

**MEMOIRE  
POUR LE DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES  
DE PHARMACIE HOSPITALIERE**

**Soutenu publiquement le 14 Septembre 2018  
par Mme MUSY Elodie**

**Conformément aux dispositions du Décret du 10 septembre 1990 tient lieu de  
THESE EN VUE DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

---

Point de vue des professionnels de santé sur les éléments déterminant  
l'absence des pharmaciens des programmes d'Education Thérapeutique du  
Patient au CHU de Lille :  
une recherche qualitative à partir d'entretiens individuels semi-structurés.

---

**Membres du jury :**

**Président :**

Mr le Pr Pascal ODOU, *Professeur des Universités - Praticien Hospitalier, Faculté de Pharmacie  
Université de Lille - CHU de Lille.*

**Directeur de mémoire :**

Mme le Dr Chloé DELANNOY-ROUSSELIERE, *Pharmacien Praticien Hospitalier, CHU de Lille*

**Assesseurs :**

Mme le Dr Sophie LIABEUF, *Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier,  
Université de Picardie Jules Verne - CHU d'Amiens*

Mme le Dr Sandrine MORELL-DUBOIS, *Médecin spécialiste en Médecine Interne, Praticien  
Hospitalier – CHU de Lille.*





Faculté de Pharmacie  
de Lille



3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX

### Université de Lille

Président :	Jean-Christophe CAMART
Premier Vice-président :	Damien CUNY
Vice-présidente Formation :	Lynne FRANJIÉ
Vice-président Recherche :	Lionel MONTAGNE
Vice-président Relations Internationales :	François-Olivier SEYS
Directeur Général des Services :	Pierre-Marie ROBERT
Directrice Générale des Services Adjointe :	Marie-Dominique SAVINA

### Faculté de Pharmacie

Doyen :	Bertrand DÉCAUDIN
Vice-Doyen et Assesseur à la Recherche :	Patricia MELNYK
Assesseur aux Relations Internationales :	Philippe CHAVATTE
Assesseur à la Vie de la Faculté et aux Relations avec le Monde Professionnel :	Thomas MORGENROTH
Assesseur à la Pédagogie :	Benjamin BERTIN
Assesseur à la Scolarité :	Christophe BOCHU
Responsable des Services :	Cyrille PORTA

### Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Pharmacie Galénique
M.	DEPREUX	Patrick	ICPAL
M.	DINE	Thierry	Pharmacie clinique
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire

## Liste des Professeurs des Universités

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BERTHELOT	Pascal	Onco et Neurochimie
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	ICPAL
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Lab. de Médicaments et Molécules
Mme	DEPREZ	Rebecca	Lab. de Médicaments et Molécules
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	FOLIGNE	Benoît	Bactériologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Onco et Neurochimie
M.	MILLET	Régis	ICPAL
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY	Anne Catherine	Législation
Mme	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHÉRAERT	Eric	Législation
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M.	WILLAND	Nicolas	Lab. de Médicaments et Molécules

## Liste des Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie
Mme	GENAY	Stéphanie	Pharmacie Galénique
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie
M.	LANNOY	Damien	Pharmacie Galénique
Mme	ODOU	Marie Françoise	Bactériologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacie Galénique

## Liste des Maîtres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie
M.	ANTHERIEU	Sébastien	Toxicologie
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
Mme	BANTUBUNGI	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M	BELARBI	Karim	Pharmacologie
M.	BERTHET	Jérôme	Physique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Physique
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie
M.	BOSC	Damien	Lab. de Médicaments et Molécules
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie cellulaire
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie
Mme	CHARTON	Julie	Lab. de Médicaments et Molécules
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques
Mme	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
Mme	DUTOUT-AGOURIDAS	Laurence	Onco et Neurochimie
M.	EL BAKALI	Jamal	Onco et Neurochimie
M.	FARCE	Amaury	ICPAL
Mme	FLIPO	Marion	Lab. de Médicaments et Molécules
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
M.	FURMAN	Christophe	ICPAL
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GOOSSENS	Laurence	ICPAL
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques
Mme	HAMOUDI	Chérifa Mounira	Pharmacotechnie industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Onco et Neurochimie
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	LEHMANN	Hélène	Législation
Mme	LELEU-CHAVAIN	Natascha	ICPAL
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique

Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Sciences végétales et fongiques
M.	MORGENROTH	Thomas	Législation
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie
M.	POURCET	Benoît	Biochimie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	RAVEZ	Séverine	Onco et Neurochimie
Mme	RIVIERE	Céline	Pharmacognosie
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Lab. de Médicaments et Molécules
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques
M.	YOUS	Saïd	Onco et Neurochimie
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

### Professeurs Certifiés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

### Professeur Associé - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	DAO PHAN	Hai Pascal	Lab. Médicaments et Molécules
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie Pharmaceutique

### Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacie Clinique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

### AHU

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie

***Faculté des Sciences Pharmaceutiques  
et Biologiques de Lille***

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX  
Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64  
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

**L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises  
dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.**



## Table des matières

Table des matières .....	9
Remerciements .....	11
Table des abréviations .....	13
Liste des figures .....	14
Index des annexes .....	14
I. GENERALITES .....	15
A. Définition et intérêts de l'éducation thérapeutique .....	15
1. L'éducation du patient : un concept historique .....	15
2. Principes de l'ETP .....	15
B. Pluridisciplinarité en ETP : une notion recommandée et réglementée .....	20
1. Structuration de la pluridisciplinarité en éducation thérapeutique .....	20
2. Compétences nécessaires pour dispenser et coordonner l'ETP .....	22
3. Du partage d'information vers la coopération entre professionnels de santé .....	23
C. Rôle du pharmacien en ETP .....	23
1. L'éducation du patient : une mission du pharmacien .....	23
2. Rôle du pharmacien en ETP d'après la littérature .....	24
3. Etat des lieux dans les programmes d'ETP .....	25
D. La recherche qualitative .....	29
1. Concept .....	29
2. Scientificité de la recherche qualitative .....	31
3. Démarche et méthodologie qualitative .....	32
II. INTRODUCTION .....	35
III. METHODOLOGIE .....	37
A. Choix de la méthode .....	37
1. Choix d'une méthode qualitative .....	37
2. Choix de la population et méthode de recrutement .....	37
3. Choix de la technique de recueil de données : les entretiens individuels par la théorisation ancrée .....	38

B.	Modalités pratiques de l'étude .....	39
1.	Organisation des entretiens.....	39
2.	Analyse des verbatims .....	40
3.	Scientificité de la méthode : les critères COREQ.....	40
4.	Présentation des résultats et discussion.....	40
IV.	RESULTATS ET DISCUSSION.....	43
A.	Descriptif de l'étude .....	43
B.	Analyse et discussion des verbatims .....	45
1.	L'éducation thérapeutique : un atout pour la prise en charge des patients difficile à mettre en place .....	45
2.	La pluridisciplinarité en ETP : une nécessité avec ses limites.....	47
3.	Le pharmacien : un acteur méconnu .....	51
4.	Le pharmacien, absent de l'organigramme des services de soins .....	54
5.	Une valeur ajoutée pharmaceutique en demi-teinte.....	56
6.	Evolution de l'ETP et impact pour le pharmacien.....	61
C.	Critique de l'étude .....	62
1.	Des chercheurs novices et autodidactes .....	62
2.	Un temps imparti difficile à gérer .....	62
3.	Hétérogénéité du panel interrogé .....	63
V.	CONCLUSION .....	65
	Annexes .....	67
	Bibliographie .....	81

## Remerciements

### Aux membres du jury

#### **A M. le Professeur Pascal ODOU,**

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse et je vous en remercie. Merci également pour vos précieux conseils dont j'ai pu bénéficier au cours de ce parcours. Veuillez trouver le témoignage de tout mon respect et de ma gratitude.

#### **A Mme le Docteur Sophie LIABEUF,**

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à l'évaluation de ce travail en tant que membre du jury. Veuillez trouver ici toute ma gratitude pour l'attention portée à ce travail.

#### **A Mme le Docteur Sandrine MORELL-DUBOIS,**

Je vous remercie encore vivement d'avoir participé à cette étude et de l'avoir jugé. L'entretien réalisé avec vous a été très enrichissant dans le cadre de ce travail mais également d'un point de vue personnel. Veuillez recevoir tout mon respect et ma gratitude.

#### **A ma directrice de thèse, Mme le Docteur Chloé DELANNOY-ROUSSELIERE,**

Merci de m'avoir accompagnée dans ce projet, d'avoir su m'aiguiller et me réorienter quand il y en a eu la nécessité. J'ai pris plaisir à travailler avec toi, tu es toujours de bons conseils et je suis ravie de pouvoir intégrer l'équipe pharmaceutique du CHU de Lille en te sachant à mes côtés.

### Aux participants de cette étude

Je tiens particulièrement à remercier **M. le Docteur Marc BAYEN** qui n'a pas pu faire partie de ce jury malgré son œil avisé et son expertise dans le domaine de la recherche qualitative depuis la naissance de ce projet jusqu'à son écriture. Merci pour votre temps et votre gentillesse. Ce travail n'aurait pas pu voir le jour sans votre aide si précieuse.

Merci également au **Pr Michel CUNIN** qui a également pris le temps de nous aiguiller à la naissance du projet grâce à son expertise en recherche qualitative.

Je remercie avec grande attention l'Unité Transversale d'Education Thérapeutique du CHU de Lille, la Maison des Usagers ainsi que l'ensemble des participants à cette étude que je regrette de ne pas pouvoir citer pour des soucis d'anonymat.

### Remerciements particuliers

A mes co-internes et mes amis, et plus particulièrement à **Victor, Marine, Marion et Héloïse**, mais également à **Thibault**. Merci pour ces moments de rire qui m'ont aidé à traverser les moments de doutes. Ne m'en voulez pas d'être bien heureuse que nos projets de baraque à frites ou d'élevage de chèvres s'annulent devant nos avenir professionnels pharmaceutiques pleins de découvertes.

A K. Mbappé, A. Griezmann et B. Pavard pour m'avoir fait vibrer durant tout l'été.

**A mes parents et à ma sœur**, merci pour votre soutien. Peu importe la forme qu'il prend je sais que je peux compter dessus.

**A Romain**, merci pour ton soutien et ta compréhension. Tu as enduré les multiples épreuves que je t'imposais au cours de ces dernières années et je t'en serai à jamais reconnaissante. Merci pour ta présence et ton amour.

## Table des abréviations

**ARS** : Agences Régionales de Santé

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**COREQ** : COnsolidated criteria for REporting Qualitative reasearch

**ETP** : Education Thérapeutique du Patient

**IDE** : Infirmier Diplômé d'Etat

**INR** : International Normalized Ratio *ie.* rapport normalisé international

**IQSS** : Indicateur de Qualité et de Sécurité des Soins

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**LFSS** : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

**OMS** : Oragnisation Mondiale de la Santé

**SFPC** : Société Française de Pharmacie Clinique

**SROS** : Schéma Régional d'Organisation des Soins

**UTEP** : Unité Transversale d'Education du Patient

## Liste des figures

<b>FIGURE 1</b> : Les 4 étapes d'un programme d'ETP selon la HAS.....	p.17
<b>FIGURE 2</b> : Proposition de critères d'interdisciplinarité dans le champ de l'ETP selon X. De La Tribonnière et R. Gagnayre (2013) .....	p. 21
<b>FIGURE 3</b> : Lieu d'exercice principal des pharmaciens répondants selon la SFPC (2016) .....	p. 26
<b>FIGURE 4</b> : Répartition nationale des programmes d'ETP selon la SFPC.....	p. 26
<b>FIGURE 5</b> : Bilan des programmes d'ETP d'après le SROS de l'ARS Nord Pas-de-Calais (2011)..	p. 28
<b>FIGURE 6</b> : Thématiques abordées dans les programmes d'ETP du CHU de Lille () .....	p. 28
<b>FIGURE 7</b> : Comparaison des méthodologies qualitatives et quantitatives d'après Van Royen et al. reprise par Aubin-Auger et al. ....	p. 30
<b>FIGURE 8</b> : Caractéristiques des professionnels de santé interrogés .....	p. 44

## Index des annexes

**Annexe 1** : Critères COREQ version française d'après l'Université de recherche pluridisciplinaire, Sport, Santé, Société de l'Université d'Artois, France.

**Annexe 2** : Prototype du guide des entretiens individuels semi-structurés.

**Annexe 3** : Déclaration de l'étude à la Commission nationale de l'informatique et des libertés

**Annexe 4** : Formulaire d'information et de consentement à la participation d'une étude de recherche qualitative avec enregistrement audio des entretiens individuels.

**Annexe 5** : Liste non exhaustive des extraits de verbatims utilisés lors de l'analyse des entretiens via le logiciel Nvivo®

# I. GENERALITES

## A. Définition et intérêts de l'éducation thérapeutique

### 1. L'éducation du patient : un concept historique

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1998<sup>[1]</sup> comme « *visant à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.* »

Il s'agit d'un concept ancien dans le cadre des maladies chroniques. La notion d'apprentissage prend en effet naissance il y a près d'un siècle lors des débuts de l'insulinothérapie pour laquelle il a fallu transmettre aux patients une certaine connaissance de leur traitement associée à une autonomie de prise en charge. Cependant, l'éducation thérapeutique n'était pas structurée avant l'intervention de la Haute Autorité de Santé (HAS) et du cadre réglementaire apparu dès le début des années 2000. Ce n'est que depuis la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » du 21 Juillet 2009<sup>[2]</sup> que la France devient le seul pays à encadrer réglementairement l'ETP qui devient une activité réglementaire inscrite au Code de la Santé publique et prend ainsi officiellement part dans le parcours de soin du malade chronique.

### 2. Principes de l'ETP

#### a) *Un partenariat patient/soignants vers une autonomisation du patient*

Les programmes d'éducation thérapeutique peuvent être proposés pour tout patient souffrant d'une maladie chronique. Dans certains cas, l'éducation thérapeutique peut également être proposée à l'entourage (maladie d'Alzheimer, pathologies psychiatriques,...) lorsque celui-ci est fortement impliqué dans la pathologie du patient. Ces programmes étant validés au préalable par

les Agences Régionales de Santé (ARS), les pathologies concernées sont priorisées en fonction des problématiques de santé publique propres à chaque région.

Le but de l'ETP est de transmettre au patient les connaissances et compétences nécessaires à la gestion de sa maladie en toute autonomie et en adéquation avec son quotidien. L'éducation thérapeutique se base sur une démarche éducative personnalisée répondant aux besoins propres de chaque patient.

Deux dimensions de compétences sont à transmettre d'après le guide méthodologique de la HAS de 2007<sup>[3]</sup> :

- les compétences d'auto-soin : soulager les symptômes, pratiquer l'auto-surveillance et savoir en déchiffrer les résultats, modifier ses habitudes de vie, prévenir les complications, gérer son traitement ;

- les compétences d'adaptation (ou compétences psycho-sociales) qui englobent l'aspect motivationnel et les ressources cognitives et psychosociales du patient permettant ainsi de renforcer les compétences d'auto-soin.

L'acquisition de ces compétences dans un cadre de partenariat de soin entre le patient et l'équipe soignante permet de replacer le patient au centre du système de soin et de le rendre décideur de la gestion de sa maladie en fonction de ses besoins. Ainsi, on peut associer le développement de l'éducation thérapeutique à l'évolution du terme d'« observance thérapeutique ». Ce terme a été défini à la fin des années 1970 par R. Brian Hayes comme étant « *l'importance avec laquelle les comportements du patient coïncident avec les conseils médicaux (respect des règles hygiéno-diététiques, prise médicamenteuse)* ». On y retrouve la notion d'une information médicale descendante qui ne prend pas en compte les objectifs personnels du patient. Suite à cette notion d'observance thérapeutique est apparue la notion d'adhésion (ou adhérence) thérapeutique. Il s'agit d'une appropriation réfléchie de la part du patient sur la prise en charge de sa maladie et de son traitement. Enfin, vient la notion d'alliance thérapeutique qui est alors définie comme un accord commun réalisé entre le patient et l'équipe soignante sur la prise en charge de sa pathologie. Le patient a enfin le choix des propositions thérapeutiques faites par le corps médical et paramédical. L'éducation thérapeutique a pour but d'obtenir une totale alliance thérapeutique entre le patient et son équipe de soins.

## b) Structuration d'un programme d'ETP

Un programme d'éducation thérapeutique est structuré par 4 étapes-clés selon la HAS<sup>[4]</sup>

Figure 1: Les 4 étapes d'un programme d'ETP selon la HAS



### **Etape 1 : le diagnostic éducatif.**

Le diagnostic éducatif, également appelé bilan éducatif partagé, est défini par l'OMS en 1998<sup>[1]</sup> comme un « *recueil systématique, détaillé et itératif d'informations par le soignant concernant la situation bioclinique, éducative, psychologique et sociale du patient. Ces informations doivent servir de base à la constitution d'un programme d'éducation thérapeutique personnalisé* ».

Ainsi cette première étape permet à l'équipe soignante d'identifier les compétences et les ressources du patient ainsi que ses besoins pour construire avec lui un programme d'éducation personnalisé répondant à son profil. Dans cette optique, un diagnostic éducatif n'est pas figé, il est réévalué au cours de l'évolution du patient dans le programme.

Il s'agit d'un entretien individuel réalisé par un soignant et destiné à être partagé à l'ensemble de l'équipe des intervenants du programme d'ETP. Cet entretien aborde les cinq dimensions de la vie d'un patient d'après les définitions de D'Ivernois et Gagnayre en 1995<sup>[5]</sup> :

- La dimension biomédicale permet d'identifier la maladie du patient, son stade, son caractère évolutif, les pathologies associées. Elle peut être résumée par la question « Qu'est-ce que le patient a ? »
- La dimension socio-professionnelle permet de définir le quotidien du patient en identifiant sa profession, ses loisirs, son mode de vie ainsi que son environnement social et familial. Elle peut être résumée par la question « Qu'est-ce que le patient fait ? »
- La dimension cognitive permet d'évaluer ce que le patient sait de sa maladie et de ses traitements ainsi que ces croyances sur ces derniers. Cette dimension permet également d'identifier les conséquences de la maladie du patient sur son quotidien et ses relations sociales. Elle répond à la question « Qu'est-ce que le patient sait ? ».

- La dimension psycho-affective permet d'évaluer à quel niveau d'acceptation de la maladie se place le patient (choc initial, dénégation, révolte, marchandage, dépression, acceptation) ainsi que la réaction du patient face au caractère évolutif de sa maladie (conduite lors de crises, attitude lors d'évolution clinique, ...). Elle correspond à la question « Qu'est-ce que le patient ressent ? »
- Les projets du patient : cette dimension permet d'évaluer les projets à plus ou moins long terme qui pourraient permettre au patient de se projeter et d'obtenir un but motivationnel dans la prise en charge de sa maladie. Elle répond donc à la question « Qu'est-ce qui motive le patient ? ». Les soignants doivent connaître ces projets pour en constituer des leviers à l'implication du patient dans son parcours de soins.

### **Etape 2 : définir un programme personnalisé**

La seconde étape consiste en une discussion entre le patient et l'équipe soignante afin de définir les objectifs à acquérir à partir de la synthèse du diagnostic éducatif. On parle ainsi d'un « contrat d'éducation ».

### **Etape 3 : Mise en œuvre des séances d'ETP**

En fonction du bilan éducatif et du contrat d'éducation, un programme personnalisé est mis en place pour chaque patient. Certains programmes permettent donc au patient, en partenariat avec l'équipe soignante, de choisir à la carte les ateliers qui répondront aux mieux à ses besoins.

### **Etape 4 : Evaluation finale**

A la fin du programme, une évaluation est proposée au patient. Celle-ci a deux objectifs :

- l'évaluation des acquis du patient afin d'identifier les éventuelles compétences et connaissances à approfondir en ajoutant ou réitérant une séance au programme
- l'évaluation du programme en lui-même sur les connaissances transmises au patient dans un but de recherche et d'amélioration du programme.

#### *c) Education thérapeutique versus information médicale*

Il est important de faire la distinction entre l'ETP et l'information médicale et plus précisément l'information pharmaceutique. Cette dernière comporte l'ensemble des renseignements que tout personnel pharmaceutique peut délivrer au patient quelque-soit l'étape de la prise en charge (délivrance au comptoir d'une officine ou d'un guichet de rétrocession ou entretien pharmaceutique lors d'une conciliation de sortie par exemple). L'ETP se distingue de l'information médicale et pharmaceutique par une démarche active du patient permettant de répondre à des

besoins personnalisés et associée à une évaluation des compétences de ce dernier, réalisée lors du bilan éducatif partagé.

Ainsi, plusieurs méta-analyses d'études contrôlées et randomisées<sup>[6-8]</sup> ont montré que la simple information ne suffisait pas à rendre le patient autonome face au quotidien de sa maladie. Ces études comparaient l'efficacité et la tolérance des traitements entre deux groupes de patients : les patients éduqués à être autonomes dans le suivi et la gestion de leur traitement dans une pathologie précise et les patients bénéficiant d'une prise en charge classique qui constituaient le groupe contrôle.

Par exemple, dans la méta-analyse de Heneghan et al.<sup>[6]</sup>, les patients éduqués à l'auto-test de l'INR seul ou associé à l'auto-gestion de son traitement anticoagulant présentaient des INR moyens plus fréquemment et plus longtemps dans la zone cible que chez les patients des groupes contrôles dont le dosage de l'INR et les adaptations posologiques étaient gérés par intervention médicale tierce. On retrouve également dans cette étude un risque diminué d'accident thrombotiques et hémorragiques majeurs chez les patients éduqués. Cela était en partie expliqué par une meilleure adhésion thérapeutique et un suivi biologique plus régulier chez ces patients autonomisés.

Des résultats similaires sont retrouvés chez des asthmatiques où les patients éduqués montrent un taux d'hospitalisation pour exacerbation asthmatique plus faible (7.1% vs 11.4% d'hospitalisations au cours des études)<sup>[7]</sup>. Cette méta-analyse de Gibson et al. montre également que les patients éduqués présentent moins d'arrêts maladie, de crises d'asthme nocturnes et une meilleure qualité de vie.

Enfin, dans le diabète de type II, Norris et al. ont montré que les patients éduqués au contrôle glycémique, aux mesures hygiéno-diététiques ainsi qu'à la prévention des complications du diabète ont une meilleure qualité de vie, un effet bénéfique sur les facteurs de risques cardiovasculaires (poids et bilan lipidique notamment) et un meilleur contrôle glycémique<sup>[8]</sup>.

## B. Pluridisciplinarité en ETP : une notion recommandée et réglementée

### 1. Structuration de la pluridisciplinarité en éducation thérapeutique

D'après les recommandations émises par les instances, la pluridisciplinarité est une notion clé dans le cadre de l'éducation thérapeutique. En effet, dans son guide à destination des professionnels de santé l'HAS décrit l'ETP comme étant « multiprofessionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle ». Cet aspect est d'ailleurs un indicateur de qualité et de sécurité des soins (IQSS) de l'ETP recensé pour les évaluations annuelles et quadri-annuelles des programmes d'après le guide des indicateurs de l'HAS<sup>[9]</sup>. Parmi ces indicateurs IQSS figurent 6 indicateurs du fonctionnement, de la mise en œuvre et de la coordination des programmes dont font partie 2 indicateurs relatifs à la multiprofessionnalité : le nombre d'intervenants directs auprès des patients et leur profession ainsi que le nombre d'intervenants directs spécifiquement formés à l'ETP. Quant à l'ARS Hauts de France, elle rappelle dans ses objectifs d'accessibilité à l'ETP que la pluridisciplinarité est un des principes dans la mise en œuvre d'un programme<sup>[10]</sup>. Ainsi, d'après elle, chaque professionnel de santé impliqué dans le soin de premiers recours, y compris le pharmacien, peut intégrer un programme d'éducation thérapeutique, du recrutement des patients aux séances animées en passant par le bilan éducatif partagé. Elle précise enfin qu'aucune hiérarchie ne doit être mise en place dans cette équipe d'éducateurs soignants.

D'un point de vue réglementaire, le décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique<sup>[11]</sup> précise les modalités de coordination et de mise en œuvre. Il y est mentionné qu'un programme doit être mis en œuvre par a minima deux professionnels de santé de professions différentes. De plus, il y est précisé que la coordination du programme doit être dirigée par un médecin, un autre professionnel de santé ou un représentant d'une association de patient. Cependant, si la coordination n'est pas régie par un médecin, celui-ci doit tout de même figurer dans la liste des intervenants du programme.

D'après l'article D. 1161-1 de ce même décret, l'éducation thérapeutique du patient peut être dispensée par toutes les professions de santé citées aux livres Ier et II et aux titres Ier à VII du livre III du Code de la Santé Publique : les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les pharmaciens, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes et psychomotriciens, les orthophonistes et orthoptistes, ainsi que les manipulateurs de radiologie médicale, les techniciens de laboratoires et enfin les professions d'audioprothésiste,

d'opticien-lunetier, de prothésiste et d'orthésiste et les diététiciens. Ainsi, les professions telles que les assistantes sociales, les aides-soignants ou les auxiliaires de puéricultures ne sont pas concernées par cet article. Cependant, ce dernier précise que l'éducation thérapeutique peut être dispensée avec l'aide et l'intervention d'autres professionnels.

Enfin, une revue de la littérature réalisée par X. De la Tribonnière et R. Gagnayre a permis de proposer des critères d'évaluation de la pluridisciplinarité dans le cadre de l'ETP<sup>[12]</sup>. Dans cette étude le terme de pluridisciplinarité est défini par une « simple juxtaposition » et est remplacé par celui d'interdisciplinarité qui correspond mieux aux attentes de l'ETP d'après les auteurs puisqu'il consiste en une « interaction entre professionnels ». Ainsi, 36 critères répartis en 4 domaines (le projet, sa construction et son déploiement ; la structuration de l'équipe; la communication autour de l'ETP et la formation en ETP) sont proposés afin d'améliorer l'interdisciplinarité des programmes d'éducation thérapeutique.

*Figure 2: Proposition de critères d'interdisciplinarité dans le champ de l'ETP selon X. De La Tribonnière et R. Gagnayre (2013)*

Le projet, sa construction et son déploiement	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implication homogène des médecins et des autres soignants de l'équipe dans le programme</li> <li>Implication des responsables médicaux et paramédicaux dans le programme d'ETP</li> <li>Place définie pour tous les membres de l'équipe dans le programme</li> <li>Connaissance par tous du programme dans l'équipe</li> <li>Co-construction du programme en équipe sur une longue durée</li> <li>Co-construction du programme avec un ou des patients</li> <li>Autoévaluation en équipe et ajustements continuels du programme</li> <li>Existence d'activités éducatives transpathologiques</li> <li>Existence d'une dynamique de recherche en ETP dans le service</li> <li>Facilité d'accès à une/des pièces dévolues aux consultations et/ou aux ateliers d'ETP</li> <li>Reconnaissance institutionnelle du programme d'ETP et dans le pôle ou département</li> <li>Présence d'une unité transversale d'ETP</li> </ul>
Structuration et vie de l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cohésion de l'équipe, respect mutuel, confiance en l'autre</li> <li>Taille de l'équipe réduite</li> <li>Connaissance et culture communes en ETP dans l'équipe</li> <li>Suffisamment de temps pour participer aux activités éducatives</li> <li>Ressources humaines médicales et paramédicales suffisantes</li> <li>Ressources matérielles suffisantes pour la pratique de l'ETP</li> <li>Connaissance mutuelle du rôle de chacun et des représentations des autres sur l'ETP</li> <li>Force et caractère démocratique du leadership pour le programme</li> <li>Absence de conflit interpersonnel important dans l'équipe pouvant gêner la pratique de l'ETP</li> <li>En cas de conflit interpersonnel, possibilité d'expression des tensions</li> <li>Possibilité de suppléance en cas d'absence d'un membre actif dans l'ETP momentanément défaillant</li> <li>Plaisir de travailler ensemble, « bonne ambiance », humour ambiant</li> <li>Autonomie d'action forte parmi les médecins (pression hiérarchique acceptable)</li> <li>Autonomie d'action forte parmi les soignants (pression hiérarchique acceptable)</li> </ul>
Communication autour de l'ETP	<ul style="list-style-type: none"> <li>Communication aisée entre les membres de l'équipe</li> <li>Facilité d'accès aux supports éducatifs et traçabilité des données</li> <li>Réunions régulières d'équipe en ETP pour des échanges autour des cas de patients</li> <li>Existence d'un support informatique pour le dossier éducatif</li> <li>Liens avec l'extérieur (du CH) avec les soignants de ville concernant l'ETP</li> <li>Liens avec l'extérieur (du CH) avec une/des association(s) de patients</li> </ul>
Formation en ETP	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux élevé de formations individuelles en ETP dans l'équipe</li> <li>Existence d'un plan prévisionnel de formation en ETP pour l'équipe</li> <li>Ancienneté de l'expérience en ETP de l'équipe, ou ancienneté du programme</li> <li>Formation d'équipe autour du programme d'ETP</li> </ul>

## 2. Compétences nécessaires pour dispenser et coordonner l'ETP

L'article D. 1161-2 ajouté au Code de la Santé Publique via le décret n° 2013-449 du 31 mai 2013<sup>[13]</sup> mentionne les compétences nécessaires aux professionnels de santé désirant intégrer un programme d'ETP :

Art. R. 1161-2 – Décret du 31 mai 2013 modifiant l'arrêté du 2 août 2010

« Pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient, les personnes mentionnées aux articles D. 1161-1 et R. 1161-3 disposent des compétences suivantes :

« 1° **Des compétences techniques** permettant de favoriser une information utile du patient sur la maladie et le traitement, de fournir les éléments nécessaires au suivi et à l'organisation. Pour la coordination, ces compétences sont adaptées à la conception des dispositifs d'intervention et d'analyse des données ainsi qu'à la stratégie d'animation des équipes ;

« 2° **Des compétences relationnelles et pédagogiques** permettant de développer un partenariat avec les patients. Pour la coordination, ces compétences sont adaptées au développement des apprentissages et aux échanges au sein des équipes et avec les partenaires ;

« 3° **Des compétences organisationnelles** permettant de planifier des actions et de conduire un projet d'éducation thérapeutique du patient. Pour la coordination, ces compétences sont adaptées à la planification et à l'évaluation des actions menées, à l'identification des canaux de communication les plus appropriés. »

Ainsi, d'après le cahier des charges d'un programme d'ETP présenté dans l'arrêté du 14 janvier 2015<sup>[14]</sup>, chaque professionnel de santé intervenant ou coordonnant un programme d'éducation thérapeutique doit justifier de ces compétences en ayant réalisé une formation certifiante de 40 heures dispensée par les organismes de formation. Chaque membre de l'équipe doit pouvoir justifier via certificat du nombre d'heures proposées par la formation suivie ainsi que l'intitulé du programme. Si aucune formation théorique n'a été réalisée par le professionnel de santé, la justification par écrit d'une expérience de plus de deux ans au sein d'un programme d'ETP permet d'autoriser ce dernier à intervenir à titre transitoire sur une période de deux ans. Il semble intéressant de souligner qu'une formation supplémentaire de 40 heures distincte de la formation nécessaire à la dispensation de l'ETP doit être suivie par les professionnels de santé souhaitant intervenir en tant que coordonnateur d'un programme d'ETP. Les coordonnateurs ont donc obligation d'avoir suivi au total 80 heures pour animer et coordonner un programme.

Ce cahier des charges précise enfin que chaque professionnel de santé doit intervenir auprès du patient dans le respect de ses propres compétences : « Chaque intervenant au sein de l'équipe pluriprofessionnelle d'éducation thérapeutique agit dans son champ de compétence et assume ses responsabilités propres vis-à-vis de la personne malade. »

### 3. Du partage d'information vers la coopération entre professionnels de santé

D'après le guide méthodologique de la HAS de 2007<sup>[3]</sup>, l'éducation thérapeutique s'appuie également sur le partage d'informations entre les différents professionnels de santé gravitant autour du patient dans le cadre du parcours de soin que ce soit les intervenants du programme en lui-même afin d'assurer une cohésion et une cohérence sur les besoins du patients et les informations données par chacun des professionnels de santé ; ou les autres professionnels du parcours de soin afin d'assurer un lien et un suivi éducatif global.

Le futur de l'éducation thérapeutique tend à renforcer le lien ville-hôpital et la coopération entre professionnels de santé. En effet, l'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale du 30 Décembre 2017<sup>[15]</sup> permet de faciliter le financement d'expérimentations dérogatoires permettant d'améliorer la prise en charge et le parcours de soins des patients. Ces organisations ont pour but de développer les modes d'exercice coordonnés en structurant les soins ambulatoires. Ainsi, ce dernier texte de loi permet de faciliter le financement de telles opérations dont pourrait faire partie l'éducation thérapeutique. En effet, des aides financières peuvent, d'après ce texte, être apportées par l'Etat pour, par exemple, faciliter de partage d'honoraires et participer aux dispositifs organisant le travail en équipe des professionnels de santé. Cette loi de financement encourage ainsi l'éducation thérapeutique du patient à prôner la pluridisciplinarité et à s'orienter vers le soin ambulatoire.

#### C. Rôle du pharmacien en ETP

##### 1. L'éducation du patient : une mission du pharmacien

Bien avant l'émergence des programmes d'ETP, le pharmacien possédait déjà des missions d'information pharmaceutique telles que citées dans le Code de la Santé Publique (article R5015-2) : « *Il [le pharmacien] doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale* ». Cette notion est également reprise dans l'article R5015-48 qui mentionne que le pharmacien doit associer à sa mission de dispensation de médicament une délivrance d'informations et de conseils nécessaires au bon usage du médicament. Ainsi l'implication du pharmacien dans les programmes d'ETP semble toute tracée mais ce n'est que grâce à la loi HPST de 2009 que cette tâche s'ajoute aux missions du pharmacien, et plus particulièrement au pharmacien d'officine.

Ainsi, l'Ordre National des Pharmaciens décrit 6 axes d'action du pharmacien hospitalier, officinal ou biologiste dans le domaine de l'éducation thérapeutique<sup>[16]</sup> :

- aider à la compréhension de la maladie et des traitements,
- aider à la compréhension des examens de biologie médicale,
- informer et sensibiliser sur le bon usage des médicaments,
- apprendre à utiliser les médicaments nécessitant une technique d'administration particulière,
- aider dans l'apprentissage de l'auto-surveillance de la maladie et des traitements,
- soutenir et accompagner le patient tout au long de sa prise en charge.

## 2. Rôle du pharmacien en ETP d'après la littérature

Les premières réflexions sur le rôle du pharmacien dans le domaine de l'éducation thérapeutique du patient voient le jour dès le début des années 2000 suite à l'officialisation de la définition de l'éducation thérapeutique par l'OMS. Ainsi plusieurs équipes ont décrit les rôles potentiels du pharmacien dans le cadre de l'ETP et deux axes principaux reviennent de manière récurrente que ce soit pour S. Jacquemet et A. Certain<sup>[17]</sup> en 2000 ou pour les équipes du CHU de Grenoble<sup>[18]</sup> en 2008 :

- Le pharmacien est un expert du médicament : Le pharmacien détient effectivement toutes les informations nécessaires au patient pour comprendre et s'approprier le traitement : mécanisme d'action, bénéfices et effets secondaires, modalités d'approvisionnement, manipulation pratique du médicament, bon usage. A partir de ces compétences, il peut élaborer des outils et des documents adaptés à chaque pathologie, voire à chaque type de patient. Baudrant et al.<sup>[18]</sup> précisent que le patient doit comprendre sa pathologie et ses traitements pour adhérer au projet thérapeutique. La dispensation d'informations pharmaceutiques peut dans ce sens améliorer l'alliance thérapeutique via le renforcement de l'adhésion au traitement.

A partir de cette expertise, le pharmacien a également un rôle dans l'optimisation du traitement face aux contraintes du quotidien du patient. Ainsi, le pharmacien peut adapter le plan de prise des médicaments, mettre en place un pilulier, prodiguer des conseils sur la conduite à tenir en cas d'oubli, de départ en vacances, d'horaires de travail irréguliers par exemple. Baudrant et al. renvoient au principe de partenariat entre équipe soignante et patient en parlant de « négociation » entre les contraintes du patient et la prise en charge de la pathologie.

D'après les auteurs, le pharmacien dispose également de connaissances sur la pathologie. Ainsi, la dispensation d'information sur la maladie et la prise en charge médicamenteuse peut constituer une « redite » des informations préalablement dispensées au patient par les autres professionnels de santé. Ce phénomène de répétition contribue au renfort des messages-clés que le patient doit s'approprier pour acquérir cette autonomie recherchée par l'éducation thérapeutique.

- Le pharmacien a une posture d'écoute et d'accompagnement du patient : le pharmacien est un acteur de proximité pour le patient. Ainsi, il a une capacité d'écoute du patient sur son ressenti face à la prise en charge de la pathologie. Le pharmacien peut rapidement détecter les problèmes rencontrés par le patient par rapport à son traitement : inobservance, difficultés de prise, iatrogénie, impact des défauts d'informations diffusées par des tiers (connaissances, médias).

De part cette posture d'écoute et de veille, le pharmacien, tout comme tout autre professionnel de santé en ETP, dispose de deux facettes d'intervention. Baudrant et al. parlent d'éducateur « spécialisé » grâce à ses compétences spécifiques sur le médicament et d'éducateur « générique » grâce aux compétences d'identification des besoins, des ressources et des contraintes du patient, notamment lors de la participation au diagnostic éducatif partagé.

### 3. Etat des lieux dans les programmes d'ETP

#### *a) Au niveau national : une étude de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC)*

Le groupe de travail « Education Thérapeutique du Patient » de la SFPC a réalisé en 2016 un état des lieux des pratiques au niveau national<sup>[19]</sup>. Il s'agissait d'une étude des pratiques en ETP réalisée via un auto-questionnaire destiné aux pharmaciens exerçant une action dans un programme d'ETP. Le questionnaire a été relayé via les partenaires de la SFPC (presse spécialisée, syndicats de pharmaciens, ...).

Ce travail a étudié 228 actions éducatives sur les 396 existantes recensées. Parmi celles-ci, 177 pharmaciens sont impliqués et 31 participent à plusieurs programmes éducatifs. Sur ces 177 pharmaciens impliqués dans ces programmes, 26 % exercent en officine (n=46) et 64,4% en centre hospitalier (56 pharmaciens en CHU, 41 en CH périphériques et 17 en CH spécialisés).

L'action éducative en elle-même a lieu dans 65% des cas dans les établissements de santé, dans 17% des cas en officine, dans 16% des cas dans les structures de réseaux de santé et enfin dans 7% des cas au domicile du patient.

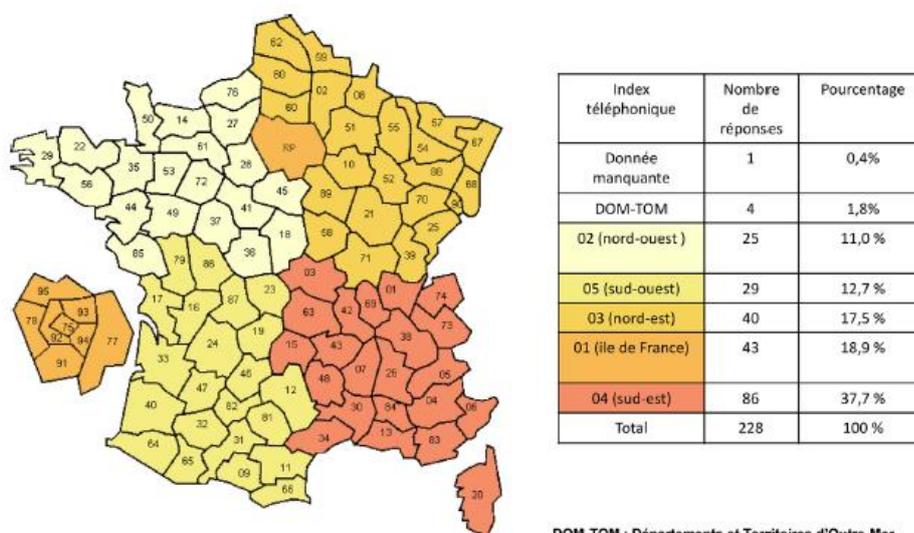
Figure 3: Lieu d'exercice principal des pharmaciens répondants selon la SFPC (2016)

	Répondants inclus	Répondants exclus
CHU	56	12
CH	41	41
Officine	46	82
CHS	17	6
Établissement privé ESPIC	7	0
Réseaux	2	0
Association	2	2
Clinique privée	4	14
Autre (professeur à la faculté, CRLCC)	2	5
Non précisé	0	6
<b>Total</b>	<b>177</b>	<b>168</b>

CHU : centre hospitalier universitaire ; CH : centre hospitalier ; CHS : centre hospitalier spécialisé ; établissements privés PSHP : établissements privés participant au service public hospitalier ; CRLCC : centre régional de lutte contre le cancer.

L'étude met en évidence une disparité de la répartition nationale des programmes d'éducation thérapeutique avec finalement une abondance plus marquée des programmes dans la région sud-est.

Figure 4: Répartition nationale des programmes d'ETP selon la SFPC



Les programmes éducatifs recensés dans cette étude sont dans 89% des cas menés par une équipe pluridisciplinaire. Outre le pharmacien, les autres professionnels intervenant dans ces programmes sont : les infirmiers (75% des programmes), les médecins spécialistes (67% des programmes), les diététiciens (54% des programmes), les psychologues (40% des programmes), les cadres de santé (33% des programmes), les kinésithérapeutes (25% des programmes) et les médecins généralistes (23% des programmes).

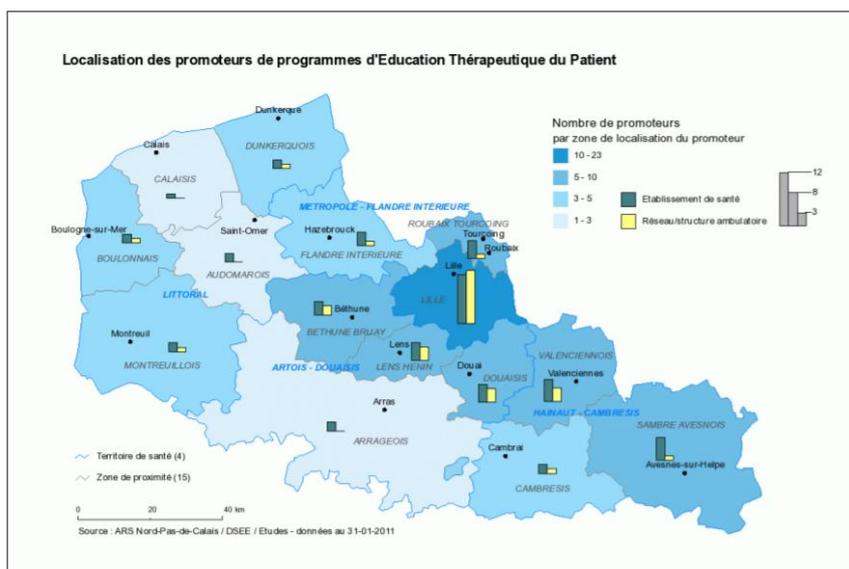
Concernant les 228 actions éducatives étudiées, le pharmacien déclare être à l'initiative de celles-ci dans 38% des cas (87/228) et sa participation porte sur le diagnostic éducatif (54%), la synthèse des objectifs (53%), l'évaluation des compétences acquises par le patient (57%) et la mise en œuvre des séances (86%).

Cependant, le principal biais de cette étude réside dans le fait que le questionnaire ait été administré directement à des pharmaciens, ce qui implique que le taux de participation du pharmacien dans les programmes d'éducation étudiés peut-être surestimé. C'est pourquoi l'équipe de chercheurs de la SFPC nous avertit sur le fait que « *les résultats proposés ne sont pas à considérés comme un état des lieux sur les pratiques pharmaceutiques en ETP [...] Les résultats sont représentatifs des répondants effectifs* ».

#### *b) Au niveau régional : les chiffres de l'ARS Hauts-de-France*

La dernière publication du bilan du Schéma Régional de l'Offre de Soins (SROS) de l'ARS du Nord Pas-de-Calais datant de 2011 nous propose une cartographie des programmes d'ETP autorisés dans la région<sup>[10]</sup>. Ainsi, à cette date, 124 programmes étaient autorisés dans la région dont 47 programmes sur le diabète, 21 programmes sur les maladies respiratoires, 20 sur les maladies cardiovasculaires et enfin 17 sur l'obésité.

Figure 5: Bilan des programmes d'ETP d'après le SROS de l'ARS Nord Pas-de-Calais (2011)

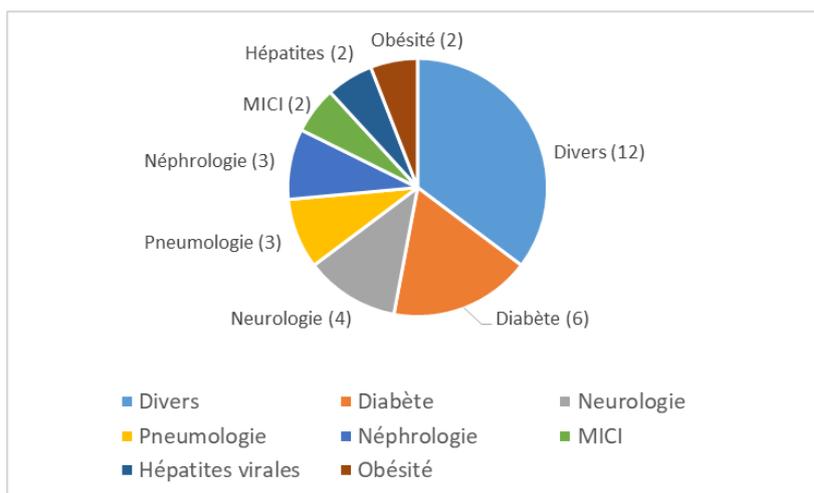


La composition précise des équipes de ces programmes et donc le taux de participation du pharmacien ne sont pas précisément connu de l'ARS Hauts-de-France.

c) *Au CHU de Lille : données de l'Unité Transversale d'Education du Patient (UTEP)*

Au Centre Hospitalier Universitaire de Lille, 34 programmes sont actuellement enregistrés dont la majorité d'entre eux porte sur le diabète (6 sur 34).

Figure 6: Thématiques abordées dans les programmes d'ETP du CHU de Lille <sup>(i)</sup>



<sup>i</sup> Divers : sclérodémie, lupus disséminé, maladie de Fabry, psoriasis et dermatite atopique, chutes, angioedème bradykinique, hémophilie, artérite oblitérante des membres inférieurs, insuffisance cardiaque, psychoses.

MICI = Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin

Sur ces 34 programmes actuellement actifs, seuls 5 (15%) font actuellement intervenir un pharmacien dans la constitution de leurs équipes :

- « Psy'causes et fait »: programme à destination des patients atteints de maladie schizophrène
- « Educreak »: programme à destination du patient porteur d'angiodème bradykinique
- « Edugreffe »: programme à destination des patients ayant bénéficié d'une greffe de rein
- « Laissez pas tomber »: programme d'éducation du patient chuteur ou à risque de chutes
- « Comment vivre au quotidien avec mon psoriasis ou ma dermatite atopique ? »

A noter que lors de l'élaboration de notre projet de recherche, seuls 4 programmes faisaient intervenir un pharmacien, une équipe d'ETP ayant intégré un pharmacien au cours de l'étude.

Un programme du CHU de Lille bénéficie également du pharmacien dans sa conception, notamment dans l'écriture des ateliers ciblant les traitements mais pas dans l'animation de ses séances. Il s'agit du programme « Appréhender et soigner mon hépatite C en milieu carcéral ».

A noter la participation également d'un pharmacien au programme APACHE (Acquisition et PARTage des Compétences sur les HEpatites et leurs traitements) qui a reçu l'autorisation de l'ARS Hauts-de-France mais qui n'est actuellement pas actif ; ainsi qu'un programme sur la gestion de la méthadone en milieu carcéral qui fait également intervenir un pharmacien mais qui deviendra actif au mois de Septembre 2018 car actuellement en cours d'instruction.

## D. La recherche qualitative

### 1. Concept

Les méthodes d'analyse habituellement rencontrées dans la recherche en santé, notamment dans le domaine de la pharmacie, sont des méthodes quantitatives (épidémiologie, analyses statistiques, sciences expérimentales) qui permettent de faire un constat sur une situation étudiée. Cependant, elles ne permettent pas d'expliquer le processus des phénomènes ainsi observés. La recherche qualitative permet quant à elle de comprendre les comportements et les situations en analysant de façon approfondie les mécanismes qui engendrent ces phénomènes.

*« Elle [la recherche qualitative] cherche à comprendre comment les acteurs pensent, parlent et agissent, et elle le fait en rapport avec un contexte ou une situation » - H. Dumez.<sup>[20]</sup>*

Le XIXème siècle voit se développer de nombreuses transformations dans l'organisation sociale de la population de par l'industrialisation et l'urbanisation en plein essor. C'est dans ce

contexte que la recherche qualitative voit le jour avec la réalisation de grandes enquêtes sociales étudiant les problématiques naissantes à cette époque (délinquance, paupérisme ou embourgeoisement, alcoolisme, mœurs, éducation, ...)<sup>[21]</sup>. La recherche qualitative a commencé à se formaliser dans les années 1920 lors d'études de phénomènes humains dans les domaines de l'anthropologie et de la sociologie. Elle s'est ensuite étendue aux études de marketing dans les années 1950 mais ce n'est qu'à partir des années 1990 qu'elle commence à être utilisée dans le domaine de la santé. Cette méthodologie a été particulièrement utilisée en Grande-Bretagne lors d'études portant sur l'organisation des soins, les interactions entre soignants et patients ainsi que dans l'analyse des comportements des professionnels de santé<sup>[22-24]</sup>.

Il s'agit d'une exploration approfondie de la perception des personnes interrogées sur un sujet précis, de leurs croyances et de leurs regards vers une situation qui leur est exposée et dont ils sont généralement acteurs. La recherche qualitative est une approche compréhensive qui répond aux « pourquoi ? » et aux « comment ? » en analysant des données le plus souvent verbales. Ces données sont en effet difficilement exploitables d'un point de vue quantitatif. Les deux types de recherche ne répondent donc pas aux mêmes problématiques mais peuvent être complémentaires : la recherche qualitative est une méthode inductive qui génère des hypothèses à partir d'une observation de terrain tandis que la recherche quantitative explore et corrobore ces hypothèses pour aboutir à une conclusion via une démarche déductive.

Comme le souligne Hervé Dumez<sup>[20]</sup>, l'objectif de la recherche qualitative n'est pas de mettre en évidence des lois universelles mais de tenter de comprendre les phénomènes sociaux qui régissent notre champ d'activité.

*Figure 7 : Comparaison des méthodologies qualitatives et quantitatives d'après Van Royen et al. reprise par Aubin-Auger et al.*

Recherche quantitative	Recherche qualitative
Questions plutôt biomédicales	Plutôt adaptée à l'étude de phénomènes sociaux
Mesure, quantifie des variables	Explore l'existence et la signification de ces phénomènes
Relations causales entre des variables mesurables	Compréhension du contexte Étude des sujets dans leur environnement
Teste des hypothèses	Crée des hypothèses
Déductive	Inductive

## 2. Scientificité de la recherche qualitative

*« Il y a un peu de vrai dans la boutade comme quoi les méthodes quantitatives sont fiables mais non valables et les méthodes qualitatives sont valables mais non fiables ».*

Britten et Fisher, 1993<sup>[25]</sup>

La recherche qualitative a souvent été décriée comme étant « insuffisamment scientifique » du fait de l'aspect interprétatif et a priori subjectif des études utilisant ces méthodes. Ainsi, les travaux de recherche qualitative étaient finalement très peu reconnus par la communauté scientifique. Dès les années 1940, plusieurs chercheurs originaires de Chicago ont entrepris une réflexion sur la formalisation et de validité des méthodes qualitatives voulant ainsi répondre aux critiques qui évoquaient la difficulté de généraliser les résultats obtenus via des données singulières et spécifiques<sup>[21]</sup>. Cependant il a fallu attendre la fin des années 2000 pour assister à la publication de travaux solides portant sur de la prévention secondaire pour que la recherche qualitative soit enfin reconnue comme légitime<sup>[22-24]</sup>.

La robustesse d'une méthode qualitative repose principalement sur la rigueur appliquée au projet et ceci depuis la formulation de la question de recherche jusqu'à l'analyse et la présentation des résultats. Cette rigueur dans la réflexion de la méthodologie permettra de s'assurer que les données recueillies représentent les phénomènes retrouvés dans la population générale.

Les meneurs de projets en recherche qualitative peuvent donc se baser sur une liste de critères à respecter pour s'assurer de la scientificité de leur travail. Il s'agit des critères COREQ (COsolidated criteria for REporting Qualitative research) initialement mis en place sous leur version anglophone par Tong et al.<sup>[26]</sup> puis édités dans la version francophone par l'unité de recherche pluridisciplinaire Sport, Santé et Société pour leurs propres recherches en 2015 [Annexe 1]. Il s'agit de 32 items répartis en 3 domaines qui amènent à la réflexion sur la scientificité du travail mené et permettent d'identifier les limites de l'étude qui sont rarement évitables en recherche qualitative. Trois domaines sont à prendre en compte lors de la conception d'une étude qualitative :

- L'équipe de recherche : caractéristiques des chercheurs, titres académiques, activités, expérience en recherche, liens avec les participants interrogés au cours de l'étude, ...
- La conception de l'étude : choix de la méthode, recrutement des participants, contexte de réalisation des entretiens, méthode de recueil des données, suffisance des données, ...
- Analyse et résultats : codage multiple, choix du logiciel, relecture des résultats par les participants, choix des citations présentées, ...

Le but étant de se baser sur ces critères lors de l'élaboration de la méthodologie et de l'analyse des données: plus l'équipe de recherche tente de respecter les critères COREQ, au mieux le travail sera validé scientifiquement.

### 3. Démarche et méthodologie qualitative

#### *a) Etape 1 et 2 : la problématisation*

La première étape d'un projet de recherche qualitative est, comme dans tout projet, de réaliser un état des lieux de la littérature afin de définir et de comprendre au mieux le sujet abordé.

La seconde étape consiste à définir le champ d'action de notre recherche et la problématique à laquelle on veut répondre, c'est la question de recherche. Pour cela, le chercheur doit entreprendre une réflexion sur le phénomène précis qu'il cherche à comprendre tout en envisageant toutes les dimensions de chacun des termes abordés dans la problématique. On parle de déconstruction/reconstruction de la question de recherche. Il doit également s'affranchir de ses propres préconceptions sur cette problématique afin d'avoir une vision plus globale du problème étudié et ainsi ne pas biaiser le recueil de données. Ainsi, E. Hughes parle d'une « quête de soi et de l'autre » garantissant la validité de la démarche en pensant conjointement l'aspect scientifique et la dimension éthique de la recherche<sup>[21]</sup>.

#### *b) Etape 3 : choisir la technique de recueil de données*

Différentes méthodes coexistent dans le domaine de la recherche qualitative : analyse de discours, phénoménologie interprétative, analyse ethnographique, les méthodes de consensus et la théorisation ancrée. Cette dernière s'intéresse plus particulièrement aux interactions sociales entre les individus.

Il existe différentes techniques de recueil de données en recherche qualitative en fonction des phénomènes étudiés dans le cadre de la théorisation ancrée :

- L'observation de terrain : elle consiste en une observation des comportements dans un contexte naturel pour les sujets étudiés. Le chercheur peut rester simple observateur ou choisir d'intervenir (observation participante) en s'appropriant un rôle dans le groupe de sujets observés.
- Les entretiens individuels ou de groupe : ils permettent de recueillir la vision des sujets interrogés sur un thème défini par l'expression principalement verbale.

Les principales techniques utilisées en recherche qualitative dans le domaine de la santé sont les « focus groups » (ou entretiens collectifs) et les entretiens individuels.

Les focus groups ont l'avantage d'amener une certaine dynamique de groupe de part une interactivité entre les participants. Ils permettent également de récolter de nombreuses idées en peu de séances ce qui permet au chercheur d'atteindre plus rapidement le seuil de saturation. Ils sont cependant plus lourds à organiser face aux contraintes de l'ensemble des participants.

Les entretiens individuels sont plus chronophages car la saturation est plus difficile à obtenir par absence d'effet de groupe. Cependant ils sont plus simple à organiser et permettent d'obtenir des idées plus précises et s'affranchissent de l'effet de censure qui peut exister dans les entretiens collectifs.

Qu'il s'agisse d'entretiens collectifs ou individuels, ceux-ci peuvent être plus ou moins structurés. Un entretien dit « structuré » sera construit à partir d'un guide d'entretien détaillé avec des questions relativement précises sur le thème à aborder tandis qu'un entretien « semi-structuré » laissera plus de place à la parole des interviewés grâce à des questions plus ouvertes ou une simple liste de thèmes à aborder. Ainsi, le guide d'un entretien semi-structuré est moins figé et permet au chercheur de rebondir sur les idées énoncées par l'interviewé tout au long de la discussion. L'élaboration d'un guide d'entretien nécessite au préalable un travail de réflexion sur les différentes notions à aborder afin que la discussion et donc le recueil de données soient les plus exhaustifs possibles.

#### *c) Etape 4 : Analyse des données*

L'analyse de données qualitative constitue en un codage des données verbales recueillies lors des entretiens individuels ou de groupe. Ce codage consiste en l'identification des principales idées faisant surface au décours des entretiens. Celles-ci sont regroupées dans différents thèmes, eux-mêmes réarrangés et classés afin qu'il puisse en ressortir une cartographie d'idées. Ce travail demande au chercheur de s'imprégner des données recueillies en les relisant et en les analysant à répétition afin d'être le plus exhaustif. Une théorie explicative du phénomène étudié peut alors émerger du travail.

Des logiciels dédiés à la recherche qualitative ont été développés afin de faciliter la démarche d'analyse du chercheur devant des données pouvant s'avérer complexes. Ils permettent ainsi d'améliorer la rigueur de l'analyse. L'utilisation d'un logiciel d'analyse de données qualitatives fait d'ailleurs partie de la liste des critères COREQ. Leur utilisation principale est le codage des données qui consiste à approprier une notion aux extraits de verbatims intéressant pour explorer la question de recherche.

#### *d) Un processus cyclique et créatif*

L'hypothèse qui ressort de la théorie à l'issue du travail ne se définit qu'au fur et à mesure du recueil des données et de l'analyse de celles-ci. Ainsi, la méthodologie (échantillon, thèmes du guide d'entretien, technique de recueil de donnée, ...) ainsi que la question de recherche peuvent évoluer en cours de projet. L'approche qualitative diffère donc également de l'approche quantitative dans le sens où la méthodologie d'un travail quantitatif est définie et fixée avant le recueil de données alors qu'un travail qualitatif évolue en permanence en fonction des données recueillies.

Comme le reprend Y. Giordano<sup>[27]</sup>, la recherche qualitative permet au chercheur d'être créatif dans la conception de sa méthodologie ainsi que dans la rédaction de son travail. Contrairement à la recherche quantitative qui attend un plan standardisé, la méthode qualitative permet plus de liberté : « il n'existe actuellement aucun standard possible ni souhaitable. »

## II. INTRODUCTION

Depuis plus de 10 ans, l'Education Thérapeutique du Patient est formalisée et encadrée par un cadre réglementaire en France. La Haute Autorité de Santé publie régulièrement des recommandations méthodologiques à destination des professionnels de santé pour développer cette approche du soin en partenariat avec le patient.

Bien que le concept de pluridisciplinarité soit promu par les autorités de santé et les UTEP, il semble que le binôme médecin/infirmier soit globalement plus fréquemment promoteur et acteur des programmes d'éducation thérapeutique malgré un intérêt grandissant des pharmaciens pour le domaine de l'éducation du patient.

En effet, comme constaté précédemment, sur les 34 programmes d'ETP en cours d'activité au CHU de Lille, seuls 5 font intervenir à proprement parler un pharmacien.

Partant de ce constat, il semblait intéressant de comprendre pourquoi les pharmaciens étaient aussi peu présents dans les programmes d'ETP notamment au CHU de Lille.

Ainsi, l'objectif principal de ce travail est de mettre en évidence via une méthode qualitative la représentation qu'ont les professionnels de santé intervenant en ETP sur le métier de pharmacien au CHU de Lille, afin d'identifier les facteurs limitant l'intégration du pharmacien dans les équipes des programmes d'éducation thérapeutique.

Dans un second temps, il s'agira de relever les axes facilitant cette intégration afin de pouvoir apporter des solutions aux pharmaciens intéressés par cette nouvelle approche du soin et désireux de s'investir dans le domaine de l'éducation thérapeutique.



### III. METHODOLOGIE

#### A. Choix de la méthode

##### 1. Choix d'une méthode qualitative

Notre problématique consistait à comprendre pourquoi les pharmaciens sont si peu présents dans les équipes des programmes d'ETP du CHU de Lille et comment pouvait-on expliquer ce constat.

Il s'agissait donc de comprendre la perception qu'ont les autres professionnels de santé coordonnateurs et/ou intervenants des programmes d'ETP du CHU de Lille, du pharmacien et plus particulièrement de son rôle dans les programmes, nous menant ainsi à comprendre les raisons de cette faible participation pharmaceutique.

Il s'agit là de l'étude d'un phénomène social dans un contexte particulier expliquant la relation entre professionnels de santé, la recherche qualitative est toute indiquée.

##### 2. Choix de la population et méthode de recrutement

La population cible était composée des professionnels de santé impliqués dans les programmes d'ETP validés par l'ARS Hauts-de-France et prenant plus spécifiquement place au sein du CHU de Lille. Il a été préféré dans un premier temps de n'interroger que les professionnels de santé intervenant dans des programmes au sein desquels aucun pharmacien n'intervient.

Il a semblé intéressant de s'orienter principalement vers les coordonnateurs des programmes afin de comprendre pourquoi ces derniers n'avaient pas intégré le pharmacien dans leur équipe lors de la conception du programme. Cependant, les points de vue des autres professionnels de santé intervenant dans un programme mais n'ayant pas de rôle dans sa conception ou sa coordination étaient également les bienvenus. Ainsi le rôle du professionnel dans le programme n'était pas un critère d'exclusion.

Les critères d'inclusion ont été peu restrictifs afin d'obtenir une hétérogénéité source de richesse des échanges :

- Etre professionnel de santé
- Coordonner ou intervenir dans un programme d'ETP validé par l'ARS au CHU de Lille et au sein duquel aucun pharmacien n'intervient
- Avoir consenti à participer aux entretiens
- Avoir consenti à ce que l'entretien soit enregistré vocalement.

Les sujets étaient donc recrutés par méthode « homogène », c'est-à-dire que le recrutement concernait tous les sujets ayant une situation en commun, ici le fait d'intervenir en ETP au CHU de Lille. En effet, ce travail a été présenté en réunion de l'Unité Transversale pour l'Education du Patient en Novembre 2017. C'est ainsi que nous avons pu exposer les grandes lignes du projet et effectuer une première prise de contact avec les intervenants des programmes d'ETP du CHU. Les professionnels intéressés par le projet ont pu nous communiquer leur adresse électronique afin d'être recontactés pour organiser les entretiens dans les semaines à venir. Le projet a également été présenté par courriel à l'ensemble des coordonnateurs des programmes afin d'obtenir un recrutement exhaustif. S'est ensuite appliqué le phénomène de convenance qui nous a contraints à réaliser le recrutement avec les obligations de chacun : logistique, emploi du temps des sujets à interroger, disponibilités des interviewers, temps imparti pour réaliser le travail.

Le nombre de sujets à interroger n'était pas préalablement défini. Celui-ci était déterminé une fois que la suffisance des données était atteinte pour permettre la modélisation du phénomène, c'est-à-dire une fois que les entretiens individuels n'apportaient aucune nouvelle notion en rapport avec notre question de recherche.

### 3. Choix de la technique de recueil de données : les entretiens individuels par la théorisation ancrée

Notre travail portait principalement sur les interactions entre le pharmacien et les autres professionnels de santé, c'est donc la méthode de la théorisation ancrée que nous avons choisi pour analyser ce phénomène.

Dans un premier temps il était question de réaliser des entretiens collectifs afin d'obtenir un maximum d'interactions sociales autour du sujet abordé. Cependant, pour des raisons logistiques et organisationnelles, ces sessions de groupes n'ont pas pu être réalisées et nous nous sommes alors orientés vers les entretiens individuels plus chronophages mais plus simples à organiser.

Ces entretiens étaient semi-dirigés : le guide d'entretien a été construit avec des questions ouvertes à thématique large afin d'obtenir des données les plus exhaustives possible. Afin de réaliser un premier guide d'entretien fiable, il a fallu faire appel aux connaissances et compétences du Dr Marc Bayen, médecin généraliste, chargé de mission Formation au Collège des Enseignants de Médecine Générale du Nord-Pas-de-Calais et notamment enseignant chercheur en recherche qualitative. Ainsi l'entretien pilote a été réalisé par notre confrère et le second en binôme avec moi-même, interne en pharmacie, afin que le prototype du guide d'entretien soit complet et pertinent pour répondre à notre question de recherche [Annexe 2]. Ce prototype était notamment prévu pour aborder dans un premier temps les thèmes généraux de l'ETP et de la pluridisciplinarité. Il leur a notamment été demandé de réfléchir à la composition de l'équipe de leur programme d'ETP. Enfin, la notion du pharmacien était abordée en demandant aux interviewés de réfléchir notamment sur la plus-value du pharmacien, sur son rôle en éducation thérapeutique et sur les freins à l'intégration du pharmacien dans les équipes d'ETP ainsi qu'aux axes d'amélioration qui pouvaient exister selon eux. Des thèmes plus spécifiques ont été abordés au décours de la conversation en fonction des réponses de chacun des intervenants à ces thèmes généraux.

Un guide d'entretien reste un outil malléable au cours d'un projet de recherche qualitative. Ainsi, une première analyse des données apportées par les premières interviews a permis de prévoir d'autres questions plus précises à ajouter au guide d'entretien pour les entretiens suivants en concordance avec le principe de processus cyclique propre à la recherche qualitative.

## B. Modalités pratiques de l'étude

### 1. Organisation des entretiens

Les entretiens étaient prévus sur un créneau d'une heure et se sont déroulés dans les conditions les plus neutres et conviviales possibles en fonction des contraintes logistiques. Ainsi, la plupart des entretiens ont eu lieu dans les locaux de la Maison des Usages du CHU de Lille. Certains ont également eu lieu au sein de la bibliothèque de la pharmacie centrale du CHU et les autres ont dû être réalisés dans les bureaux des sujets interrogés.

Afin de garantir le recueil audio des données, les entretiens étaient enregistrés au moyen de 2 appareils : un dictaphone et l'enregistreur vocal d'un téléphone. Dans le cadre de la protection des données de nos sujets interrogés, une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés a été déposée (n° 2155179, cf. Annexe 3). Les participants étaient informés de cet enregistrement lors de la prise de rendez-vous et un formulaire de consentement à

l'étude ainsi qu'un formulaire de consentement à l'enregistrement audio ont été signés par les participants avant le début de chaque entretien. [Annexe 4].

## 2. Analyse des verbatims

Chaque enregistrement audio était retranscrit et anonymisé avant d'effectuer leur analyse. La retranscription était envoyée à chacun des participants pour correction et/ou ajout de commentaires si nécessaire. Le codage des verbatims a été réalisé via le logiciel Nvivo 12<sup>®</sup> (QSR International, Melbourne, Australie). Ce logiciel a principalement été utilisé pour faciliter la création et la hiérarchisation des notions abordées (appelées « nœuds » dans le logiciel) lors des entretiens afin d'en obtenir une cartographie d'idées structurée. Le principe de triangulation de la méthode a été respecté en réalisant un double codage. En effet, l'analyse des données recueillies a été réalisée par deux chercheurs de manière indépendante : Mme Chloé Delannoy-Rousselière en qualité de directrice de thèse et moi-même. Après avoir chacune réalisé ce travail de codage, les divergences ont été discutées afin de trouver un accord pour représenter au mieux les résultats des notions abordées lors des entretiens.

## 3. Scientificité de la méthode : les critères COREQ

L'ensemble de la conception de ce travail s'est basé sur le respect des critères COREQ. Ce sont ces critères que nous avons tenté de respecter afin de s'assurer du degré de validité scientifique de ce travail [Annexe 1].

## 4. Présentation des résultats et discussion

La recherche qualitative permet d'explorer des phénomènes de par l'analyse de discours des personnes interrogées dans le cadre des entretiens individuels, aucune analyse statistique ne sera donc présentée.

Ainsi, les items et notions ressortant des entretiens seront directement commentées en fonction de l'importance que semblaient leur attribuer les professionnels de santé interrogés. Ceux-ci seront accompagnés d'une citation *in extenso* de verbatims représentant au mieux cette idée afin que le lecteur puisse s'approprier au mieux la notion abordée. Les citations nous ayant permis d'exprimer

les résultats obtenus seront présentées en Annexe 5 sous l'organisation des nœuds obtenus suite au double codage dans le logiciel Nvivo®.

Les citations seront suivies d'une référence afin d'identifier l'entretien auquel elle appartient. Devant l'absence de différence majeure au sein des propos en fonction des professionnels interrogés et dans un souci de respect de l'anonymat, il a été choisi de ne pas préciser la profession des auteurs de chaque citation.

Enfin, il a été préféré de ne pas scinder les résultats de la discussion qui y est associée. En effet, comme le précise G. Borgès Da Silva<sup>[28]</sup>, il est possible en recherche qualitative de regrouper ces deux chapitres afin de faciliter la lecture du travail. Les données issues des verbatims et leur interprétation seront cependant distinctes au sein du paragraphe. Une confrontation aux données de la littérature sera également apportée lorsque celle-ci est possible.



## IV. RESULTATS ET DISCUSSION

### A. Descriptif de l'étude

Quatorze entretiens individuels ont pu être réalisés dans le cadre de cette étude qualitative. Six infirmières dont 3 cadres de santé, 4 médecins (2 médecins internistes, 1 pédiatre et 1 neurologue), 2 psychologues cliniciens, 1 chirurgien-dentiste ainsi qu'1 attaché de recherche clinique ont accepté de participer à ces entretiens. En moyenne, ces professionnels de santé avaient 17,4 (+/- 11) années d'expérience dans leur métier et 5 (+/- 5) années d'expérience dans le domaine de l'éducation thérapeutique du patient.

Douze des 14 professionnels de santé interrogés représentaient ainsi 11 des 34 programmes d'ETP dispensés au CHU de Lille :

- ICARE : Programme d'éducation thérapeutique pour le patient insuffisant cardiaque
- La sclérodermie : ensemble faisons le tour de la question
- Le lupus systémique, bas les masques !
- Education thérapeutique des patients atteints de la maladie de Parkinson
- Psy Causes et Fait (patients schizophrènes)
- Comprendre pour mieux vivre avec son épilepsie
- Education thérapeutique des patients atteints de la maladie d'Alzheimer au stade précoce
- Filigrane : programme destinés aux patients de la maladie de Fabry et à leur entourage
- EDUMICI Pédiatrie (patients pédiatrique et Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin)
- EDUCADENFANT (caries chroniques chez la population pédiatrique)
- Enfance et Néphrologie

De plus, 2 des infirmières interrogées n'exerçaient pas dans un programme en particulier mais avaient une activité de coordination au sein de l'UTEP rattachée au CHU de Lille.

Il semble important de notifier qu'un des participants à l'étude exerçait dans un programme d'éducation thérapeutique qu'un pharmacien du CHU de Lille venait d'intégrer (« Psy Causes et fait »). Il n'a pas semblé nécessaire d'exclure cet entretien de nos données devant des informations recueillies similaires aux autres.

Les rendez-vous ont eu lieu sur la période de mars à avril 2018. La durée moyenne des entretiens était d'environ 34 minutes (+/- 7min), ce qui correspond à un total de plus de 8 heures réalisées sur les 14 entretiens de l'étude. Il aura fallu au total environ 41 heures de retranscription

pour une durée moyenne de 2,9 heures par entretien (+/- 0,63h soit 38min). Il a été estimé à environ 45 minutes par verbatim en moyenne.

*Figure 8: Caractéristiques des professionnels de santé interrogés*

	Années d'expérience professionnelle	Années d'expérience en ETP	Durée de l'entretien (min)
<b>E1</b>	7	1	34,70
<b>E2</b>	5	5 mois	34,45
<b>E3</b>	8	2	19,80
<b>E4</b>	22	1,5	38,80
<b>E5</b>	30	11	25,53
<b>E6</b>	25	6	31,25
<b>E7</b>	15	1	29,00
<b>E8</b>	28	6	38,00
<b>E9</b>	10	5	38,82
<b>E10</b>	13	6	41,17
<b>E11</b>	5	3	41,70
<b>E12</b>	7	1	36,92
<b>E13</b>	35	18	30,58
<b>E14</b>	33	8	47,83

La suffisance des données nécessaire à la modélisation du phénomène étudié a semblé rapidement atteinte après une dizaine d'entretiens. Afin de s'assurer de cette impression, il était prévu de réaliser 2 entretiens supplémentaires pour vérifier l'absence de nouvelle notion. Cependant, il a paru préférable de poursuivre le travail en rencontrant l'ensemble des 14 intervenants ayant initialement répondu au projet. Suite à ces derniers entretiens, il n'a pas été jugé nécessaire d'effectuer une nouvelle démarche de recrutement devant la confirmation de l'atteinte de la suffisance des données.

## B. Analyse et discussion des verbatims

Les entretiens ont dans un premier temps débuté par la représentation que les participants avaient de l'ETP et de la pluridisciplinarité dans ce domaine. Le métier de pharmacien a ensuite été abordé notamment en demandant aux participants d'expliquer leur vision de cette profession et d'exprimer selon leur point de vue les raisons de l'absence du pharmacien dans les programmes d'ETP. Les entretiens se terminaient généralement par l'expression des actions à mettre à place afin de favoriser l'intégration du pharmacien dans les équipes d'éducation thérapeutique.

### 1. L'éducation thérapeutique : un atout pour la prise en charge des patients difficile à mettre en place

Le début de l'entretien démarrait systématiquement avec la vision des professionnels de santé interrogés sur l'éducation thérapeutique du patient. Celle-ci a été décrite comme une valeur ajoutée à la prise en charge du patient : « *On sait très bien en médecine qu'il y a des effets vraiment bénéfiques* » [E2].

Deux axes ressortent sur la place de l'ETP dans le parcours de soins : certains intègrent l'ETP à la prise en charge classique : « *Je ne vois pas pourquoi il y aurait de l'ETP d'un côté, le soin de l'autre côté* » [E8], tandis que d'autres en font une démarche complémentaire dissociée du soin classique : « *C'est une stratégie complémentaire de prise en charge, parallèle au médical* » [E14]. Cette ambivalence semble impacter sur le mode de financement de cette activité : « *l'ETP c'est une activité qui est un peu entre deux, qui n'est pas du soin donc qui n'est pas comptabilisée dans la TAA<sup>(ii)</sup>* » - « *Le patient quand il vient faire une séance d'ETP il n'est pas considéré comme patient, il est considéré comme visiteur donc ça veut dire qu'il a pas accès au parking, au tarif réduit, il n'a pas les transports qui peuvent être pris en charge alors que dans notre pathologie c'est justement des gros freins pour le programme* ». [E1]. Dans ce sens, le temps dédié à l'éducation thérapeutique semble également controversé : « *Parfois j'ai déjà vu sur une astreinte, elles [les IDE] ont fini leur poste et elles restent pour faire un diagnostic [éducatif]. Enfin c'est sur leur temps personnel donc il faut être motivé.* » [E8].

Selon les professionnels de santé interrogés, l'éducation thérapeutique nécessite une certaine attitude éducative : « *ce qui est important pour pouvoir faire de l'ETP c'est de savoir écouter, de savoir formuler, de savoir entendre ce que dit l'autre, d'avoir envie d'en faire* » [E7]. Cette posture

---

<sup>ii</sup> TAA : Tarification A l'Activité : mode de financement des établissements de santé dans lequel la répartition des ressources financières est régie par le type d'activité médicale et son volume.

éducative qui est utile dans le cadre de l'ETP, le devient également lors des actes de routine chez nos professionnels de santé : « *J'ai changé complètement ma façon de consulter grâce à l'éducation thérapeutique* » [E8]. De plus, cette attitude éducative n'est pas restreinte à certaines professions de santé d'après l'analyse des entretiens : « *elle est purement là, la posture éducative, c'est comment je suis avec le patient, ce n'est pas spécifiquement pharmacien* » [E3].

Ainsi, les professionnels de santé interrogés dans ce travail sont conscients de la valeur ajoutée de l'ETP dans la prise en charge du patient. En effet, celle-ci n'est plus à prouver devant les multiples études montrant ces bénéfices en termes d'auto-gestion et d'observance thérapeutique par rapport à l'information médicale classique<sup>[6-8]</sup>. Cependant, sa place dans le système de soin paraît encore discutable : l'ETP fait-elle partie intégrante du soin ou doit-elle être apportée au patient en parallèle de sa prise en charge classique ? Cette place pourrait conditionner les aspects organisationnels et financiers des programmes d'ETP puisque dans notre étude certaines équipes semblent actuellement réaliser une partie de cette activité sur du temps supplémentaire, parfois bénévolement. D'après les recommandations nationales de la HAS<sup>[3]</sup>, l'ETP devrait faire partie intégrante de la prise en charge globale d'un patient malade chronique, notamment si elle est considérée comme « *complémentaire et indissociable des traitements et des soins, du soulagement des symptômes et de la prévention des complications* ». L'ETP intégrée au soin, comme cela peut être le cas dans les parcours de soins, faciliterait dans une certaine mesure le financement et le temps consacrés à cette activité.

L'ETP nécessite également d'adopter une posture éducative, d'écoute et de compréhension, qui n'est pas spécifique d'une profession mais doit être un prérequis pour s'engager dans cette activité. Cette notion rejoint les compétences nécessaires aux professionnels de santé pour dispenser ou coordonner l'ETP selon le guide de la HAS et le décret du 31 mai 2013<sup>[13]</sup> parmi lesquelles sont notamment citées les compétences relationnelles faisant intervenir l'empathie et l'écoute du patient. Cette attitude s'étend également en dehors du cadre de l'ETP et s'avère bénéfique dans la relation qu'a le soignant avec l'ensemble de ses patients.

## 2. La pluridisciplinarité en ETP : une nécessité avec ses limites

### a) *Bénéfices de la pluridisciplinarité en ETP*

Pour les participants à l'étude, la pluridisciplinarité est vue comme une notion indispensable dans le cadre de l'ETP de par son aspect enrichissant : « *J'ai du mal à concevoir le fait de travailler dans une équipe très appauvrie par le manque de diversité professionnelle* » [E10]. En effet, la pluridisciplinarité est définie selon notre panel, par l'apport de professionnels experts dans leur domaine mais complémentaires entre eux : « *Plus on est de personnes qui viennent de spécialités de soin différentes, plus ça va être riche parce que plus on va amener quelque chose de complémentaire au patient* » [E9]. De plus, cet apport d'expertise semble également bénéfique aux autres intervenants du programme d'après quelques-uns d'entre eux : « *Je pense aussi que ça peut être doublement pédagogique, nous donner de l'information et nous donner de nouvelles connaissances aussi aux autres membres de l'équipe* » [E14].

La plupart des personnes interrogées ont rapporté le fait que la pluridisciplinarité permettait de croiser les regards sur le patient : « *On voit quand même les patients sous un autre œil en fonction de la spécialité* » [E8]. On retrouve également chez quelques professionnels de santé, la notion de multiples opportunités laissées aux patients pour comprendre les informations et trouver une écoute attentive: « *Je reste persuadée qu'effectivement croiser différents regards ça permet au patient de toujours trouver une oreille ou comprendre mieux qu'ailleurs* » [E1].

Ainsi, la pluridisciplinarité semble être une réelle valeur ajoutée à l'éducation thérapeutique d'après les professionnels de santé interrogés dans cette étude. Elle permet d'enrichir le programme par des compétences spécifiques selon les domaines de chaque professionnel intervenant dans le programme. Cette expertise est « doublement pédagogique » : premièrement pour le patient tout en lui permettant d'y retrouver la même information dispensée de manières différentes, ce qui lui laisse la possibilité de se l'approprier ; mais aussi pour l'équipe du programme qui acquiert ainsi d'autres notions sur la pathologie et sa prise en charge. Cette notion de « double bénéfice » est abordée dans l'analyse de la littérature de X. De la Tribonnière et R. Gagnayre<sup>[12]</sup> ayant travaillé sur la sémantique de l'interpluridisciplinarité dans le champs de l'ETP. D'après les auteurs, on y retrouve :

- des bénéfices pour le patient : gain dans la qualité des soins et la qualité de vie, visualisation de la complexité du patient, meilleure satisfaction globale de la prise en charge.
  - des bénéfices pour le soignant : esprit d'équipe et culture commune, maintien d'une communication entre les différents professionnels et également amélioration du bien-être au travail.
- Les auteurs rapportent également des bénéfices au niveau de la société avec selon eux une meilleure utilisation des ressources et une diminution des coûts de santé.

Rappelons qu'outre l'aspect réglementaire qui définit l'ETP comme étant une activité multiprofessionnelle<sup>[11]</sup>, la pluridisciplinarité constitue un gage de la qualité du programme d'éducation thérapeutique. En effet, les instances telles que l'ARS et la HAS recommandent aux professionnels de santé d'être vigilants sur l'aspect pluridisciplinaire des équipes lors de la conception des programmes<sup>[9,10]</sup>. La HAS a d'ailleurs intégré la pluridisciplinarité des équipes éducatives comme étant un critère de la sécurité des soins et certaines équipes commencent à élaborer des critères d'évaluation de la pluridisciplinarité dans le champ de l'ETP<sup>[12]</sup>.

### *b) Limites à la pluridisciplinarité*

D'autre part, les professionnels de santé nous ont rapporté quelques contraintes à la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire dans un programme d'ETP. Certains y voient une difficulté dans l'organisation, de par le nombre de participants : « *Enfin je ne sais pas si la pluridisciplinarité c'est le nombre d'intervenants qu'on a, mais finalement ça apporte beaucoup de lourdeur dans la coordination du programme.* » [E1]. De plus, certains professionnels de santé interrogés ont rapporté la notion du dépassement de compétences qui pourraient constituer un impact négatif de la pluridisciplinarité sur le patient : « *Quand les patients ont des questions qui touchent à une compétence, la personne qui doit répondre, elle doit répondre en fonction de sa compétence, et pas outrepasser sa compétence. Parce que ça, ça peut être très embêtant ou même stressant pour le patient* » [E9].

Ainsi, malgré une tendance plutôt positive à l'aspect pluridisciplinaire d'une équipe d'ETP, le panel interrogé émet plusieurs limites à cette notion cependant indispensable. Trop d'intervenants pourraient nuire au bon fonctionnement du programme tant sur le point organisationnel que sur le respect des compétences de chacun. En effet, X. De la Tribonnière et R. Gagnayre<sup>[12]</sup> citent plusieurs risques liés à l'interdisciplinarité et les auteurs soulignent la possibilité d'informations contradictoires dispensées au patient de la part de plusieurs professionnels de santé. Ce risque est dû notamment à un manque de coordination et de communication entre les différents intervenants pouvant ainsi avoir un impact négatif sur le patient. De plus, en reprenant une étude de R. Muchielli<sup>[29]</sup>, les auteurs recommandent de constituer une équipe avec 5 à 10 membres pour une organisation optimale. On retrouve également dans cet article d'autres risques éventuels qui n'ont pas été mentionnés par les participants à notre étude : une prise de pouvoir du groupe de professionnels sur le patient, une vulnérabilité du soignant exprimant ses avis au groupe, une perte d'identité professionnelle du soignant qui se fond dans le groupe, un désinvestissement de la part de certains intervenants qui pourraient se reposer sur les autres et enfin la création de conflits internes au groupe. Ainsi, les auteurs proposent des critères d'évaluation de la pluridisciplinarité en ETP et deux d'entre eux

correspondent aux craintes énoncées par notre panel : chaque membre de l'équipe doit avoir une place définie dans la conception du projet et le fait d'avoir une équipe restreinte améliore sa structuration.

Enfin, certains freins à l'intégration d'autres professionnels de santé ont également été rapportés lors des entretiens. Tout d'abord, le manque de disponibilité des professionnels de santé et le manque de financement semble être deux notions associées qui fragilisent l'aspect pluridisciplinaire d'une équipe d'ETP : « *Et étant donné qu'il est quand même très difficile de récupérer les petits deniers de l'ARS sur ce type de programme ça reste à faire à moyens constants* » [E1] - « *il faut trouver quelqu'un qui va être disponible, avoir les accords des services pour qu'il y ait un temps détaché pour intervenir dans tel programme d'ETP* » [E11]. Cette notion de manque de temps dédié à l'éducation thérapeutique ne semble donc pas spécifique d'une profession en particulier mais lorsque le cas du pharmacien était abordé, deux idées apparaissaient en fonction du lieu d'exercice du pharmacien. D'après notre panel interrogé, le pharmacien hospitalier semble principalement ne pas avoir de temps à consacrer à l'ETP : « *Je ne sais pas quelle est la disponibilité des pharmaciens ici [au CHU] mais...* » [E1] ; tandis que le pharmacien d'officine ne peut pas se permettre d'un point de vue financier et organisationnel de participer à l'ETP : « *Pour un pharmacien d'officine c'est difficile de se libérer du temps et il y a des aspects financiers qui font que -* » [E10]. De plus, il a été rapporté des contraintes organisationnelles et financières pouvant limiter le recours à des intervenants extérieurs : « *c'est hyper compliqué de faire des conventions, c'est impossible de dédommager les gens sur des déplacements. [...] Et ça n'encourage pas à aller chercher des personnes en plus* » [E1]

Cependant, il semble intéressant de noter que lorsqu'il était demandé ce que le pharmacien pourrait apporter à une équipe d'ETP la plupart des participants ont abordé la notion de gain de temps et de « soulagement des équipes ». En effet, d'après notre panel, le pharmacien prenant la main sur les ateliers portant sur les thérapeutiques, libère ainsi les professionnels de santé qui en avaient la charge : « *Mais ce qui pourrait être intéressant c'est que si un pharmacien vient parler du traitement nous on n'a pas besoin d'être présent. Donc en même temps c'est vrai que ça nous libère du temps.* » [E13]. Ce temps libéré peut ainsi être utilisé pour permettre une montée en charge de l'éducation thérapeutique : « *Si on était plus nombreux on pourrait ouvrir et multiplier l'offre.* » [E9].

Enfin, d'après certains professionnels interrogés, la pluridisciplinarité peut être encouragée dans le cadre des formations communes lors des études des futurs professionnels de santé et également lors de la formation spécifique à l'ETP. Le manque de pluridisciplinarité dans nos études est regretté par quelques membres du panel. En effet, celle-ci serait bénéfique et permettrait de

nous initier à travailler en collégialité : « *Je pense que si on était habitué à réfléchir ensemble et à penser ensemble dès l'école [...] peut-être qu'on aurait plus ce réflexe de pluri-professionnalité, de transversalité* » [E2]. La pluridisciplinarité renforcée dans le cadre des formations certifiantes à l'ETP permettrait selon notre panel d'apprendre à connaître l'ensemble des professions et professionnels de santé acteurs dans le domaine de l'ETP : « *Donc le fait aussi en formation de travailler en pluridisciplinarité fait que les gens apprennent à se connaître* » [E14].

Ainsi, les entretiens montrent qu'il semble difficile de respecter cette pluridisciplinarité pourtant recommandée par la HAS et la réglementation face à des contraintes logistiques. Le manque de temps des professionnels de santé étant le premier argument émis par les participants à l'étude, cette notion doit être corrélée au manque de financement et il en ressort qu'un financement plus adapté permettrait de déléguer des temps directement dédiés à cette activité sur les emplois du temps des professionnels. A notre connaissance, il n'y a pas d'étude portant sur les freins et leviers de la mise en place de la pluridisciplinarité dans le cadre de l'ETP. Cependant, dans l'étude de X. De La Tribonnière et R. Gagnayre<sup>[12]</sup>, le temps des professionnels de santé alloué à l'ETP ainsi que la suffisance en ressources humaines constituent 2 des 36 critères de bonnes pratiques de pluridisciplinarité mais cette étude n'émet pas de recommandation pour le respect de ces conditions. Les programmes d'éducation thérapeutique sont actuellement financés via les ARS par le biais d'enveloppes de Missions d'Intérêt Général et de l'Aide à la Contractualisation mais leur financement pourraient être repensé devant le virage ambulatoire envisagé et grâce à l'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de Décembre 2017<sup>[15]</sup> à laquelle peut prétendre l'éducation thérapeutique dispensée en ville.

En tant que membre supplémentaire de l'équipe d'éducation thérapeutique, le pharmacien peut ainsi être une solution en termes de ressources humaines. Cet apport de « main d'œuvre » n'est pas spécifique d'une profession et donc du pharmacien, mais le pharmacien peut prioritairement prendre en charge l'animation des ateliers dédiés aux médicaments et libérer ainsi les autres membres de l'équipe pouvant les amener à intervenir sur d'autres thématiques.

La pluridisciplinarité en éducation thérapeutique peut être renforcée dès la formation des futurs professionnels de santé en ayant, par exemple, des cours ou ateliers communs à différentes filières pour apprendre à travailler ensemble dès les bancs de la faculté. L'éducation thérapeutique n'est que très peu abordée dans le cursus des étudiants en santé mais cela est en train d'évoluer. En effet, la faculté de médecine a ouvert une formation d'une demi-journée pour ses étudiants et tend à organiser en lien avec l'UTEP un séminaire équivalent aux 40 heures de formation obligatoire. La faculté de pharmacie réalise depuis l'année universitaire 2017/2018 des séances de travaux pratiques qui ont pour objectif de valoir à terme les 40 heures de formation certifiante. Cependant,

les deux disciplines travaillent indépendamment sur le sujet. Il serait ainsi opportun de mettre en commun ces formations afin que les étudiants saisissent le concept de pluridisciplinarité en ETP et découvrent la vision de chacun sur le sujet, le patient et sa prise en charge. Enfin, les sessions de formation spécifique à l'ETP se doivent d'être pluriprofessionnelles. Cela permet d'améliorer la connaissance des missions de chaque métiers et d'être éclairé de la valeur ajoutée de chacun tout un permettant de crée un réseau de connaissances multiprofessionnel qui pourrait être utile aussi bien dans la conception d'un programme mais également lors des activités de routine de chacun.

### 3. Le pharmacien : un acteur méconnu

Il a été demandé lors de la plupart des entretiens comment les professionnels de santé imaginaient le métier de pharmacien.

Dans un premier temps, les notions de compétences et de rigueur ont été émises par quelques participants: « *Pour moi il y a un aspect quand même de rigueur, de compétences, de savoir qui est extrêmement, extrêmement important* » [E9]. Le pharmacien est également vu comme un professionnel de santé de premiers recours compétent : « *il y a l'aspect du supposé savoir, de la personne qui sait, qui est presque un médecin au comptoir, accessible.* » [E12]. Ces notions sont à confronter à celle du manque de reconnaissance de ces mêmes compétences - notamment par rapport au médecin - émise par le chirurgien-dentiste ayant accepté de participer à l'étude: « *on avait, entre la profession de pharmacien et de chirurgien-dentiste des idées un peu communes, à se dire que tous les deux on est docteurs, on est dans le médical, mais on n'est pas médecin* ».

Lorsque les missions globales du pharmacien étaient mentionnées, celles-ci semblaient être assez floues pour notre panel : « *ils préparent des médicaments, il y a des préparations, je pense même que pour certains maintenant ils sont même parfois au chevet du patient* » [E2], et la plupart des participants à l'étude avoue ne pas connaître en profondeur les missions d'un pharmacien : « *Je vois un monsieur ou une dame en blouse blanche mais je n'en sais pas plus, ça ne va pas plus loin pour moi* » [E1]. La principale représentation du pharmacien selon les professionnels de santé interrogés est l'image du pharmacien distributeur de médicament régissant la logistique de la pharmacie : « *ils sont dans la pharmacie, dans les cartons, dans les boites de médicaments* » [E13] - « *c'est juste la personne qui va prendre la prescription et aller chercher la petite boite* » [E12].

Les participants à l'étude paraissent cependant conscients de ce manque de connaissance sur le métier et de son impact : « *Quand on ne connaît pas on reste sur une vision parfois stéréotypée, pas suffisamment développée de telle ou telle profession* » [E11], et lorsque qu'il leur était demandé les raisons pour lesquels le pharmacien n'était pas présent dans leur équipe, la plupart d'entre eux

ont mentionné l'idée que l'éducation thérapeutique n'était pas définie comme une des missions du pharmacien selon eux : « *C'était pas un acteur identifié comme pouvoir faire partie d'un programme* » [E6].

De plus, on retrouve dans nos entretiens la notion de « contrôleur » des prescriptions et du circuit du médicament qui revêt un aspect négatif pour certains membres de notre panel : « *Il y a le côté un peu "flicage" du pharmacien sur l'ordonnance, sur le côté administratif, sur le médicament, le générique/pas générique* » [E8] – « *Sinon ils venaient juste vérifier nos pharmacies [dans les services] donc c'était même pas drôle en plus* » [E13].

Enfin, ce manque de connaissance sur le métier de pharmacien peut être amélioré selon les professionnels de santé puisque lorsqu'était abordé la question des axes d'amélioration au constat de la faible participation des pharmaciens en ETP, la plupart d'entre eux ont émis la notion de la communication des missions des pharmaciens. Il s'agit selon eux de communiquer sur les missions globales du pharmacien pour se détacher de l'image du pharmacien restreint à l'activité de dispensation : « *Si on connaissait mieux le rôle du pharmacien, ses missions, on n'aurait peut-être une autre vision qu'à chaque fois de vendeur de médicament* » [E2] ; mais également sur le pharmacien en tant qu'acteur potentiel de l'ETP : « *communication et identification des personnes ressources, montrer que vous êtes formés [...] communiquer sur le fait que vous êtes là et que vous pouvez rentrer dans les équipes avec nous.* » [E10]. Pour la plupart des professionnels ayant émis cette notion, la communication peut se réaliser avec la participation de l'UTEP : « *Contacter l'unité d'éducation thérapeutique du CHR et qu'elle vous mette en relation avec les équipes qui n'ont pas de pharmacien et avec qui ce serait intéressant de travailler* ». [E12] et lors des formations à l'ETP : « *Je pense que le premier axe où ça peut être un peu développé c'est justement sur les formations. Rappeler que ça reste le spécialiste du médicament.* » [E1]. Mais de manière globale, il semblerait que ce soit aux pharmaciens d'être proactifs dans cette démarche : « *Oui c'est à lui de venir dans les équipes et de se faire connaître* » [E4]. D'après le panel interrogé, le pharmacien qui décide de solliciter les équipes d'ETP doit avoir un projet à apporter au programme : « *peut-être qu'il faut que les pharmaciens reviennent vers nous avec des projets un petit peu concret et une pédagogie écrite, avec une animation écrite, choisie, qui pourrait s'insérer dans un programme.* » [E6].

Enfin, il semble intéressant de noter qu'il est plus facile pour un pharmacien d'intégrer un programme en cours de construction qu'un programme installé en routine : « *c'est plus facile de construire avec le pharmacien dès le début que de l'intégrer après dans un programme qui est construit.* » [E13].

Ainsi, bien que le pharmacien soit reconnu comme un professionnel compétent et ayant des connaissances spécifiques, les missions de ce professionnel de santé restent floues d'après le panel interrogé. En effet, le pharmacien semble souffrir d'une image péjorative de la part des autres professionnels de santé qui se représentent la profession de pharmacien comme restreinte à la dispensation et à la logistique du médicament. Peu d'entre eux semblent connaître l'ensemble des missions du pharmacien et plus particulièrement celle du pharmacien hospitalier. Celui-ci est absent de leur cercle de travail puisque, selon eux, cantonné au guichet de son officine où dans les locaux de la pharmacie à usage intérieur.

Ces résultats semblent concorder avec une étude qualitative réalisée par C. Béchet et al. sur la vision des médecins sur les pharmaciens hospitaliers<sup>[30]</sup>. Des entretiens individuels semi-structurés ont été réalisés avec les médecins hospitaliers en Suisse. Les principaux résultats ont montré de la part des généralistes, une reconnaissance des compétences et de la rigueur du pharmacien qui en font un professionnel de confiance. Cependant, comme dans notre travail, on y retrouve une méconnaissance des activités des pharmaciens, principalement chez les jeunes médecins. Cette notion de méconnaissance de la profession est également retrouvée dans plusieurs études au niveau international et concerne aussi bien les pharmaciens hospitaliers qu'officinaux<sup>[31,32]</sup>.

D'après les participants à l'étude de Béchet et al, les activités pharmaceutiques résident également principalement en la gestion des stocks et l'approvisionnement des médicaments. Tout comme dans notre panel, on retrouve dans cette étude la notion de « pharmacien surveillant », contrôlant le travail des médecins. Cependant, cette image de « pharmacien surveillant » semble principalement être appréciée par le panel étudié puisque peu de médecins y associent une notion péjorative contrairement à notre travail.

Enfin, la vision restreinte des professionnels de santé sur les missions du pharmacien leur font omettre celle de l'éducation thérapeutique et constitue ainsi un frein à l'intégration du pharmacien dans les programmes d'ETP puisque celui-ci n'est pas identifié comme pouvant participer à cette activité. D'après l'étude nationale de la SFPC<sup>[19]</sup>, 38% des programmes étudiés sont initiés par un pharmacien. Ainsi, il semblerait qu'une des solutions à l'intégration du pharmacien dans les programmes d'ETP soit que celui-ci soit à l'initiative du programme.

Le principal levier à cette méconnaissance du pharmacien est donc de communiquer sur ses missions mais également sur le fait que le pharmacien est un professionnel de santé souvent oublié mais pouvant intervenir dans une équipe d'ETP. En effet, une première présentation des missions du pharmacien clinicien avait été réalisée par deux pharmaciens lors d'une réunion de suivi de l'UTEF. Celle-ci a notamment permis à l'équipe du programme d'éducation « Psy causes et fait » de réfléchir à l'intégration du pharmacien référent des services de psychiatrie au CHU de Lille. Après prise de contact, ce dernier a notamment participé à l'amélioration du guide d'entretien pour le

diagnostic éducatif du patient. De plus, il sera entrepris de présenter les résultats de cette étude qualitative lors d'une réunion de suivi du Comité de l'UTEP afin d'y proposer un trombinoscope de l'équipe pharmaceutique du processus de pharmacie clinique du CHU de Lille aux coordonnateurs et intervenants des programmes d'ETP.

Les pharmaciens désireux d'intégrer un programme d'éducation thérapeutique doivent cependant être informés que les équipes de soins n'ont majoritairement pas connaissance de la possibilité d'intégrer un pharmacien dans leur programme d'ETP et qu'il semblerait que le pharmacien doive être proactif dans cette démarche en apportant un projet parfois concret aux équipes déjà en place, ou plus facilement, avant la conception du programme. Cette étude sera donc présentée à l'équipe pharmaceutique du CHU de Lille pour leur exposer ces principaux axes.

#### 4. Le pharmacien, absent de l'organigramme des services de soins

Lorsqu'il était demandé aux participants de l'étude quels étaient selon eux les freins à l'intégration du pharmacien dans les programmes d'ETP, la majorité d'entre eux mentionnait ne pas y avoir pensé car les équipes des programmes d'ETP semblent principalement se construire avec des professionnels de santé travaillant préalablement ensemble : « *Quand ma collègue a fait l'écriture du programme elle l'a faite avec l'équipe qu'elle avait sous la main* » [E3]. En effet, le pharmacien n'est pas présent physiquement dans le service et cette particularité géographique est fréquemment soulignée comme étant bloquante par les personnes interviewées : « *C'était un peu compliqué d'intégrer quelqu'un qui n'est pas sur place...* » [E7]. Le fait d'être absent des services de soins éloigne le pharmacien des équipes médicales mais également des patients : « *Il faut que le pharmacien soit plus présent à ce moment-là dans les services, auprès des médecins, et auprès des patients* » [E5]. De plus, outre cette distance physique, les équipes de soins rapportent plus généralement l'absence d'un interlocuteur pharmaceutique : « *C'est vrai que je n'ai pas de référent, pas de nom, si j'avais telle personne pharmacien et prêt à intervenir dans un programme ETP [...] je le contacterai plus facilement.* » [E5]. Plus globalement, cette absence du pharmacien dans l'organigramme paraît habituelle pour les services et serait donc le frein principal à sa participation aux programmes d'ETP selon les professionnels de santé interrogés : « *Les équipes n'ont pas l'habitude de travailler avec les pharmaciens.* » [E14]. Enfin, d'après certains professionnels de santé, l'absence du pharmacien dans les services contribue à sous-estimer son rôle : « *Probablement que si la personne [le pharmacien] était là et qu'on bénéficiait tous les jours de son expertise, ça nous paraîtrait évident qu'il faille un pharmacien* » [E8]. D'après le panel, la présence du pharmacien dans le service contribuerait à faciliter son intégration dans les équipes d'éducation thérapeutique : « *[...] qu'il y ait des pharmaciens dans un service spécifique ça serait carrément plus facile puisqu'il est*

*dans le service, on a un contact direct donc pour organiser quelque chose ce serait nettement plus simple » [E11].*

Ainsi, le pharmacien n'apparaît pas dans le cadre professionnel des principaux intervenants en ETP. Il n'est pas présent dans les services de soins et les soignants n'ont donc pas d'interlocuteur à qui s'adresser. Cette notion semble être le principal frein à l'intégration du pharmacien dans les équipes d'éducation thérapeutique puisqu'elle a été abordée spontanément par la quasi-totalité des participants à cette étude. Elle est en partie liée au fait que le pharmacien n'a pas l'occasion de montrer son expertise et donc sa valeur ajoutée s'il n'intervient pas dans les services. Il semblerait donc plus facile de développer des activités d'éducation thérapeutique avec le pharmacien si celui-ci est un membre à part entière de l'équipe soignante. Avec l'évolution de la pharmacie clinique au cours de ces dernières années, le pharmacien clinicien a d'ores et déjà développé des missions d'information auprès des patients telles que les entretiens pharmaceutiques pour patients sous anticoagulants ou sous dispositifs d'inhalation dans le traitement de l'asthme et de la BPCO ; ou encore lors des entretiens de conciliation de sortie. Il semble alors judicieux que l'activité d'éducation thérapeutique découle des missions du pharmacien clinicien et que ce dernier soit localisé au niveau des services de soin pour faciliter les interactions avec l'équipe soignante, ce qui lui permettrait d'améliorer son activité globale de pharmacie clinique et notamment de développer son activité dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique.

En effet, plusieurs études rapportent que plus les interactions entre médecins et pharmaciens sont relativement peu fréquentes<sup>[30,33]</sup> alors que d'autres montrent que plus les professionnels de santé interagissent ensemble, plus leur relation est basée sur la confiance et améliore la collaboration interprofessionnelle<sup>[31,34]</sup>. Il est donc recommandé aux pharmaciens d'établir une présence constante dans les services de soin afin de « créer des opportunités de communication, de développer des relations et de s'intégrer dans les équipes de soins »<sup>[30]</sup>.

Cependant, l'étude de C. Béchet et al.<sup>[30]</sup> remet en question la présence du pharmacien dans les services et plus particulièrement son mode d'intervention. En effet, d'après les médecins interrogés au cours de cette étude, la plupart ont une opinion négative sur la participation du pharmacien lors des tours médicaux. En effet, ceux-ci considèrent cette activité comme interrompant le tour médical, le rendant plus long en diminuant le temps passé avec les patients. Il en ressort également l'idée que le tour médical n'est ni le bon moment ni le bon lieu pour discuter du traitement et que des réunions de discussion sur la prise en charge médicamenteuse sont donc préférées par les médecins interrogés. Il semblerait donc que pour optimiser son activité dans les services de soin, le pharmacien clinicien doit choisir les bonnes modalités d'intervention. Pour cela, une discussion préalable avec les équipes soignantes pour comprendre leurs attentes et leurs préférences semble plus que nécessaire. Ainsi, le pharmacien clinicien ayant pris ses marques dans le service et ayant

gagné la confiance de ses collaborateurs pourra mieux prétendre à participer aux programmes d'éducation thérapeutique.

L'éducation thérapeutique faisant partie intégrante des missions du pharmacien clinicien, il semble opportun de souligner que le développement récent de la pharmacie clinique et donc l'apparition tardive du pharmacien dans les services peuvent être à l'origine du manque de représentativité du pharmacien dans les programmes d'ETP.

## 5. Une valeur ajoutée pharmaceutique en demi-teinte

### a) *Le pharmacien : expert du médicament et acteur polyvalent*

Le pharmacien est considéré comme un expert du médicament par la plupart des participants à l'étude : « *sur le volet de la prise en charge du traitement, c'est déjà quand même intéressant d'avoir un expert là-dedans* » [E14].

Or, malgré cette expertise reconnue par notre panel, il existe un hiatus d'opinions sur la valeur ajoutée du pharmacien dans le cadre de l'ETP. La première école semble reconnaître le fait que le pharmacien dispose de connaissances spécifiques non maîtrisées par les autres membres de l'équipe: « *les avantages c'est sur la fonction de pharmacien, des spécificités que ni l'infirmier ni le médecin qui sont les intervenants habituels des programmes ETP connaissent* » [E10]. Cette expertise permet de répondre aux attentes des patients auxquelles les IDE ne semblent pas savoir répondre hors du cadre habituel : « *le pharmacien est plus à même de répondre aux questions un peu pièges auxquelles les infirmières ne sauraient pas répondre* » [E4]. Cependant, d'autres professionnels de santé considèrent que les informations dispensées au patient par le pharmacien peuvent être dispensées de façon identique par les autres membres de l'équipe : « *A quoi pourrait servir un pharmacien plus qu'une infirmière sur un atelier médicament ?* » [E8]. Ainsi, comme les informations pharmaceutiques sont dispensées par les autres membres de l'équipe soignante, l'intégration du pharmacien dans le programme semble inutile, voire complexifiante : « *les compétences du pharmacien à ce niveau-là [...] elles peuvent être couvertes par un autre professionnel et plutôt que de se compliquer la vie à faire intervenir le professionnel en question ça sera plus simple que ce soit fait par le médecin ou par l'infirmier pour des raisons plus pratiques.* » [E11]. La plupart des programmes représentés dans l'étude sont en activité depuis plusieurs années sans présence pharmaceutique et lorsque la question d'un éventuel besoin pharmaceutique était abordée, il semblerait que cette absence ne se soit pas faite remarquée des équipes déjà en place : « *on n'en voit pas forcément l'intérêt parce que ça se passe bien comme ça* » [E9].

D'après les personnes interrogées, le pharmacien expert permet d'apporter ses compétences pratiques sur les thérapeutiques : « *Quand il y a des gestes d'auto soin, des gestes tout ça, je pense que le pharmacien a sa place* » [E6] ; ainsi que ses connaissances pharmacologiques telles que le mécanisme d'action, les modalités de prises, les interactions médicamenteuses, les conduites à tenir en cas d'oubli et les effets secondaires. Les informations relatives au lien ville-hôpital telles que les modalités de délivrance constituent un atout supplémentaire aux connaissances du pharmacien : « *Il y a tout un aspect de logistique : aller chercher ses médicaments, combien de temps dure l'ordonnance; ça c'est vraiment des précisions qu'auraient le pharmacien et que moi je ne donne pas très clairement.* » [E7]. Ainsi, lorsqu'il a été demandé quel serait le rôle d'un pharmacien dans un programme d'ETP, l'ensemble des participants a mentionné l'animation et/ou la conception des ateliers en rapport avec les thérapeutiques : « *dans l'écriture d'un atelier consacré aux traitements et dans l'animation* » [E6]. Le pharmacien pourrait principalement y créer des outils pour aborder ces thèmes dans lesquels il est spécialisé : « *ça permettrait aussi de faire des documents, des fiches, d'établir des outils que les patients pourraient s'approprier* » [E9].

En lien avec cette expertise pharmaceutique, plusieurs personnes interrogées évoquent le fait que l'impact de ces informations pharmaceutiques peut ainsi être différent sur le patient si ces dernières sont dispensées par un pharmacien expert du médicament plutôt que par d'autres professionnels de santé : « *Je pense que pour les patients, quand vous avez un professionnel de la thématique, le poids de ce qui va être dit n'est absolument pas le même. Ils viennent chercher aussi beaucoup l'expertise* » [E11]. Le patient peut également s'interroger sur des items qu'il n'aurait peut-être pas pensé aborder sans pharmacien dans l'équipe : « *Je pense qu'il [le patient] aurait des questions plus ciblées en sachant qu'il est pharmacien, des questions auxquelles il ne penserait pas forcément. [...] Je pense que toutes ces questions-là elles arriveraient plus facilement vers le pharmacien.* » [E3].

D'après certaines personnes interrogées, l'activité du pharmacien dans un programme d'ETP n'est pas restreinte aux ateliers concernant les traitements des patients. Ainsi, le pharmacien a également une place dans les autres activités liées au programme « *Je pense que le pharmacien il pourrait très bien monter un programme, animer des séances, coordonner, ... Je pense qu'au même titre finalement qu'un autre professionnel de santé.* » [E1]. Cette polyvalence serait principalement due au fait que chaque professionnel de santé exerçant en ETP a reçu la même formation et a donc les mêmes compétences que ses collègues dans le domaine : « *La place elle serait la même qu'un médecin ou qu'un infirmier, c'est un personnel soignant qui est formé à l'ETP et qui a sa personnalité propre* » [E10].

Ainsi, la valeur ajoutée pharmaceutique est finalement bien décrite par l'ensemble de notre panel. Le pharmacien est l'expert du médicament. Il a donc un rôle dans la création et l'animation des ateliers portant sur la thérapeutique pour lesquels il peut également créer des outils pédagogiques. L'impact des informations médicamenteuses pourrait être plus important lorsque celles-ci sont dispensées au patient par le pharmacien en sa qualité de spécialiste du médicament plutôt que par les autres professionnels de santé.

Cependant, cette valeur ajoutée est parfois controversée devant les connaissances pharmaceutiques a priori maîtrisées par les autres professionnels de santé. L'étude de C. Béchet et al.<sup>[30]</sup> montre également une remise en question de la valeur ajoutée pharmaceutique : bien que la plupart des médecins interrogés ont une vision positive du pharmacien hospitalier comme étant un professionnel compétent, certains d'entre eux mentionnent l'idée que les pharmaciens n'ont pas toujours la réponse à leurs questions ce qui les rend donc « moins utiles ».

Cette idée contraste avec les commentaires de certains de nos participants qui mentionnaient la notion de dépassement des compétences comme une limite à la pluridisciplinarité en ETP. De plus, les résultats montrent principalement que les professionnels de santé sont rapidement limités lorsque les patients abordent des thèmes du domaine pharmaceutique plus précis ou qui sortent de leur cadre habituel. Ainsi, il peut sembler intéressant que le pharmacien ait également un rôle à jouer sur la création d'un atelier pharmaceutique non spécifique de la pathologie abordée au sein du programme. En effet, le pharmacien n'est pas expert d'une pathologie mais est expert du médicament de manière générale. Cette expertise peut donc être intéressante pour une prise en charge globale du patient et pour apporter des connaissances supplémentaires à celles d'ores et déjà maîtrisées par l'équipe soignante spécialisée dans la pathologie abordée.

Complémentairement à l'expertise pharmaceutique démontrée précédemment, le pharmacien a également un rôle ubiquitaire comme tout professionnel de santé intervenant en ETP. Ainsi, il peut intervenir dans des activités plus transversales telles que le diagnostic éducatif ou l'évaluation finale du patient, mais aussi dans des ateliers plus généraux puisqu'il enrichit la pluridisciplinarité de l'équipe par l'apport d'une vision nouvelle du patient. Ces résultats concordent avec les compétences nécessaires à la dispensation de l'éducation thérapeutique décrites dans le décret du 2 août 2010<sup>[11]</sup> et avec les rôles du pharmacien en ETP définis par Jacquemet et Certain<sup>[17]</sup> ainsi que par Baudrant et al.<sup>[18]</sup> qui ont insisté sur la double casquette du pharmacien à la fois expert du médicament mais également éducateur généraliste. Ces missions se retrouvent également dans l'état des lieux réalisé par la SFPC au niveau national<sup>[19]</sup> où le pharmacien intervient au niveau des séances éducatives mais également dans le diagnostic et l'évaluation du patient.

## b) Une connaissance du patient partagée

Intégrer un pharmacien dans une équipe d'ETP participe à l'enrichissement du programme lié à la pluridisciplinarité selon notre panel. Le pharmacien, et tout autre professionnel de santé, apporte sa propre vision de la pathologie et du patient : « *dans l'éducation thérapeutique ce n'est pas que la spécialité, c'est la personne qui apporte aussi quelque chose, un œil nouveau* » [E7]. Ces regards croisés peuvent permettre de donner les informations de manière différente en fonction de l'interlocuteur qui les dispense et cela laisse aux patients plusieurs façons de comprendre les messages-clé. De plus, le pharmacien ayant un regard différent sur le patient, cet avantage peut permettre de mieux identifier les patients ayant plus de lacunes et par exemple nécessitant des ateliers plus personnalisés : « *Vous allez certainement repérer mieux que nous des gens qui ont peut-être besoin d'être vu en individuel* » [E14].

Cependant, ces représentations sont à comparer à d'autres qui décrivent le pharmacien comme distant des patients : « *Parce qu'on a l'impression sans doute qu'il est plus loin du patient, qu'il est derrière son guichet, plus loin du patient que le médecin ou l'infirmière.* » [E2]. En effet, la représentation de la relation pharmacien-patient a également été abordée lors de certains entretiens et les personnes interviewées considèrent que le pharmacien n'a pas la même relation avec le patient qu'un infirmier ou qu'un médecin. Il semblerait qu'il existe une distance entre le pharmacien et le patient du fait d'un manque de contact régulier du pharmacien hospitalier avec le patient : « *Cette relation de proximité elle manque à l'hôpital pour le pharmacien.* » [E3]. On retrouve également cette notion de distance dans les éventuelles informations dispensées par le pharmacien lors des ateliers : « *Je dirais que le contact n'est pas le même. Moi je trouve qu'il ne faut pas que ce soit un intervenant qui arrive, qui se présente et qui fasse un peu comme un cours quoi, ça ça ne marche pas* » [E5]. Le pharmacien est alors sur-spécialisé pour l'ETP : « *ça va être trop technique, ça va être trop hard pour les patients, ils vont pas savoir vulgariser suffisamment les choses* » [E13].

La relation pharmacien/patient est mieux représentée lorsqu'on parle du pharmacien d'officine qui est plus proche du patient : « *le pharmacien d'officine serait peut-être plus apte que le pharmacien hospitalier, il est vraiment très au contact du patient* » [E9] ; que le pharmacien hospitalier qui n'a pas de connaissances cliniques du malade : « *J'ai l'impression que le pharmacien hospitalier n'a pas vraiment de relation directe avec le patient et est plus en relation peut-être avec les médecins. Il a plus une connaissance théorique du médicament, [...] plus une connaissance du médicament qu'une connaissance du patient untel* » [E10]. De plus, le pharmacien d'officine est une nouvelle oreille pour le patient de part cet aspect de proximité. Selon le panel interrogé, il peut permettre de recueillir des informations sur le patient que celui-ci ne dit pas à son médecin par omission ou de manière volontaire : « *par contre le pharmacien d'officine que je connais mieux évidemment parce que je vais comme tout le monde à la pharmacie, bah j' imagine qu'ils sont plus au courant d'abord de choses que le patient ne va pas dire au médecin, déjà premièrement. Et puis*

*après ils vont peut-être être plus au courant de certains effets indésirables que les patients n'auront pas dit non plus » [E9]. Enfin, d'après certains membres de notre panel, soulignent le fait que d'après eux il faut qu'il y ait une relation de confiance basée sur le long terme entre le pharmacien intervenant en ETP et les patients participants au programme : « Un pharmacien qui viendrait de l'extérieur faire de l'éducation à l'hôpital, moi j'en vois pas l'intérêt. Parce que je pense que ce qui est important c'est d'établir une relation de confiance avec le patient. Et ça je pense qu'on ne peut pas l'avoir en une heure de temps. » [E13].*

Ainsi, d'après nos professionnels de santé interrogés, le pharmacien aurait une relation complexe avec les patients. Le pharmacien hospitalier distant des services de soin ne connaît pas le patient et serait donc plus un expert théorique qu'un expert de la clinique d'après notre panel. En effet, plusieurs études réalisées notamment au Moyen-Orient<sup>[35,36]</sup> portent sur les attentes des médecins sur les pharmaciens et soulignent que le pharmacien n'a pas une bonne connaissance clinique du patient. Les auteurs suggèrent aux étudiants en pharmacie d'améliorer cette connaissance clinique en participant aux tours médicaux.

D'après certains entretiens, le pharmacien d'officine serait plus adapté car il connaît mieux le malade de manière générale et son quotidien de par sa proximité avec ce dernier. Mais, comme vu précédemment, il semble difficile pour lui de se libérer pour participer à des activités d'éducation thérapeutique. On peut penser qu'avec le développement de la pharmacie clinique et notamment de la présence du pharmacien au sein même des services comme discuté ci-dessus, le pharmacien va renforcer ce lien et cette connaissance du patient afin d'améliorer ses pratiques en termes d'éducation du patient.

### *c) Un besoin pharmaceutique dépendant des pathologies abordées*

La présence pharmaceutique dépend des programmes d'éducation thérapeutique et des pathologies abordées selon nos participants.

Dans un premier temps, il semblerait que le pharmacien ait préférentiellement une place dans les programmes où les gestes d'auto-soin sont à acquérir par les patients, ce qui ne semble pas être le cas pour certains des programmes représentés dans notre étude : « Sinon on n'a pas vraiment de médicament qui pose un problème technique, qui nécessiterait une formation ... » [E8].

Enfin, certains programmes, tels que celui visant les patients atteints de maladie d'Alzheimer au stade précoce, ne disposent pas d'atelier discutant des thérapeutiques à proprement parler car le thème du traitement n'est pas la priorité du programme : « l'atelier "médicament" en tant que tel ne me semblait pas adapté en tous cas à la pathologie et aux traitements qu'on a actuellement » [E1].

Ainsi il semblerait que pour certains programmes du CHU de Lille, le pharmacien n'a pas de rôle défini du fait de l'absence de thérapeutique ou simplement car le programme n'a pas pour but premier de transmettre les connaissances du médicament au patient. Cet aspect amène à une réflexion sur la priorisation des programmes d'ETP nécessitant un pharmacien. En effet, le pharmacien n'a pas besoin d'être dans tous les programmes et sa présence doit être discutée lors de la conception de celui-ci en réfléchissant aux objectifs du programme et aux attentes du patient.

## 6. Evolution de l'ETP et impact pour le pharmacien

Lors des entretiens, plusieurs professionnels ont abordé la situation évolutive de l'ETP. D'après eux, l'éducation thérapeutique aurait tendance à s'orienter vers la prise en charge ambulatoire : « *Le virage ambulatoire. On est poussé à ce que tout se fasse plutôt vers l'extérieur.* » [E13], et une certaine réflexion débute sur les modalités de cette ETP en extérieur. En effet, d'après les participants ayant abordé ces notions, il serait envisageable que ce soit aux professionnels de santé de se déplacer jusque dans les structures externes au CHU pour dispenser l'ETP en ville : « *c'est à se demander si ça ne serait pas à nous d'aller faire des ateliers dans les centres sociaux, dans les mairies* » [E14], et certains imaginent même le concept de « maisons d'éducation thérapeutique » au même titre que les maisons de santé : « *on pourrait très bien imaginer faire des maisons d'éducation thérapeutiques pour maladies chroniques* » [E8].

Il semblerait donc que les pharmaciens, comme l'ensemble des professionnels de santé, se préparent à vivre l'extériorisation des séances éducatives dans des structures municipales, dans des maisons de santé ou encore directement au domicile du patient. La place du pharmacien dans ce système en voie d'évolution est alors remise en question. D'après l'état des lieux de la SFPC en 2016, 64,4% (117/177) des pharmaciens intervenants dans les programmes éducatifs sont des pharmaciens hospitaliers (CHU, CH périphériques et CH spécialisés). En effet, la plupart des pharmaciens ayant une activité éducative sont des pharmaciens hospitaliers puisque les programmes d'ETP ont lieu la plupart du temps dans les enceintes des établissements de santé. Si l'ETP est vouée à s'extérioriser, quelle sera l'évolution de l'implication du pharmacien et du rôle de ce dernier dans ce domaine ? Le pharmacien hospitalier pourra-t-il se déplacer en ville ? Le pharmacien d'officine verra-t-il ses missions évoluer avec une augmentation des activités éducatives ? Comme le soulignent les auteurs de l'état des lieux national réalisé par la SFPC<sup>[19]</sup>, d'autres contraintes organisationnelles sont à prévoir avec ce virage ambulatoire et se pose la question des modalités de respect de la pluridisciplinarité devant ces dernières.

## C. Critique de l'étude

### 1. Des chercheurs novices et autodidactes

La première critique qui peut être faite sur cette étude réside dans le fait qu'aucun des chercheurs n'était formé à la recherche qualitative au lancement du projet. En effet, ce manque de formation s'est fait ressentir dès le début du travail devant les obstacles méthodologiques que nous avons rencontré. Comme le rappellent Pope et al.<sup>[37]</sup>, une analyse qualitative de haute qualité dépend des compétences, de la vision et de l'intégrité des chercheurs et « ne doit pas être laissé aux novices ». Cependant, nous avons réussi à pallier ce manque d'expérience en recherche qualitative en assistant aux formations proposées par le Collège des Enseignants en Médecine Générale du Nord-Pas-de-Calais et réalisées par le Dr Michel Cunin, en nous instruisant via la lecture d'articles et d'ouvrages méthodologiques dont quelques-uns sont cités en bibliographie de ce travail et surtout en faisant appel aux compétences du Dr Marc Bayen qui a su nous orienter et nous conseiller. De plus, comme toute recherche qualitative menée par des chercheurs plus expérimentés, le fondement du travail s'est basé sur le respect des critères COREQ assurant la validité scientifique des résultats exposés. Ainsi, ce travail est issu de presque un an de réflexion méthodologique avant de débiter la période de recueil de données via les entretiens individuels et cette démarche de réflexion a perduré jusqu'à l'analyse et l'écriture des résultats. Les méthodologies qualitatives sont reconnues dans le domaine de la médecine mais très peu connues des étudiants en pharmacie. Ainsi, afin de pouvoir diversifier les travaux réalisés dans le domaine pharmaceutique ou d'y apporter d'autres dimensions, il semble opportun d'ouvrir les formations à la recherche qualitative aux étudiants en pharmacie.

### 2. Un temps imparti difficile à gérer

Comme tout travail de recherche, le temps imparti pour la publication des résultats engendre bien souvent des contraintes d'ordre organisationnel qui mettent en péril la validité de l'étude.

Ainsi, certains critères COREQ n'ont pas pu être respectés entièrement. C'est notamment le cas pour le critère du Domaine 3 « Analyse et résultats », item 28 qui recommande que les résultats de l'étude soient proposés aux participants pour validation. Cette démarche sera cependant réalisée après la soutenance orale de ce mémoire puisque le manuscrit sera envoyé à chacun des participants et ceux-ci seront conviés à la présentation orale de ce travail de thèse. Il semble intéressant de noter que plusieurs participants ont mentionné être intéressés par les résultats de ce

travail à la fin des entretiens individuels. De plus, les finalités du travail ont été invitées à être présentées à la rentrée 2018 lors d'une réunion du Comité de l'UTEP. Enfin, la validité des propos et des résultats proposés peuvent être assurés par le fait que les notions abordées semblaient principalement unanimes et que nous avons pris soin de recenser également les notions singulières dans ce travail afin d'être exhaustif et représentatif de la population étudiée.

### 3. Hétérogénéité du panel interrogé

Lors du recrutement des sujets à interroger, il a été choisi le principe de convenance qui nous a permis d'interviewer les professionnels de santé intéressés par l'idée de travailler sur une thèse discutant de l'ETP et disponibles pour participer aux entretiens. Ainsi, la composition du panel était donc conditionnée principalement par des facteurs extérieurs que sont l'intérêt et la disponibilité des professionnels. La réflexion sur l'hétérogénéité du panel nécessaire à une représentation fidèle de la population générale s'est faite au décours des réponses à la participation du projet. Devant le profil des participants intéressés, il nous a semblé que le panel présentait une bonne hétérogénéité en termes de professions, d'âge et d'expérience. Du point de vue des missions au sein des programmes d'ETP, il semblerait que la plupart des participants aient un rôle dans la conception voire la coordination des programmes. Cet aspect était voulu afin d'explorer pourquoi ces professionnels de santé n'avaient pas intégré le pharmacien dans leur équipe lors de sa conception.



## V. CONCLUSION

Pour conclure, ce travail apporte plusieurs réponses sur la représentation qu'ont les autres professionnels de santé sur le pharmacien et met en évidence les croyances, positives ou négatives, qu'ils ont sur sa place dans le domaine de l'éducation thérapeutique.

Bien que l'expertise du médicament soit une valeur-ajoutée reconnue, plusieurs freins à l'intégration du pharmacien ont été mis en évidence dans cette étude. L'absence du pharmacien dans les services de soin est la principale raison évoquée malgré le développement de la pharmacie clinique. La méconnaissance des missions du pharmacien est également une notion fréquemment abordée dans ce travail : le pharmacien est représenté comme restreint aux missions de logistique et de dispensation et les missions de pharmacie clinique dont fait partie l'éducation thérapeutique sont peu connues des autres professionnels. D'autre part, bien que la pluridisciplinarité soit un concept indispensable en éducation thérapeutique, elle s'avère difficile à mettre en place et des contraintes non spécifiques à la profession de pharmaciens sont soulignées (organisationnelles, humaines et financières).

Ainsi, pour renforcer ses relations avec les équipes de soins, le pharmacien devrait être, dans la mesure du possible, plus présent à leurs côtés afin que ces dernières prennent conscience de la valeur ajoutée pharmaceutique dans la prise en charge globale du patient. Afin de se faire reconnaître en tant qu'acteur potentiel de l'ETP, le pharmacien devrait également communiquer sur ses missions auprès des autres professionnels de santé. Dans cette démarche, les résultats de cette étude ainsi que les coordonnées des pharmaciens cliniciens du CHU de Lille seront présentés aux coordonnateurs des programmes lors d'une réunion du Comité de l'UTEP.

Le rôle du pharmacien en ETP est d'intervenir dans les ateliers abordant les traitements spécifiques à la pathologie du programme. Cependant, les équipes de soins sont spécialisées dans cette pathologie, de par leur expérience, et le pharmacien pourrait donc avoir une valeur ajoutée dans le cadre d'un atelier abordant les thérapeutiques médicamenteuses au sens large, notamment pour la prise en charge des comorbidités.

Enfin, l'éducation thérapeutique a tendance à s'orienter vers la prise en charge ambulatoire. La réflexion est en cours au sein des ARS et des UTEP et les professionnels de santé commencent à réfléchir à l'organisation et à leur place dans un tel système. De même, la place du pharmacien est à discuter : on pourrait imaginer que le pharmacien hospitalier soit défini comme référent pharmaceutique ayant un rôle dans la conception des ateliers et dans la formation des pharmaciens officinaux qui deviennent principalement animateur des séances d'éducation thérapeutique. Cela nécessiterait un travail conséquent de coordination, d'organisation et de communication mais renforcerait les missions éducatives des pharmaciens.

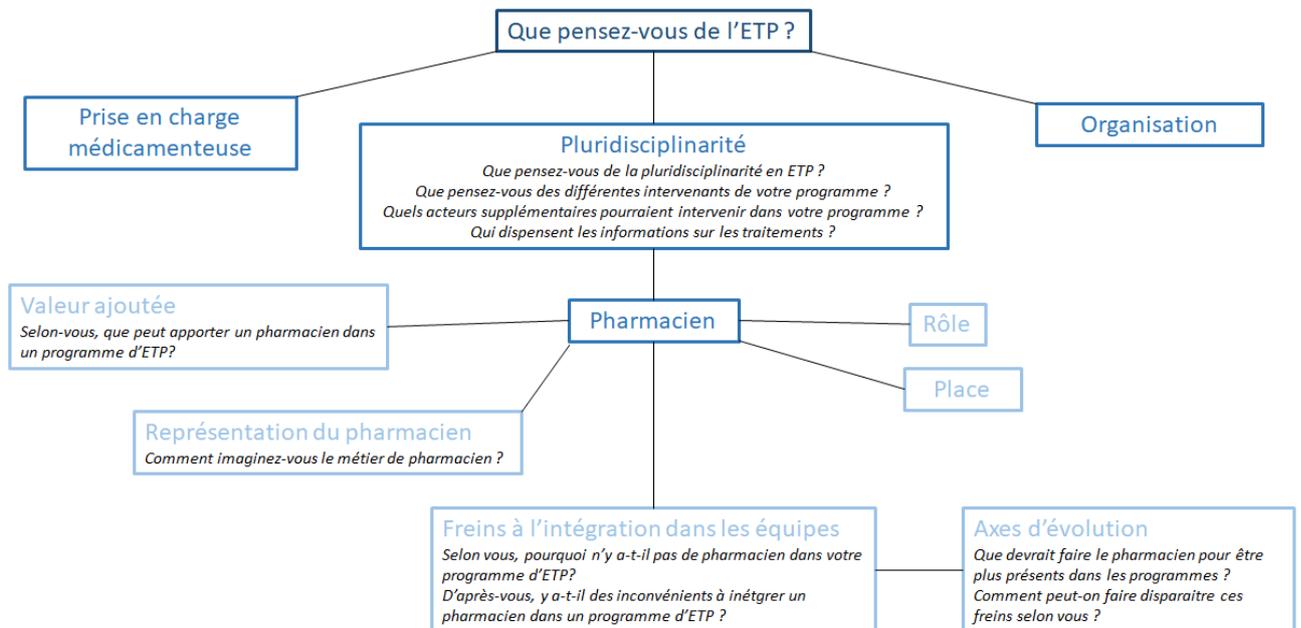


# Annexes

**Annexe 1.** Critères COREQ (COsolidated criteria for REporting Qualitative research) version française d'après l'Université de recherche pluridisciplinaire, Sport, Santé, Société de l'Université d'Artois, France.

N°	Item	Guide questions/description
<b>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</b>		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
<b>Domaine 2 : Conception de l'étude</b>		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
<b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b>		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

**Annexe 2.** Prototype du guide des entretiens individuels semi-structurés.





**5 Données sensibles**  
auxquelles apparaissent les données « sensibles », dont le traitement est particulièrement encadré par la loi :  
les données ne peuvent être enregistrées dans un traitement que si elles sont absolument nécessaires à sa  
réalisation.

N° de sécurité sociale (NIS)	Directement auprès de la personne concernée	De manière indirecte. Précitez :	Destinataires :
Infractions, condamnations, mesures de sûreté (réservé aux auxiliaires de justice)	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée	<input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précitez :	1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez
Opinions philosophiques, politiques, religieuses, syndicales, vie sexuelle, données de santé, origine raciale ou ethnique	<input checked="" type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée	<input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précitez :	1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez
			Aucun

**6 Echanges de données/interconnexions**

Procédez-vous à des échanges de données ?  Oui  Non

- Oui, avec d'autres services au sein de l'organisme déclarant  
 Oui, avec des organismes extérieurs au déclarant

**7 Sécurité/Confidentialité**

Veuillez cocher les cases correspondant aux mesures de sécurité que vous prenez :

- Accès physique au traitement est protégé (bâtiment ou local sécurisé)  
 Un procédé d'authentification des utilisateurs est mis en œuvre (ex. : mot de passe individuel, carte à puce, certificat, signature...)  
 Une journalisation des connexions est effectuée  
 Le traitement est réalisé sur un réseau interne dédié (non relié à Internet)  
 Si des données sont échangées en réseau, le canal de transport ou les données sont chiffrés

**8 Transferts de données hors de l'Union européenne**

Transmettez-vous tout ou partie des données traitées vers un pays situé hors de l'Union européenne et si oui, par un réseau de protection institutionnel (comme pour ce cas) ou par la voie intranet ou par courrier électronique de la CNIL : [admin@cnil.fr](mailto:admin@cnil.fr) ou [administratif@cnil.fr](mailto:administratif@cnil.fr)

- Oui  Non

**9 Si oui, merci de compléter l'annexe « Transfert de données hors de l'Union européenne »**

**Le droit d'accès des personnes fichées**

Le droit d'accès est le droit reconnu à toute personne d'interroger le responsable d'un traitement pour savoir s'il détient des informations sur elle, et le cas échéant d'en obtenir communication. Cf. article 32 de la loi - modèles de mentions dans la notice

Comment informez-vous les personnes concernées par votre traitement de leur droit d'accès ?

- Mentions légales sur formulaire  Affichage  
 Mentions sur site internet  Envoi d'un courrier personnel  
 Autres mesures, précisez :

Veuillez indiquer les coordonnées du service chargé de répondre aux demandes de droit d'accès :

Nom et prénom en raison sociale : MUSY Elodie      Sigle (facultatif) :  
Service :      N° SIRET :  
Adresse :      Code NAF :  
Cedex postal : 19000 VILLE : LILLE      Téléphone :  
Adresse électronique :      Fax :

**10 Personne à contacter (facultatif)**

Veuillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler

Nom et prénom : MUSY Elodie  
Service :  
Adresse :      Téléphone : 063  
Cedex postal : 19000 VILLE : LILLE  
Adresse électronique :      Fax :

**Annexe 4.** Formulaire d'information et de consentement à la participation d'une étude de recherche qualitative avec enregistrement audio des entretiens individuels.

<p>Faculté des Sciences Biologiques et Pharmaceutiques Université Lille II</p>  <p><b>Information de participation à une étude de recherche qualitative</b></p> <p>Coordonnées de l'étudiant Melle Elodie Musy 06-XX-XX-XX-XX elodie.musy@XXXXXX0000.XX</p> <p>Dans le cadre de la thèse d'exercice que je dois réaliser au cours de mes études, je réalise un travail de recherche qualitative sur le regard des intervenants des programmes d'éducation thérapeutique sur l'aspect pluridisciplinaire de ce domaine.</p> <p>Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de récolter des données via le biais d'entretiens et c'est la raison pour laquelle vous avez été contacté.</p> <p>Il semble cependant important que vous sachiez :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que votre participation n'est pas obligatoire et se base sur votre volontariat,</li> <li>• Que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions qui vous seraient posées sans avoir à vous justifier,</li> <li>• Que pour des raisons pratiques les entretiens seront enregistrés vocalement à l'aide d'un dictaphone. Ceux-ci seront retranscrits par écrit de façon anonyme et l'enregistrement audio sera alors détruit,</li> <li>• Que vous avez à tout moment le droit d'avoir accès à ces données et que la retranscription écrite de notre entretien vous sera d'ailleurs proposée pour rectification et ajout de commentaires éventuels,</li> <li>• Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions sur l'objectif du travail une fois les données recueillies.</li> </ul> <p>Fait en double exemplaire Le ..... A .....</p> <p>Signatures</p>	<p>Faculté des Sciences Biologiques et Pharmaceutiques Université Lille II</p>  <p><b>Consentement de participation à une étude de recherche qualitative</b></p> <p>Je, soussignée Madame/Monsieur ....., certifie avoir reçu les informations relatives à l'enregistrement audio-phonique de l'entretien individuel auquel je vais prendre part dans le cadre d'une étude qualitative portant sur la pluridisciplinarité au sein des programmes d'éducation thérapeutique.</p> <p>Cet enregistrement sera détruit une fois retranscrit par écrit de façon <del>anonyme</del>. L'étudiant menant ce travail, Melle Musy Elodie, s'engage à me faire parvenir la retranscription écrite dans un but de relecture afin de proposer des modifications ou des commentaires supplémentaires.</p> <p>Cette étude est réalisée dans le cadre d'un mémoire d'exercice du D.E.S de Pharmacie Hospitalière et des Collectivités mené par Elodie Musy, interne en pharmacie hospitalière à la Faculté des Sciences Biologiques et Pharmaceutiques de Lille. Elle fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission Nationale Informatique et Libérés sous le n° d'enregistrement <b>2155179</b> conformément à l'article 23 de la loi n° 78-17 du 06/01/1978 modifiée en 2004.</p> <p>Fait en double exemplaire Le ..... A .....</p> <p>Signatures</p>
---	---

**Annexe 5 :** Liste non exhaustive des extraits de verbatims utilisés lors de n'analyse des entretiens via le logiciel Nvivo®

<b>Education Thérapeutique du Patient</b>	
<b>Philosophie de soins</b>	<p>« C'est-à-dire que pour les soignants il y a une recherche d'une valeur de soin par l'ETP »</p> <p>« Ce qui est important pour pouvoir faire de l'ETP c'est de savoir écouter, de savoir formuler, de savoir entendre ce que dit l'autre, d'avoir envie d'en faire, si tu n'en as pas envie quelques soient les qualités on n'y arrive pas »</p> <p>« J'ai changé complètement ma façon de consulter grâce à l'éducation thérapeutique. Donc je ne fais plus moi de séance d'ETP mais ma consultation elle a été totalement transformée. »</p> <p>« Je suis sûr que le pharmacien qui fait de l'ETP ce n'est pas la même pharmacie »</p> <p>« pour les médecins ou les infirmiers qui participent aux ateliers, ça change complètement leur positionnement vis-à-vis des patients, ils sont moins dans le savoir, plus dans la relation »</p> <p>« ils ont cette vision de la relation avec le patient qui est moins archaïque, moins celui qui sait celui qui ne sait pas, ils sont plus dans la relation d'échanges »</p> <p>« C'est déjà énorme d'avoir déjà une équipe de soignants qui s'intéressent aux patients de manière différente »</p>
<b>Prise en charge complémentaire</b>	<p>« c'est une belle opportunité pour les patients, de pouvoir avoir une approche différente de leur maladie. Différente de la simple relation médecin/patient qu'ils peuvent avoir dans le suivi habituel parce que c'est vraiment complémentaire, c'est en plus. »</p> <p>« c'est une stratégie complémentaire de prise en charge, parallèle au médical etc., qui est offerte aux patients »</p> <p>« l'ETP c'est une activité qui est un peu entre deux, qui n'est pas du soin donc qui n'est pas comptabilisé dans les différents... dans la TAA et tout ça. »</p>
<b>Prise en charge intégrée au soin</b>	<p>« Mais ça fait partie de l'activité de soin finalement, ce n'est pas ... Moi c'est toujours ce que j'ai voulu défendre, c'est pour ça d'ailleurs qu'on fait l'ETP dans notre service, c'est ... il y a pas l'ETP d'une part et le soin de l'autre. C'est vraiment très intégré. »</p> <p>« Mais l'ETP n'est qu'un outil dans le parcours de soin du patient. »</p>
<b>ETP en ambulatoire</b>	<p>« Le virage ambulatoire. On est poussé à ce que tout se fasse plutôt vers l'extérieur. »</p> <p>« D'ailleurs faudrait peut-être tout de suite aller en ville, je pense que ce sera peut-être mieux. Intégrer les maisons de santé tout de suite »</p> <p>« c'est à se demander si ça ne serait pas à nous d'aller faire des ateliers dans les centres sociaux, dans les mairies. Dispenser les programmes à l'extérieur. Est-ce que ce n'est pas à nous de nous déplacer plutôt que le patient se déplace »</p> <p>« qu'on pourrait très bien imaginer faire des maisons d'éducation thérapeutiques pour maladies chroniques »</p>

<b>Pluridisciplinarité – Avantages</b>	
<b>Enrichissement du programme</b>	<p>« Donc pour moi l'éducation thérapeutique ça doit être fait ensemble, dans un espace coordonné. »</p> <p>« Il faut qu'il y ait plusieurs professions différentes, c'est très enrichissant pour les patients »</p> <p>« J'ai du mal à concevoir le fait de travailler dans une équipe entre guillemets très appauvrie par le manque de diversité professionnelle »</p> <p>« Je suis vraiment pour la pluridisciplinarité, je suis dans un laboratoire de recherche où on a vraiment tous les corps de métiers, je trouve ça vraiment hyper enrichissant »</p> <p>« Ca permettrait de faire des équipes plus nombreuses, plus riches »</p> <p>« ça va de soi qu'on ne peut pas se passer d'une multidisciplinarité »</p>
<b>Apport de connaissances spécifiques</b>	<p>« Plus il y a une multidiversité d'intervenants, et plus il y a, je dirais, de compétences bien définies par rapport à un domaine spécifique, mieux c'est dans le programme. »</p> <p>« par rapport aux compétences des gens et à l'expertise de chacun d'entre nous »</p> <p>« Chacun amène ses compétences et c'est avec ce partage de compétences qu'on peut faire une approche globale du patient »</p> <p>« plus on est de personnes qui viennent de spécialités de soin différentes, plus ça va être riche parce que plus on va amener quelque chose de complémentaire au patient et justement on pourra le pousser vers l'autonomie »</p>
<b>Doublement pédagogique (apports de connaissances aux autres professionnels de santé)</b>	<p>« Je pense aussi que ça peut être doublement pédagogique et nous donner de l'information et nous donner de nouvelles connaissances aussi aux autres membres de l'équipe. »</p> <p>« finalement l'expertise métier elle vient nourrir le tronc commun de l'équipe »</p> <p>« et pour les autres intervenants parce que, pour le coup, on apprend aussi beaucoup sur la pathologie. »</p> <p>« il y a quand même beaucoup de choses sur des subtilités [de la pathologie] que je savais par rapport peut être à d'autres parce que j'étais dans un programme d'ETP et que j'ai entendu tel professionnel en parler, l'expliquer à un patient et que moi du coup j'ai aussi compris »</p> <p>« Et je me suis rendue compte à quel point l'ETP m'avait aussi apporté au niveau de la connaissance même de la pathologie »</p>
<b>Croiser les regards sur le patient</b>	<p>« croiser les regards c'est indispensable. »</p> <p>« On voit quand même les patients sous un autre œil en fonction de la spécialité »</p> <p>« je pense qu'ils pourront apporter encore une vision différente du patient que nous on n'a pas. »</p> <p>« Mais je suis persuadée que vu qu'il est au contact du patient par un angle encore différent, il pourra dire des choses intéressantes auxquelles nous on n'aura pas vision »</p>
<b>« Main d'œuvre » et montée en charge des programmes</b>	<p>« Mais ce qui pourrait être intéressant c'est que si un pharmacien vient parler du traitement nous on n'a pas besoin d'être présent. Donc en même temps c'est vrai que ça nous libère du temps. »</p> <p>« Mais c'est vrai que là pour le coup on sait faire mais c'est vrai que si quelqu'un venait et qu'il le fait à notre place pourquoi pas. Nous ça nous laisse gagner du temps et c'est très bien »</p> <p>« plus l'équipe va être étoffée de parcours professionnels différents, plus on va s'y retrouver d'abord autant dans l'investissement qu'on va y mettre car il va être beaucoup plus partagé donc ça va être plus agréable »</p> <p>« c'est vrai que d'intégrer le pharmacien en plus, j'aime pas cette notion de « gagner du temps » mais euh... ca peut donner de la souplesse au programme. »</p> <p>« et puis l'avantage d'avoir une personne, je ne vais pas parler de main d'œuvre parce que ce serait un peu réducteur mais une personne en plus pour animer. »</p> <p>« alors déjà il y a soulager les équipes. Parce que pour moi, je pense qu'il faut être en binôme pour animer »</p>

	<p>« c'est vrai qu'il y a des ateliers dans certains programmes peut-être qui n'existent pas parce que déjà il n'y a pas la compétence et d'autre part par manque de temps »</p> <p>« i on avait une équipe plus conséquente aussi de faire une offre plus importante à d'autres maladies parce que là on est quand même cantonnés à deux maladies, qui sont le lupus et la sclérodermie, alors qu'il y a quand même beaucoup d'autres. Si on était plus nombreux on pourrait ouvrir et multiplie l'offre quoi. »</p>
--	---

<b>Pluridisciplinarité – Freins et contraintes</b>	
<b>Formation peu pluridisciplinaire</b>	<p>« Je pense que si on était habitués à réfléchir ensemble et à penser ensemble dès l'école [...] peut-être qu'on aurait plus ce réflexe de pluri-professionnalité, de transversalité. »</p> <p>« Et je pense que si les étudiants n'intègrent pas dans leurs têtes qu'on a tous des liens entre nous et qu'il faut se servir de ça pour travailler on ne le fait pas après. »</p> <p>« Parce que encore une fois je pense qu'on n'a pas été éduqué à travailler ensemble. »</p> <p>« Moi ma critique principale c'était que quand on forme ensemble des gens qui viennent du même endroit alors que justement on va leur dire que l'ETP c'est pluridisciplinaire et que c'est encore plus important quand on est nombreux à réfléchir dessus. J'étais contre le fait qu'on ne forme que les médecins. »</p>
<b>Lourdeur d'organisation</b>	<p>« Enfin je ne sais pas si la pluridisciplinarité c'est le nombre d'intervenants qu'on a mais finalement ça apporte beaucoup de lourdeur dans la coordination du programme. »</p> <p>« ça signifie qu'il faut que les intervenants puissent se disponibiliser aux dates dites et qu'on ne peut pas vraiment intercaler 2 ateliers, qu'on ne peut pas trop déplacer un atelier parce que sinon il faut déplacer tous les autres. Et c'est vrai que ça apporte une lourdeur organisationnelle. »</p>
<b>Temps et financement</b>	<p>« Et étant donné qu'il est quand même très difficile de récupérer les petits deniers d'ARS sur ce type de programme ça reste à faire à moyens constants. »</p> <p>« c'est hyper compliqué de faire des conventions, c'est impossible de dédommager les gens sur des déplacements. Je suis pas sûre que ce soit impossible mais pour l'instant on n'a pas réussi Et ça n'encourage pas à aller chercher des personnes en plus parce que les personnes, enfin certaines, prennent des jours de congés pour venir participer sur du bénévolat, sur du temps personnel. Et c'est pas confortable pour travailler correctement. »</p> <p>« Mais le pharmacien de ville, je ne me vois pas aller solliciter des pharmaciens en disant « ça vous dirait de participer bénévolement à votre programme d'ETP ? ». »</p> <p>« je ne sais pas quelle est la disponibilité des pharmaciens ici mais... »</p> <p>« les gens ont envie de le faire... ils manquent de temps. »</p> <p>« il faut trouver quelqu'un qui va être disponible, avoir les accords des services pour qu'il y ait un temps détaché pour intervenir dans tel programme d'ETP »</p> <p>« L'ETP, c'est très consommateur de temps parce que quand on fait un diagnostic éducatif, c'est comme là je coupe tous mes téléphones donc plus personne ne peut me joindre donc il faut que ce soit accepté par le reste de l'équipe de compenser ce temps-là »</p> <p>« il faut qu'il y ait une volonté institutionnelle de libérer du temps, de créer du temps pour l'ETP sinon ça ne pourra pas se faire, on ne peut pas toujours tout faire sur notre temps personnel ou sur nos pauses midi. »</p>
<b>Partage de connaissances</b>	<p>« Par contre faut pas demander non plus au pharmacien de faire le psychologue, enfin c'est pas son rôle, chacun a son rôle. »</p> <p>« attention, quand les patients ont des questions qui touchent à une compétence, la personne qui doit répondre, elle doit répondre en fonction de sa compétence, et pas outrepasser sa compétence. Parce que ça, ça peut être très embêtant ou même stressant pour le patient. »</p>

<b>Représentations du pharmacien</b>	
<b>Professionnel de premier recours</b>	<p>« il y a l'aspect du supposé savoir, donc la personne qui sait, qui est presque un médecin au comptoir, accessible »</p> <p>« il faut que les ressources elles soient accessibles et donc ce sera peut-être plus facilement accessible chez un pharmacien sans rendez-vous, quand on a le temps, le soir, que chez un médecin. »</p>
<b>Missions peu connues</b>	<p>« Donc je pense que le pharmacien il a un rôle vraiment important dans tout ce qui est son activité de pharmacien, de contrôle de prescriptions, de délivrance, etc. »</p> <p>« Si, ils préparent des médicaments, il y a des préparations, je pense même que pour certains maintenant ils sont même parfois au chevet du patient. »</p> <p>« Je vois un monsieur ou une dame en blouse blanche mais je n'en sais pas plus, ça ne va pas plus loin pour moi. »</p> <p>« on n'a pas une idée très précise de son rôle. »</p> <p>« Finalement on sait jamais vraiment ce qu'ils font. »</p>
<b>Dispensation</b>	<p>« les pharmaciens moi pendant 20 ans je les ai vus comme des gens qui étaient derrière des boîtes à ranger, des médicaments »</p> <p>« Derrière des médicaments, à préparer, à ranger enfin... L'image qu'on en a quoi. »</p> <p>« est-ce que c'est par rapport à une représentation que les professionnels ont du pharmacien qui est dans ses boîtes »</p> <p>« le pharmacien c'est là pour dispenser des médicaments. »</p> <p>« ils sont dans la pharmacie, dans les cartons, dans les boîtes de médicaments, ils préparent les pharmacies, ils préparent les toxiques »</p> <p>« il y a le pharmacien d'officine qui me vend la crème hydratante de ma fille »</p> <p>« comme un distributeur de médicaments »</p> <p>« l'autre aspect où c'est juste la personne qui va prendre la prescription et aller chercher la petite boîte. »</p> <p>« je pense qu'il y a la vision du public qui est de se dire « ah bah en fait le pharmacien il donne des médicaments, finalement il est là pour vendre des médicaments ». On sait aussi avec les charges, et les gens qui sont en libéraux, et les médicaments dont le prix est bloqué bah parfois il y en a qui font plus d'autres choses, la parapharmacie. Donc il y a cette vision-là. »</p> <p>« si on connaissait mieux le rôle du pharmacien, ses missions, on n'aurait peut-être une autre vision qu'à chaque fois de vendeur de médicament »</p>
<b>Contrôle pharmaceutique</b>	<p>« Sinon ils venaient juste vérifier nos pharmacies donc c'était même pas drôle en plus. »</p> <p>« il y a le côté un peu « flicage » du pharmacien sur l'ordonnance, sur le côté administratif, sur le médicament, le générique/pas générique alors qu'au contraire il devrait y avoir un rôle d'accompagnement. »</p> <p>« on aimerait bien que le malade aille voir le pharmacien non pas seulement pour délivrer une ordonnance ou vérifier que la carte elle est bonne, ou que le nom substituable est mis »</p>
<b>Absence de visibilité</b>	<p>« c'était ma vision parce que je les voyais jamais et pour moi c'est ça la pharmacie »</p> <p>« Alors les pharmaciens dans les secteurs d'activités on les voit très très peu. »</p> <p>« Je veux dire, il n'existe pas pour moi dans le sens où au niveau de la pratique de tous les jours, il n'existe pas. Les pharmaciens à l'hôpital pour moi ils travaillent à la pharmacie, on les voit jamais. »</p> <p>« On n'en voit jamais des pharmaciens. »</p> <p>« Moi sincèrement depuis 30 ans à l'hôpital je ne vois pas de pharmaciens dans les services. »</p>

<b>Freins à l'intégration du pharmacien dans les programmes d'ETP</b>	
<b>Pas dans le service de soins</b>	<p>« C'est là aussi que si un service ne travaille pas directement avec un pharmacien je ne pense pas qu'il pense à les solliciter de prime-abord. »</p> <p>« C'est-à-dire qu'on va prendre le temps de regarder ce qu'on a des disponible sous la main. » « les équipes n'ont pas l'habitude de travailler avec les pharmaciens. »</p> <p>« Au CHR, les équipes, quand on est dans les services, on rencontre jamais les pharmaciens. »</p> <p>« on n'a pas forcément un lien direct avec les équipes, donc on les oublie, c'est un peu ça l'idée initiale. »</p> <p>« Mais c'est vrai qu'ils ont déjà un champ d'action qui est déjà ailleurs que dans l'équipe, habituellement. Donc déjà, quand on est plus dans le paysage local, on nous oublie un peu dans nos spécialités. »</p> <p>« Et là je pense qu'effectivement vous êtes pas intégrés dans l'équipe. »</p> <p>« c'était un peu compliqué d'intégrer quelqu'un qui n'est pas sur place... »</p> <p>« je pense vraiment que c'est une histoire de localisation et de ... on aurait une externe pharma tout le temps dans le service, ou un interne ou un pharmacien clinicien dans le service, pour le peu qu'il soit intéressé ce serait facile. »</p> <p>« Est-ce qu'on a pensé au pharmacien ? Bah non mais je pense que c'est parce que ... bah on n'a pas de pharmacien. »</p> <p>« quand ma collègue a fait l'écriture du programme elle l'a faite avec l'équipe qu'elle avait sous la main »</p> <p>« je sais qu'ici il n'y a pas de pharmacien dans le service ce qui parfois probablement peut créer ...pas des difficultés mais peut-être même pour les médecins, ce serait plus simple d'avoir un interlocuteur »</p> <p>« Mais à aucun moment on n'avait le pharmacien. Il y avait médecin et infirmier. Bon, ça c'est la constitution de mon équipe aussi... Voilà. »</p> <p>« Parce que souvent, les pharmaciens hospitaliers ne font pas partie de l'organigramme d'un service et souvent les programmes d'ETP on les monte à l'échelle d'un service »</p> <p>« vous ne faites pas partie de l'organigramme des services, vous êtes organisés autrement et du coup on ne pense pas à vous solliciter. »</p> <p>« au départ on a fait un peu avec les moyens du bord ... avec les effectifs qu'on avait »</p> <p>« on n'était pas en lien avec des pharmaciens et nous spontanément on n'a pas cherché »</p>
<b>Pas d'interlocuteur pour l'équipe soignante</b>	<p>« On ne va pas forcément pensé à aller chercher le pharmacien quand on ne sait pas à qui s'adresser. »</p> <p>« moi d'être en contact avec quelqu'un, s'il veut faire de l'ETP c'est plus simple »</p> <p>« on fait sans parce qu'on n'a pas de contact avec le pharmacien et c'est probablement dommage »</p> <p>« c'est vrai que je n'ai pas de référents, pas de noms, si j'avais telle personne pharmacien et prêt à intervenir dans un programme ETP, les former, bah voilà je le contacterai plus facilement »</p> <p>« on n'avait pas forcément d'interlocuteur pharmacien »</p>
<b>ETP, mission du pharmacien méconnue des autres professionnels de santé</b>	<p>« je pense que les gens n'ont pas pensé au départ que les pharmaciens pouvaient être là »</p> <p>« un manque de communication sur les activités qui sont en train de se développer »</p> <p>« probablement que si la personne était là et qu'on bénéficiait tous les jours de son expertise, ça nous paraîtrait évident qu'il faut un pharmacien »</p> <p>« quand on ne connaît pas on reste sur une vision parfois stéréotypée, pas suffisamment développée de telle ou telle profession. »</p> <p>« moi je ne savais pas qu'il y avait des pharmaciens qui étaient formés, je ne savais pas que les pharmaciens s'intéressaient à l'éducation thérapeutique, je l'ai appris par hasard »</p> <p>« c'est vraiment qu'on ne se connaît pas bien, les uns, les autres en fait. »</p> <p>« c'était pas un acteur identifié comme pouvoir faire partie d'un programme »</p>
<b>Valeur ajoutée discutée</b>	<p>« Les infirmières connaissent par cœur les médicaments, elles connaissent les effets indésirables. »</p> <p>« A quoi pourrait servir un pharmacien plus qu'une infirmière sur un atelier médicament ? »</p> <p>« Non pour l'instant ça va, c'est suffisant je pense, car sur les questions plus d'ordre médical, quand on prépare les ateliers c'est les médecins qui interviennent sur les questions d'ordre médical. »</p>

	<p>« les compétences du pharmacien à ce niveau-là par rapport à ce qu'on fait en ETP elles peuvent être couvertes par un autre professionnel et plutôt que de se compliquer la vie à faire intervenir le professionnel en question ça sera plus simple que ce soit fait par le médecin ou par l'infirmier pour des raisons plus pratiques »  « le fait de se marcher dessus en terme de compétences »</p> <p>« Sur la connaissance du médicament, en général, ses effets secondaires, son mode d'action, les modalités, c'est une perfusion, c'est toutes les deux semaines, je pense voilà qu'on le sait aussi bien les uns que les autres »  « Non non, parce que les thérapeutiques étaient abordées mais comme on était à l'aise toutes les deux en thérapeutique »</p> <p>« on n'en voit pas forcément l'intérêt parce que ça se passe bien comme ça »</p> <p>« Non parce que le médecin a une très bonne connaissance du traitement, il n'y a aucune difficulté »</p>
<p><b>Pas de techniques d'auto-soin</b></p>	<p>« on n'a pas spécialement de technique particulière. »</p> <p>« Sinon on n'a pas vraiment de médicament qui pose un problème technique, qui nécessiterait une formation... »</p> <p>« il y a beaucoup de patients qui s'inscrivent dans ce type de programme pour apprendre à gérer des choses un peu pratique. Alors que nous on est un petit peu à côté justement puisque dans la maladie d'Alzheimer ne serait-ce que par la maladie en elle-même, gérer son traitement ce n'est pas quelque chose d'évident et puis de toute façon il n'y a pas beaucoup de choses à faire concrètement quoi. Je veux dire dans le coté manuel. Il n'y a pas besoin de manipuler une pompe, ... »</p> <p>« tout un traitement multiple avec des gestes d'auto soin à acquérir aussi parfois, des gestes de prévention, ça, ça ne se rencontre pas dans toutes les pathologies »</p>
<p><b>Programme-dépendant</b></p>	<p>« La pathologie fait qu'au niveau médicamenteux on n'a quand même pas grand-chose. On a 4 médicaments symptomatiques qui sont autorisés pour l'instant et qui sont indiqués à un stade un peu plus évolué de la maladie que celui auquel on propose le programme aux patients. »</p> <p>« l'atelier « médicament » en tant que tel ne me semblait pas adapté en tous cas à la pathologie et aux traitements qu'on a actuellement. »</p> <p>« en fait il n'y a aucun atelier dans notre programme autour de la prise du traitement »</p> <p>« ce sont soit des patients qui ne prennent pas de traitement du tout, soit qu'ils en prennent mais c'est géré par l'aidant ou une infirmière à domicile »</p> <p>« on travaille pas vraiment sur l'action physiopathologique du médicament, on travaille beaucoup sur la représentation du fait de prendre d'un traitement tous les jours donc voilà pour l'instant la pédagogie telle qu'elle est écrite ne nécessite pas l'intervention d'un pharmacien »</p> <p>« dans l'écriture du programme on ne voulait pas d'un truc spécifique, un volet pharmaco »</p>
<p><b>Relation pharmacien/patient</b></p>	<p>« j'ai l'impression que le pharmacien hospitalier n'a pas vraiment de relation directe avec le patient et est plus en relation peut-être avec les médecins et il a plus une connaissance théorique du médicament, du circuit du médicament et monter des actions au sein de l'hôpital. Donc du coup, oui, plus une connaissance du médicament qu'une connaissance du patient untel ou du patient X »</p> <p>« En fait c'est peut-être parce que c'est ma tête que pour moi les liens avec le patients sont pas les mêmes. »</p> <p>« Je ne sais même pas si le pharmacien qui est à l'hôpital il voit des patients. »</p> <p>« pour moi le pharmacien hospitalier, j'ai l'impression qu'il voit moins le patient. »</p> <p>« Ce qui est sûr c'est que je me dis que un pharmacien qui fait de l'ETP à mon avis ce sera encore plus intéressant à mon avis pour construire un programme, pour animer, si il est au contact avec le patient. »</p>

<b>Valeurs ajoutées du pharmacien en ETP</b>	
<b>Expert du médicament</b>	<p>« il a vraiment cette spécificité du médicament donc ça permet de croiser des regards : là où le médecin va expliquer la pathologie le pharmacien peut expliquer comment le médicament fonctionne. »</p> <p>« un pharmacien qui s'y connaît bien dans le traitement c'est toujours mieux que d'avoir l'infirmière qui va se débrouiller en expliquant certaines choses »</p> <p>« c'est peut-être mieux fait aussi parce que euh... il s'y connaît un peu mieux. Parce que des fois on a des questions [...]. Voilà on se débrouille quoi mais c'est toujours un peu du débrouillage quoi. »</p> <p>« sur le volet de la prise en charge du traitement, c'est déjà quand même intéressant d'avoir un expert là-dedans »</p> <p>« moi je donne des informations générales comme je fais en consultation mais le conseil qu'on a au pharmacien c'est sûr moi je ne sais pas le donner »</p> <p>« le pharmacien peut avoir des connaissances sur le médicament avec des petits trucs peut-être dans la prise du médicament »</p> <p>« c'est effectivement une partie des compétences plus du pharmacien que de l'infirmier j'imagine »</p> <p>« le pharmacien est plus à même de répondre aux questions un peu pièges auxquelles les infirmières ne sauraient pas répondre. »</p> <p>« les avantages c'est sur la fonction de pharmacien, des spécificités que ni l'infirmier, ni le médecin qui sont les intervenants habituels que les programmes ETP connaissent donc c'est faire intervenir d'autres spécificités »</p> <p>« j'imagine que le pharmacien connaissant beaucoup mieux les traitements que nous pourrait être un atout supplémentaire notamment à l'atelier traitement »</p> <p>« parfois ils nous demandent des petites choses en plus et là on voit tout de suite qu'on est un petit peu limité, quand ça sort de l'ordinaire. »</p>
<b>Conseils pratiques et connaissances théoriques</b>	<p>« le pharmacien peut avoir des connaissances sur le médicament avec des petits trucs peut-être dans la prise du médicament »</p> <p>« quand il y a des gestes d'auto soin, des gestes tout ça, je pense que le pharmacien a sa place »</p> <p>« aider les patients à s'organiser par rapport aux renouvellements d'ordonnance »</p> <p>« il a des connaissances sur le fonctionnement des pharmacies que n'ont pas forcément les autres. Peut-être que le pharmacien il pourra expliquer que pour ces traitements-là il faudra renouveler l'ordonnance mais que si ça n'a pas pu être fait, si jamais le patient a perdu son traitement, il a peut-être un peu plus de bille pour donner des astuces de ce côté-là. »</p> <p>« C'est sûr qu'on le mettrait plus sur l'observance, la prise de médicaments, les questions un peu particulières concernant les oublis dans le traitement de la greffe par exemple parce que là on a fait un protocole d'oubli, là ça aurait été intéressant d'avoir un pharmacien pour le protocole d'oubli. »</p> <p>« l'explication de comment fonctionne le traitement et pourquoi il faut le prendre d'une certaine façon et pas d'une autre, au niveau des choses auxquelles il faut faire attention comme des interactions »</p> <p>« qu'un patient soit bien informé aussi de la façon aussi dont il peut prendre ses médicaments, des effets secondaires que ça peut avoir là-dessus »</p> <p>« c'est vraiment l'expertise, la gestion, « qu'est-ce que je fais si je l'oublie ? », « est-ce que je prends double dose le soir ? », « quels sont les risques ? » ... Voilà. Et donc je pense que c'est réellement ça quoi. Une expertise. »</p> <p>« Je pense qu'expliquer ce que produit une molécule dans le corps, ça pourrait être intéressant pour les patients de savoir quels sont les effets des molécules dans leur corps et les interactions entre différents médicaments »</p>
<b>Impact chez le patient</b>	<p>« vis-a-vis des patients, ça fait pas le même écho si on a un expert dans le domaine. »</p> <p>« Forcément, parce que quand il y a différents corps de métier dans les ateliers, ça a toujours un impact. Les patients se livrent différemment »</p> <p>« Je pense qu'il [le patient] aurait des questions plus ciblées en sachant qu'il est pharmacien, des questions auxquelles il ne penserait pas forcément. »</p> <p>« je pense que pour les patients, quand vous avez un professionnel de la thématique, le poids de ce qui va être dit n'est absolument pas le même. Ils viennent chercher aussi beaucoup l'expertise »</p> <p>« le fait d'avoir un expert du médicament et des effets secondaires, peut être que ça limiterait le doute qui peut persister parfois quand on leur parle »</p> <p>« ensuite il y a eu aussi parce qu'il est arrivé avec son expertise et que les patients ont beaucoup apprécié. Ils parlent à un pharmacien quand même. Ça c'est important. »</p> <p>« le discours du pharmacien sera peut être entendu d'une façon plus assidue que le discours d'un infirmier ou d'un aide-soignant, parce qu'inconsciemment, implicitement, les gens vont accorder plus de crédit, de valeur au discours d'un médecin ou d'un pharmacien. »</p>

	« Alors oui peut-être qu'aux yeux du patient, qu'un pharmacien parle d'un traitement ça consoliderait quelque chose. »
<b>Autre regard sur le patient</b>	« vous allez certainement repérer mieux que nous des gens qui ont peut-être besoin d'être vu en individuel » « justement d'analyser où est-ce que la présence du pharmacien en individuel a tout son sens. Ou si on ne peut bénéficier de la présence du pharmacien en individuel que sur 50 patients sur les 100, lesquels on prend ? Et comment on le repère ? »

<b>Axes facilitants l'intégration du pharmacien en ETP</b>	
<b>Communication</b>	<p>« Je pense que le premier axe où ça peut être un peu développé c'est justement sur les formations. Rappeler que ça reste le spécialiste du médicament, qu'on est à l'hôpital et que sans forcément qu'il participe à tous les ateliers mais au moins à la conception à voir plus selon la pathologie ou ce genre de choses, ça peut être bon de solliciter la pharmacie. »</p> <p>« C'est dans ce genre de réunion qu'il faut se faire connaître et dire que vous êtes intéressés »</p> <p>« Apprendre à se connaître en fait, parce que le rôle du pharmacien à l'hôpital, on n'imagine pas réellement l'ampleur de son rôle à l'hôpital. »</p> <p>« si on pouvait avoir plus de communication entre les services sur ce qui se fait ailleurs. »</p> <p>« au niveau de l'UTEP s'il y avait une page intranet avec l'ensemble des programmes et des intervenants et des services dans lesquels ils se trouvent, et bien par exemple peut être qu'il y a un pharmacien qui intervient dans un autre programme d'ETP, on pourrait le contacter pour qu'il intervienne dans le nôtre »</p> <p>« contacter l'unité d'éducation thérapeutique du CHR et qu'elle vous mette en relation, qu'elles vous mettent en relation avec les équipes qui n'ont pas de pharmacien et avec qui ce serait intéressant de travailler. »</p> <p>« Alors il faudrait peut-être se rapprocher d'un professionnel pharmacien pour essayer de voir ce qu'il pourrait nous apporter parce que c'est sûr que comme pour les autres professionnels il pourrait nous apporter des choses intéressantes. »</p> <p>« déjà mieux communiquer. Parce que c'est vrai que comme je vous ai dit au départ nous quand on a commencé nous ça nous a même pas traversé l'esprit. Dans ce cas ça serait de mieux communiquer avec les pharmaciens, les médecins, les infirmières, mieux savoir ce qu'on peut apporter justement et qu'est-ce que le pharmacien peut apporter »</p>
<b>Intégration à l'équipe de soin</b>	<p>« Je pense qu'il faut aller vers les équipes. »</p> <p>« si tu veux pas qu'on t'oublie faut que tu te montres régulièrement »</p> <p>« Juste venir saluer les équipes. Alors à des moments stratégiques style « c'est la coupure » ou là ils sont tous rassemblés [...] Juste pour dire « bonjour, ça va ? est-ce qu'il y a des petits soucis cette fois-ci ? » et puis après vous aurez forcément des coups de fils ... et on vous oubliera plus dans la pharmacie. »</p> <p>« On devrait intégrer les pharmaciens plus dans les unités de soin je pense. »</p> <p>« je ne connais pas du tout mais qu'il y ait des pharmaciens dans un service spécifique ça serait carrément plus facile puisqu'il est dans le service on a un contact direct donc pour organiser quelque chose ce serait nettement plus simple »</p>
<b>Attitude proactive</b>	<p>« mais ces programmes qui sont connus avec beaucoup de patients c'est presque soit l'UTEP soit la pharmacie si ça fait partie de vos projets de développement qui devraient solliciter ces programmes et dire « bah voilà on est formés, on est disponibles, si vous voulez qu'on intervienne sur cette partie-là on peut y réfléchir ensemble ». Mais je ne pense pas que sans qu'on aille chercher les gens des programmes, je ne pense pas que ça puisse s'infiltrer tout seul. »</p> <p>« Il faut toujours qu'il y ait un projet. Donc ça se prépare. »</p> <p>« Il faut que le pharmacien ou la pharmacienne apporte son idée. »</p> <p>« mais oui c'est à lui de venir dans les équipes et de se faire connaître »</p> <p>« De la part des pharmaciens qui souhaitent s'impliquer dans les programmes d'ETP, de venir toquer aux portes directement des services dans lesquels on a des programmes comme ça et de susciter une réunion »</p> <p>« peut-être que les pharmaciens reviennent vers nous avec des projets un petit peu concret et une pédagogie écrite, avec une animation écrite, choisie qui pourrait s'insérer dans un programme »</p> <p>« je pense que ce soit une démarche de sa part et pas une démarche descendante »</p>



## Bibliographie

1. OMS. Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases ; report of a WHO working group. Copenhagen: 1998.
2. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - 2009. Disponible sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
3. HAS. Guide méthodologique : Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. 2007;
4. HAS. L'éducation thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation. 2007;
5. D'Ivernois J-F, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Vigot. 1995.
6. Heneghan C, Alonso-Coello P, Garcia-Alamino JM, Perera R, Meats E, Glasziou P. Self-monitoring of oral anticoagulation: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Lond Engl* 2006;367(9508):404–11.
7. Gibson PG, Powell H, Coughlan J, Wilson AJ, Abramson M, Haywood P, et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD001117.
8. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care* 2001;24(3):561–87.
9. HAS. Indicateurs dans le champ de l'éducation thérapeutique du patient - 2014
10. ARS Nord-Pas-de-Calais. Schéma Régional de l'Offre de Soins - Annexe Education Thérapeutique du Patient. 2011;
11. Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient
12. De la Tribonnière X, Gagnayre R. L'interdisciplinarité en éducation thérapeutique du patient : du concept à une proposition de critères d'évaluation. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ* 2013;5(1):163–76.
13. Décret n° 2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. 2013.
14. Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient | Legifrance
15. LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 | Legifrance
16. Ordre National des Pharmaciens. L'éducation thérapeutique - Le pharmacien; 2017 Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Champs-d-activites/L-education-therapeutique>
17. Jacquemet S, Certain A. Education thérapeutique du patient: rôles du pharmacien. *Bull L'Ordre* 2000;367:269–275.
18. Baudrant. Réflexions sur la place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient. *J Pharm Clin* 2008;201–4.

19. Lehmann A, Janoly-Dumenil A, Baudrant-Boga M, Allenet B, clinique pour le groupe « éducation thérapeutique du patient »-S française de pharmacie. *Pharmacien et éducation thérapeutique du patient : quelles pratiques sur le territoire français ?*
20. Dumez H. Qu'est-ce que la recherche qualitative? *Libellio Aegis* 2011;7(4–Hiver):47–58.
21. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. *Les recherches qualitatives en santé* 2016
22. Madsen PM. These Lives Will Not Be Lost in Vain: Organizational Learning from Disaster in U.S. Coal Mining. *Organ Sci* 2009;20(5):861–75.
23. Christianson MK, Farkas MT, Sutcliffe KM, Weick KE. Learning Through Rare Events: Significant Interruptions at the Baltimore & Ohio Railroad Museum. *Organ Sci* 2009;20(5):846–60.
24. Rerup C. Attentional Triangulation: Learning from Unexpected Rare Crises. *Organ Sci* 2009;20(5):876–93.
25. Britten N, Fisher B. Qualitative research and general practice. *Br J Gen Pract* 1993;43(372):270–1.
26. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care* 2007;19(6):349–57.
27. Giordano Y, Jolibert A. Pourquoi je préfère la recherche quantitative. Pourquoi je préfère la recherche qualitative. *Rev Int PME [Internet]* 2016 [cited 2018 Aug 4];29(2). Available from: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01230943/document>
28. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication. *Rev Médicale L'assurance Mal* 2001;32(2):117–121.
29. Mucchielli R. *Le travail en équipe : Clés pour une meilleure efficacité collective*. 13ème édition. Thiron : ESF Editeur; 2013.
30. Béchet C, Pichon R, Giordan A, Bonnabry P. Hospital pharmacists seen through the eyes of physicians: qualitative semi-structured interviews. *Int J Clin Pharm* 2016;38(6):1483–96.
31. Bradley F, Ashcroft DM, Noyce PR. Integration and differentiation: a conceptual model of general practitioner and community pharmacist collaboration. *Res Soc Adm Pharm RSAP* 2012;8(1):36–46.
32. Farrell B, Ward N, Dore N, Russell G, Geneau R, Evans S. Working in interprofessional primary health care teams: what do pharmacists do? *Res Soc Adm Pharm RSAP* 2013;9(3):288–301.
33. Khdour MR, Alayasa KS, Alshahed QN, Hawwa AF. Physicians' perceptions, attitudes and expectations regarding the role of hospital-based pharmacists in the West Bank, Palestine. *Int J Pharm Pract* 2013;21(3):178–84.
34. Doucette WR, Nevins J, McDonough RP. Factors affecting collaborative care between pharmacists and physicians. *Res Soc Adm Pharm RSAP* 2005;1(4):565–78.
35. Zaidan M, Singh R, Wazaify M, Tahaineh L. Physicians' perceptions, expectations, and experience with pharmacists at Hamad Medical Corporation in Qatar. *J Multidiscip Healthc* 2011;4:85–90.
36. Matowe L, Abahussain EA, Al-Saffar N, Bihzad SM, Al-Foraih A, Al-Kandery AA. Physicians' perceptions and expectations of pharmacists' professional duties in government hospitals in Kuwait. *Med Princ Pract Int J Kuwait Univ Health Sci Cent* 2006;15(3):185–9.
37. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. *BMJ* 2000;320(7227):114–6.

Université de Lille  
FACULTE DE PHARMACIE DE LILLE  
**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**  
Année Universitaire 2017/2018

**Nom : MUSY**  
**Prénom : Elodie**

**Titre de la thèse :**

Point de vue des professionnels de santé sur les éléments déterminant l'absence des pharmaciens des programmes d'Education Thérapeutique du Patient au CHU de Lille :  
une recherche qualitative à partir d'entretiens individuels semi-structurés.

**Mots-clés :** éducation thérapeutique du patient (ETP), pluridisciplinarité, pharmacien, recherche qualitative.

**Résumé :** La pluridisciplinarité est une notion clé dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient. Elle est recommandée par la Haute Autorité de Santé, les Agences Régionales de Santé et mentionnée dans les textes de loi régissant cette activité. Au CHU de Lille, seuls 5 programmes sur 34 font intervenir un pharmacien dans leurs équipes. Ce travail est une recherche qualitative dont l'objectif est de mettre en évidence la représentation qu'ont les professionnels de santé intervenant en ETP sur le métier de pharmacien au CHU de Lille afin d'identifier les facteurs limitant l'intégration du pharmacien dans les équipes des programmes d'éducation du patient réalisée à partir d'entretiens individuels semi-structurés lors desquels ont été interrogés les professionnels de santé intervenant dans les programmes d'ETP du CHU de Lille.. Les principaux résultats montrent : l'absence du pharmacien des équipes de soin est le principal frein à cette intégration ; la profession de pharmacien est mal connue ; la valeur ajoutée (une expertise pharmaceutique reconnue mais une méconnaissance du vécu de la maladie) ; des freins organisationnels. Ainsi, plusieurs axes de progression ressortent face à ces constats : communication auprès des équipes d'ETP, formation à l'ETP, intégration aux équipes soignante. Tous ces éléments pourront servir de base de travail aux pharmaciens désireux d'élargir leur activité en ETP.

---

**Membres du jury :**

**Président :**

Mr le Pr Pascal ODOU, *Professeur des Universités - Praticien Hospitalier, Faculté de Pharmacie Université de Lille - CHU de Lille.*

**Directeur de mémoire :**

Mme le Dr Chloé DELANNOY-ROUSSELIERE, *Pharmacien Praticien Hospitalier, CHU de Lille*

**Asseseurs :**

Mme le Dr Sophie LIABEUF, *Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier, Université de Picardie Jules Verne - CHU d'Amiens*

Mme le Dr Sandrine MORELL-DUBOIS, *Médecin spécialiste en Médecine Interne, Praticien Hospitalier – CHU de Lille*