

## Peut-on évaluer les effets de la formation continue ? Le cas des pratiques professionnelles du pharmacien d'officine

Nathalie Calop

Volume 23, numéro 2-3, 2000

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1091226ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1091226ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

ADMEE-Canada - Université Laval

ISSN

0823-3993 (imprimé)

2368-2000 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Calop, N. (2000). Peut-on évaluer les effets de la formation continue ? Le cas des pratiques professionnelles du pharmacien d'officine. *Mesure et évaluation en éducation*, 23(2-3), 37–52. <https://doi.org/10.7202/1091226ar>

Résumé de l'article

L'objet de notre recherche est d'évaluer les effets des actions de formation continue sur les pratiques professionnelles du pharmacien d'officine diplômé. Cet objectif a nécessité la construction d'un protocole méthodologique appliqué à une telle situation et élaboré à partir d'une « référentialisation » justifiant le choix des indicateurs d'évaluation. Les résultats mettent en évidence une potentielle amélioration de la relation entre le pharmacien et le prescripteur, une prise de conscience éclairée par le pharmacien de son rôle actif dans la prévention de la pathologie iatrogène médicamenteuse, une meilleure utilisation pratique de l'outil informatique, une approche éducative du patient plus active.

## **Peut-on évaluer les effets de la formation continue ? Le cas des pratiques professionnelles du pharmacien d'officine**

**Nathalie Calop**

*Université Pierre Mendès-France*

*Université Joseph Fourier*

**MOTS-CLÉS:** Pharmacien d'officine, formation continue, évaluation, pratiques professionnelles

*L'objet de notre recherche est d'évaluer les effets des actions de formation continue sur les pratiques professionnelles du pharmacien d'officine diplômé. Cet objectif a nécessité la construction d'un protocole méthodologique appliqué à une telle situation et élaboré à partir d'une « référentialisation » justifiant le choix des indicateurs d'évaluation. Les résultats mettent en évidence une potentielle amélioration de la relation entre le pharmacien et le prescripteur, une prise de conscience éclairée par le pharmacien de son rôle actif dans la prévention de la pathologie iatrogène médicamenteuse, une meilleure utilisation pratique de l'outil informatique, une approche éducative du patient plus active.*

**KEY WORDS:** Community pharmacy, continuous training, evaluation, professional practice

*The purpose of this study is to evaluate the impact of a continuous training on pharmacists practices. This object required the construction of a methodological protocol applied to such a situation, formulated from a « référentialisation » justifying the choice of criterias and indicators. The results show: a potential improvement of the relationship between the pharmacist and the physician, the pharmacists' awareness of the prominent part in participating at the prevention of iatrogenic risk, a better use of the software tools, a better educative approach with the patient.*

---

Note de l'auteur: Toute demande d'information peut être adressée à Nathalie Calop, docteure en pharmacie, Le Village, Cidex 36, 38190 Bernin, France. Adresse électronique: [nathaliecalop@wanadoo.fr](mailto:nathaliecalop@wanadoo.fr).

## Introduction

L'évolution actuelle dans le monde de la santé justifie une mise à jour permanente des connaissances, d'où un débat majeur sur une formation continue obligatoire. La qualité des soins et des services comprend la mise en œuvre de pratiques liées notamment à des référents professionnels, ces pratiques s'appliquant aussi bien à la recherche médicale, à l'exercice du soin, à la dispensation, à l'administration et à l'observance du traitement. En milieu hospitalier, les acteurs de santé, médecin, pharmacien ou infirmier et infirmière, portent un intérêt tout particulier à la façon dont le patient prend et suit son traitement (Noirez, Protas, Monfort, Commu, Labrude & Hoffman, 1998), de façon à optimiser son observance, c'est-à-dire « la fidélité » à son traitement<sup>1</sup>. Il n'en est pas toujours de même pour un patient au traitement ambulatoire, délivré en pharmacie d'officine, qui devra parfois s'informer lui-même sur les caractéristiques de son traitement. Le rôle éducatif du pharmacien d'officine dans l'optimisation du traitement du patient devient ainsi particulièrement important.

À ce sujet, le *Code de la santé publique* confirme les missions technique et scientifique du pharmacien d'officine, au travers de son rôle d'écoute, de conseil, d'explicitation du traitement, notamment concernant le mode d'action de chaque médicament, ses modalités d'administration, de conservation, ses éventuels effets indésirables, les interactions médicamenteuses à proscrire ou à déconseiller, etc. (Caulin, 1998; Jacquemet & Certain, 2000; Williford & Johnson, 1995). Toutes ces recommandations impliquent activement le pharmacien dispensateur, en complémentarité avec le médecin prescripteur, dans la prévention de la pathologie iatrogène<sup>2</sup> médicamenteuse.

Bien qu'aucune commande institutionnelle ne soit à l'origine de notre recherche, diverses questions issues de ce contexte nous ont paru pertinentes et ont guidé notre travail. Parmi elles : quelle « plus-value » le pharmacien d'officine apporte-t-il au « patient-client-apprenant », en droit d'exiger de lui une compétence complémentaire au diagnostic médical préalable ? Comment évaluer l'adéquation entre une formation (qu'elle soit initiale ou continue) et des pratiques professionnelles ? Comment évaluer les effets des formations ? Autant de pistes de recherche à explorer.

Nous avons pris le parti de travailler sur cette dernière question, avec comme support un dispositif de formation continue déjà existant. Cette formation, intitulée Ordoqual<sup>3</sup>, est destinée aux pharmaciens d'officine diplômés et développe essentiellement le thème de la dispensation de l'ordonnance (au

travers de la connaissance des principales contre-indications et des interactions médicamenteuses, par la biais de l'analyse de cas cliniques potentiellement «à risque»). Il s'agit de stages de deux jours, alternant des questionnaires, des exposés et des études de cas ludiques et interactives, permettant ainsi aux participants de confronter et d'enrichir leurs expériences professionnelles respectives. Ordoqual© a, jusqu'à présent, été suivi par environ trois mille pharmaciens. Face à une perception apparemment toujours très positive, plus particulièrement ressentie sur le plan de l'amélioration des connaissances, il nous a paru pertinent d'évaluer quelles caractéristiques professionnelles semblaient réellement améliorées à l'issue de cette formation. Il s'agit ainsi d'une évaluation aux fonctions à la fois formative (avec une analyse des tâches et un ajustement propice à une production individuelle et collective de sens) et aussi critique (aussi bien interprétative que d'investigation, avec la découverte de ce que l'on n'avait pas toujours prévu).

Dans ce contexte spécifique de formation professionnelle, l'étude réalisée va être présentée ici selon le schéma classique évoquant: la méthode, les résultats obtenus et leur discussion.

## Méthode

Nous nous sommes intéressée aux travaux sur l'évaluation par rapport à un phénomène éducatif dans sa complexité, avec l'évaluation des dispositifs et systèmes. Afin d'analyser une situation à un moment donné, nous avons appliqué la démarche de «référentialisation» définie par Figari (1994) comme allant de la construction du référentiel, «prise en compte des référents et construction des critères et indicateurs jusqu'à la conception de l'instrument d'évaluation s'y rapportant». Ont été définis différents éléments à évaluer, ainsi que des référents théoriques, de contexte et d'acteurs. Puis, en mettant en relation les éléments à évaluer avec leurs référents, nous avons défini et justifié les critères de l'évaluation, puis en relation avec ces critères, les indicateurs destinés à recueillir les données.

### *Les critères*

Les critères retenus sont les suivants :

- Critère d'adaptabilité. Ce critère témoigne pour nous de la capacité du professionnel à faire face à une situation nouvelle, en mettant en œuvre des notions théoriques préalablement apprises. On note ici une opposition entre un environnement de travail idéalement stable et un réel environnement de travail flexible, instable et dynamique, faisant surgir des tâches

discrètes. Doivent alors être pris en compte : les contraintes de l'entreprise, les interactions potentielles entre les différents acteurs et une nécessaire coordination entre ces divers éléments. La tâche est alors la cause à l'origine du comportement, appelé ici « effet ». On passe donc de tâches normatives avec une structuration forte, à des tâches flexibles, complexes, pour lesquelles il devient impératif de définir des frontières d'acceptabilité et de contrainte. Nous insisterons ici sur la notion de temps : les critères relevés imposent au professionnel de gérer une situation à un instant « t », ancrée dans un contexte professionnel. Enfin, parmi les référents justifiant le choix de ce type de critère, nous retenons principalement un fort aspect juridique (mettant en exergue la responsabilité du pharmacien), une évolution permanente des connaissances ainsi que la perception du changement d'attitude du « patient-client », évoquée par les pharmaciens ayant participé aux entretiens exploratoires.

- Critère de pertinence. Ce critère sous-entend une globalisation de l'acte professionnel, avec un espoir d'optimisation dans la recherche de l'information et sa utilisation ; ainsi, tout changement dans des pratiques professionnelles ne devient réel que dans la mesure où il s'intègre dans le registre comportemental du sujet. Les sources de renseignements et les moyens techniques utilisés pour les traiter et les intégrer le plus efficacement possible sont englobés dans ce critère. Ce critère s'applique, dans notre recherche, aux outils informatiques et aux logiciels de détection, d'analyse et de gestion des interactions médicamenteuses. Ce choix se justifie notamment par un référentiel professionnel scientifique<sup>4</sup>, par les travaux sur l'implication des interactions médicamenteuses dans la survenue d'accidents thérapeutiques, par les remarques des pharmaciens eux-mêmes concernant les logiciels de traitement des ordonnances.
- Critère de cohérence. Ce critère fait appel au référentiel scientifique auquel le pharmacien en tant que professionnel de la santé est soumis, vis-à-vis de son propre exercice, mais aussi en relation avec d'autres partenaires tels que les membres de son équipe, le patient, le médecin. L'aspect juridique ressort ici fortement, en insistant autant sur le rôle du pharmacien même que sur ses relations avec les autres professionnels de la santé (médecin notamment), avec ses collaborateurs directs (dont il est responsable en tant que titulaire ou assistant) et avec le patient. Ce rôle complexe, à la fois d'écoute, de conseil, mais aussi de prévention de l'iatro-pathologie et de mise à jour permanente des connaissances, est perçu très nettement, aussi bien dans les textes juridiques qu'au travers des attentes des consommateurs et des pharmaciens eux-mêmes.

### *La phase exploratoire*

Une des premières étapes comprend la réalisation d'entretiens exploratoires destinés à rechercher les référents d'acteurs. Lors de cette étape, trois pharmaciens choisis aléatoirement ont été interrogés au cours d'entretiens semi-directifs (dont la trame se composait de questions relatives au rôle du pharmacien, à sa vision du devenir de la profession dans l'avenir, à l'intérêt pour la formation continue et aux éventuels effets de cette formation sur les pratiques). Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits afin d'en faire une analyse thématique (Bardin, 1996). Le tableau 1 décrit les principaux thèmes évoqués lors de ces entretiens.

Tableau 1  
*Analyse thématique des entretiens exploratoires*

<i>Thèmes</i>	<i>Nombre de fois où le thème est évoqué dans les entretiens<sup>a</sup></i>		
	<i>Entretien 1</i>	<i>Entretien 2</i>	<i>Entretien 3</i>
		<i>Femme</i>	<i>Homme</i>
	<i>Femme</i>	<i>Clientèle</i>	<i>Clientèle âgée</i>
	<i>Clientèle âgée</i>	<i>défavorisée</i>	<i>et défavorisée</i>
	<i>2 collaborateurs</i>	<i>3 collaborateurs</i>	<i>13 collaborateurs</i>
Aide sociale / éducation sanitaire	1	4	2
Aspect commercial	2	15	5
Communication / autres professionnels de santé	0	7	4
Communication et conseil / patient	4	13	10
Dévalorisation / disparition du métier	3	0	4
Dispensation	8	4	1
Évolution scientifique du métier	3	6	3
Intérêt / connaissances scientifiques	1	12	6
Mémorisation	0	13	1
Méthode et réflexes	0	3	5
Perte d'identité de chaque pharmacien	0	5	0
Pessimisme	0	0	2
Pouvoir	2	0	2
Problèmes organisationnels (temps, personnel)	2	7	12
Reconnaissance et valorisation	2	3	7
Surcharge administrative	0	1	11

<sup>a</sup> Catégorie de pharmaciens et de pharmacies consultés

Tout comme les référents bibliographiques, ces trois entretiens ont contribué à la mise en évidence thématique caractéristique de préoccupations professionnelles particulièrement sensibles, telles que la tendance prédominante de l'aspect commercial de la profession (intégrant une surcharge administrative et des problèmes organisationnels) et, parallèlement, le rôle accru du pharmacien relativement à la communication et au conseil auprès du patient ainsi que son intérêt préservé pour l'aspect technique et scientifique de la profession (connaissances scientifiques, mémorisation de ces connaissances, etc.). Enfin, en affinant l'objet de notre recherche au travers de l'élaboration et de la justification d'indicateurs, matérialisation des trois critères préalablement décrits, nous allons bâtir le référentiel d'évaluation de notre étude.

### ***Le référentiel d'évaluation***

Le tableau 2 décrit notre référentiel d'évaluation tout en permettant de suivre la construction chronologique des différentes étapes de son élaboration. Ce tableau rassemble par colonnes les éléments ayant contribué à la construction définitive de notre outil d'évaluation. Les colonnes 1 et 2 reprennent les trois types de référents intégrés dans notre recherche (référents de contexte, bibliographiques et d'acteurs); y sont mis en exergue les éléments caractéristiques de ces référents. Puis, dans les troisième et quatrième colonnes sont précisés les critères d'évaluation retenus (trois groupes de critères: adaptabilité, pertinence et cohérence) et leur matérialisation par rapport à notre objet de recherche; enfin figurent les indicateurs liés à ces critères (au moins un par critère), éléments mesurables qui nous conduiront ensuite à la formulation des questions de notre outil d'évaluation (questionnaire joint en annexe).

Selon les indicateurs choisis, nous avons construit un questionnaire comportant 19 questions. Ce questionnaire a été administré en deux étapes: une première fois en début de formation (questionnaire en «input») puis une seconde fois un mois plus tard (questionnaire en «output»). La comparaison des résultats est présentée pour 15 participants sur 21 ayant répondu avant et après la formation.

### ***Résultats***

Les principaux résultats sont présentés sous forme de tableau, faisant figurer les réponses aux questionnaires, avant et après la formation. Toutes les questions n'ont pas été retenues dans cet article, de façon à faciliter la lecture et la compréhension du tableau 3 (l'exhaustivité des données est disponible sur demande).

Tableau 2  
*Référentiel d'évaluation*

<i>Référents</i>	<i>Éléments caractéristiques</i>		<i>Critères</i>	<i>Indicateurs</i>
de contexte	C.S.P. <sup>a</sup>		Intervention en temps réel et à bon escient	Nombre de détections de dysfonctionnements <sup>b</sup> en temps réel sur de nouvelles ordonnances
	Le Vidal®, édité par l'AFSSAPS <sup>c</sup>	Adaptabilité	Facilité de mise en œuvre des notions apprises	Temps de recherche d'une information en temps réel
bibliographiques	• L'iatropathologie médicamenteuse	Pertinence	Utilisation de l'outil informatique	Nombre de messages « interactions » lus et gérés / jour
	• L'audit médical		Efficacité de la recherche de l'information	Temps moyen mis pour trouver une information appropriée
d'acteurs	• L'analyse de l'exercice professionnel	Cohérence	Attitude concernant la gestion de l'information	Pourcentage d'ordonnances comportant une interaction correctement gérée
	• l'O.M.S. <sup>d</sup>		Compétence vis-à-vis de la validation de l'ordonnance	Pourcentage d'ordonnances délivrées sans en connaître le but ou malgré une incertitude quant au bien-fondé de cette dispensation
	• Enquêtes			Pourcentage d'ordonnances sans aucune question ou conseil
	La référentialisation			Nombre d'inscriptions annuelles à des formations professionnelles

- a. *Code de la santé publique* (référentiel juridique)  
b. Contre-indications relatives ou absolues, interactions médicamenteuses à déconseiller ou à proscrire, posologies non adaptées  
c. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ; impliquée lors de l'obtention d'autorisation de mise sur le marché des médicaments  
d. Organisation mondiale de la santé



Tableau 3

*Principaux liens entre critères, indicateurs, questions et réponses au questionnaire*

<i>Critères</i>	<i>Questions</i>	<i>Propositions / questions</i>	<i>Input (15/21)</i>	<i>Output (15)</i>	
Intervention en temps réel et à bon escient (A <sup>a</sup> )	Créez-vous régulièrement des « fiches patients <sup>b</sup> » (sur votre logiciel ou autre...)?	Oui	2	6	
		Non	13	9	
Efficacité de la recherche de l'information (P <sup>c</sup> )	À votre avis, quelle est généralement votre attitude face à une alerte du logiciel interaction ?	Questions au patient	10	13	
		Consultation de différents ouvrages	7	9	
		Conseil au patient	4	7	
		Appel au médecin	10	12	
		Non lecture du message d'alerte	2	1	
		Total	33	42	
		Total	8	7	
Attitude concernant la gestion de l'information (P)	Lorsque vous ne lisez pas un message d'interaction, quelle(s) en est (sont) la (les) raison(s)?	C'est un renouvellement d'ordonnance et tout va bien	8	7	
		Je connais l'interaction énoncée par le logiciel	8	12	
		Ces messages apparaissent systématiquement et prennent trop de temps	5	4	
		Je ne comprends pas l'explication pharmacologique énoncée	4	2	
		Connaissance du mécanisme pharmacologique			
		à l'origine du risque hémorragique encouru	0	11	
		Présence d'un médicament à marge thérapeutique étroite	0	3	
		Gestion de ce risque, en fonction de la chronologie de mise en place de deux des médicaments	0	2	
		automédication	6	3	
		Conseils au patient sur... observance	0	3	
surveillance biologique	9	9			
surveillance clinique	0	2			
Total	16	33			
Compétence vis-à-vis de la validation de l'ordonnance (C <sup>e</sup> )	Vous arrive-t-il de délivrer des ordonnances sans poser aucune question ?	Oui	10	6	
		Non	5	9	
		Demandez-vous systématiquement si d'autres médicaments sont pris ?	Oui	5	9
		Non	10	6	

a. Adaptabilité

b. La « fiche patient » correspond à un espace réservé où les antécédents physiopathologiques, notamment, peuvent être enregistrés.

c. Pertinence

d. Cette question évoque une étude de cas décrivant une interaction médicamenteuse entre deux médicaments, classique et potentiellement grave.

e. Cohérence

Ressortent principalement de ce tableau des différences sensibles entre les réponses au questionnaire «output» et les réponses au questionnaire «input». Cette apparente amélioration porte essentiellement sur l'organisation matérielle orchestrée autour de la dispensation de l'ordonnance (par exemple, la création de «fiches patient»), sur une recherche plus active en cas de dysfonctionnement lors de la dispensation, sur une meilleure compréhension des mécanismes pharmacologiques mis en jeu dans l'ordonnance et enfin sur une attitude préventive (quant à la survenue d'un éventuel effet iatrogène) plus active et pertinente.

### *Discussion*

Le sujet de cette étude était de montrer les effets des actions de formation continue sur les connaissances et les pratiques professionnelles du pharmacien d'officine.

Avant d'interpréter les résultats, nous devons considérer les limites suivantes.

- Le faible échantillonnage de la population interrogée ne permet aucune analyse statistique, mais seulement une analyse exploratoire. Cependant, ces résultats qualitatifs pourraient être confirmés ou infirmés par une étude plus large, incluant diverses variables, telles qu'une catégorisation sociale et professionnelle de l'environnement de l'officine, le type de pratique mise en place par le pharmacien titulaire, l'organisation interne de l'entreprise et le nombre de collaborateurs, etc.
- 15 pharmaciens sur 21 ont répondu au questionnaire «output».
- Les pharmaciens intégrés dans cette étude, participants volontaires à cette formation continue, ont inévitablement un profil particulier, de telle sorte que les résultats incluent indirectement leur motivation. Il semble alors délicat de les considérer comme représentatifs de la profession, dans la mesure où seul un faible pourcentage de pharmaciens se consacre à la formation continue (non obligatoire chez les pharmaciens); on aurait ainsi tendance à croire que les pharmaciens inscrits sont plus particulièrement motivés, et peut-être même que leurs connaissances scientifiques sont plus récentes et plus à jour... Si ces mêmes questionnaires avaient été remplis en «input» par des pharmaciens non inscrits, les résultats auraient peut-être été très différents. Nous ne sommes donc pas en présence de pharmaciens choisis selon des techniques habituelles (probabiliste, aléatoire, etc.).
- Le type d'outil choisi (le questionnaire) risque d'orienter les résultats de cette étude (résultats basés sur «le dire» et non forcément très fidèlement sur «le faire») et ces résultats pourraient être complétés par des observa-

tions ou des entretiens sur une population élargie. Il serait intéressant de savoir dans quelles conditions les pharmaciens ont répondu au questionnaire «output», dans la mesure où ils n'étaient plus dans un contexte de formation (contrairement au questionnaire initial), et perdaient leur anonymat. Concernant les connaissances et les compétences, le délai entre les deux questionnaires est trop court pour démontrer quoi que ce soit pour ce qui est des acquisitions ; il serait utile de compléter ces résultats par une étude longitudinale.

Ces limites précisées, les résultats ci-dessous décrivent ce que les pharmaciens déclarent faire (et non nécessairement ce qu'ils font réellement...); les axes principaux en sont les suivants :

- Une amélioration potentielle de la relation avec le prescripteur: le pharmacien n'ose pas toujours appeler le médecin quand il détecte un dysfonctionnement sur l'ordonnance. Il est prématuré de conclure que la formation continue proposée peut effectivement changer et améliorer cette relation, mais il apparaît que la plupart des pharmaciens prennent conscience du risque lié à l'iatro-pathologie ainsi que de sa participation potentiellement active et efficace dans la prévention. Nous avons montré ceci au travers des points suivants: la création par les pharmaciens de plus de «fiches-patient», décrivant le contexte historique et physiopathologique du patient, une meilleure détection des interactions médicamenteuses, une meilleure compréhension technique et scientifique de ces interactions, une recherche de l'information plus efficace, une meilleure utilisation de l'outil informatique (paramétrage des différents niveaux de gravité adapté à chacun des membres de l'officine).
- Une meilleure communication avec le patient, certainement perfectible... : le pharmacien pose plus de questions au patient de façon à limiter les risques majeurs lors de la dispensation appelés «points critiques» (interactions médicamenteuses, contre-indications, posologies, etc.). Une incertitude demeure toutefois en ce qui concerne l'attitude pratique du patient, seul chez lui avec son traitement...
- Le pharmacien semble plus vigilant face à une ordonnance à délivrer pour la première fois. Il considère souvent qu'un renouvellement d'ordonnance est moins «à risque» que la délivrance initiale. Il serait intéressant lors de formations ultérieures d'inciter les pharmaciens à être plus attentifs à l'apparition d'éventuels effets indésirables et aux surveillances du traitements (clinique, biologique, posologique, etc.).

## Conclusion

Au regard des résultats de cette évaluation, l'étude ouvre des perspectives stimulantes sur la formation continue professionnelle, visant une «prise de conscience éclairée» de l'existence d'un risque iatrogène concret et jusqu'alors trop souvent sous-estimé, voire nié (avec le maintien plus ou moins conscient d'un rapport de force obsolète vis-à-vis du prescripteur). Ainsi, un engagement plus dynamique et mieux ciblé du pharmacien d'officine dans la formation continue pourrait asseoir et crédibiliser son rôle de «copilote» de la prescription médicale, en tant qu'acteur de santé à l'interface des sciences médicales et éducatives (Deccache & Meremans, 2000).

Ainsi l'évaluation, qu'elle soit appliquée aux effets des dispositifs de formation ou aux pratiques professionnelles mêmes, endosse alors une fonction certes formative, mais aussi de «crédibilisation» professionnelle, en apportant sa contribution à la justification du rôle social du pharmacien, par la plus-value apportée en aval de l'acte médical.

Cette évaluation contribue également à un maintien permanent de la prise de conscience et de l'accomplissement de ses missions par le pharmacien, reformulées par Deccache (2001) par des recommandations notamment axées sur l'adaptation de la prise en charge thérapeutique avec une communication empathique avec les patients; l'identification des besoins des patients (besoins objectifs et subjectifs) et la mise à disposition d'une «aide à apprendre» pour les patients appropriée, visant l'optimisation de leur éducation thérapeutique.

## NOTES

1. À l'inverse de l'observance, la non-observance peut se définir comme «une prise erronée des médicaments, en termes de quantité, de respect des horaires, des contraintes d'alimentation ou de boisson, de régularité, etc., selon le niveau d'exigence requis pour une efficacité optimale et une tolérance maximale».
2. Le terme «iatrogénie» provient du grec «iatros», le médecin et «genos», l'origine, la cause. On désigne ainsi par «iatropathologie» la maladie provoquée par le médecin lors de son intervention sur le malade, et plus particulièrement par «iatropathologie médicamenteuse» une pathologie liée à l'administration d'un ou plusieurs médicaments prescrits par un médecin.
3. Formation déposée à la Société des gens de lettres sous le numéro U1822, et agréée par le Haut comité de la formation continue.
4. Les interactions «à proscrire» et «à déconseiller» font partie des trois principaux groupes de «points critiques» de l'ordonnance à valider par le pharmacien, au même titre que les contre-indications et les posologies.

## RÉFÉRENCES

- Bardin, L. (1996). *L'analyse de contenu*. Paris : PUF.
- Caulin, C. (1998). Information, éducation et accompagnement du patient. *Bulletin académique national de médecine*, 182, 1407-1414.
- Deccache, A. et Meremans, P. (2000). L'éducation pour la santé des patients : au carrefour de la médecine et des sciences humaines. In B. Sandrin-Berthon et al., *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Biennales de l'éducation. Paris : P.U.F.
- Deccache, A. (2001). L'éducation du patient en l'an 2001. Colloque de Namur, 22-23 mars 2001.
- Figari, G. (1994). *Évaluer : quel référentiel ?* Paris, Bruxelles : De Boeck Université.
- Jacquemet, S., & Certain, A. (2000). Éducation thérapeutique du patient : rôles du pharmacien. *Bulletin de l'Ordre*, 367, 269-275.
- Noirez, V., Protas, B., Monfort, P., Commun, N., Labrude, M., & Hoffman, M. (1998). Conseil pharmaceutique aux patients ambulatoires à l'hôpital. *J Pharm Clin*, 17, 160-168.
- O.M.S. (1998). *Therapeutic patient education. Continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases*.
- O.M.S. (2000). *Bulletin d'éducation du patient*, 19(1), 41-42.
- Williford, S.L., & Johnson, D.F. (1995). Impact of Pharmacist Counseling on Medication Knowledge and Compliance. *Mil Med*, 160, 561-564.

ANNEXE  
**QUESTIONNAIRE**

Vous avez accepté de participer à un questionnaire anonyme, dont les résultats seront utilisés lors de la rédaction d'un mémoire de recherche axé sur les pratiques professionnelles du pharmacien d'officine.

Merci de bien vouloir y répondre avec le maximum de soins et d'objectivité.

**IDENTIFICATION**

---

**1- Quel est votre sexe ?**

- M       F

**2- Quel est votre âge ? \_\_\_\_\_ ans**

**3- Quelle est votre fonction dans l'officine ?**

- Pharmacien titulaire       Pharmacien assistant

**4- Quel est votre rythme de travail ?**

- Temps plein       Temps partiel

**5- Depuis combien d'années exercez-vous ?**

- Moins de 10 ans       De 10 à 20 ans       Plus de 20 ans

**6- Quel est le type de clientèle de l'officine dans laquelle vous exercez ?**

- Rurale     De quartier     Citadine     De passage (station, saison...)

**CRITÈRE 1**

---

**7- Créez-vous régulièrement des « fiches patients<sup>a</sup> »  
(sur votre logiciel ou autre...)?**

- Oui       Non

**8- Combien de problèmes<sup>b</sup> journaliers décelez-vous en temps réel sur de nouvelles ordonnances ?**

- 2 ou moins       De 3 à 5       Plus de 5

Comment réagissez-vous le plus souvent ?

- J'interroge le patient  
 Je communique un avis pharmaceutique au médecin  
 J'en parle à mes collaborateurs  
 Autre, précisez \_\_\_\_\_

**9- Combien de temps mettez-vous généralement pour trouver une information de type scientifique ?**

- En temps réel, moins de 5 minutes
- En temps réel, entre 5 et 10 minutes
- Je diffère la réponse

---

**CRITÈRE 2**

---

**10- Disposez-vous d'un logiciel de détection des interactions médicamenteuses ?**

- Oui  Non

Si oui, comment avez-vous paramétré les différents niveaux de gravité de ce logiciel ?

- Toutes les interactions apparaissent, quelle que soit leur gravité
- Seuls les niveaux les plus graves apparaissent

**11- A votre avis, quelle est généralement votre attitude face à une alerte du logiciel interaction ? (plusieurs réponses possibles)**

- J'interroge le patient
- Je consulte différents ouvrages
- Je conseille le patient
- J'appelle le prescripteur
- Je ne lis pas le message

**12- Lorsque vous ne lisez pas le message, quelle(s) en est (sont) la (les) raison(s) ? (classez-les par ordre décroissant)**

- C'est un renouvellement d'ordonnance et tout va bien
- Je connais l'interaction énoncée par le logiciel
- Ces messages apparaissent systématiquement et prennent trop de temps
- Je ne comprends pas l'explication pharmacologique énoncée

---

**CRITÈRE 3**

---

**13- Combien d'ordonnances par mois vous arrive-t-il de retravailler «en différé» ?**

- Moins de 5  De 5 à 10  Plus de 10

**14- Vous arrive-t-il de délivrer des ordonnances sans en connaître le but et/ou malgré une incertitude quant au bien-fondé de cette dispensation ?**

- Oui  Non

Si oui, pourquoi?

- Je n'ai pas toujours le temps
- Je ne connais pas certaines classes thérapeutiques
- Je ne connais pas suffisamment bien le patient
- Autre, précisez \_\_\_\_\_

**15- Vous arrive-t-il de délivrer des ordonnances sans aucune question ?**

- Oui  Non

Si oui, pourquoi?

---

---

Si non, quelles questions posez-vous principalement?

---

---

**16- Vous arrive-t-il de délivrer des ordonnances sans aucun conseil ?**

- Oui  Non

Si oui, pourquoi?

---

---

Si non, quels conseils donnez-vous principalement?

---

---

**17- Demandez-vous systématiquement au patient s'il prend d'autres médi-caments que ceux prescrits sur l'ordonnance qu'il vous présenté (autre ordonnance, automédication, etc.) ?**

- Oui  Non

Si non, pourquoi?

- Je considère que le médecin lui a déjà posé la question
- Le patient me l'aurait dit
- Je n'ai pas toujours le temps
- Autre, précisez \_\_\_\_\_



**18-Combien d’heures de formation continued avez-vous suivi personnellement en 1999 ?**

- Moins de 8                       Entre 8 et 32                       Plus de 32

Quels en ont été les principaux apports ?

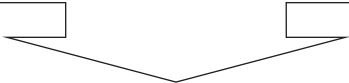
---

---

**19- En quelques lignes, quelle serait votre attitude face à l’ordonnance ci-dessous ?**

Monsieur P., 67 ans, pratiquement invalide, ayant pour antécédent un infarctus du myocarde, souffrant d’hypercholestérolémie, est régulièrement traité par :

*LIPANTHYL 200M® : 1 comprimé par jour,*  
*PREVISCAN® : 1 comprimé par jour,*  
*DAFALGAN® : 1 à 2 gélule(s) si douleurs (maxi = 6 par jour).*



---

---

---

---

---

---

---

---

Merci pour votre participation à ce travail.

- a. La «fiche patient» correspond à un espace réservé où les antécédents physiopathologiques notamment peuvent être enregistrés.
- b. On entend par «problème» les points critiques majeurs, tels que : non-respect d’une contre-indication sévère, d’une posologie, la présence d’une interaction médicamenteuse «à proscrire = contre-indiquée» ou «à déconseiller».
- c. Après l’avoir photocopiée, avec éventuellement l’équipe et l’aide d’outils adaptés, afin d’en affiner l’analyse.
- d. La notion de «formation continue» est entendue ici au sens large : séminaires, enseignements post-universitaires, informations laboratoires dans le cadre de l’officine, etc.