des patients », « qualité de vie/mieux-être ». Certains autres « indicateurs » sont également utilisés : « nombre d'hospitalisations », « pesée/tour de taille », « fréquence de l'exercice physique », « évolution de la glycémie et de l'hémoglobine glyquée », « fluctuations de l'INR », « diminution des doses d'antalgiques », « échelles de la douleur »... Des indicateurs plus informels sont parfois aussi mentionnés : « retours des patients et de leurs infirmières », « assiduité aux séances », « fidélisation et reconnaissance de la patientèle », « pérennisation des efforts » ; certains répondants déclarent n'utiliser « aucun indicateur formalisé ».

Par le biais des réseaux, certaines démarches ont mis en place (ou ont en projet) des évaluations d'impact de leur action. Les pharmaciens ne connaissent toutefois pas toujours les modalités de cette évaluation (« je sais qu'une auto-évaluation est réalisée au moins une fois par an par le réseau, mais je n'en connais pas les détails »). Les répondants font parfois référence à certaines difficultés, par exemple « à donner des résultats comptables/quantifiés pour évaluer l'impact du programme ». Enfin, d'autres démarches ne réalisent jamais ce type d'évaluation (ex : « le réseau est tenu de prouver ce qu'il a fait, mais pas de l'évaluer »).

La Figure 36 suivante synthétise le verbatim des répondants concernant les étapes de l'ETP.

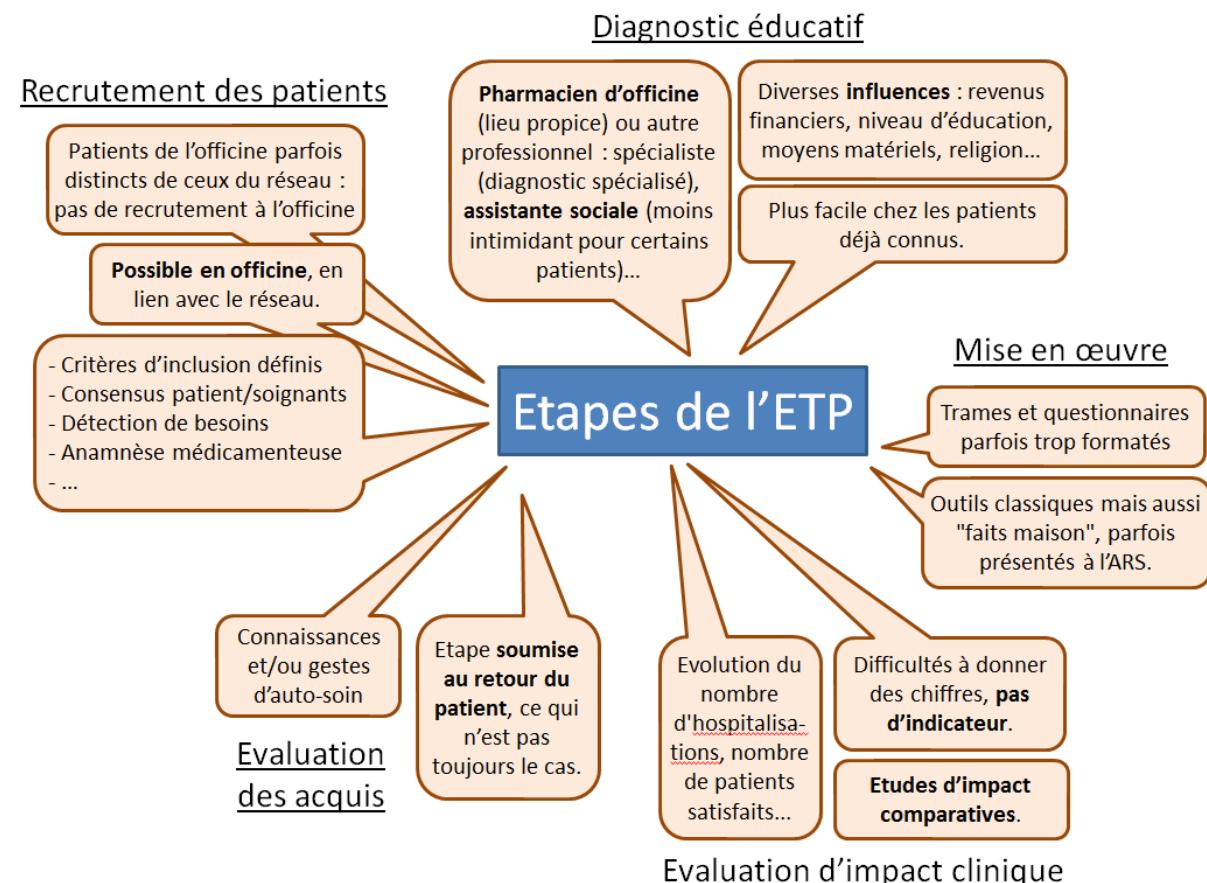


Figure 36 : Modèle théorique du verbatim des pharmaciens – Etapes de l'ETP

4.2.2.3 Communication

4.2.2.3.1 Communication avec le patient

Plusieurs pharmaciens ont conscience de l'importance d'une communication réfléchie avec le patient. Des « techniques de communication » définies sont utilisées par certains lors de l'éducation ; un pharmacien a souligné la valeur « des cours de communication désormais dispensés dans les facultés » et dont il aurait « aimé bénéficier » lors de ses études. D'autres pharmaciens se veulent cependant prudents face à l'étendue des sujets à aborder face aux malades : « il vaut parfois mieux ne pas trop en dire, pour éviter de faire gamberger certains patients hypochondriaques ». La manière de se présenter aux malades est parfois aussi mesurée : « se présenter comme professionnel de santé est parfois intimidant pour les patients », « je ne me présente pas comme pharmacien en début d'atelier, afin de dissuader le patient de ne parler que de médicament pendant la séance ».

La problématique de la « barrière de la langue » (et parfois de « l'analphabétisme ») a été signalée par plusieurs pharmaciens. Si certains répondants ont considéré « qu'il n'y avait pas grand-chose à faire » face à cet obstacle, d'autres sont parvenus à trouver des solutions : appel « aux enfants de la famille », à des « interprètes » voire à « des patients-experts », exploitation des compétences linguistiques de l'équipe (« l'une de mes préparatrices parle turc »), utilisation de supports adaptés (« j'ai traduit mes brochures papier dans des langues étrangères », « j'utilise des outils universels comme des cadrans d'horloge à remplir »). Un pharmacien a d'ailleurs observé que l'ETP constituait dans certains cas « un moteur d'intégration » pour ses patients immigrés.

4.2.2.3.2 Communication interprofessionnelle

La plupart des répondants rapportent une démarche de communication avec d'autres professionnels de santé, parmi lesquels « le médecin traitant » est le plus cité. Certaines circonstances favorables à cette communication ont été constatées par les pharmaciens : notamment lorsque « les autres soignants passent eux-mêmes à l'officine » et la « proximité dans les campagnes » qui « aide à avoir de bonnes relations ». Un pharmacien a même affirmé que « le dossier pharmaceutique » était « disponible dans certains hôpitaux », ce qui s'avère « particulièrement utile ».

D'autres pharmaciens ont fait part d'expériences moins probantes : « j'ai peu de retours des médecins, pourtant informés par compte-rendu », « les médecins traitants sont difficiles à joindre », « la communication est difficile avec les professionnels de ville, contrairement aux spécialistes hospitaliers qui sont plus disponibles », « la désertification médicale complique aussi la communication ». Certains professionnels se montrent même réticents envers l'ETP : « les médecins traitants ne voient pas forcément l'intérêt de l'ETP et la trouvent parfois même inutile », « des médecins se plaignent de ne plus revoir leurs patients une fois ceux-ci passés par l'hôpital pour de l'ETP », « certains nous accusent de faire leur travail à leur place »... Ainsi, l'action d'ETP est « difficile à coordonner lorsque le médecin traitant n'est pas convaincu ». Dans certaines actions enfin, il y a « des progrès à faire », avec parfois « peu » voire « pas du tout » de communication interprofessionnelle. Un répondant a quant à lui confié que la communication était « limitée au personnel de l'officine » par « manque de temps des médecins traitants et des infirmiers ».

La communication au sein des réseaux a également été abordée par les pharmaciens : des moyens tels que le « bilan éducatif partagé », le « plan personnalisé de santé », le « journal du réseau » ou le « dossier médical partagé » sont cités à plusieurs reprises. Malgré

cela, les réseaux ne sont pas exempts « de problématiques de partage ou de circulation de l'information ». Ainsi, d'autres moyens, souvent à l'état de projet, ont été envisagés par certains répondants : plusieurs songent à « créer une messagerie partagée » entre les membres de leur réseau, les « moyens classiques n'étant plus satisfaisants » à leurs yeux. Un autre pharmacien a même « conçu un logiciel de gestion informatique pour le réseau ».

Outre la communication entre intervenants dans un réseau, celui-ci doit assurer la transmission de l'information aux autres soignants du patient. En la matière, les pharmaciens de l'enquête sont rarement sollicités : « les membres du réseau sont rarement les soignants habituels du patient », « on ne connaît pas les patients du réseau, ni leurs médecins traitants », « les patients du réseau étant inconnus, il y a peu de communication en dehors du binôme d'atelier », « il n'y a pas de communication de ma part, je ne connais pas les patients ». Certains répondants mentionnent néanmoins des « fiches d'auto-évaluation » ou des « comptes-rendus transmis au médecin traitant » et/ou aux « spécialistes ». Parfois, ces derniers sont aussi « confiés au patient, qui les transmet lui-même à ses médecins ». Quelques réseaux laissent également « le soin aux patients de communiquer directement avec leurs médecins ».

La Figure 37 suivante synthétise le verbatim des répondants concernant la communication lors de l'ETP.

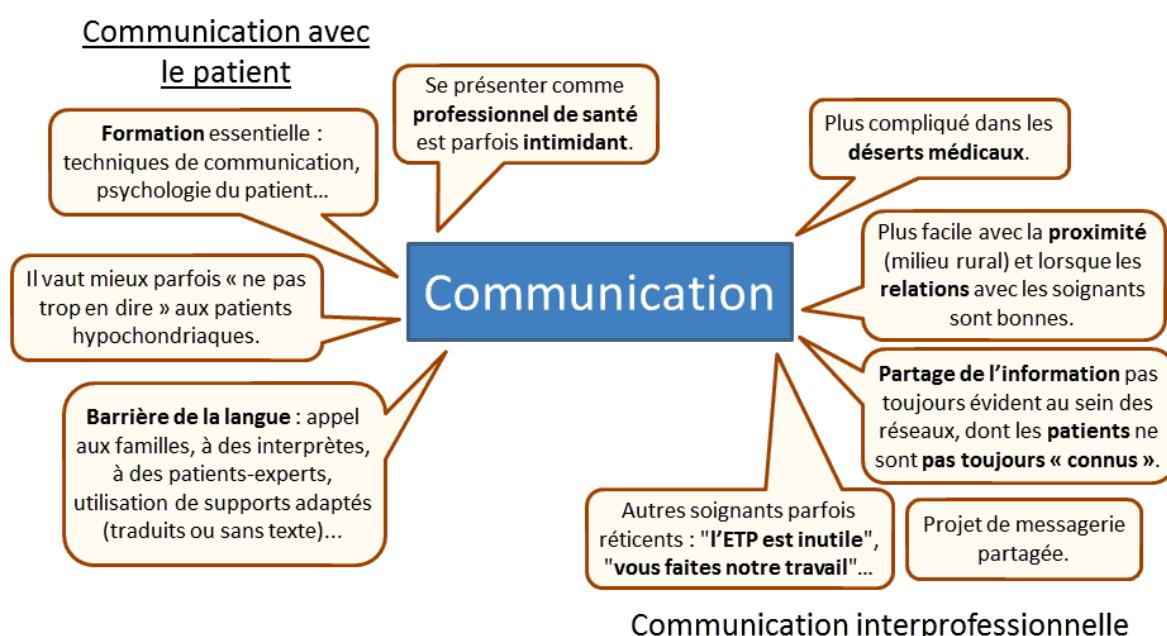


Figure 37 : Modèle théorique du verbatim des pharmaciens – Communication

4.2.2.4 Observance et implication du patient

Les témoignages des pharmaciens semblent indiquer que l'observance du traitement et l'implication du patient lors de l'ETP sont en jeu dès l'étape du diagnostic éducatif. Les répondants soulignent en effet l'importance de « laisser parler » le patient pour « faire émerger les problèmes d'observance » (notamment « lors du diagnostic éducatif »). Les « contraintes » doivent avant tout être prises en compte : « les problèmes de rythme de vie et d'apprentissage imposés au patient sont un facteur d'abandon ». Il peut ainsi être opportun de former des groupes « hétéroclites en termes de besoins » mais tenant compte, en contrepartie, « des contraintes d'emploi du temps » des participants. Plusieurs pharmaciens ont par ailleurs eu affaire à des populations adolescentes, nécessitant « une vigilance accrue » car le refus du traitement est « plus fréquent » dans cette population. Un répondant a par exemple fait référence à une jeune fille « devenue observante uniquement une fois qu'on avait pris en compte ses contraintes personnelles ». Un autre répondant songe également à explorer la problématique suivante : « les adolescents sont-ils plus adhérents si ce ne sont pas les parents qui imposent mais les soignants qui accompagnent ? ».

L'inobservance ne touche cependant pas que la population adolescente : selon plusieurs répondants, à tout âge, certains patients « savent beaucoup mais en font peu », « refusent leur traitement car ils ne ressentent aucun symptôme » ou ne sont pas observants en toute circonstance (ex : « pendant les vacances » où le traitement est parfois pris de manière irrégulière ou même arrêté totalement). L'assiduité à l'ETP pose également problème chez certaines malades qui « ne sont pas toujours revus [...] selon leurs besoins ». Plusieurs pharmaciens revoient d'ailleurs « peu » voire « jamais » leurs patients après une première séance d'éducation, et ce parfois « malgré la satisfaction constatée » lors de la première entrevue.

Face à cette problématique de l'observance du traitement, certains pharmaciens ont fait part de diverses initiatives, telles que la constitution d'un « dossier d'observance associé au bilan médicamenteux et biologique » du patient, ou « un programme dédié à l'observance » pour le compte d'un réseau, « conçu par des pharmaciens ». Le chantier de l'observance constitue d'ailleurs, aux yeux de plusieurs répondants, « une place à prendre » pour le pharmacien dans l'ETP.

La Figure 38 suivante synthétise le verbatim des répondants concernant l'observance et l'implication du patient dans l'ETP.

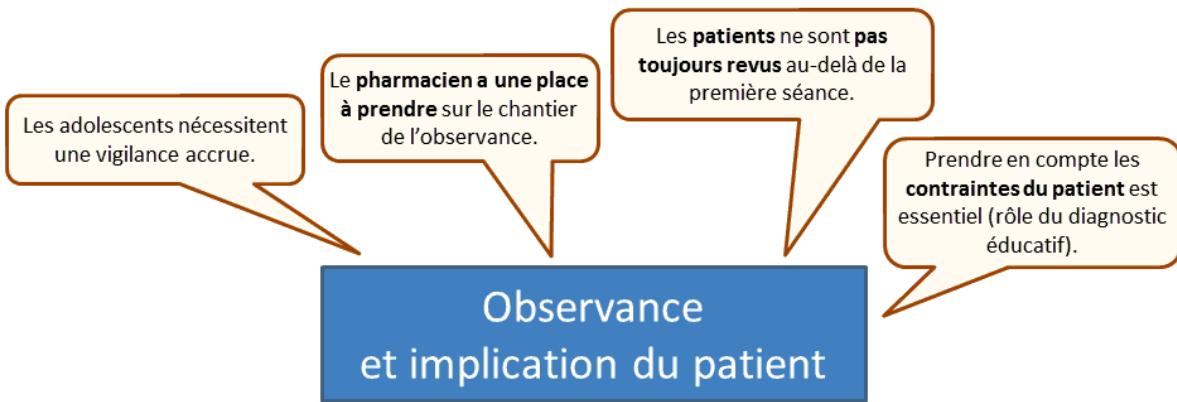


Figure 38 : Modèle théorique du verbatim des pharmaciens – Observance et implication du patient

4.2.2.5 Contraintes de l'ETP

4.2.2.5.1 Cadre administratif

Bien que la validation des programmes d'ETP par les ARS soit encouragée, un certain nombre de répondants semblent renoncer à la procédure face aux contraintes administratives. Les demandes de labellisation ARS sont ainsi jugées « trop complexes » et comme ayant « peu d'intérêt », notamment en raison du « poids de la paperasserie ». Des pharmaciens préfèrent par ailleurs « imaginer l'ETP sortie des projets cadrés par l'ARS », ne voulant « pas être dérangés » par celle-ci. Un pharmacien reproche enfin aux « structures » de « stériliser les process » et de n'avoir « qu'une vue globale et pas de terrain ».

4.2.2.5.2 Exercice libéral

Les difficultés à conduire l'ETP en officine liées à l'exercice libéral ont été évoquées à plusieurs reprises par les pharmaciens. Ce sont principalement le temps et l'argent qui semblent faire défaut aux répondants : la « chronophagie », le « manque de temps » (notamment pour la « préparation des séances » qui n'est « pas rémunérée ») et de « moyens financiers » (conduisant souvent au « bénévolat ») ont été maintes fois cités. Les effectifs des pharmacies s'avèrent en outre souvent insuffisants pour pratiquer l'ETP en officine (« je manque de personnel », « j'ai beaucoup de personnel, je peux donc mener une action éducative officinale mais j'ai conscience que ce n'est pas possible partout »). La « pluridisciplinarité » du processus est par ailleurs limitée en officine, tout comme « l'espace requis » pour accueillir « suffisamment de patients ».

Face à ces contraintes, les pharmaciens sont forcés de s'adapter (ex : « je réalise des

séances courtes pour aller directement dans le vif du sujet ») et l'aide des réseaux se montre souvent indispensable (« rien ne serait possible sans mon réseau ») notamment pour la validation/le financement des actions (« l'ARS insiste sur le regroupement en réseaux »). En revanche, d'autres pharmaciens ont dû renoncer à leur action officinale (« l'ETP est impossible en officine »).

4.2.2.5.3 Formation

De nombreux pharmaciens ont bénéficié d'une formation à l'ETP avant d'entamer leur action éducative. Plusieurs d'entre eux ont été formés par leur réseau (« j'ai été formé au réseau », « je représente le pharmacien au réseau après y avoir été formée »...). Les formations des réseaux présentent en effet l'avantage d'être « pluridisciplinaires » (l'un des prérequis de l'ETP) par opposition à des formations plus « classiques ». Cette problématique a été plusieurs fois mentionnée par les pharmaciens : « aucune formation interprofessionnelle n'est proposée en développement professionnel continu, or c'est un non-sens », « la loi HPST préconise la pluridisciplinarité mais en dehors des réseaux, aucune formation pluriprofessionnelle n'est proposée ». Par ailleurs, « être formés ensemble aide à travailler ensemble ensuite ».

Les pharmaciens se montrent également conscients de l'importance d'acquérir certaines connaissances (« le manque de connaissance des pathologies est un problème, il y a parfois un déficit de formation sur ce plan », « j'aimerais me former davantage en pharmacie clinique, c'est pour moi un prérequis à l'ETP ») et compétences pédagogiques (« je n'ai pas de formation à la méthodologie de l'évaluation des séances, cela me pose problème », « les cours de communication dispensés aujourd'hui en faculté m'auraient été très utiles », « j'ai fait un stage hospitalier de 3 jours qui m'a été très utile »). Ce type de formation peut d'ailleurs également s'avérer profitable en dehors de cadre de l'ETP (« je n'ai jamais pu mener d'action dans mon officine en lien avec le réseau qui m'a formée, mais je me sers tout de même de mes compétences acquises pour aider mes patients en difficulté »).

4.2.2.5.4 Rémunération individuelle

Comme évoqué précédemment, la rémunération du pharmacien en tant qu'éducateur est une problématique : beaucoup d'actions sont encore « bénévoles », parfois « dans l'espérance de les valoriser », mais certains répondants se disent « à bout de souffle » (« je ne continuerai pas si je n'ai pas de financement ») et affirment qu'il « est grand temps de rémunérer cette activité ». Face au manque d'investissements publics, des pharmaciens se sont même tournés

vers « des financements privés ».

Si certains pharmaciens semblent s'être découragés, d'autres continuent leur activité malgré l'absence de soutien financier : « je le fais par conviction », « cela fait partie de mon travail », « je n'attends pas de rémunération ». D'autres pharmaciens avouent aussi avoir « des préoccupations différentes » (ex : « ce n'est pas vraiment le sujet du moment, avec la remise en question du monopole, du prix du médicament... »), tandis que certains ne savent tout simplement « pas comment obtenir d'indemnisation » pour leur action (ceci d'autant plus que « le dernier appel à projet pour les financements ARS date en 2013 et que depuis, on ne peut manifestement plus rien déposer »).

Un moyen d'obtenir une rémunération personnelle pour son action d'ETP peut être d'intégrer un réseau de santé. Cependant, une fois financés par l'ARS, ces derniers n'indemnissent pas systématiquement leurs intervenants : « mon réseau est financé, mais le pharmacien y est bénévole », « l'idée de redistribuer une partie des subventions aux membres du réseau les plus assidus a été évoquée, mais pas encore mise en œuvre pour le moment », « la rémunération par le réseau est redistribuée aux titulaires, or les adjoints n'étant pas propriétaires, ils n'ont pas de pharmacie "point de chute" pour leur rémunération ».

4.2.2.5.5 Respect de la confidentialité

Si certains pharmaciens disposent d'un espace de confidentialité pour mener leurs séances éducatives, ce n'est pas le cas pour d'autres répondants, parfois par contrainte (« je manque d'espace en dehors des comptoirs », « je n'ai pas encore d'espace dédié ») mais aussi par choix (« j'ai constaté un échec relatif des rendez-vous en espace confidentialité : beaucoup de patients préfèrent un comptoir à l'écart »).

La Figure 39 suivante synthétise le verbatim des répondants concernant les contraintes de l'ETP.



Figure 39 : Modèle théorique du verbatim des pharmaciens – Contraintes de l'ETP

4.2.2.6 Place du pharmacien d'officine dans l'ETP

La majorité des répondants ayant réussi à trouver leur place dans une action d'ETP efficient en lien avec un réseau (« il faut sortir de sa pharmacie »). Ces derniers confient différentes étapes du processus au pharmacien d'officine : « diagnostic éducatif », « interventions en ateliers collectifs », « suivis trimestriels en tant que pharmacien correspondant »... Certains programmes exploitent aussi le rôle de soignant de premier recours du pharmacien (« j'appelle le médecin traitant/spécialiste et reçois l'aide lorsqu'un patient de la pharmacie est en décompensation cardiaque »). Il arrive d'ailleurs que grâce à l'ETP, le pharmacien devienne « une personne-ressource » pour le patient, à laquelle celui-ci « s'adresse spontanément » en cas de problème de santé.

Plusieurs répondants ont su s'imposer auprès des autres professionnels de leur réseau (« en une quinzaine d'année de présence au réseau, j'ai constaté un changement d'opinion des médecins sur la place du pharmacien dans l'ETP ») en bouleversant parfois leurs propres

pratiques (« les pharmaciens doivent se bouger et non se poser en victimes : regroupement, remise en question, sortie de la pharmacie »). A l'inverse, d'autres pharmaciens se sont heurtés à un rejet d'autres professionnels (« le pharmacien est mal accepté dans les équipes médecins/infirmières, c'est décourageant »).

Certains répondants ont en outre conscience que leur action, bien qu'utile, n'équivaut pas à une réelle démarche d'ETP (« ce que je fais s'apparente plutôt à des entretiens pharmaceutiques »). Un répondant a de même observé « beaucoup de pseudo-ETP, beaucoup de "vent" » après avoir mené l'enquête sur le sujet chez ses confrères officinaux proches géographiquement.

La Figure 40 suivante synthétise le verbatim des répondants concernant la place du pharmacien dans de l'ETP.

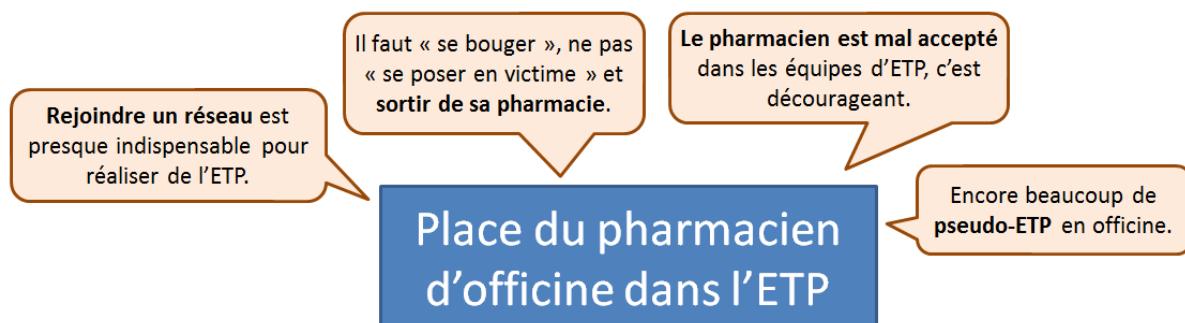


Figure 40 : Modèle théorique du verbatim des pharmaciens – Place du pharmacien d'officine dans l'ETP

4.2.2.7 Hors ETP

4.2.2.7.1 Entretiens pharmaceutiques

Plusieurs pharmaciens estiment réaliser « plutôt des entretiens pharmaceutiques que de l'ETP », avouant que leurs séances ne sont « pas à proprement parler des séances éducatives », parfois réalisées « seulement avec une trame de l'Assurance maladie ». Si certains pharmaciens ne distinguent pas clairement entretiens pharmaceutiques et ETP (« je ne suis pas sûr que mes entretiens soient vraiment de l'ETP »), d'autres répondants assument leur choix en mettant à profit leur expérience de l'ETP dans le cadre des entretiens : « j'ai peu d'action au sein du réseau : j'utilise plutôt ce que j'y ai appris pour mener mes entretiens AVK », « je réalise des entretiens pharmaceutiques "à visée ETP" », « l'ETP me sert de ligne de conduite pour mes entretiens », « l'ETP m'a aidée à mener mes entretiens »... Certains pharmaciens considèrent même que les entretiens pharmaceutiques peuvent constituer « une

porte d'entrée vers les réseaux, diminuant ainsi l'isolement des pharmaciens par rapport aux autres professions de santé ».

Quelques difficultés ont été rencontrées par les répondants lors de leurs entretiens. Si le « manque de temps, de personnel et de moyens financiers » est comme souvent cité, plusieurs pharmaciens ont aussi constaté un intérêt mitigé de la part des patients, notamment au-delà du premier entretien : « il est très difficile de faire revenir les patients en entretien AVK », « je n'ai encore revu aucun patient en entretien AVK ». Les entretiens pharmaceutiques ont même suscité « l'incompréhension » de certains patients, notamment face à « l'intérêt soudain du pharmacien pour leur traitement ».

4.2.2.7.2 Actions de dépistage

L'action de certains pharmaciens consistait en un « dépistage » de certaines maladies chroniques, dans le but « d'orienter le patient vers son médecin en cas de résultats anormaux ». Ce type d'action est notamment organisé « à l'occasion de la semaine du dépistage du diabète » ou par certaines « mutuelles », mais parfois aussi « à la demande des patients ». En plus de détecter de nouveaux malades pour une prise en charge « rapide et efficace », ces actions permettent aux pharmaciens qui les conduisent de réaliser des « démonstrations » de certains gestes (ex : « auto-surveillance glycémique ») et de « sensibiliser leurs patients » à certaines problématiques (ex : « le surpoids »). On note que les pharmaciens réalisant ce type d'action ont généralement « conscience qu'il ne s'agit pas de véritable ETP ».

La Figure 41 suivante synthétise le verbatim des répondants concernant les actions hors ETP.

Entretiens pharmaceutiques

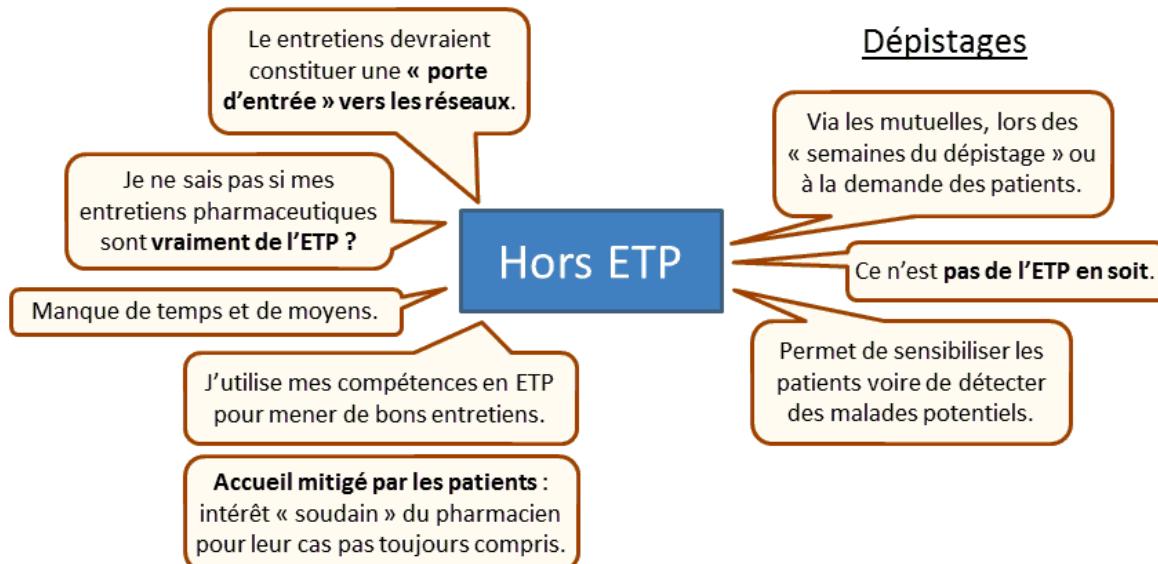


Figure 41 : Modèle théorique du verbatim des pharmaciens – Actions hors ETP

4.2.2.8 Les facilitateurs

4.2.2.8.1 Place de l'étudiant

Plusieurs actions font appel à l'aide « d'étudiants ». Ces derniers sont par exemple sollicités « lors du diagnostic éducatif : le patient décrit sa maladie à l'étudiant, ce qui est très enthousiasmant pour lui » et permet de « tout détecter ». Des « internes » sont parfois aussi chargés « de faire le lien entre les différents professionnels » au sein des réseaux hospitaliers. Un répondant a également élaboré un programme centré sur l'asthme « en étroite collaboration avec le stagiaire de 6^{ème} année ». De manière générale, les étudiants sont considérés comme « des leviers pour développer l'ETP » (« plusieurs » en faisant même « leur sujet de thèse »).

4.2.2.8.2 Place des aidants

Certains pharmaciens ont mis en avant l'importance du travail des aidants, parfois « encore trop négligée » alors que la collaboration avec ces personnes s'avèrent parfois « indispensable » (ex : « patients sous tutelle »). Il arrive même que les aidants soient « les seules personnes vues à l'officine » (ex : lorsque le patient ne peut pas se déplacer), ce qui

soulève une problématique de « dépendance » observée par certains pharmaciens, mais aussi la question de « la transmission de l'information » au patient, parfois incertaine.

La Figure 42 suivante synthétise le verbatim des répondants concernant les facilitateurs de l'ETP.

Place de l'étudiant

Diagnostic éducatif : les patients décrivent avec plaisir leur maladie aux étudiants.

Communication interprofessionnelle : internes chargés de faire le lien entre les soignants.

Les étudiants sont des **leviers pour l'ETP**, certains en font leur sujet de thèse.

Les facilitateurs

Place des aidants

Encore trop négligés, alors qu'ils sont parfois indispensables.

Parfois, seuls les aidants des patients sont vus à l'officine : problématiques de la dépendance et de la transmission de l'information au patient.

Figure 42 : Modèle théorique du verbatim des pharmaciens – Facilitants de l'ETP

5 Discussion

5.1 Synthèse et interprétation des résultats

5.1.1 Modalités des séances éducatives

5.1.1.1 Domaines ETP

Les domaines d'actions les plus cités sont le diabète (50 %) et le cardiovasculaire (48 %). Les domaines les plus rares renvoient à des pathologies de plus faible prévalence et/ou à des terrains sur lesquels le pharmacien est parfois moins à l'aise, tels que la douleur (expression soumise à la subjectivité du patient), la gériatrie (troubles cognitifs de la population âgée) ou les spécialités d'organes (nécessitant des connaissances approfondies).

5.1.1.2 Lieux de mise en œuvre

5.1.1.2.1 L'officine

Près de la moitié des actions (21, soit 48 %) se déroulent exclusivement dans l'enceinte de l'officine. Toutefois, seules 4 d'entre elles (19 %) s'inscrivent dans une

démarche d'ETP, ce qui témoigne de la difficulté pour le pharmacien d'officine de réaliser de l'ETP proprement dite sans sortir de sa pharmacie. A l'inverse, parmi les 23 actions se déroulant (parfois exclusivement) dans un autre lieu, 21 sont des actions d'ETP. L'autre lieu le plus cité est le réseau de santé (83 %).

Le verbatim des pharmaciens indique pourtant que l'officine est un lieu adapté à la réalisation certaines étapes de l'ETP. En premier lieu, le recrutement des patients, déjà assuré par plusieurs répondants (ex : « lors d'une délivrance de matériel d'orthopédie, je parle à mes patients de mon réseau d'ETP sur les rhumatismes », « je soumets des dossiers-patients "en candidature" au réseau »). Le paradoxe des pharmaciens faisant partie d'un réseau mais n'y envoyant jamais leurs propres patients gagnerait toutefois à être résolu (« je ne connais pas les patients du réseau »). L'officine semble également adéquate pour accueillir le diagnostic éducatif, déjà confié au pharmacien par certains réseaux (ex : « j'utilise une trame du réseau pour le diagnostic », « il est plus facile pour les patients de s'exprimer dans le lieu ouvert qu'est la pharmacie »). On pourrait imaginer à l'avenir une généralisation de tels partenariats, au travers desquels l'ETP officinale pourrait construire son développement. Rappelons que le pharmacien tient une place privilégiée au contact du public (visite sans rendez-vous, renouvellements mensuels de traitements chroniques...), qui pourrait être exploitée pour l'ETP (168).

L'officine n'est en revanche pas un lieu adapté aux ateliers collectifs : les pharmaciens en animant le font dans des locaux d'hôpitaux et/ou de réseaux. Il semble même rare d'observer ce type de séance en ville, les tentatives de délocalisation depuis l'hôpital ayant jusqu'ici tendance à échouer. Réussir un tel pari pourrait ainsi constituer l'un des enjeux prochains de l'ETP de ville.

Malgré la difficulté de réaliser de l'ETP en officine, un pharmacien est parvenu à mettre en place son propre programme d'ETP avec l'aide du stagiaire de 6^{ème} année et de la municipalité (prêt d'une salle pour les ateliers), pour une population d'adolescents asthmatiques. La démarche comprend un diagnostic éducatif, des séances d'apprentissage avec divers outils (médicaments, dispositif médicaux, métaplans, schémas/bandes-dessinées) et un bilan du maintien des acquis à 6 mois. A noter que d'autres études ont montré la faisabilité et l'efficacité de programmes éducatifs exclusivement officinaux sous certaines conditions (aménagement de plages horaires dédiées, adaptation aux contraintes du patient, formation préalable des pharmaciens...) (168, 169).

5.1.1.2.2 Le domicile du patient

Une autre piste possible serait de valoriser des séances à domicile de manière plus systématique (d'autant que les pharmaciens en réalisant apprécient beaucoup ce type de séance, très « riche d'enseignements » pour les intervenants).

5.1.1.3 Implication d'aidants

L'implication de l'entourage du patient dans le processus éducatif apparaît comme importante : les intervenants ont déjà rencontré au moins un aidant lors de l'éducation dans près de 9 actions sur 10 (39 actions au total). La présence d'aidants est même régulière dans 30 actions (68 %) et seules 4 actions (9 %) rapportent une absence totale d'aidants. Malgré ces résultats encourageants, plusieurs pharmaciens estiment que « les aidants sont encore trop négligés » dans l'ETP.

5.1.1.4 Durée des séances

La durée des séances organisées présage souvent de la nature de l'action menée : la grande majorité des actions réalisant des séances d'au moins 30 minutes (21 actions sur 28, soit 75 %) s'avèrent être des démarches d'ETP (on rappelle que la durée recommandée d'une séance d'ETP est d'environ 45 minutes en individuel et 1h30 à 2h en atelier collectif). A l'inverse, parmi les actions dont les séances n'atteignent pas 30 minutes en moyenne (12 actions), 2 seulement sont des actions d'ETP (17 %). Ceci confirme la nécessité d'accorder suffisamment de temps aux séances éducatives pour pratiquer de l'ETP.

5.1.1.5 Nombre de séances par patient

On constate qu'au maximum, quatre à cinq séances éducatives sont réalisées par patient. Peu d'actions atteignent toutefois quatre séances et plus (4 au total, soit 10 %). Ceci atteste de la difficulté de répéter les séances, la disponibilité des patients comme des intervenants étant un frein. Néanmoins, la répétition des séances semble aller dans le sens d'une démarche d'ETP : les actions conduisant au moins 3 séances éducatives sont en grande majorité (87,5 %) des actions d'ETP.

5.1.1.6 Appartenance du pharmacien à un réseau

L'appartenance du pharmacien à un réseau de santé a été signalée pour 24 actions (55 %), qui sont toutes des actions d'ETP. Au contraire, la quasi-totalité (19 sur 20) des actions

non rattachées à un réseau ne réalisent pas une démarche d'ETP. On constate ainsi la nécessité presque absolue pour le pharmacien d'officine de se rapprocher d'un réseau de santé afin de s'inscrire dans une démarche d'ETP, comme déjà montré par d'autres études (170, 171). Le verbatim des pharmaciens confirme ce constat : « rien ne serait possible sans le réseau », « l'ARS insiste sur le regroupement en réseaux »...

On constate toutefois que les pharmaciens franchissant le pas d'intégrer un réseau n'y sont pas toujours accueillis favorablement par les autres professionnels de santé (ex : « le pharmacien est mal accepté dans les équipes médecins/infirmières, c'est décourageant »), ce qui contribue sans doute à la plus faible présence du pharmacien dans les activités d'ETP extra-officinales. Néanmoins, des pharmaciens ont aussi observé « un changement d'opinion des médecins sur la place du pharmacien dans l'ETP » au cours des dernières années.

5.1.2 Etapes de l'ETP

5.1.2.1 Diagnostic éducatif

Les officinaux déclarent réaliser l'identification des besoins du patient dans près de trois quarts des actions (32 répondants, soit 73 %). Or, d'après nos critères, le diagnostic est conforme dans la moitié de ces actions (16) et seules 4 sont extra-officinales. Ceci confirme la faisabilité du diagnostic éducatif en officine : celle-ci peut ainsi constituer une porte d'entrée vers l'ETP. Par ailleurs, le verbatim des pharmaciens révèle une bonne appréciation des enjeux de cette étape : en particulier, « laisser le patient exprimer librement » ses besoins/contraintes dans le but de leur adapter le contenu de l'apprentissage. Quelques répondants négligent encore cependant trop cette étape, considérant notamment que leur « connaissance des patients habitués de l'officine est suffisante ». Comme d'autres études l'ont déjà pointé, démocratiser l'exploration du contexte de vie du patient en lien avec sa maladie constitue un véritable enjeu pour les pharmaciens (172, 173).

L'exploration biomédicale du diagnostic est plus souvent réalisée que l'exploration socio-professionnelle (34 actions contre 27). On peut expliquer cette différence par le fait que le diagnostic soit réalisé par des professionnels de santé : l'exploration est ainsi plus orientée vers le biomédical, domaine dans lequel ils sont plus à l'aise. Par ailleurs, certains patients « se livrent mieux face au personnel non soignant » lors de l'exploration socio-professionnelle. Une solution pourrait consister à confier le diagnostic éducatif à une assistante sociale, dont le profil s'avère « moins intimidant pour certains malades ».

5.1.2.2 Mise en œuvre des séances

Trois quarts des actions (33) utilisent des outils pédagogiques d'ETP lors des séances éducatives. Ces outils sont parfois créés par l'équipe éducative (« nous disposons d'outils "faits maison" »).

Près de la moitié des démarches (21) organisent des ateliers collectifs à thème. L'organisation de séances collectives apparaît comme un élément caractéristique de l'action d'ETP : 90 % des actions (19 sur 21) proposant ce type de séance sont des actions d'ETP.

L'utilisation d'une trame pour guider les séances ne concerne qu'un tiers des actions (36 %), en cohérence avec les inconvénients souvent évoqués de ce type de support (ex : « les trames et les questionnaires sont trop formatés »).

Au final, la totalité des 25 actions réalisant de l'ETP au sens strict organisent des séances éducatives conformes aux critères de l'enquête, ces dernières ressortant logiquement comme l'étape centrale du processus.

5.1.2.3 Evaluation des acquis du patient

L'évaluation des acquis patients est une bonne surprise : malgré les difficultés possibles de cette étape (« je n'ai aucun retour des patients », « les troubles cognitifs compliquent l'évaluation », « certains patients n'aiment pas qu'on prenne des notes devant eux »...) plus de la moitié des actions (57 %) réalisent une évaluation. On peut même envisager une sous-estimation de ce chiffre, considérant que certains pharmaciens ne participant pas à cette étape n'étaient pas en mesure de nous décrire fidèlement le processus d'évaluation mis en place dans leur action, alors que ceci n'augurait pas une évaluation non conforme dans la réalité. Dans le sens de cette hypothèse, on remarque d'ailleurs que 6 des 23 actions labellisées par l'ARS (26 %) n'avaient pas une évaluation conforme au regard de nos critères.

Si l'évaluation diagnostique est assurée dans 59 % des actions, elle n'est pas une évaluation des acquis. En revanche, 48 % des démarches comprennent une évaluation formative, 30 % une évaluation sommative et 18 % les trois types d'évaluation. Cette décroissance reflète la difficulté d'organiser l'évaluation sommative, soumise à une disponibilité supplémentaire du patient et du professionnel (en fin de programme) et qui consiste en un bilan complet de l'apprentissage, forcément plus exigeant qu'une évaluation formative (en fin de séance).

Concernant les outils d'évaluation utilisés, le questionnaire arrive en tête (41 %, 18

actions) mais il n'est comparatif que dans 7 cas sur 18. On peut regretter cette absence de comparaison avant/après ETP qui ne rend pas compte des progrès du patient. On peut toutefois aussi interpréter ce résultat comme un signe de la difficulté à répéter les séances et/ou revoir les patients (cas de l'évaluation sommative).

5.1.2.4 Evaluation d'impact clinique

Comme déjà observé par une autre étude (173), l'étape de l'ETP qui semble la plus difficile à réaliser est l'évaluation de l'impact clinique de l'action. Plus d'un tiers des actions (15, soit 34 %) confient n'utiliser « aucun indicateur d'impact » et parmi les autres actions, rares sont celles qui font appel à des indicateurs adaptés. Le dialogue avec le patient (5 actions, 11 %), par exemple, est informel et d'interprétation subjective, de même que l'évolution des besoins et des savoirs du patient (2 actions, 5 %). L'évolution du traitement, citée dans 3 actions (7 %), pourrait s'avérer pertinente, à condition de mettre en place une étude comparative avant/après, ce qu'aucun des répondants n'a mentionné. La satisfaction des patients est prise en compte dans 8 actions (18 %) mais bien qu'intéressant et à prendre en compte, cet indicateur à lui seul ne suffit pas à démontrer un impact clinique, or seules 2 actions le combinent à un autre indicateur. L'observance du traitement est quant à elle difficilement mesurable et doit aussi être combinée à d'autres explorations pour être pertinente, ce qui n'est pas le cas pour les 2 actions concernées. On peut enfin regretter la faible prise en compte d'évolution de qualité de vie du patient (2 actions, 5 %), alors que celle-ci constitue l'un des enjeux de l'ETP.

Six actions réalisent une évaluation d'impact clinique conforme. Des « études d'impact » ont été mises en place par certains réseaux (3 actions), mais les répondants ne disposaient pas d'informations étayées au sujet de ces études. L'évolution des analyses biologiques (ex : hémoglobine glyquée du diabétique), de mesures paracliniques comme le tour de taille ou des résultats sur les échelles de la douleur sont des méthodes simples d'utilisation, traçables, reproductibles et quantifiables ayant été cités par quelques pharmaciens. Néanmoins, de nombreux répondants ont pointé « la difficulté à donner des résultats comptables » en termes d'impact clinique des actions.

5.1.3 Communication interprofessionnelle

Une majorité de démarches de communication interprofessionnelle (32 actions, 72 %) intègre un à deux autres professionnels hors réseaux, en particulier le médecin traitant et l'infirmière (72 % et 27 % des cas respectivement). Le réflexe de la proximité semble très

présent et peut effectivement constituer une première étape vers l'établissement d'une communication multiprofessionnelle. Plus aisée en milieu rural (« la proximité dans les campagnes aide à avoir de bonnes relations »), on pourrait même imaginer cette communication entre acteurs de proximité comme une alternative aux problématiques de désertification médicale qui touchent les campagnes. La réussite de ce type d'effort est toutefois soumise à la disponibilité, voire à l'accueil des professionnels de ville, dont certains se montrent encore très réticents envers l'ETP (« l'ETP est inutile », « vous faites notre travail »....).

Au-delà de ce cap des intervenants de proximité, relativement peu d'actions (hors réseaux) contactent d'autres professionnels (11 actions, soit 25 %) : 7 actions sont en relation avec des médecins spécialistes, 1 action avec un kinésithérapeute, 2 actions avec des laboratoires d'analyses et 1 action, enfin, communique avec un autre pharmacien. Notons également qu'aucune action ne semble intégrer d'assistante sociale dans la communication. Les véritables formes de communication multiprofessionnelle semblent pour l'heure se construire au sein des réseaux (10 actions, 23 %), qui favorisent ce type de contact dès la formation de ses intervenants (« les réseaux proposent des formations interprofessionnelles contrairement au développement professionnel continu », « être formés ensemble aide à travailler ensemble ensuite »).

Les moyens de communication utilisés demeurent classiques et peu propices au partage élargi de l'information (ex : courrier et téléphone, qui étaient les moyens les plus cités). En parallèle, seules 5 actions (11 %) organisent des réunions pluridisciplinaires et un support écrit partagé entre les intervenants n'est évoqué que dans 5 autres actions (2 citent un journal de réseau, 1 un bilan éducatif partagé, 1 un dossier-patient et 1 une messagerie partagée). Néanmoins, l'évocation de « projets de messageries partagées » par plusieurs répondants semble augurer d'une progression à venir en termes de partage de l'information.

Au final, bien qu'une communication interprofessionnelle existe pour 75 % des actions selon nos résultats, cette dernière n'intègre encore souvent que 2 à 3 professionnels au total et de nombreux progrès demeurent à réaliser dans ce pan de l'ETP encore en chantier (173).

5.1.4 Validation ARS des actions

En 2014, une majorité d'actions officinales (23, soit 52 %) étaient validées par une ARS. Cependant, on constate que l'intégralité de ces actions sont conduites sous la coupe d'un réseau, ce qui témoigne de la nécessité pour les officinaux d'intégrer de telles structures

pour réaliser de l'ETP.

Parmi les 25 actions d'ETP recensées selon nos critères, 2 n'étaient pas validées par l'ARS. La première est le programme centré sur l'asthme chez l'adolescent évoqué précédemment (cf. paragraphe 5.1.1.2.1 « L'officine ») ; la seconde est un programme dont la demande de validation n'a pas encore abouti (dossier incomplet).

Il semble également incontournable de rappeler les contraintes administratives qui découragent certains répondants à faire valider leur action (« c'est trop complexe », « je ne veux pas être dérangé par l'ARS », « il faut imaginer l'ETP sortie des projets cadrés par l'ARS »). Néanmoins, peu d'actions (2) non labellisées par l'ARS étaient selon nos critères des actions d'ETP, donc éligibles à cette validation.

5.1.5 Financement des actions

Le financement des actions semble encore constituer une problématique pour les pharmaciens : 13 actions sur 44 ne reçoivent aucun financement extérieur. Certains répondants s'estiment d'ailleurs « à bout de souffle » face à ce manque de rémunération, tandis que d'autres ne savent tout simplement « pas comment obtenir une indemnisation ». Toutefois, des répondants ont aussi avoué avoir « d'autres préoccupations », qu'éduquer le patient faisait « partie de leur travail » et qu'ils ne faisaient « pas ça pour l'argent ».

L'ARS apparaît comme le seul intermédiaire pour obtenir le financement public d'une action d'ETP : les 23 actions d'ETP ayant reçu un financement sont validées par l'ARS. Les 2 actions d'ETP non financées ne sont pas validées par l'ARS. Les autres sources de financement public soutiennent d'autres formes d'action (ex : indemnisation des entretiens pharmaceutiques par la CPAM, 7 actions soit 16 %). Les actions d'ETP désirant un financement peuvent également passer par des intermédiaires privés (ex : laboratoire pharmaceutique, 1 action).

On note en outre que les actions validées et financées par l'ARS sont toutes menées en lien avec un réseau. Le souhait des ARS du regroupement des professionnels transparaît dans ce résultat (« l'ARS insiste sur le regroupement en réseaux »). Toutefois, lorsqu'un réseau est financé, on constate que la rémunération individuelle des intervenants n'est pas systématique : une indemnisation est versée au pharmacien par le réseau dans seulement 42 % des actions concernées (cette information n'a toutefois pas été communiquée pour 9 actions).

5.1.6 Nature de la démarche

Au bilan, parmi les 44 actions de l'enquête 2014, 25 (57 %) relèvent d'une démarche

d'ETP (dont 23 validées par l'ARS), soit plus d'une action sur deux. Un bilan somme toute satisfaisant au vu des difficultés évoquées à mener ce type d'activité pour les officinaux.

Parmi les autres actions, 14 sont des entretiens pharmaceutiques, 3 des actions de dépistages et 2 d'autres types d'action. Le Tableau 10 suivant récapitule les critères de cotation de ces trois catégories d'actions.

Tableau 10 : Méthodologie de cotation des actions hors ETP

Natures d'action	Motifs de la cotation
Entretiens pharmaceutiques	<ul style="list-style-type: none">- Pharmaciens parlant « d'entretiens pharmaceutiques » réalisés à l'aide d'une « grille de l'assurance maladie » uniquement autour des « AVK », « rémunérés à l'année N + 1 » par « la CPAM », avec des patients recrutés grâce à « un courrier de l'Assurance maladie »...- Pharmaciens réalisant certaines étapes de l'ETP pour mener des entretiens pharmaceutiques de qualité, mais pas de l'ETP au sens strict.
Dépistages	<ul style="list-style-type: none">- Pharmaciens parlant de « dépistages » (ex : diabète, asthme), uniquement destinés à détecter des patients nécessitant une consultation médicale pour diagnostiquer une maladie chronique.
Autre	<ul style="list-style-type: none">- Actions ne s'apparentant à aucun des 3 types de démarches précédents : ETP, entretiens pharmaceutiques et dépistages.

5.1.7 Actions abandonnées

Le taux d'abandon est faible : 2 actions sur 44 (4,5 %). L'un des répondants concernés n'a d'ailleurs pas pour autant renoncé à toute action : il utilise désormais ses compétences en ETP pour mener des entretiens pharmaceutiques. Le bagage apporté par la pratique de l'ETP peut donc tout à fait servir aux professionnels pour d'autres activités pédagogiques.

5.2 Comparatif des résultats 2013/2014

Certains résultats de l'enquête 2014 menée auprès des officinaux peuvent être comparés aux données de l'enquête 2013 (161) conduite sur l'échantillon global de pharmaciens (officinaux + hospitaliers).

5.2.1 Départements actifs

Lors de l'enquête globale de 2013 (pharmacien hospitaliers et officinaux, tous types d'action confondus) (161), les 3 départements les plus denses en actions recensées étaient l'Isère (28 actions, 12 %), Paris (22 actions, 10 %) et le Rhône (13 actions, 6 %). En 2014 (chez les officinaux), parmi les 25 actions d'ETP, Paris et l'Isère (4 actions soit 16 % chacun) sont les départements les plus représentés, alors que le Rhône est déserté (0 action). Aucune

des actions enregistrées dans ce département en 2013 n'était donc une démarche d'ETP incluant un pharmacien d'officine.

5.2.2 Domaines ETP

Comme en 2013 dans l'enquête globale, deux domaines d'action sortent largement majoritaires en 2014 chez les officinaux : le diabète et le cardiovasculaire (AVK inclus). Dans ces deux domaines, les actions d'ETP et les autres types d'action (entretiens pharmaceutiques et dépistages) sont représentés de manière équilibrée. En revanche, parmi les 10 actions ciblant les AVK, 9 sont des entretiens pharmaceutiques, comme on pouvait s'y attendre.

5.2.3 Implication d'aidants

Chez les officiaux en 2014, environ 90 % des actions incluent au moins un aidant dans le processus éducatif. Ce résultat s'avère plus satisfaisant que dans l'enquête 2013 sur l'ensemble des pharmaciens (58 % d'actions impliquaient des aidants), ce qui amplifie la réussite des actions officinales de ce point de vue.

5.2.4 Evaluation d'impact clinique

En 2013 (enquête globale), les répondants rapportaient une évaluation pour 74 % des actions. Celle-ci portait sur le processus (29 %), les résultats (10 %), ou les deux (62 %).

En 2014, chez les officinaux, seules 6 actions (14 %) réalisent une auto-évaluation conforme de leur programme. Ceci semble confirmer la difficulté de réaliser cette étape pour les dispositifs de ville. En outre, les moments de réalisation évoqués par les officinaux pour cette évaluation laissent supposer que son principe était mal cerné. Le retour du patient à l'officine (8 actions soit 18 %) et la fin de séance/fin de programme (3 actions soit 8 %) sont cités alors que ces moments correspondent plutôt à l'évaluation formative/sommative des acquis du patient. De même, certains pharmaciens ont répondu « après 6 mois » ou « après 1 an » (1 action chacun), or il s'agit plutôt d'échéances typiques des bilans de maintien des acquis du patient dans le temps (de tels bilans peuvent néanmoins contribuer à quantifier l'efficience du programme, mais ne sont pas suffisants à eux seuls).

5.2.5 Communication interprofessionnelle

Parmi les 24 actions conduites par les officinaux en lien avec un réseau (enquête 2014), seules 10 mettent en place une communication multiprofessionnelle. Les moyens de communication évoqués demeurent de plus classiques : le courrier (papier ou électronique) et

le téléphone arrivent largement en tête, avec respectivement 23 et 20 actions concernées. Ces moyens sont de plus peu propices au partage élargi de l'information.

Les craintes issues de l'enquête globale 2013 concernant la problématique de la circulation de l'information au sein des réseaux semblent donc se confirmer en 2014 chez les officinaux.

5.2.6 Validation ARS de l'action

En 2013 (enquête globale), 86 % des actions décrites déclaraient suivre les 4 étapes de la HAS et 125 actions (55 %) étaient validées par leur ARS. En 2014 chez les officinaux, une majorité d'actions (52 %, soit 23 actions) étaient labellisées. Ce résultat semble d'autant plus satisfaisant compte tenu de la difficulté de réaliser de l'ETP pour le pharmacien d'officine.

5.2.7 Financement de l'action

En 2013 (enquête globale), 42 % des actions décrites étaient réalisées sans aucun moyen financier supplémentaire, parmi lesquelles 16 actions de ville. La situation semble avoir peu évolué en 2014 : 13 actions officinales ne bénéficient toujours d'aucun financement extérieur.

5.2.8 Nature de la démarche

En 2013 (enquête globale), 22 % des actions enregistrées, soit 51 actions, impliquaient un pharmacien d'officine. Cependant, seules 25 d'entre elles s'avèrent être des actions d'ETP suite à l'enquête d'approfondissement menée en 2014 auprès des officinaux. Une analyse qualitative était donc bien indispensable pour refléter davantage la réalité de ces dispositifs. La montée en charge des pratiques ambulatoires qu'augurait en 2013 la première enquête est ainsi à tempérer.

5.3 Force et limites de l'étude

5.3.1 Forces de l'étude

Suite à une première enquête menée en 2013 auprès de pharmaciens de tous horizons (officine et hôpital), cette seconde enquête s'est focalisée sur la population des pharmaciens d'officine, recontactés pour un entretien de vive voix. Ceci a permis de clarifier l'action de chacun et d'en connaître l'évolution à un an. Les précisions apportées par les entretiens ont permis de compléter les résultats de 2013 et de déterminer la nature exacte de chacune des 44

actions ambulatoires retenues. La part d'actions d'ETP proprement dite a ainsi pu être définie au sein de l'échantillon d'actions déclarées par des pharmaciens d'officine, ce que l'enquête globale de 2013, menée via un questionnaire à compléter, ne pouvait pas déterminer.

La trame conçue pour les entretiens et les critères de cotation des actions utilisés lors de l'analyse quantitative ont été élaborés en lien direct avec les recommandations de la HAS en matière d'ETP. Les résultats montrent que les actions validées par une ARS respectent aussi les critères de l'enquête, ce qui prouve la pertinence de ceux-ci.

Une fois les dispositifs d'ETP proprement dite identifiés, une cartographie des ressources éducatives ambulatoires sur le territoire français a pu être dressée pour la première fois. Cet outil inédit devrait servir aux officinaux désireux s'investir dans l'ETP.

Les résultats de l'enquête globale de 2013 étaient essentiellement quantitatifs. Un approfondissement nécessaire des données sur le plan qualitatif a été effectué par cette seconde enquête.

En 2014, les pharmaciens d'officine ont été recontactés afin de fixer un rendez-vous téléphonique à la date de leur convenance. Lors des entretiens, les répondants étaient donc pleinement disponibles pour donner des réponses complètes et réfléchies. Le recours à l'entretien semi-dirigé a en outre permis d'orienter les officinaux sur les sujets désirés tout en leur laissant la possibilité de s'exprimer librement sur chacun d'entre eux. Les catégories de verbatim constituées vont plus loin que l'analyse quantitative (ex : communication avec le patient, formation, place du pharmacien d'officine dans l'ETP) et apportent ainsi des données complémentaires.

L'analyse manuelle inductive réalisée a permis d'identifier des atouts mais aussi des freins à la réalisation d'ETP par le pharmacien d'officine. Le modèle théorique construit suite à cette analyse met par ailleurs en exergue les remarques les plus récurrentes/pertinentes des pharmaciens pour chacune des catégories de verbatim constituées. Les citations retenues proviennent autant de pharmaciens engagés dans une démarche d'ETP que de répondants réalisant d'autres types d'activités (entretiens, dépistage). Aucun point de vue n'a donc été écarté et les opinions de chacun peuvent même être confrontées à la lecture des figures produites.

Au final, cette étude est la première à décrire et localiser de manière précise les dispositifs d'ETP impliquant des pharmaciens d'officine sur le territoire français.

5.3.2 Limites de l'étude

L'un des principaux biais de notre étude est le fait que notre population de

pharmaciens est constituée d'une forte proportion de répondants ayant été interpellés par la première enquête de 2013. Cet échantillon d'acteurs investis et particulièrement motivés ne peut pas être considéré comme représentatif de l'ensemble des pharmaciens français et de leurs pratiques. Le but de cette étude était d'identifier un premier pool de ressources d'ETP sur le territoire français ; en aucun cas notre cartographie des ressources ne peut se prétendre exhaustive. De plus, si de nouvelles démarches ont vu le jour entre 2013 et 2014, nous n'avons pas pu les recenser étant donné la méthodologie de notre étude.

Certains répondants ont fourni spontanément des informations d'intérêt concernant les modalités de leur action, lesquelles auraient pu figurer dans la trame d'entretien de l'enquête :

- Existence d'un espace de confidentialité (bien que le verbatim des pharmaciens indique que certains patients préfèrent s'entretenir dans d'autres lieux) ;
- Versement d'une indemnisation individuelle au sein des réseaux. Cet item a toutefois pu être intégré aux résultats de l'enquête, l'information ayant été communiquée pour plus de 50 % des actions menée en lien avec un réseau (15 sur 24) ;
- Formation du pharmacien en ETP. Ce thème a toutefois été abordé spontanément par de nombreux pharmacien et a ainsi pu être intégré à l'analyse qualitative.

Lors de l'analyse quantitative, l'établissement de critères de cotation, aussi précis soient-ils, n'empêchait pas les actions d'être soumises à l'interprétation des enquêteurs. Les propos des pharmaciens recueillis ne permettaient pas toujours de trancher nettement la cotation des items. Ceci contraignait parfois les enquêteurs à un jugement plus subjectif.

Lors de l'analyse manuelle inductive, les enquêteurs ont sélectionné, par consensus, les principaux thèmes émergeant du verbatim des pharmaciens pour constituer le modèle théorique final de présentation des résultats. Ce choix était néanmoins inévitablement soumis à la subjectivité des auteurs.

5.4 Ressenti personnel

Mon idée de départ concernant mon sujet de thèse était de travailler sur le thème de l'iatrogénie médicamenteuse. Je désirais en effet traiter une problématique actuelle où le pharmacien puisse apporter une contribution notable (son expertise du médicament) tout en restant dans un sujet à visée « transversale ».

Les pharmaciens de l'hôpital Edouard Herriot m'ont alors orienté vers Audrey Janoly-Dumenil. Après avoir écouté ce que je recherchais, cette dernière m'a proposé de poursuivre l'étude de la SFPC autour des pratiques existantes des pharmaciens en ETP. J'ai alors choisi d'accepter ce sujet tout aussi actuel et même d'avenir, touchant à toute spécialité et où le

pharmacien d'officine a une place à prendre par son statut d'acteur de proximité et d'expert du médicament.

Les entretiens menés m'ont globalement laissé un sentiment positif : je n'ai jamais été mal accueilli par les pharmaciens qui ont, pour leur immense majorité, pris le temps nécessaire pour répondre à l'ensemble de mes questions. J'ai découvert la facette du métier qui est sans doute la plus gratifiante du point de vue humain, avec des officinaux passionnément investis mais aussi avec d'autres pharmaciens aux actions plus modestes mais tout à fait utiles. J'ai enfin et surtout pu entrevoir la réelle possibilité, pour le pharmacien d'officine, de s'inscrire dans une démarche permettant au patient comme au professionnel de santé de devenir un acteur à part entière de la prise en charge du malade chronique.

Etant sur le point de prendre mes fonctions de pharmacien, j'espère pouvoir mettre à profit lors de ma carrière ce que les témoignages de l'enquête m'ont appris et, à terme, m'inscrire à mon tour dans un programme d'ETP pour contribuer à l'évolution de cette activité qui représente, à mon sens, l'avenir de la prise de charge de nos patients.

6 Conclusion et perspectives

L'enquête menée dans le cadre de cette thèse est la première à dresser un état des lieux des pratiques d'ETP des pharmaciens d'officine sur le territoire français. Si d'autres études avaient déjà exploré la manière dont le pharmacien d'officine distinguait ETP et conseil pharmaceutique, cette étude présente des apports inédits : une analyse quantitative et qualitative des dispositifs qu'ont intégrés les officinaux et une première cartographie française des ressources d'ETP ambulatoire.

L'analyse des résultats a permis d'identifier les principaux freins et leviers à la réalisation d'ETP par le pharmacien d'officine. Les difficultés les plus fréquemment citées sont le temps à dégager, le manque d'espaces adaptés, la fréquence du bénévolat, les contraintes administratives et le déficit de formation spécifique. La plupart des répondants parvenant à réaliser de l'ETP ont rejoint un réseau de santé à l'action plus structurée, qui leur confie une mission définie au sein d'une équipe pluridisciplinaire coordonnée. Les réseaux rompent l'isolement du pharmacien, le soulagent des démarches administratives d'autorisation des programmes et lui offrent une formation, voire une indemnisation individuelle.

Cette enquête révèle que des pharmaciens d'officine s'inscrivent pleinement dans des démarches d'ETP. La réflexion autour des freins et leviers à cette pratique ainsi que la

cartographie des ressources élaborée serviront, nous l'espérons, aux officinaux désireux d'intégrer un dispositif d'ETP existant ou d'élaborer leur propre programme.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Nos sociétés actuelles sont confrontées à une augmentation de la prévalence des maladies chroniques qui oblige les systèmes de santé à favoriser de nouveaux modes de prise en charge du malade, alliant respect des bonnes pratiques, personnalisation des traitements, coordination de l'action des professionnels et implication active du patient dans sa thérapeutique.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) a été inscrite dans le parcours de soins des malades par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009. Elle a pour objectif d'accroître l'autonomie du patient en favorisant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle se compose d'un ensemble d'activités organisées et coordonnées, conduites par une équipe multiprofessionnelle et sollicitant la participation active du patient.

Si l'ETP a démarré en milieu hospitalier, elle doit aujourd'hui se développer en secteur ambulatoire pour répondre aux besoins des patients chroniques. Toutefois, les dispositifs éducatifs de ville sont encore peu quantifiés, peu caractérisés et l'implication des pharmaciens y est encore mal connue. Si quelques études ont montré la faisabilité d'un programme éducatif en milieu officinal sous certaines conditions, aucune n'a effectué un état des lieux des pratiques des pharmaciens d'officine français en matière d'ETP.

En 2013, la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) a lancé une enquête invitant les pharmaciens Français à décrire les dispositifs éducatifs dans lesquels ils étaient impliqués. Comme attendu, les actions hospitalières sont sorties majoritaires, mais les résultats ont également montré un développement des actions en ambulatoire, avec 51 déclarées par des pharmaciens d'officine. Ces données, obtenues via un questionnaire à compléter, étaient toutefois essentiellement quantitatives et méritaient d'être approfondies.

Le travail de cette thèse a donc consisté en une nouvelle étude, dont l'objectif était double : d'une part, préciser les démarches officinales déclarées lors de l'enquête 2013 par une approche plus qualitative, d'autre part, aboutir à une cartographie des ressources d'ETP impliquant le pharmacien d'officine sur le territoire français.

Les pharmaciens d'officine ayant répondu à la première enquête ont été recontactés durant l'été 2014. Une trame d'entretien a été élaborée et validée par un groupe expert (SFPC). Des entretiens semi-dirigés par téléphone ont abordé les modalités pratiques de l'action d'ETP et le ressenti des officinaux sur leurs pratiques. Les données recueillies concernant les modalités de l'action ont été analysées de manière quantitative. Une analyse qualitative complémentaire a été réalisée à partir du verbatim des répondants, selon une approche inductive.

Sur les 51 actions officinales de 2013, 44 ont été analysées par cette seconde enquête (7 actions ont été exclues car les pharmaciens étaient non joignables). Les domaines d'actions les plus cités étaient le diabète (50 %) et le cardiovasculaire (48 %). L'action se déroulait au sein de l'officine dans 73 % des

cas, l'autre lieu le plus cité étant les réseaux de santé (83 %). 55 % des actions étaient d'ailleurs menées en lien avec un réseau de santé. Concernant le respect des étapes de l'ETP comme définies par la Haute Autorité de Santé, un diagnostic éducatif était retrouvé pour 59 % des actions, des séances éducatives pour 71 % et une évaluation des acquis du patient pour 57 %. Une communication interprofessionnelle était mise en œuvre dans 75 % des cas. Plus de la moitié des actions (52 %) étaient validées par une Agence Régionale de Santé et 54 % avaient obtenu un financement. Au final, 57 % des actions relevaient d'une démarche d'ETP, les autres correspondant soit à des entretiens (AVK surtout), soit à des actions de dépistage (diabète). L'analyse qualitative montre quant à elle des difficultés : temps à dégager, manque d'espaces adaptés, fréquence du bénévolat, contraintes administratives et déficit de formation spécifique (en ETP, en pharmacie clinique et en communication avec le patient). Constat en revanche positif, la plupart des répondants parvenant à réaliser de l'ETP ont rejoint un réseau de santé à l'action plus structurée, qui leur confie une mission définie au sein du programme : recrutement de patients, diagnostic éducatif, séances au domicile du patient, bilans de suivi... Le pharmacien intègre ainsi une équipe pluridisciplinaire coordonnée, ce qui lui permet de rompre son isolement et facilite l'interprofessionnalisme. Les réseaux soulagent de plus le pharmacien des démarches administratives d'autorisation des programmes. Ils forment parfois même leurs intervenants et versent, dans certains cas, une indemnisation individuelle. Quelques difficultés existent néanmoins au sein des réseaux : le pharmacien semble quelquefois avoir du mal à y trouver sa place, les patients rencontrés sont rarement ceux de l'officine et le partage de l'information entre intervenants n'est pas systématique.

Cette enquête a permis d'établir un état des lieux précis des pratiques officinales de l'ETP en France. Elle révèle que des pharmaciens d'officine s'inscrivent pleinement dans une telle démarche. Par son approche inductive et en favorisant la libre expression des répondants, l'enquête a également permis d'identifier des freins et des leviers à la pratique de l'ETP par les officinaux. Une première cartographie française des ressources d'ETP impliquant des pharmaciens d'officine a par ailleurs pu être constituée. Ce travail pourrait ainsi, nous l'espérons, servir aux officinaux désireux d'intégrer un dispositif d'ETP existant ou d'élaborer leur propre programme.

Le Président de la thèse,

Nom :

MOUATJI FERDIAOU, N°2

Signature :

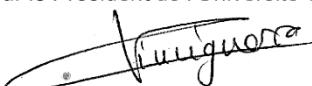


Vu et permis d'imprimer, Lyon, le

Vu, la Directrice de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Faculté de Pharmacie

26 OCT. 2015

Pour le Président de l'Université Claude Bernard Lyon 1,



Professeure C. VINCIGUERRA

BIBLIOGRAPHIE

1. Walton C. Université du Kentucky, 1961.
2. Calop J, Bedouch P, Allenet B. Définition de la pharmacie clinique. In : Pharmacie clinique et thérapeutique. Paris : Elsevier Masson ; 2011. p. 3–8.
3. Miller RR. History of clinical pharmacy and clinical pharmacology. *J Clin Pharmacol.* 1981 ; 21 (4) : 195–7.
4. Calop J, Baudrant M, Bedouch P, Allenet B. La pharmacie clinique en France : contexte de développement à l'hôpital et état des lieux. *Pharmactuel.* 2009 ; 42 Suppl 1 : S34–9.
5. Cubaynes M-H, Noury D. Le circuit du médicament à l'hôpital. Rapport RM2011-063P. Paris : IGAS, Hôpitaux de Paris ; 2011.
6. SFPC. Présentation de la SFPC. <http://sfpc.eu/fr/la-sfpc/presentation.html> (consulté le 03/06/2015)
7. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1990 ; 47 (3) : 533–43.
8. OPQ. Fournir des soins pharmaceutiques. http://guide.opq.org/1_Introduction_01.html (consulté le 24/11/2014)
9. Helper C. Clinical pharmacy, pharmaceutical care, and the quality of drug therapy. *Pharmacotherapy.* 2004 ; 24 (11) : 1491–8.
10. Filippi M, Mallet L, Allenet B, Calop J. Le processus hospitalier de « soins pharmaceutiques » au Québec : illustration à partir d'un cas clinique. *J Pharm Clin.* 2003 ; 22 (2) : 88–94.
11. OPQ. Guide des soins et services pharmaceutiques en centre hospitalier. 1994.
12. Mailhot C, Mallet L. Concept des soins pharmaceutiques (pharmaceutical care) au Québec : une approche systématique du suivi du patient. In : Calop J, Pharmacie clinique et thérapeutique. Paris : Elsevier Masson ; 2011. p. 1245–55.
13. Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec. Histoire de la pharmacie hospitalière. <http://www.apesquebec.org/page?a=1077&lang=fr-CA&t=299> (consulté le 30/06/2015)
14. ONP. Les grandes tendances de la démographie des pharmaciens en 2013. <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Le-metier-du-pharmacien/La-demographie-des-pharmaciens> (consulté le 24/12/2014)
15. OPQ. La pharmacie en quelques chiffres. <http://www.opq.org/fr-CA/presse/la-pharmacie-en-quelques-chiffres/#!prettyPhoto> (consulté le 24/12/2014)

16. McKerrow R, Rappaport P, Salsman B, Hall KW, Long S, Bussières J-F. Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes : coût des effectifs de pharmacie et des médicaments. Rapport n°13 1999-2000. Vancouver : Lilly ; 2001.
17. FIP. Déclaration de politique relative aux bonnes pratiques en pharmacie. 2000.
18. HAS. Education thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation - Recommandations. 2007.
19. Mallet L, Réjan-Laprise PD, Bergeron J. Pharmacy discharge plan for continuity of care. *Can Pharm J*. 1998 ; 131 : 21-3.
20. Mallet L, Ferreira E, Leclerc G, Dubois L. Enseignement clinique. Manuel de l'étudiant. Université de Montréal ; 2009.
21. Chevalier R, Mayer C, Villeneuve D. Le petit livre des soins pharmaceutiques, un cachet de confiance. 1998.
22. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical Care Practice : The Clinician's Guide. 2e éd. Minneapolis : McGraw-Hill ; 2004.
23. OPQ. Le plan de soins pharmaceutiques (assurer l'usage approprié des médicaments et prévenir les PRP). http://guide.opq.org/1_Role_02.html (consulté le 02/06/2015)
24. OPQ. Fournir des soins pharmaceutiques : le suivi (surveiller la thérapie médicamenteuse et l'atteinte des objectifs pharmacothérapeutiques). http://guide.opq.org/1_Role_03.html#A131 (consulté le 02/06/2015)
25. Guignard B, Mallet L. De la pharmacie clinique aux soins pharmaceutiques : un pas de plus vers le patient (L'exemple de nos confrères québécois). *Pharmajournal*. 2008 ; 146 (21) : 10-2.
26. Guignard B, Bussières J. La continuité des soins entre pharmacie hospitalière et officine : l'exemple de nos confrères québécois. *Pharmajournal*. 2009 ; 147 (3) : 21-3.
27. Université de Montréal. D.E.S.S. en soins pharmaceutiques. https://admission.umontreal.ca/typo3temp/fichepdf/UdeM_D.E.S.S._en_soins_pharmaceutiques-2015-10-13-080357.pdf (consulté le 13/06/2015)
28. Foppe van Mil J, Shulz M. A Review of Pharmaceutical Care in Community Pharmacy in Europe. *Harv Health Policy Rev*. 2006 ; 7 (1) : 155-68.
29. Mehuys E, Van Bortel L, De Bolle L. Effectiveness of pharmacist intervention for asthma control improvement. *Eur Respir J*. 2008 ; 31 (4) : 790-9.
30. Mehuys E, Van Bortel L, De Bolle L. Effectiveness of pharmacist intervention in diabetes care: a randomized controlled trial. *J Clin Pharm Ther*. 2011 ; 36 (5) : 602-13.
31. Eickhoff C, Schulz M. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Germany. *Ann Pharmacother*. 2006 ; 40 (4) : 729-35.

32. Filipa Alves da Costa EP. Pharmacy in Portugal, an overview on its functioning with focus on efforts to increase patient safety. *Int Pharm J.* 2005 ; 19 (2) : 45.
33. Sturgess IK, McElnay JC, Hughes CM, Crealey G. Community pharmacy based provision of pharmaceutical care to older patients. *Pharm World Sci.* 2003 ; 25 (5) : 218–26.
34. Décret n° 97-2124 du 10 novembre 1997, fixant le cadre général du régime des études et des conditions d'obtention du diplôme national en pharmacie. JO de la République tunisienne.
35. Décret n° 2004-1634 du 12 juillet 2004, fixant le cadre général du régime des études et les conditions d'obtention du diplôme national de docteur en pharmacie. JO de la République tunisienne.
36. Décret n° 2011-802 du 24 juin 2011 relatif au statut juridique des stagiaires internés en pharmacie. JO de République tunisienne.
37. Chouchane N, Ouahchi Z, Zakia Harzallah I. *Pharmacie clinique et soins pharmaceutiques en Tunisie.* In : *Pharmacie clinique et thérapeutique.* Paris : Elsevier Masson ; 2011. p. 1262–3.
38. Loi du 1er mai 2006 modifiant l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. *Moniteur belge* ; 13 juillet 2006.
39. Arrêté royal du 21 janvier 2009 portant instructions pour les pharmaciens. *Moniteur belge* ; 30 janvier 2009.
40. Spinewine A, Tulkens PM, Lacour V. *Soins pharmaceutiques en Belgique.* In : *Pharmacie clinique et thérapeutique.* Paris : Elsevier Masson ; 2011. p. 1267–75.
41. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *JORF Loi et décrets* ; 5 mars 2002 : 4118.
42. Article L1111-2 du Code de la santé publique.
43. Article L1110-4 du Code de la santé publique.
44. Haynes R. *Compliance in Health Care.* 2e éd. Baltimore : John Hopkins University Press ; 1979.
45. Morris LS, Schulz RM. Patient compliance: an overview. *J Clin Pharm Ther.* 1992 ; 17 (5) : 283–95.
46. Blackwell B. Compliance. *Psychother Psychosom.* 1992 ; 58 (3-4) : 161–9.
47. Blackwell B. Drug therapy: patient compliance. *N Engl J Med.* 1973 ; 289 (5) : 249–52.
48. Brown J, Fitzpatrick R. Factors influencing compliance with dietary restrictions in dialysis patients. *J Psychosom Res.* 1988 ; 32 (2) : 191–6.

49. Midence K, Myers L. Adherence to Treatment in Medical Conditions. Amsterdam : CRC Press ; 1998.
50. Organisation Mondiale de la Santé. Adherence to long-term therapies – Evidence for action. Rapport n° 92 4 154599 2. Genève : OMS ; 2003.
51. Rabe K, Vermeire P, Soriano J, Maier W. Etude AIRE. Eur Resp J. 2000 ; 16 : 802–7.
52. CRIP. Améliorer l'observance - Traiter mieux et moins cher. 2014.
53. Alvarez Payero M, Martínez López de Castro N, Ucha Samartín M, Martín Vila A, Vázquez López C, Piñeiro Corrales G. Medication non-adherence as a cause of hospital admissions. Farm Hosp. 2014 Aug ; 38 (4) : 328–33.
54. Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, Epstein RS. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. Med Care. 2005 Jun ; 43 (6) : 521–30.
55. Maronde RF, Chan LS, Larsen FJ, Strandberg LR, Laventurier MF, Sullivan SR. Underutilization of antihypertensive drugs and associated hospitalization. Med Care. 1989 Dec ; 27 (12) : 1159–66.
56. Lau DT, Nau DP. Oral antihyperglycemic medication nonadherence and subsequent hospitalization among individuals with type 2 diabetes. Diabetes Care. 2004 Sep ; 27 (9) : 2149–53.
57. OMS. L'observance des traitements prescrits pour les maladies chroniques pose problème dans le monde entier.
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/fr/> (consulté le 24/11/2014)
58. Hinkin CH, Castellon SA, Durvasula RS, Hardy DJ, Lam MN, Mason KI, et al. Medication adherence among HIV+ adults: effects of cognitive dysfunction and regimen complexity. Neurology. 2002 ; 59 (12) : 1944–50.
59. Lesourd F. Comment réduire la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées ? Presse Méd. 2002 ; 31 (22) : 1053–4.
60. L'Assurance Maladie. L'iatrogénie médicamenteuse.
<http://www.ameli.fr/assures/prevention-sante/la-iatrogenie-medicamenteuse.php> (consulté le 14/12/2014)
61. Michel P, Quenon J-L. Enquête Nationale sur les Événements Indésirables Graves associés aux Soins - Description des résultats 2009 - Rapport n°110. Paris : DREES ; 2011.
62. Wilson RS, Hebert LE, Scherr PA, Dong X, Leurgens SE, Evans DA. Cognitive decline after hospitalization in a community population of older persons. Neurology. 2012 ; 78 (13) : 950–6.
63. Maes A-C. Analyse croisée des besoins éducatifs des patients diabétiques de type 2 hospitalisés du point de vue des patients et des soignants : perspectives pour le

développement d'une démarche éducative pendant le temps d'hospitalisation. Thèse de doctorat : Pharmacie : Grenoble I ; 2013.

64. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther.* 2001 ; 26 (5) : 331–42.
65. Vermeire E, Hearnshaw H, Rätsep A, Levasseur G, Petek D, van Dam H, et al. Obstacles to adherence in living with type-2 diabetes: an international qualitative study using meta-ethnography (EUROSTACLE). *Prim Care Diabetes.* 2007 ; 1 (1) : 25–33.
66. Baudrant-Boga M. Penser autrement le comportement d'adhésion du patient au traitement médicamenteux : modélisation d'une intervention éducative ciblant le patient et ses médicaments dans le but de développer des compétences mobilisables au quotidien - Application aux patients diabétiques de type 2. Thèse de doctorat : Pharmacie : Grenoble I ; 2009.
67. Farmer KC. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clin Ther.* 1999 ; 21 (6) : 1073–90.
68. Hearnshaw H, Lindenmeyer A. What do we mean by adherence to treatment and advice for living with diabetes? A review of the literature on definitions and measurements. *Diabet Med J Br Diabet Assoc.* 2006 ; 23 (7) : 720–8.
69. Lehmann A, Aslani P, Ahmed R, Celio J, Gauchet A, Bedouch P, et al. Assessing medication adherence: options to consider. *Int J Clin Pharm.* 2014 ; 36 (1) : 55–69.
70. Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? *Rev Mal Respir.* 2005 ; 22 (1) : 31–4.
71. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *JORF Lois et décrets* ; 22 juillet 2009 : 12184.
72. Décret n° 2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. *JORF Lois et décrets* ; 2 juin 2013 : 9238.
73. Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation. *JORF Lois et décrets* ; 4 août 2010 : 14399.
74. Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. *JORF Lois et décrets* ; 23 janvier 2015 : 1009.
75. ANAES. Education thérapeutique du patient asthmatique - adulte et adolescent. Recommandations pour la pratique clinique. 2001.
76. Bourdillon F, Collin J-F. Une politique pour l'éducation thérapeutique du patient. *Presse Médicale.* 2009 ; 38 (12) : 1770–3.

77. ARS Ile-de-France. Les associations de patients et d'usagers. <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Les-associations-de-patients-e.125459.0.html> (consulté le 17/01/2015)
78. Lecembre E, Gagnayre R, Deccache A, D'Ivernois J. Le rôle des associations de patients dans le développement de l'éducation thérapeutique en France. *Santé Publique*. 2002 ; 14 (4) : 398–401.
79. Jacquemet S, Racineux J-L, Debeaumont D. Rôle de l'association de patients dans le développement de l'ETP et de la réhabilitation respiratoire. *Rev Mal Respir Actual*. 2012 ; 4 (4) : 258–60.
80. Boudier F, Bensebaa F, Jablanczy A. L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. *Innovations*. 2012 ; 39 (3) : 13–25.
81. Balez E. L'éducation thérapeutique sur les MICI réalisée par des « patients-experts ». http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1050270/fr/eric-balez-leducation-therapeutique-sur-les-mici-realisee-par-des-patients-experts (consulté le 02/02/2015)
82. Chirol S. L'éducation thérapeutique sur la polyarthrite rhumatoïde. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1046900/fr/sonia-chirol-leducation-therapeutique-sur-la-polyarthrite-rhumatoide (consulté le 02/02/2015)
83. Besson A, Cros R, Drillat J-P, Lucas I, Marlot E, Perreault N, et al. Le patient expert dans les établissements de santé. Mémoire de module interprofessionnel : Education du patient : EHESP ; 2013.
84. Article L6321-1 du Code de la santé publique.
85. HAS. Education thérapeutique et réseaux de santé. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1168855/fr/education-therapeutique-et-reseaux-de-sante (consulté le 13/06/2015)
86. ARS Ile-de-France. Soutien au développement des programmes d'ETP autorisés en ambulatoire - Cahier des charges. 2012.
87. Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. JORF Lois et décrets ; 4 août 2010 : 14397.
88. Bourdillon F, Collin J-F. Dix recommandations pour le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient en France. Vandœuvre-lès-Nancy : SFSP ; 2008.
89. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie. JORF Lois et décrets ; 26 avril 2013 : 7278.
90. INPES. Formations diplômantes en EPS/ETP. <http://www.inpes.sante.fr/FormationsEpS/liste.asp> (consulté le 21/06/2015)
91. HAS. Education thérapeutique du patient : comment la proposer et la réaliser ? - Recommandations. 2007.

92. HAS. Education thérapeutique du patient : comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique ? - Recommandations. 2007.
93. HAS. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques - Guide méthodologique. 2007.
94. Elsevier-Masson S. Les étapes de la démarche éducative. *Rev Mal Respir.* 2002 ; 19 (2 Suppl 2) : S59–75.
95. Cespharm. L'éducation pour la santé - Rôle du pharmacien.
<http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien> (consulté le 13/06/2015)
96. D'Ivernois J, Gagnayre R, Assal J, Golay A, Libion F, Deccache A. Therapeutic patient education: continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Copenhague : OMS ; 1998.
97. Sandrin-Berthon B. Diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé ? *Médecine Mal Métaboliques.* 2010 ; 4 (1) : 38–43.
98. Lacroix A, Assal J. L'éducation thérapeutique des patients : Accompagner les patients avec une maladie chronique : nouvelles approches. 3e éd. Paris : Maloine ; 2011. Education du patient
99. DIAMIP. Guide pour la réalisation d'un diagnostic éducatif auprès de patients diabétiques. <https://www.psee91.org/espace-pro/diagnostic-educatif-sole/telechargements-diagnostic-sole/documents-generaux/50-guide-et-modele-dun-diagnostic-pour-patient-diabetique/file> (consulté le 14/11/2015)
100. D'Ivernois J, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. 4e éd. Paris : Vigot ; 2011. Education du patient
101. Mosnier-Pudar H, Hochberg-Parer G. Education thérapeutique de groupe ou en individuel : que choisir ? *J DELF.* 2008 ; 18 (4) : 425–31.
102. Insee. Définitions et méthodes - Technologies de l'information et de la communication / TIC. <http://insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/technologie-inform-communic.htm> (consulté le 03/01/2015)
103. RESIC38. Le réseau RESIC38 à la loupe.
<https://www.resic38.org/doc/File/Article%20-%20Des%20sances%20d%20Education%20Thérapeutique%20%20domicile%20par%20des%20pharmacien%20forms.pdf> (consulté le 14/11/2015)
104. Foucaud J, Bury JA, Balcou-Debussche M, Eymard C. Education thérapeutique du patient - Modèles, pratiques et évaluation. Saint-Denis : INPES ; 2010. Santé en action
105. Derom E, Marchand E, Troosters T. Réhabilitation du malade atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive. *Ann Réadapt Médecine Phys.* 2007 ; 50 (7) : 602–14.

106. OSCARS. Éducation thérapeutique du patient en cancérologie à domicile (patients atteints d'un cancer dans le Lot-et-Garonne).
http://www.oscarsante.org/actions/oscars_detail_fiche.php?ref=18157&titre=ducation-therapeutique-du-patient-en-cancerologie-a-domicile-patients-atteints-d-un-cancer-dans-le-lot-et-garonne (consulté le 24 juin 2015)
107. URPS Infirmiers. L'éducation thérapeutique du patient. <http://aquitaine.infirmiersurps.org/dossiers/26/l-education-therapeutique-du-patient> (consulté le 14/11/2015)
108. Legrain S, Bonnet-Zamponi D, Saint-Gaudens P. Éducation thérapeutique des personnes âgées polyopathologiques : quelle approche ? Le concours médical. 2013 ; 135 (8) : 619-23.
109. Heyden I, Bardiau F, Gosset C. L'éducation du patient à domicile : une revue de la littérature. *Educ Ther Patient.* 2012 ; 4 (2) : S123–33.
110. Nici L, Donner C, Wouters E, ZuWallack R, Ambrosino N, Bourbeau J. American Thoracic Society/European Respiratory Society statement on pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med.* 2006 ; 173 (12) : 1390–413.
111. IPCEM. Outils et ressources d'apprentissage pour l'éducation thérapeutique du patient. 2012.
112. Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. Sharing decisions with patients: is the information good enough? *BMJ.* 1999 ; 318 (7179) : 318–22.
113. HAS. Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé - Guide méthodologique. 2008.
114. IREPS. Parole et Art - Un photoexpression santé. <http://www.irepspd1.org/page-16-6-0.html#menu> (consulté le 15/10/2015)
115. Comité Régional d'Education pour la Santé Languedoc-Roussillon. Techniques d'animation en éducation pour la santé. 2009.
116. Roos J, Allenet B, Gaudin P, Juvin R, Calop J. Éducation thérapeutique des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde : description du programme MédiPR. *J Pharm Clin.* 2005 ; 24 (4) : 217–23.
117. INPES. Le métaplan - fiche méthodologique. 2006.
118. IAAT. Guide méthodologique du travail en commun - Stimuler les idées : le brainstorming. 2005.
119. Baudrant-Boga M, Holtzmann J, Allenet B, Debeauchamp I, Giraud-Baro E. L'adhérence thérapeutique vue sous l'angle d'une "habileté sociale" : application à une population de patients atteints de schizophrénie. *J Pharm Belg.* 2009 ; 3 : 91–8.
120. Berville C. Education thérapeutique du patient - Compte rendu de séance individuelle. IRC en éducation thérapeutique du patient - CHU de Nantes ; 2011.

121. HAS. Les évaluations d'un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) - Recommandations. 2014.
122. Chambouleyron M, Surpas P, Jacquemet S. Éducation thérapeutique des patients atteints de BPCO. *Rev Mal Respir.* 2005 ; 22 (5-C3) : 7S79.
123. De Landsheere G. Dictionnaire de l'évaluation et de la recherche en éducation : avec lexique anglais-français. Paris : Presses universitaires de France ; 1979.
124. IPCEM. Congrès (XIII ; 2003 ; Paris, France). L'évaluation de l'éducation thérapeutique du patient. Paris : IPCEM ; 2003.
125. GETTAM. Recommandations pédagogiques pour l'utilisation du questionnaire « Première sortie à domicile après transplantation pour Mucoviscidose ». 2014.
126. Maj C, Kubiak C, Foulon C, Lemaire C. Apports de l'utilisation d'un questionnaire d'évaluation des connaissances avec degré de certitude dans le cadre d'un atelier d'éducation thérapeutique à destination des personnes diabétiques. *Diabetes Metab.* 2012; 38 Suppl 2 : A125.
127. Gagnayre R, d'Ivernois J-F. Eduquer le patient asthmatique : approche pédagogique. 4e éd. Paris : Maloine ; 2011. Education du patient
128. Gagnayre R, Marchand C, Pinosa C, Brun M-F, Billot D, Iguenane J. Approche conceptuelle d'un dispositif d'évaluation pédagogique du patient. *Pédagogie Médicale.* 2006 ; 7 (1) : 31–42.
129. HAS. Education thérapeutique du patient : la démarche d'auto-évaluation annuelle en 10 questions. 2014.
130. HAS. Education thérapeutique du patient - Evaluation quadriennale d'un programme d'éducation thérapeutique du patient : une démarche d'auto-évaluation. 2014.
131. Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient. *JORF Lois et décrets* ; 4 août 2010 : 14391.
132. ARS. Education thérapeutique du patient - le financement. <http://www.ars.sante.fr/Le-financement.117993.0.html> (consulté le 14/11/2015)
133. ARS Ile-de-France. Soutien au développement de projets d'éducation thérapeutique ou d'accompagnement de personnes vivant avec une maladie chronique, en ambulatoire. 2012.
134. Miller LV, Goldstein J. More efficient care of diabetic patients in a county-hospital setting. *N Engl J Med.* 1972 ; 286 (26) : 1388–91.
135. Fireman P, Friday GA, Gira C, Vierthaler WA, Michaels L. Teaching self-management skills to asthmatic children and their parents in an ambulatory care setting. *Pediatrics.* 1981 ; 68 (3) : 341–8.

136. Warsi A, Wang PS, LaValley MP, Avorn J, Solomon DH. Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature. *Arch Intern Med.* 2004 ; 164 (15) : 1641–9.
137. Chodosh J, Morton SC, Mojica W, Maglione M, Suttorp MJ, Hilton L, et al. Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Ann Intern Med.* 2005 ; 143 (6) : 427–38.
138. Kripalani S, Yao X, Haynes RB. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: a systematic review. *Arch Intern Med.* 2007 ; 167 (6) : 540–50.
139. Baudrant-Boga M, Calop N, Lehmann A, Certain A, Trout H, Allenet B. Education thérapeutique du patient : contexte, concepts et méthodes. In : *Pharmacie clinique et thérapeutique*. Paris : Elsevier Masson ; 2011. p. 1195–214.
140. de Beauchamp I, Giraud-Baro E, Bougerol T, Calop J, Allenet B. Education thérapeutique des patients psychotiques : impact sur la ré-hospitalisation. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ.* 2010 ; 2 (2) : S125–31.
141. Allenet B, Chen C, Romanet T, Vialtel P, Calop J. Assessing a pharmacist-run anaemia educational programme for patients with chronic renal insufficiency. *Pharm World Sci PWS.* 2007 ; 29 (1) : 7–11.
142. Larcher G. Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital. Paris : Ministère de la santé ; 2008.
143. UNPF. Positions et thématiques. http://www.unpf.org/positions_et_thematiques-6.html (consulté le 24/11/2014)
144. Cespharm. Rôle du pharmacien. <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien> (consulté le 13/06/2015)
145. 66 Millions d'impatients. Permanence des soins - Maisons médicales, Médecin, Pharmacie de garde - Nuit, Jour férié... <http://www.66millionsdimpatients.org/la-qualite-de-vos-soins/lacces-aux-soins-en-dehors-des-heures-normales-douverture-2/> (consulté le 21/06/2015)
146. Klein P, Benchiker S. Les Français et leur pharmacien - Rapport d'études. Paris : IPSOS ; 2008.
147. Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants. *JORF Lois et décrets* ; 7 avril 2011 : 6199.
148. Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. *JORF Lois et décrets* ; 6 mai 2012 : 8112.
149. Arrêté du 24 juin 2013 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie relatif à l'accompagnement des patients chroniques sous anticoagulants oraux. *JORF Lois et décrets* ; 27 juin 2013 : 10620.

150. Arrêté du 28 novembre 2014 portant approbation des avenants nos 3, 4 et 5 à la convention nationale du 4 mai 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. JORF Lois et décrets ; 2 décembre 2014 : 20062.
151. Assurance maladie. Avenant n°1 à la convention nationale pharmaceutique. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/votre-convention/convention-nationale-titulaires-d-officine/avenant-n-1-a-la-convention-nationale.php> (consulté le 19/01/2015)
152. Assurance maladie. Avenant n°4 à la convention nationale pharmaceutique. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/votre-convention/convention-nationale-titulaires-d-officine/avenant-n-4-a-la-convention-nationale.php> (consulté le 19/01/2015)
153. Jacquemet S, Certain A. Education thérapeutique du patient : rôles du pharmacien. Bull Ordre. 2000 ; 367 : 269–75.
154. Lehmann A, Baudrant-Boga M, Allenet B, Calop J. Optimization of the dispensation of medicines to out-patients. J Pharm Clin. 2008 ; 27 (1) : 35–45.
155. Lehmann A, Baudrant-Boga M, Bedouch P, Robein-Dobremez M-J, Allenet B, Calop J. Optimization of the dispensation of medicines to out-patients. J Pharm Clin. 2009 ; 28 (2) : 89–96.
156. Richard C, Lussier M. La communication professionnelle en santé. Saint-Laurent : Renouveau Pédagogique ; 2005.
157. Léger S, Allenet B, Calop J, Bosson JL. Therapeutic education of patients receiving anticoagulants for thromboembolic venous disease: description of the Educ'AVK program. J Mal Vasc. 2004 ; 29 (3) : 145–51.
158. Lehmann A, Janoly-Dumenil A, Baudrant-Boga M, Allenet B. Congrès (2014 ; Grenoble, France). Pharmacien et éducation thérapeutique du patient : état des lieux des pratiques en France. Grenoble : SFPC ; 2013.
159. Lehmann A, Janoly-Dumenil A, Baudrant-Boga M, Allenet B. Pharmacien et éducation thérapeutique du patient : état des lieux des pratiques en France. Newsletter SFPC ; 2014.
160. Lehmann A, Janoly-Dumenil A, Baudrant-Boga M. Enquête au cœur de l'éducation thérapeutique. Quotid Pharm. 2014 ; 3087 : 2.
161. 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. Accepté le 24 août 2015.
162. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Rev Med Mal. 2001 ; 32 (2) : 117–21.
163. Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. Rech Qual. 2006 ; 26 (1) : 110–38.

164. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ*. 1995 ; 311 (6996) : 42–5.
165. Miles M, Huberman A. Analyse de données qualitatives. 2ème éd. Paris : De Boeck ; 2003. Méthodes en sciences humaines
166. Thomas DR. A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *Am J Eval*. 2006 ; 27 (2) : 237–46.
167. Bauler S. Analyse des freins à l'adhésion au traitement médicamenteux après un AVC en services de Médecine physique et de Réadaptation. Thèse de doctorat : Pharmacie : Lyon I ; 2012.
168. CESSPF. Suivi des patients asthmatiques à l'officine : la performance des pharmaciens démontrée. *Nouv Pharm*. 2000 ; 190 : 6–8.
169. Bocquet C. Etude de faisabilité d'une démarche de suivi éducatif à l'officine : application à la migraine. Thèse de doctorat : Pharmacie : Grenoble I ; 2006.
170. Masseron S. Education thérapeutique du patient diabétique en pharmacie de ville : étude au sein du réseau Paris Diabète. Mémoire de formation : ETP : Réseau Paris Diabète ; 2011.
171. Depalle C. L'éducation thérapeutique du patient : d'une expérience hospitalière vers la pratique officinale. Thèse de doctorat : Pharmacie : Nancy I ; 2010.
172. Cayre G. Pharmaciens : informateurs, conseillers... mais peu éducateurs ? *Actual Pharm*. 2005 ; 4 (376) : 23–4.
173. Pavot A. L'éducation du patient à l'officine - enquêtes et perspectives. Thèse de doctorat : Pharmacie : Nancy I ; 2008.

ANNEXES

Annexe 1 : Exemple de plan de soins pharmaceutiques de sortie d'hôpital (par Mallet et Bergeron)

Établissement: Hôpital Royal Victoria				Numéro de dossier médical: [REDACTED]	
Nom: [REDACTED] Prénom: [REDACTED]				Numéro d'assurance-maladie: [REDACTED]	
Date de naissance: [REDACTED]		Âge: 81	Sexe: F	Poids: 50 kg	Allergies: Ciprofloxacine- éruption cutanée Diète: Normale
Date d'admission: [REDACTED]	Date du congé: [REDACTED]	Nº de jours d'hosp.: 27 jours		Clairance à la créatinine: 35 ml/min	
NOM, ADRESSE, TÉLÉPHONE					
Bénéficiaire: [REDACTED]	Médecin de famille: [REDACTED]	Pharmacien communautaire: [REDACTED]		CLSC/Autre: [REDACTED]	
Diagnostics: Hallucinations Hypotension orthostatique			Liste des problèmes médicaux: Hypothyroïdie Parkinson Ostéoporose		
Gestion des médicaments: Madame ne peut gérer ses médicaments par elle-même. Son mari s'occupe des médicaments. Il n'utilise pas de pilulier. Un horaire d'administration de médicaments a été remis au patient.					
Médicaments à l'admission: Olanzapine 5 mg qhs Permax 0,25 mg bid Sinemet 100/25 qid Eldepryl 5 mg qd Synthroid 0,05 mg qd Os-Cal 500 mg bid			Médicaments au congé: Sinemet CR 200/50 tid Synthroid 0,075 mg qd Florinef 0,05 mg bid Amatine 5 mg tid		
Médicaments: Synthroid 0,075 mg qd	Raisons du traitement/modifications (incluant valeurs de lab.): La dose de Synthroid a été augmentée de 0,05 mg à 0,075 mg le 2 novembre 2001. TSH à l'admission était de 12.				Suivi recommandé: Suggérons de refaire une TSH dans 3 semaines.
Florinef 0,05 mg bid Amatine 5 mg tid	La patiente souffre d'hypotension orthostatique. Le Florinef et l'Amatine ont été débuté lors de son hospitalisation. Elle doit prendre son Florinef à 7h00 le matin et 11h00 et l'Amatine à 7h00, 10h00 et 14h00. Le formulaire de médicaments d'exception a été envoyé à la RAMQ pour l'Amatine. La kaliémie de la patiente était de 4,5 mmol/L le 26 novembre.				Suggérons d'effectuer un bilan électrolytique- surtout le potassium dans une à deux semaine.
Sinemet CR 200/50 tid	Le Sinemet 100/25 qid a été changé pour Sinemet CR 200/50 tid-administré à 7h00, 12h00 et 17h00. Le Permax et l'Eldepryl ont été diminués graduellement et cessés durant son hospitalisation. L'olanzapine a été cessé puisque ses hallucinations sont disparues suite à l'arrêt du Permax et du Eldepryl.				
Os-Cal 500 mg bid Multivitamines 2 comprimés qd	La patiente souffre d'ostéoporose. La patiente prend 500 mg de calcium élémentaire dans sa diète. Les médicaments suivants ont été cessés : Olanzapine 5 mg qhs Permax 0,25 mg bid,, Eldepryl 5 mg qd				S.v.p, utiliser une préparation de multivitamines avec 400mg UI de vitamine D par comprimé. La patiente a besoin de Vitamine D 800 UI par jour.

Évaluation faite par:

Louise Mallet, Pharmacienne

Tél: [REDACTED]

Date: le 27 novembre 2001

Copies: 1-Dossier hospitalier • 2-CLSC • 3-Pharmacien communautaire • 4-Médecin de famille • 5-Patient

© 1996 Mallet/Bergeron/Laprise: HRV/USAGE

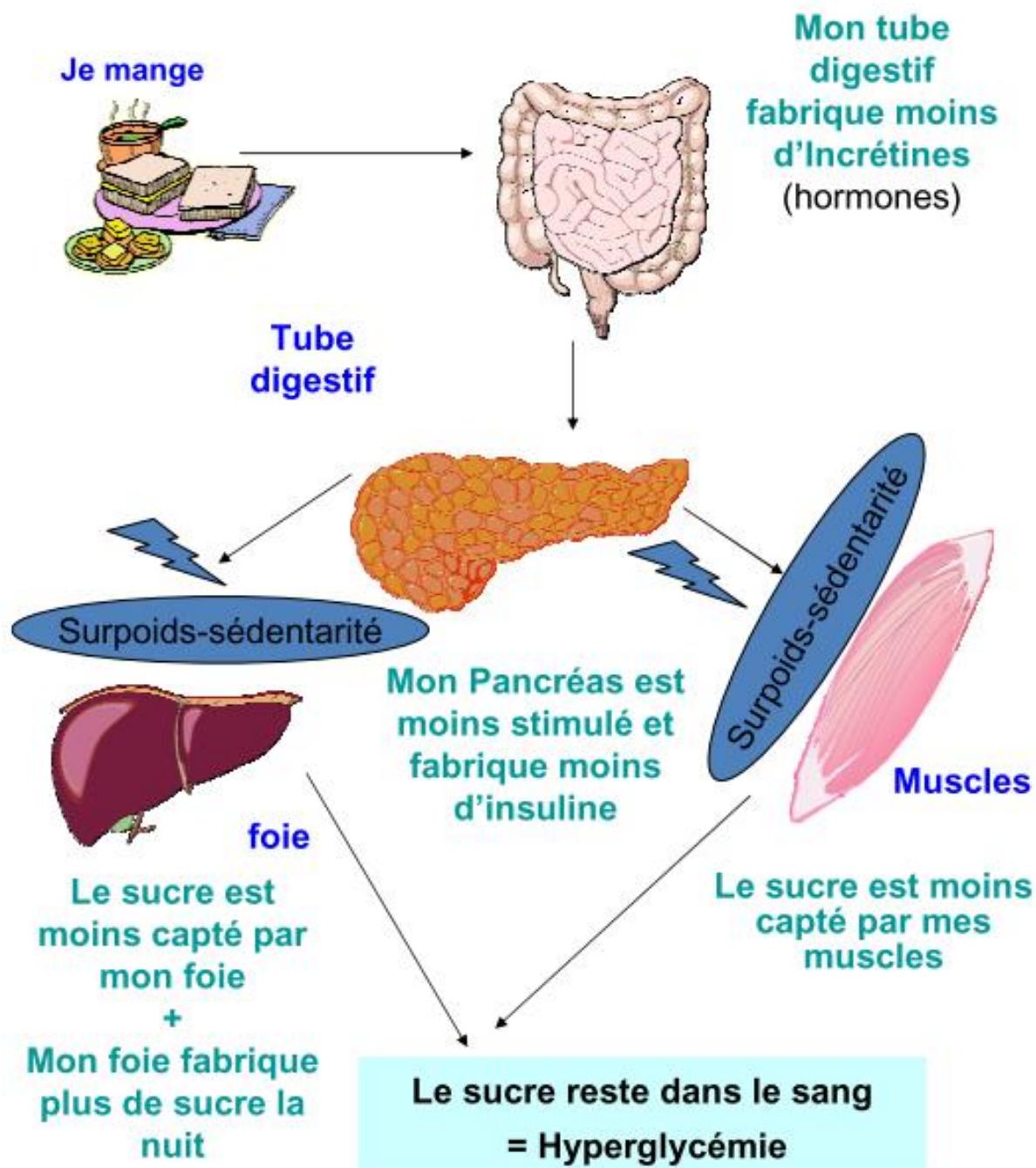
PLAN DE PRISE DU TRAITEMENT suite à l'entretien pharmaceutique
(ceci n'est PAS une ordonnance)

Médicament	Que fait mon traitement ?	MATIN	MIDI	SOIR
Nasonex = mométabone	Diminue les allergies dans le nez	1	0	1
Desloratadine	Diminue les allergies (corps)	0	0	1
Sértéotide 250 µg	Diminue l'inflammation des bronches (tous les jours)	1	0	1
Montéluksat 5 mg (Singulair)	Diminue l'inflammation - bien (corps)	0	0	1
Bricanyl turbuhaler	Libère les bronches avant l'effort	avant un effort (sport)		
Hydrocortisone 10 mg (Roussel)	Composée de "mouque" de cortisone à cause des gouttes "gâtiquées"	1/2	1/4	0
Ventoline	Fait passer les crues d'asthme en débâcle des bronches	crise d'asthme		
Prednidolone 20 mg	Diminue l'inflammation du corps quand la crise d'asthme se passe	crise d'asthme qui ne passe pas		
	Pour, le		

Annexe 2 : Exemple de plan de prise médicamenteuse (chez un enfant asthmatique)

Mécanismes du Diabète de Type 2

Déficit en Insuline et Résistance à l'insuline



Annexe 4 : Exemple de brochure d'information à destination des patients asthmatiques (source : Cespharm)

Asthme : chassons les idées reçues !



Idée reçue : L'asthme c'est la crise !

L'asthme est une maladie qui touche plus de 4 millions de personnes en France¹. Des traitements efficaces existent et cependant une grande majorité des personnes asthmatiques continuent de souffrir de symptômes qui les gênent dans leur vie quotidienne car leur asthme n'est pas suffisamment contrôlé¹. Une des raisons de ce mauvais contrôle de la maladie est le manque d'observance des traitements, c'est-à-dire le fait d'arrêter, de suspendre ou de ne pas respecter les prescriptions médicales². Une mauvaise connaissance de la maladie peut conduire certaines personnes à adhérer à des idées préconçues, largement diffusées et pourtant fausses. Voici quelques unes des idées reçues les plus fréquentes qu'il faut combattre.

Idée reçue : L'asthme... c'est la crise !

L'asthme est une maladie chronique inflammatoire des bronches qui provoque des difficultés à respirer, de l'essoufflement, de la toux, une respiration sifflante ou encore un sentiment d'oppression sur la poitrine. La crise d'asthme correspond à l'aggravation subite de ces signes. C'est en quelque sorte la partie visible de l'iceberg. Chez de nombreuses personnes, l'asthme ne se manifeste que par des crises occasionnelles, la respiration étant normale en dehors des crises. Chez d'autres personnes, cependant, l'asthme induit une gêne respiratoire permanente, qui limite les activités quotidiennes.

L'objectif du traitement de l'asthme est de contrôler cette maladie². En effet, si votre asthme est bien contrôlé, il ne vous réveillera pas la nuit, vous n'aurez que très peu de symptômes dans la journée (moins de deux par semaine), vous ne vous sentirez pas limité dans vos activités, n'aurez pas (ou très peu) besoin d'utiliser votre traitement de secours, et aurez une fonction respiratoire normale². Plutôt que de se traiter au coup par coup, au moment des crises uniquement, il faut, lorsque l'on souffre d'asthme persistant, traiter l'inflammation (qui elle correspond à la partie non visible de l'iceberg) tous les jours avec un traitement de fond afin d'éviter les crises². Il est important de bien faire la différence entre le traitement de la crise et le traitement de fond. Le traitement de la crise apporte au moment de la crise un soulagement rapide en ouvrant les bronches. Le traitement

de fond, quant à lui, agit sur l'inflammation des bronches. Il doit absolument être pris tous les jours, même en l'absence de symptômes, afin de contrôler l'asthme et d'éviter les crises et la dégradation de la fonction respiratoire².

Idée reçue : C'est une maladie psychologique

Il s'agit d'une idée reçue qui persiste. Quel asthmatique n'a pas entendu : "l'asthme, ce n'est rien, c'est dans la tête", "calme toi, ça va passer..." Or, l'asthme est bien une maladie inflammatoire des bronches, qui peut nécessiter, en cas d'asthme persistant, un traitement à base de corticoïdes inhalés et de bronchodilatateurs. Cependant, il est vrai que la crise d'asthme est une vraie source de stress : ne plus pouvoir respirer, avoir le sentiment que l'on va s'étouffer, ne plus avoir de souffle et penser que l'on va mourir créent beaucoup d'anxiété et c'est normal. Il ne faut pourtant pas confondre la cause et les conséquences. De plus, chez certaines personnes asthmatiques, des situations vécues comme stressantes peuvent déclencher des crises ou une perte de contrôle de leur asthme, voire correspondre au début de la maladie : rentrée des classes chez les enfants, approche d'un examen, déménagement, perte d'emploi, divorce, deuil²...

Dans tous les cas, pratiquer des activités comme la relaxation, la sophrologie, le Qi Gong peuvent vous aider à gérer votre stress.

Idée reçue : L'asthme disparaît à la puberté

Voilà une croyance populaire qui a la dent dure. Pourtant les études scientifiques (permettant de surveiller un échantillon de la population de la naissance jusqu'à 40-50 ans) montrent que l'asthme disparaît réellement à la puberté dans seulement... 5 % des cas³. Il est vrai que les "périodes hormonales" (la puberté, la grossesse) sont des moments de la vie où l'asthme peut se modifier. Mais souvent, quand la sécrétion hormonale revient à un rythme normal, l'asthme reprend son cours habituel².

Idée reçue : On ne peut pas faire de sport quand on est asthmatique

Non seulement le sport n'est pas contre indiqué pour les personnes asthmatiques, il peut même leur être bénéfique¹ En effet, le sport permet de développer la capacité respiratoire et de renforcer les muscles, y compris ceux qui interviennent dans la respiration. Il est cependant nécessaire de prendre quelques précautions.

Tout d'abord, avant de pratiquer une activité physique ou sportive, assurez-vous que votre asthme est bien contrôlé.

Choisissez le sport que vous aimez ! Il est important de se faire plaisir ! Evitez toutefois la plongée sous-marine avec bouteilles, contre-indiquée chez les asthmatiques.

N'oubliez pas de bien vous échauffer et de vous hydrater pendant et après l'effort.

Et l'asthme d'effort ?

L'asthme peut survenir quelques minutes après l'arrêt d'un effort physique soutenu ou violent, ou encore 5 à 10 minutes après le début d'un sport d'endurance, comme la course. On parle alors "d'asthme d'effort" ou "d'asthme induit par l'exercice". Si cela vous arrive, parlez-en avec votre médecin. Il pourra vous prescrire un médicament préventif, à prendre avant l'effort².

154

BUCHWALTER
(CC BY-NC-ND 2.0)

Idée reçue : Il ne faut pas prendre son traitement pour l'asthme quand on est enceinte

Chez les femmes enceintes aussi l'asthme est très fréquent puisqu'il touche jusqu'à 8 % d'entre elles⁶. Les questions qui se posent concernent souvent le traitement de fond (on répète souvent aux femmes enceintes qu'elles ne doivent pas prendre de médicaments), mais aussi l'impact de l'asthme sur la grossesse et bien entendu sur l'enfant à naître. S'il est admis que la grossesse peut avoir un impact sur l'asthme (dans 1/3 des cas, l'asthme ne varie pas pendant cette période, dans 1/3 des cas, il s'améliore et dans 1/3 des cas il se dégrade), les cas où l'asthme se dégrade sont liés à une mauvaise utilisation des corticoïdes ou aux changements hormonaux.

Vous attendez un bébé ?

Rassurez-vous car la plupart des traitements de l'asthme peuvent être utilisés pendant la grossesse⁷. Enceinte ou non, l'objectif reste l'absence de crise car celles-ci peuvent avoir un effet néfaste sur le fœtus. En cas de crise d'asthme de sa maman, celui-ci est privé d'oxygène ce qui peut nuire à son développement.

Vous souhaitez vérifier que votre traitement est compatible avec votre grossesse ?

N'hésitez pas à consulter votre médecin ou votre pharmacien.



Test de contrôle de l'asthme*

Ce test a pour objectif d'évaluer le contrôle de votre asthme. Il repose sur un questionnaire simple de 5 questions qui reflète le rétentionnement de la maladie sur votre vie quotidienne. Il vous suffit de calculer votre score total pour savoir si votre asthme est contrôlé.

Étape 1 : entourez votre score pour chaque question et reportez le chiffre dans la case à droite. Veuillez répondre aussi sincèrement que possible. Ceci vous aidera, votre médecin et vous-même, à mieux comprendre votre asthme.

Au cours des 4 dernières semaines, votre asthme vous a-t-il gêné(e) dans vos activités au travail, à l'école/université ou chez vous ?

Tout le temps	La plupart du temps	Quelquefois	Rarement	Jamais	Points
1	2	3	4	5	

Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été essoufflé(e) ?

Plus d'une fois par jour	Une fois par jour	3 à 6 fois par semaine	1 ou 2 fois par semaine	Jamais	Points
1	2	3	4	5	

Au cours des 4 dernières semaines, les symptômes de l'asthme (sifflements dans la poitrine, toux, essoufflement, oppression ou douleur dans la poitrine) vous ont-ils réveillé(e) la nuit ou plus tôt que d'habitude le matin ?

4 nuits ou + par semaine	2 à 3 nuits par semaine	Une nuit par semaine	1 ou 2 fois en tout	Jamais	Points
1	2	3	4	5	

Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous utilisé votre inhalateur de secours ou pris un traitement par nébulisation (par exemple salbutamol, terbutaline) ?

3 fois par jour ou plus	1 ou 2 fois par jour	2 ou 3 fois par semaine	1 fois par sem. ou moins	Jamais	Points
1	2	3	4	5	

Comment évalueriez-vous votre asthme au cours des 4 dernières semaines ?

Pas contrôlé du tout	Très peu contrôlé	Un peu contrôlé	Bien contrôlé	Totallement contrôlé	Points
1	2	3	4	5	

* ACF n° 2010 © QualityMetric Incorporated. Asthma France / French. Control Test™ a trademar ou a marca registrada de QualityMetric Incorporated.

Étape 2 : additionnez vos points pour obtenir votre score total.

Bien vivre avec son asthme, c'est avoir un asthme contrôlé.

Si votre score est inférieur à 20, votre asthme n'est peut-être pas contrôlé.

Consultez votre médecin et apportez-lui les résultats de ce test pour en discuter avec lui.

Idée reçue : La cortisone, c'est dangereux !

Difficile de se défaire d'une mauvaise réputation... et les asthmatiques en font souvent les frais!

Dans l'asthme, un des principaux problèmes est l'inflammation des bronches, qui à la longue peut les abîmer. Il est fondamental de traiter cette inflammation. La cortisone est le plus puissant des anti-inflammatoires, c'est une hormone naturellement fabriquée par l'organisme. L'introduction, depuis une trentaine d'années, d'une forme locale inhalée, appelée corticostéroïde inhalé, dans la prise en charge de l'asthme, a conduit à une amélioration importante du contrôle des symptômes (toux, respiration sifflante, sentiment d'oppression sur la poitrine) et de la fonction respiratoire, associée aussi à une diminution de la mortalité. Comme tout médicament, ces formes d'utilisation peuvent provoquer des effets secondaires, certains évitables en se rinçant la bouche après les prises, mais les corticostéroïdes restent, à l'heure actuelle, le traitement de base dans la prise en charge de l'asthme. Respectez bien les prescriptions de votre médecin et n'hésitez pas à le contacter ainsi que votre pharmacien si besoin.

Idée reçue : Tous les médicaments se ressemblent.

De manière schématique, on peut classer les médicaments de l'asthme en deux groupes :

- les médicaments qui dilatent les bronches lors d'une crise d'asthme: ce sont les bronchodilatateurs de court et de longue durée d'action.
- les médicaments qui réduisent et préviennent l'inflammation des bronches. En tout premier lieu, il s'agit des corticoïdes inhalés. Ceux-ci peuvent être associés dans certains cas à un autre type de médicaments anti-inflammatoires : les antileucotriènes pris sous forme de comprimés ;

Il existe également des médicaments efficaces qui ne sont pas prescrits en première intention, tels que les associations fixes qui associent un corticoïde inhalé à un bronchodilatateur à longue durée d'action dans un même système.

Il ne faut pas oublier les autres traitements possibles pour un asthmatique :

- les antihistaminiques ou les antileucotriènes en cas de rhinite allergique associée à l'asthme ;
- l'immunothérapie spécifique (ou désensibilisation) dans certains cas (essentiellement en cas d'allergie aux pollens ou aux acariens) ;
- les anti-IgE en cas d'asthme sévère allergique non contrôlé par les corticoïdes.

Il est important pour vous de bien connaître vos médicaments, de savoir à quel usage ils sont destinés (traitement de fond, traitement de crise) et de savoir les utiliser correctement. N'hésitez pas à poser des questions à votre médecin ou à votre pharmacien. Vous pouvez également participer à des séances d'éducation dans les écoles de l'asthme. Des ateliers y sont organisés pour apprendre à bien manipuler les différents systèmes d'inhalation, mais aussi à connaître ses facteurs déclencheurs des crises, à gérer la crise, à contrôler son environnement, etc. Pour connaître la liste des écoles de l'asthme, rendez-vous sur www.asthme-allergies.org

Idée reçue : L'asthme, c'est une maladie banale et ce n'est pas grave !

Il ne faut pas confondre fréquence et banalité ! L'asthme concerne de nombreuses personnes en France (6 % des adultes et 10 % des enfants). Des traitements efficaces sont disponibles, pourtant, au cours des 5 dernières années, le nombre d'hospitalisations pour asthme a augmenté, tout particulièrement chez les enfants⁸.

Chez les adultes, l'asthme est responsable de 7 millions de journées d'arrêt de travail par an⁹. Un asthme insuffisamment ou mal contrôlé vous expose à une limitation dans vos activités de la vie quotidienne. Ne laissez pas l'asthme vous contrôler ! Consultez votre médecin, il pourra vous proposer des solutions adaptées à votre cas !

(1) Questions d'Économie de Santé – IQES n°138 – Décembre 2008

(2) Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Management and Prevention 2015. Available from: www.ginasthma.org

(3) Urban RD, Robertson CE, Glünn A. The Melbourne Asthma Study: 1964-1999. *J Allergy Clin Immunol*. 2002 Feb;109(2):189-193.

(4) ANAES Recommandations pour la pratique Clinique. Education thérapeutique du patient asthmatique. Juin 2001.

(5) Delphine S. Médecine d'Antoine Noire - 1990, 37111

(6) Enriquez R et al. Cessation of asthma medication in early pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;195: 149-152

(7) Etat de santé de la population en France- Édition 2015- DREES

(8) INVS – « Surveillance épidémiologique de l'asthme »

Document réalisé grâce au soutien du laboratoire gsk



66, rue des Tilleuls - 92100 Boulogne Billancourt

www.asthme-allergies.org

Pour en savoir plus : **0 N° Vert 0 800 19 20 21** (appel gratuit depuis un poste fixe)

FRAST/0008/015 - Avril 2015 © Laboratoire GSKSmithKline K. Particular - Illustrations Thibaut

Annexe 5 : Questionnaire proposé aux pharmaciens lors de l'enquête ETP de la SFPC en 2013

Recensement de la participation des pharmaciens aux démarches éducatives

Remplir un questionnaire par action d'ETP impliquant le pharmacien

DESCRIPTION DE L'ACTION

Q1- Quel est l'intitulé de votre action d'ETP ? :

.....

Q2- A partir de quel(s) constat(s) et / ou de quel(s) problème(s) est née votre action d'ETP?

Revue de la littérature	<input type="radio"/> g
Analyse de besoins auprès des patients (Autoquestionnaires, entretiens semi directifs, ...)	<input type="radio"/>
Analyse de besoins auprès des soignants (Autoquestionnaires, entretiens semi directifs, ...)	<input type="radio"/>
Demande institutionnelle	<input type="radio"/>
- Autre (précisez) :	<input type="radio"/>
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	<input type="radio"/>

Q3- Sur quel domaine porte-t-elle ? :

cardiovasculaire	<input type="radio"/>	Préciser :
Pneumo	<input type="radio"/>	Préciser :

Rhumato	<input type="radio"/>	Préciser :
Diabéto / Endocrinologie	<input type="radio"/>	Préciser :
Néphrologie	<input type="radio"/>	Préciser :
Infectiologie	<input type="radio"/>	Préciser :
Douleur	<input type="radio"/>	Préciser :
Transplantation	<input type="radio"/>	Préciser :
Autres	<input type="radio"/>	Préciser :

Q4- Quels sont le ou les public(s) concerné(s) par votre action ?

(Plusieurs réponses possibles) : **ARS**

- patients hospitalisés	<input type="radio"/>	
- patients non hospitalisés	<input type="radio"/>	
- familles / entourage	<input type="radio"/>	
- Autres	<input type="radio"/>	Préciser

Q5- Où a lieu votre action d'éducation ? (Une ou plusieurs réponses possibles)* :

- Dans un établissement de santé public	<input type="radio"/>	
- Dans un établissement de santé privé	<input type="radio"/>	
- Au sein d'un réseau	<input type="radio"/>	Préciser lequel :
- Dans une association	<input type="radio"/>	Laquelle (lesquelles) :
- A l'officine	<input type="radio"/>	
- Au domicile du patient	<input type="radio"/>	
- Autre	<input type="radio"/>	Préciser :

METHODOLOGIE DE L'ACTION

Q6 : Votre action suit les 4 étapes clés de l'HAS ?

- **Diagnostic éducatif**
- **Synthèse et définition des objectifs éducatifs avec le patient**
- **Mise en œuvre des séances éducatives**
- **Evaluation des compétences acquises**

Q7 : Etes-vous initiateur de ce projet ? Oui Non

- Si Non : Comment avez-vous **intégré le projet ou l'action éducative** ?
.....

Q8 : A quelle étape se situe votre participation (plusieurs réponses possibles)

- **Diagnostic éducatif**
- **Synthèse et définition des objectifs éducatifs avec le patient**
- **Mise en œuvre des séances éducatives**
- **Evaluation des compétences acquises**

Q9 : La mise en œuvre des séances est réalisée sous forme de :

Séance individuelle Atelier de groupe Les deux

Q10 : Quelles sont les techniques pédagogiques utilisées ?

(Plusieurs réponses possibles)* : **ARS**

- Exposés individuels (ex : cours) / - Exposés en groupe

- Jeux de rôles / - Tables rondes

- Brainstorming / - Méplaplan

- Photoexpression / - Démonstrations

- Enseignement pratique

-Télé-enseignement (internet) / enseignement assisté par ordinateur -
Autre Précisez

Q11 : Quels sont les outils pédagogiques que vous utilisez ?* :

(Plusieurs réponses possibles)

			Outil fait maison
- Cassette audio	<input type="radio"/>		OUI / NON
- Cassette vidéo / DVD	<input type="radio"/>		OUI / NON
- Logiciel / disquette / CD	<input type="radio"/>		OUI / NON
- Internet	<input type="radio"/>		OUI / NON

- Coffret pédagogique	<input type="radio"/>	OUI / NON
- Jeu	<input type="radio"/>	OUI / NON
- Diaporama	<input type="radio"/>	OUI / NON
- Exposition	<input type="radio"/>	OUI / NON
- Affiche	<input type="radio"/>	OUI / NON
- Guide d'utilisation (Fiche, Classeur,...)	<input type="radio"/>	OUI / NON
- Livret / brochure	<input type="radio"/>	OUI / NON
- Utilisation d'objet figuratif	<input type="radio"/>	Préciser :
- Utilisation de matériel médical	<input type="radio"/>	Préciser :
- Autres	<input type="radio"/>	Préciser :

Q12- Une évaluation de votre action est-elle réalisée et/ou prévue?* : ARS

Oui O Non O

Si oui, évaluation

- Processus (déroulement, évaluation des séances, nombre de patients, ...) O
- Résultats – impacts (effets pour les patients) O

Q 13 Où sont recrutés vos patients

- **hospitalisation**
- **hôpital de jour**
- **consultation**
- **association**
- **médecin traitant**
- **pharmacie**
- **paramédicaux**

Q14 : Comment vos patients ont-ils connus l'action éducative

- **Journée de sensibilisation sur les pathologies (ostéoporose, asthme, ...)**
- **Présentation par un soignant de l'équipe**
- **Présentation par un soignants extérieur à l'équipe(communautaire / hospitalier)**
- **Flyers**
- **Affiche**
- **Bouche à Oreille**

Q15- Transmission de l'information

- Les actions d'ETP apparaissent-elles dans le **dossier de soins ou le DP ou le logiciel de gestion officinale (outil de traçabilité)**? : **ARS** Oui O Non O

- Existe-t-il un dossier spécifique pour l'ETP? : **ARS** Oui O NonO
- Les informations d'ETP sont accessibles à tous les professionnels qui participent à l'action d'ETP? **ARS** Oui O NonO
- Les informations d'ETP sont-elles accessibles aux autres professionnels? **ARS** Oui O NonO

MOYENS DE L'ACTION

Q16- Quels sont les moyens financiers que vous avez mobilisés pour cette action?
(Plusieurs réponses possibles)* :

- Budget hospitalier MIG : Préciser :
- Budget hospitalier T2A : Préciser :
- Budget hospitalier Recherche Clinique : Préciser :
- Autre(s) subvention(s) publique(s) Préciser :

- Subventions privées (fondation, laboratoire, assurances privées...) Préciser :

- Aucun moyen financier supplémentaire (réorganisation des activités de l'équipe, soutien d'un chef, du pôle...) : Préciser :

- Autre : Préciser :

Q17- Votre action a-t-elle le soutien de ?* :

- La CME (Commission Médicale d'Etablissement)	oui	<input type="radio"/>	non	<input type="radio"/>	Ne sait pas	<input type="radio"/>
- La Direction des Soins	oui	<input type="radio"/>	non	<input type="radio"/>	Ne sait pas	<input type="radio"/>
- La Direction Générale	oui	<input type="radio"/>	non	<input type="radio"/>	Ne sait pas	<input type="radio"/>
- Votre équipe	oui	<input type="radio"/>	non	<input type="radio"/>	Ne sait pas	<input type="radio"/>
- UTEP, UTET ...	oui	<input type="radio"/>	non	<input type="radio"/>	Ne sait pas	<input type="radio"/>
- ARS	oui	<input type="radio"/>	non	<input type="radio"/>	Ne sait pas	<input type="radio"/>
- CPAM	oui	<input type="radio"/>	non	<input type="radio"/>	Ne sait pas	<input type="radio"/>
- Assurances privées	oui	<input type="radio"/>	non	<input type="radio"/>	Ne sait pas	<input type="radio"/>

Q18- Quels sont les personnes ou organismes investis dans cette action? : ARS

Personnes & organismes	Nombre professionnels hospitaliers	Nombre professionnels extrahospitaliers
Médecin généraliste		
Médecin spécialiste		
Sage-femme		
Pharmacien		
Préparateur		
Cadre soignant		
Infirmier		
Aide-soignant		
Secrétaire		
Psychologue		
Diététicien		
Kinésithérapeute		
Ergothérapeute		
Orthophoniste		
Pédiatre		

Podologue		
Travailleur social		
Coordinateur d'éducation du patient		
Patient		
Famille		
Association de patient		
Autre :		

Q19- Quel est le temps pharmacien que vous arrivez à dédier à l'activité ? :

(Temps par mois ?)

.....

Q20 : Cette activité est-elle officialisée dans votre temps de travail ?

Oui O Non O

Q21 : Avez-vous suivi une formation spécifique en Education Thérapeutique du Patient ?

Oui O Non O

Si Oui :

- Journée de sensibilisation Oui O Non O
 - niveau 1 : 40 heures ; Oui O Non O
 - Niveau 2 : DU ; Oui O Non O
 - Master ; 3^{ème} Cycle ; DIFEP...) : Oui O Non O
 - Autre (Précisez)
-

Q22- Avez-vous communiqué autour de votre action ? :

Oui Non O

Si oui, comment ? :

Communications locales

Publications sous forme de communications orales ou affichées à Congrès

Publications sous forme d'articles

Autres : Préciser

Q23 : Votre action éducative a-t-elle fait l'objet d'une demande de validation ARS?

Oui Non O en cours

Si oui a-t-elle été acceptée ?

Oui Non

Nom : Prénom :

Téléphone:
Fax: E-mail:

Votre lieu d'exercice est-il ? (cocher la case correspondante au lieu d'exercice principal) :

CHRU CH CHS

Hôpital local Etablissement Privé PSPH (Participant au Service Public Hospitalier)

Etablissement Privé non PSPH sans but lucratif Clinique privée

Officine

Réseaux

Associations

Autre, précisez :

L'ISPB - Faculté de Pharmacie de Lyon et l'Université Claude Bernard Lyon 1 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

L'ISPB - Faculté de Pharmacie de Lyon est engagé dans une démarche de lutte contre le plagiat. De ce fait, une sensibilisation des étudiants et encadrants des thèses a été réalisée avec notamment l'incitation à l'utilisation d'une méthode de recherche de similitudes.

BUCHWALTER William

Education thérapeutique du patient : enquête sur les pratiques des pharmaciens d'officine français.

Th. D. Pharm., Lyon 1, 2015, 170 p.

RESUME

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est reconnue comme un élément important dans la prise en charge du malade chronique. Une enquête menée par la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) en 2013 a invité les pharmaciens à décrire les dispositifs éducatifs dans lesquels ils étaient impliqués. Comme attendu, les actions hospitalières sont sorties majoritaires, néanmoins les résultats ont montré un développement des actions en ambulatoire, avec 51 déclarées par des pharmaciens d'officine. Ces données, obtenues via un questionnaire en ligne, étaient essentiellement quantitatives. Le travail de cette thèse a consisté en une nouvelle étude, dont l'objectif était double : d'une part, préciser les démarches officinales déclarées lors de l'enquête 2013 par une approche plus qualitative, d'autre part, aboutir à une cartographie des ressources en ETP sur le territoire français.

Les pharmaciens d'officine ayant répondu à la première enquête ont été recontactés durant l'été 2014. Une trame d'entretien a été élaborée et validée par un groupe expert (SFPC). Des entretiens semi-dirigés par téléphone ont abordé les modalités pratiques de l'action d'ETP et le ressenti des officinaux sur leurs pratiques. Les données recueillies ont été analysées de manière quantitative. Une analyse qualitative complémentaire a été réalisée à partir du verbatim des répondants, selon une approche inductive.

Sur les 51 actions officinales de 2013, 44 ont été analysées par cette seconde enquête. Les domaines d'action les plus cités étaient le diabète (50 %) et le cardiovasculaire (48 %). Les actions se déroulaient au sein de l'officine dans 73 % des cas et 55 % étaient menées en lien avec un réseau de santé. Un diagnostic éducatif était retrouvé pour 59 % des actions et une évaluation des acquis du patient pour 57 %. Une communication interprofessionnelle était relatée dans 75 % des cas. Plus de la moitié des actions étaient validées par l'ARS (52 %) et 54 % avaient obtenu un financement. Au final, 57 % des actions relevaient d'une démarche d'ETP. L'analyse qualitative montre des difficultés : temps à dégager, manque d'espaces adaptés, fréquence du bénévolat, contraintes administratives et déficit de formation spécifique. Constat en revanche positif, la plupart des répondants parvenant à réaliser de l'ETP ont rejoint un réseau de santé multiprofessionnel à l'action plus structurée, qui leur confie une mission définie et les soulage des démarches administratives d'autorisation des programmes.

Cette enquête a permis d'établir un état des lieux précis des pratiques officinales de l'ETP en France. Elle révèle que des pharmaciens d'officine s'inscrivent pleinement dans une telle démarche malgré les obstacles existants. La cartographie des ressources issue de cette enquête devrait permettre d'aider les officinaux souhaitant s'engager dans cette activité.

MOTS CLES

Education thérapeutique du patient

Pharmacie d'officine

Enquête sur les pratiques

JURY

Mme FERDJAOUI-MOUMJID Nora, Professeur des Universités

Mme JANOLY-DUMENIL Audrey, Praticien hospitalier – Maître de Conférences

Mme LEHMANN Audrey, Praticien hospitalier

M. MONTREUIL Bernard, Docteur en Pharmacie

DATE DE SOUTENANCE

Jeudi 26 novembre 2015

ADRESSE DE L'AUTEUR

146, avenue des frères Lumière – 69008 Lyon