



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

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



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

2024

THESE n°10

THESE

Pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
présentée et soutenue publiquement le 30 janvier 2024 Par

Mme BALBLANC Elise

Né le 02 février 1992

À OULLINS (69)

Dispenser dans une pharmacie de quartier populaire : analyse des relations conflictuelles des officinaux avec des patients en situation de faible niveau de littératie en santé

JURY

Mme Valérie SIRANYAN, Docteure en Pharmacie et en Droit de la Santé - Professeure des universités

M. Ronald GUILLOUX, Docteur en Science Politique - Maitre de Conférences

Mme Céline PRUNET-SPANNO, Docteure en pharmacie - Maitresse de conférences

Mme Aurélie ETAIX, Docteure en pharmacie - Adjointe en officine

M. Thomas DUREZ, Docteur en pharmacie - Titulaire en officine

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique et de la Commission Recherche	Hamda BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	Didier REVEL
Vice-Présidente de la Commission Formation	Christophe VITON
Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires	Jean François MORNEX
Directeur général des services	Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTÉ

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux	Philippe PAPAREL
Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)	Claude DUSSART
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR)	Jacques LUAUTÉ
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Carole BURILLON

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODET
Directeur de Polytech Lyon	Emmanuel PERRIN
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO
Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOSNE
Directeur de l'Observatoire de Lyon	Bruno GUIDERDONI
Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)	Pierre CHAREYRON
Directrice du Département-composante Génie Électrique & des Procédés (GEP)	Rosaria FERRIGNO
Directrice du Département-composante Informatique	Saida BOUAZAK BRONDEL
Directeur du Département-composante Mécanique	Marc BUFFAT

LISTE DES DEPARTEMENTS PEDAGOGIQUES

**DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE SCIENCES PHYSICO-CHIMIQUES ET PHARMACIE
GALENIQUE**

- **CHIMIE GENERALE, PHYSIQUE ET MINERALE**
Monsieur Raphaël TERREUX (PR)
Madame Julie-Anne CHEMELLE (MCU)

- **CHIMIE ANALYTIQUE**
Madame Anne DENUZIERE (MCU)
Monsieur Lars-Petter JORDHEIM (MCU-HDR)
Madame Christelle MACHON (MCU-PH)
Monsieur Waël ZEINYEH (MCU)

- **PHARMACIE GALENIQUE -COSMETOLOGIE**
Madame Marie-Alexandrine BOLZINGER (PR)
Madame Stéphanie BRIANCON (PR)
Monsieur Fabrice PIROT (PU-PH)
Monsieur Eyad AL MOUAZEN (MCU)
Madame Sandrine BOURGEOIS (MCU)
Madame Danielle CAMPIOL ARRUDA (MCU)
Madame Ghania HAMDY-DEGOBERT (MCU-HDR)
Monsieur Plamen KIRILOV (MCU)
Madame Giovanna LOLLO (MCU-HDR)
Madame Jacqueline RESENDE DE AZEVEDO (MCU)
Monsieur Damien SALMON (MCU-PH)
Madame Eloïse THOMAS (MCU)

Guillaume PLET (ATER)

- **BIOPHYSIQUE**
Monsieur Cyril PAILLER-MATTEI (PR)
Madame Laurence HEINRICH (MCU)
Monsieur David KRYZA (MCU-PH-HDR)
Madame Sophie LANCELOT (MCU-PH-HDR)
Madame Elise LEVIGOUREUX (MCU-PH)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE PHARMACEUTIQUE DE SANTE PUBLIQUE

- **DROIT DE LA SANTE**
Madame Valérie SIRANYAN (PR)
Madame Maud CINTRAT (MCU)

- **ECONOMIE DE LA SANTE**
Madame Nora FERDJAOUI MOUMJID (MCU-HDR)
Monsieur Hans-Martin SPÄTH (MCU-HDR)

- **INFORMATION ET DOCUMENTATION**
Madame Maryem RHANOUI (MCU)

- **INGENIERIE APPLIQUEE A LA SANTE ET DISPOSITIFS MEDICAUX**
Monsieur Xavier ARMOIRY (PU-PH)
Madame Claire GAILLARD (MCU)
- **QUALITOLOGIE – MANAGEMENT DE LA QUALITE**
Madame Alexandra CLAYER-MONTEMBAULT (PU)
Monsieur Vincent GROS (MCU-enseignant contractuel temps partiel)
Madame Audrey JANOLY-DUMENIL (MCU-PH-HDR)
Madame Pascale PREYNAT (MCU-enseignant contractuel temps partiel)
- **MATHEMATIQUES – STATISTIQUES**
Madame Claire BARDEL-DANJEAN (MCU-PH-HDR)
Madame Marie-Aimée DRONNE (MCU)
Madame Marie-Paule GUSTIN (MCU-HDR)
- **SANTE PUBLIQUE**
Monsieur Claude DUSSART (PU-PH)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE SCIENCES DU MEDICAMENT

- **CHIMIE ORGANIQUE**
Monsieur Pascal NEBOIS (PR)
Madame Amanda GARRIDO (MCU)
Madame Christelle MARMINON (MCU)
Madame Sylvie RADIX (MCU-HDR)
Monsieur Luc ROCHEBLAVE (MCU-HDR)
- **CHIMIE THERAPEUTIQUE**
Monsieur Marc LEBORGNE (PR)
Monsieur Thierry LOMBERGET (PR)
Monsieur Laurent ETTOUATI (MCU-HDR)
Monsieur François HALLE (MCU)
Madame Marie-Emmanuelle MILLION (MCU)
- **BOTANIQUE ET PHARMACOGNOSIE**
Madame Marie-Geneviève DIJOUX-FRANCA (PR)
Madame Anne-Emmanuelle HAY DE BETTIGNIES (MCU)
Madame Isabelle KERZAON (MCU)
Monsieur Serge MICHALET (MCU)
- **PHARMACIE CLINIQUE, PHARMACOCINETIQUE ET EVALUATION DU MEDICAMENT**
Madame Christelle CHAUDRAY-MOUCHOUX (PU-PH)
Madame Catherine RIOUFOL (PU-PH)
Madame Magali BOLON-LARGER (MCU-PH)
Monsieur Teddy NOVAIS (MCU-PH)
Madame Florence RANCHON (MCU-PH)
Madame Delphine HOEGY (MCU-PH)
Madame Céline PRUNET-SPANNO (MCU)
Madame Chloë HERLEDAN (AHU)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DE PHARMACOLOGIE, PHYSIOLOGIE ET TOXICOLOGIE

- **TOXICOLOGIE**
Monsieur Jérôme GUITTON (PU-PH)
Madame Léa PAYEN (PU-PH)
Madame Francesca ANGILERI (MCU)
Monsieur David BARTHELEMY(AHU)
- **PHYSIOLOGIE**
Madame Elise BELAIDI (PU)
Madame Kiao Ling LIU (MCU)
Monsieur Ming LO (MCU-HDR)
- **PHARMACOLOGIE**

Monsieur Laurent BOURGUIGNON (PU-PH)
Monsieur Sylvain GOUTELLE (PU-PH)
Monsieur Luc ZIMMER (PU-PH)
Monsieur Roger BESANCON (MCU)
Madame Evelyne CHANUT (MCU)
Monsieur Nicola KUCZEWSKI (MCU)
Monsieur Romain GARREAU (AHU)
- **COMMUNICATION**

Monsieur Ronald GUILLOUX (MCU)
- **ENSEIGNANTS CONTRACTUELS TEMPS PARTIEL**
Madame Pauline LOUBERT (MCU-enseignant contractuel temps partiel)
Monsieur Vincent LESCURE (MCU-enseignant contractuel temps partiel)
Madame Hortense PRELY (MCU-enseignant contractuel temps partiel)

DEPARTEMENT PEDAGOGIQUE DES SCIENCES BIOMEDICALES A

- **IMMUNOLOGIE**
Monsieur Guillaume MONNERET (PU-PH)
Madame Morgane GOSSEZ (MCU-PH)
Monsieur Sébastien VIEL (MCU-PH-HDR)
Madame Anaïs NOMBEL (AHU)
- **HEMATOLOGIE ET CYTOLOGIE**
Madame Christine VINCIGUERRA (PU-PH)
Madame Sarah HUET (MCU-PH)
Monsieur Yohann JOURDY (MCU-PH)
- **MICROBIOLOGIE ET MYCOLOGIE FONDAMENTALE ET APPLIQUEE AUX BIOTECHNOLOGIES INDUSTRIELLES**
Monsieur Frédéric LAURENT (PU-PH)
Madame Florence MORFIN (PU-PH)
Madame Veronica RODRIGUEZ-NAVA (PR)
Monsieur Didier BLAHA (MCU-HDR)
Madame Ghislaine DESCOURS (MCU-PH)
Monsieur Alexandre GAYMARD (MCU-PH)
Madame Anne DOLEANS JORDHEIM (MCU-PH-HDR)
Madame Emilie FROBERT (MCU-PH)
Monsieur Jérôme JOSSE (MCU)

Madame Floriane LAUMAY (MCU)

- **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)
Madame Caroline MOYRET-LALLE (PR)
Madame Emilie BLOND (MCU-PH)
Monsieur Karim CHIKH (MCU-PH)
Madame Carole FERRARO-PEYRET (MCU-PH-HDR)
Monsieur Anthony FOURIER (MCU-PH)
Monsieur Boyan GRIGOROV (MCU-HDR)
Monsieur Alexandre JANIN (MCU-PH)
Monsieur Hubert LINCET (MCU-HDR)
Monsieur Olivier MEURETTE (MCU-HDR)
Madame Angélique MULARONI (MCU)
Madame Stéphanie SENTIS (MCU)
Monsieur Jordan TEOLI (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 Philippe LAWTON (PR)
Madame Sandrine BOURGEOIS (MCU)
Madame Marie-Emmanuelle MILLION (MCU)
Madame Alexandra MONTEBAULT (MCU)
Madame Angélique MULARONI (MCU)
Madame Marie-Françoise KLUCKER (MCU-enseignant contractuel temps partiel)
Madame Valérie VOIRON (MCU-enseignant contractuel temps partiel)

PR : Professeur des Universités
PU-PH : Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
PHU : Praticien hospitalo-universitaire
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
ATER : Attaché temporaire d'enseignement et de recherche

Remerciements

- Aux Membres du jury.

À madame Valérie Siranyan, je vous remercie d'avoir accepté de présider mon jury de thèse, voyez dans ces mots ma profonde gratitude.

À madame Céline Prunet-Spano, je vous remercie pour votre investissement dans la filière officine et d'avoir accepté de juger mon travail. Veuillez trouver l'expression de ma sincère reconnaissance.

À madame Aurélie Etaix, je te remercie d'avoir accepté si rapidement d'être membre de mon jury et d'avoir témoigné autant d'intérêt pour mon sujet.

À mon ami et frère Thomas Durez, merci d'avoir été présent à chaque instant de l'élaboration de ce manuscrit et d'avoir été un soutien infaillible.

À monsieur Ronald Guilloux, je vous remercie d'avoir encadré ma thèse. Votre investissement, pédagogie, enthousiasme et surtout patience concernant mes travaux m'ont permis d'aller au bout de ce projet. Je vous témoigne ma profonde gratitude.

- À ma famille.

À mes grands-parents et Mamie, merci pour l'amour que vous me portez au quotidien.

À vous Père et Mère, merci d'avoir toujours soutenu mes choix, de m'avoir permis de réaliser les études que je désirais. Merci pour votre amour sans faille et pour votre éducation.

À Marie, Oscar et Léon, merci pour votre amour et tendresse. S'il vous plait les garçons, essayez de faire moins long pour vos études ...

À Martin, mon frère, merci d'avoir ouvert la voie et de m'avoir appris sur moi. Merci pour tes conseils éclairés et ton amour inconditionnel. Tu as toujours su avoir les bons mots, aux bons moments.

À Ninon, ma seule et unique sœur, je te remercie pour tous ces moments si singuliers que nous avons passés et passerons encore ensemble. Tu es mon humain préféré.

À mes oncles, tantes et cousins, merci pour votre investissement et soutien concernant ce travail.

À Patricia et Thierry, je souhaite sincèrement vous remercier pour votre engagement continu envers ce projet et pour l'intérêt manifeste que vous avez porté à ma réussite. Votre soutien a été précieux.

- À mes collègues.

À monsieur Olivier Anrès, merci de m'avoir permis d'être le pharmacien que je suis.

À Juliette et Virginia, merci pour votre bienveillance. Vous avez toujours pris grand soin de moi pendant ses six années à Cusset. Et cela, même si je faisais des bêtises. (Encore désolée pour les erreurs d'encaissement et les produits chers...)

À mes collègues et amis, Charline, Marine, Christine, Thomas, Samy, Sonia, Géraldine, Fred, Valérie, Virginie, Marie, Axel et Hélène, pour ces moments où l'on a ri et pleuré ensemble. Vous êtes une famille pour moi.

- À mes amis.

À Tiff, Charline, Lydia, Manon, Maïween et Laurie, merci d'éclairer mon quotidien et de me faire rire malgré vous.

À Gaëtan, merci de m'avoir montré le chemin et de m'avoir prouvé qu'il était possible d'arriver à la fin.

À Reno, merci d'avoir été le premier et d'être resté le même au fils de ces longues années. Tu es drôle, beau et unique, nous étions faits pour nous rencontrer.

À mes vieilles amies Amélie et Léonie, même si la distance nous sépare, je vous remercie pour votre amour.

Au burô, merci pour cette belle année. Une mention spéciale à Bubulle et mon vieux, merci d'avoir toujours été si soudés !

À Catherine qui a eu le rôle d'une mère, d'une confidente et qui a été d'un soutien incroyable pendant mes années d'études. Merci pour votre bienveillance et votre gentillesse. Et surtout, merci de clôturer cette longue expérience avec l'impression de mon manuscrit.

À Pierre, bien que de nombreuses taquineries me viennent à l'esprit à ton sujet, je tiens à exprimer ma gratitude pour ton humour, ta bienveillance et ton soutien tout au long de la rédaction de ce manuscrit. Tu as été présent non seulement dans les moments joyeux, mais surtout dans les moments difficiles et je te suis éternellement reconnaissante pour cela.

À Gustave, mon fidèle compagnon à poil et l'amour de ma vie, c'est à toi que je dédie ce travail ...

Table des matières

Table des matières

Remerciements.....	6
1. Introduction.....	14
1.1. Problématique de recherche	15
1.1.1. Méthode de problématisation	15
1.1.2. Application à l'officine.....	18
1.2. Objectifs de l'étude.....	20
2. Revue de littérature.....	21
2.1. Deux notions centrales.....	21
2.1.1. La littératie en santé (LES).....	21
2.1.2. Les inégalités sociales de santé (ISS).....	28
2.1.3. Enjeux de la communication entre professionnels et patient en situation de faible niveau de LES.....	29
2.2. Revue des thèses de pharmacie sur les relations conflictuelles en pharmacie	30
2.2.1. La majorité des travaux sur la relation de communication en générale à l'officine	30
2.2.2. Une minorité de travaux sur les relations conflictuelles.....	35
3. Matériel et méthodes	37
3.1. Cadre théorique de l'étude.....	37
3.1.1. Littératie en santé et inégalités sociales de santé	37
3.1.2. Théorie psychosociale des interactions individuelles	38
3.2. Lieu et groupe observé.....	44
3.2.1. Choix du lieu	44
3.2.2. Groupe professionnel observé	45
3.3. Collecte des données : observations	45
3.3.1. Observation de terrain	45
3.3.2. Analyse des données d'observations	49
4. Résultats.....	51
4.1. Définition de relation conflictuelle	51
4.1.1. Définition et niveaux du conflit	51
4.1.2. Les réactions au conflit : extériorisées ou intériorisées.....	53

4.2.	L'importance du contexte dans le conflit et facteurs favorisants	54
4.2.1.	Le cadre physique et temporel.....	55
4.2.2.	Le cadre social	56
4.2.3.	La situation	59
4.2.4.	L'institution.....	61
4.3.	Les sources identifiées par les observations du conflit entre professionnel et patient en situation de faible niveau de LES d'un milieu social défavorisé	63
4.3.1.	Le refus	63
4.3.2.	Les problèmes de compréhension	64
4.3.3.	Le temps d'attente	72
4.3.4.	La disponibilité du professionnel	73
4.3.5.	L'état émotionnel	74
4.3.6.	Les attentes et besoins du patient	76
4.3.7.	Les erreurs	78
4.3.8.	Les profils et comportements des patients.....	79
4.4.	Les enjeux de la relation conflictuelle avec les patients en situation de faible niveau de littératie en santé.....	82
4.4.1.	Les enjeux identitaires.....	83
4.4.2.	Les enjeux sécuritaires et réglementaires.....	89
4.5.	Les savoir-faire et moyens de contournement des professionnels dans les relations conflictuelles avec les patients en situation de faible niveau de littératie en santé.....	95
4.5.1.	La fuite.....	95
4.5.2.	L'ignorance	97
4.5.3.	L'attaque.....	98
4.5.4.	La recherche de solution	101
4.6.	Les effets du conflit sur le professionnel et sa pratique	103
4.6.1.	Les effets psychologiques individuels	103
4.6.2.	Les effets sur la pratique individuelle et collective	104
5.	Discussion.....	110
5.1.	Proposition théorique pour améliorer la prise en charge des patients en situation de faible niveau de LES d'un milieu social défavorisé	110
5.1.1.	Préparation psychologique au conflit	111
5.1.2.	Acquisition des compétences en communication.....	112
5.1.3.	Le partage du vécu	116
5.2.	Limites de l'étude	118
5.3.	Contributions et implications.....	119
6.	Conclusion	120

Bibliographie	123
Annexes	127

Liste des abréviations :

CSP – Code de la santé publique

CV – Carte vitale

ISS – Inégalité sociale de santé

LES – Littératie en santé

MAD – Maintien à domicile

PEC – Prise en charge

PO – Professionnel officinal

RDV – Rendez-vous

SS – Sécurité sociale

TROD – Test d'orientation de diagnostic

UNCCAS – Union nationale des centres communaux d'action sociale

1. Introduction

Itinéraire de réflexion

Instaurer une relation de qualité entre le professionnel officinal (PO)¹ et le patient est indispensable pour répondre à la demande de ce dernier. Or la mise en place d'une telle relation se heurte à de nombreux obstacles qui relèvent aussi bien du patient, du professionnel mais aussi du contexte psycho-social dans lequel la relation s'instaure. Il existe de nombreux exemples où ces difficultés se manifestent : patient étranger avec la barrière linguistique et les filtres culturels, patient en situation de handicap physique ou mental avec les difficultés d'expression et de compréhension de part et d'autre, patient en situation de perte de contrôle émotionnel engendrant une problématique de communication et une perte de lien avec le professionnel ou patient présentant des difficultés de compréhension des différentes règles législatives pouvant amener à un conflit relationnel. La pression sociale du « tout, tout de suite », de la « connectivité » grandissante sont des exigences pouvant perturber cette relation, notamment quand elle concerne des populations isolées ou en situation de précarité.

La découverte de l'existence de l'Ordonnance Visuelle (annexe n°1) fut pour moi une prise de conscience de la problématique relationnelle entre usagers et pharmaciens officinaux. Développé en 2012 par un atelier d'alphabétisation du Centre Social de la Voulte-sur-Rhône, cette ordonnance était destinée à un public en difficulté sur la lecture et, en conséquence, sur la compréhension de la prescription (1). Elle avait pour objet de traduire la prescription en pictogrammes matérialisés par des gommettes. L'objectif était de sécuriser au maximum les prescriptions en limitant au possible les risques iatrogènes et en améliorer aussi l'autonomie des patients. Cet outil a été récompensé en 2013 par le 3^{ème} prix de l'Innovation sociale locale de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (Unccas) (1).

Pour autant, cette ordonnance n'a pas été développée à la fois pour des raisons administratives propres au centre qui l'avait générée mais aussi parce qu'elle ne répondait pas globalement ou suffisamment à la problématique des usagers concernés qui ne se résumait pas à un simple problème de lecture ou d'écriture. En

¹ PO = expression pratique pour désigner les pharmaciens (adjoint et titulaires), préparateurs et étudiants ayant l'autorisation de servir au comptoir sous le contrôle du pharmacien.

effet, selon Lorelei Provot, étudiante en pharmacie ayant évalué cet outil en condition réelle de dispensation, l'Ordonnance visuelle n'est pas encore adaptée aux contraintes de la pharmacie. Elle suggère d'ailleurs dans sa conclusion d'en créer une version informatisée plus facile d'accès et personnalisable au patient (2).

Mon expérience personnelle en officine m'a confirmé que cette ordonnance, malgré toute ses vertus, ne pouvait pas répondre à elle seule aux difficultés que je rencontrais dans le processus de dispensation, notamment dans sa dimension relationnelle avec le patient. En effet, cette dimension intègre tout un lot d'actions de la part du professionnel comprenant, entre autres, la préconisation de conseils, l'instauration d'un dialogue, d'un soutien social, faisant partie des nouvelles missions du pharmacien (2). C'est ainsi que le professionnel participera à la mise en confiance du patient vis-à-vis de ce qui lui est proposé et à son autonomisation.

Cette relation est bien entendu très liée à l'état émotionnel du patient et à son vécu mais aussi au vécu et à l'état émotionnel des divers intervenants de l'officine qui s'intègrent dans cette relation (pharmacien, préparateur, étudiant...).

1.1. Problématique de recherche

Au commencement de mon projet de thèse, je me suis confrontée à un certain nombre d'interrogations. Comment gérer efficacement les conflits au sein de la relation patient-professionnel de santé ? Est-il réalisable de garantir une équité totale dans la prise en charge de tous les patients ? Dans quelle mesure le professionnel de la santé peut-il être tenu pour responsable de la survenue de conflits au sein de cette relation ? Ces questionnements initiaux ont jeté les bases de ma démarche sociologique.

Dans la section suivante, nous allons expliciter la méthode de problématisation que nous avons choisie, puis l'appliquer au contexte spécifique de la pharmacie de ville, en mettant en lumière l'activité cruciale de dispensation.

1.1.1. Méthode de problématisation

La méthode de problématisation proposée par Cyril Lemieux, sociologue français, m'a permis de construire le fil directeur de ma réflexion. Le recours à un sociologue se justifie par l'intérêt que je porte au contexte social de la relation patient-pharmacien.

Selon Lemieux, le véritable défi en sociologie réside non pas dans la recherche de réponses, mais dans la capacité à formuler les bonnes questions. Cela devient particulièrement pertinent lorsque nous abordons des sujets liés à nos représentations collectives, en ignorant ainsi la voix des minorités qui font également partie de la collectivité (3). Dans son exemple des « trois promeneurs et la maison aux fenêtres étranges », Lemieux explique que chaque fois que le sociologue ne parvient pas à établir une contradiction matricielle entre, d'un côté, les inférences logiques ou les prédictions basées sur des constats reconnus ou des croyances partagées, et de l'autre, des éléments empiriques qui les contredisent, il court le double risque de soulever uniquement des questions scolastiques ou descriptives (3).

Imaginons trois promeneurs marchant le long d'un trottoir où sont alignées vingt-cinq maisons différentes. Le premier promeneur se demande alors : « Quelles sont les formes des fenêtres ? » et obtient une réponse purement descriptive : « Les fenêtres sont de forme rectangulaire dans 96% des cas (24 maisons sur 25) (3). Elles sont rondes dans 4% des cas. » Le deuxième promeneur, quant à lui, remarque la nette prédominance des fenêtres rectangulaires et se demande : « Nos représentations spontanées de ce qu'est une fenêtre n'impliquent-elles pas, lorsqu'il s'agit de fenêtres, la forme rectangulaire ? Le rectangle n'est-il pas associé à notre conception de ce que devrait être la fenêtre d'une maison ? » Cette question semble alors de nature profonde car elle repose sur nos « représentations collectives ». Cependant, elle ne vaut guère mieux que l'interrogation du premier promeneur, car elle ne prend pas en compte les faits empiriques et ignore ainsi les 4% de fenêtres rondes (3).

Le troisième promeneur, adoptant une posture sociologique, se demande : « Alors que toutes les fenêtres de la rue sont rectangulaires, pourquoi celles de la vingt-cinquième maison sont-elles rondes ? » Cette question n'est ni descriptive ni scolastique, elle met en évidence la contradiction entre la réalité observée (la prédominance des fenêtres rectangulaires) et nos propres représentations, suscitant ainsi une réflexion critique (3).

En résumé, selon Lemieux, formuler les bonnes questions en sociologie consiste à remettre en question nos préconceptions et à prendre en compte à la fois les inférences logiques et les éléments empiriques contradictoires. Cela permet de

développer une perspective critique et de comprendre les phénomènes sociaux de manière plus approfondie.

La méthode proposée par Lemieux est inspirée de la problématisation des pères de la sociologie. Durkheim, dans « *Le Suicide* » (4), cherchait à comprendre l'énigme suivante : « Si le suicide, sur le plan personnel, est un acte imprévisible, comment se peut-il que le taux de suicide s'avère à ce point prévisible ? ». Ainsi, il a mis en lumière une apparente contradiction entre deux aspects du suicide : son caractère individuel et imprévisible d'un côté, et son caractère statistiquement prévisible de l'autre.

Max Weber quant à lui, dans « *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme* » (5), a développé sa thèse sur l'éthique protestante et l'esprit du capitalisme et met en lumière les facteurs culturels et religieux qui ont contribué à façonner le capitalisme occidental. Pour cela il s'est appuyé sur une méthode en quatre étapes :

Étape 1 - Observation commune : Weber commence par décrire un comportement économique observé dans la plupart des sociétés humaines depuis l'antiquité. Les individus, lorsqu'ils obtiennent un surplus de nourriture ou de biens, ont tendance à le consommer ou à l'épargner pour les jours difficiles. Cette observation constitue le point de départ.

Étape 2 - Établir la norme : Weber avance l'idée que ce comportement économique est le comportement « normal » chez les êtres humains, basé sur cette observation commune.

Étape 3 - Identifier l'anomalie : C'est à cette étape que Weber introduit une notion clé. Il remarque qu'en Occident depuis le XVIIe siècle, un groupe particulier d'individus, les entrepreneurs capitalistes bourgeois, adopte un comportement économique différent. Ils cherchent à maximiser les surplus en réinvestissant continuellement leurs gains dans la production et en organisant de manière toujours plus rationnelle le travail au sein de leurs entreprises. Cette approche diffère considérablement du comportement économique « normal » observé précédemment.

Étape 4 - Formuler l'énigme : Enfin, Weber pose une question clé : pourquoi ce comportement des entrepreneurs capitalistes, qui semble aller à l'encontre du comportement économique « normal » observé ailleurs, est-il devenu la norme dans

nos sociétés occidentales ? Cette question constitue l'énigme sociologique centrale que Weber cherche à résoudre.

Lemieux, en s'appuyant sur les enseignements de Durkheim et Weber à modéliser sa propre méthode en mettant en évidence l'importance de la sociologie pour analyser les phénomènes sociaux complexes. Il décrit une méthode en quatre étapes proches de celle de Weber :

Étape 1 - Constat initial : Lemieux propose d'identifier un phénomène, une question, ou une situation qui suscite un intérêt en tant que chercheur. Ce constat doit alors être décrit de manière claire et précise.

Étape 2 – déduction d'énoncés prédictifs et/ou inférences logiques : Cette étape implique de formuler des hypothèses ou des suppositions sur la manière dont le phénomène que le chercheur a observé pourrait évoluer dans le futur. Il peut également faire des inférences logiques en utilisant la logique et les connaissances existantes pour expliquer pourquoi ce phénomène se produit.

Étape 3 - Remise en question de ses énoncée et/ou inférences : il s'agit ici, d'examiner de manière critique si les suppositions faites précédemment sont solides et étayées par des preuves suffisantes.

Étape 4 – Formulation de la question centrale : Cette question doit être précise, claire et orientée vers la recherche

La méthode de Lemieux insiste sur la nécessité de remettre en question nos préconceptions, de recourir à des inférences logiques et de développer une compréhension approfondie des phénomènes sociaux. Cette approche, appliquée à des domaines variés tels que la sociologie, peut aider les chercheurs à formuler des questions de recherche pertinentes et à analyser des problèmes complexes de manière rigoureuse.

1.1.2. Application à l'officine

Etape 1. Dans le domaine officinal, **la mission centrale** du pharmacien est de **dispenser des médicaments et/ou des conseils aux patients**, comme le stipule l'Article R4235-48 du CSP. En tant que professionnel de santé, il est essentiel d'être

en mesure de fournir des services de dispensation adaptés à tous les types de patients sans aucunes discriminations.

La dispensation implique :

- L'analyse de l'ordonnance lorsqu'elle existe ;
- La préparation éventuelle des doses à administrer ;
- La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament (6).

Ainsi selon le Guide de stage de pratique professionnel en officine, l'acte de dispensation correspond à un « processus intellectuel » se composant de (7):

- L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, quand elle existe ;
- L'analyse pharmaceutique d'une demande en l'absence de prescription (médicament à prescription facultative, produit de santé hors du champ de la prescription obligatoire) ;
- Le suivi et la réévaluation éventuelle du traitement ;
- Le conseil pharmaceutique ;
- La contribution aux vigilances et le traitement des alertes sanitaires.

La dispensation est effectuée par un pharmacien, ou, sous sa responsabilité et son contrôle, par un préparateur en pharmacie et un étudiant en pharmacie régulièrement inscrit en 3eme année d'étude (6).

Etape 2. On pourrait donc supposer que le PO soit capable de satisfaire cette mission de dispensation à toutes les étapes, d'autant que la profession de pharmacien a connu de profondes mutations cette dernière décennie. En effet, la fonction du pharmacien est passée de la simple délivrance du médicament à un rôle d'acteur à part entière dans le maintien ou l'amélioration de l'état de santé du patient. Il est devenu un des interlocuteurs privilégiés, qui, sans prise de rendez-vous préalable, peut délivrer une expertise au bénéfice du patient. Ainsi parmi les différentes missions du pharmacien, la dispensation se présente comme centrale dans la prise en charge d'un patient et constitue un enjeu majeur de santé publique.

Etape 3. Cependant, bien que cette mission de dispensation soit essentielle, elle ne permet pas toujours au professionnel officinal de pleinement s'adapter à la réalité sociale et psychologique de chaque patient. Les interactions en officine sont souvent limitées dans le temps et peuvent manquer de confidentialité. En effet, en raison du rythme soutenu de travail, les professionnels ont parfois peu de temps pour développer une relation approfondie avec chaque patient, les empêchant ainsi de comprendre pleinement leurs besoins, leurs préoccupations et leurs spécificités personnelles. Lors de ma pratique sur le terrain, j'ai remarqué un décalage entre les missions officielles et la façon dont je vivais la dispensation. Ce décalage est particulièrement perceptible dans les milieux socialement défavorisés, où les patients peuvent être confrontés à un faible niveau de littératie en santé.

Etape 4. Cette observation m'a conduite à formuler la question centrale de ma thèse : **Alors que la mission centrale du professionnel officinal (PO) est la dispensation au patient, comment expliquer que face à des patients en situation de faible niveau de littératie², cette mission ne soit pas toujours satisfaisante du point de vue du PO ?**

1.2. Objectifs de l'étude

Pour y répondre, nous procéderons par étape. Nous chercherons d'abord à comprendre les causes qui entravent l'instauration d'une relation de qualité entre officinaux et patients : nous nous pencherons en particulier sur les facteurs psychologiques (stéréotypes, préjugés), contextuels (affluence et disponibilités du personnel au comptoir) et socio-économiques (capacités linguistiques et situation économique) des personnes concernées. Forts de cet éclairage, nous formulerons ensuite des propositions théoriques et pratiques pour gérer les relations conflictuelles, sur plusieurs niveaux : celui des outils mobilisables, celui de la sensibilisation des professionnels aux besoins et difficultés des patients en situation de faible niveau de LES, et celui de la formation de base et continue de ces mêmes professionnels.

² Nous préférons employer l'expression « en situation de faible niveau de littératie », à l'instar de l'usage courant de « en situation de handicap », dans le but de mettre en avant la situation particulière dans laquelle se trouve la personne, plutôt que de se focaliser sur ses traits personnels. Cette approche met l'accent sur l'importance d'agir sur l'environnement physique et social afin de prévenir de telles situations et d'améliorer la qualité de vie des individus concernés (8).

2. Revue de littérature

2.1. Deux notions centrales

2.1.1. La littératie en santé (LES)

La dynamique complexe de la communication devient problématique lorsque **les codes** entre les interlocuteurs ne sont pas partagés et que le partage d'un sens commun devient difficile. Cela peut être le cas lorsqu'un professionnel officinal est face à une personne à faible LES. Pour comprendre cette problématique, nous allons donc faire le point sur la notion de littératie en santé.

2.1.1.1. Définition

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) dans le cadre du **Programme d'Evaluation des Compétences de l'Adulte** (étude PIAAC) a défini la **littératie** comme étant « la capacité de comprendre, d'évaluer, d'utiliser et de s'engager dans des textes écrits pour participer à la société, accomplir ses objectifs et développer ses connaissances et son potentiel » (9).

Cette enquête menée entre 2011 et 2012 dans 24 pays a permis de montrer qu'en **France le niveau de littératie était anormalement faible** (10).

De cette étude, il est ressorti que 22% des Français âgés entre 16 et 65 ans avait un niveau de compétence insuffisant dans le domaine de l'écrit et que cette proportion était plus élevée chez les plus de 65 ans (11)

Tout comme la littératie « numérique », « informatique » ou « juridique », la littératie en santé rend compte d'un caractère contextuel de la littératie en fonction de son domaine d'application. Ainsi, depuis son introduction dans les années 70, au Canada et aux Etats-Unis, le concept de littératie en santé est devenue un sujet de grande importance pour la santé (12).

A l'origine, l'intérêt de ce concept s'étendait uniquement à **la compréhension des termes compliqués** en matière de santé et à **l'utilisation des mathématiques dans le contexte médical**, mais il s'est ensuite élargi à la compréhension des informations

en matière de santé, à la capacité de communiquer les besoins au professionnel de santé et de saisir les instructions de santé (13).

Récemment, la littératie en santé a aussi trouvé sa place en santé publique puisqu'il a été corrélé **qu'un faible niveau de littératie engendrait non seulement des problèmes d'observance thérapeutique mais aussi des difficultés à adopter des comportements favorables à la santé, à participer à des programmes de dépistages et d'utiliser les services de préventions** (13).

A présent, le concept inclut aussi la capacité des individus à rechercher une information, à prendre des décisions en matière de santé, à avoir une pensée critique et de savoir et pouvoir communiquer. Autrement dit, à posséder une **multitude de compétences sociales, personnelles et cognitives** pour bénéficier pleinement du système de soin (13).

Cet élargissement du concept est d'ailleurs bien repris dans la définition proposée par Sørensen et al en 2012 qui dit que la littératie en santé intimement liée à la littératie implique « **la connaissance, la motivation et les compétences permettant d'accéder, comprendre, évaluer et utiliser des informations dans le domaine de la santé ; pour ensuite se forger un jugement et prendre une décision en terme de soins de santé, de prévention et promotion de la santé, dans le but de maintenir et promouvoir sa qualité de vie tout au long de son existence** » (14).

La littératie en santé inclut donc les capacités des individus à évaluer et avoir un esprit critique envers les informations de santé, ce qui suppose avoir un niveau de connaissance, de compétences personnelles et de confiance en soi qui permettent d'agir pour améliorer sa santé personnelle et celle de la communauté en changeant les comportements de vie (15).

Parallèlement, la littératie de santé s'inscrit dans le champ de la promotion de la santé, qui, dans son modèle le plus théorique inclut la prévention, l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique du patient. Ainsi, le développement de la littératie en santé permet à la population d'accéder aux campagnes de préventions et les actions de promotion de la santé. Réciproquement, les actions de ces programmes favorisent l'augmentation du niveau de littératie en santé au sein d'une population (15).

2.1.1.2. Poids déterminant de la littératie en santé

La littératie en santé se présente donc comme un **déterminant de la santé individuelle** mais aussi **collective**. Elle est considérée d'ailleurs par la communauté scientifique comme un **prédicteur important de l'état de santé de la population** (16) et comme un **déterminant majeur des inégalités de santé** (ISS) (17).

Deux études illustrent parfaitement bien ce propos, en révélant la proportion importante de personnes n'ayant pas les compétences suffisantes dans le domaine de la littératie en santé.

Tout d'abord, l'Enquête Internationale sur l'Alphabétisation et les Compétences des Adultes (EIAA) menée en 2003 au Québec est une évaluation de quatre domaines de compétences :

- La compréhension de textes suivis ;
- La compréhension de textes schématiques ;
- La numératie ;
- La résolution de problèmes (18) ;

Ces domaines de compétences ont permis à posteriori d'établir une échelle de score sur quatre niveaux. Le niveau 1 étant, un niveau de compétences très faible et le niveau 4, un niveau de compétence élevé. Le niveau 3 est le niveau de compétence souhaitable (18).

Les résultats montrent que près des deux tiers (66%) des Québécois âgés de 16 ans et plus présentaient un niveau de littératie inférieur au niveau 3 (souhaitable) (18) et qu'un peu plus d'un quart (27,1%) de cette même population devait composer avec un très faible niveau de littératie en santé (niveau 1) (18).

Les résultats de groupe montrent des disparités, notamment chez les personnes de plus de 66 ans qui, pour 95% d'entre eux, n'atteignent pas le niveau 3, considéré satisfaisant (18).

Des faibles niveaux en littératie en santé sont aussi à déplorer chez les personnes peu scolarisées puisque les individus âgés de 16 à 65 ans qui ne possèdent pas de diplômes secondaires sont 87 % à ne pas atteindre le niveau 3 (18).

Les personnes sans emplois et s'estimant en mauvaise santé sont aussi des populations à risque accrus de rencontrer des difficultés en matière de littératie en santé (18).

Une étude plus proche de nous a également fait le point sur les niveaux de littératie en santé dans 8 pays d'Europe, Autriche, Bulgarie, Allemagne, Grèce, Irlande, Pays-Bas, Pologne et Espagne. Cette étude menée en 2011 a interrogé près de 8000 personnes à l'aide d'un questionnaire (HLS-EU-Q) lors d'entretiens sur format papier ou sur support numérique. Ainsi grâce au HLS-EU-Q, quatre niveaux de littératie en santé ont été établis : insuffisant, problématique, suffisant et excellent. Les résultats sont alarmants puisque 1 répondant sur 10 (12%) avait un niveau de littératie en santé insuffisant et tout comme l'étude de nos voisins outre-Atlantique : des sous-groupes tels que le faible revenu, le faible niveau social, le niveau d'éducation et l'âge avancé ont été mis en avant, suggérant ainsi l'existence d'un gradient social.

Selon Stephan Van den Broucke, professeur en psychologie à l'université Catholique de Louvain en Belgique, un faible niveau de littératie en santé concerne « **une grande minorité de personne** » (19) et il est important de la prendre en compte puisqu'elle :

- constitue une question de justice et d'équité dans l'accès aux soins et aux services.
- un moyen d'efficacité des soins puisqu'elle permet d'améliorer considérablement la santé globale d'une population.
- un indicateur de l'efficacité de l'éducation pour la santé car selon Linda Shoet, « le rendement est meilleur si l'on investit dans l'éducation des personnes ayant la littératie en santé la plus basse plutôt que d'investir dans des technologies médicales », réduisant ainsi la consommation excessive de consultations médicales, d'appel téléphonique ou des services d'urgences et une prévention augmentée.

La littératie en santé joue donc un rôle de médiateur entre le niveau d'éducation, le statut économique et les comportements de santé (19).

2.1.1.3. Facteur influençant la littératie en santé

La littératie en santé est un concept **complexe** et **multidimensionnel**, c'est-à-dire qu'elle est influencée par une multitude de facteurs, qui pour certains, peuvent être difficile à identifier. Ils agissent sur la littératie en santé de manière **positive** ou **négative** à des degrés variables et peuvent être d'ordre **individuel**, **collectif** et/ou **situationnel**.

Selon le guide de réalisation de projet de l'Institut national de santé publique du Québec, il est essentiel de prendre en compte certains facteurs lors des activités de promotion, de prévention, de dépistage, ainsi que dans la prestation des soins et services à la population. Ainsi, en se basant sur le modèle explicatif des **déterminants de la santé**, en voici la liste non-exhaustive (20):

- Les caractéristiques individuelles : ce sont toutes les caractéristiques qui concernent l'individu lui-même. Elles sont :
 - Le sexe et l'âge ;
 - L'origine ethnique : la culture, les valeurs, les croyances, et la langue maternelle ;
 - Les capacités cognitives : la mémoire, le raisonnement, les capacités d'attention et d'encodage de l'information ;
 - Les capacités physiques : la vision, l'audition, la parole ;
 - Les compétences personnelles : les connaissances et compétences acquises par l'apprentissage formel (étude) ou informel associée a des habitudes.

- L'interaction des individus avec le milieu de vie qui exercent une influence sur l'individu lui-même et sur ses **capacités individuelles** :
 - Famille : niveau de littératie des parents, les problèmes psychosociaux tel que la violence intra-familiale ;
 - Milieu scolaire : développement des compétences académiques et sociales ;
 - Communauté : Les programmes d'alphabétisation et d'éducation à destination des adultes ;
 - Milieu de travail : Les programmes d'éducation à la santé adapté au milieu du travail ;

- L'interaction des individus avec le système de soin et les services sociaux (20):
 - Temps accordé pour la consultation : disponibilité du professionnel de soin et écoute ;
 - Degré de complexité d'informations transmises ou disponibles : surestimation des compétences individuelles en matière de littératie en santé par les professionnels de la santé, information de santé souvent complexe ;
 - Contexte de l'interaction : nature et gravité de la situation médicale, facteurs psychoaffectifs ;
 - Degré d'implication des patients dans leurs soins : connaissances antérieures, connaissance des concepts et antécédents avec le système de soin améliore la perception et le contrôle de l'état de santé ;
 - Navigation dans le système : utilisation de jargon médical pouvant être complexe ;

- Le contexte dans lequel l'individu se situe (20) :
 - Normes sociales et culturelles :
 - Démographique : immigration et vieillissement
 - Économique : situation socio-économique des individus :
 - Technologique et scientifique : l'évolution de la technologie et de la science
 - Politiques

Ces facteurs sont liés à une demande d'accès aux soins croissante qui exige une compétence accrue en matière de lecture et d'écriture (pour remplir des questionnaires, des formulaires, etc.). L'accès inégal à la technologie ajoute également un poids à cette équation. Ces facteurs s'inscrivent dans une logique de normes de plus en plus rigoureuses et de gestion des risques, ce qui nécessite une adaptation constante de la part des patients.

Des exemples pratiques montrent que ces facteurs ont une incidence sur la prise en charge des patients, que ce soit en matière de temps, d'implication et de contenu.

Par exemple, lorsque le pharmacien doit répéter à plusieurs reprises les instructions concernant la prise d'un médicament, cela peut devenir ennuyeux et entraîner une conversation abrégée. De même, les divergences de valeurs concernant l'utilisation

des soins peuvent amener le pharmacien à être moins engagé afin d'éviter tout conflit avec le patient.

Un autre exemple concerne les patients qui refusent la substitution par des médicaments génériques. La plupart du temps, la prescription faite par le médecin mentionne le médicament par sa Dénomination commune internationale (DCI), c'est-à-dire son nom de molécule qui est aussi le nom marqué sur les boîtes de médicaments génériques (cf. exemple pratique plus bas). Souvent, ces patients supposent à tort que le médecin a prescrit le médicament de marque, alors qu'en réalité, il s'agit du nom du médicament générique : en effet, lorsqu'ils viennent récupérer leur médicament pour la première fois, ils expriment qu'ils ne veulent pas de génériques, mais bien ce que le médecin a écrit sur l'ordonnance. Lorsque l'on discute avec ces patients pour comprendre ce refus des médicaments génériques, ils expriment un manque de confiance souvent par méconnaissance de ce qu'est réellement un médicament générique ou prétendent être "allergiques" à ces médicaments du fait d'une expérience négative avec un générique. De leur côté, les PO, parfois fatigués ou craignant les conflits, entretiennent cette confusion en omettant délibérément de leur expliquer que le médicament inscrit sur l'ordonnance et celui qui leur est délivré est le même. En agissant ainsi, les PO évitent le conflit afin de préserver une bonne entente immédiate et éviter une surcharge émotionnelle. Toutefois, en négligeant cette information vis-à-vis des patients, on risque de créer des disparités dans leur prise en charge. En effet, ceux qui possèdent une littérature suffisante pour comprendre la nature des médicaments génériques bénéficient d'un niveau de connaissances supplémentaire. Bien que ces connaissances ne soient pas essentielles pour maintenir leur santé, elles contribuent à une compréhension plus approfondie de la santé en général. De plus, le fait de ne pas informer adéquatement le patient à ce sujet peut être perçu comme une forme de mépris de la part du professionnel, ce qui ne serait pas le cas avec un patient bien informé sur les médicaments génériques.

Exemple pratique :

Sur l'ordonnance est marqué Atorvastatine 10mg : 1 comprimé le soir

Ce médicament est un normolipidémiant utilisé dans la maîtrise du cholestérol.

Cependant, le princeps de ce médicament s'appelle le Tahor 10 mg commercialisé par le laboratoire Pfizer.

Lorsqu'un patient qui refuse généralement les génériques vient pour la première fois retirer son médicament, il mentionne au pharmacien qu'il ne veut pas de générique et qu'il veut exactement ce que le médecin a prescrit (Atorvastatine 10 mg).

Le pharmacien lui délivre alors l'Atorvastatine 10 mg sans lui mentionner qu'il s'agit en fait du générique.

2.1.2. Les inégalités sociales de santé (ISS)

La littératie en santé revêt une importance capitale dans l'atténuation des disparités sociales, car elle facilite une communication efficace avec les professionnels, oriente les individus dans leur parcours de soin, favorise la prise de décisions éclairées concernant leur santé, et leur permet de gérer efficacement les aspects administratifs de leur prise en charge. Par conséquent, lorsque le niveau de littératie en santé est insuffisant pour répondre à ces besoins, cela aggrave davantage les inégalités sociales en matière de santé.

Selon un article publié en 2021 sur le site Santé publique France, les inégalités de santé sont des Ces facteurs créent des inégalités sociales de santé, où les individus d'une catégorie sociale donnée présentent des différences de santé. Ces inégalités s'accompagnent également d'inégalités territoriales d'accès aux services et à l'emploi, ainsi que de disparités dans la qualité de vie, l'environnement et le travail (21).

Ces inégalités touchent toute la population, avec un gradient social clair : les individus ayant une position sociale plus favorable jouissent d'une meilleure santé que ceux situés juste en dessous, et ainsi de suite jusqu'aux plus démunis. Les études ont démontré que les déterminants sociaux influencent la santé, comme une moindre survie après un cancer pour les personnes vivant dans des zones défavorisées, une hausse des hospitalisations et de la mortalité pour certaines maladies cardio-neuro-vasculaires lorsque le niveau socio-économique diminue, et des difficultés accrues pour arrêter de fumer parmi les personnes socialement défavorisées (21).

Ces inégalités de santé se manifestent dès l'enfance et persistent tout au long de la vie. Par exemple, le surpoids est plus fréquent chez les enfants et adultes issus de milieux moins éduqués, malgré la stabilisation de la moyenne nationale.

Les populations vulnérables, qu'elles soient économiquement, administrativement, culturellement ou comportementalement marginalisées, font face à des risques accrus pour leur santé. Santé publique France s'engage à réduire ces inégalités en intégrant les déterminants sociaux dans les programmes de surveillance, les enquêtes et les interventions de prévention et de promotion de la santé. Des actions ciblées sont mises en place pour les populations exclues des systèmes de surveillance et de soins (21).

2.1.3. Enjeux de la communication entre professionnels et patient en situation de faible niveau de LES

Le faible niveau de littératie en santé constitue **un frein majeur à la communication** entre le patient et le professionnel de santé en officine. Voici la liste non exhaustive de ces difficultés, inspirée de la thèse de L. Provot (22):

- Expliquer correctement au pharmacien ses symptômes pour pouvoir recevoir un conseil adapté du pharmacien dans le cas des médicaments non soumis à prescription ;
- Lire et comprendre l'ordonnance du médecin, la notice ou les informations inscrites sur les boîtes de médicaments ;
- Comprendre les consignes du pharmacien concernant les médicaments (indication, posologie, précautions d'emploi etc.) ;
- Prendre correctement ses médicaments : bonne voie d'administration, bon dosage, bonne fréquence... ;
- Calculer correctement la dose d'un médicament à prendre ou à donner à ses enfants (ex : notion de « dose-poids », confusion mg et mL) ;
- Alerter le pharmacien en cas d'allergie(s) connue(s) ou d'intolérances ;
- Tenir compte de la date de péremption d'un médicament ;
- Déterminer la quantité de sel sur une étiquette alimentaire dans le cadre d'un régime hyposodé ;
- Remplir un carnet de suivi, par exemple de glycémie ou de tension artérielle ;

- Comprendre le fonctionnement du système de remboursement par la Sécurité Sociale et la complémentaire santé (notion de tiers payant) (22)

Comme nous venons de le voir, la littératie en santé est influencée par divers facteurs individuels, sociaux, culturels, professionnels, économiques, technologiques, politiques, etc. Elle est donc **étroitement liée aux inégalités sociales de santé et a un poids important dans la prise en charge d'un patient.**

2.2. Revue des thèses de pharmacie sur les relations conflictuelles en pharmacie

La communication avec des patients en situation de faible niveau de littératie en santé présente des défis particuliers qui nécessitent une approche adaptée. Ces patients sont confrontés à des difficultés dans la compréhension des informations liées à leur santé, que ce soient les consignes de prise de médicaments, les conseils préventifs ou les explications de résultats médicaux. L'un des défis majeurs réside dans la nécessité de transmettre des informations complexes de manière claire et accessible, en utilisant un langage simple et des supports visuels ou écrits adaptés. De plus, il est essentiel de favoriser un environnement de communication ouvert et non jugeant, où le patient se sent en confiance pour poser des questions et exprimer ses préoccupations. La prise en compte de ces défis de communication est cruciale pour garantir une relation de qualité entre le professionnel de santé et le patient, favorisant ainsi une meilleure compréhension mutuelle et une prise en charge efficace.

2.2.1. La majorité des travaux sur la relation de communication en générale à l'officine

Mots clefs : Communication patient-pharmacien, relation patient-pharmacien

Moteurs de recherches : google, google scholar

Tableau récapitulatif des thèses de pharmacie portant sur le sujet de la communication à l'officine

Auteur	Université/année	Intitulé	Sujets abordés et objectifs
Caddéo Bérangère	UFR de pharmacie de Grenoble 2017	Communication pharmacien-patient à l'officine : situation actuelle et édition d'un guide pratique	<ul style="list-style-type: none"> - Communication pharmacien-patient à l'officine en tant qu'élément clé de la pratique professionnelle. - Comportements et représentations des patients dans le domaine de la santé. - La pharmacie d'officine comme lieu de communication distinct. - Identification et analyse des émotions à travers langage verbal et non verbal. - Étude des postures, expressions du visage et éléments de la voix. - Réflexion sur les situations vécues au quotidien par les patients et les pharmaciens. - Elaboration d'un guide pratique pour aider les pharmaciens à gérer les émotions des patients. - Amélioration de la prise en charge thérapeutique des patients à travers la gestion des émotions. - Gestion spécifique des personnes marginales, des enfants et des adolescents dans le contexte de la communication pharmacien-patient à l'officine.

<p>Martin Maëlle</p>	<p>UFR Pharmacie de Renne 2020</p>	<p>Communication et management en officine</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Historique de l'évolution du métier de pharmacien et documentation sur les nouvelles missions. - Remise en question du monopole pharmaceutique. - Adaptation du pharmacien à un environnement en mouvement. - La communication pharmacien-patient comme outil d'adhésion thérapeutique pour le patient. - Compétence de communication, verbal et non verbal. - Gestion et animation quotidienne d'une équipe au sein de l'officine. - Équilibre entre compétences scientifiques et aptitudes de gestion pour l'excellence d'un manager.
<p>Pitetti Frédéric</p>	<p>UFR de pharmacie de Nancy 2004</p>	<p>La prise en charge du sourd profond à l'officine : deux enquêtes menées à Nancy et ses environs en 2002 et 2003</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Déontologie et dévouement du pharmacien envers le patient - Adaptation du pharmacien en matière de communication pour les personnes en situation d'illettrisme, d'handicape (mal-voyants et malentendants) ou étrangères. - Relation de communication entre le pharmacien et le sourd profond. - Approche de la surdité sous différents angles : médical, épidémiologique, comportemental, historique et contemporain.

			<ul style="list-style-type: none"> - Liste des différentes techniques et langages pour communiquer avec un sourd profond.
Sauce Antoine	UFR de pharmacie de Lorraine 2012	Les nouvelles missions de la loi HPST pour le pharmacien d'officine : une exigence accrue en matière de communication	<ul style="list-style-type: none"> - Evolution du métier de pharmacien en tant qu'acteur privilégié du système de soin pour la population. - Statut législatif de soignant et d'éducateur du patient attribué au pharmacien d'officine. - Importance de la communication de qualité entre le pharmacien et le patient, renforcée par les exigences de la loi. - Notions de communication nécessaires pour comprendre les nouvelles compétences en communication requises. - Outils à disposition du pharmacien pour améliorer la communication avec les patients. - Opportunité que représente la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) pour le pharmacien - Intérêt des outils d'aide à la communication - Obstacles à la mise en pratique des nouvelles missions du pharmacien et défis liés à la communication avec les patients.

Les nombreuses thèses consacrées à l'importance de la communication efficace entre le patient et le pharmacien ont indéniablement enrichi notre compréhension des relations de santé. Cependant, il faut reconnaître qu'elles se concentrent généralement sur le rôle et les compétences du pharmacien lui-même. Dans le contexte de l'officine, il existe toutefois des acteurs supplémentaires tels que les préparateurs et les étudiants, dont les caractéristiques démographiques, les expériences personnelles et les caractéristiques socio-culturelles peuvent différer.

L'aspect psycho-social, bien que fondamental dans la construction de relations de qualité, a souvent été laissé en retrait dans ces thèses. Pourtant, il est incontestable que ces éléments jouent un rôle majeur dans la dynamique de communication au sein de l'officine. Les interactions entre les patients, les pharmaciens, les préparateurs et les étudiants sont façonnées par une multitude de facteurs psychologiques et sociaux qui influencent la perception, la compréhension et les attentes de chacun. Ignorer ces aspects reviendrait à négliger une composante essentielle de la communication dans cet environnement complexe.

Dans le but de combler cette lacune, l'enquête à venir envisage d'explorer des thèmes jusqu'à présent moins explorés. Parmi ceux-ci figurent les caractéristiques spatio-temporelles, qui peuvent impacter la manière dont les interactions se déroulent physiquement dans l'espace et dans le temps. De plus, l'aspect psycho-social sera au cœur de l'étude, permettant de mieux appréhender comment les expériences, les croyances et les émotions individuelles influencent les échanges et les décisions au sein de l'officine.

Enfin, un élément de la recherche mérite également une attention particulière : l'effet de groupe. Dans un contexte où plusieurs professionnels interagissent avec les patients, il est primordial de comprendre comment les dynamiques de groupe, la hiérarchie et les interactions entre pairs influencent la communication et les perceptions des patients. Ces aspects souvent négligés peuvent pourtant jouer un rôle significatif dans la création d'une atmosphère propice à une relation de qualité entre les professionnels de l'officine et les patients.

En somme, cette enquête aspire à apporter une perspective plus complète sur la communication au sein de l'officine en tenant compte des multiples facettes

psychosociales, temporelles et sociales qui influencent les interactions. En explorant ces dimensions encore peu explorées, l'objectif est de contribuer à une amélioration de la qualité de la communication, en s'adaptant aux divers acteurs et aux complexités inhérentes à ce contexte particulier.

2.2.2. Une minorité de travaux sur les relations conflictuelles

En 2016, Emilie Quesnel a réalisé une étude qualitative dans le cadre de sa thèse en pharmacie, mettant en évidence le manque d'adaptation de certains officinaux face à des situations conflictuelles, notamment lorsqu'ils sont confrontés à l'agressivité des patients. Quarante-cinq professionnels (92,63% de pharmaciens et 7,37% de préparateurs) ont été sollicités dans le cadre de cette étude au moyen d'un questionnaire distribué par courriel. Les pharmacies incluses n'ont pas été préalablement choisies, et les réponses aux courriels étaient entièrement basées sur la volonté des participants. (23).

La première question portait sur l'expérience des professionnels en matière de situations conflictuelles avec des patients agressifs tout au long de leur carrière. La réponse unanime à cette question, avec un taux de 93,51%, démontre la fréquence de ce type d'interactions en pharmacie. Pour ceux ayant répondu positivement, l'étude a approfondi leur expérience, révélant la survenue fréquente d'émotions négatives telles que l'anxiété, la colère et l'agacement (23).

La deuxième question abordait l'intervention des répondants au comptoir lorsqu'un de leurs collègues était confronté à une situation conflictuelle. Dans 86,97% des cas, les professionnels avaient déjà pris part à ces interactions. Les réponses divergeaient entre tenter de calmer l'interaction en reprenant la dispensation et demander au patient de se calmer, ou bien suggérer au patient de se rendre ailleurs. Emilie Quesnel souligne qu'il n'est pas judicieux de suggérer au patient de se rendre ailleurs, car il n'a pas besoin que le pharmacien lui dise quoi faire, et que l'essence de notre métier et d'écouter et comprendre le patient. Cependant, elle reconnaît que certains patients ne parviennent pas à dépasser leur colère, rendant le dialogue impossible avec les professionnels (23).

La troisième question portait sur la perte de contrôle au comptoir face à un patient agressif, et 38,88% des répondants ont répondu positivement. Les réponses

majoritaires ont souligné la difficulté de gérer les émotions dans un contexte stressant tel que la pharmacie, ainsi que la pression et les demandes parfois "irréalistes" de certains patients. Emilie Quesnel met en évidence le caractère humain des professionnels et la difficulté de maintenir le contrôle dans de telles situations (23).

A noter, dans le serment de Galien (Annexe n° 2) prêté par les pharmaciens lors de la soutenance de leur thèse, qu'il est mentionné les « responsabilités et les devoirs envers le patient et sa dignité humaine ». Cela implique que le patient est considéré comme un être humain avec des émotions qui peuvent refléter ses douleurs physiques, psychologiques ou sociale. Comme nous le verrons dans les réponses aux questions suivantes, la prise de conscience de la globalité du patient apparaît comme un élément essentiel pour résoudre les relations conflictuelles.

La quatrième question portait sur le sentiment de menace que les professionnels pouvaient ressentir lors d'interactions conflictuelles. Emilie Quesnel rappelle qu'une menace "implique une atteinte à l'intégrité personnelle d'un individu", ce qui déclenche des réflexes de défense. La réponse positive à cette question était de 46,38%, démontrant ainsi que les interactions conflictuelles touchent personnellement les professionnels dans une grande proportion (23).

La cinquième question portait sur les stratégies et les mécanismes mis en place en pharmacie pour faire face à ce type d'interactions. La plupart des réponses indiquaient l'absence de procédures spécifiques et que les réactions étaient basées sur l'intuition ou le "feeling" (23).

Les sixième et septième questions interrogeaient les professionnels sur leurs pratiques et leur capacité d'écoute dans ce type d'interactions. Il est ressorti qu'une grande proportion de professionnels ne prenaient pas le temps d'écouter ou d'isoler un patient agressif. Cependant, il est apparu que l'écoute est un élément central de la dispensation et de la prise en charge d'un patient (23).

Emilie Quesnel conclut en soulignant que l'analyse a révélé de nombreuses réactions inadaptées, soulignant ainsi l'importance de se pencher sur la maîtrise des émotions et, en particulier, sur l'écoute des besoins du patient. De plus, le questionnaire a confirmé la complexité extrême de la prise en charge des patients agressifs pour les professionnels de santé (23).

Ainsi, les résultats de cette étude soulignent que la gestion des émotions par les professionnels officinaux ne relève pas d'une compétence innée, mais nécessite un effort personnel de leur part. De plus, cette recherche met en évidence un écart entre la théorie présentée dans les textes officiels régissant la dispensation et la prise en charge du patient en officine, et la réalité vécue par ceux qui exercent cette profession. Une gestion inadéquate de ces situations a un impact tant sur le plan individuel du professionnel de santé, qui peut se sentir "menacé" dans son travail, que sur la qualité de la relation de soin.

3. Matériel et méthodes

La section « matériel et méthodes » de cette étude qualitative repose sur la méthode d'observation directe. Cette approche méthodologique vise à approfondir notre compréhension des dynamiques et des interactions conflictuelles dans la relation patient-professionnel officinal. L'observation directe permet d'analyser les comportements, les gestes et les interactions qui se déroulent dans un contexte réel, fournissant ainsi des informations précieuses sur les pratiques quotidiennes et les dynamiques relationnelles.

3.1. Cadre théorique de l'étude

L'objectif de notre étude est de comprendre les causes *des* conflits et de remédier *aux* relations professionnel-patient conflictuelles, lors de dispensation à des patients en situation de faible LES.

3.1.1. Littératie en santé et inégalités sociales de santé

La revue de la littérature nous a permis d'identifier deux outils théoriques qui donneront une partie du cadre de cette étude. Premièrement, **la notion de LES** sera essentielle pour examiner **l'influence du faible niveau de littératie en santé sur la relation entre les patients et les professionnels officinaux**, en étudiant les compétences de compréhension, d'évaluation et d'utilisation des informations liées à la santé. Deuxièmement, **les notions de communication** et de **gestion des conflits**, inspirées de Marc et Picard, sera pertinente pour comprendre les dynamiques conflictuelles qui

peuvent se produire dans ces situations de dispensation, en examinant les sources de conflit (transmission, interprétation ou blocage des messages), les styles de gestion des conflits et les stratégies de résolution. Troisièmement, **la notion d'inégalités sociales de santé** aidera à contextualiser cette étude dans un environnement social défavorisé, en examinant les déterminants sociaux de la santé, les disparités d'accès aux soins et les barrières structurelles qui peuvent influencer la relation professionnel-patient.

Ainsi, ces deux concepts offriront une approche globale pour comprendre et analyser la gestion des relations conflictuelles entre les patients en situation de faible niveau de littératie en santé et les professionnels officinaux dans un contexte social défavorisé.

3.1.2. Théorie psychosociale des interactions individuelles

Nous allons recourir à un troisième outil conceptuel qui est la théorie psychosociale des interactions individuelles proposée par Edmond Marc (psychologue) et Dominique Picard (psychologue social). Nous l'avons volontairement détachée de la revue de la littérature car il s'agit, pour nous, d'une découverte originale : cette théorie ne nous semble pas mobilisée par les thèses de pharmacie traitant du sujet. De plus, cette théorie aura un poids central dans notre analyse des situations conflictuelles.

3.1.2.1. La relation interpersonnelle

Selon Marc et Picard, une relation interpersonnelle possède une nature et une forme particulières, ce qui signifie qu'elle se déploie au sein d'un cadre spatio-temporel où au moins deux individus interagissent (24).

- Le contexte

Selon ces auteurs, **le contexte** ne se limite pas à être un simple environnement dans lequel une relation se déroule. Il exerce un effet structurant sur la relation en raison de sa dimension normative, de ses codes de communication et de ses rituels d'interaction. Le contexte comprend plusieurs dimensions, **le cadre, la situation et l'institution** (24).

Le cadre se définit comme le « décor » matériel et les significations symboliques et culturelles (24). Par exemple, appliqué au champ de l'officine, le cadre est défini, d'un côté, par l'aspect physique, avec ses comptoirs, ses étagères de médicaments et son

agencement spatial, crée une atmosphère spécifique qui peut influencer la dynamique de communication ; d'un autre côté, par l'aspect social, son environnement, ainsi la patientèle d'un milieu rural n'étant pas la même que celle d'un milieu urbain, qui lui-même se subdivise selon les milieux socio-économiques.

La situation quant à elle, définit les enjeux, les rôles, les thèmes et les codes de l'échange (24). Par exemple, un patient venant pour une urgence n'induit pas la même situation qu'un patient venant pour un renouvellement d'ordonnance.

L'institution, à laquelle le cadre et la situation appartiennent, influence profondément les relations, avec des rapports spécifiques, des styles relationnels et des règles interactionnelles propres à chaque institution (24). Ainsi, chaque pharmacie peut être considérée comme une institution, avec des valeurs et des normes propres qui structurent la culture professionnelle et qui influencent les interactions entre les professionnels et les patients.

- La distance physique et la distance psychologique

Dans le contexte de l'officine, la nature de la relation entre le professionnel et le patient est largement influencée par la distance qui existe ou se forme entre eux. Cette distance peut être envisagée selon deux aspects principaux : l'éloignement et la proximité. Le terme de « **distance** » revêt une double signification. Il peut faire référence à la **distance physique** entre les interlocuteurs, mais aussi à la **distance « psychologique »**, c'est-à-dire au degré de familiarité qui les unit sur le plan psychologique,» (24).

Ces deux types de distances sont particulièrement liées entre elles. En effet, on se rapproche plus aisément de quelqu'un dont on est familier que d'un inconnu.

- La temporalité de et dans la relation patient-professionnel

Dans la relation patient-professionnel, la dimension temporelle joue un rôle crucial. En effet, en fonction de son parcours de vie, chaque patient et chaque professionnel apportent leurs expériences passées et leurs rapports au temps, que j'appelle la temporalité dans la relation. Par exemple, lorsqu'un patient décide de prendre rendez-vous pour se faire vacciner, il choisit un moment qui a du sens pour lui. Il sera peut-être en congé ou alors pressé, et cela aura une influence sur la relation et la communication entre lui et le professionnel de santé.

De plus, la relation elle-même a une temporalité propre avec ses différentes étapes, allant de l'accueil à la délivrance, en passant par les conseils. Par conséquent, il existe une temporalité spécifique à chaque rencontre, liée à la temporalité dans la relation et de la relation, qui peut se manifester, par exemple, par le lien qui se crée entre un patient chronique et un pharmacien se fréquentant mensuellement pour son renouvellement d'ordonnance (24).

Cependant, le temps est une construction subjective et sa perception peut varier d'une personne à l'autre. Les conceptions du temps sont aussi influencées par les normes culturelles, comme les attentes de ponctualité. De plus, la perception individuelle du temps joue un rôle dans la manière dont nous vivons nos relations. La programmation du temps dans nos relations est complexe, influencée à la fois par nos besoins internes et les règles sociales et culturelles (24).

- Les rapports inter-individuels

En nous appuyons toujours sur les travaux d'Edmond Marc et Dominique Picard, les relations interpersonnelles possèdent une structure particulière dans le contexte de la pharmacie. Cette structure est définie par la manière dont les deux protagonistes de la relation interagissent entre eux. On peut classer ces interactions en différentes structures majeures : les rapports symétriques, complémentaires et hiérarchiques. Chacune de ces structures soulève la question de l'équilibre ou du déséquilibre perçu par chaque partenaire au sein de la relation (25).

o Le « rapport symétrique »

Dans les relations symétriques entre individus considérés comme égaux, il n'y a pas de dynamique de pouvoir, de soumission ou de hiérarchie. Ce qui les caractérise, c'est un échange égalitaire où la question de la préséance ne se pose pas (25). Elle concerne par exemple l'interaction entre deux professionnels qui travaillent dans la même équipe et qui ont le même statut.

o Le « rapport asymétrique complémentaire »

Les relations complémentaires se caractérisent par des attitudes, des rôles et des comportements différents mais qui s'articulent ensemble. Par exemple, dans une relation pharmacien-patient, les rôles sont complémentaires. Les rapports

complémentaires ne nécessitent pas nécessairement de relations de pouvoir, mais se distinguent principalement par la différenciation des rôles et des attitudes (25).

- Le « rapport hiérarchique »

Le rapport hiérarchique se caractérise par une distinction entre une "position haute" et une "position basse". Cette distinction peut être basée sur un statut (patron/employé par exemple) ou simplement sur une perception subjective (sentiment de supériorité/sentiment d'infériorité) influencée par l'histoire et la personnalité des personnes impliquées. Dans les relations statutaires, des marques de préséance dictées par les règles institutionnelles ou les normes culturelles peuvent être présentes. La différence peut également être spécifique et marquée dans des contextes plus spécifiques. Les relations peuvent évoluer avec le temps, passant d'une complémentarité à une hiérarchie, ou inversement, en fonction des circonstances et des interactions entre les individus (25). Comme l'exemple d'un pharmacien qui établit initialement une relation complémentaire avec un patient (aidant/aidé). Cependant, si ce dernier revient et lui avoue qu'il n'a pas respecté le traitement jusqu'au bout, le pharmacien peut alors adopter une attitude moralisatrice envers lui, établissant un rapport hiérarchique.

3.1.2.2. La communication

Le terme « **communiquer** » trouve son origine dans le latin « *communicare* », qui signifie « mettre en commun »

. Ainsi, la communication se caractérise par le **partage d'informations**. Elle peut être définie comme la compétence de transmettre un message en impliquant un **émetteur**, un **message** et un **récepteur** (26). Pour que le processus soit complet, le message doit atteindre sa cible et être compris. Le canal de transmission joue un rôle essentiel en établissant et maintenant le contact entre l'émetteur et le récepteur (27).

Lors de la transmission d'un message, celui-ci est codé. Plus le code est complexe, plus il est difficile à comprendre. Le langage utilisé pour le **codage**, qu'il soit oral ou écrit, doit être le plus simple possible. Il est important de souligner que la responsabilité de la réception du message revient uniquement à l'émetteur. Le récepteur doit comprendre le message et devient ensuite lui-même émetteur lorsqu'il le décode. Il est crucial que le récepteur puisse interpréter le message en raison de sa

connaissance du code commun aux deux parties. De plus, le message doit être conçu de manière à attirer l'attention du récepteur (28).

Ces principes démontrent que l'efficacité d'un acte de communication dépend de la qualité de l'échange entre l'émetteur et le récepteur. Le contexte joue un rôle important, car la communication doit tenir compte de la culture, du statut social, de l'identité et du rôle de chaque individu. Bien que cette explication de l'acte de communication puisse sembler simple, il est essentiel que l'émetteur transmette un message clair au récepteur (28).

Le **feedback** fait référence à la réponse du destinataire au message et à sa transmission à l'émetteur. Cette dynamique implique que l'émetteur et le destinataire ne sont plus confinés à des rôles fixes d'actif et de passif ; l'accent est mis sur l'interaction, introduisant ainsi l'idée d'une action réciproque et d'une circularité dans le processus de communication (29).

- Forme de d'expression : Communication verbale, non-verbale et paraverbale

La communication **verbale** englobe l'utilisation du langage, c'est-à-dire l'emploi des mots et de la parole pour échanger des informations. Cela concerne le contenu et le sens des conversations (29).

La communication **non verbale** se réfère à l'utilisation de gestes, de postures corporelles et d'expressions faciales pour transmettre des messages. Elle agit comme un support à l'expression verbale, ajoutant des nuances et des significations supplémentaires à la communication (29).

La communication **paraverbale** concerne l'utilisation de la voix, y compris le ton, le rythme, l'intonation et la vitesse de la parole. Tout comme la communication non verbale, elle soutient l'expression verbale en ajoutant des éléments tels que l'émotion, l'accentuation et l'engagement (29).

Les communications non verbale et paraverbale remplissent plusieurs fonctions :

1. Une fonction de communication : elle utilise de nombreux signaux corporels et vocaux pour transmettre des informations ou exprimer un état émotionnel (29). Par exemple lorsque le PO souris au patient se trouvant à la file d'attente, cela peut communiquer l'invitation au patient à s'installer au comptoir.

2. Une fonction relationnelle et régulatrice : elle contribue à structurer les échanges en établissant des liens et des normes de comportement entre les individus. Elle peut aider à établir des relations, à exprimer des attitudes et à réguler les interactions sociales (29). Par exemple, lorsque les PO sont en interaction conflictuelle, ils restent souvent plantés derrière leurs comptoirs renforçant l'idée de l'éloignement au patient.
 3. Fonction symbolique : elle utilise des signaux qui s'inscrivent dans des rites, des codes culturels ou des conventions sociales. Ces signaux peuvent avoir une signification symbolique spécifique et sont souvent utilisés pour exprimer des statuts, des rôles ou des significations culturelles particulières (29). Par exemple lorsqu'un patient se présente anxieux à la pharmacie et que le PO adopte une posture chaleureuse, rassurante et empathique vis-à-vis du patient.
- Niveaux de signification de la communication : explicite et implicite

La signification explicite fait référence à ce qui est dit de manière directe et explicite, de manière que le sens soit clair et sans équivoque. C'est la signification littérale et évidente des mots et des phrases (29).

La signification implicite, en revanche, se réfère à ce qui est sous-entendu, suggéré ou non-dit explicitement, mais qui peut être compris ou interprété par le contexte, les connaissances partagées ou les indices non verbaux. Il s'agit d'une signification qui nécessite une certaine inférence ou déduction de la part du destinataire.

Prenons l'exemple d'une interaction entre un pharmacien et un patient :

Signification explicite : Le patient dit au pharmacien : « Je souffre de maux de tête fréquents et intenses », il signifie sa douleur.

Signification implicite : Le patient pourrait implicitement suggérer qu'il souhaite obtenir un médicament pour soulager ses maux de tête, même s'il ne le dit pas explicitement. Le pharmacien peut comprendre cela en se basant sur le contexte de la demande du patient, la nature de son symptôme et son expérience en tant que professionnel de la santé.

A présent, si nous analysons cette situation entre le pharmacien et le patient selon une approche interactionnelle et systémique, en plus des significations explicites et implicites, d'autres éléments sont à prendre en compte.

Les acteurs impliqués sont le patient et le pharmacien, chacun ayant sa propre identité. Individuellement, ils peuvent être considérés comme des « récepteurs » et/ou des « émetteurs », mais dans le contexte de l'interaction, ils deviennent des « **interlocuteurs** » qui s'influencent mutuellement (29).

Ces acteurs interagissent en se déplaçant, en parlant et en évoluant les uns par rapport aux autres. Il ne s'agit pas simplement d'un échange de messages, mais d'un « **partage de sens** », où l'objectif est de comprendre et de trouver une signification commune (29).

Cette interaction est située dans un **contexte** spécifique, à savoir la pharmacie, et se déroule dans une situation particulière où le patient demande conseil à son pharmacien concernant des maux de tête (29).

En résumé, cette analyse de l'interaction entre le pharmacien et le patient met en évidence la **dynamique complexe de la communication**, qui implique des acteurs influençant mutuellement leur comportement, un partage de sens et une compréhension commune dans un contexte donné.

3.2. Lieu et groupe observé

3.2.1. Choix du lieu

La pharmacie sélectionnée pour cette étude est celle où j'exerce depuis plusieurs années. Elle est idéalement située au cœur d'un quartier résidentiel, entourée de divers commerces essentiels à la vie quotidienne tels que des boulangeries, des banques, une supérette, des cabinets médicaux et un garage. Cependant, ce quartier présente des conditions socio-économiques défavorisées. La présence de nombreux logements sociaux et la diversité culturelle de sa population, incluant des groupes socialement défavorisés, sont des caractéristiques notables. Le quartier est également confronté à un niveau élevé d'insécurité. Ces aspects spécifiques du quartier en font un cadre propice pour explorer la gestion des relations conflictuelles entre les

professionnels officinaux et les patients ayant un faible niveau de littératie en santé. L'étude tiendra compte des influences sociales et des contraintes particulières associées à ce contexte défavorisé.

3.2.2. Groupe professionnel observé

L'échantillon des professionnels officinaux observés et interviewés dans cette étude est composé de divers acteurs impliqués dans le processus de dispensation. En effet, la dispensation peut être effectuée par des pharmaciens, des préparateurs et des étudiants en troisième année validée, sous la supervision d'un pharmacien responsable. Cette étude se concentre sur l'analyse des facteurs influençant la dispensation, tels que l'âge, le sexe, la formation, les critères socio-professionnels, socio-culturels, socio-économiques et les représentations individuelles. Ainsi, il est pertinent d'inclure tous les professionnels habilités à réaliser la dispensation, qu'ils soient pharmaciens, préparateurs ou étudiants. L'équipe officinale compte au total quatorze membres, comprenant cinq pharmaciens, dont le titulaire, six préparateurs et trois étudiants. La majorité des membres de l'équipe sont des femmes, représentant 64% de l'échantillon, et que l'âge moyen des professionnels se situe autour de 39 ans. Cette diversité au sein de l'équipe permettra d'explorer différentes perspectives et expériences liées à la dispensation dans le contexte de cette étude.

3.3. Collecte des données : observations

3.3.1. Observation de terrain

Henri Peretz, sociologue et écrivain français, définit l'observation directe comme étant le fait d'être témoin des comportements sociaux des individus ou des groupes dans leurs lieux d'activité ou de résidence, sans altérer le déroulement habituel de ces situations (30). Cette méthode qualitative vise à recueillir et à enregistrer toutes les composantes de la vie sociale perceptibles par l'observateur. Elle requiert de ce dernier quatre tâches essentielles : **être présent sur les lieux, observer attentivement, consigner les observations et interpréter les données recueillies** (30). Son objectif ultime est de présenter, à un public universitaire ou plus large, un texte issu des notes prises tout au long de l'enquête, en dévoilant les principaux

résultats de cette investigation dans un contexte auquel la plupart des lecteurs potentiels n'ont pas accès.

3.3.1.1. Déroulement des observations

Les observations ont débuté le 3 octobre 2022 et se sont étendues sur une période de 5 mois, prenant fin le 28 février 2023. Elles ont été réalisées pendant mes heures de travail, ce qui m'a permis de gagner du temps en combinant mes activités professionnelles et mon étude. Cette approche m'a également offert une perspective différente sur les scènes quotidiennes que j'ai pu observer. Sur le plan déontologique, j'ai obtenu l'accord verbal de mon titulaire pour entrer sur le terrain. J'ai aussi informé l'équipe de ma présence et de ma démarche d'étude.

3.3.1.2. Retranscriptions des observations

La prise de notes est une étape essentielle de l'observation. Observer est déjà un exercice complexe qui demande concentration, méthode et patience, mais retranscrire ce que l'on voit est tout aussi difficile. Il était en effet difficile d'observer et de retranscrire instantanément la situation sans en omettre certains détails. De plus, ce que j'observais était filtré à travers ma propre perception, qui pouvait être influencée par des difficultés, des ressentis ou mon état émotionnel.

Avant de commencer concrètement les observations, j'ai pris le temps de mettre en place un cadre de travail et d'établir le décor. Pour cela, je me suis inspirée de la méthode d'Henri Peretz, qui distingue deux types de grilles d'observations : la « **grille d'approche** » et la « **grille systématique** » (31).

La « **grille d'approche** » (cf. Annexe n°2) constitue le premier ensemble de catégories permettant de recueillir **les propriétés élémentaires** et **les composantes d'un premier inventaire**. Elle comprend six éléments, tels que la **contextualisation sociale**, la **configuration spatiale**, **l'environnement spatial**, la **description des postes**, les **services proposés** par la pharmacie et les particularités de celle-ci. Cette grille vise à répertorier les éléments plus ou moins constants dans le temps, qui permettent au chercheur de se concentrer sur les situations observées (31).

Quant à la « **grille systématique** » (cf. Annexe n°3), elle a été élaborée après une période de familiarisation. J'ai défini **les « actions centrales »** qui répondaient à mes

besoins, comme **les situations de dispensation problématiques voire conflictuelles et les échanges informels entre les professionnels**. J'ai annoté tout ce qui se déroulait devant moi afin de créer **une grille reproductible** pour chaque séquence que je souhaitais enregistrer. J'ai veillé à retranscrire les conversations, lorsque cela était possible, de manière fidèle entre guillemets, afin de préserver leur sens. Cette grille comprenait quatre éléments : les données fixes de l'environnement, les données générales de la journée, les observations (divisées en données verbales et non-verbales) et les analyses et ressentis du chercheur(39).

Toutefois, après trois semaines d'utilisation, j'ai remarqué que cette grille était devenue trop rigide par rapport à ce que je pouvais observer. Elle restreignait ma perspective à certains types d'observations, ce qui me faisait négliger des éléments contextuels, les états émotionnels des personnes impliquées, ainsi que des détails en apparence insignifiants mais pouvant jouer un rôle crucial dans la compréhension d'un conflit. Par exemple, des nuances dans la tonalité de la voix, la posture corporelle, ou même les événements environnants. Dans cette optique, j'ai préféré opter pour la prise de notes libre dans un carnet de poche, en laissant une page en vis-à-vis pour y ajouter mes analyses et mes impressions, que ce soit pendant ma pause déjeuner ou en fin de journée. Cette approche m'a également permis de comparer mes observations actuelles avec celles que j'avais faites antérieurement en fonction des acteurs impliqués.

3.3.1.3. Traitements des données

Les données ont été traitées presque quotidiennement le soir après le travail. Plusieurs méthodes ont été utilisées pour les traiter. La première méthode était inspirée de celle d'Anne-Marie Arborio et Pierre Fournier (32). Elle consistait tout d'abord à distinguer différentes catégories de notes :

- **Les « notes repères »** prises sur le terrain, qui servent de mémoires pour la rédaction du compte rendu final ;
- **Le « journal de terrain »** rédigé au jour le jour à partir des « notes repères ».
- **Le « journal d'après terrain »**, rédigé après le « journal de terrain », permettant de faire des liens entre les différents éléments enregistrés et constituant une analyse précoce des données.

La deuxième méthode, toujours inspirée de l'ouvrage d'Anne-Marie Arborio et Pierre Fournier, consistait à analyser les différents types de notes présents dans les observations (32) :

- **Les « notes descriptives »** décrivent les acteurs, les lieux et les situations, formant ainsi le récit.
- **Les « réflexions personnelles »** rendent compte de mes impressions sur le terrain et me permettent de garder une trace de ma relation avec les enquêtés et les situations observées. Elles me permettent également d'ajuster mes positions et d'éclairer certains choix dans mon enquête.
- **Les « notes prospectives »** font suite aux réflexions personnelles. Elles peuvent susciter des questionnements, des idées sur la manière d'observer ou de vérifier. Elles peuvent également donner lieu à des lectures qui viendront enrichir le compte rendu final et la façon d'observer.
- **Les « notes d'analyses »** sont des analyses provisoires qui cherchent leur validation dans l'observation et la relecture des notes.

Ces différents types de notes étaient présentes dans des proportions variables en fonction du type de situation et de l'avancement des observations. Au départ, classées chronologiquement, les « notes descriptives » prédominaient, tandis que les « notes d'analyses » étaient davantage présentes vers la fin du compte-rendu.

Après avoir retranscrit les observations, j'ai dû les organiser en fiches thématiques, correspondant à une analyse plus approfondie des observations et me permettant d'évaluer leur pertinence dans le compte rendu. Ainsi, elles ont été classées en quatre fiches en lien avec les questions initiales :

- Les lacunes et les obstacles rencontrés par les professionnels lors des situations de dispensation problématique avec les patients en situation de faible niveau de LES.
- Les besoins des patients et des professionnels dans de telles situations.
- Les savoir-faire, c'est-à-dire les différentes façons dont les professionnels réagissent pour résoudre la situation.
- Les propositions théoriques de résolution des problèmes, une analyse précoce de ce qui aurait pu être fait pour rendre la situation moins problématique.

A la suite de quoi, un compte rendu final (cf. Annexe n°4) a été rédigé mêlant concept sociologique et observations tirées du « journal de bord ».

3.3.2. Analyse des données d'observations

Les données d'observations ont été analysé à l'aide de la méthode de « théorisation ancrée » proposé par Pierre Paillé (33):

1. **Étape de codage**

Durant la rédaction du « Journal d'après terrain », une étape essentielle consistait à identifier des unités de sens significatives dans le journal de bord, appelées **unités de codage** (33). Ces unités de codage, sous forme de **phrases**, de **paragraphes** ou **d'idées spécifiques**, représentaient des **thèmes ou des concepts pertinents** (33). L'objectif de cette analyse précoce des données d'observation était **d'associer de manière inductive des faits similaires afin de dégager idées plus larges**.

Par exemple, à partir d'un fait observé dans les premières pages du journal de bord indiquant une forte affluence à la pharmacie en fin de matinée, avec des professionnels stressés et pressés, plusieurs faits similaires ont été identifiés : un conflit s'est produit à 11h30 entre une préparatrice et une jeune femme venue chercher sa pilule contraceptive sans ordonnance et carte vitale. Un autre jour, à 17h00, un homme visiblement ivre est arrivé pendant les heures de pointe, Yanis, un professionnel de la pharmacie, a pris l'initiative de le servir même si ce n'était pas son tour, créant une situation potentiellement conflictuelle avec les autres clients qui se sentaient injustement doublés.

À partir de ces informations, une conclusion a été tirée : l'affluence de clients constitue un facteur de stress pouvant accroître les risques de conflit. En effet, les professionnels ressentent du stress lorsque l'attente est élevée, et l'ajout d'un problème tel que le refus de délivrer une pilule ou une exception faite pour un patient alcoolisé peut être le déclencheur d'une situation conflictuelle.

2. **Étape de catégorisation**

Les unités de codage sont regroupées en **catégories** ou en **thèmes** « qui émergent de manière inductive à partir des données elles-mêmes » (33). Ainsi, dans l'exemple précédent, l'heure et l'affluence de monde ne sont plus les seuls éléments pris en compte, mais le contexte dans lequel un potentiel conflit peut survenir.

- De cette catégorisation, quatre catégories distinctes ont émergé :
- Les « sources apparentes du conflit »
- L'influence du contexte
- Les moyens de contournement ou de résolution du conflit par les professionnels
- Les effets du conflit sur la pratique professionnelle

3. Analyse thématique

À partir de ces catégories, des **thèmes principaux** ont émergé, représentant **des idées** ou **des concepts récurrents** qui traversent les données et fournissent des **informations clés sur les expériences, les perceptions ou les problèmes observés**. Cette analyse thématique permet d'affiner l'analyse.

Par exemple, il est apparu que le refus des professionnels de délivrer un médicament à un patient, qu'il soit sur prescription ou non, était l'une des sources de conflits les plus récurrentes. L'objectif est d'approfondir cette analyse.

4. Interprétation

Dans cette étape finale, il était essentiel **d'intégrer cette analyse dans un contexte de recherche plus vaste**.

Pour reprendre l'exemple du refus de délivrance, cela impliquait de considérer les enjeux liés aux conflits relationnels et internes. Cette perspective permettait d'explorer les implications plus profondes de telles situations et leur impact sur les dynamiques interpersonnelles au sein de l'environnement professionnel.

Pour donner suite à cette interprétation, j'ai élaboré un compte-rendu d'observation regroupant les différents thèmes observés et établissant des liens avec la littérature existante sur le sujet des conflits et de leur gestion.

4. Résultats

Dans cette section « résultats », nous comparerons l'analyse des données avec les concepts trouvés dans la littérature. Notons que ces observations ont été faites à travers mon propre point de vue, ce qui implique mes représentations, mes jugements de valeur, ma pratique et mon état émotionnel du moment. En prenant conscience de ces différents éléments, il est possible de réduire en quelque sorte le biais qu'ils peuvent avoir sur mes observations, qui ne sont qu'une interprétation de ma réalité vécue. Il est donc essentiel de prendre du recul vis-à-vis des informations retranscrites.

4.1. Définition de relation conflictuelle

4.1.1. Définition et niveaux du conflit

Edmond Marc et Dominique Picard définissent (34).

Exemple n°1 :

La première situation conflictuelle que j'ai pu observer entre une patiente d'une vingtaine d'année et une collègue pharmacienne s'est produite un matin à l'ouverture. Une jeune fille accompagnée d'une amie s'est présentée au comptoir avec un blister de pilule contraceptive et a demandé à ma collègue de lui en fournir. A cela ma collègue lui demande une ordonnance. La jeune fille a un mouvement de recul et semble être étonnée : « Il faut une ordonnance pour ça ? ». Ma collègue lui répond que oui et lui demande où elle a obtenu ce médicament auparavant. La jeune fille semble gênée et lui répond qu'elle ne sait plus. Ma collègue prend donc l'initiative de lui expliquer pourquoi ce médicament est sur ordonnance. « Ce sont des hormones, c'est pourquoi il faut consulter le médecin pour qu'il vous fasse une prescription ». La jeune fille semble ne pas comprendre que les hormones peuvent être dangereuse pour la santé et dit à ma collègue « Ben ça fait trois mois que j'en prend et je vais bien ». Elle commence à avoir comportement désabusé et tente de soumettre ma collègue à sa volonté par un stratagème qui semble manipulateur³ « Vous ne voulez pas me le donner alors ? ».

³ Cette question peut sembler manipulateur car elle cherche à créer un sentiment de culpabilité ou d'obligation chez le destinataire. En posant cette question, l'interlocuteur tente de mettre en évidence le refus du

Ma collègue lui répond que ce n'est pas une question de volonté mais de sécurité. Le ton commence à monter et la jeune fille lui répète qu'elle va bien et qu'il ne lui est rien arrivé depuis qu'elle la prend. Ma collègue campe sur ses positions et tente de trouver une solution pour la jeune fille « Est-ce que vous avez un médecin traitant ? Sinon, je peux vous orienter vers le planning familiale ». La jeune fille s'énerve « Mais moi j'en ai pas besoin demain, j'en ai plus. ». Ma collègue lui demande alors d'adopter un ton plus adapté et lui répète qu'elle ne peut rien lui délivrer sans ordonnance. « Mais je m'en fou de ton ordonnance, tu fais chier avec ça ! ». Elle utilise le tutoiement et emploie des termes grossiers, ce qui énerve ma collègue qui lui répond « Bon, je pense que c'est mieux si vous alliez vous servir ailleurs, je vous cherche une solution et vous manquez de respect. », elle a des grands gestes avec les bras qui lui signifie de prendre la porte. La jeune fille regarde alors son amie et se mettent à rire en marmonnant. Voyant la situation se dégrader un peu plus et ma collègue être submergée par ses émotions, je décide d'intervenir en demandant aux jeunes filles de quitter les lieux plus calmement. Elles se regardent à nouveaux et se mettent à rire en partant.

Dans cet exemple, le conflit implique deux acteurs : le professionnel qui a refusé de dispenser un médicament à prescription obligatoire sans ordonnance et le patient. Cependant, le conflit peut également être interne lorsqu'il n'implique qu'un seul acteur, comme j'ai pu l'observer lors de cette altercation. Ma collègue s'est sentie très émue et est allée dans le back office pour se calmer. Lorsqu'elle est revenue dans l'espace de vente, sans patient présent, elle a exprimé sa culpabilité en me montrant des signes de remords, déclarant : « Je m'en veux d'avoir réagi comme ça, je n'aime pas m'énerver ». Elle a semblé avoir été confrontée à un conflit intérieur, car elle avait ressenti des émotions contradictoires, entre sa colère et son professionnalisme.

Ainsi, les deux types de niveaux de conflit observable à la pharmacie se définissent selon la quantité des acteurs impliqués :

professionnel tout en insinuant que le refus est motivé par une volonté personnelle plutôt que par des règles ou des contraintes externes. En impliquant directement le professionnel dans le contexte émotionnel, la question joue sur le registre personnel plutôt que professionnel, et peut ainsi inciter le professionnel à remettre en question sa décision ou à se sentir obligé de répondre favorablement pour éviter de paraître insensible ou peu collaboratif. Cela peut être considéré comme une tentative de manipulation pour obtenir une réponse positive en exploitant les émotions ou les pressions sociales.

- Conflit relationnel : deux à plusieurs individus ;
- Conflit individuel : un seul individu ;

Ces deux conflits peuvent mutuellement donner naissance à l'un ou à l'autre.

4.1.2. Les réactions au conflit : extériorisées ou intériorisées

Le premier exemple illustre une possible expression extériorisée du conflit, qu'il soit interne ou externe, et nous verrons plus tard que cette expression peut avoir plusieurs implications. Cependant, il peut également arriver que certaines réactions soient davantage intériorisées, comme le montre le deuxième exemple où ma collègue a maintenu un calme presque imperturbable face à l'agressivité d'un client pressé.

Exemple n° 2 :

Il est 11h30, il y a du monde à la pharmacie. Une de mes collègues préparatrices sert un monsieur pressé qui est en train de regarder son téléphone. Il a une ordonnance pour des médicaments, notamment de l'Amoxicilline 1g, du Doliprane 1g et un collutoire, ce qui laisse penser qu'il souffre d'une angine. Alors que ma collègue est sur le point de terminer la dispensation, elle remarque que la mutuelle du monsieur n'est pas à jour et lui demande s'il l'a avec lui. Le monsieur panique et répond « Je ne suis pas enregistré ? ». Ma collègue lui explique que sa dernière visite remonte à 2021 et que sa mutuelle n'est pas à jour. Le monsieur s'énerve et exprime son exaspération en disant « Putain, on va jamais y arriver ! » Il cherche dans son porte-carte sans succès et répond d'un ton irrité « Ben je l'ai pas ! » Ma collègue garde son calme, malgré l'attitude agressive du monsieur, et lui explique qu'il devra payer quelque chose mais qu'elle lui fournira une facture pour qu'il puisse se faire rembourser par sa mutuelle. Elle prend les boîtes de médicaments et commence à expliquer les modalités d'administration. Elle pose la question de savoir s'il est allergique à l'Amoxicilline, un antibiotique potentiellement allergisant, à laquelle le monsieur répond d'un ton impatient « Ben j'en sais rien, je suis jamais malade. » Ma collègue est gênée et ne le regarde pas dans les yeux. Elle reprend son conseil, mais le monsieur l'interrompt en disant qu'il connaît déjà les instructions et qu'il n'a pas le temps. Ma collègue met les médicaments dans un sac en papier, fait le tour du comptoir et remet le traitement au monsieur en lui souhaitant une bonne journée et un prompt rétablissement. Le monsieur prend le sac, fait un demi-tour rapide en disant « Merci, au revoir ».

Dans cet exemple, plusieurs indices montrent que le monsieur est agacé, tels que sa façon de parler et sa gestuelle, ainsi que sa mauvaise foi en affirmant connaître le traitement alors qu'il n'est même pas certain d'être allergique à l'amoxicilline. En outre, il a dévalorisé ma collègue en laissant entendre que son conseil était inutile car tout était écrit sur l'ordonnance.

Malgré cela, ma collègue n'a pas cherché à justifier son expertise de professionnelle de santé et a gardé son calme afin de ne pas aggraver la situation.

Ce type de réaction est courant chez les professionnels et, tout comme les réactions extériorisées lors d'un conflit, il comporte des enjeux, qu'ils soient d'ordre commercial, professionnel ou même personnel.

Ainsi, le conflit extériorisé se dévoile de manière évidente et audible aux yeux et aux oreilles des autres, qu'ils soient ou non impliqués dans la situation, dans le but d'exprimer les opinions, les valeurs ou les représentations de l'individu. En contraste, le conflit intériorisé se caractérise par un décalage entre les actions extérieures d'une personne et ses sentiments intérieurs réels.

4.2. L'importance du contexte dans le conflit et facteurs favorisants

Le contexte dans lequel les relations se déroulent, qu'elles soient pacifiques ou conflictuelles, joue un rôle crucial dans leur détermination. Contrairement à ce que l'on pense souvent, le contexte n'est pas simplement une toile de fond pour les interactions entre les personnes impliquées, mais est plutôt un élément essentiel de la situation, au même titre que l'identité des personnes concernées, la nature de leur relation, et les messages qu'elles échangent. Comme ces éléments, le contexte est porteur d'enjeux, de codes, et de valeurs, et influence de manière significative les comportements adoptés. En fait, le contexte est crucial pour structurer la relation en question.

En nous appuyant sur la définition d'Edmond Marc et Dominique Picard, nous définirons le « contexte relationnel » à l'officine selon plusieurs aspects à distinguer (35) :

- Le cadre physique et temporel dans lequel la relation se déroule,
- La situation qui organise les comportements et enjeux de la rencontre,

- L'institution (l'entreprise, l'hôpital, la pharmacie...) qui définit les normes, rôles et valeurs qui régulent la relation.

Ces éléments interagissent pour favoriser ou inhiber certains comportements, et leur influence dépend de la perception des protagonistes. Par exemple, un pharmacien peut avoir une relation différente en fonction de l'heure de la journée, du type de demande ou encore selon s'il s'agit d'un patient médecin ou d'un patient d'un milieu social défavorisé.

4.2.1. Le cadre physique et temporel

En pharmacie de ville, le « cadre » peut se référer aux éléments physiques de la pharmacie, tels que l'aménagement de l'espace et la disposition des produits, ainsi qu'aux aspects temporels de la relation, tels que les heures d'ouverture et d'affluence de la clientèle. Ce cadre peut être un facteur favorisant les conflits lorsqu'il est mal adapté aux besoins des patients ou lorsqu'il n'est pas respecté par les clients eux-mêmes.

Le dépassement de la file d'attente peut générer des incivilités entre patients

Exemple n° 3 :

Il peut arriver que certains patients estiment être prioritaires par rapport aux autres et décident de passer devant eux dans la file d'attente. Cette situation peut entraîner des conflits non seulement entre les patients, mais aussi pour le professionnel qui peut être contraint d'intervenir, même s'il est en situation de dispensation. Quelques fois certains patients font preuve de mauvaise foi en expliquant qu'ils n'avaient pas compris que la file d'attente se situait où les autres patients attendaient.

Le bruit peut avoir un impact significatif sur l'état émotionnel des personnes, en générant des sentiments tels que l'anxiété et l'énerverment.

Exemple n°4 :

Dans le contexte d'une pharmacie de ville, il est courant que des mères de famille accompagnées de leurs enfants viennent, et ces derniers peuvent causer du bruit en criant, courant ou même en cassant des produits. Cela peut être source de stress pour le professionnel qui doit se concentrer sur la dispensation tout en étant vigilant quant aux dommages potentiels qui pourraient être causés.

Une autre situation qui peut engendrer des conflits est l'affluence de clients qui peut causer un désordre dans l'espace de vente.

Exemple n°5 :

Un lundi soir vers 17h30, la pharmacie était bondée de monde et j'ai été témoin de trois jeunes filles qui ont profité de l'agitation de l'heure de pointe pour voler des produits de parapharmacie. Mes collègues et moi avons dû interrompre les dispensations en cours pour régler le problème, ce qui a entraîné une indisponibilité du professionnel. Cela engendre une indisponibilité du professionnel qui est une source de conflit relationnel.

Bien qu'il n'y ait pas eu de conflit manifeste, il était évident que les interactions avec les patients restés au comptoir étaient moins fluides. Les professionnels semblaient engager des discussions entre eux à propos de l'incident de vol, même pendant qu'ils étaient en train de servir les patients, reléguant ainsi l'acte de délivrance au second plan. En réalité, la situation semblait davantage évoquer une simple distribution de médicaments assortie de quelques conseils standard, sans qu'aucune personnalisation ne soit apportée à l'égard des patients.

4.2.2. Le cadre social

Dans le contexte social d'une pharmacie, divers profils de clients se distinguent selon son emplacement. Ainsi, la clientèle varie selon qu'elle soit située en milieu urbain ou rural, ainsi que dans des quartiers défavorisés ou aisés. La pharmacie étudiée attire principalement une clientèle provenant de milieux sociaux qui rencontrent des défis socio-économiques, socio-professionnels et socio-culturels.

Ces facteurs exercent une influence sur la compréhension des questions de santé (littératie en santé) et peuvent également influencer la nature des interactions entre les patients et les professionnels. Certaines difficultés de communication, règles ou conseils peuvent être exacerbés par des facteurs psychologiques, identitaire et relationnel profondément enracinés dans les groupes sociaux défavorisés, ce qui peut potentiellement entraîner des tensions ou des conflits.

En échangeant de manière informelle avec des collègues travaillant dans des quartiers considérés comme plus « aisés », j'ai observé des différences dans les comportements des patients concernant l'utilisation des médicaments et les soins par

exemple. Dans ces quartiers, les patients semblent faire preuve d'une plus grande responsabilité en termes de respect des ordonnances, de fréquentation des services d'urgence et des consultations médicales. En revanche, dans la pharmacie où j'exerce, j'ai constaté que la majorité des patients venant renouveler leurs ordonnances chaque mois (à l'exception des patients atteints de maladies chroniques) ont tendance à présenter plusieurs ordonnances provenant de différents prescripteurs et souhaitent souvent retirer l'intégralité de leurs médicaments, même s'ils n'en ont pas l'utilité.

Cette comparaison n'a pas pour objectif de blâmer ces patients, mais plutôt de susciter une réflexion sur la dimension sociale de cette consommation. En effet, en dehors des médicaments, un élément apparemment anodin mais révélateur me questionne, celui de la consommation des sacs plastiques. Dans notre pharmacie, les sacs plastiques étaient traditionnellement gratuits, mais il a fallu les rendre payants il y a quelques mois en raison d'une demande excessive de nos clients. En comparaison avec les quartiers plus aisés, la consommation de sacs plastiques semble être plus faible, voire inexistante, ce qui me conduit à penser que la consommation de « gratuit » peut être apparenté à un comportement social du « j'y ai droit ».

La théorie de Pierre Bourdieu sur le capital social, économique et culturel tirée de son ouvrage majeur « La Distinction : Critique sociale du jugement » postule que dans une société, les individus possèdent différents types de ressources qui influencent leur position sociale. Le capital social se réfère aux relations et aux réseaux sociaux qu'une personne possède, le capital économique concerne la richesse matérielle et le capital culturel englobe les connaissances, compétences et dispositions culturelles. Cela forme la base de sa théorie de la reproduction sociale, où les inégalités se perpétuent à travers la transmission de ces formes de capital (36).

Ainsi, en s'appuyant sur ses travaux, on pourrait expliquer pourquoi les personnes issues d'un milieu social défavorisé réclament fréquemment des sacs plastiques gratuits à la pharmacie : elles agissent dans ce que j'appellerais « la logique de la rareté » ou « la culture de la nécessité ».

Ces individus pourraient alors adopter une « culture de la nécessité » en raison de divers facteurs :

- **Utilité perçue des sacs plastiques** : Les sacs plastiques gratuits sont vus comme une ressource utile pour transporter des produits, ranger des objets ou

même comme alternative à l'achat de sacs réutilisables plus chers. Pour les personnes en situation précaire, chaque petit avantage ou économie potentielle compte, ce qui peut les pousser à réclamer ces sacs.

- **Contraintes financières** : Les individus défavorisés doivent souvent jongler avec un budget restreint. Les dépenses quotidiennes s'accumulent rapidement, et chaque dépense supplémentaire, même minime en apparence, peut avoir un impact significatif sur leur situation financière. Demander des sacs plastiques gratuits peut donc découler de la nécessité de réduire les coûts de manière générale.
- **Manque d'alternatives** : Les personnes issues de milieux sociaux défavorisés peuvent avoir moins d'accès à des alternatives durables comme les sacs réutilisables en toile. Leur choix peut donc être conditionné par la disponibilité immédiate des sacs plastiques gratuits à la pharmacie, même si ces sacs sont moins écologiques.
- **Influence des pairs et des normes sociales** : Dans certains milieux, l'utilisation de sacs plastiques gratuits peut être socialement acceptée, voire encouragée. Les individus peuvent être influencés par les comportements de leurs pairs et par les normes en vigueur dans leur environnement.
- **Fonction symbolique de reconnaissance** : dans les milieux socialement défavorisés, les individus peuvent être enclins à considérer l'utilisation de sacs en plastique comme un moyen de signifier « j'y ai le droit alors je le prends ». De manière analogue, cette dynamique peut être observée dans le contexte de la surconsommation de médicaments, où un patient peut interagir avec un pharmacien en demandant combien de boîtes il a le droit d'obtenir, même s'il n'a pas l'intention de les consommer toutes.

En résumé, cette attitude pourrait découler de la nécessité des personnes issues d'un milieu social défavorisé de maximiser les ressources à leur disposition pour répondre à leurs besoins immédiats dans un contexte de contraintes financières et d'accès limité aux alternatives durables.

4.2.3. La situation

En pharmacie, la notion de situation, selon la définition de Marc et Picard, renvoie à un ensemble de circonstances et de paramètres qui définissent et organisent une interaction sociale spécifique. Une situation peut être vue comme un « scénario » dans lequel se déroulent les relations interpersonnelles (24).

L'essence de cette notion est de reconnaître que les interactions sociales ne sont pas uniformes, mais qu'elles varient en fonction du contexte. Un même cadre, tel qu'une pharmacie, peut donner lieu à différentes situations, chacune ayant ses propres caractéristiques distinctives mais pouvant présenter des similitudes entre elles.

Prenons, par exemple, la situation de **la primo-délivrance**. Dans ce scénario, un patient qui découvre son traitement pour la première fois se rend à la pharmacie pour retirer ses médicaments. Cette situation peut varier en fonction de la nature du traitement, qu'il s'agisse d'un traitement aigu pour une infection ou d'un traitement chronique pour une maladie à long terme. La situation de primo-délivrance est influencée par le fait que le patient entre dans un nouvel univers de soins, ce qui peut susciter des questions, des préoccupations et des attentes spécifiques.

De même, **le renouvellement** est une autre situation courante en pharmacie. Lorsqu'un patient a déjà été en contact avec son traitement et le professionnel de santé, la dynamique varie en fonction de la nature de la pathologie (chronique ou aiguë) et des expériences antérieures du patient.

La situation, par essence, implique un positionnement relatif de quelque chose par rapport à autre chose (37). Ainsi, lorsque le patient se présente en pharmacie pour une consultation, une urgence ou simplement pour obtenir des renseignements, les enjeux et les attentes ne sont pas les mêmes. Par exemple, un patient en situation d'urgence nécessite une prise en charge immédiate et efficace, tandis qu'un patient venant chercher une ordonnance peut être plus patient quant au temps d'attente.

La présence de plusieurs patients en même temps dans l'espace de vente peut également influencer la situation. Cela peut prolonger les temps d'attente et créer des situations stressantes pour les patients impatientes, ce qui peut potentiellement entraîner des tensions avec les professionnels de santé.

En somme, la situation est un élément clé dans la gestion des conflits en pharmacie, car elle façonne les comportements et les attentes des patients, ainsi que les rôles que doivent jouer les professionnels pour garantir une prise en charge appropriée et une communication efficace. La compréhension des différentes situations rencontrées en pharmacie et de leur impact sur la relation patient-professionnel est essentielle pour fournir des soins de qualité et gérer les défis qui peuvent surgir.

En voici la liste non exhaustive issue de mon expérience professionnelle :

- **Primo-délivrance** : situations où un patient est profane au traitement que l'on va lui dispenser sur ordonnance. Cette situation implique un premier contact entre le pharmacien et le patient. Cependant la situation ne sera pas la même en fonction du type d'affection à traiter.
 - **Primo-délivrance de traitement aigu** : correspond à la première délivrance d'un traitement pour une pathologie aiguë (pathologie d'une durée de moins de trois mois allant vers une guérison).
 - **Primo-délivrance de traitement chronique** : correspond à la délivrance d'un traitement pour une pathologie chronique (pathologie de plus de 3 mois allant généralement vers une chronicité des soins).
- **Renouvellement** : implique que le patient s'est déjà administré le traitement et a déjà eu un premier contact.
 - **Renouvellement de traitement chronique** : implique le plus souvent le suivi de l'observance du patient ainsi que son suivi biologique concernant sa pathologie. Cette situation amène aussi à plus de familiarité entre professionnel et patient puisque le patient revient de manière régulière chercher son traitement.
 - **Renouvellement de traitement aigu** : implique le souvent le suivi de l'efficacité du traitement et la survenue ou non d'effets indésirables imputables au traitement.
 - **Récidive** : implique retour ou à la réapparition d'une maladie après une période de rémission ou de guérison. Elle implique un relationnel de soutien de la part du professionnel envers son patient.
- **Automédication** : implique pour un patient de prendre des médicaments ou de s'auto-administrer des traitements sans prescription médicale, pour soulager des symptômes ou des maux de santé légers et courants. Le plus souvent ces

patients ont déjà une idée de ce qu'ils veulent pour se soigner. Par exemple « Bonjour, je voudrais de l'ibuprofène pour soulager mes maux de tête », sans passer par la case conseil du professionnel.

- **Demande spontanée sans ordonnance** : désigne le fait pour un patient de se présenter à la pharmacie sans prescription médicale préalable, en demandant directement au pharmacien des conseils ou des médicaments pour soulager ses symptômes ou ses besoins de santé. Cette demande s'apparente à une consultation qui nécessite l'expertise du professionnel.
- **La tierce-personne** : concerne une personne aidante ou accompagnante. Elle peut être en présence du patient demandeur, peut être un membre de la famille, un voisin ou un ami. Elle peut être la personne aidante dans le cadre professionnel telles que les aides-soignantes. Cette situation implique que le pharmacien ne s'adresse pas directement au patient engendrant ainsi une manière différente de dispenser un médicament ou un conseil

4.2.4. L'institution

L' « institution », selon E. Marc et D. Picard, peut être comprise comme un ensemble structuré de valeurs, de normes, de rôles, de modèles de conduite et de relation, qui se manifeste par exemple dans les différentes règles et procédures qui régissent le travail des professionnels de santé.

Chaque pharmacie peut ainsi être considérée comme une institution, avec des valeurs et des normes propres, qui influencent les interactions entre les professionnels et les patients.

Par exemple, le respect de la confidentialité des données de santé est une norme importante dans l'institution pharmaceutique. De même, la relation entre les patients et les pharmaciens est souvent régulée par des règles interactionnelles spécifiques, comme le respect de l'ordre d'arrivée dans la file d'attente.

Les différentes institutions qui se côtoient dans la société peuvent donc être vues comme autant de systèmes plus ou moins cohérents qui organisent et régulent les interactions sociales, mais aussi comme autant de sources potentielles de conflits si

ces valeurs et normes ne sont pas respectées ou perçues de manière différente par les différents acteurs impliqués (35).

Le cadre, la situation et l'institution peuvent interagir pour influencer les comportements des personnes impliquées. Par exemple, un client peut avoir une attitude différente envers un pharmacien lorsqu'il est en public et lorsqu'il est en privé. De plus, la façon dont ces éléments sont perçus par les individus peut également avoir un impact sur leur comportement. Par exemple, un pharmacien qui accorde une grande importance à la sécurité des patients peut être très vigilant quant à la vérification des doses et des interactions médicamenteuses, ce qui peut le conduire à être plus strict dans son travail. Cela peut entraîner des conflits avec les clients qui souhaitent une dispensation plus rapide ou qui sont mécontents de devoir fournir des informations supplémentaires sur leur traitement médicamenteux.

Contexte = Cadre physique, temporel et social

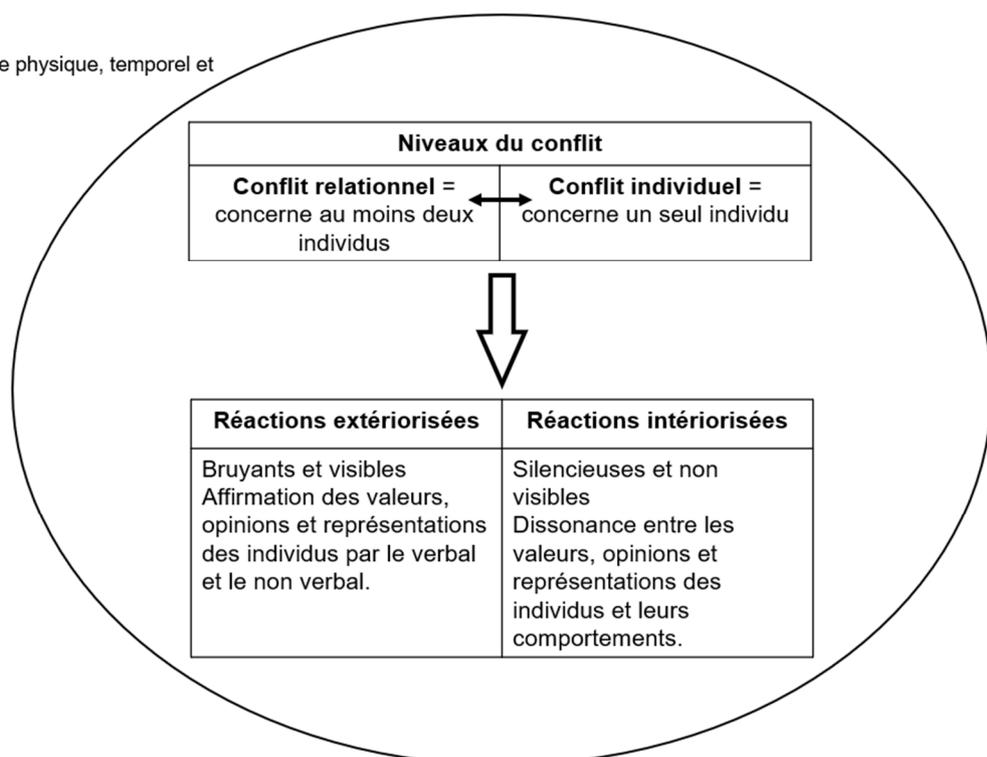


Schéma récapitulatif des niveaux du conflit et des réactions associées (inspiré de Marc et Picard)

Commentaire schéma : Ce schéma démontre que le conflit relationnel et le conflit individuel peuvent s'engendrer mutuellement, conduisant à des réactions tant intérieures qu'extérieures. Ces interactions se déroulent dans un contexte complexe composé de trois éléments clés - les cadres physique, temporel et social – ainsi que

la situation et l'institution - qui s'emboîtent s'entremêlent pour exercer une pression sur les relations sociales conflictuelles.

4.3. Les sources identifiées par les observations du conflit entre professionnel et patient en situation de faible niveau de LES d'un milieu social défavorisé

Selon moi, les conflits humains éclatent bien souvent pour des raisons en apparence mineures, masquant ainsi des causes sous-jacentes bien plus profondes et complexes. C'est en scrutant au-delà de la surface des désaccords et des malentendus que l'on découvre les véritables mécanismes à l'œuvre. Je suis d'avis que ces tensions ne sont que rarement le fruit d'un simple « refus » ou d'une incompréhension, mais plutôt le résultat d'une accumulation de facteurs « psycho-socio-relationnels » qui s'entremêlent et prennent forme à un instant précis. Un concept particulièrement pertinent pour appuyer ce point de vue est celui de « l'effet cumulatif », également connu sous le nom de « la goutte qui fait déborder le vase ». Cette idée met en lumière comment de petites frustrations, des désaccords latents et des tensions accumulées au fil du temps peuvent finalement déclencher des conflits en réponse à des événements en apparence insignifiants.

4.3.1. Le refus

Une des sources les plus fréquentes du conflit relationnel entre patient et professionnel provient du refus de ce dernier à dispenser un ou plusieurs médicaments.

Les raisons de ces refus sont multiples et sont généralement justifiées pour des motifs de sécurité, administratifs ou législatifs. Cependant elles suscitent pour le patient un sentiment de frustration pouvant conduire au conflit relationnel.

Dans l'exemple n°1 (p. 53), initialement, la demande de la jeune fille pour une pilule contraceptive est accueillie par le refus de ma collègue pharmacienne de la délivrer sans ordonnance. Ce refus, bien que basé sur des règles et des normes professionnelles, crée une **désapprobation** de la part de la jeune fille qui attendait une réponse favorable. Le refus crée un déséquilibre entre les attentes de la jeune fille et la réalité de la situation, provoquant une première étincelle de frustration.

La frustration est ensuite exacerbée par l'**incompréhension** de la jeune fille vis-à-vis de la nécessité d'une ordonnance pour un médicament qu'elle prenait déjà. Sa

méconnaissance des raisons médicales pour lesquelles une ordonnance est requise amplifie le conflit naissant. De plus, l'utilisation d'un **stratagème manipulateur** par la jeune fille, en tentant de faire culpabiliser ma collègue, ajoute une dimension émotionnelle à la situation, entraînant une dynamique où **les enjeux personnels se mêlent aux enjeux professionnels**.

Lorsque ma collègue maintient sa position et tente de proposer des alternatives, la frustration de la jeune fille monte encore, manifestée par **une escalade verbale** et l'utilisation de termes grossiers. Le passage au tutoiement et aux insultes accentue l'antagonisme et crée un désaccord profond. Le ton de la conversation devient hostile, illustrant comment une situation qui semblait initialement dérisoire (le refus de délivrance sans ordonnance) est désormais ancrée dans une **confrontation chargée émotionnellement**.

Le concept sociologique de « **la dramaturgie** » pourrait expliquer cette situation. Cette notion, développée par Erving Goffman, suggère que les interactions sociales sont comparables à une pièce de théâtre, où les individus jouent des rôles sociaux et tentent de gérer leur image dans les interactions (38). Dans ce cas, les protagonistes (la jeune fille et ma collègue) jouent des rôles qui dépassent la simple transaction commerciale pour devenir des acteurs exprimant des émotions, des enjeux personnels et des perceptions mutuelles. Les mécanismes « psycho-socio-relationnels » que j'identifie tels que les frustrations accumulées, les stratagèmes manipulateurs et les réponses émotionnelles, sont autant de dynamiques qui s'intègrent dans cette dramaturgie sociale, contribuant à l'escalade du conflit.

4.3.2. Les problèmes de compréhension

Lorsqu'un patient présente un faible niveau de littératie en santé, cela représente un défi pour les professionnels. En effet, ces patients peuvent rencontrer des difficultés à comprendre les informations et les instructions qui leur sont données. Pour les professionnels, cela nécessite un effort supplémentaire pour adapter leur communication.

Exemple n°6 :

Un patient se rend au comptoir d'une pharmacie pour renouveler son traitement de substitution à l'héroïne. L'ordonnance qu'il présente inclut non seulement son traitement chronique habituel, mais également un traitement ponctuel pour des douleurs lombaires :

Prednisolone 20 mg :

- 3 comprimés matin pendant 3 jours ;
- Puis 2 comprimés matin pendant 3 jours ;
- Puis 1 comprimé matin pendant 3 jours ;
- Puis STOP.

« Bonjour, voilà mon ordonnance. Vous allez m'expliquer parce que j'ai rien compris. »

« Oui, je vais d'abord tout vous préparer et ensuite je vous explique ».

Une fois les boîtes sorties, la pharmacienne lui explique « Ce matin vous allez prendre trois comprimés jusqu'à après-demain, puis ensuite vous allez prendre deux comprimés matin pendant trois jours, enfin vous terminerez les trois derniers jours par un seul comprimé »

« Là je prends trois comprimés pendant trois jours ? »

« Oui mais ensuite il faut poursuivre le traitement, il faut réduire la posologie »

Le patient fait mine de comprendre en disant « Ahhhh ok » d'un ton incertain.

La pharmacienne voit bien qu'il n'a pas compris et reprend : « Vous avez au total neuf jours de traitement, les trois premiers vous en prenez trois, les trois suivants vous en prenez deux et les trois derniers vous en prenez un. »

Là encore le patient ne comprend pas. Elle prend donc l'initiative de retourner l'ordonnance et d'y apposer les dates ainsi que le nombre de comprimés à prendre les jours indiqués.

Le patient ne comprend toujours pas, il regarde à peine ce que la pharmacienne a écrit. C'est à ce moment-là que je me demande si le patient sait lire.

La pharmacienne poursuit ses explications, mais il est évident que le patient éprouve des difficultés de compréhension. Malgré les répétitions de la posologie, la communication entre les deux ne semble pas aboutir.

Elle pointe même sur l'ordonnance, les jours et répète la posologie de manière saccadé et plus fort comme si le patient était malentendant. Le patient ne regarde pas l'ordonnance mais le comptoir.

L'interaction s'étire sur quelques minutes, mais il devient de plus en plus visible que la pharmacienne éprouve de la frustration, car ce qui semble être une posologie simple à première vue se révèle être un défi à faire comprendre à son patient.

Finalement, le patient feint d'avoir compris en disant « Oui, c'est bon, j'ai compris. » Face à cette réponse, la pharmacienne décide de laisser partir le patient, bien que le doute persiste quant à la compréhension réelle du traitement par celui-ci.

Dans cette interaction, plusieurs éléments critiques méritent une analyse approfondie, en particulier la difficulté du patient à comprendre une posologie en apparence simple. Ce point constitue la dimension verbale de la communication entre les deux protagonistes de cette interaction.

En ce qui concerne le plan non verbal, il est clair que le patient n'affiche pas de signes de compréhension : sa posture ne suggère pas qu'il a saisi les recommandations, son ton de voix traduit une certaine incertitude, et il semble pressé de mettre fin à la conversation.

La pharmacienne, de son côté, laisse transparaître de l'agacement et de la panique. Elle répète les mêmes instructions avec un ton différent, mais ne semble pas saisir que le patient pourrait peut-être avoir des difficultés de lecture.

La communication peut être analysée à travers trois niveaux distincts : le verbal, le non-verbal et le para-verbal. Des problèmes peuvent survenir à chacun de ces niveaux, qu'il s'agisse de barrières linguistiques, de malentendus ou d'interprétations erronées. Ces problèmes de communication peuvent entraîner une augmentation de ces malentendus, voire des conflits entre le professionnel et le patient, mettant en évidence l'importance cruciale d'une communication efficace dans le domaine de la santé.

4.3.2.1. La barrière de la langue

Il est primordial de reconnaître que la communication dépasse le simple cadre linguistique. Les variations culturelles ainsi que les connaissances sur les pratiques médicales ont également un impact sur l'interaction entre les professionnels et les patients. Dans une situation marquante qui était l'accueil des réfugiés ukrainiens, ces derniers avaient une perception erronée de la couverture des soins de santé en France. J'ai pu observer des négociations prolongées entre les professionnels et ces patients concernant les médicaments non remboursés. Ce contexte met en évidence le concept de « Pluralisme culturel », qui souligne la coexistence de différentes cultures au sein de la société. Les différences culturelles engendrent un défi supplémentaire dans la communication en matière de santé (39).

En effet, la barrière linguistique n'est qu'un aspect parmi d'autres, et elle peut contribuer à l'amplification de l'incompréhension culturelle en matière de santé. De plus, ces négociations répétées ont suscité de l'agacement chez les professionnels et ont soulevé une question identitaire : « Nous les accueillons et ils ne veulent rien payer ». Il apparaît clairement que la barrière de la langue ne représente qu'un obstacle partiel dans la communication verbale, et des solutions existent pour y remédier.

Cependant, le véritable enjeu réside dans la différence culturelle, capable d'engendrer des malentendus assimilables à des conflits. Le concept de « Pluralisme culturel » prend tout son sens, soulignant que la cohabitation de cultures diverses au sein de la société peut engendrer des problématiques dans les interactions et les perceptions mutuelles. Il convient également de noter que le contexte d'urgence et de guerre, dans lequel les réfugiés ukrainiens ont vécu, peut jouer un rôle significatif dans ces interactions conflictuelles en ajoutant des éléments de stress, de traumatisme et d'urgence qui peuvent aggraver les tensions culturelles et les incompréhensions, et ainsi renforcer les potentiels conflits.

La culture joue un rôle significatif dans la manière dont les patients perçoivent et interagissent avec les professionnels. Les différences culturelles peuvent entraîner des malentendus et des conflits, notamment en ce qui concerne les attentes et les comportements des patients vis-à-vis du traitement médical. Les patients issus de milieux sociaux défavorisés et ayant un faible niveau de littératie en santé peuvent

également rencontrer des difficultés à comprendre les informations médicales, ce qui peut compliquer leur interaction avec les professionnels.

Exemple n°7 :

Un jeune patient d'une trentaine d'années, de confession musulmane et atteint d'un asthme modéré, s'est présenté au comptoir de la pharmacie pour traiter son infection pulmonaire. Il était en plein ramadan et paraissait très fatigué, les yeux cernés et la voix affaiblie. Ma collègue lui a conseillé de prendre ses antibiotiques trois fois par jour au moment des principaux repas, mais le jeune homme avait l'air préoccupé et ne semblait pas à l'aise. Il a toutefois affirmé avoir compris les instructions et est parti avec ses médicaments.

Quelques jours plus tard, le patient est revenu à la pharmacie et a expliqué que les antibiotiques n'ont pas fonctionné. C'est alors que j'ai appris qu'il avait jeûné pendant le traitement, ce qui avait empêché une prise régulière des médicaments. Je lui ai alors expliqué la nécessité d'être observant avec son traitement, même pendant le ramadan, et je lui ai expliqué comment répartir les prises tout au long de la journée.

Cet exemple met en avant l'impact significatif d'une norme culturelle sur une pratique de santé puisque le patient adapte la prise de médicament aux règles religieuses. Or le pharmacien qui raisonne avec la norme professionnelle de l'observance standard (1 prise matin / midi / soir) ne peut pas comprendre l'inobservance tant qu'il ne comprend pas la logique du patient. Ainsi, ce qui semble évident pour un professionnel de santé en termes d'amélioration de l'état de santé peut ne pas l'être pour un patient en raison de sa culture

Exemple n°8 :

Un couple d'origine maghrébine s'est présenté au comptoir de la pharmacie pour récupérer une ordonnance destinée à la femme. L'homme a avancé en premier avec l'ordonnance et la carte vitale de sa femme, tandis que celle-ci se tenait derrière lui sans dire un mot. La préparatrice a alors demandé à l'homme « Elle préfère en comprimé ou en gélule? » pensant que la femme ne parlait pas français. L'homme a répondu « gélule » sans consulter sa femme. Quelques minutes plus tard, la femme a demandé à son mari en français s'ils pouvaient racheter de l'huile essentielle pour les poux. La préparatrice a été surprise et a demandé si la dame voulait l'huile pour

prévenir des poux, à quoi la dame a acquiescé. Après avoir obtenu le produit, le mari a payé avec sa carte bancaire tandis que la femme restait en arrière. Après leur départ, la préparatrice s'est plainte auprès d'un collègue, exprimant son mécontentement envers ce « type de Monsieur » qui prend sa femme pour un « objet ».

L'objectif n'est pas de stigmatiser la population maghrébine en suggérant que la soumission de la femme voilée est un trait culturel, mais plutôt de mettre en évidence que les normes sociales varient dans différentes cultures, qu'elles soient ethniques ou familiales, et qu'elles peuvent causer des malentendus et des conflits. Dans ce cas précis, la femme peut avoir choisi de rester en retrait parce qu'elle se sentait plus rassurée de laisser son mari gérer son traitement médical, mais ma collègue avait l'impression qu'elle était mise au second plan. Cette situation soulève une autre forme de malentendu liée à la façon dont chacun perçoit sa propre réalité.

4.3.2.2. La différence de perception et malentendus

Chacun a sa propre manière de percevoir les choses en fonction de son vécu, de son éducation, de sa personnalité, etc. Les malentendus peuvent survenir lorsque deux personnes perçoivent une situation de manière différente. C'est en tout cas ce que suggère l'exemple n°4.

Dans certaines situations, les malentendus peuvent être dus aux représentations ou aux valeurs personnelles des individus plutôt qu'à des différences culturelles comme le suggère l'exemple n°9.

Le malentendu peut également être une source de conflit et découle bien souvent d'un malentendu entre le professionnel officinal et le patient en situation de faible niveau de littératie. Lorsque les interprétations sont différentes, cela peut mener à des incompréhensions, des frustrations et des tensions, qui peuvent à leur tour altérer la relation entre les deux parties. Il est donc primordial de prendre en compte ces facteurs et d'adapter la communication en conséquence pour éviter ces conflits.

Exemple n°9 :

J'ai assisté à une scène où un patient a déclaré ouvertement à une étudiante que les médicaments qu'elle lui délivrait n'étaient pas pour lui, mais pour des connaissances

à l'étranger. Sur l'ordonnance, figuraient des médicaments courants tels que le Doliprane, le Gaviscon, le Spasfon, le Méteoxane et l'ibuprofène.

L'étudiante a réagi en expliquant au patient que ce comportement correspondait à une fraude à l'assurance maladie et qu'il risquait de perdre ses droits à la sécurité sociale. Mais le patient a répondu : « Il ne faut pas vous inquiéter, j'ai l'habitude »

En discutant avec d'autres patients qui agissaient de la même manière, j'ai compris que, selon leur perception, leurs actions n'étaient pas considérées comme une fraude, mais plutôt comme un geste de générosité envers des personnes dans le besoin à l'étranger.

Il convient de souligner que du point de vue des professionnels, de tels comportements sont répréhensibles et peuvent entraîner des sanctions légales. Toutefois, il est également crucial de noter que si les professionnels de santé ne sont pas ouverts à diverses perspectives, cela peut conduire à des amalgames ou à des stéréotypes porteurs de conflits.

4.3.2.3. Les préjugés et stéréotypes

Il est important de reconnaître que les préjugés peuvent se manifester à différents niveaux, tels que l'origine ethnique, le statut socio-économique, la profession ou l'orientation sexuelle. Ces préjugés peuvent causer des conflits relationnels s'ils sont exprimés.

Exemple n°10 :

Lorsqu'on parle de stéréotypes, certains comportements professionnels peuvent être particulièrement marquants. C'est notamment le cas de juger la richesse d'une personne en fonction de ses possessions. Dans une pharmacie située dans un quartier défavorisé, de nombreux patients bénéficient de la couverture universelle, qui assure un remboursement à 100% des médicaments généralement remboursables. Ces patients ont donc des salaires annuels modestes et ne peuvent pas se permettre d'acheter des objets de valeur comme des smartphones ou des sacs de marque. Pourtant, il arrive que les professionnels stéréotypent ces patients en les jugeant en fonction de leurs possessions matérielles, notamment lors de conversations informelles dans l'arrière-boutique.

Les préjugés représentent une forme de malentendu qui restreint les individus dans une vision simpliste et empêche de comprendre l'autre. Cela peut entraîner des conséquences significatives sur la prise en charge du patient si le professionnel ne se montre pas ouvert à le comprendre.

4.3.2.4. Les défauts d'expressions

Il arrive que certains patients éprouvent des difficultés à exprimer clairement leurs besoins lorsqu'ils s'adressent à un professionnel de santé, que ce soit parce qu'ils manquent de vocabulaire ou parce qu'ils ont tendance à s'éparpiller dans leurs explications. Dans ces situations, le professionnel peut se retrouver dans l'incapacité de répondre adéquatement à la demande du patient, soit en ne répondant qu'en partie à la demande, soit en l'ignorant complètement.

A l'inverse, certains professionnels n'arrivent pas à s'adapter au niveau de communication avec le patient. Ils peuvent employer des vocabulaires trop compliqués, avoir un manque de congruence entre le verbal et le non-verbal ou donné des explications trop chargées qui perdent le patient.

Ces problèmes de communication peuvent entraîner des conflits internes pour les professionnels, qui peuvent se sentir frustrés de ne pas pouvoir bien faire leur travail et aider leurs patients comme ils le souhaitent. De leur côté, les patients peuvent se sentir mal compris et frustrés de ne pas pouvoir communiquer efficacement leurs besoins. Cette situation peut rendre difficile la relation de confiance entre le professionnel de la santé et le patient, et peut même compromettre l'efficacité du traitement.

4.3.2.5. Les attitudes défensives

Chez certains patients, la substitution de médicaments princeps par des génériques par le professionnel officinal peut être à l'origine de nombreux conflits relationnels. Bien que cela soit une recommandation de la sécurité sociale pour le professionnel, le patient peut le percevoir comme une source de méfiance envers le professionnel. Le patient adopte alors une attitude défensive, ce qui peut nuire à l'entente mutuelle entre les deux parties.

Exemple n°11 :

Un patient âgé connu pour son impulsivité est venu retirer son renouvellement en fin d'après-midi. Habituellement, il préfère que je m'en occupe personnellement, mais cette fois-ci c'était une collègue pharmacienne qui s'en est chargée. Ce patient a toujours refusé les génériques et affirme qu'il n'a « pas confiance » en eux.

Lorsque la pharmacienne lui a expliqué que le médicament princeps, le TAHOR, était en rupture de stock et qu'elle ne pouvait pas le commander, mais qu'elle pouvait le substituer par le générique qui était une « copie-conforme », le patient s'est mis en colère et a refusé la substitution. Il n'a même pas laissé ma collègue finir de parler, a arraché l'ordonnance et est parti.

Le lendemain, le patient est revenu et c'est moi qui l'ai servi. Il m'a expliqué qu'il s'était énervé contre ma collègue en la traitant de « menteuse ». Je lui ai alors expliqué que ma collègue avait raison et j'ai pris quelques minutes pour lui faire comprendre que le médicament générique était exactement le même que le princeps, car il s'agissait d'une « copie-conforme » produite par les laboratoires princeps. Le patient m'a finalement fait confiance et j'ai commandé son médicament.

Dans cet exemple, le patient manifeste de la méfiance envers l'institution pharmaceutique plutôt que directement envers le professionnel. Cette méfiance s'exprime notamment par le refus catégorique des médicaments génériques, perçus comme des copies inférieures des médicaments princeps qu'ils considèrent comme les « vrais » médicaments. Pourtant, les médicaments génériques sont soumis aux mêmes exigences réglementaires que les médicaments princeps, avec une autorisation de mise sur le marché (AMM) qui garantit leur sécurité et leur efficacité. Cette confusion est fréquente chez les patients ayant un faible niveau de littératie en santé.

4.3.3. Le temps d'attente

La file d'attente à la pharmacie est souvent source d'anxiété pour les patients. Selon mes observations, les patients doivent en moyenne attendre environ 7 minutes avant d'être pris en charge, ce qui peut sembler long, surtout pour ceux qui souffrent de douleurs. Il est courant de voir les patients s'impatienter dans la file d'attente, faisant des remarques, bougeant nerveusement et scrutant les différents comptoirs avec insistance en espérant que l'un d'eux se libère rapidement. Aux heures de pointe, notamment en fin de matinée et en fin d'après-midi, les professionnels peuvent

essuyer des remarques désobligeantes de la part de patients impatientes, comme « C'est toujours très long ici » ou « Il ne faut pas être pressé chez vous ». Ces attitudes peuvent stresser les professionnels et altérer la qualité de la relation entre le patient et le professionnel.

De plus, la file d'attente peut également être un lieu où des incivilités peuvent se manifester entre patients. Certains peuvent en effet chercher à doubler d'autres pour être servis plus rapidement, créant ainsi des tensions et des conflits. Dans ces situations, le professionnel de santé peut se retrouver dans une position difficile, étant parfois obligé de prendre parti pour régler le différend. Ces comportements peuvent mener à des disputes voire à des cris, ce qui impacte négativement la relation entre le professionnel et les patients

4.3.4. La disponibilité du professionnel

Exemple n°12 :

Ce matin-là, alors que nous venions d'ouvrir la pharmacie, une scène plutôt désagréable s'est produite. Un patient pressé s'est approché du comptoir où se trouvait ma collègue préparatrice et moi-même sans que nous ne l'ayons invité à s'y placer. Nous étions alors en train de discuter d'une dispensation que nous avions en commun de la veille.

Le patient a répété plusieurs fois « bonjour » pour attirer notre attention, mais nous ne l'avions pas entendu à cause des plexiglas et de notre conversation animée. Nous avons finalement répondu à ses salutations et nous nous sommes excusées pour notre manque d'attention.

Le patient semblait satisfait que nous lui prêtions enfin attention, mais sa satisfaction a été de courte durée. Alors qu'il prenait son ordonnance et sa carte vitale dans son sac, ma collègue m'a communiqué une dernière information sur la dispensation de la veille. C'est alors que le patient s'est emporté, en coupant ma collègue, et a dit d'un ton énervé : « Si vous préférez, je peux aller me servir ailleurs ! ». J'ai senti ma collègue très gênée et elle a répondu à nouveau qu'elle était désolée. Le patient a alors insisté sur le fait qu'elle n'était pas assez disponible pour lui et que si elle agissait comme ça avec les autres, elle manquait cruellement de professionnalisme.

Ma collègue qui était en train de rougir a pris la carte vitale du patient sans dire un mot et l'a mise dans le lecteur tout en lui demandant sa mutuelle. Le patient a alors dit qu'il avait peut-être oublié sa carte dans le laboratoire voisin et a demandé à ma collègue de mettre son ordonnance de côté, le temps qu'il aille la chercher.

Pendant que le patient était parti, ma collègue m'a regardé et a dit : « J'espère qu'il a perdu sa mutuelle comme ça je le fais raquer ! ». Je connais bien ma collègue et je savais que ce n'était pas dans son tempérament d'agir ainsi. Elle était simplement en train de décharger sa pression émotionnelle pour éviter que le conflit ne dégénère.

Finalement, le patient est revenu avec sa mutuelle et la dispensation s'est déroulée sans encombre.

La perception de la disponibilité du professionnel par le patient est un élément essentiel pour assurer une relation de confiance avec les patients. En effet, le pharmacien est souvent le premier interlocuteur des patients en matière de santé, et sa présence et sa disponibilité sont des facteurs clés pour répondre à leurs besoins et les rassurer. Si le pharmacien est indisponible ou trop occupé pour répondre aux questions des patients, cela peut engendrer une relation conflictuelle, voire une perte de confiance envers les professionnels.

Néanmoins, il est aussi à considérer la perception de la disponibilité du professionnel par le patient. Dans cette situation particulière, le patient exprimait un besoin pressant de disponibilité immédiate. Toutefois, au moment de son arrivée, nous étions en train de résoudre un problème pour un autre patient. De plus, le patient s'est présenté au comptoir sans y être invité. Ce comportement de patient peut être très déroutant pour le professionnel, car il donne l'impression d'être perçu comme un simple robot au comptoir. En effet, le professionnel passe sa journée de travail à la pharmacie, et si l'on fait une analogie en considérant le comptoir comme sa « zone de responsabilité », l'arrivée d'un patient sans être sollicité peut engendrer un sentiment de gêne chez le professionnel, qui peut ressentir une sorte d'étouffement.

4.3.5. L'état émotionnel

L'état émotionnel des patients et des professionnels de santé en situation de dispensation peut également être une source de conflit. En effet, les patients peuvent arriver à la pharmacie avec des émotions négatives telles que l'anxiété, la colère ou la

frustration, ce qui peut rendre la communication difficile et engendrer des tensions avec le pharmacien. De même, les professionnels de santé peuvent également être affectés par leur propre état émotionnel, ce qui peut nuire à leur capacité à communiquer efficacement avec les patients.

Exemple n°13 :

Un samedi après-midi, nous sommes en sous-effectif et nous sommes très occupés à servir les patients. C'est fatigant de rester debout au comptoir et de résoudre les problèmes des clients. Pendant que je suis en train de servir une maman et son fils, ma collègue préparatrice s'occupe d'un monsieur qui semble souffrir. Malheureusement, un des médicaments dont il a besoin est en rupture de stock. Nous essayons de lui proposer une alternative, « lui donner le dosage d'en dessous lui faisant prendre douze comprimés par jour pendant les trois jours de son traitement ». Cela n'a pas l'air de lui convenir puisqu'il devient « agressif et mécontent », malgré nos efforts pour l'aider. Il nous dit alors avoir fait quatre pharmacies avant la nôtre et que son traitement était introuvable. Ma collègue prend donc l'initiative de regarder sur le logiciel Vigirupture et trouve une pharmacie à quelques kilomètres de la nôtre qui a le bon dosage. Cela oblige le patient à s'y rendre et cela ne lui convient toujours pas. « Mais putain, je vais pas faire trente kilomètres pour un médicament ! » La situation devient tendue et je me laisse emporter par la fatigue, et le stress du monde s'accumulant dans la pharmacie, répondant de manière impulsive au client : « Est-ce que vous pourriez être moins agressif, on vous cherche une solution. Ca ne sert strictement à rien de nous parler comme ça ». Nous avons finalement dû mettre fin à l'échange en lui demandant de quitter les lieux car nous n'arrivions pas à avoir un dialogue constructif et que cela monopolisait l'attention de deux professionnels alors qu'il y avait du monde qui attendait

Cet exemple met en évidence que les états émotionnels négatifs très intenses constituent un réel frein à la compréhension de l'autre, que ce soit en terme de contenu ou d'empathie. En effet, si au moment des faits j'avais été dans un état émotionnel plus neutre, aurais-je sûrement compris que ce patient agressif était fatigué et peut-être qu'en lui parlant de manière plus compréhensive, il aurait pu se calmer et accepter notre proposition.

4.3.6. Les attentes et besoins du patient

Les besoins des patients à la pharmacie sont variés et peuvent se montrer complexes. La manière dont ils les expriment peut avoir une incidence sur la relation. En effet, le comportement agressif ou directif de certains patients peut également engendrer des relations conflictuelles à la pharmacie. Lorsque le patient exprime ses besoins de

manière abrupte ou impatiente, le pharmacien peut se sentir dévalorisé ou même agressé, ce qui peut nuire à la qualité de la relation établie avec le patient.

Par exemple, un patient peut arriver à la pharmacie en exigeant un médicament précis sans même expliquer la raison de sa demande. Si le pharmacien tente de lui poser des questions pour mieux comprendre sa situation et lui offrir une solution adaptée, le patient peut se sentir offensé ou ignoré, ce qui peut engendrer des tensions et des incompréhensions. De même, si le patient critique ou remet en question les conseils du pharmacien sans argumenter sa position, cela peut également engendrer des conflits et une perte de confiance envers le professionnel de santé.

De plus, la complexité des besoins des patients à la pharmacie peut également mettre le professionnel en difficulté, surtout lorsque les demandes ne correspondent pas aux règles et aux protocoles établis par la sécurité sociale et les organismes de réglementation. Dans de tels cas, le professionnel peut se sentir coincé entre sa volonté d'aider le patient et son devoir de respecter les règles en place. C'est en effet, une situation régulière comme le montre l'exemple 1 et ce dernier.

Exemple n°14 :

C'est samedi en fin d'après-midi et la plupart des pharmacies et cabinets médicaux de la ville sont fermés.

Mon collègue pharmacien prend en charge un patient qui demande un renouvellement de ses antihypertenseurs et de ses antidiabétiques oraux. Lorsque mon collègue lui fait remarquer que son ordonnance est périmée, le patient répond qu'il n'a pas eu le temps de consulter son médecin cette semaine. Cependant, mon collègue remarque que le patient a déjà bénéficié d'un renouvellement exceptionnel mentionné sur l'ordonnance, et il explique donc que s'il veut les médicaments, il devra les payer.

Le patient ne dispose pas de l'argent sur lui pour les payer et demande à mon collègue de lui fournir les médicaments et d'attendre jusqu'à lundi, date à laquelle il devrait avoir une nouvelle ordonnance du médecin. Mon collègue est mis dans l'embarras car il ne peut pas mettre les médicaments en attente sans connaître le patient, mais il comprend aussi que le patient a vraiment besoin de ses médicaments.

La situation a été résolue grâce à une négociation paisible mais prolongée, au cours de laquelle il a été convenu que si le patient voulait son traitement, il devrait le payer. En conséquence, le patient est rentré chez lui pour récupérer un moyen de paiement.

La demande du patient, comme dans cet exemple, peut mettre le professionnel dans une position inconfortable. Dans ce cas, la demande était exagérée car le patient n'était jamais venu dans notre pharmacie et nous demandait de lui fournir des médicaments sans être certains qu'il nous ramène une ordonnance. De plus, le samedi après-midi est un moment où aucun médecin n'est joignable, mettant le pharmacien au « pied du mur ».

4.3.7. Les erreurs

Malgré les multiples mesures de contrôle mises en place dans les pharmacies, il est important de rappeler que les professionnels officinaux, tout comme tout autre professionnel de santé, sont susceptibles de commettre des erreurs. Malgré leur

formation rigoureuse et leur expérience dans le domaine, ils peuvent parfois manquer de vigilance ou commettre des erreurs de jugement.

Par exemple, une erreur de dispensation peut survenir lorsqu'un pharmacien remet le mauvais médicament ou la mauvaise dose à un patient, ce qui peut entraîner des conséquences néfastes pour la santé du patient. Dans ces situations, le patient peut ressentir de la frustration ou de la colère envers le pharmacien, ce qui peut entraîner des relations conflictuelles.

Il est également possible que des erreurs surviennent lors de la commande de médicaments. Par exemple, le pharmacien peut oublier de commander un médicament spécifique demandé par le patient, ce qui peut causer de l'agacement pour le patient qui doit revenir.

D'autres erreurs peuvent survenir lors de la facturation de médicaments manquants.

Exemple n°15 :

Dans un cas précis à la pharmacie, une étudiante avait promis à un patient de commander le médicament Permixon sans vérifier la disponibilité chez le grossiste. Lorsque le patient est revenu chercher le médicament, on lui a appris qu'il était manquant et on lui a conseillé de chercher dans d'autres pharmacies. Le patient a finalement trouvé le médicament dans une autre pharmacie, mais il a dû payer car nous avons déjà facturé une boîte de trois mois à la sécurité sociale la semaine précédente. Le patient est revenu très en colère et aucune solution n'a pu être proposée pour réparer le préjudice.

4.3.8. Les profils et comportements des patients

Soulignons que chaque patient est unique et mérite d'être traité avec respect et dignité. Cependant, en tant que professionnel, il est également important de reconnaître que certains comportements récurrents chez certains patients peuvent parfois rendre la relation avec le pharmacien difficile voire conflictuelle. En aucun cas, l'intention n'est de stigmatiser ces patients, mais plutôt de comprendre certains comportements récurrents qui peuvent jouer un rôle dans l'instauration d'une relation conflictuelle avec

le professionnel de santé. En identifiant ces comportements et en comprenant les motivations qui les sous-tendent, les professionnels peuvent mieux gérer ces situations difficiles et aider les patients à obtenir les meilleurs soins possibles.

Ainsi j'ai répertorié des comportements pouvant être à l'origine de conflit :

- *Le patient au téléphone*

Ce groupe de patients se caractérise par le fait qu'ils approchent le comptoir en maintenant leur téléphone à l'oreille, sans le raccrocher au moment de l'interaction. On peut également inclure dans cette catégorie les patients qui, pendant l'échange, sont occupés à répondre à un message ou à naviguer sur leurs réseaux sociaux.

- *Le patient pressé*

Ces patients manifestent leur urgence de manière verbale, en utilisant des phrases telles que « Je suis mal garé » ou « Y a-t-il un problème car je suis pressé ? ». Leur impatience se reflète également dans leurs comportements corporels : ils piétinent, se retournent fréquemment pour jeter un coup d'œil à leur voiture, et leur intonation de voix est rapide et précipitée. Lors de la conclusion de l'interaction, ils peuvent même omettre les formules de politesse habituelles telles que « merci » ou « au revoir », se hâtant plutôt vers la sortie.

- *Le patient autoritaire*

Ce groupe de patients peut être identifié par leur langage autoritaire, par exemple en disant des phrases telles que « Je veux que vous me donniez... » ou « Sur cette ordonnance, je veux... ». Leur communication est souvent limitée, donnant l'impression que le professionnel est uniquement là pour « distribuer » leurs médicaments. Leur langage corporel révèle un visage fermé, des lèvres peu expressives et un regard évitant le contact avec le professionnel. Ils semblent désengagés de l'interaction. Parfois, ils peuvent se montrer insistants voire impolis pour obtenir des avantages auxquels ils n'ont pas droit, comme « Le médecin m'a prescrit ce médicament, vous me donnez ce médicament et pas le générique... ».

Ces patients montrent aussi de l'assurance lorsqu'ils parlent de leurs droits, « J'ai le droit à un moi de plus... », cependant pour certains médicaments tels que ceux de la famille des Benzodiazépines, cette règle ne s'applique pas.

- *Le patient agressif*

Les comportements et attitudes des patients agressifs reflètent un niveau élevé d'hostilité, de colère ou de frustration. Ils expriment leur hostilité verbalement en utilisant un langage vulgaire, insultant ou menaçant envers les professionnels. Leur comportement menaçant se manifeste par des postures corporelles intimidantes, telles que se tenir debout de manière dominante, pointer du doigt ou effectuer des gestes agressifs. Lorsque les choses ne se déroulent pas comme ils le souhaitent pendant l'interaction, ils peuvent élever le ton de manière significative, allant parfois jusqu'aux cris.

Certains de ces patients sont connus puisqu'ils ont un historique. Ces patients peuvent aussi présenter des troubles psychiatriques.

- *Le patient anxieux*

Les patients de cette catégorie se distinguent par leur tendance à poser une multitude de questions concernant leur traitement, ce qui peut distraire le professionnel de la tâche de dispensation. Ils investissent un temps considérable au comptoir, ce qui peut créer du stress pour le personnel, en particulier lors des périodes de forte affluence où la file d'attente s'allonge. Cette préoccupation excessive pour leur traitement peut parfois ralentir le flux de travail et augmenter les temps d'attente pour les autres patients.

- *Le patient envahissant*

Ces patients ont l'habitude de solliciter une grande quantité de temps aux professionnels de santé. Leur fréquence de visites est souvent presque quotidienne, même pour des motifs qui ne semblent pas toujours justifiés. Ils peuvent également être gênants en posant des questions d'ordre excessivement personnel aux professionnels : « Alors le bébé, c'est pour quand ? ». Parfois, ils peuvent même solliciter des faveurs pour lesquelles ils n'ont pas de droit, comme l'avancement de médicaments.

Ces comportements sont difficiles à gérer au comptoir parce qu'ils demandent au professionnel un effort supplémentaire pour repositionner la relation dans un contexte de soin et d'aide.

Ainsi l'accumulation de ces facteurs aurait un effet de catalyseur ou de déclencheur des conflits qu'ils soient relationnels et/ou individuel, intériorisés et/ou extériorisés

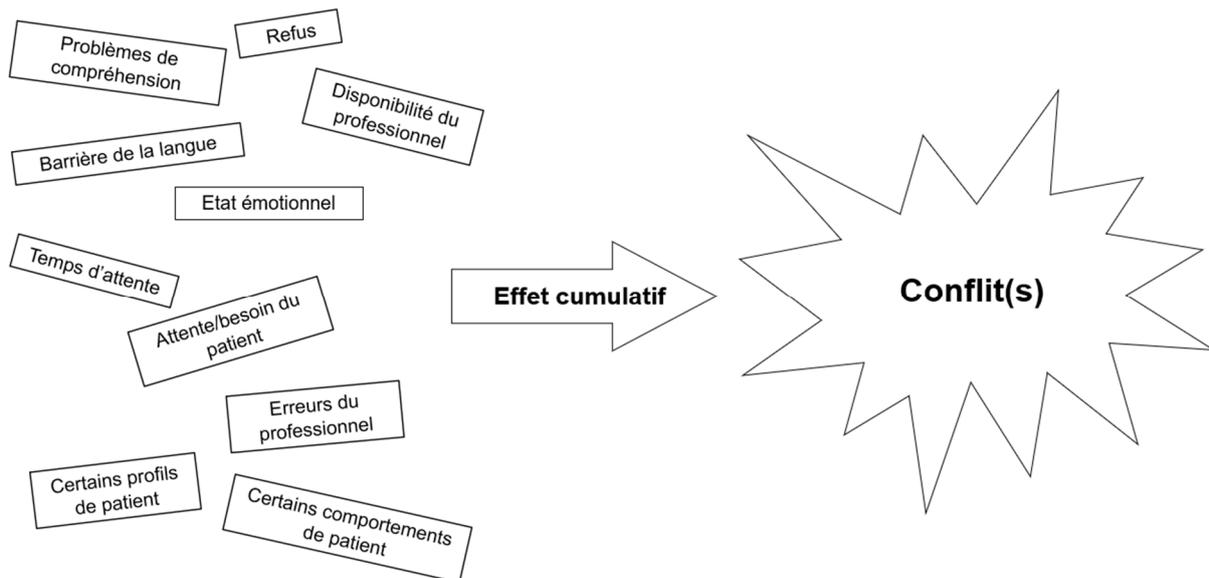


Schéma récapitulatif des différentes sources de conflit observées lors de l'étude

4.4. Les enjeux de la relation conflictuelle avec les patients en situation de faible niveau de littératie en santé

Derrière les apparences des conflits, il existe souvent des enjeux psychologiques et sociaux profondément enfouis. Les travaux d'Edmond Marc et Dominique Picard apportent un éclairage précieux sur cette réalité complexe. En scrutant les dynamiques interpersonnelles et les structures sociales, ils révèlent que les sources visibles des conflits ne sont que la partie émergée de l'iceberg. Les motivations, les frustrations et les peurs individuelles se mêlent aux tensions sociales et aux inégalités pour créer un terreau fertile où les conflits peuvent prendre racine. Ces chercheurs soulignent l'importance de prendre en compte ces dimensions psychologiques et sociales dans

l'analyse des conflits, afin de mieux les comprendre et d'œuvrer à des solutions durables.

4.4.1. Les enjeux identitaires

Les enjeux identitaires concernent l'identité des participants impliqués dans l'interaction et reflètent leur « quête de reconnaissance » mutuelle. Cette quête se manifeste à travers une série de « besoins identitaires » qui prennent forme dans un « rapport de places », c'est-à-dire dans la manière dont chacun se positionne dans la relation (40).

Effectivement, la « quête de reconnaissance » peut s'établir à travers un échange respectueux et mutuel entre le patient et le professionnel officinal. Cependant, elle peut également se manifester par des conflits et des luttes relationnelles si les besoins identitaires ne sont pas satisfaits ou si les attentes des patients ne sont pas remplies par exemple (40).

Le psychiatre Ronald Laing a théorisé que l'absence de reconnaissance peut prendre plusieurs formes qui peuvent être regroupées en deux catégories : le « déni » et le « rejet » (40).

Le « déni » correspond à une forme d'absence de reconnaissance où une personne n'est pas reconnue dans son existence ou sa place alors qu'elle estime y avoir le droit (40).

C'est par exemple le cas du patient qui se présente au comptoir avec le téléphone à l'oreille et qui par son comportement ignore la place du professionnel. Le déni se produit aussi lorsque le professionnel n'accorde pas suffisamment d'attention au patient, comme l'exemple dans l'exemple n°11 où le monsieur considéré que ma collègue ne lui accordait pas suffisamment attention.

Quoiqu'il en soit l'individu qui est la cible de ce « déni » éprouve la sensation d'être transparent et de ne pas compter aux yeux de l'autre (40).

Le « rejet » quant à lui correspond à l'absence de considération voire au refus de l'identité de l'autre. Cela peut se produire quand un patient n'est pas vu comme un être humain à part entière et qu'il est stigmatisé ou discriminé en raison de son apparence,

de sa culture, de son orientation sexuelle, de son âge, de son état de santé ou de toute autre caractéristique qui le différencie de la norme (40).

Exemple n°16 :

Une patiente connue pour ses plaintes fréquentes s'est présentée au comptoir de la pharmacie. Habituellement, l'équipe essaie de l'éviter car ses dispensations peuvent être très longues. Elle est venue avec une ordonnance de sortie d'hospitalisation après avoir été diagnostiquée avec une phlébite à son domicile. Quelques jours auparavant, elle s'était plainte de douleurs au mollet et de difficultés à marcher. En raison de sa tendance hypochondriaque, le professionnel n'avait pas accordé d'attention à ces remarques, ce qui aurait pu entraîner des conséquences dramatiques.

L'objectif de cet exemple n'est pas de blâmer le professionnel qui n'a pas remarqué le symptôme, mais plutôt de reconnaître que le « rejet » peut être le résultat d'une réaction consciente ou inconsciente et basée sur des d'expériences passées avec l'autre personne.

Cela peut également s'appliquer aux personnes âgées solitaires qui se rendent régulièrement à la pharmacie pour obtenir des médicaments et avoir une interaction sociale. Malheureusement, ces personnes sont souvent ignorées et leurs souffrances, qu'elles soient sociales, physiques ou psychologiques, ne sont pas prises en compte.

Selon Edmond Marc et Dominique Picard, une relation peut être définie comme un lien entre individus qui résulte d'un ajustement entre leurs positions respectives. Ce lien est influencé par des déterminations sociales, interactionnelles et subjectives, et peut être caractérisé par des « rapports de places » « symétriques » ou « asymétriques ». Les conflits peuvent surgir dans une relation en raison de désaccords sur sa définition, de la rivalité pour occuper la même place ou de la difficulté à définir un rapport clair. De plus, une relation peut évoluer au fil du temps, passant d'un rapport de places à un autre, ce qui peut également entraîner des problèmes et des renégociations. (41).

4.4.1.1. Le rapport de place

Lorsqu'une relation se forme, chaque individu cherche à trouver sa place et à négocier les termes de cette relation avec l'autre. C'est également le cas dans la relation professionnelle entre l'officinal et le patient, où les rôles sont prédéfinis. Le

professionnel joue à la fois le rôle d'aidant, en fournissant des soins et un soutien, et celui d'employé, avec des responsabilités de rentabilité et d'application des règles de l'entreprise. De son côté, le patient est dans le rôle de l'aidé, cherchant des solutions à des problèmes personnels. Cependant, il est important de reconnaître que le professionnel est lui aussi un être humain, avec ses propres attentes dans cette relation. Il peut espérer du respect, une écoute attentive ou même de la reconnaissance de la part du patient.

D'après mes observations, la définition théorique d'une relation entre un professionnel et son patient se construit à deux niveaux :

- D'une part, le professionnel se positionne dans un **cadre professionnel**, disposant de compétences pour aider son patient.
- D'autre part, le patient entreprend une **démarche personnelle** en quête d'une aide pour améliorer ou maintenir sa santé.

Si cette définition de la relation est déséquilibrée, par exemple si le professionnel s'investit trop personnellement dans les problèmes du patient ou si le patient cherche à instaurer une relation trop intime avec le professionnel, cela peut entraîner des tensions, voire des conflits internes et même externes, si l'un des deux participants est submergé.

Exemple n°17 :

Un patient régulier de la pharmacie est considéré comme difficile car il exige que l'une de mes collègues préparatrices s'occupe exclusivement de lui lorsqu'il vient chercher sa commande à la pharmacie. Il refuse également les médicaments génériques et fait souvent des demandes inappropriées telles que la facturation à la sécurité sociale de médicaments non remboursables, préférant une alternative comme une crème. Sa nature envahissante et exigeante met une pression supplémentaire sur ma collègue, qui doit faire preuve d'une grande vigilance pour éviter toute erreur. En outre, il arrive fréquemment que ma collègue exprime sa frustration à propos de ce client dans le backoffice car elle ne parvient pas à répondre à ses demandes ou à gérer son comportement. Cependant, elle doit garder son calme en face de lui, ce qui crée un conflit interne pour elle.

L'exemple illustre que le fait d'instaurer une relation trop intime avec un patient peut être perçu comme envahissant pour le professionnel, qui peut alors avoir du mal à se positionner en tant que tel dans cette relation. De plus, les valeurs individuelles du professionnel, en conflit avec les contraintes professionnelles, peuvent générer une tension interne qui peut s'exprimer par des frustrations verbales.

4.4.1.2. Interactions conflictuelles et relation asymétrique

Les interactions conflictuelles surviennent lorsque l'un des protagonistes ne se sent plus à l'aise dans la relation. Cette instabilité peut être due à une dérive du rapport lui-même, où la communication ne sert plus à renforcer les liens, mais à asseoir sa position. On parle alors de **relation « pathologique »**.

Il existe deux types de rapports pathologiques :

- **Le rapport « pathologique symétrique »**, où les protagonistes cherchent à prouver qu'ils sont sur le même niveau, comme lorsqu'un patient interrompt le professionnel pour affirmer qu'il sait déjà l'information qu'il est en train de lui fournir ;
- **Le rapport « pathologique asymétrique »**, où l'un des protagonistes cherche à transformer la complémentarité de la relation en hiérarchie, comme lorsque le pharmacien adopte inconsciemment ou consciemment une posture moralisatrice envers son patient (41).

La confusion des rôles peut également être à l'origine de conflits dans la relation (41). Par exemple, lorsqu'un patient se rend à la pharmacie pour acheter de l'ibuprofène pour soulager une douleur dentaire, mais que le professionnel le met en garde, voire refuse la vente de ce médicament pour cette indication non recommandée sans avoir été confirmée par un dentiste ou un médecin. Certains patients peuvent réagir de manière agressive en expliquant qu'ils iront ailleurs si le professionnel ne veut pas leur vendre. En fait, il y a une **inadéquation entre les attentes du patient vis-à-vis du professionnel et ce que le professionnel peut et doit faire en toute sécurité**.

En outre, **les divergences de perception** quant aux rôles et aux positions hiérarchiques attribués dans la relation peuvent également causer des perturbations

dans la communication entre les protagonistes (41). Comme dans l'exemple précédent, le pharmacien n'est plus perçu comme un professionnel de santé à part entière mais plutôt comme un simple vendeur de médicaments.

Exemple n°18 :

Un homme d'environ quarante ans, habitué de la pharmacie, est venu avec une ordonnance d'un médecin du quartier qu'il consulte régulièrement pour des problèmes mineurs. Ce monsieur exerce une certaine pression pour obtenir des antibiotiques à chaque visite. C'est un collègue pharmacien qui s'occupe de lui, mais celui-ci a parfois du mal à être compris car étant d'origine marocaine, il montre quelques difficultés à s'exprimer. L'homme a été assez agressif avec lui en disant à son collègue : « Je ne comprends rien de ce que vous dites ».

Lorsque mon collègue a demandé au patient pourquoi le médecin lui avait prescrit des antibiotiques, car l'ordonnance était difficile à comprendre, le patient n'a pas répondu de manière claire. Au lieu de cela, il a fait une remarque condescendante, en disant simplement « ben... parce que je suis malade ». Mon collègue était abasourdi par la réponse et n'a pas réagi. Il a ensuite essayé d'expliquer au patient qu'il avait pris beaucoup d'antibiotiques dans le passé et que cela pouvait jouer un rôle défavorable dans leurs efficacités futures. Ce dernier a répondu en disant que c'était le médecin qui les lui avait prescrits, ce qui a laissé mon collègue perplexe quant à la façon dont il devait poursuivre la conversation.

Les antibiotiques nécessaires étaient en rupture de stock, mon collègue en a informé le patient en lui disant qu'il allait regarder sur Vigirupture où il pourrait s'en procurer. « Comment ça ? Je vais devoir aller dans une autre pharmacie ? ». « Oui, car nous n'en avons pas, mais je vais vous trouver une pharmacie pour que vous n'ayez pas à en faire plusieurs ». Cependant, le monsieur ne voulait pas aller ailleurs et a demandé si les antibiotiques pouvaient être remplacés par autre chose. Mon collègue lui a expliqué que ce n'était pas possible. Le monsieur a alors demandé à la pharmacienne du comptoir d'à côté de changer la prescription, mais mon collègue a répondu fermement qu'il était le pharmacien en charge et qu'il n'était pas nécessaire de demander à sa collègue. Le patient a continué à insister pour que la prescription soit changée, mais mon collègue a maintenu sa position. Finalement, le monsieur a compris qu'il n'obtiendrait pas gain de cause et s'en est allé.

Un mois après, le même monsieur se présente à nouveau avec la même ordonnance et c'est mon collègue qui le sert à nouveau. Il lui demande s'il a pris ses antibiotiques, mais le monsieur répond que non, qu'il profite plutôt de la renouveler pour voir si nous en avons reçu entre sa dernière venue et aujourd'hui. Mon collègue lui demande si son état s'est amélioré et le monsieur répond positivement en précisant qu'il souhaite simplement les avoir au cas où. Mon collègue essaie alors de lui expliquer que les antibiotiques ne sont pas des médicaments à prendre en automédication et que l'ordonnance n'est plus valide. Le monsieur ne prête pas attention aux informations du pharmacien et, ne persiste pas. Il répond détaché « tant pis, j'irai dans une autre pharmacie ». Mon collègue connaissant le patient, n'insiste pas non plus, renouvelle les médicaments renouvelables sur son ordonnance et laisse le patient partir.

Cet exemple illustre une situation de **rapport « pathologie »**, où la communication entre un patient et un collègue se déroule mal. Le contenu verbal du rapport est perturbé car le patient ne coopère pas alors que le collègue tente de comprendre. De plus, le patient cherche initialement à se mettre sur un pied d'égalité avec le collègue en faisant une remarque ironique sur la prise de médicaments, puis tente ensuite d'imposer sa volonté en insistant sur le changement d'antibiotique, même s'il n'a pas le droit de le faire.

L'interaction non verbale entre mon collègue et le patient a montré des signes de désaccord. Mon collègue a semblé surpris et résigné face aux remarques du patient, montrant qu'il ne voulait pas entrer en conflit ouvert. Cependant, le patient a perçu la réticence de mon collègue à se plier à sa volonté et a pris une position plus dominante dans l'interaction, se penchant en avant, regardant mon collègue dans les yeux et gardant les mains sur l'ordonnance pendant que mon collègue la lisait.

Après cette deuxième interaction, j'ai eu une discussion avec mon collègue en débriefing. Il m'a avoué qu'il était assez agacé et choqué par l'attitude du patient, qu'il a qualifié de « gonflé ». Selon lui, le patient ne respectait pas la profession officinale et venait simplement « faire ses courses comme au supermarché ». Pourtant je suis persuadée qu'en posant la question au patient, ce dernier aurait un tout autre discours. Ce qui m'emmène à la réalité subjective que nous allons développer dans la partie suivante.

4.4.2. Les enjeux sécuritaires et réglementaires

Les « **enjeux sécuritaires** » concernent les risques que prennent certains patients lorsque, en raison de difficultés cognitives, ils ne comprennent pas les dangers des médicaments. Les « **enjeux réglementaires** » concernent les limites légales auxquelles les pharmaciens sont soumis et que les patients peuvent ne pas comprendre

La « réalité » est construite à partir d'observations, comme le montre la comparaison de témoignages différents. Chacun crée son propre **univers subjectif** en attribuant un sens aux indices observables, et cela peut conduire à des divergences dans la conception de la réalité. Ces divergences peuvent être sujettes à un simple débat ou à des conflits cognitifs portant sur l'interprétation et la signification des informations (42).

À la pharmacie, j'observe trois types de réalités subjectives qui coexistent :

- Celle du patient ;
- Celle du professionnel ;
- Celle partagée par l'équipe officinale ⁴;

Selon Edmond Marc et Dominique Picard, le type de conflit dépend du **domaine cognitif** dans lequel s'opère l'interprétation des données reçues, les représentations, les valeurs⁵, les opinions et les logiques, qui influencent la réalité perçue par les individus (42).

L'exemple n°9 (p 74) met en évidence à la fois un **conflit de représentations** et un **conflit de valeurs**. Le patient et l'étudiante ont des visions différentes de l'utilisation de la sécurité sociale. Le patient souhaite utiliser ses avantages pour fournir des médicaments à une personne dans le besoin à l'étranger, tandis que l'étudiante adopte une vision plus restrictive en se conformant aux règles éthiques et morales de ne pas

⁴ « Il est possible d'observer que la réalité subjective partagée par l'équipe officinale est particulièrement présente lors des conflits entre le professionnel et le patient. Dans de telles situations, les professionnels peuvent se soutenir mutuellement et se mettre en accord, même s'il peut y avoir des torts partagés entre eux. »

⁵« Les représentations et les valeurs sont deux concepts qui décrivent des aspects différents de la manière dont les individus perçoivent le monde et prennent des décisions. Les représentations sont des images mentales basées sur des expériences personnelles et des influences sociales et culturelles, tandis que les valeurs sont des principes moraux ou éthiques qui guident les comportements et les choix des individus » (43) (44).

abuser du système. Cette situation soulève des questions complexes, car les deux parties ont des représentations différentes de la situation et des valeurs morales qui les guident. Les conflits de valeurs peuvent donc contribuer à la divergence des perspectives et à l'absence d'une réponse claire pour déterminer qui a raison dans ce cas précis.

Exemple n°19 : un conflit d'opinion

Lors de la campagne de vaccination anti-covid, un des exemples les plus saisissants de conflit d'opinions entre patients et professionnels s'est manifesté. Les patients exprimaient tour à tour leur opinion selon laquelle le vaccin était inefficace, étant donné qu'on pouvait toujours attraper le virus malgré la vaccination, que c'était un poison en raison du manque de recul sur la nouvelle technologie à ARN messager, ou encore qu'ils ne voulaient pas être des cobayes pour de nouvelles expérimentations pharmaceutiques. Pour les officinaux, il était souvent difficile de répondre avec courtoisie et calme à ces opinions récurrentes et parfois infondées sur le plan scientifique.

Exemple n°20 : un conflit de logique

Le raisonnement est invariablement régi par une logique qui, du point de vue de celui qui l'articule, semble être la seule voie possible à suivre (42).

Dans cet exemple, un patient est venu chercher des ovules d'Econazole pour sa femme. La préparatrice qui l'a pris en charge lui a signifié que ce médicament avait déjà été délivré à sa femme par le passé et que de ce fait, elle devait certainement connaître son utilisation. L'Econazole 150 mg en libération prolongée est utilisé pour traiter les mycoses vaginales et doit être administré par voie vaginale à J0 puis J3.

Le patient est revenu quelques jours plus tard pour demander à nouveau ce même médicament, car il n'avait pas « fonctionné ». En questionnant le patient, la préparatrice s'est rendu compte qu'il avait également utilisé le traitement par voie rectale, car il avait un prurit au niveau de la verge et avait vu sur internet que la mycose pouvait causer ces symptômes et que le traitement était également effectué avec de l'Econazole. Cependant, dans l'indication masculine, le traitement est administré localement sous forme de crème. Le patient avait donc suivi sa propre logique en

partageant le traitement avec sa femme. Ce qui a conduit à un échec thérapeutique pour sa femme et un mésusage du médicament dans son cas.

Ces conflits cognitifs interviennent parce qu'il y a des défauts de compréhension dans la communication. Edmond Marc et Dominique Picard les répertories selon cinq catégories (42) :

- **Incompréhension et complexité des messages :**

Les messages que nous envoyons ont souvent **plusieurs niveaux de signification**, l'un étant le contenu explicite et l'autre la relation implicite. Parfois, nous ne percevons qu'une partie de ces niveaux et cela peut provoquer un sentiment d'incompréhension. C'est par exemple le cas lorsque le professionnel refuse la délivrance d'un médicament à prescription obligatoire à un patient et que ce dernier lui répond « Mais j'en ai vraiment besoin comment vais-je faire ? ». Le contenu explicite renseigne sur la nécessité d'avoir le médicament, le second, implicite, demande expressément au professionnel de trouver une solution.

Les messages peuvent également être complexes, avec des implicites qui contredisent l'explicite, et cela peut contribuer à l'incompréhension entre les personnes. Comme l'exemple 17, où un patient use de l'ironie pour faire comprendre au pharmacien que s'il prend des antibiotiques c'est parce qu'il est malade.

- **Travail d'inférence et égocentrisme :**

L'égoïsme consiste à penser que **sa propre perspective est universelle** et à traiter les autres comme on voudrait être traité, sans se rendre compte que cela peut agacer les autres. Ces personnes ont du mal à comprendre pourquoi leurs comportements irritent les autres.

C'est ce qu'il peut se passer quand un professionnel, inconsciemment, ne prend en compte son unique perspective sans l'état d'esprit et les besoins du patient.

- **Interprétation et projection :**

La projection correspond à un **mécanisme de défense** où le sujet expulse des aspects qu'il ne veut pas reconnaître en lui-même sur une autre personne ou chose.

Exemple n°21 :

Une patiente a insulté une pharmacienne en l'accusant de « voleuse » parce que le prix d'un lait maternel avait augmenté en raison de l'inflation. La patiente a projeté sa frustration sur la pharmacienne, sans tenir compte du contexte économique mondial qui a conduit à cette augmentation de prix et sans reconnaître que la pharmacienne n'était pas responsable de la situation.

- **Les biais d'attribution**

La perception et la façon dont nous jugeons les gens relèvent d'un processus de psychologie sociale appelé « attribution ». Nous avons tendance à figer les gens dans **une représentation unique** en fonction de nos croyances et stéréotypes, ce qui peut les mettre en colère.

- **Les biais de raisonnement**

Lorsqu'on perçoit une situation, on effectue un **raisonnement déductif** en rassemblant des indices pour en déduire ce qui se passe. Cependant, lorsque nos émotions sont impliquées, cela peut nous amener à des **biais de raisonnement** qui ne sont pas en accord avec la réalité.

Par exemple le professionnel peut avoir tendance à rechercher et interpréter sélectivement les informations qui confirment ses hypothèses ou croyances préexistantes sur la santé du patient, tout en ignorant ou minimisant les informations contradictoires.

Tous ces biais entraînent une **simplification abusive** de la réalité et peuvent conduire à un manque d'empathie dans la communication.

- **Le manque d'empathie**

L'empathie consiste à **comprendre autrui en se mettant à sa place et en intégrant son point de vue**. Dans la relation entre un patient et un professionnel officinal, l'empathie est importante pour éviter les biais cognitifs. Cependant, il est possible de manquer d'empathie par inattention, volontairement ou à cause d'une histoire personnelle traumatisante. Le refus de voir évoluer les rapports établis avec un partenaire peut également empêcher l'empathie. Si les erreurs d'inférence et le manque d'empathie conduisent à l'incompréhension, ils ne conduisent pas toujours au conflit, qui survient généralement lorsqu'il y a des problèmes relationnels et affectifs

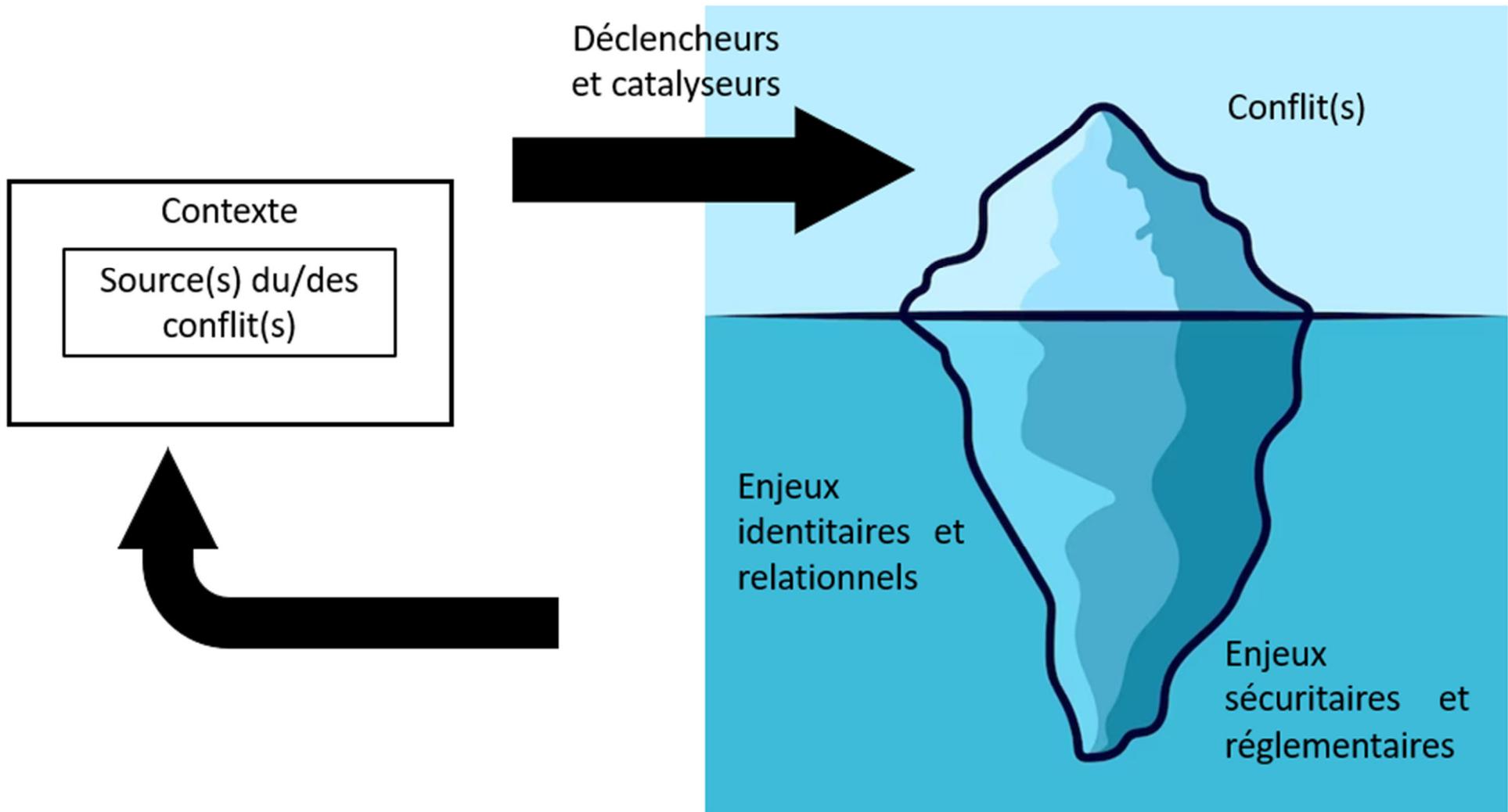
qui rendent la communication impossible. Enfin, l'obstination dans sa propre perception peut recouvrir des enjeux importants. Par exemple, un professionnel officinal peut refuser de prendre en compte les rectifications du patient en raison d'un enjeu lié à son travail ou à sa réputation.

Les actes cognitifs ne sont pas uniquement basés sur l'intelligence et la réflexion, mais sont souvent influencés par des **enjeux affectifs et relationnels** qui peuvent perturber notre pensée. Cela peut nous amener à persévérer dans une perception fautive de la situation ou des autres. Ces enjeux peuvent être liés à des **rapports de forces** ou à une **défense de notre identité**.

Dans les conflits relationnels, les parties en conflit sont davantage préoccupées par **les enjeux de pouvoir et de domination dans la relation**. Dans les conflits sécuritaires et réglementaires, en revanche, les parties sont davantage préoccupées par la défense de leurs idées et de leur vision des choses.

Ces conflits cognitifs peuvent parfois être sous-tendus par des **enjeux identitaires**, c'est-à-dire par la peur de perdre la face ou de ne pas être entendu et compris. Par exemple, un professionnel peut défendre son point de vue de manière obstinée pour se sentir reconnu et exister aux yeux du patient qui ne le considère pas, ou pour ne pas admettre qu'il s'est trompé et ainsi préserver son image de soi.

Ainsi, il est important de comprendre que ces différents types de conflits ne sont pas hermétiquement séparés et peuvent souvent se chevaucher.



Modélisation de la place de la dimension psychosociale dans l'élaboration des conflits en officine

4.5. Les savoir-faire et moyens de contournement des professionnels dans les relations conflictuelles avec les patients en situation de faible niveau de littératie en santé

Selon les travaux d'Edmond Marc et Dominique Picard, qui étudient les différentes réactions face aux conflits, on identifie généralement trois attitudes principales : la fuite, l'attaque et la recherche d'une solution constructive. Ces réactions se retrouvent également dans le contexte d'une pharmacie, où les conflits peuvent émerger entre les professionnels et les patients (45).

4.5.1. La fuite

La première réaction, la fuite, peut se manifester par l'évitement du conflit par la **médiation**. Certains professionnels préfèrent éviter les confrontations et les tensions en se retirant de la situation problématique et en faisant appelle à une tierce personne. Cela peut être parce que le conflit est déjà installé ou lorsque le professionnel sent qu'il ne va pas pouvoir l'éviter.

Exemple n°22 :

Une étudiante est venue me demander conseil dans le backoffice où je me trouvais avec une pharmacienne. Elle a dit : « Agnès, désolée de te déranger, mais on est d'accord que je ne peux pas faire de renouvellement exceptionnel ? Elle en a eu un le mois dernier, soit elle paie, soit elle retourne chez le médecin... »

Agnès a regardé l'ordonnance et a répondu : « Ah oui, je la connais ! J'ai déjà eu ce problème avec elle. »

L'étudiante a alors regardé Agnès d'un air qui semblait lui demander de l'accompagner pour appuyer ses propos.

Agnès a immédiatement compris et a dit : « Tu veux que je vienne avec toi ? »

L'étudiante a répondu : « Oui, là elle est tendue. »

Agnès est arrivée au comptoir d'un pas affirmé et a dit à la dame : « Bonjour madame, ma collègue m'a expliqué, elle a raison. On ne peut pas faire un renouvellement. »

La dame est apparemment devenue plus sympathique lorsque Agnès est intervenue et a dit : « Oui, je comprends bien, mais là je suis bloquée. Vous ne pouvez pas faire une exception ? Avant, on faisait comme ça quand je n'avais pas le temps de voir le médecin. »

L'étudiante, voyant que les choses se calment, décide de laisser la pharmacienne et la patiente trouver une solution.

Agnès répond : « Oui, mais nous avons eu de nombreux problèmes avec ce système, donc cela fait plusieurs mois que nous ne faisons plus d'exceptions. Vous le savez... En plus, la dernière fois, je vous avais prévenu. »

Agnès semble tout de même embêtée et demande : « Et là, vous n'avez plus rien ? »

La dame répond : « Si, il me reste pour demain et après-demain. »

Agnès lui propose alors de vérifier si elle ne trouve pas un rendez-vous sur Doctolib afin de prendre un nouveau rendez-vous médical et obtenir une nouvelle ordonnance.

Je retourne derrière pour poser des questions à l'étudiante, qui me dit que cette dame était arrivée très pressée et lui avait parlé de manière agressive, en utilisant des mots comme « Je veux mon traitement ». Voyant qu'il y avait déjà eu une délivrance exceptionnelle, ma collègue n'a pas prêté attention à ce qu'elle exigeait, mais lui a directement dit qu'elle devait payer si elle voulait avoir son traitement. La dame a alors réagi un peu plus agressivement en lui disant qu'elle avait l'habitude et que c'était toujours le « bazar » avec les nouveaux employés à la pharmacie. C'est pourquoi elle était venue chercher de l'aide par la suite.

Les préparateurs et les étudiants ont souvent recours à une tierce personne (généralement un pharmacien) pour demander de l'aide lorsqu'ils se sentent peu influents en raison de leur position hiérarchique ou lorsqu'ils sont confrontés à des réactions difficiles de la part des patients en raison de leur statut professionnel.

Dans certains cas, l'interaction peut devenir tellement difficile qu'un professionnel en vient à demander à l'un de ses collègues de le remplacer afin d'éviter une escalade de la situation.

4.5.2. L'ignorance

Une autre approche adoptée par les professionnels pour échapper aux problèmes se manifeste par **l'ignorance**. Par exemple, lorsque certains collègues sont confrontés à un patient autoritaire voire agressif, ils parviennent à garder leur calme et choisissent de ne pas réagir aux attaques du patient. Ces attaques ne sont pas spécifiquement dirigées contre eux personnellement, mais visent généralement le système dans son ensemble.

C'est souvent le cas des patients qui se plaignent beaucoup que les médicaments ne sont jamais remboursés.

Dans certaines situations, le conflit est déjà présent, ce qui signifie qu'un accord verbal implicite a été conclu entre les deux parties et une tension est perceptible.

Exemple n°23 :

Par exemple, une aide-soignante vient à la pharmacie pour un dépannage de Zopiclone, un hypnotique pour une patiente âgée. Le pharmacien en raison des règles strictes de la sécurité sociale lui refuse la délivrance.

Patient : « Bonjour, je viens car je n'ai pas eu le temps d'avoir le médecin au téléphone, il est en congé. Voici son ancienne ordonnance, j'ai besoin d'un dépannage de Zopiclone, elle ne dort pas sinon. »

Professionnel : « Bonjour, cela me paraît très compliqué. Nous sommes très surveillés sur ce style de molécule. Je ne peux pas faire de dépannage. »

Implicitement, même si l'échange est courtois, il existe un antagonisme entre les attentes du patient et les possibilités du professionnel pour combler ces attentes.

L'interaction se termine plutôt bien et l'aide-soignant même si elle semble très embêtée comprend pourquoi le pharmacien ne peut délivrer cette molécule.

Parfois, afin d'éviter une escalade, les professionnels préfèrent terminer la prestation en **évitant toute communication**. Ils restent silencieux et ne s'expriment qu'au moment de prodiguer des conseils. Ils adoptent généralement un ton de voix bas et évitent de regarder le patient dans les yeux.

Exemple n°24 :

Une patiente connue pour être particulièrement agressive quand elle n'obtient pas ce qu'elle désire s'est présentée un samedi pour acheter des protections hygiéniques pour sa maman âgées de 90 ans. Les protections qu'elle avait l'habitude de lui prendre étaient en rupture ; nous ne les avons pas en stock. Une pharmacienne lui explique qu'elle peut lui commander autre chose mais la dame s'énerve et prend un ton colérique « C'est à chaque fois la même chose, je suis obligée de revenir. Je n'ai pas le temps de faire des allers-retours. »

Ma collègue reste assez calme, la situation n'est pas de son fait, si nous n'avons pas ses protections en stock c'est parce qu'il y a énormément de ruptures de matières premières et que beaucoup de produits sont indisponibles chez nos fournisseurs . Au lieu de se justifier, elle préfère calmer la situation en gardant un ton calme « Je sais madame mais je les aurais à partir de demain et je vais appeler notre grossiste pour trouver celles que votre maman a l'habitude de prendre et vous les mettre de côté pour le mois prochain ».

La dispensation reprend son cours, la dame continue de râler au sujet de ses protections mais ma collègue ne relève pas. La dame finit par récupérer le reste des produits désirés et part en disant avec une voix enjouée et un grand sourire « Merci beaucoup, bonne journée ».

4.5.3. L'attaque

Parfois, face à un conflit, le professionnel peut réagir en adoptant une attitude offensive, perdant ainsi le contrôle de ses émotions et devenant agressif à son tour. Cette réaction se produit principalement lorsque les enjeux du conflit deviennent trop personnels et que le professionnel n'est plus en mesure de faire la distinction. De plus, les facteurs externes de l'environnement ainsi que la fatigue peuvent également influencer cette réaction.

Une première forme d'attaque que le professionnel officinal peut utiliser est **l'agressivité verbale**, se manifestant par une élévation de la voix ou simplement en adoptant un ton sec et autoritaire pour s'affirmer.

Exemple n° 25:

Il est environ 10 heures lorsqu'une patiente se présente à la pharmacie sans ordonnance et sans carte vitale. Une préparatrice la prend en charge et lui demande pourquoi elle n'a pas ses papiers avec elle. La dame répond qu'elle passait simplement par là et qu'elle avait l'habitude de procéder ainsi, car elle était enregistrée. Je remarque que ma collègue affiche une mimique de visage laissant transparaître un certain agacement, avec les sourcils froncés et la mâchoire serrée. Elle lui répond : « C'est une habitude qui doit changer, car désormais nous demandons que vous ayez votre carte vitale et l'ordonnance originale pour vous délivrer les produits ! ». La dame répond simplement « d'accord ! » sans vraiment prêter attention à ma collègue, elle ne la regarde pas dans les yeux et s'occupe de sa fille en se recoiffant. Ma collègue imprime les ordonnances, va les chercher à l'imprimante dans l'arrière-boutique, puis revient dans l'espace de vente. Elle jette un rapide coup d'œil à l'historique de la dame et demande : « De quoi avez-vous besoin ? » La dame répond « de tout ! » Ma collègue lui réplique assez sèchement : « Ce ne sera pas possible, vous avez déjà eu une boîte de Trimébutine la semaine dernière et vous avez droit à seulement deux boîtes par mois ». La dame semble de plus en plus agacée et lui dit qu'elle n'a pas besoin d'être aussi désagréable. Ma collègue, sur la défensive, lui fait remarquer qu'elle n'est pas en position de faire de telles remarques, car c'est elle qui se présente sans carte vitale ni ordonnance et qui exige d'être servie. La situation se tend davantage et la dame affirme que c'est seulement avec elle que les choses se passent mal à la pharmacie. Ma collègue lui rétorque : « Certainement pas, je ne vous ai jamais servie ! » La dame s'énerve encore plus et élève la voix : « Mais vous êtes folle, sérieusement ! Vous parlez mal aux gens ! Donnez-moi les ordonnances, je vais aller ailleurs ! » Ma collègue, tout aussi exaspérée, lui répond avec véhémence : « Non, je les garde. Repassez chez vous chercher les originales et allez voir ailleurs ! » L'interaction se termine par des insultes et la dame finit par partir sur la demande de ma collègue.

Dans cet exemple, ma collègue manifeste de l'agacement envers un comportement qu'elle juge non respectueux des règles de la pharmacie, associé à une forme de mépris de la part de la cliente qui ne l'écoute pas. Malgré cela, elle finit par accepter de servir la cliente, bien qu'elle n'ait ni carte vitale ni ordonnance. Cependant, ma collègue semble vouloir appliquer les règles de facturation de la sécurité sociale en respectant le nombre exact de boîtes autorisées. Ce comportement a été perçu par la

cliente comme excessivement tatillon, ce qui l'a à son tour agacée, la poussant à attaquer ma collègue sur son comportement « désagréable ». Cela a entraîné une escalade symétrique du conflit, aboutissant à une dispute et à la demande du professionnel que le patient quitte les lieux.

Cependant, il arrive que le conflit soit si intense que le professionnel prenne l'initiative de **mettre fin à la relation de soin**, demandant explicitement et ouvertement à quelqu'un d'autre de prendre en charge le patient.

Exemple n°26 :

C'était un après-midi, avec un effectif réduit à la pharmacie pendant les pauses. Jules, mon collègue pharmacien, et moi-même étions seuls au comptoir. La file d'attente comptait environ trois personnes. Alors que j'étais en train de servir un patient, j'entends Jules expliquer au patient qu'il ne remet pas en doute la parole du médecin, mais qu'il s'est trompé dans la prescription. Jules éprouve parfois des difficultés à exprimer ses pensées clairement en raison de problèmes avec la langue. Le patient semble furieux et réplique : « Mais c'est absurde, je connais ce médecin depuis des années ! Ce qu'on vous demande, c'est simplement de fournir les médicaments ! ».

Voyant la situation s'envenimer, je m'excuse auprès de mon patient et me dirige vers le comptoir de Jules en lui demandant ce qui se passe. Les deux commencent à expliquer leur version de l'histoire en se coupant la parole. Je comprends alors que l'ordonnance comporte deux protecteurs gastriques incompatibles, l'Oméprazole et l'Esoméprazole, qui ne doivent pas être administrés simultanément. En réalité, le médecin a simplement fait un « copier-coller » de l'ordonnance précédente sans enlever l'Oméprazole, qui n'avait pas fonctionné pour le patient.

Jules finit par me demander : « Est-ce que tu peux t'en occuper ? Il me manque de respect ! » Cette remarque énerve encore plus le patient, qui affirme que c'est Jules qui manque de respect envers le médecin. Je conclus la discussion en assurant au patient que je vais le prendre en charge. Il se met sur le côté et attend que je termine avec mon premier patient.

Au moment de le servir, je réalise que le monsieur n'a absolument rien compris à ce que Jules essayait de lui expliquer. En effet, l'ordonnance contenait des erreurs de prescription et ne bénéficiait pas du statut d'ALD (Affection Longue Durée), qui aurait

entraîné une prise en charge à 100% par la Sécurité sociale pour certaines maladies chroniques. Ce qui avait mis le feu aux poudres était en réalité le fait que Jules avait demandé la carte de mutuelle afin d'appliquer le tiers payant au patient, qui refusait d'admettre que son médecin avait simplement commis une erreur de conformité dans la prescription.

Enfin, la réaction d'attaque ultime consiste à **refuser de dispenser** et à orienter le patient vers une autre pharmacie ou structure de santé comme énoncé dans l'exemple n° 24.

A souligner que ces réactions d'attaque ne favorisent pas une résolution constructive des conflits et peuvent entraîner des conséquences néfastes.

4.5.4. La recherche de solution

La recherche de résolution peut être entreprise dès le début d'un conflit ou lorsqu'il est déjà en cours. Dans de nombreux cas, les professionnels parviennent à faire preuve de conciliation et d'empathie envers le patient, même en cas de désaccord.

Exemple n°27 :

En milieu d'après-midi, une patiente est servie par Jules. Elle vient chercher des médicaments pour son nourrisson ainsi qu'une paire de bas de contention. Généralement, nous évitons de prendre les mesures l'après-midi, car il y a un risque que les jambes soient gonflées, ce qui fausserait la mesure.

Jules entame l'interaction en disant : « Je ne peux pas vous donner ce médicament pour votre fils ». Il s'agit du Dexeryl, un médicament en rupture de stock à ce moment-là. La dame répond simplement « Ok » et continue à pianoter sur son téléphone. Jules termine l'ordonnance pour son enfant et prend connaissance de la deuxième ordonnance qui concerne les bas de contention. Il lui dit à nouveau : « Ce n'est pas possible pour les bas, il faudra revenir ⁶»

La dame lève les yeux vers Jules et lui dit : « Mais on est dans une pharmacie, non ?! » Un peu déconcerté, Jules répond : « Oui... ». Avant même qu'il ait le temps

⁶ Généralement, les mesures de bas de contention sont prises le matin car au cours de la journée les jambes peuvent gonfler et les mesures être faussées.

d'expliquer pourquoi, la dame élève la voix et cherche du regard les professionnels présents tout en répétant en criant « On est dans une pharmacie, oui ou non ?! ». Voyant la situation se détériorer et ayant été témoin de la scène, j'interromps ce que je suis en train de faire et je dis à Jules que je vais prendre le relais. La dame est toujours en colère et je perçois son impulsivité. Je lui dis alors que nous allons prendre les mesures nécessaires et je l'invite à se rendre dans une salle de confidentialité pour avoir une discussion plus approfondie.

Dans la salle de confidentialité, je lui explique que mon collègue s'est peut-être mal exprimé, mais qu'il a raison concernant les mesures des bas de contention l'après-midi en raison du gonflement des jambes. Je lui demande ensuite pourquoi elle a une ordonnance pour des bas et elle me confie qu'elle a pris énormément de poids ces dernières semaines et qu'elle ne le supporte plus. Je lui demande alors combien elle estime sa prise de poids au cours du dernier mois, et elle me répond 7 kilogrammes. Je lui explique que ce n'est pas normal et je lui demande si elle a consulté un médecin. Elle me répond que non, car elle était venue à l'origine pour son fils et qu'elle avait simplement mentionné au médecin qu'elle avait les jambes gonflées. Je lui demande également si son régime alimentaire a changé, et elle me dit qu'elle est en instance de divorce avec son mari et qu'elle vit maintenant chez sa mère, qu'elle ne supporte plus. Elle sort régulièrement et mange à l'extérieur.

Je commence alors à comprendre les raisons de son impulsivité, et je lui explique qu'il serait préférable de prendre rendez-vous avec son médecin pour discuter de tout ce dont elle m'a parlé. Après quelques minutes de discussion sur son vécu, elle finit par revenir sur l'altercation qu'elle a eue avec mon collègue et s'excuse. Je lui réponds que je comprends les raisons de sa colère, mais qu'il serait préférable de s'adresser directement à Jules pour lui exprimer ses sentiments.

Nous quittons la salle de confidentialité pour que je puisse facturer les bas de contention. De sa propre initiative, la dame se dirige vers Jules, qui se trouve au fond de la pharmacie en train de ranger. Je constate que l'interaction se déroule bien et que Jules pose une main sur son torse au niveau du cœur en signe de compréhension et d'apaisement.

Dans une tournure alternative, nous aurions pu demander à la dame de quitter les lieux en raison de son comportement agressif. Cependant, le simple fait d'écouter son

récit a eu un effet apaisant et lui a permis de réaliser que son comportement était inapproprié, même si les explications initiales de Jules étaient peu claires.

En outre, Jules a fait preuve d'une grande responsabilité en acceptant les excuses de la dame. Lors du débriefing, il a même reconnu que ses explications n'étaient pas appropriées, démontrant ainsi une prise de conscience quant à la manière dont il s'est exprimé.

Ainsi, il y a la volonté de coopération du professionnel envers le patient, en adoptant une position d'aide plutôt que d'hostilité. Cette coopération se traduit par **un langage compréhensif et collaboratif**, tel que « Je comprends », « Je suis convaincu que nous trouverons une solution » ou « Nous sommes là pour vous ». À moins que les enjeux du patient soient trop importants et que, malgré cette attitude, le professionnel ne parvienne pas à rétablir l'équilibre de la relation, cette approche conduit généralement à une amélioration positive de la relation, et il arrive souvent que le patient présente des excuses pour son comportement.

Ensuite, surtout lorsque le professionnel est responsable, il adopte une **communication ouverte basée sur l'honnêteté et la reconnaissance de ses erreurs**. Il peut ainsi reconnaître ses torts et s'engager à rectifier la situation. Cela permet de restaurer la confiance et de favoriser la résolution des conflits.

Enfin, le professionnel peut également recourir à une communication ouverte pour fournir des informations claires et dissiper les malentendus. En clarifiant les faits et en expliquant les choses de manière transparente, il démontre du respect envers le patient en tant que personne et contribue à la résolution des conflits.

4.6. Les effets du conflit sur le professionnel et sa pratique

Les conséquences du conflit sur les professionnels peuvent être analysées selon deux dimensions. D'une part, il y a un **impact personnel à court terme**, qui se manifeste au niveau individuel du professionnel. D'autre part, il y a une influence à plus long terme sur **la pratique professionnelle**, ce qui peut entraîner des modifications dans la manière dont les patients sont traités et pris en charge à la pharmacie.

4.6.1. Les effets psychologiques individuels

Les effets individuels varient selon les caractéristiques propres à chaque professionnel, cependant, j'ai remarqué certains effets observables à court terme qui sont souvent associés à des **émotions négatives** pour le professionnel. Par exemple, le stress et la tension émotionnelle après un conflit peuvent être repérés par l'agitation du professionnel, qui a souvent besoin de prendre du recul à l'arrière de la pharmacie pour se calmer. Ces professionnels ont souvent le désir de discuter de l'incident avec d'autres collègues afin de chercher leur approbation et de libérer la charge émotionnelle.

Cette charge émotionnelle et ce besoin d'approbation m'ont poussé à interroger mes collègues à chaud pour recueillir leurs ressentis sur la situation. Souvent, ces professionnels expriment un sentiment de culpabilité, qui se manifeste par la **recherche d'approbation** (« Ai-je bien fait ? »), l'**autocritique** de leur comportement inapproprié (« Je n'aurais pas dû m'énerver »), l'anxiété manifestée par des gestes agités et le désir profond d'en parler.

Une autre observation frappante est **la perte d'estime de soi**, la sensation de ne pas avoir accompli son travail correctement, ce qui se manifeste par des projections sur le patient (« Il ne trouvera jamais mieux »).

Enfin, un aspect positif en termes de productivité pour le praticien et les futures prises en charge réside dans **la remise en question de sa propre approche**. Cependant, cette démarche peut engendrer des émotions primaires négatives. Elle concerne la manière dont le professionnel communique, interagit et réfléchit, et pourrait avoir contribué à l'escalade du conflit.

L'aspect individuel peut aussi conduire à de profonds changements dans la pratique individuelle du professionnel mais aussi collectives suivant les sources du conflit ou sa conclusion.

4.6.2. Les effets sur la pratique individuelle et collective

4.6.2.1. Pratique individuelle

La pratique professionnelle individuelle se réfère à **la manière spécifique** dont un professionnel interagit avec un patient, communique et gère les conflits. Comme nous

l'avons constaté, une remise en question au niveau individuel suscite une réflexion sur sa pratique qui entraînera des répercussions à plus long terme. En effet, lorsque confronté à une situation conflictuelle spécifique telle qu'un refus, le professionnel tend généralement à analyser son comportement afin de trouver les meilleures réactions pour éviter de revivre les aspects négatifs vécus sur le plan individuel (émotions négatives, perte de confiance en soi, culpabilité) et professionnel (image professionnelle négative, perte de patients, travail non accompli).

Dans cet exemple, une collègue pharmacienne a choisi de ne pas s'engager dans un nouveau conflit car l'aspect émotionnel individuel lui posait un problème, et le **rapport bénéfice/risque** (le bénéfice étant de montrer à la patiente que son discours était incohérent / le risque d'entrer dans un autre conflit qui pourrait avoir un impact émotionnel négatif) ne justifiait pas cette confrontation.

Exemple n°28 :

Une patiente qui n'avait pas d'historique de délivrance s'est présentée à la pharmacie juste avant la fermeture, demandant la délivrance d'un flacon de Ventoline sans ordonnance. Une collègue pharmacienne l'a prise en charge en lui demandant si elle avait au moins sa carte vitale, ce qu'elle n'avait pas. Ma collègue a affiché une expression surprise qui a persisté un peu trop longtemps sur son visage. La jeune fille lui a alors expliqué qu'elle voulait un flacon parce qu'elle savait qu'elle allait faire une crise d'asthme ce soir-là. Ma collègue, toujours très surprise, lui a demandé pourquoi elle était si sûre de faire une crise, à quoi la jeune fille a répondu que cela ne la concernait pas. Ma collègue lui a donc expliqué qu'elle ne pouvait pas délivrer ce médicament sans ordonnance ni carte vitale. La jeune fille, agacée, lui a dit d'un ton irrité : « On s'en fout, je le paie ». Le visage de ma collègue est devenu rouge, il était tard, près de l'heure de fermeture, et la fatigue accumulée de la journée associée à une demande non conforme à la réglementation ont poussé ma collègue à refuser la délivrance de manière un peu sèche : « Ce n'est pas comme ça que ça fonctionne, vous venez sans ordonnance et sans carte vitale, en me disant que vous allez faire une crise d'asthme, je ne peux pas vous le délivrer comme ça ». La jeune fille a quitté le lieu très agacé en déclarant que si quelque chose lui arrivait, ce serait en partie de sa faute. Ma collègue semblait un peu troublée par cette interaction, m'a demandé si elle avait bien agi.

Le lendemain matin, la jeune fille est revenue à la pharmacie avec une ordonnance provenant d'une maison médicale de garde où elle s'était rendue pour obtenir une ordonnance car elle avait fait une crise d'asthme. Elle s'est adressée à ma collègue pour lui faire savoir que c'était à cause d'elle qu'elle avait dû se rendre aux urgences.

En examinant de plus près l'ordonnance, ma collègue lui a fait remarquer qu'il s'agissait d'une ordonnance d'un médecin généraliste de la maison médicale et lui a demandé pourquoi elle n'était pas allée chercher le flacon de Ventoline à la pharmacie de garde si elle en avait besoin. La jeune fille lui a répondu que la crise était passée et qu'elle était trop faible pour aller le chercher. Ma collègue a affiché un signe d'étonnement, a haussé un sourcil et a grimacé, sans rien dire. Elle s'est ensuite penchée vers la préparatrice qui était en train de servir la jeune fille et lui a dit : « Bon, c'est toi qui t'en occupes ? », puis elle est retournée dans l'arrière-boutique.

Je me suis empressé de demander à ma collègue pourquoi elle n'avait pas relevé les propos de la jeune fille qui semblaient incohérents et accusateurs. Elle m'a répondu que cela lui avait posé « souci » la veille au soir et qu'elle ne voulait pas redéclarer un conflit maintenant que la jeune fille allait mieux.

L'un des aspects du conflit qui a un impact significatif sur la pratique professionnelle est l'état émotionnel dans lequel il plonge le professionnel. Cependant, le conflit peut également entraîner des **changements profonds** quant aux comportements que ces professionnels peuvent tolérer de la part des patients au comptoir.

Ainsi, si l'intensité émotionnelle est élevée et que la légitimité du conflit est perçue comme non fondée du point de vue du professionnel, ce dernier peut devenir moins enclin à tolérer d'autres comportements similaires.

Un exemple illustrant cette situation est celui du patient qui se présente au comptoir avec son téléphone à l'oreille et que le professionnel propose aimablement au patient de terminer sa conversation avant de le servir. Cette approche permet au professionnel de préserver son état émotionnel et de recentrer la relation sur le domaine des soins et des échanges. A l'inverse, le professionnel, parce qu'il a eu un échange houleux et que la conséquence a été la perte « d'estime de soi », peut montrer des signes d'agacement voire faire une remarque perçue comme agressive pour le patient, engendrant un autre type de conflit dont l'enjeu serait le rapport de place.

4.6.2.2. Pratique collective

Dans certaines situations, la pratique individuelle d'un professionnel peut avoir un impact sur la pratique collective, ce qui signifie qu'elle permet à l'équipe de mettre en place des changements collectifs visant à prévenir, contourner ou gérer les conflits.

C'est ce que l'on observe avec les patients connus pour être « difficile » et où l'équipe s'accorde après des vécus individuels communs pour ne pas se contredire.

Exemple n°29 :

Une patiente d'environ cinquante ans, connue pour entretenir des relations difficiles avec tous les membres de l'équipe officinale, s'est présentée à la pharmacie pour un renouvellement d'ordonnance. Cette patiente se caractérise par son impatience, son autorité et sa propension à inventer des histoires sur sa vie privée pour obtenir des avantages. Au fil de nos discussions internes sur des situations complexes où chacun de nous avait cédé à ses demandes, nous avons pris conscience de ces comportements. Cependant, lors d'un de mes contacts avec elle, j'ai remarqué que l'histoire qu'elle me racontait semblait incohérente par rapport aux discussions que j'avais eues précédemment avec mes collègues. En effet, cette dame avait auparavant fréquenté une autre pharmacie où travaillait l'une de mes collègues. À l'époque, elle prétendait que son fils était décédé d'un accident de voiture, mais le jour où je l'ai servie, elle m'a raconté avoir besoin de la totalité de son traitement, auquel elle n'avait pas droit, car elle devait se rendre à Lille au chevet de son fils blessé à la suite d'un accident. Face à cette situation, j'ai délivré à la dame ce qu'elle demandait. Cependant, le doute m'a envahi et j'ai décidé d'en discuter avec mes collègues, qui m'ont confirmé qu'elle avait l'habitude de mentir sur certains aspects de sa vie pour obtenir ce qu'elle voulait. Lors de notre prochaine rencontre, elle m'a demandé à nouveau son traitement en avance. Ne souhaitant pas la mettre mal à l'aise tout en refusant sa demande, je lui ai proposé de payer son traitement en lui expliquant que je comprenais sa situation, mais que je ne pouvais pas agir selon mon propre chef et que des règles devaient être respectées. Quelques jours plus tard, elle est revenue avec la même demande et l'a également formulée à l'une de mes collègues. Cependant, grâce à nos échanges internes, la réaction a été la même et ce genre de demande s'est progressivement fait plus rare.

Un autre aspect collectif que le conflit engendre est la **cohésion de groupe**. En effet, lorsqu'un conflit éclate, les professionnels ont tendance à se protéger mutuellement, soit entrant dans le conflit, soit en faisant de la médiation, soit en prenant la place du professionnel impliqué.

Ce qui est remarquable aussi, c'est le moment où les professionnels débriefent du conflit qui vient de se passer et que chacun raconte une histoire similaire pour se conforter dans les choix de leurs propres réactions.

Toutefois, bien que le conflit puisse renforcer la cohésion au sein de l'équipe, il peut également entraîner **une vision commune** qui limite la compréhension du patient. En effet, l'effet de groupe peut créer une dynamique où l'équipe se solidarise et devient hermétique aux raisons individuelles du patient.

Dans cet exemple, on ne constate pas un conflit en tant que tel, mais plutôt une vision commune partagée par le groupe qui a conduit les pharmaciens à se montrer méfiants envers une patiente.

Exemple n°30 :

Il y a quelques mois, une jeune femme d'une trentaine d'années est venue à la pharmacie sans carte vitale, munie d'une ordonnance pour de la morphine par voie orale et des anxiolytiques. Elle était peu informée sur les médicaments qui lui étaient délivrés, et ma collègue de l'époque l'a avertie qu'elle devrait posséder une carte vitale le mois suivant, faute de quoi son ordonnance ne pourrait être délivrée. Cette exigence d'avoir une carte vitale pour les médicaments sensibles était une pratique collective que nous avons mise en place afin de prévenir une surconsommation de médicaments par les patients. Ma collègue a pris soin de noter un commentaire dans le dossier de la cliente, afin que les autres membres de l'équipe soient informés de cette exigence et puissent la rappeler le cas échéant. Malheureusement, cette dame a été hospitalisée pendant plusieurs mois et est revenue à la pharmacie avec la même ordonnance de morphine, mais toujours sans carte vitale. Lorsque je l'ai servie, j'ai remarqué le commentaire dans son dossier et je lui ai demandé de manière méfiante pourquoi elle n'avait pas de carte vitale. La dame semblait surprise, et j'ai insisté en lui rappelant que ma collègue l'avait mise en garde. De plus, je lui ai fait remarquer qu'elle n'était pas venue depuis plusieurs mois, ce qui m'a paru assez suspect. La dame m'a alors expliqué qu'elle avait été hospitalisée pour un type de cancer très rare, ce qui expliquait son absence et son impossibilité de faire une demande de carte vitale. Elle a même sorti son dossier d'hospitalisation pour le prouver. Un sentiment de honte m'a alors envahie, et je me suis excusée sincèrement pour ce comportement accusateur.

Ainsi, la vision de groupe est une bonne chose, elle encadre la pratique et donne un cadre à la pharmacie. Cependant, elle peut enfermer les professionnels dans **une vision restreinte du patient**.

Le conflit joue un rôle essentiel dans **l'établissement de règles collectives** et dans le **renforcement de la cohésion au sein d'une équipe**. Cependant, il peut également avoir pour effet de limiter **la vision des professionnels**, en négligeant l'aspect individuel du vécu, des valeurs et des représentations propres à chaque patient. Cette négligence peut entraîner des **incompréhensions et des enjeux psychologiques qui sont à l'origine du conflit**.

5. Discussion

5.1. Proposition théorique pour améliorer la prise en charge des patients en situation de faible niveau de LES d'un milieu social défavorisé

D'après Edmond Marc et Dominique Picard, la résolution des conflits implique de les dépasser afin de rétablir l'homéostasie dans la relation (45). Nous pouvons définir « l'homéostasie relationnelle » comme une notion psychosociologique décrivant la tendance naturelle des individus à maintenir un équilibre stable et cohérent dans leurs interactions interpersonnelles. Cette notion implique que les individus préfèrent généralement des schémas de comportement, d'interaction et de communication qui leur sont familiers et confortables, et qu'ils évitent souvent les changements brusques ou les perturbations dans leurs relations.

Dans cette optique, l'objectif relationnel visé est d'atteindre une homéostasie relationnelle entre le patient et le professionnel. Pour y parvenir, le professionnel doit entreprendre une préparation préalable. Comme mentionné précédemment, les conflits sont monnaie courante en pharmacie. Par conséquent, l'une des premières étapes consiste à préparer mentalement les professionnels à faire face à de telles situations, à l'instar d'un coureur débutant qui ne se lancerait pas dans une course de 10 km sans une préparation mentale adéquate. Il est donc essentiel de les sensibiliser au fait que les conflits font intrinsèquement partie de leur métier et qu'ils ne représentent pas seulement des sources d'émotions et de sentiments négatifs, mais peuvent également être de puissants moteurs de changement.

Ensuite, vient l'étape de l'apprentissage de la gestion de ces conflits, ce qui nécessite l'acquisition des bases de la communication en tenant compte de toutes ses dimensions, qu'il s'agisse de l'aspect relationnel, psychologique, social ou contextuel.

Enfin, la boucle se termine par le partage d'expériences conflictuelles entre professionnels, ce qui peut favoriser la recherche de solutions collectives aux conflits.

5.1.1. Préparation psychologique au conflit

La préparation psychologique des professionnels en vue de faire face aux situations conflictuelles comporte plusieurs aspects cruciaux. Tout d'abord, il est essentiel qu'ils prennent conscience de l'existence inévitable de ces conflits dans leur domaine professionnel. Reconnaître que la gestion de conflits fait partie intégrante de leur métier est un premier pas vers une préparation efficace. Il serait donc intéressant d'inculquer cette notion dès les premières étapes de leur formation, permettant ainsi à cette idée de mûrir et de s'intégrer dans la perspective de chaque professionnel.

Un deuxième aspect important est de désacraliser le conflit et de ne pas le percevoir uniquement comme une manifestation de tensions négatives. Bien que les conflits puissent susciter des émotions négatives, il est crucial de comprendre que leur résolution peut ouvrir la voie à de nouvelles pratiques et à une réflexion profonde nécessaire pour faire évoluer sa propre approche professionnelle. Le dicton « Connais-toi toi-même et tu connaîtras l'Univers et les Dieux » souligne l'importance de l'introspection et de la maîtrise intérieure, invitant à une compréhension approfondie de soi-même.

Pour étayer cette perspective, il est pertinent d'examiner la psychologie et le concept de « coping » (46). Lazarus et Folkman définissent le « coping » comme l'ensemble des stratégies cognitives et comportementales utilisées pour faire face aux exigences internes et/ou externes jugées stressantes. Il existe deux approches principales du « coping » : celle centrée sur le problème, qui vise à réduire les exigences de la situation ou à augmenter ses propres ressources pour y faire face, et celle centrée sur l'émotion, qui cherche à gérer les réponses émotionnelles déclenchées par la situation. En se connaissant et en évaluant la situation, un professionnel peut agir sur ces deux niveaux de « coping », en gérant ses propres émotions tout en cherchant à résoudre le problème.

Le conflit interne, quant à lui, émerge lorsque des valeurs, des impulsions ou des désirs contradictoires entrent en collision dans l'esprit d'un individu, créant une ambivalence (34). Chaque professionnel est façonné par ses propres croyances, représentations, pulsions et désirs. Trouver une méthode universelle pour résoudre de tels conflits reste souvent difficile, voire impossible. Cependant, l'introspection

approfondie peut offrir à chaque professionnel la possibilité de mieux comprendre ses mécanismes internes, ce qui peut soulager la charge émotionnelle liée à ces conflits.

À mon avis, une compréhension des principes fondamentaux de la psychologie peut servir de point de départ pour la connaissance de soi et des autres. En connaissant nos propres mécanismes psychologiques, nous devenons plus aptes à accepter ceux des autres, favorisant ainsi une meilleure gestion des conflits et des relations interpersonnelles plus harmonieuses.

5.1.2. Acquisition des compétences en communication

Bien que la communication soit souvent considérée comme un concept courant, force est d'accepter qu'elle ne soit pas une compétence innée. Dans les programmes de formation des professionnels, en particulier dans le domaine de la pharmacie, la communication est souvent sous-estimée, et l'aspect psychosocial de celle-ci est souvent négligé. C'est pourquoi l'introduction de cours de communication dès les premières années de formation des pharmaciens et des préparateurs en pharmacie pourrait être une mesure préparatoire essentielle pour les aider à aborder efficacement les situations conflictuelles.

Dans cette optique, l'adoption d'une communication réflexive, également connue sous le nom de métacommunication, offre une première approche pour surmonter ces conflits. Cette pratique implique que le professionnel exprime verbalement sa réflexion, en incluant le patient dans la discussion du conflit afin de mieux comprendre ses attentes et ses besoins, et de recentrer la conversation autour d'objectifs communs. Pour favoriser cette réflexion, il est impératif de promouvoir une communication ouverte, où les professionnels et les patients peuvent exprimer de manière honnête et transparente leurs attentes et leurs besoins.

D'autre part, la « posture empathique », telle que définie par le psychologue humaniste Carl Rogers, joue un rôle primordial dans la relation de soins et la résolution des conflits. Elle consiste en la capacité à percevoir le point de vue interne de l'autre avec précision, en incluant ses émotions et ses significations, tout en gardant à l'esprit la notion du « comme si » (47). Cette aptitude est essentielle pour établir un lien entre le professionnel et le patient, ainsi que pour mieux appréhender les conflits. Par exemple,

en comprenant qu'un patient peut exprimer de l'agressivité en raison de la douleur qu'il ressent, le professionnel peut mieux contextualiser le conflit.

Cependant, soulignons que l'empathie n'est pas non plus innée, malgré certaines perceptions courantes. Au contraire, elle est le résultat d'un apprentissage, tout comme le fait de devenir pharmacien. Nous ne naissons pas empathiques, mais nous apprenons à le devenir grâce à l'éducation reçue de nos parents, la société, et de la réflexion sur le sujet.

La gestion des conflits relationnels entre un professionnel et une personne ayant un faible niveau de littératie en santé repose, à mon avis, sur la compréhension de ce concept par les professionnels et la reconnaissance du fait que cette population ne dispose pas nécessairement des connaissances en matière de santé requises pour comprendre et accepter les pratiques professionnelles, telles que le refus de délivrance de médicaments.

Du versant des professionnels, les facteurs psychologiques et sociaux exercent une influence considérable sur leurs pratiques. Les contraintes économiques, les pressions administratives et les limites de temps peuvent altérer la qualité des soins. Les stéréotypes et les préjugés individuels peuvent également jouer un rôle dans la manière de dispenser. Ainsi, le contexte apparaît comme une dimension centrale dans la formation d'un conflit.

Pour illustrer mon propos, une étude qualitative exploratoire réalisée au Canada en 2015 par Thoër et al. a mis en évidence l'importance des différents contextes dans la relation de soin entre le pharmacien et le patient (48). Au cours de cette étude, treize entretiens semi-directifs ont été menés, dont six avec des pharmaciens et sept avec des patients. Les sujets abordés ont englobé le rôle du patient, celui du pharmacien, le déroulement des échanges en pharmacie, l'expérience de ces interactions, les difficultés rencontrées et l'adhésion thérapeutique (48).

Les résultats de cette étude ont clairement démontré l'influence significative des contextes sur l'interaction entre le pharmacien et le patient. Le contexte interpersonnel, défini comme l'environnement social et relationnel dans lequel se déroulent les interactions entre individus, a été identifié comme source de divergences dans les rôles et les attentes des deux parties (48). Par exemple, il était courant que les patients adoptent un rôle passif, se contentant de présenter leurs ordonnances et de recevoir

leurs médicaments, tandis que les pharmaciens aspiraient à une meilleure compréhension de la part des patients concernant leurs maladies et leurs traitements. De plus, les patients pouvaient manquer d'informations sur le fonctionnement de la pharmacie, ignorant par exemple la possibilité de solliciter l'aide des préparateurs en pharmacie (48).

Un autre contexte d'importance majeure était celui du cadre politico-légal en constante évolution, conférant aux professionnels de nouvelles responsabilités dont les patients n'étaient pas toujours conscients (48). Par exemple, en France, l'autorisation des rappels vaccinaux pour les adultes de plus de 16 ans depuis novembre 2022 a eu une incidence sur la prise en charge des patients, qui ne sont plus obligés de retourner chez le médecin pour se faire vacciner (49).

Le contexte organisationnel ou spatial de la pharmacie a également été identifié comme exerçant une influence sur la relation. Les patients pouvaient être moins enclins à engager des discussions approfondies avec leur pharmacien en raison d'un manque de confidentialité (48). En France, par exemple, l'introduction d'entretiens rémunérés par la sécurité sociale pourrait aider les patients gênés à poser les questions nécessaires pour favoriser leur adhésion thérapeutique. De plus, il y avait une différence de perception entre les pharmaciens et les patients en ce qui concerne la disponibilité du temps. Les pharmaciens considéraient le manque de temps comme une contrainte majeure de leur travail, tandis que les patients pensaient que les échanges avec les pharmaciens étaient toujours rapides. Cependant, lorsque les pharmaciens accordaient plus de temps à un patient, cela était apprécié et ils étaient qualifiés d'exceptionnels. Le manque de confidentialité des comptoirs et leur ouverture sur le reste de la pharmacie étaient également cités comme des sources de stress importantes pour les pharmaciens lorsqu'il y avait beaucoup de monde (48).

Lors des entretiens, les pharmaciens abordaient peu la notion de littératie en santé, bien qu'ils reconnaissent la nécessité de simplifier leurs explications pour les patients ayant une scolarité moins élevée ou une culture différente. Les auteurs supposent que cette notion est encore peu connue des pharmaciens. Cela souligne l'importance de prendre en compte le niveau de littératie en santé dans un contexte culturel différent de celui du professionnel (48).

Un autre contexte pris en compte était celui des médias. Les auteurs ont souligné que l'utilisation d'Internet par les patients favorisait une « médecine collaborative » et facilitait la relation avec les professionnels de santé, en se basant sur les travaux d'Hébert et al. (2012) sur « Les usages d'Internet par les personnes souffrant de troubles de santé mentale ». Cependant, certains entretiens révélaient que les pharmaciens considéraient l'utilisation d'Internet comme une « menace », craignant que les informations disponibles ne soient pas toujours fiables. Les auteurs ont également noté que les patients qui utilisaient les réseaux sociaux, les forums ou les sites Internet recherchaient des informations pratiques, ouvrant ensuite la discussion avec le professionnel de santé (48).

Ainsi, selon cette étude, le contexte social et culturel joue un rôle prépondérant dans la relation entre professionnel et patient. Les différences culturelles peuvent donner lieu à des malentendus, et les professionnels peuvent développer des stéréotypes envers les patients issus de groupes culturels différents. Les patients, de leur côté, peuvent rencontrer des difficultés à comprendre les informations médicales en raison de leurs cadres culturels.

Pour garantir des interactions harmonieuses entre les professionnels de santé et les patients, il est crucial d'identifier les facteurs contextuels qui influencent la gestion des relations conflictuelles pendant la dispensation. L'observation souligne l'importance du contexte spatial, temporel, social et psychologique dans lequel ces relations se déroulent.

Ainsi, le cadre physique et temporel de la pharmacie peut jouer un rôle crucial. Par exemple, un aménagement inadéquat de l'espace ou des périodes de forte affluence peuvent favoriser les conflits. Les incivilités entre patients, comme le non-respect de la file d'attente, peuvent également contribuer à des tensions. Le bruit excessif peut en outre altérer l'état émotionnel des individus et contribuer à des conflits potentiels.

La situation du patient peut également influencer la dynamique relationnelle. Les besoins et attentes diffèrent en fonction qu'il s'agit d'une consultation, d'une urgence ou d'une simple demande de renseignements. Les professionnels doivent adapter leur approche en conséquence pour prévenir les conflits. Cette adaptation peut passer par l'apprentissage de ce style de situation en cours de communication ou par plage de

cours dédié à des échanges entre étudiants et professionnels « expérimentés » dans la dispensation.

L'institution, symbolisée par la pharmacie elle-même, établit les normes, les valeurs et les règles qui régissent les interactions entre les professionnels de santé et les patients. Le respect de la confidentialité des données de santé et l'ordre d'arrivée dans la file d'attente sont des exemples de règles interactionnelles importantes. Le non-respect ou l'interprétation différente de ces normes peut entraîner des conflits. Il est donc envisageable qu'une structure comme une pharmacie établisse un règlement pouvant être affiché à la vue de tous afin que patient comme professionnel en ait connaissance.

Ces éléments, qu'ils soient liés à la dispensation en officine ou aux facteurs influençant la gestion des relations conflictuelles, interagissent pour influencer les comportements des individus impliqués dans la relation professionnelle-patient. Les professionnels doivent être conscients de ces facteurs et adopter une compréhension sensible du contexte dans lequel ils interagissent avec les patients.

5.1.3. Le partage du vécu

Le processus de retour d'expérience offre plusieurs avantages. Tout d'abord, il permet de partager et de libérer émotionnellement des événements perçus comme négatifs et ayant eu un impact défavorable. En exprimant verbalement ces émotions, une ouverture vers une réflexion collective se dessine.

Cette démarche réflexive peut être entreprise immédiatement après l'incident conflictuel, souvent appelé « à chaud ». Cependant, elle peut également se dérouler à distance de l'événement, favorisant ainsi une réflexion plus approfondie puisque les émotions sont moins prégnantes.

Il est toutefois essentiel d'aborder avec précaution la réflexion collective entre collègues, surtout lorsqu'il s'agit de formuler des solutions théoriques. Ceci s'explique par le fait que l'aspect collectif englobe l'ensemble des représentations et des valeurs partagées par les membres d'une équipe. Par exemple, lorsque le cas d'un patient se présentant au comptoir avec un téléphone à l'oreille est évoqué, les professionnels tendent généralement à s'accorder sur le caractère irrespectueux de ce

comportement. Par conséquent, leurs réactions sont souvent similaires, proposant soit au patient d'être servi une fois qu'il aura terminé sa conversation, soit adoptant un comportement détaché envers le patient.

Il ne s'agit pas de remettre en question ces représentations et ces valeurs, car elles jouent un rôle crucial dans la cohésion de l'équipe et la régulation au sein de la pharmacie. L'objectif consiste plutôt à prendre conscience de ces éléments afin d'établir des comportements individuels communs et courtois, prévenant ainsi l'émergence de conflits relationnels. Cette prise de conscience peut être encouragée par le biais de réunions d'équipe animées par un intervenant extérieur, permettant une réflexion approfondie sur ces représentations et valeurs tout en favorisant l'émergence d'une vision alternative partageable au sein de l'équipe qui viendrai renforcer l'apprentissage de la gestion des conflits.

En conclusion, il est impératif de reconnaître et de comprendre les multiples facettes des conflits dans la relation entre les professionnels de la santé et les patients en situation de faible littératie en santé, en particulier dans des milieux sociaux défavorisés. Les sources de conflit sont variées, allant du refus de traitement aux problèmes de compréhension, en passant par la disponibilité du professionnel, l'état émotionnel, les attentes et les besoins du patient, ainsi que les erreurs et les profils comportementaux.

Il est crucial de tenir compte du rôle du contexte, notamment de l'environnement social de la pharmacie, de la situation spécifique à chaque interaction et des normes institutionnelles, dans la dynamique des conflits. Les enjeux identitaires, relationnels et cognitifs jouent également un rôle majeur dans la compréhension des tensions et des interactions conflictuelles.

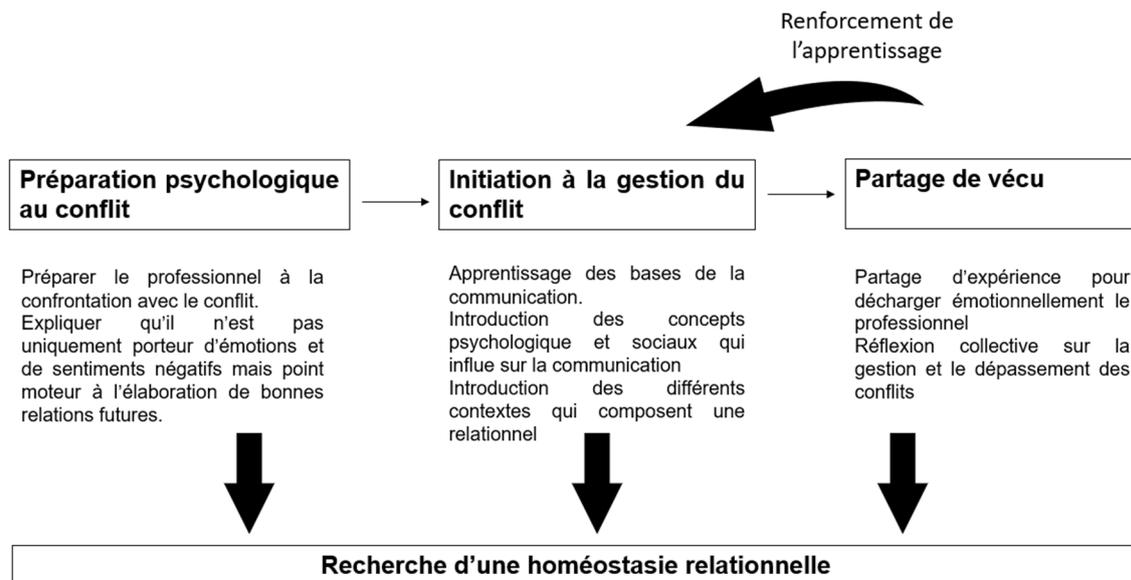


Schéma récapitulatif des propositions théoriques de l'appréhension et de la gestion du conflit en officine

5.2. Limites de l'étude

Une limite de cette étude réside dans le choix de la méthodologie utilisée. Bien que l'observation directe des pratiques en situation réelle ait permis d'obtenir des informations concrètes sur la dispensation des professionnels en lien avec des patients en situation de faible niveau de littératie en santé, il aurait été préférable de compléter cette approche par des entretiens individuels avec chaque professionnel. Cette approche aurait permis de comparer plus précisément les pratiques réelles des professionnels avec leurs intentions déclarées, offrant ainsi une meilleure compréhension des écarts éventuels. De plus, des entretiens individuels auraient également permis de documenter les représentations et les perceptions des professionnels de santé vis-à-vis des patients ayant un faible niveau de littératie en santé, enrichissant ainsi l'analyse de la relation professionnelle-patient.

De plus, une autre restriction majeure de cette étude réside dans le cadre social spécifique dans lequel les observations ont été menées. En effet, l'analyse des différents contextes interpersonnel, organisationnel, politico-légal, culturel et médiatique de l'étude de Thoër et al a démontré leur influence étroite sur la communication entre le pharmacien et le patient (48). Ainsi, les observations se sont

déroulées dans un milieu particulier, suscitant ainsi la nécessité d'envisager l'inclusion de milieux socialement plus favorisés afin d'évaluer l'influence du contexte social sur la pratique des professionnels et d'identifier d'autres sources potentielles de conflit. Une telle approche aurait permis d'explorer les variations potentielles dans les comportements et les attitudes en fonction des contextes socio-économiques, ce qui aurait contribué à une compréhension plus exhaustive des facteurs qui modèlent la dynamique entre les professionnels et les patients. Cette lacune dans la recherche met en lumière l'importance cruciale de prendre en compte la diversité des contextes sociaux pour une analyse holistique de la relation professionnelle-patient.

En outre, l'étude observationnelle s'est concentrée sur les aspects sociaux de l'implantation d'une officine dans un environnement populaire, mais n'a pas pleinement exploré des problématiques telles que le racisme, le sexisme ou le classisme. Certaines observations ont été limitées en raison de préoccupations éthiques liées à la possibilité de nuire ou de stigmatiser certaines populations. Cette prudence a pu restreindre la portée de l'étude et empêcher une exploration approfondie de ces enjeux sociaux complexes.

Enfin, l'angle des patients n'a pas été abordé dans cette étude. L'intégration du point de vue des patients aurait enrichi les résultats en offrant une perspective plus holistique. Cela aurait permis de mieux comprendre les comportements des patients, ainsi que leurs attentes et leurs besoins sociaux et psychologiques, contribuant ainsi à une vision plus complète de la relation entre professionnels de santé et patients.

5.3. Contributions et implications

L'approche adoptée dans cette étude, basée sur l'observation, confère une certaine originalité par rapport aux travaux existants. En examinant les différentes thèses en pharmacie axées sur la communication et la gestion des conflits, il est notable que la plupart privilégient les entretiens semi-directifs et les questionnaires. Cette démarche ne propose pas une perspective entièrement nouvelle, mais elle s'intègre aux travaux existants, ce qui pourrait contribuer à enrichir les données relatives à la gestion des conflits, à la gestion du stress au comptoir et à la genèse des tensions dans le cadre de la dispensation.

Personnellement, cette méthodologie de recherche m'a offert la possibilité de prendre du recul par rapport à ma propre manière de dispenser les traitements aux patients. Elle m'a permis d'analyser les pratiques de mes collègues, qui, en quelque sorte, reflètent ma propre approche. En effet, j'ai acquis mon expérience de dispensation dans cette officine depuis mes années d'études, et certains mécanismes de groupe influencent les pratiques individuelles. L'observation se révèle ainsi un moyen précieux pour développer sa propre pratique et la remettre en question de manière constructive.

Enfin, cette étude a mis en évidence l'écart entre les réglementations législatives qui encadrent la dispensation et la réalité vécue par les professionnels sur le terrain.

6. Conclusion

La méthode de problématisation de Cyril Lemieux nous a permis de souligner le paradoxe suivant : la dispensation est une mission centrale des professionnels officinaux, et pourtant, elle ne se déroule pas toujours de manière satisfaisante, surtout lorsqu'il s'agit de patients présentant un faible niveau de littératie en santé. Ce constat nous a incités à approfondir cette question.

Notre recherche s'est articulée en deux parties distinctes. Dans un premier temps, nous avons exploré la littérature pour comprendre le concept de littératie en santé et son lien avec les inégalités sociales de santé. Toutefois, nous avons rapidement constaté une lacune dans les travaux existants : ces derniers se concentraient principalement sur la communication, laissant de côté les conflits relationnels et oubliant le rôle des préparateurs et des étudiants en pharmacie sous la supervision du pharmacien.

La seconde partie de notre recherche s'est matérialisée par une enquête exploratoire sur le terrain, en utilisant l'observation directe comme principal outil. Cette approche nous a permis de décrire finement les conflits survenant dans le cadre quotidien de la pharmacie. La méthode de la « théorisation ancrée » nous a d'abord permis de catégoriser les données du terrain. La théorie psychosociale des interactions individuelles de Marc et Picard nous a ensuite fourni une grille d'analyse des situations conflictuelles.

Dans cette étude, nous avons mis en évidence la possibilité d'observer et de classer différentes sources de conflit. Nous avons identifié que derrière ces sources, deux éléments se révèlent déterminants dans un conflit, à savoir les contextes et les enjeux. Ces deux éléments interagissent de manière complexe pour alimenter les conflits, les rendre plus significatifs et influencer les comportements de résolution ou de contournement de conflit adoptés par les parties prenantes.

Les contextes dans lesquels les conflits émergent jouent un rôle crucial. Ils englobent les circonstances, les antécédents et les dynamiques relationnelles qui entourent le conflit. Comprendre ces contextes est essentiel pour appréhender la nature du conflit et élaborer des stratégies de gestion appropriées. Par exemple, le patient peut être en situation de détresse en raison de sa maladie, ce qui rend la communication encore plus critique. De plus, le contexte peut inclure la relation antérieure entre le pharmacien et le patient, les politiques de la pharmacie et les contraintes de temps.

Les enjeux, eux-mêmes, revêtent une importance cruciale dans le contexte des conflits, et ils se manifestent à travers trois dimensions clés : les enjeux identitaires, relationnels et cognitifs. Ils constituent les intérêts, les objectifs et les valeurs en jeu pour chaque partie engagée dans le conflit. Ces enjeux peuvent se matérialiser de manière tangible, comme des ressources limitées ou des gains financiers, ou bien de manière plus abstraite, incluant la recherche de reconnaissance, l'atteinte d'un certain statut social ou encore la satisfaction personnelle.

Face à ces situations conflictuelles, les professionnels officinaux (PO) ont développé une gamme de comportements de résolution ou de contournement de conflit. Ces comportements varient en fonction de la nature des contextes et des enjeux spécifiques, ainsi que des préférences individuelles. Certains adoptent des approches collaboratives visant à trouver des solutions mutuellement bénéfiques, tandis que d'autres optent pour des stratégies de compromis ou d'évitement qui peuvent mener à la résolution, l'atténuation ou dans des cas plus négatifs à de la frustration.

Pour répondre clairement à notre problématique (le paradoxe entre la mission centrale de dispensation auprès de tous types de patients et l'insatisfaction possible auprès de certains publics de patients), notre étude montre que l'insatisfaction liée à la mission de dispensation découle d'une combinaison complexe de facteurs, parmi lesquels figurent les erreurs de communication, les enjeux identitaires et relationnels, ainsi que

les défis cognitifs liés à la compréhension des besoins des patients, en fonction de leurs situations psychologiques et sociales. Autrement dit, la mission de dispensation du pharmacien d'officine telle qu'elle est présentée dans le code de la santé publique ne tient pas compte des attributs psycho-sociaux des acteurs concernés, (professionnels et patients) ainsi que des contextes dans lesquels ils interagissent. Dans les textes officiels, le pharmacien d'officine et le patient sont des entités neutres, standards et abstraites. La mission est un acte technique et les interactions se déroulent sans difficulté. Or le terrain que j'ai exploré auprès de patients en situation de faible niveau de littératie montre que la réalité est bien plus complexe et permet de comprendre l'insatisfaction des professionnels officinaux qui veulent bien remplir leur mission de dispensation sans se sentir complètement préparés pour le faire. Cette insatisfaction met en exergue la nécessité impérieuse de mettre en place une gestion proactive des conflits et d'adopter des pratiques de communication et de résolution des différends plus performantes au sein de la profession officinale.

Nous avons alors suggéré pour la proposition de solution théorique, l'introduction d'une initiation psychologique dès les premières années d'études pour mieux préparer les professionnels à gérer les conflits et à accepter leur potentiel en tant que moteur de changement dans leur pratique. De plus, nous avons souligné l'importance de l'apprentissage des bases de la communication et de ses aspects psychosociaux, ainsi que du partage d'expériences au sein de la pharmacie ou lors de réunions externes pour favoriser un apprentissage continu tout au long de la carrière.

En conclusion, cette thèse a mis en évidence les défis auxquels sont confrontés les professionnels officinaux lorsqu'ils dispensent des médicaments ou des services à des patients présentant un faible niveau de littératie en santé. Cependant, une étude plus approfondie aurait pu inclure des pharmacies issues de milieux plus aisés pour établir des comparaisons contextuelles significatives. De plus, certains sujets sensibles tels que le sexisme et le racisme n'ont pas été explorés pour des raisons éthiques, bien qu'ils méritent une exploration future.

En somme, cette thèse ouvre la porte à un dialogue continu sur des questions fondamentales pour l'amélioration des soins de santé pour tous. Elle nous encourage à réfléchir à des moyens d'améliorer la communication, de résoudre les conflits dans le domaine de la santé, et de mieux se comprendre soi-même.

Bibliographie

1. Lescot L. Une ordonnance visuelle pour éviter les accidents de prise de médicaments. :25-6.
2. Provot L. L'ordonnance visuelle : évaluation d'un outil d'aide à la dispensation pour améliorer la prise en charge à l'officine des personnes ayant un faible niveau de littératie en santé [Internet]. [Grenoble]: Université Grenoble Alpes; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01469797/document>
3. Lemieux C. 2 – Problématiser. In: L'enquête sociologique [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2012 [cité 15 sept 2022]. p. 27-51. (Quadrige). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-enquete-sociologique--9782130608738-p-27.htm>
4. Durkheim E. Le suicide. Paris; 1897.
5. Weber Ma. On y aurait vu l'expression de l'avarice la plus sordide et d'un mode de pensée tout simplement dégradant. In: L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme. 1905^e éd. Gallumards; 2003. p. 30-5.
6. Arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, mentionnées à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 11 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033507633>
7. L'acte de dispensation – Guide de stage de pratique professionnelle en officine [Internet]. [cité 11 déc 2022]. Disponible sur: <https://cpcms.fr/guide-stage/knowledge-base/lacte-de-dispensation/>
8. Personne handicapée ou personne en situation de handicap, y a-t-il une différence? [Internet]. [cité 10 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.ophq.gouv.qc.ca/publications/cyberbulletins-de-loffice/express-o/volume-13-numero-4-ete-2019/mieux-comprendre/personne-handicapee-ou-personne-en-situation-de-handicap-y-a-t-il-une-difference.html>
9. Qu'entend-on réellement par faibles compétences en littératie ? [Internet]. 2016 avr [cité 15 août 2022]. (Les compétences des adultes à la loupe; vol. 2). Report No.: 2. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/education/qu-entend-on-reellement-par-faibles-competences-en-litteratie_5jm0t6qfqptk-fr
10. Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes | Dares [Internet]. [cité 23 août 2022]. Disponible sur: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/enquete-source/programme-pour-levaluation-internationale-des-competences-des-adultes>

11. Une enquête internationale sur les compétences des adultes | Insee [Internet]. [cité 23 août 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/4469143>
12. Rootman I, Gordon-El-Bihbety D, Association canadienne pour la santé mentale. Vision d'une culture de la santé au Canada: rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé: synthèse. Ottawa: Agence de santé publique du Canada; 2008.
13. La littératie en santé. Prescrire. avr 2021;41(450):295.
14. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 25 janv 2012;12(1):80.
15. Ferron C. LA LITTERATIE EN SANTE. 2017;39.
16. Sentell T, Baker KK, Onaka A, et al. Low Health literacy and poor health status in Asian Americans and Pacific islanders in Hawai. J Health Commun. 2011; 16(Suppl 3):S279-94.
17. Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. Genève : Organisation mondiale de la santé (OMS) ; 2008.
18. Zoom santé – Février 2012, numéro 35. 2012;8.
19. Dupuis P. La littératie en santé : comprendre l'incompréhension. Education santé. Mar 2015 ;(309) :8-10.
20. INSPQ [Internet]. [cité 27 août 2022]. Quels sont les facteurs influençant le degré de littératie en santé? Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/en/node/6374>
21. Les inégalités sociales et territoriales de santé [Internet]. [cité 27 août 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante>
22. Provot L. L'ordonnance visuelle: évaluation d'un outil d'aide à la dispensation pour améliorer la prise en charge à l'officine des personnes ayant un faible niveau de littératie en santé. :162.
23. Quesnel É. Étude des émotions dans la relation pharmacien patient : gestion de la colère au comptoir [Internet] [Pharmacie]. Université de Rouen; 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01637842/document>
24. Marc E, Picard D. Chapitre 1 : Nature et formes de la relation. In: Relations et communication interpersonnelle. Dunod; p. 5.
25. Edmond M, Dominique P. Chapitre 2 : Structure du rapport interpersonnel. In Dunod; p. 33.
26. Carlier F. Réussir mon premier plan de communication. s.l. : Vocatis, 2011.

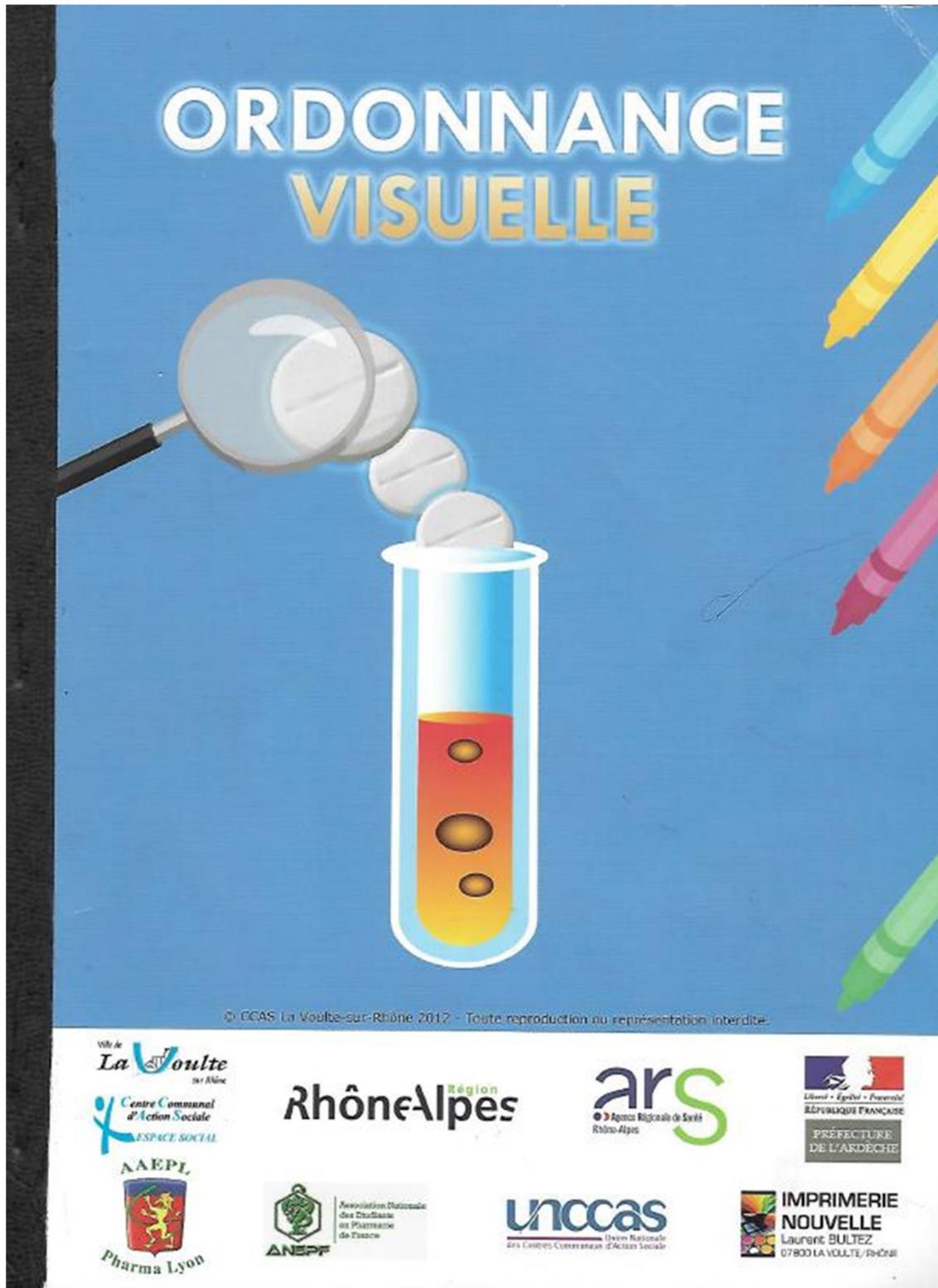
27. Servanne Barre S, Gayard-Carretra AM. La boîte à outils de la publicité. s.l. : Dunod, 2015.
28. Martin M. Communication et management en pharmacie d'officine. 2020;
29. Edmond M, Dominique P. Chapitre 4 : Analyser les communications interpersonnelles. In: Relations et Communications interpersonnelles. Dunod; p. 73.
30. Peretz H. Observation directe : définition et objectif. In: Les méthodes en sociologie : L'observation. La découverte. 2004. p. 12.
31. Peretz H. La rédaction des notes d'observation. In: Les méthodes en sociologie: L'observation. La découverte. Paris; 2004. p. 84.
32. Arborio AM, Fournier P. Collecter les matériaux. In: L'observation directe. Armand Colin; 2021. p. 54-9. (Dunod).
33. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. crs. 27 avr 2011;(23):147-81.
34. Picard D, Marc E. La notion de conflit. In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2012 [cité 27 avr 2023]. p. 7-17. (Que sais-je ?; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-conflits-relationnels--9782130594598-p-7.htm>
35. Picard D, Marc E. Les effets de contexte. In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2012 [cité 2 mai 2023]. p. 82-103. (Que sais-je ?; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-conflits-relationnels--9782130594598-p-82.htm>
36. Bourdieu P. "La Distinction: Critique sociale du jugement. 1979.
37. Définitions : situation - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 14 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/situation/72975>
38. Goffman E. La mise en scène de la vie quotidienne 1. La présentation de soi. 1959.
39. Vibert S. Le pluralisme culturel comme réponse politique au fait de la diversité culturelle ? 2005;
40. Picard D, Marc E. Les enjeux identitaires. In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2012 [cité 30 avr 2023]. p. 18-35. (Que sais-je ?; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-conflits-relationnels--9782130594598-p-18.htm>
41. Picard D, Marc E. Les enjeux relationnels. In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2012 [cité 30 avr 2023]. p. 36-51. (Que sais-je ?; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-conflits-relationnels--9782130594598-p-36.htm>
42. Picard D, Marc E. Les enjeux cognitifs. In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2012 [cité 30 avr 2023]. p. 52-66. (Que sais-je ?; vol. 2e

éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-conflits-relationnels--9782130594598-p-52.htm>

43. Pina L. Représentations sociales et communication. Hermès, La revue. 2005;59 à 64.
44. Benedetto P. Chapitre 11. Les Valeurs. In: Psychologie de la personnalité. 2008. p. 124 à 132.
45. Marc E, Picard D. Les conflits relationnels. 2020. 128 p. (Que sais-je ?).
46. Bruchon-Schweitzer M. LE COPING ET LES STRATÉGIES D'AJUSTEMENT FACE AU STRESS. 2001;16.
47. Rogers (C), a way of being, Boston 1980, Houghton Mifflin compagny, cité par Decety, L'empathie 2004, p 59. In.
48. Vandesrasier A, Thoër C, Lussier MT. Vers une communication efficace en pharmacie : une approche par contextualisation de l'interaction pharmacien-patient. 2016; Disponible sur: <https://journals-openedition-org.docelec.univ-lyon1.fr/communiquer/1933#quotation>
49. CNOP [Internet]. [cité 16 mars 2023]. Vaccination à l'officine (droit commun). Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/pharmacien/mon-exercice-professionnel/les-foires-aux-questions/vaccination-a-l-officine-droit-commun>

Annexes

Annexe n° 1 : L'Ordonnance Visuelle



NOTICE EXPLICATIVE DE L'ORDONNANCIER

Il se veut pratique, fonctionnel, facile d'utilisation, favorise sa compréhension par les patients et maintien au mieux leur autonomie face à leur santé.

L'ordonnancier se compose de trois documents :

- un tableau détachable
- des gommettes de couleur
- des gommettes imagées

Le tableau

Un par personne et nominatif (surtout le **PRENOM**) et permet de visualiser facilement les différents traitements prescrits par le Médecin. C'est un tableau à double entrée avec une colonne verticale appelée « Référence couleur du médicament » ainsi que trois autres colonnes correspondant à la posologie (matin, midi, soir).

A droite de chaque ligne se trouve une grille mensuelle permettant d'indiquer à l'aide d'un surligneur la durée du traitement. Le patient aura simplement à cocher chaque jour sur le surligneur, au bout du trait de couleur le traitement sera terminé.

Dans chaque case, des heures sont indiquées afin de répondre à une posologie correspondant à une prise de médicament toutes les 2, 3 ou 4 heures... Le pharmacien surlignera les heures de prise.

Les gommettes couleurs

Il s'agit de mettre une «gommette» de même couleur sur la boîte de médicament et dans la première case verticale la « Référence couleur du médicament».

Utiliser le même processus par médicament prescrit

Les gommettes imagées

Elles représentent les formes de médicaments: gélules, cachets, spray, etc. Elles sont à coller dans les cases correspondantes aux périodes de la journée avec leur nombre à chaque prise.

Exemple : Mme Dupond Aline :

« sirop AAA » : 2 cuillères matin, midi et soir pendant 10 jours

« cachets B » : 1 comprimé toutes les 4 heures pendant 5 jours

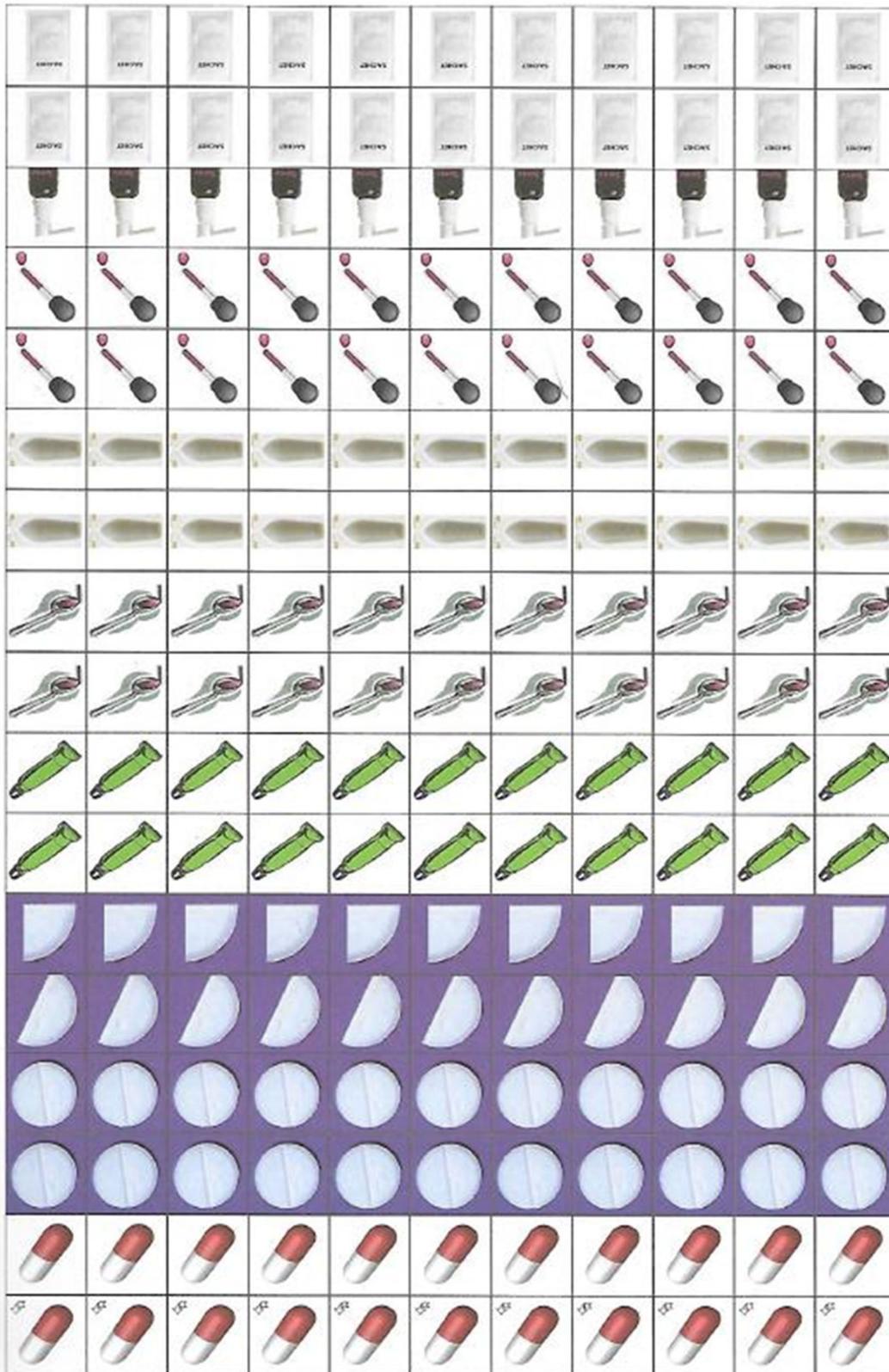
« cachets C » : 1 comprimé matin, et ½ comprimé le soir pendant 3 jours

« collyre A L'OEIL » : 3 gouttes le matin à 8h, 1 à midi et 3 le soir pendant 15 jours.

Prénom :ALINE.....

Référence couleur du médicament	Matin	Midi	Soir																																				
	 7h 8h 9h 10h 11h 12h 	 13h 14h 15h 16h 17h 18h 	 19h 20h 21h 22h 23h 	 (Surligner la durée du traitement) <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
1	2	3	4	5	6	7																																	
8	9	10	11	12	13	14																																	
15	16	17	18	19	20	21																																	
22	23	24	25	26	27	28																																	
29	30	31																																					
	7h 8h 9h 10h 11h 12h 	13h 14h 15h 16h 17h 18h 	19h 20h 21h 22h 23h 	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
1	2	3	4	5	6	7																																	
8	9	10	11	12	13	14																																	
15	16	17	18	19	20	21																																	
22	23	24	25	26	27	28																																	
29	30	31																																					
	7h 8h 9h 10h 11h 12h 		19h 20h 21h 22h 23h 	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
1	2	3	4	5	6	7																																	
8	9	10	11	12	13	14																																	
15	16	17	18	19	20	21																																	
22	23	24	25	26	27	28																																	
29	30	31																																					
	7h 8h 9h 10h 11h 12h 	13h 14h 15h 16h 17h 18h 	19h 20h 21h 22h 23h 	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
1	2	3	4	5	6	7																																	
8	9	10	11	12	13	14																																	
15	16	17	18	19	20	21																																	
22	23	24	25	26	27	28																																	
29	30	31																																					

© CCAS La Voulte-sur-Rhône 2012 - Toute reproduction ou représentation interdite.



Annexe n°2 : Serment de Galien

Serment des Pharmaciens

Au moment d'être reçu

Docteur en Pharmacie,

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

- D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances*
- D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement*
- De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité*
- En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.*
- De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession*
- De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens*
- De coopérer avec les autres professionnels de santé.*

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

Annexe n°3 : Grille « d'approche »

Contextualisation sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Vie de quartier - Quartier défavorisé - Nombreuses agressions, vols et incivilités - Logements sociaux - Catégories socioprofessionnelles modestes - Beaucoup de bénéficiaires de la CMU (indicateur d'un revenu modeste) - Beaucoup de réfugié - Panier moyen modeste (environs 15€) 	
Configuration spatiale	<ul style="list-style-type: none"> - Heures d'ouverture : du lundi au vendredi de 8h30 à 19h30 et samedi de 8h30 à 19h00 - Grand espace de vente (dix comptoirs) ouvert - Pas de files d'attente marquée au sol - Deux espaces de confidentialité - Arrière-boutique = backoffice - Deux comptoirs d'accueil pour remise de médicaments commandé et vente rapide 	
Environnement	<ul style="list-style-type: none"> - Commerces de la vie quotidienne : boulangerie, opticien, banque, poste, garage, supérette, tabac, restauration rapide - Concurrence à 150 mètres, autre pharmacie moins spacieuse - Jour de marché deux fois par semaine sur la place à coté - Parking a proximité, sortie du métro à 20 mètres Nombreux logements 	
Description des postes	Pharmaciens Préparateurs	<ul style="list-style-type: none"> - Description des postes - 6 préparateurs (5 femmes, 1 homme) - Missions : services au comptoir, rayonnage, promotions, accueil, contrôle ordonnance
	Etudiants	<ul style="list-style-type: none"> - 3 étudiants en 3eme années validées (1 femme, 2 hommes)
	Autres	<ul style="list-style-type: none"> - Une secrétaire qui s'occupe de l'administratif - Une magasinière pour la réception et l'envoi des commandes
Les divers services proposés	<ul style="list-style-type: none"> - Dispensation - Conseils - Vente de produits parapharmacie - Vente et location de matériel de maintien à domicile (MAD) - Mesure de tension artérielle et du poids corporel - Vaccination - Test d'orientation directe 	
Particularités	<ul style="list-style-type: none"> - Jours de grande affluence : lundi et mercredi en générale et veille et lendemain de jour férié - Heure de plus grande affluence : 12h30 à 13h30 et de 16h00 à 18h30 - Temps d'attente des patients dans la file d'attente en moyenne : 5 minutes - Temps de passage au comptoir en moyenne : 7 minutes - Nombre d'actes par jour (=nombre de clients) : 394 en moyenne 	
Ressources	<ul style="list-style-type: none"> - Ordinateur équipé d'un logiciel de dispensation - Robot derrière les comptoirs 	

Annexe n°4 : Grille « systématique »



Données fixe de l'environnement	Date et heure	Météo + jour particulier	Données nouvelles caractéristiques de l'environnement
Données générales de la journée	Disposition particulière de la journée	Difficultés particulières de la journée	
Observations	Acteurs et caractéristique des acteurs observés (patient et officinal)	Contenu verbal de l'interaction	Contenu non-verbal de l'interaction
Analyses journalière des observations	Analyse du contenu verbal et non verbal	Analyse de l'interaction dans sa globalité	Comparaison avec d'autres observations
Ressentis de l'enquêteur	Disposition de la journée, état émotionnel, charge de travail, implication dans les observations, efficacité de la prise de note		



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.

CONCLUSIONS GENERALES

THESE SOUTENUE PAR M^{me} BALBLANC Elise

La méthode de problématisation de Cyril Lemieux nous a permis de souligner le paradoxe suivant : la dispensation pharmaceutique est une mission centrale pour les officines, et pourtant, elle ne se déroule pas toujours de manière satisfaisante, surtout lorsqu'il s'agit de patients présentant un faible niveau de littératie en santé. Ce constat nous a incités à approfondir cette question.

Notre recherche s'est articulée en deux parties distinctes. Dans un premier temps, nous avons exploré la littérature pour comprendre le concept de littératie en santé et son lien avec les inégalités sociales de santé. Toutefois, nous avons rapidement constaté une lacune dans les travaux existants : ces derniers se concentraient principalement sur la communication, laissant de côté les conflits relationnels et oubliant le rôle des préparateurs et des étudiants en pharmacie sous la supervision du pharmacien.

La seconde partie de notre recherche s'est matérialisée par une enquête exploratoire sur le terrain, en utilisant l'observation directe comme principal outil. Cette approche nous a permis de décrire finement les conflits survenant dans le cadre quotidien de la pharmacie. La méthode de la « théorisation ancrée » nous a d'abord permis de catégoriser les données du terrain. La théorie psychosociale des interactions individuelles de Marc et Picard nous a ensuite fourni une grille d'analyse des situations conflictuelles.

Dans cette étude, nous avons mis en évidence la possibilité d'observer et de classer différentes sources de conflit. Nous avons identifié que derrière ces sources, deux éléments se révèlent déterminants dans un conflit, à savoir les contextes et les enjeux. Ces deux éléments interagissent de manière complexe pour alimenter les conflits, les rendre plus significatifs et influencer les comportements de résolution ou de contournement de conflit adoptés par les parties prenantes.

Les contextes dans lesquels les conflits émergent jouent un rôle crucial. Ils englobent les circonstances, les antécédents et les dynamiques relationnelles qui entourent le conflit. Comprendre ces contextes est essentiel pour appréhender la nature du conflit et élaborer des stratégies de gestion appropriées. Par exemple, le patient peut être en situation de détresse en raison de sa maladie, ce qui rend la communication encore plus critique. De plus, le contexte peut inclure la relation antérieure entre le pharmacien et le patient, les politiques de la pharmacie et les contraintes de temps.

Les enjeux, eux-mêmes, revêtent une importance cruciale dans le contexte des conflits, et ils se manifestent à travers trois dimensions clés : les enjeux identitaires, relationnels et cognitifs. Ils constituent les intérêts, les objectifs et les valeurs en jeu pour chaque partie engagée dans le conflit. Ces enjeux peuvent se matérialiser de manière tangible, comme des ressources limitées ou des gains financiers, ou bien de manière plus abstraite, incluant la recherche de reconnaissance, l'atteinte d'un certain statut social ou encore la satisfaction personnelle.

Face à ces situations conflictuelles, le personnel officinal (PO) a développé une gamme de comportements de résolution ou de contournement de conflit. Ces comportements varient en fonction de la nature des contextes et des enjeux spécifiques, ainsi que des préférences individuelles. Certains adoptent des approches collaboratives visant à trouver des solutions mutuellement bénéfiques, tandis que d'autres optent pour des stratégies de compromis ou d'évitement qui peuvent mener à la résolution, l'atténuation ou dans des cas plus négatifs à de la frustration.

Selon les conclusions de cette étude, l'insatisfaction liée à la mission de dispensation pharmaceutique découle d'une combinaison complexe de facteurs, parmi lesquels figurent les erreurs de communication, les enjeux identitaires et relationnels, ainsi que les défis cognitifs liés à la compréhension des besoins des patients. Cette insatisfaction met en exergue la nécessité impérieuse de mettre en place une gestion proactive des conflits et d'adopter des pratiques de communication et de résolution des différends plus performantes au sein de l'équipe officinale.

Nous avons alors suggéré pour la proposition de solution théorique, l'introduction d'une initiation psychologique dès les premières années d'études pour mieux préparer les professionnels à gérer les conflits et à accepter leur potentiel en tant que moteur de changement dans leur pratique. De plus, nous avons souligné l'importance de l'apprentissage des bases de la communication et de ses aspects psychosociaux, ainsi que du partage d'expériences au sein de la pharmacie ou lors de réunions externes pour favoriser un apprentissage continu tout au long de la carrière.

En conclusion, cette thèse a mis en évidence les défis auxquels sont confrontés les professionnels de la pharmacie lorsqu'ils dispensent des soins à des patients présentant un faible niveau de littératie en santé. Cependant, une étude plus approfondie aurait pu inclure des pharmacies avec une clientèle éduquée pour établir des comparaisons contextuelles significatives. De plus, certains sujets sensibles tels que le sexisme et le racisme n'ont pas été explorés pour des raisons éthiques, bien qu'ils méritent une exploration future.

En somme, cette thèse ouvre la porte à un dialogue continu sur des questions fondamentales pour l'amélioration des soins de santé pour tous. Elle nous encourage à réfléchir à des moyens d'améliorer la communication, de résoudre les conflits dans le domaine de la santé, et de mieux se comprendre soi-même.

La Présidente de la thèse,
Nom : V. Siranyan

Vu et permis d'imprimer, Lyon, le 23/11/2023
Vu, le Directeur de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques, Faculté de Pharmacie

Signature:



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

Professeur C. DUSSART

P/O Le Directeur et par délégation
Le Directeur adjoint
Lars Petter JORDHEIM



BALBLANC Elise

Dispenser dans une pharmacie de quartier populaire : analyse des relations conflictuelles des officinaux avec des patients en situation de faible niveau de littératie en santé.

Th. D. Pharm., Lyon 1, 2024, 135 p.

RESUME

Cette thèse explore la complexité inhérente à la dispensation pharmaceutique en officine, en se penchant particulièrement sur les défis rencontrés avec des patients présentant un faible niveau de littératie en santé. Structurée en deux volets, la recherche comble une lacune en examinant les conflits relationnels souvent négligés dans la littérature existante.

La première partie analyse la littérature, soulignant la prédominance de la communication et omettant les conflits relationnels ainsi que le rôle sous-estimé des préparateurs et des étudiants en pharmacie supervisés par un pharmacien. La deuxième partie prend la forme d'une enquête de terrain, utilisant l'observation directe et une méthode inspirée de la « théorisation ancrée » pour catégoriser les données.

La théorie psychosociale des interactions individuelles d'E. Marc et D. Picard fournit une grille d'analyse des conflits. Les résultats mettent en lumière la complexité des sources de conflit, où les contextes et les enjeux jouent un rôle déterminant, interagissant pour influencer les comportements des parties prenantes.

Les contextes, englobant circonstances, antécédents et dynamiques relationnelles, jouent un rôle crucial. Comprendre ces contextes est essentiel pour élaborer des stratégies de gestion appropriées.

Les enjeux, reflétant des dimensions identitaires, relationnelles et cognitives, représentent les intérêts en jeu. Les professionnels adoptent divers comportements face aux conflits, adaptés aux contextes et enjeux spécifiques. L'insatisfaction liée à la dispensation pharmaceutique résulte d'une combinaison complexe d'erreurs de communication, d'enjeux identitaires et relationnels, et de défis cognitifs liés à la compréhension des besoins des patients.

MOTS CLES

Littératie en santé

Communication

Relations conflictuelles

JURY

Mme Valérie SIRANYAN, Docteure en Pharmacie et en Droit de la Santé - Professeure des universités

M. Ronald GUILLOUX, Docteur en Science Politique - Maitre de Conférences

Mme Céline PRUNET-SPANO, Docteure en pharmacie - Adjointe en Officine

Mme Aurélie ETAIX, Docteure en pharmacie - Maitresse de conférences

M. Thomas DUREZ, Docteur en pharmacie - Titulaire en officine

DATE DE SOUTENANCE : Mardi 30 janvier 2024