



جامعة محمد الخامس بالرباط  
Université Mohammed V de Rabat

**UNIVERSITE MOHAMMED V-RABAT  
FACULTE DE MEDECINE ET DE  
PHARMACIE RABAT**



**ANNEE : 2020**

**THESE N°:82**

**EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT EN PHARMACIE  
D'OFFICINE AU MAROC: ETAT DES LIEUX ET MODALITES  
D'IMPLEMENTATION**

**THÈSE**

*Présentée et soutenue publiquement le : .....*

**PAR**

**Mme Loukili OUMAIMA**

**Née le 28 Septembre 1995 à Rabat**

**Pour l'Obtention du diplôme de  
Docteur en Pharmacie**

**MOTS CLÉS:** Education thérapeutique, pharmacien officinal, maladie chronique, démarche éducative.

**JURY**

**Mr Jamal LAMSAOURI**

Professeur de Chimie Thérapeutique

**Mr Ahmed BENNANA**

Professeur de gestion et informatique Pharmaceutique

**Mr Jaouad EL HARTI**

Professeur de Chimie Thérapeutique

**Mr Youness RAHALI**

Professeur de Pharmacie galénique

**Mr Adnan EL WARTITI**

Pharmacien clinicien et hospitalier

**PRESIDENT**

**RAPPORTEUR**

**JUGE**

**JUGE**

**MEMBRE ASSOCIE**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا

إنك أنت العليم الحكيم

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سورة البقرة: الآية: 31



UNIVERSITE MOHAMMED V  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE  
RABAT

**DOYENS HONORAIRES :**

**1962 – 1969: Professeur Abdelmalek FARAJ**

1969 – 1974: Professeur Abdellatif BERBICH

1974 – 1981: Professeur Bachir LAZRAK

1981 – 1989: Professeur Taieb CHKILI

1989 – 1997: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI

1997 – 2003: Professeur Abdelmajid BELMAHI

2003 - 2013: Professeur Najia HAJJAJ – HASSOUNI

**ADMINISTRATION :**

*Doyen*

**Professeur Mohamed ADNAOUI**

*Vice-Doyen chargé des Affaires Académiques et Estudiantines*

Professeur Brahim LEKEHAL

*Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération*

Professeur Toufiq DAKKA

*Vice-Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie*

Professeur Younes RAHALI

*Secrétaire Général*

Mr. Mohamed KARRA

## 1 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

### Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz  
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi  
Pr. SETTAF Abdellatif

Médecine Interne – Clinique Royale  
Anesthésie -Réanimation  
Pathologie Chirurgicale

### Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed  
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne –Doyen de la FMPR  
Neurologie

### Janvier et Novembre 1990

Pr. KHARBACH Aïcha  
Pr. TAZI Saoud Anas

Gynécologie -Obstétrique  
Anesthésie Réanimation

### Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AZZOUZI Abderrahim  
Pr. BAYAHIA Rabéa  
Pr. BELKOUCHI Abdelkader  
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif  
Pr. BENSOUDA Yahia  
Pr. BERRAHO Amina  
Pr. BEZAD Rachid

Anesthésie Réanimation- Doyen de FMPO  
Néphrologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Pharmacie galénique  
Ophtalmologie  
Gynécologie Obstétrique  
Méd.Chef Maternité des Orangers  
Pharmacologie  
Histologie Embryologie  
Pédiatrie  
Pharmacologie- Dir. du Centre National PV Rabat  
Chimie thérapeutique \_\_\_\_\_

Pr. CHERRAH Yahia  
Pr. CHOKAIRI Omar  
Pr. KHATTAB Mohamed  
Pr. SOULAYMANI Rachida  
Pr. TAOUFIK Jamal

### Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed  
Pr. BENSOUDA Adil  
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza  
Pr. CHRAIBI Chafiq  
Pr. EL OUAHABI Abdessamad  
Pr. FELLAT Rokaya  
Pr. JIDDANE Mohamed  
Pr. TAGHY Ahmed  
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale Doyen de FMPT  
Anesthésie Réanimation  
Gastro-Entérologie  
Gynécologie Obstétrique  
Neurochirurgie  
Cardiologie  
Anatomie  
Chirurgie Générale  
Microbiologie

### Mars 1994

Pr. BENJAFFAR Nouredine  
Pr. BEN RAIS Nozha  
Pr. CAOUI Malika  
Pr. CHRAIBI Abdelmjid

Radiothérapie  
Biophysique  
Biophysique  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Pr. EL AMRANI Sabah  
Pr. ERROUGANI Abdelkader  
Pr. ESSAKALI Malika  
Pr. ETTAYEBI Fouad  
Pr. IFRINE Lahssan  
Pr. RHRAB Brahim  
Pr. SENOUCI Karima

#### **Mars 1994**

Pr. ABBAR Mohamed\*  
Pr. BENTAHILA Abdelali  
Pr. BERRADA Mohamed Saleh  
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae  
Pr. LAKHDAR Amina  
Pr. MOUANE Nezha

#### **Mars 1995**

Pr. ABOUQUAL Redouane  
Pr. AMRAOUI Mohamed  
Pr. BAIDADA Abdelaziz  
Pr. BARGACH Samir  
Pr. EL MESNAOUI Abbas  
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila  
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed  
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia  
Pr. SEFIANI Abdelaziz  
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

#### **Décembre 1996**

Pr. BELKACEM Rachid  
Pr. BOULANOVAR Abdelkrim  
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan  
Pr. GAOUZI Ahmed  
Pr. OUZEDDOUN Naima  
Pr. ZBIR EL Mehdi\*

#### **Novembre 1997**

Pr. ALAMI Mohamed Hassan  
Pr. BIROUK Nazha  
Pr. FELLAT Nadia  
Pr. KADDOURI Nouredine  
Pr. KOUTANI Abdellatif  
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid  
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ  
Pr. TOUFIQ Jallal  
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

#### **Doyen de la FMPA**

Gynécologie Obstétrique  
Chirurgie Générale – **Directeur du CHIS**  
Immunologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Chirurgie Générale  
Gynécologie – Obstétrique  
Dermatologie

#### **Urologie Inspecteur du SSM**

Pédiatrie  
Traumatologie – Orthopédie  
Ophtalmologie  
Gynécologie Obstétrique  
Pédiatrie

Réanimation Médicale  
Chirurgie Générale  
Gynécologie Obstétrique  
Gynécologie Obstétrique  
Chirurgie Générale  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Urologie  
Ophtalmologie  
Génétique  
Réanimation Médicale

Chirurgie Pédiatrie  
Ophtalmologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Néphrologie  
Cardiologie **Directeur HMI Mohammed V**

Gynécologie-Obstétrique  
Neurologie  
Cardiologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Urologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Psychiatrie **Directeur Hôp. Ar-razi Salé**  
Gynécologie Obstétrique

### **Novembre 1998**

Pr. BENOMAR ALI  
Pr. BOUGTAB  
Pr. ER RIHANI Hassan  
Pr. BENKIRANE Majid\*

Neurologie *Doyen de la FMP Abulcassis*  
Abdesslam Chirurgie Générale  
Oncologie Médicale  
Hématologie

### **Janvier 2000**

Pr. ABID Ahmed\*  
Pr. AIT OUAMAR Hassan  
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd  
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine  
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer  
Pr. ECHARRAB El Mahjoub  
Pr. EL FTOUH Mustapha  
Pr. EL MOSTARCHID Brahim\*  
Pr. TACHINANTE Rajae  
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumo-phtisiologie  
Pédiatrie  
Pédiatrie  
Pneumo-phtisiologie *Directeur Hôp. My Youssef*  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Pneumo-phtisiologie  
Neurochirurgie  
Anesthésie-Réanimation  
Médecine Interne

### **Novembre 2000**

Pr. AIDI Saadia  
Pr. AJANA Fatima Zohra  
Pr. BENAMR Said  
Pr. CHERTI Mohammed  
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma  
Pr. EL HASSANI Amine  
Pr. EL KHADER Khalid  
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan  
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae

Neurologie  
Gastro-Entérologie  
Chirurgie Générale  
Cardiologie  
Anesthésie-Réanimation  
Pédiatrie - *Directeur Hôp. Cheikh Zaid*  
Urologie  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Pédiatrie

### **Décembre 2001**

Pr. BALKHI Hicham\*  
Pr. BENABDELJLIL Maria  
Pr. BENAMAR Loubna  
Pr. BENAMOR Jouda  
Pr. BENELBARHDADI Imane  
Pr. BENNANI Rajae  
Pr. BENOACHANE Thami  
Pr. BEZZA Ahmed\*  
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi  
Pr. BOUMDIN El Hassane\*  
Pr. CHAT Latifa  
Pr. DAALI Mustapha\*  
Pr. EL HIJRI Ahmed  
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid  
Pr. EL MADHI Tarik  
Pr. EL OUNANI Mohamed  
Pr. ETTAIR Said  
Pr. GAZZAZ Miloudi\*

Anesthésie-Réanimation  
Neurologie  
Néphrologie  
Pneumo-phtisiologie  
Gastro-Entérologie  
Cardiologie  
Pédiatrie  
Rhumatologie  
Anatomie  
Radiologie  
Radiologie  
Chirurgie Générale  
Anesthésie-Réanimation  
Neuro-Chirurgie  
Chirurgie-Pédiatrique  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie - *Directeur Hôp. Univ. Cheikh Khalifa*  
Neuro-Chirurgie

Pr. HRORA Abdelmalek  
Pr. KABIRI EL Hassane\*  
Pr. LAMRANI Moulay Omar  
Pr. LEKEHAL Brahim

Pr. MEDARHRI Jalil  
Pr. MIKDAME Mohammed\*  
Pr. MOHSINE Raouf  
Pr. NOUINI Yassine  
Pr. SABBABH Farid  
Pr. SEFIANI Yasser  
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

### **Décembre 2002**

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane\*  
Pr. AMEUR Ahmed \*  
Pr. AMRI Rachida  
Pr. AOURLARH Aziz\*  
Pr. BAMOU Youssef \*  
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene\*  
Pr. BENZEKRI Laila  
Pr. BENZZOUBEIR Nadia  
Pr. BERNOUSSI Zakiya  
Pr. CHOHO Abdelkrim \*  
Pr. CHKIRATE Bouchra  
Pr. EL ALAMI EL Fellous Sidi Zouhair  
Pr. EL HAOURI Mohamed \*  
Pr. FILALI ADIB Abdelhai  
Pr. HAJJI Zakia  
Pr. JAAFAR Abdeloihab\*  
Pr. KRIOUILE Yamina  
Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss\*  
Pr. OUJILAL Abdelilah  
Pr. RAISS Mohamed  
Pr. SIAH Samir \*  
Pr. THIMOU Amal  
Pr. ZENTAR Aziz\*

### **Janvier 2004**

Pr. ABDELLAH El Hassan  
Pr. AMRANI Mariam  
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas  
Pr. BENKIRANE Ahmed\*  
Pr. BOULAADAS Malik  
Pr. BOURAZZA Ahmed\*  
Pr. CHAGAR Belkacem\*  
Pr. CHERRADI Nadia  
Pr. EL FENNI Jamal\*  
Pr. EL HANCHI ZAKI

Chirurgie Générale *Directeur Hôpital Ibn Sina*  
Chirurgie Thoracique  
Traumatologie Orthopédie  
Chirurgie Vasculaire Périphérique  
*V-D chargé Aff Acad. Est.*  
Chirurgie Générale  
Hématologie Clinique  
Chirurgie Générale  
Urologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Vasculaire Périphérique  
Pédiatrie

Anatomie Pathologique  
Urologie  
Cardiologie  
Gastro-Entérologie *Dir.-Adj. HMI Mohammed V*  
Biochimie-Chimie  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Dermatologie  
Gastro-Entérologie  
Anatomie Pathologique  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Chirurgie Pédiatrique  
Dermatologie  
Gynécologie Obstétrique  
Ophtalmologie  
Traumatologie Orthopédie  
Pédiatrie  
Gynécologie Obstétrique  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Chirurgie Générale  
Anesthésie Réanimation  
Pédiatrie  
Chirurgie Générale

Ophtalmologie  
Anatomie Pathologique  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Gastro-Entérologie  
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale  
Neurologie  
Traumatologie Orthopédie  
Anatomie Pathologique  
Radiologie  
Gynécologie Obstétrique

Pr. EL KHORASSANI Mohamed  
Pr. HACHI Hafid  
Pr. JABOUIRIK Fatima  
Pr. KHARMAZ Mohamed  
Pr. MOUGHIL Said  
Pr. OUBAAZ Abdelbarre \*  
Pr. TARIB Abdelilah\*  
Pr. TIJAMI Fouad  
Pr. ZARZUR Jamila

### **Janvier 2005**

Pr. ABBASSI Abdellah  
Pr. ALLALI Fadoua  
Pr. AMAZOUZI Abdellah  
Pr. BAHIRI Rachid  
Pr. BARKAT Amina  
Pr. BENYASS Aatif  
Pr. DOUDOUH Abderrahim\*  
Pr. HAJJI Leila  
Pr. HESSISSEN Leila  
Pr. JIDAL Mohamed\*  
Pr. LAAROUSSI Mohamed  
Pr. LYAGOUBI Mohammed  
Pr. SBIHI Souad  
Pr. ZERAIDI Najia

### **AVRIL 2006**

Pr. ACHEMLAL Lahsen\*  
Pr. BELMEKKI Abdelkader\*  
Pr. BENCHEIKH Razika  
Pr. BIYI Abdelhamid\*  
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine  
Pr. BOULAHYA Abdellatif\*

Pr. CHENGUETI ANSARI Anas  
Pr. DOGHMI Nawal  
Pr. FELLAT Ibtissam  
Pr. FAROUDY Mamoun  
Pr. HARMOUCHE Hicham  
Pr. IDRIS LAHLOU Amine\*  
Pr. JROUNDI Laila  
Pr. KARMOUNI Tariq  
Pr. KILI Amina  
Pr. KISRA Hassan  
Pr. KISRA Mounir  
Pr. LAATIRIS Abdelkader\*  
Pr. LMIMOUNI Badreddine\*  
Pr. MANSOURI Hamid\*  
Pr. OUANASS Abderrazzak

Pédiatrie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Traumatologie Orthopédie  
Chirurgie Cardio-Vasculaire  
Ophtalmologie  
Pharmacie Clinique  
Chirurgie Générale  
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique  
Rhumatologie  
Ophtalmologie  
Rhumatologie *Directeur Hôp. Al Ayachi Salé*  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Biophysique  
Cardiologie *(mise en disponibilité)*  
Pédiatrie  
Radiologie  
Chirurgie Cardio-vasculaire  
Parasitologie  
Histo-Embryologie Cytogénétique  
Gynécologie Obstétrique

Rhumatologie  
Hématologie  
O.R.L  
Biophysique  
Chirurgie - Pédiatrique  
Chirurgie Cardio – Vasculaire.  
*Directeur Hôpital Ibn Sina Marr.*  
Gynécologie Obstétrique  
Cardiologie  
Cardiologie  
Anesthésie Réanimation  
Médecine Interne  
Microbiologie  
Radiologie  
Urologie  
Pédiatrie  
Psychiatrie  
Chirurgie – Pédiatrique  
Pharmacie Galénique  
Parasitologie  
Radiothérapie  
Psychiatrie

Pr. SAFI Soumaya\*  
Pr. SOUALHI Mouna  
Pr. TELLAL Saïda\*  
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Endocrinologie  
Pneumo – Phtisiologie  
Biochimie  
Pneumo – Phtisiologie

### **Octobre 2007**

Pr. ABIDI Khalid  
Pr. ACHACHI Leïla  
Pr. ACHOUR Abdessamad\*  
Pr. AIT HOUSSA Mahdi \*  
Pr. AMHAJJI Larbi \*  
Pr. AOUI Sarra  
Pr. BAITE Abdelouahed \*  
Pr. BALOUCH Lhousaine \*  
Pr. BENZIANE Hamid \*  
Pr. BOUTIMZINE Nourdine  
Pr. CHERKAOUI Naoual \*  
Pr. EHIRCHIOU Abdelkader \*  
Pr. EL BEKKALI Youssef \*  
Pr. EL ABSI Mohamed  
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid  
Pr. EL OMARI Fatima  
Pr. GHARIB Nouredine  
Pr. HADADI Khalid \*  
Pr. ICHOU Mohamed \*  
Pr. ISMAILI Nadia  
Pr. KEBDANI Tayeb  
Pr. LOUZI Lhoussain \*  
Pr. MADANI Naoufel  
Pr. MAHI Mohamed \*  
Pr. MARC Karima  
Pr. MASRAR Azlarab  
Pr. MRANI Saad \*  
Pr. OUZZIF Ez zohra \*  
Pr. RABHI Moncef \*  
Pr. RADOUANE Bouchaïb\*  
Pr. SEFFAR Myriame  
Pr. SEKHSOKH Yessine \*  
Pr. SIFAT Hassan \*  
Pr. TABERKANET Mustafa \*  
Pr. TACHFOUTI Samira  
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq\*  
Pr. TANANE Mansour \*  
Pr. TLIGUI Houssain  
Pr. TOUATI Zakia

Réanimation médicale  
Pneumo phtisiologie  
Chirurgie générale  
Chirurgie cardio vasculaire  
Traumatologie orthopédie  
Parasitologie  
Anesthésie réanimation  
Biochimie-chimie  
Pharmacie clinique  
Ophtalmologie  
Pharmacie galénique  
Chirurgie générale  
Chirurgie cardio-vasculaire  
Chirurgie générale  
Anesthésie réanimation  
Psychiatrie  
Chirurgie plastique et réparatrice  
Radiothérapie  
Oncologie médicale  
Dermatologie  
Radiothérapie  
Microbiologie  
Réanimation médicale  
Radiologie  
Pneumo phtisiologie  
Hématologie biologique  
Virologie  
Biochimie-chimie  
Médecine interne  
Radiologie  
Microbiologie  
Microbiologie  
Radiothérapie  
Chirurgie vasculaire périphérique  
Ophtalmologie  
Chirurgie générale  
Traumatologie-orthopédie  
Parasitologie  
Cardiologie

### **Mars 2009**

Pr. ABOUZAHIR Ali \*  
Pr. AGADR Aomar \*  
Pr. AIT ALI Abdelmounaim \*  
Pr. AKHADDAR Ali \*  
Pr. ALLALI Nazik  
Pr. AMINE Bouchra  
Pr. ARKHA Yassir  
Pr. BELYAMANI Lahcen \*  
Pr. BJIJOU Younes  
Pr. BOUHSAIN Sanae \*  
Pr. BOUI Mohammed \*  
Pr. BOUNAIM Ahmed \*  
Pr. BOUSSOUGA Mostapha \*  
Pr. CHTATA Hassan Toufik \*  
Pr. DOGHMI Kamal \*  
Pr. EL MALKI Hadj Omar  
Pr. EL OUENNASS Mostapha\*  
Pr. ENNIBI Khalid \*  
Pr. FATHI Khalid  
Pr. HASSIKOU Hasna \*  
Pr. KABBAJ Nawal  
Pr. KABIRI Meryem  
Pr. KARBOUBI Lamyia  
Pr. LAMSAOURI Jamal \*  
Pr. MARMADÉ Lahcen  
Pr. MESKINI Toufik  
Pr. MESSAOUDI Nezha \*  
Pr. MSSROURI Rahal  
Pr. NASSAR Ittimade  
Pr. OUKERRAJ Latifa  
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani \*

Médecine interne  
Pédiatrie  
Chirurgie Générale  
Neuro-chirurgie  
Radiologie  
Rhumatologie  
Neuro-chirurgie *Directeur Hôp.des Spécialités*  
Anesthésie Réanimation  
Anatomie  
Biochimie-chimie  
Dermatologie  
Chirurgie Générale  
Traumatologie-orthopédie  
Chirurgie Vasculaire Périphérique  
Hématologie clinique  
Chirurgie Générale  
Microbiologie  
Médecine interne  
Gynécologie obstétrique  
Rhumatologie  
Gastro-entérologie  
Pédiatrie  
Pédiatrie  
Chimie Thérapeutique  
Chirurgie Cardio-vasculaire  
Pédiatrie  
Hématologie biologique  
Chirurgie Générale  
Radiologie  
Cardiologie  
Pneumo-Phtisiologie

### **Octobre 2010**

Pr. ALILOU Mustapha  
Pr. AMEZIANE Taoufiq\*  
Pr. BELAGUID Abdelaziz  
Pr. CHADLI Mariama\*  
Pr. CHEMSI Mohamed\*  
Pr. DAMI Abdellah\*  
Pr. DARBI Abdellatif\*  
Pr. DENDANE Mohammed Anouar  
Pr. EL HAFIDI Naima  
Pr. EL KHARRAS Abdennasser\*  
Pr. EL MAZOUZ Samir  
Pr. EL SAYEGH Hachem  
Pr. ERRABIH Ikram  
Pr. LAMALMI Najat  
Pr. MOSADIK Ahlam

Anesthésie réanimation  
Médecine Interne *Directeur ERSSM*  
Physiologie  
Microbiologie  
Médecine Aéronautique  
Biochimie- Chimie  
Radiologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Pédiatrie  
Radiologie  
Chirurgie Plastique et Réparatrice  
Urologie  
Gastro-Entérologie  
Anatomie Pathologique  
Anesthésie Réanimation

Pr. MOUJAHID Mountassir\*  
Pr. NAZIH Mouna\*  
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Chirurgie Générale  
Hématologie  
Anatomie Pathologique

### **Decembre 2010**

Pr. ZNATI Kaoutar

Anatomie Pathologique

### **Mai 2012**

Pr. AMRANI Abdelouahed  
Pr. ABOUELALAA Khalil \*  
Pr. BENCHEBBA Driss \*  
Pr. DRISSI Mohamed \*  
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna  
Pr. EL OUAZZANI Hanane \*  
Pr. ER-RAJI Mounir  
Pr. JAHID Ahmed  
Pr. RAISSOUNI Maha \*

Chirurgie pédiatrique  
Anesthésie Réanimation  
Traumatologie-orthopédie  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Générale  
Pneumophthysiologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Anatomie Pathologique  
Cardiologie

### **Février 2013**

Pr. AHID Samir  
Pr. AIT EL CADI Mina  
Pr. AMRANI HANCHI Laila  
Pr. AMOR Mourad  
Pr. AWAB Almahdi  
Pr. BELAYACHI Jihane  
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain  
Pr. BENCHEKROUN Laila  
Pr. BENKIRANE Souad  
Pr. BENNANA Ahmed\*  
Pr. BENSNGHIR Mustapha \*  
Pr. BENYAHIA Mohammed \*  
Pr. BOUATIA Mustapha  
Pr. BOUABID Ahmed Salim\*  
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba  
Pr. CHAIB Ali \*  
Pr. DENDANE Tarek  
Pr. DINI Nouzha \*  
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI  
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa  
Pr. ELFATEMI Nizare  
Pr. EL GUERROUJ Hasnae  
Pr. EL HARTI Jaouad  
Pr. EL JAUDI Rachid \*  
Pr. EL KABABRI Maria  
Pr. EL KHANNOUSSI Basma  
Pr. EL KHLOUFI Samir  
Pr. EL KORAICHI Alae  
Pr. EN-NOUALI Hassane \*  
Pr. ERRGUIG Laila

Pharmacologie  
Toxicologie  
Gastro-Entérologie  
Anesthésie Réanimation  
Anesthésie Réanimation  
Réanimation Médicale  
Anesthésie Réanimation  
Biochimie-Chimie  
Hématologie  
Informatique Pharmaceutique  
Anesthésie Réanimation  
Néphrologie  
Chimie Analytique et Bromatologie  
Traumatologie orthopédie  
Anatomie  
Cardiologie  
Réanimation Médicale  
Pédiatrie  
Mohamed Ali Anesthésie Réanimation  
Radiologie  
Neuro-chirurgie  
Médecine Nucléaire  
Chimie Thérapeutique  
Toxicologie  
Pédiatrie  
Anatomie Pathologique  
Anatomie  
Anesthésie Réanimation  
Radiologie  
Physiologie

Pr. FIKRI Meryem  
Pr. GHFIR Imade  
Pr. IMANE Zineb  
Pr. IRAQI Hind  
Pr. KABBAJ Hakima  
Pr. KADIRI Mohamed \*  
Pr. LATIB Rachida  
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra  
Pr. MEDDAH Bouchra  
Pr. MELHAOUI Adyl  
Pr. MRABTI Hind  
Pr. NEJJARI Rachid  
Pr. OUBEJJA Houada  
Pr. OUKABLI Mohamed \*  
Pr. RAHALI Younes  
Pr. RATBI Ilham  
Pr. RAHMANI Mounia  
Pr. REDA Karim \*  
Pr. REGRAGUI Wafa  
Pr. RKAIN Hanan  
Pr. ROSTOM Samira  
Pr. ROUAS Lamiaa  
Pr. ROUIBAA Fedoua \*  
Pr. SALIHOUN Mouna  
Pr. SAYAH Rochde  
Pr. SEDDIK Hassan \*  
Pr. ZERHOUNI Hicham  
Pr. ZINE Ali \*

### **AVRIL 2013**

Pr. EL KHATIB MOHAMED KARIM \*

### **MARS 2014**

Pr. ACHIR Abdellah  
Pr. BENCHAKROUN Mohammed \*  
Pr. BOUCHIKH Mohammed  
Pr. EL KABBAJ Driss \*  
Pr. EL MACHTANI IDRISSE Samira \*  
Pr. HARDIZI Houyam  
Pr. HASSANI Amale \*  
Pr. HERRAK Laila  
Pr. JANANE Abdellah \*  
Pr. JEAIDI Anass \*  
Pr. KOUACH Jaouad\*  
Pr. LEMNOUER Abdelhay\*  
Pr. MAKRAM Sanaa \*  
Pr. OULAHYANE Rachid\*  
Pr. RHISSASSI Mohamed Jaafar  
Pr. SEKKACH Youssef\*

Radiologie  
Médecine Nucléaire  
Pédiatrie  
Endocrinologie et maladies métaboliques  
Microbiologie  
Psychiatrie  
Radiologie  
Médecine Interne  
Pharmacologie  
Neuro-chirurgie  
Oncologie Médicale  
Pharmacognosie  
Chirurgie Pédiatrique  
Anatomie Pathologique  
Pharmacie Galénique *Vice-Doyen à la Pharmacie*  
Génétique  
Neurologie  
Ophtalmologie  
Neurologie  
Physiologie  
Rhumatologie  
Anatomie Pathologique  
Gastro-Entérologie  
Gastro-Entérologie  
Chirurgie Cardio-Vasculaire  
Gastro-Entérologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Traumatologie Orthopédie

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

Chirurgie Thoracique  
Traumatologie- Orthopédie  
Chirurgie Thoracique  
Néphrologie  
Biochimie-Chimie  
Histologie- Embryologie-Cytogénétique  
Pédiatrie  
Pneumologie  
Urologie  
Hématologie Biologique  
Génycologie-Obstétrique  
Microbiologie  
Pharmacologie  
Chirurgie Pédiatrique  
CCV  
Médecine Interne

Pr. TAZI MOUKHA Zakia

Génécologie-Obstétrique

**DECEMBRE 2014**

Pr. ABILKACEM Rachid\*  
Pr. AIT BOUGHIMA Fadila  
Pr. BEKKALI Hicham \*  
Pr. BENAZZOU Salma  
Pr. BOUABDELLAH Mounya  
Pr. BOUCHRIK Mourad\*  
Pr. DERRAJI Soufiane\*  
Pr. DOBLALI Taoufik  
Pr. EL AYOUBI EL IDRISSE Ali  
Pr. EL GHADBANE Abdedaim Hatim\*  
Pr. EL MARJANY Mohammed\*  
Pr. FEJJAL Nawfal  
Pr. JAHIDI Mohamed\*  
Pr. LAKHAL Zouhair\*  
Pr. OUDGHIRI NEZHA  
Pr. RAMI Mohamed  
Pr. SABIR Maria  
Pr. SBAI IDRISSE Karim\*

Pédiatrie  
Médecine Légale  
Anesthésie-Réanimation  
Chirurgie Maxillo-Faciale  
Biochimie-Chimie  
Parasitologie  
Pharmacie Clinique  
Microbiologie  
Anatomie  
Anesthésie-Réanimation  
Radiothérapie  
Chirurgie Réparatrice et Plastique  
O.R.L  
Cardiologie  
Anesthésie-Réanimation  
Chirurgie Pédiatrique  
Psychiatrie  
Médecine préventive, santé publique et Hyg.

**AOUT 2015**

Pr. MEZIANE Meryem  
Pr. TAHIRI Latifa

Dermatologie  
Rhumatologie

**PROFESSEURS AGREGES :**

**JANVIER 2016**

Pr. BENKABBOU Amine  
Pr. EL ASRI Fouad\*  
Pr. ERRAMI Nouredine\*  
Pr. NITASSI Sophia

Chirurgie Générale  
Ophtalmologie  
O.R.L  
O.R.L

**JUIN 2017**

Pr. ABBI Rachid\*  
Pr. ASFALOU Ilyasse\*  
Pr. BOUAYTI El Arbi\*  
Pr. BOUTAYEB Saber  
Pr. EL GHISSASSI Ibrahim  
Pr. HAFIDI Jawad  
Pr. OURAINI Saloua\*  
Pr. RAZINE Rachid  
Pr. ZRARA Abdelhamid\*

Microbiologie  
Cardiologie  
Médecine préventive, santé publique et Hyg.  
Oncologie Médicale  
Oncologie Médicale  
Anatomie  
O.R.L  
Médecine préventive, santé publique et Hyg.  
Immunologie

**NOVEMBRE 2018**

Pr. AMELLAL Mina  
Pr. SOULY Karim  
Pr. TAHRI Rajae

Anatomie  
Microbiologie  
Histologie-Embryologie-Cytogénétique

## **NOVEMBRE 2019**

Pr. AATIF Taoufiq *	Néphrologie
Pr. ACHBOUK Abdelhafid *	Chirurgie Réparatrice et Plastique
Pr. ANDALOUSSI SAGHIR Khalid *	Radiothérapie
Pr. BABA HABIB Moulay Abdellah *	Gynécologie-obstétrique
Pr. BASSIR RIDA ALLAH	Anatomie
Pr. BOUATTAR TARIK	Néphrologie
Pr. BOUFETTAL MONSEF	Anatomie
Pr. BOUCHENTOUF Sidi Mohammed *	Chirurgie Générale
Pr. BOUZELMAT Hicham *	Cardiologie
Pr. BOUKHRIS Jalal *	Traumatologie-orthopédie
Pr. CHAFRY Bouchaib *	Traumatologie-orthopédie
Pr. CHAHDI Hafsa *	Anatomie Pathologique
Pr. CHERIF EL ASRI Abad *	Neurochirurgie
Pr. DAMIRI Amal *	Anatomie Pathologique
Pr. DOGHMI Nawfal *	Anesthésie-réanimation
Pr. ELALAOUI Sidi-Yassir	Pharmacie Galénique
Pr. EL ANNAZ Hicham *	Virologie
Pr. EL HASSANI Moulay EL Mehdi *	Gynécologie-obstétrique
Pr. EL HJOUJI Abderrahman *	Chirurgie Générale
Pr. EL KAOUI Hakim *	Chirurgie Générale
Pr. EL WALI Abderrahman *	Anesthésie-réanimation
Pr. EN-NAFAA Issam *	Radiologie
Pr. HAMAMA Jalal *	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Pr. HEMMAOUI Bouchaib *	O.R.L
Pr. HJIRA Naoufal *	Dermatologie
Pr. JIRA Mohamed *	Médecine Interne
Pr. JNIENE Asmaa	Physiologie
Pr. LARAQUI Hicham *	Chirurgie Générale
Pr. MAHFOUD Tarik *	Oncologie Médicale
Pr. MEZIANE Mohammed *	Anesthésie-réanimation
Pr. MOUTAKI ALLAH Younes *	Chirurgie Cardio-vasculaire
Pr. MOUZARI Yassine *	Ophthalmologie
Pr. NAOUI Hafida *	Parasitologie-Mycologie
Pr. OBTEL Majdouline	Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. OURRAI Abdelhakim *	Pédiatrie
Pr. SAOUAB Rachida *	Radiologie
Pr. SBITTI Yassir *	Oncologie Médicale
Pr. ZADDOUG Omar *	Traumatologie Orthopédie
Pr. ZIDOUH Saad *	Anesthésie-réanimation

## **2 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS SCIENTIFIQUES**

### **PROFESSEURS/Prs. HABILITES**

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie-chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie

Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie	Chimique
Pr .BARKIYOU Malika	Histologie-Embryologie	
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine	
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques	
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie-chimie	
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie	
Pr. FAOUZI Moulay El Abbas	Pharmacologie	
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire/Biotechnologie	
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie	
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique	
Pr. REDHA Ahlam	Chimie	
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie	
Pr. YAGOUBI Maamar	Environnement, Eau et Hygiène	
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie	

*Mise à jour le 11/06/2020*

*KHALED Abdellah*

*Chef du Service des Ressources Humaines*

*FMPR*



*Dédicaces*

## **A ma très chère mère Naima Haddani :**

Aucune dédicace ne pourrait exprimer ma profonde reconnaissance, et gratitude pour ta patience et tes sacrifices inestimables que tu as consentis pour moi et mes frères.

Je ne saurais point imaginer ma vie sans toi, tu as été toujours à mes côtés et mon appui, et ma source de puissance pour surmonter toutes les difficultés.

Ta prière et ta Bénédiction m'ont été d'un grand secours tout au long de ma vie, Puisse Dieu tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et Bonheur.

## **A mon très cher père Larbi Loukili :**

Tu as toujours été pour moi un exemple du père respectueux, honnête, de la personne méticuleuse, je tiens à honorer l'homme que tu es. Grâce à toi papa j'ai appris le sens du travail et de la responsabilité. Je voudrais te remercier pour ton amour, ta générosité.

Ce modeste travail est le fruit de tous les sacrifices que tu as déployé pour mon éducation et ma formation. Je t'aime papa et j'implore le tout-puissant pour qu'il t'accorde une bonne santé et une vie longue et heureuse.



**A Ma sœur Bouchra :**

Aucune dédicace ne peut exprimer mon amour et ma gratitude de t'avoir comme sœur. Tu comptes énormément pour moi, je n'oublierais jamais ton encouragement et ton soutien le long de mes études, je t'estime beaucoup et je t'aime beaucoup. Je te souhaite beaucoup de succès, de prospérité et une vie pleine de joie et de bonheur.

**A Mon adorable frère Marwane :**

En témoignage de mon affection fraternelle, de ma profonde tendresse et reconnaissance, je te souhaite une vie pleine de bonheur et de succès et que Dieu, le tout puissant, te protège et vous garde.

**A chères petites nièces Wijdane et Ouassila, mon cher petit neveu  
Ahmed**

Aucune dédicace ne saurait exprimer tout l'amour que j'ai pour vous, Votre joie et votre gaieté me comblent de bonheur. Puisse Dieu vous garder, éclairer votre route et vous aider à réaliser à votre tour vos vœux les plus chers.

**Mon cher beau-frère Karim Lobayed**

Tu es pour moi un frère, en témoignage de ma reconnaissance pour ton soutien et ton encouragement, Puisses-tu trouver dans ce travail le témoin de ma profonde estime.



**Mon amie Fatine :**

tu es précieuse dans mon cœur et ton amitié est inestimable .Merci d'être une amie si merveilleuse.

**Mon amie Kaoutar :**

Merci pour tous les moments simples qui sont devenus inoubliable grâce à toi.

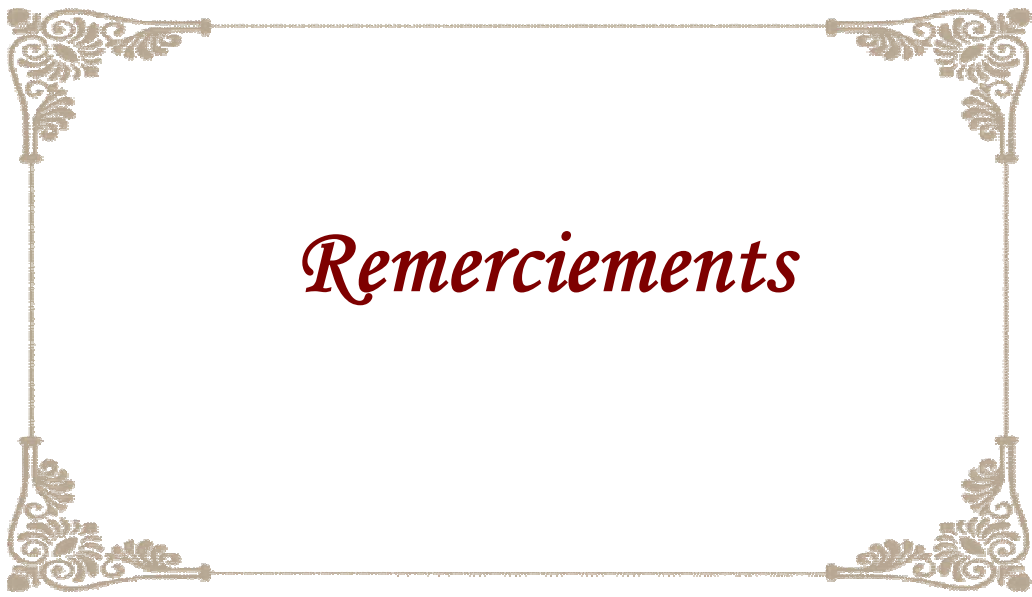
**Mes tantes Najima, Zahra et toutes mes cousines Loubna, Mouna ,Zakia ,Doha ....**

Je vous remercie pour votre soutien et aide que vous ne cessez de m'apporter

**A la mémoire de mes grands-parents et ma tante Hania**

Que vos âmes reposent en paix.





*Remerciements*

*A Nôtre Maître et Président de Jury de Thèse  
Monsieur le professeur Jamal LAMSAOURI*

*C'est un grand honneur de vous trouver parmi nos juges. Nous vous remercions pour l'amabilité avec laquelle vous avez accepté de siéger à la présidence de notre jury.*



*A Nôtre Maître et Rapporteur de Thèse  
Monsieur le professeur Ahmed BENNANA  
Professeur de Gestion Pharmaceutique et Informatique*

*Vous nous avez fait l'honneur d'accepter d'encadrer notre travail,  
Nous vous remercions pour vos enseignements, vos conseils et vos  
intuitions, ainsi que votre soutien.*

*Veillez trouver ici l'expression de nos sincères et respectueux  
remerciements*



*A Nôtre Maître et Juge de Thèse*  
*Monsieur le Professeur Jaouad EL HARTI*  
*Professeur de chimie thérapeutique*

*Vous avez accepté avec une grande amabilité de juger cette thèse. Cet honneur nous touche infiniment et nous tenons à vous exprimer nos sincères remerciements et notre respect.*



*A Notre Maître et Juge de Thèse  
Monsieur le professeur Younes RAHALI  
Professeur de Pharmacie Galénique.*

*Pour avoir accepté spontanément de juger cette étude, veuillez  
accepter ma haute considération*



*A Monsieur le Professeur Adnane EL WARTITI,*

*Membre associé*

*Vous nous avez fait l'honneur par votre participation très distinguées , vos conseils et vos corrections méticuleuses pour réaliser ce travail,*

*Veillez trouvez ici nos salutations les plus distinguées.*

*A Docteur Mehdi Benchekrroun*

*Pharmacien d'officine*

*Nous vous remercions de votre soutien et votre coopération pour réaliser ce travail.*



## LISTE DES ABREVIATIONS

**ETP** : Education thérapeutique du patient

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**HAS** : Haute autorité de la santé

**HPST** : Hôpital-patient –santé-territoire

**ARS** : Agence régionale de la santé

**SSR** : soins de suite et de réadaptation

**CHIMB** : Centre hospitalier intercommunal de Monts et Barrage

**TIC** : Technologies d'information et de communication

**AFPSA** : Association Francophone de la psychologie de la sante

**POP** : Parcours d'orientation professionnel

**CSP** : Code de la santé publique

**RCP** : Résumé des caractéristiques de produit

**AVK** : Anti- vitamines k

**DP** : Dossier pharmaceutique

**INS** : Identifiant national de santé

**CPS** : Carte professionnel de santé

**BPM** : Bilan partagé de médication

**ALD** : Affection longue durée

**PDA** : Préparation des doses à administrer

**INPES** : Institut national de prévention et de santé

**DT1**:Diabète insulino dépendant ou de type 1

**DT2** : Diabète non insulino dépendant ou de type 2

**ADO** : Antidiabétiques oraux

**HbA1C** : Hémoglobine glyquée

**IEC** : Inhibiteurs d'enzymes de conversion

**ARA2** : Antagonistes des récepteurs d'angiotensine 2

**IAM** : Interactions médicamenteuses

## LISTES DES FIGURES

Figure 1 : Rapport OMS: le constat de 1996.....	3
Figure 2: le champ d'action des concepts en sante (Bury JA, 1992,236 p) .....	4
Figure 3 : les principaux évènements marquants la première ère d'ETP.....	5
Figure 4 : deuxième ère de l'éducation du patient .....	6
Figure 5 : les principaux évènements de la troisième ère d'ETP .....	7
Figure 6 : les étapes de la mise en œuvre de l'ETP.....	13
Figure 7 : le diagnostic éducatif selon les cinq dimensions de vie du patient avec sa maladie	15
Figure 8: Exemple d'un bilan éducatif partagé pour un patient chronique .....	16
Figure 9 : Modèle systémique propre à l'ETP (inspiré d'Ivernois JF,Gagnayre R) .....	27
Figure 10: les techniques pédagogiques utilisables en séances individuelles.....	28
Figure 11: les techniques pédagogiques utilisables en séances collectives .....	29
Figure 12: le résultat de deux processus face à la maladie.....	32
Figure 13: les étapes du changement de comportement selon la théorie de Prochaska et Diclemente .....	34
Figure 14: les trois zones d'interventions d'un éducateur dans une salle d'ETP lors d'une séance collective.....	38
Figure 15: Structure de l'entretien pharmaceutique .....	44
Figure 16: Réponses aux principales questions liées au DP. ....	47
Figure 18: Evolution du concept d'observance au cours du temps.....	50
Figure 19:Principaux facteurs explicatifs d'inobservance thérapeutique (Académie nationale de pharmacie, 2015) .....	51
Figure 20: Taux d'observance en fonction de la pathologie (Arnoux 2014) .....	52
Figure 21: Présentation des comprimés antiépileptiques dans un pilulier ou en "bouquet". (Le fevre F et al ,2014) .....	54
Figure 22: processus de la réalisation de la démarche éducative .....	62
Figure 23: Taux de participation des pharmaciens selon la ville ou la province. ....	64
Figure 24: Répartition des pharmacies selon la zone d'activité.....	64
Figure 25: Répartition des pharmacies de l'échantillon selon le quartier .....	65
Figure 26: Répartition des pharmaciens selon le nombre d'année d'exercice.....	65
Figure 27: Le nombre des membres de l'équipe officinale des pharmacies .....	66
Figure 28: Echelle de connaissance de la notion de l'éducation thérapeutique du patient par le pharmacien officinal.....	66
Figure 29:Estimation de la connaissance des objectifs d'ETP.....	67
Figure 30:Les bénéficiaires des actes de l'ETP en pharmacie d'officine .....	70
Figure 31: pourcentage des pharmaciens connaissant les démarches d'ETP.....	70
Figure 32:Les actes pratiqués par un pharmacien d'officine dans un programme d'ETP .....	71

Figure 33: Appréciation des pharmaciens d'officine concernant la pratique d'ETP .....	71
Figure 34: volonté de participer en ETP selon le nombre des pharmaciens assistants en officine .....	72
Figure 35:volonté de participer en ETP selon l'emplacement de la pharmacie.....	72
Figure 36: leviers de motivation pour mettre en place une ETP .....	73
Figure 37:les affections chroniques les plus envisagées lors de l'exercice officinal du pharmacien .....	73
Figure 38: Répartition des contraintes d'instauration de l'ETP .....	74
Figure 39: L'échelle de pratique des formations continue chez le pharmacien et son équipe.	74
Figure 40: participation des pharmaciens dans la formation continue selon le nombre d'années .....	75
Figure 41: la formation initiale du pharmacien et l'ETP .....	75
Figure 42: les compétences nécessaires pour appliquer l'ETP en officine .....	76
Figure 43:Répartition de la population de l'étude selon la catégorie d'âge.....	77
Figure 44: Répartition de la population de l'étude selon le sexe .....	77
Figure 45: Répartition des patients selon le niveau de scolarité .....	78
Figure 46: Répartition des patients selon leur statut marital .....	78
Figure 47: Répartition des patients selon le type de diabète .....	79
Figure 48:Répartition des patients selon l'ancienneté du diabète .....	79
Figure 49: La répartition des patients selon le degré des complications du diabète .....	80
Figure 50: Connaissance du degré de surveillance de la maladie avant et après l'intervention pharmaceutique .....	80
Figure 51: Connaissance des examens de suivi du diabète recommandés avant et après la séance éducative.....	81
Figure 52: Connaissance du traitement médicamenteux et son mode de prise avant et après l'intervention .....	81
Figure 53: Connaissance des patients à propos du régime alimentaire à suivre avant et après l'intervention .....	82
Figure 54: Connaissance du patient à propos de la pratique de l'activité physique avant et après la séance éducative.....	82
Figure 55: Connaissance des signes déclencheurs d'une hypoglycémie ou une hyperglycémie avant et après la séance éducative .....	83
Figure 56: Répartition de l'échelle du recours des patients à l'automédication .....	83
Figure 57:Repartition de l'échelle du recours des patients à la phytothérapie.....	84
Figure 58:les contraintes confrontées par les patients lors de la gestion du diabète.....	84
Figure 59:Contraintes de la gestion du diabète selon le niveau de scolarité.....	85
Figure 60:Contraintes de la gestion du diabète selon la durée d'atteinte.....	85
Figure 61: Sources de l'information thérapeutique chez le patient.....	86
Figure 62: Evaluation de la qualité du conseil pharmaceutique.....	86
Figure 63:Evaluation de la relation patient -pharmacien selon la population d'étude.....	87

Figure 64: Score de satisfaction des patients après les deux entretiens de la démarche  
éducative..... 87

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1: Avantages et inconvénients de l'éducation en individuel et en groupe .....	18
Tableau 2: Critères de qualité d'un programme d'ETP selon l'OMS.....	21
Tableau 3: Critères de qualité d'un programme d'ETP selon la HAS.....	21
Tableau 4: Enjeux des différents outils de communication à l'officine.....	37
Tableau 5: réponses des pharmaciens aux objectifs de la mise en place de l'ETP .....	68
Tableau 6: Réponses des pharmaciens sur les différences entre la triade éducation /information /conseil thérapeutique.....	69

## SOMMAIRE

<b>Introduction :</b> .....	<b>1</b>
<b>Chapitre 1 : Généralités sur l'Éducation thérapeutique du patient.....</b>	<b>2</b>
1 Définitions de l'éducation thérapeutique .....	2
2 Historique et évolution de l'ETP : .....	4
3 Principes et éthiques de l'ETP .....	7
4 Finalités et enjeux de l'ETP:.....	8
5 Acteurs de l'éducation thérapeutique du patient :.....	9
6 Champ d'application de l'ETP:.....	10
7 Approche multidisciplinaires .....	12
8 Triade éducation, information et conseil dans le champ thérapeutique .....	12
<b>Chapitre 2 : Modalités de la mise en place de l'éducation thérapeutique du patient :....</b>	<b>13</b>
I. Structuration d'un programme d'ETP.....	14
1 Diagnostic éducatif: .....	14
2 Élaboration d'un programme personnalisé et le partage des objectifs.....	16
3 Réalisation des séances éducatives. ....	16
4 Evaluation individuelle de l'ETP :.....	19
5 Suivi éducatif régulier et la reprise de l'éducation. ....	20
6 Critères de la qualité d'un programme d'éducation thérapeutique. ....	20
7 Exemple d'un programme d'éducation thérapeutique du patient diabétique de type2. ....	23
<b>II. Ressources éducatives en ETP .....</b>	<b>24</b>
1 Pédagogie et les grands modèles explicatives d'apprentissage. ....	24
2 Les techniques et les outils pédagogiques pour la mise en œuvre d'ETP.....	27
3 ETP et psychologie de la santé. ....	30
4 Relation Soignant –soigné : du paternalisme à l'autonomie :.....	35
5 Modalités de formation et les compétences des éducateurs en éducation thérapeutique..	39
<b>Chapitre 3 : Missions du pharmacien officinal « Expert en médicament ».....</b>	<b>43</b>
1 Dispensation des médicaments : .....	43
2 Accompagnement du patient :.....	43

3	Outils de suivi et d'éducation thérapeutique dans le champ des maladies chroniques:....	45
4	Le pharmacien : un acteur majeur dans l'orientation en automédication .....	55
5	Rôle du pharmacien dans la pratique d'ETP [38], [42] .....	56
	<b>Partie pratique.....</b>	<b>58</b>
	<b>I. Matériels et Méthodes: .....</b>	<b>58</b>
	<b>Premier volet : évaluation de l'échelle des connaissances et d'instauration de l'éducation thérapeutique en pharmacie d'officine au Maroc.....</b>	<b>58</b>
1	Objectifs de l'enquête : .....	58
2	Déroulement de l'enquête: .....	59
	<b>Deuxième volet : Démarche éducative expérimentale auprès des patients diabétiques dans une pharmacie d'officine à la ville de Rabat. ....</b>	<b>60</b>
3	Objectif de l'étude :.....	60
4	Méthodologie de l'étude: .....	61
	<b>II. Résultats.....</b>	<b>63</b>
1.	Taux de participation : .....	63
2.	Caractéristiques de la pharmacie selon : .....	64
3.	Connaissance de la notion d'éducation thérapeutique du patient .....	66
4.	Objectifs d'ETP en pharmacie d'officine : .....	67
5.	Triade : éducation, information et conseil thérapeutique :.....	69
6.	Bénéficiaires de l'ETP .....	70
7.	Connaissance des démarches d'un programme structuré d'ETP .....	70
8.	Actes pratiqués par un pharmacien d'officine au sein d'un programme d'ETP. ....	71
9.	Accord des pharmaciens pour pratiquer l'ETP à leur officine .....	71
10.	Leviers de motivation pour la pratique d'ETP .....	73
11.	Maladies chroniques envisagées au cours de l'exercice officinal du pharmacien :.....	73
12.	Contraintes qui s'opposent à l'instauration de l'ETP en pharmacie d'officine. ....	74
13.	Formation continue du pharmacien et de l'équipe officinale :.....	74
14.	Niveau de satisfaction de la formation initiale du pharmacien pour la pratique d'ETP .....	75
15.	Compétences nécessaires pour pouvoir appliquer l'ETP en officine.....	76
	<b>Démarche éducative expérimentale auprès des patients diabétiques dans une pharmacie d'officine à la ville de Rabat. ....</b>	<b>77</b>

1	Caractéristiques de la population étudiée: .....	77
2	Suivi du diabète : Connaissance de l'échelle de surveillance de la maladie, et les examens de suivi recommandés. ....	80
3	Traitement médicamenteux : Connaissance et gestion de prise.....	81
4	Diabète et mode de vie : Régime alimentaire et activité physique .....	82
5	Signes d'alertes d'hypoglycémie et d'hyperglycémie : .....	83
6	Diabète et automédication/intéactions médicamenteuses:.....	83
7	Contraintes confrontées lors de la gestion quotidienne du diabète : .....	84
8	Sources d'information médicale chez la population d'étude : .....	86
9	Evaluation de la qualité des prestations pharmaceutiques (conseil officinal en cas du diabète sucré). ....	86
10	Evaluation de la qualité de la relation patient-pharmacien selon la population d'étude... ..	87
11	Echelle de satisfaction des patients de la démarche éducative .....	87
	<b>III. Discussion.....</b>	<b>88</b>
	<b>Evaluation de l'échelle des connaissances et d'instauration de l'éducation thérapeutique en pharmacie d'officine au Maroc.....</b>	<b>89</b>
1.	Connaissance de la notion d'éducation thérapeutique du patient et ses objectifs.....	89
2.	Champ d'application, démarches et activités de l'éducation thérapeutique du patient : ..	90
3.	Participation, leviers de motivation et obstacles face à une mise en place d'éducation thérapeutique du patient. ....	91
4.	Formation initiale ou continue pour le développement des compétences et la mise en place d'éducation thérapeutique.....	93
	<b>Démarche éducative expérimentale auprès des patients diabétiques dans une pharmacie d'officine à la ville de Rabat.....</b>	<b>95</b>
1	Description de la population d'étude : .....	95
2	Connaissance du traitement .....	96
3.	Activité physique et régime alimentaire chez le patient diabétique.....	97
3	Les variations de glycémie chez le patient diabétique .....	98
4	Automédication et diabète .....	98
5	Diabète et phytothérapie : .....	99
6	Prestations du pharmacien et sa relation avec le patient .....	100
7	L'observance thérapeutique chez le patient diabétique : .....	100

<b>FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE: .....</b>	<b>102</b>
<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>103</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>105</b>
<b>ANNEXES: .....</b>	<b>109</b>

## **Introduction :**

L'éducation thérapeutique du patient(ETP) est une notion décrite par plusieurs organismes sanitaires tels que l'OMS, en tant qu'une pratique qui vise l'amélioration de la santé des patients atteints des maladies chroniques et leur qualité de vie ,et qui devient de plus en plus intégrée au parcours de soins des malades, selon des programmes structurés, élaborés par des équipes multidisciplinaires dans un cadre réglementaire et législatif bien déterminé dans certains pays tel que la France.

Le pharmacien en tant qu'un professionnel de santé et un maillon important au sein de la chaîne des soins, disponible et proche du patient, a un rôle bien décrit au sein des programmes d'éducation thérapeutique du patient. Les données de la littérature médicale démontrent une élévation constatée de la prévalence des maladies chroniques, chez la population Marocaine parallèlement avec l'inobservance thérapeutique des patients, qui est de plus en plus émergente, nécessite du pharmacien d'intégrer l'ETP dans son exercice officinal.

À ma connaissance notre étude est la première au Maroc, concernant ce sujet, pour objectif d'exposer dans sa partie théorique les modalités d'organisations d'ETP dans la chaîne des soins des maladies chroniques ainsi que la posture que le pharmacien doit adopter pour jouer le rôle d'éducateur du patient.

Dans **la partie pratique**, nous évaluons par le biais d'une enquête, l'échelle des connaissances du pharmacien d'officine concernant cette pratique, et la possibilité de sa mise en place en tant qu'une nouvelle mission pour le pharmacien d'officine Marocain, ceci par la réalisation **d'une démarche éducative expérimentale** , basée sur l'information thérapeutique au niveau d'une pharmacie d'officine ,pour démontrer l'efficacité de cette éducation et la nécessité sa mise en place au niveau des pharmacies d'officine du Maroc. Nous démontrons Ci-dessous le déroulement du travail, les résultats obtenus, la discussion de ces résultats et l'impact de cette étude et ses limites.

## **Chapitre 1 : Généralités sur l'Éducation thérapeutique du patient**

### **1 Définitions de l'éducation thérapeutique**

#### **1.1 Étymologique**

Selon Ivernois et Gagnayre, l'origine étymologique du mot « éduquer » revient au mot latin « ex ducere », qui signifie « conduire hors de ». Elle fait référence à un concept endogène, où l'objectif principal de l'éducation est d'aider les gens à se découvrir, et à maximiser leur potentiel pour améliorer les compétences qu'ils maîtrisent ou développer de nouvelles compétences. Dans le champ thérapeutique, l'éducation permet aux gens de grandir et de se dépasser [1].

#### **1.2 Définition de l'ETP selon le rapport d'OMS 1996[2]**

Dans son rapport « patient therapeutic education » (figure1), l'OMS définit l'éducation thérapeutique comme étant une activité qui vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour mieux gérer 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, conçu 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 ».

Cette définition, de l'ETP est centrée plus sur le patient, et prend en considération le volet (biologique et clinique, par l'acquisition des compétences qui permet une meilleure gestion de leur maladie), et un accompagnement et soutien psychologique, ceci pour but d'avoir une meilleure qualité de vie. La définition de l'OMS-Europe de 1996 centres la réalisation de l'ETP sur les établissements hospitaliers, mais une ETP structurée peut être mise en œuvre

dans tous les secteurs et lieux de soins, quel que soit le mode d'exercice des professionnels de santé [3].

Although much of the treatment is remarkably efficient as a result of, *inter alia*, medical research, its quality is often **far from satisfactory**.

Many patients do not comply\* with instructions; fewer than 50% follow their treatment correctly.

It has been observed that patients are **inadequately** informed about their condition and that few have been helped to manage or take responsibility for their treatment.

Though most physicians are highly competent in diagnosis and treatment, too **few educate their patients to manage their condition**.

Figure 1 : Rapport OMS: le constat de 1996 [1]

## 1.2 Selon la Haute Autorité de la Santé (HAS) en 2007 :

La HAS replit la même définition d'ETP selon l'OMS publiée en 1996 (traduit en 1998 en français), en insistant sur la continuité de l'éducation thérapeutique du patient, en tant qu'un processus qui vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour mieux gérer leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient [2].

## 1.3 Education pour la santé des patients-Education du patient à sa maladie –éducation thérapeutique [3] :

L'OMS dans sa définition, distingue entre trois niveaux d'éducation (figure 2):

L'éducation pour la santé des patients est une notion globale, qui s'intéresse à la vie du patient, les habitudes et le mode de vie en sont le centre, qu'ils soient liés ou non à une

maladie chronique, ensuite l'éducation du patient à sa maladie concerne la transmission des informations et des compétences pour mieux la gérer, et pour prévenir des complications invalidantes, c'est une notion qui s'inscrit dans le cadre de prévention tertiaire en santé publique par la suite, l'éducation thérapeutique du patient, s'intéresse à la transmission d'un savoir-faire ou un apprentissage pour le patient concernant son traitement, sa gestion.

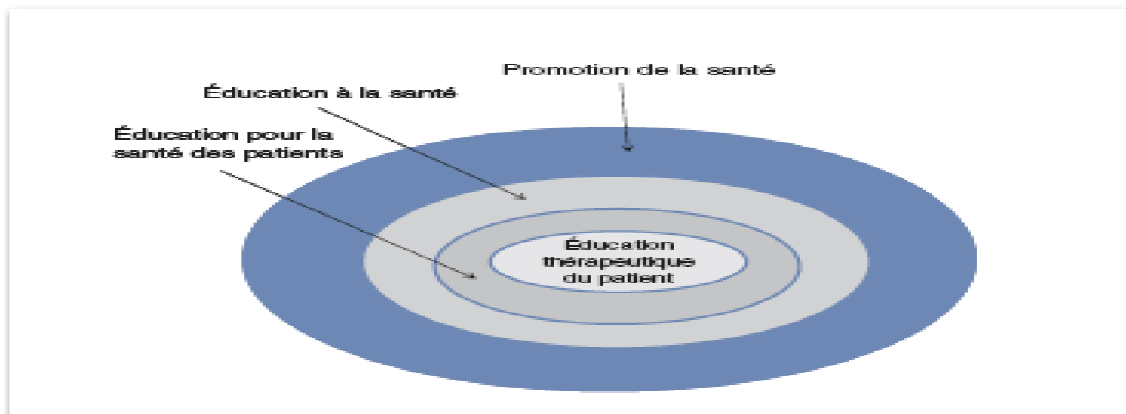


Figure 2: le champ d'action des concepts en sante (Bury JA, 1992,236 p) [4]

## 2 Historique et évolution de l'ETP : [5]

L'ETP est une notion qui était toujours présente sous forme de conseil, mais sa naissance réelle était en 1922, cette notion a évolué avec le temps en passant par trois périodes connues, chaque période a été influencée par l'évolution des théories et des concepts en médecine, en psychologie, et en pédagogie.

### 2.1 Premières ères de l'éducation thérapeutique du patient (1922-1972)[5]

Cette ère caractérise les débuts de l'ETP (figure 3), qui était déclenché en 1922 la date du premier traitement d'un enfant atteint du diabète insulino-dépendant avec l'insuline. Cette

éducation avait pour objectif d'apprendre au patient et à son entourage des compétences telles que l'injection d'insuline, la mesure du glucose et d'acétone dans les urines, ainsi que des règles diététiques tel que la pesée d'alimentation. L'éducation, à l'époque, un reflet des rapports sociaux, à l'école comme à l'hôpital : **verticale et autoritaire**. Aux soignants, la rigueur et le dévouement ; aux patients, l'obéissance et la reconnaissance.

En 1972, l'efficacité de l'ETP a été démontrée par une éducation selon une aide téléphonique et une consultation systématique sur une population démunie aux États-Unis par une infirmière et un résident au service de diabétologie de Los Angeles (États-Unis).

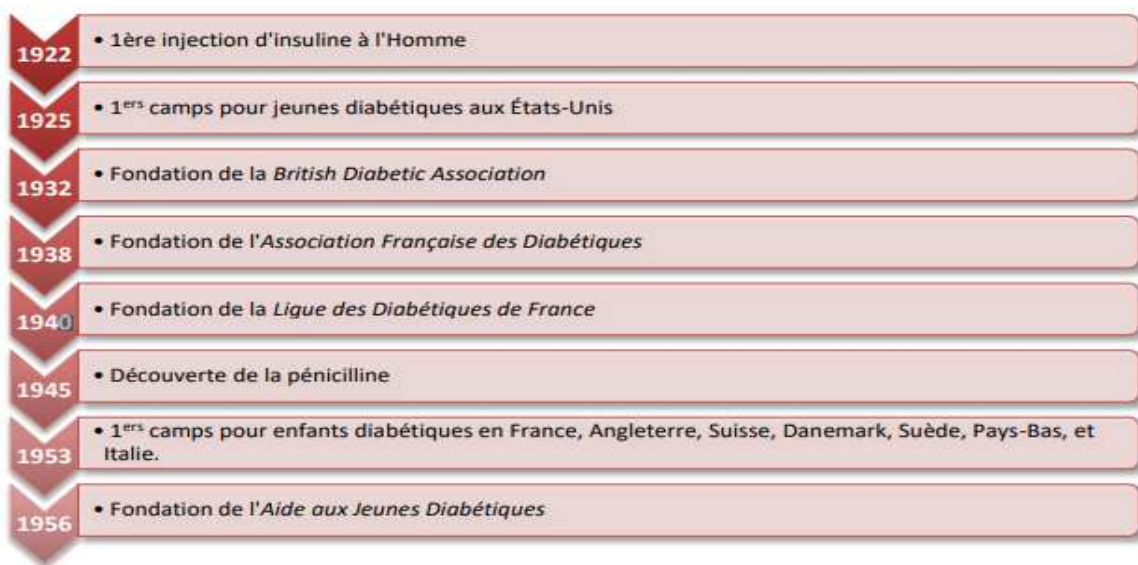


Figure 3 : les principaux événements marquant la première ère d'ETP [6]

Cette intervention a permis de diviser par trois les hospitalisations et de réduire des deux tiers les comas. (Bénéfice économique estimé entre 1,7 et 3,4 millions de dollars)

## 2.2 Deuxième ère d'éducation thérapeutique du patient (1972-1999)

Cette période est marquée plus par la création d'une unité de « traitement et d'enseignement du diabète » En 1975, par le Professeur J.-P. Assal, diabétologue à Genève, une éducation y est délivrée, intégrant la prise en compte du vécu du malade comme une source de connaissance et pour lui et pour les soignants[5].

Cependant l'éducation du patient se développe dans d'autres maladies, en commençant par l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive, les maladies cardiovasculaires et l'infection à VIH. Dans le cadre de cette dernière, le rôle des associations de patients en termes de soutien, d'innovations et de forces de revendication de droits, est fondamental.

La Charte d'Ottawa, publiée par l'OMS en 1986, établit les principes de la promotion de la santé .L'OMS-Europe définit quant à elle l'éducation thérapeutique du patient en 1998.

L'éducation à cette période est marquée par le développement créatif d'une pédagogie



Figure 4 : deuxième ère de l'éducation du patient [8]

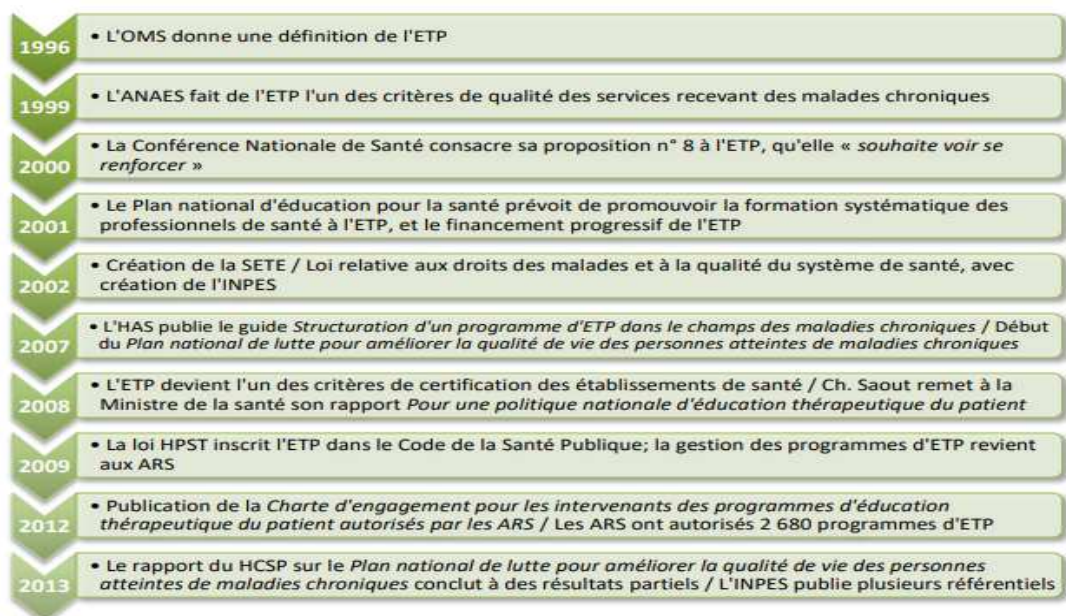


Figure 5 : les principaux évènements de la troisième ère d'ETP [8]

### 2.3 Troisième ère de l'éducation thérapeutique : de 1999-jusqu'à aujourd'hui

Cet ère marquait principalement par :

La publication de l'OMS de la définition de l'ETP en 1996, et de la HAS en 2007 de son guide méthodologique pour la structuration des programmes d'ETP .En 2009, l'ETP s'inscrivait dans le code de la santé publique en France, par la publication de la loi « HPST ».La figure 5 présente les principaux évènements marquant la troisième ère d'ETP.

### 3 Principes et éthiques de l'ETP

Pour avoir une éducation thérapeutique du patient proprement dite, (centrée sur le patient et non sur la maladie), il existe plusieurs principes fondamentaux sur laquelle cette éducation se

repose tels que l'humanisme, la dignité, le partenariat. La relation entre le patient et le soignant est une relation d'égal à égal et dans laquelle les deux sont partenaires et apprennent l'un de l'autre, ainsi que l'autonomie, et la responsabilité de la personne malade ou aidante et l'équité dans l'offre proposée par le système de santé [7].

Cette ETP nécessite une adaptation à la personne, à ses croyances, à ses représentations, car elles peuvent être un frein à sa volonté de se prendre en charge, de se soigner et remettre en question son appropriation de la maladie [8].

#### **4 Finalités et enjeux de l'ETP:**

L'ETP en tant qu'une discipline de santé à plusieurs objectifs qui concernent à la fois le patient, le soignant ainsi que la société.

##### **4.1 Pour le patient :**

L'Objectif ultime d'une éducation thérapeutique pour le patient selon la définition de l'OMS, réside dans l'amélioration de sa santé biologique et clinique par l'acquisition et le maintien des compétences d'auto-soins et d'adaptation ,qui sont les finalités d'un programme d'ETP [9].

En outre, cette éducation est considérée comme une solution face à diverses problématiques chez le patient :

La difficulté d'observance devant une complexité croissante des prescriptions, et une forte demande d'informations et de compréhension, celles-ci poussent le patient à rechercher des connaissances qui sont toujours incomplètes et peu satisfaisantes (internet, entourage,...) nécessitant un triage et une réévaluation.[8]

##### **4.2 Pour le soignant :**

L'ETP permet pour le soignant d'acquérir un nouveau champ de compétences, qui se considère à la fois un objectif et un enjeu : pour dispenser une éducation thérapeutique, le

soignant ou le professionnel de santé, devrait acquérir une multitude de compétences. L'éducation ne se fait pas sans une formation préalable, et un changement des pratiques.

Le but de l'éducateur thérapeutique est de leur apprendre à vivre avec la maladie et non de leur donner une culture de la maladie. Cette éducation suppose transférer au patient des connaissances ainsi qu'une responsabilité, qui confère au patient un statut de partenaire éclairé.[8]

#### **4.3 Pour la société [11,12] :**

L'ETP est considérée pour divers acteurs sanitaires (les assurances maladies, firmes pharmaceutiques, associations des patients), une solution pour réduire :

Le taux de prévalence croissant des maladies chroniques, de la mauvaise gestion thérapeutique conduisant (inobservance, iatrogénie médicamenteuse) à une inefficacité, voir l'apparition des complications de la maladie, par la suite une augmentation des coûts de santé directe ou indirecte (hospitalisations en urgence, consultations non-programmées, visites de médecins et soins à domicile, consommation médicamenteuse, examens ou la survenue de l'incapacité, du handicap (absentéisme, arrêts de travail).

#### **5 Acteurs de l'éducation thérapeutique du patient :**

Le patient : se considère à la fois un bénéficiaire de l'éducation thérapeutique et intervenant au cours de ce processus : il peut en négocier les buts et les modalités de mise en œuvre, et les redéfinir avec le professionnel de santé après avoir fait l'expérience de l'ETP. Elle doit s'adapter à ses besoins et à ses demandes [9].

##### **5.1 Proches :**

(Parents d'enfants ayant une maladie chronique, conjoint ou compagnon, fratrie, enfants de parents malades, personne de confiance, etc.), peuvent être associés à la démarche d'ETP, s'ils le souhaitent. Ils peuvent être concernés par l'acquisition de compétences d'auto-soins et

d'adaptation, si le patient souhaite les impliquer dans l'aide à la gestion de sa maladie. Ils peuvent avoir besoin d'être soutenus dans l'acquisition de compétences et dans leur motivation[9].

## **5.2 Professionnel de santé :**

Selon le code de la santé publique Français, tout professionnel de santé impliquée dans la prise en charge d'un patient atteint d'une maladie chronique est concerné par l'application de l'éducation thérapeutique, et doit intervenir dans cette démarche soit par l'information du patient de la possibilité de bénéficier des programmes d'ETP ou par sa proposition en lui décrivant les ressources locales. En outre son intervention est effectuée également en réalisant l'éducation thérapeutique en collaboration avec une équipe multidisciplinaire ou multiprofessionnelle de santé, ou bien par le professionnel de santé lui-même lorsque l'acquisition des compétences par le patient bénéficiant de l'ETP ne demande pas une collaboration interprofessionnelle de santé.[9]

## **6 Champ d'application de l'ETP:[3]**

L'ETP est une discipline plus orientée vers la maladie chronique, en tant qu'une affection de longue durée qui nécessite une autogestion permanente de la maladie, et une autonomie relative du patient pour sa prise en charge. Elle s'applique également à la situation d'handicap et dans le cas des traitements de longue durée, pour but d'éviter les complications et les récurrences de la pathologie. Cette indication s'inscrit dans le cadre de la prévention secondaire voire tertiaire de la santé.

### **6.1 Définition de la maladie chronique et ses caractéristiques :**

Selon l'OMS, les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui évoluent lentement, responsables de 63% des décès, ces maladies(cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, diabète...), sont la toute première cause de mortalité dans le monde[11].

La maladie chronique est une affection qui est souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves. La durée minimale d'évolution de la maladie chronique est classiquement de plusieurs mois (au moins 3 à 6 mois), avec un retentissement sur la vie quotidienne [7].

Dans son rapport publié en 1994, le haut comité de la santé publique, a précisé que, « Les années prochaines seront dominées par les maladies chroniques et les handicaps ». L'élévation du taux des patients atteints des maladies chroniques est corrélée avec son évolution, cela est dû à l'augmentation de l'espérance de vie, « la solution face à la problématique de l'élévation du taux des maladies chroniques réside seulement dans le mode d'organisation des soins », qui permet de les prendre en charge correctement, ainsi que de réduire le taux de mortalité due à ces maladies. Les caractéristiques de la maladie chronique selon J.P. Assal, impose que l'éducation thérapeutique du patient soit l'une des composantes essentielles de la prise en charge de la maladie chronique [15].

## **6.2 Autres contextes d'application d'ETP**

L'éducation thérapeutique du patient peut être un outil de prise en charge non seulement des patients atteints des maladies chroniques courantes tels que le diabète, l'asthme, les maladies cardiovasculaires,...

Mais aussi de maladies rares comme la mucoviscidose, la drépanocytose ou les myopathies, comme il peut s'agir aussi des maladies transmissibles persistantes comme l'infection à VIH, de cancers et de troubles mentaux de longue durée (dépression, schizophrénie, troubles bipolaires, etc.). Aussi aux handicaps ainsi qu'aux patients bénéficiant de traitements complexes de longue durée (traitement de l'hépatite C, de la tuberculose, patients stomisés, etc.). Certaines situations sont aussi concernées, comme le risque de chute chez la personne âgée[7].

## **7 Approche multidisciplinaires**

Dans le champ de la maladie chronique, la mise en œuvre de l'ETP requiert souvent l'intervention de plus d'un professionnel de santé, voire d'emblée le recours à une équipe multidisciplinaire. La composition de l'équipe qui réalise l'ETP dépend du public-cible, en particulier de son âge, du type, du stade et de l'évolution de la maladie, de la nature des compétences à acquérir par le patient. [9]. Chaque élément de cette équipe apporte l'expertise acquise dans son domaine et enrichit la prise en charge du patient par son ressenti et son analyse de la situation [8].

## **8 Triade éducation, information et conseil dans le champ thérapeutique[3,14]**

Selon la HAS, l'Éducation thérapeutique se distingue, de l'information qui repose sur le transfert d'un contenu scientifique et technique délivré oralement ou par écrit, un conseil ou un message préventif que le professionnel de santé peut le délivrer à divers occasions.

Bien que l'éducation thérapeutique du patient se repose sur l'information et le conseil, mais ils ne constituent pas son fondement. L'ETP est un processus structuré et planifié, long et continu dans le temps, la différence entre cette triade réside également dans la nature de la relation entre le patient et le soignant éducateur, au cours du processus éducatif, le patient devient un acteur de son éducation et partenaire dans la prise de décision qui concerne sa santé, cette relation favorise l'autonomie et le changement de comportement face à la maladie, loin d'une situation de passivité dans laquelle le patient devient un simple récepteur et exécuteur des recommandations thérapeutiques.

## Chapitre 2 : Modalités de la mise en place de l'éducation thérapeutique du patient :

Selon la HAS, l'ETP se déroule suivant des étapes qui se résument en quatre étapes successives avec une coordination entre les acteurs impliqués dans la prise en charge du patient. Ces étapes sont illustrées sur la figure 6.

Sa mise en place requiert au début, le consentement ou l'accord du patient pour participer à une telle éducation, cela se fait à travers l'explication des objectifs de l'offre éducative et la vérification de sa convenance avec les objectifs et les besoins du patient [13].

L'éducation du patient est un processus qui se renouvelle à la demande et le besoin du patient suivant d'autres offres éducatives : l'ETP de suivi, ou la reprise d'éducation [9].

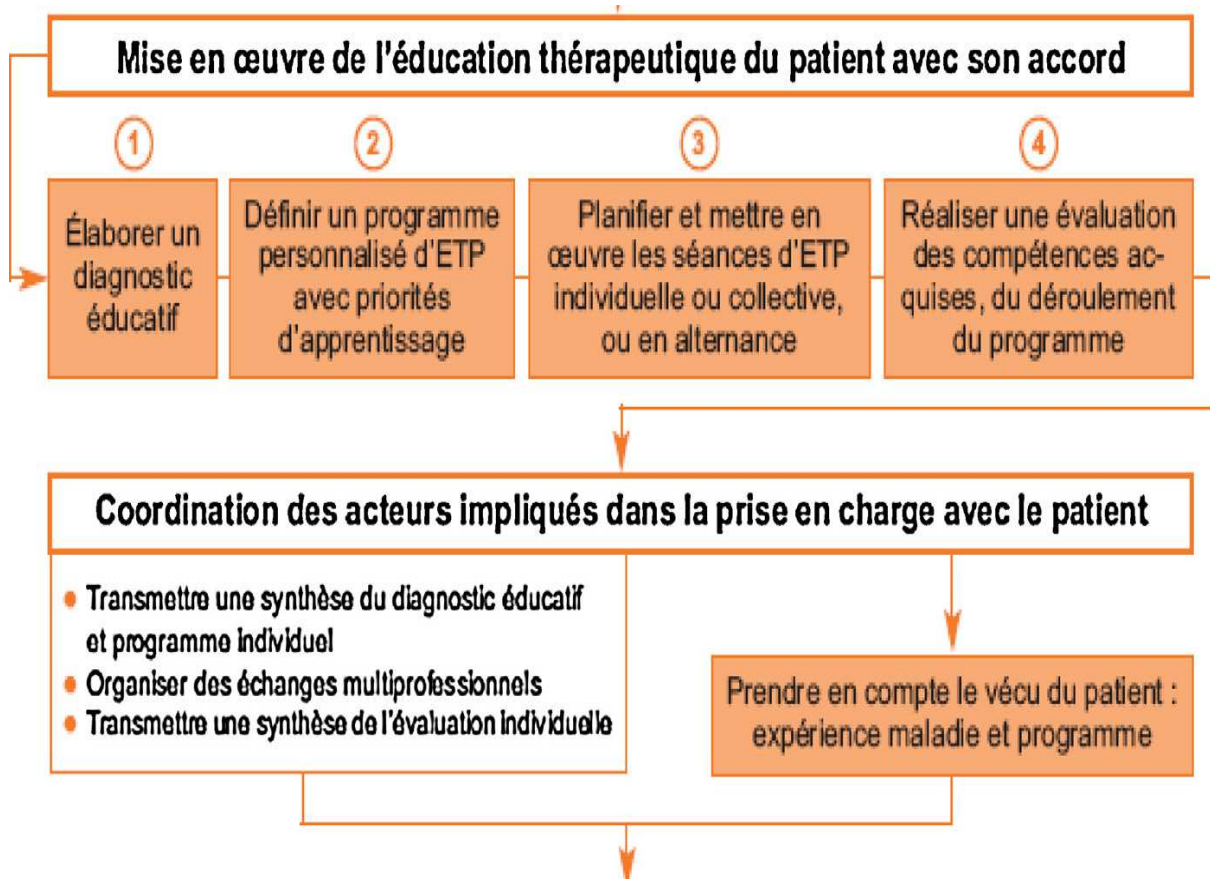


Figure 6 : les étapes de la mise en œuvre de l'ETP [3]

## **I. Structuration d'un programme d'ETP**

### **1 Diagnostic éducatif:**

Il s'agit de la première étape d'une démarche éducative, qui vise l'évaluation des connaissances initiales du patient et l'identification de ses objectifs et ses attentes, cette étape permet à l'éducateur de formuler avec le patient les compétences à mobiliser à partir des informations recueillies selon ses projets personnels, et de les structurer sous forme de séances éducatives à mettre en place. Ce diagnostic est réalisé selon un entretien individuel dans une durée de temps entre 30 à 45 minutes. Au cours de cet entretien, l'éducateur utilise plusieurs techniques de communication comme l'écoute active pour faciliter le recueil d'informations nécessaires à la mise en place du programme éducatif personnalisé [14].

Cet entretien selon les professeurs J.F. D'Ivernois et R. Gagnayre doit aborder les cinq dimensions de vie du patient avec sa maladie (biomédicale, socioprofessionnelle, cognitive, psychoémotionnelle, et projective). Ces dimensions sont illustrées sur la figure 7.

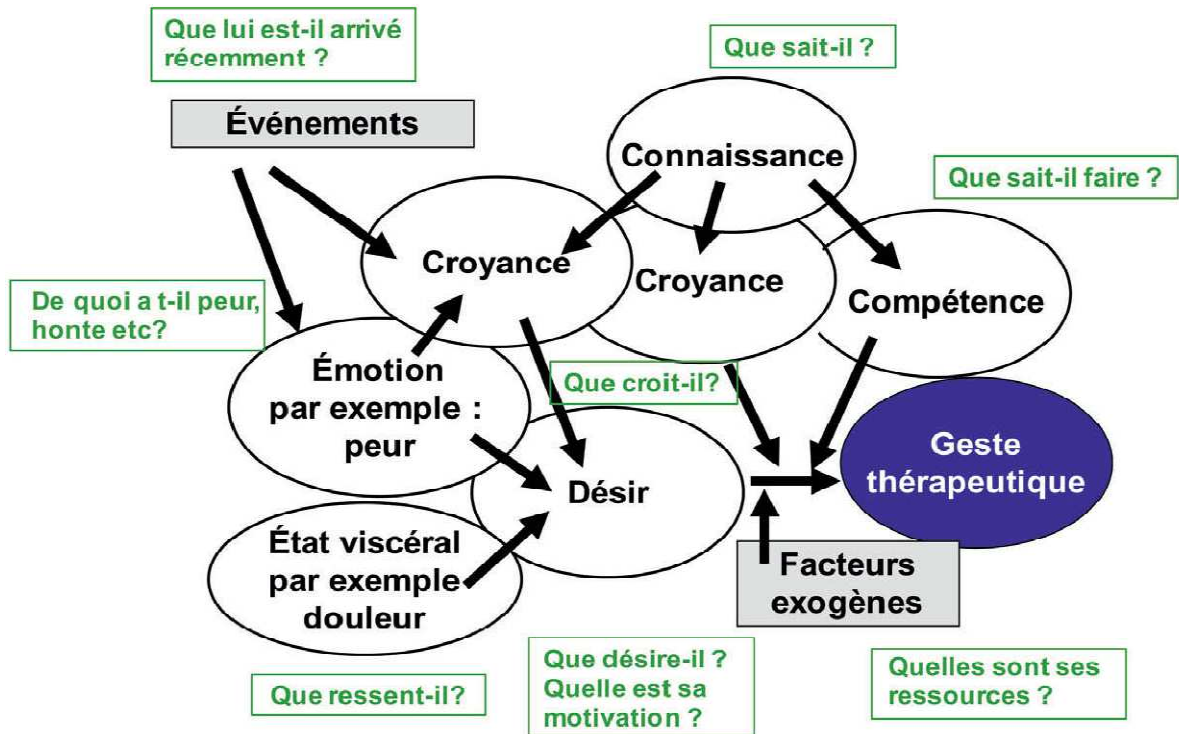


Figure 7 : le diagnostic éducatif selon les cinq dimensions de vie du patient avec sa maladie [19].

Sans remplacer le diagnostic éducatif, certains questionnaires Permettent de détecter les besoins des patients en termes d'ETP[15]

## 2 Élaboration d'un programme personnalisé et le partage des objectifs

Cette étape consiste à l'analyse des besoins spécifiques au patient, pour établir des objectifs pertinents et adaptés en fonction des objectifs du soignant et de ceux du patient, tout en impliquant le patient dans le choix des objectifs et respecter l'ordre de priorité de son apprentissage. La figure 8 présente un exemple d'un bilan éducatif partagé pour patient lombalgique.

<p>Cette synthèse de BEP est issue d'un programme sur la lombalgie chronique.</p> <p><b>Problématiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Patient de 32 ans, célibataire, suivie dans l'unité pour lombalgie chronique sur discopathie.</li><li>▶ Depuis 7 mois, installation progressive d'une douleur sur une pratique sportive intensive : natation, vélo, escalade, randonnée. A cessé toute activité sportive depuis janvier 2015. Douleur importante à la position debout prolongée, assis et accroupie.</li><li>▶ Asthmatique allergique et antécédents de dépression il y a 5 ans.</li><li>▶ Gérant adjoint dans un magasin : porte régulièrement des cartons assez lourds.</li></ul> <p><b>Ressources</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Très motivée pour bénéficier du programme d'ETP.</li><li>▶ Il dit : « Je tiens à mon travail, je ne veux pas être en arrêt. »</li><li>▶ Il vit en colocation avec trois autres locataires, a de nombreux amis.</li></ul>	<p><b>Difficultés</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Se dit être en conflit avec sa mère et aura a priori peu de soutien de sa part.</li><li>▶ A beaucoup de mal à suivre son traitement quotidien inhalé pour son asthme.</li><li>▶ A dû abandonner son projet de voyage à l'étranger.</li><li>▶ Exprime un sentiment d'injustice par rapport à sa situation : « J'ai une très bonne hygiène de vie et c'est à moi que cela arrive ! »</li></ul> <p><b>Projets de vie</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ « Ne plus avoir mal et faire du sport à volonté. »</li><li>▶ « Réaliser son rêve de partir en voyage durant 1 an. »</li></ul> <p><i>Source : Programme d'ETP et de réentraînement à l'effort s'adressant aux patients lombalgiques chroniques, « École du mouvement ». Équipe du département de médecine physique et de réadaptation thérapeutique, CH Lapeyronie, CHU Montpellier. Coordonnateur : Docteur I. Tavares.</i></p>
--	---

Figure 8: Exemple d'un bilan éducatif partagé pour un patient chronique [20]

## 3 Réalisation des séances éducatives.

L'élaboration des séances éducatives se faisait selon deux modalités :

### 3.1 Séance individuelle :

Il s'agit d'un entretien qui se déroule entre le patient et son éducateur, dans une durée entre 30 à 45 minutes, qui permet une prise en charge personnalisée du patient en permettant de

suivre les modifications de comportement du patient et la validation ou pas des objectifs à atteindre [16].

Cet entretien se réalise dans un espace réputé confidentiel, et qui permet un échange isolé entre le patient et le soignant.

### **3.2 Séance collective :**

C'est une séance qui se déroule entre un groupe de patient (de 2 à 20 participants), qui ont un intérêt commun, l'occasion pour ces patients d'échanger leurs expériences et de maintenir une vie relationnelle en partageant des activités communes, tout en ayant pour chacun des objectifs personnalisés.

La dimension du groupe est estimée selon la méthode pédagogique choisi, mais aussi selon le contenu des messages éducatifs, de la population à qui elle s'adresse [16].

Elle devrait permettre une meilleure interaction entre les participants. Les séances de groupe ,peuvent avoir lieu dans des structures spécialisées ou des lieux communautaires selon des réunions organisées de façon quotidienne ,hebdomadaire ou mensuelle concentrées sur quelques jours ou espacées de plusieurs mois ou au contraire informelle.

### **3.3 Séance individuelle ou collective :**

Le choix de la séance individuelle ou collective se fait selon plusieurs paramètres : le temps et la disponibilité sont les contraintes les plus empêchant pour une éducation en groupe, en contrepartie sont privilégiées pour des raisons de coût. Le tableau1, présente les principaux avantages et inconvénients lors de la mise en place de la séance individuelle ou collectif.

Tableau 1: Avantages et inconvénients de l'éducation en individuel et en groupe (Lacroix A, 2007) [17].

<b>Education thérapeutique</b>	<b>Individuel</b>	<b>Groupe</b>
Avantages	Personnalisation Permet d'aborder le vécu du patient Meilleure connaissance du patient Possibilité de cerner les besoins spécifiques du patient Respect du rythme du patient Meilleur contact Relation privilégiée	Échanges d'expériences entre patients Confrontations de points de vue Convivialité Rupture du sentiment d'isolement Émulation, interactions Soutien y compris émotionnel Stimulation des apprentissages Apprentissages expérientiels par « situations problèmes » Gain de temps
Inconvénients	Pas de confrontation avec d'autres patients Absence de dynamique de groupe Risque d'enseignement peu structuré Risque d'incompatibilité avec un patient difficile Risque d'emprise du soignant sur le patient Lassitude due à la répétition Prend trop de temps	Enseignement impositif (vertical) Patients trop hétérogènes Difficulté à faire participer les patients Inhibition des patients à s'exprimer Difficulté d'accorder de l'attention à chacun Difficulté à gérer un groupe Horaires fixes des cours

### **3.4 Séance d'éducation thérapeutique par téléphone**

Il s'agit d'une activité planifiée dans un programme d'ETP défini, sa mise en place nécessite une rencontre auparavant effectuée entre le patient et le professionnel de santé.

La séance par téléphone porte fréquemment sur une analyse d'expérience (ressentis et résultats ou conduite à tenir après une automesure de glycémie). ce type de séance doit être distingué des appels tout-venant pour obtenir une information, des systèmes de rappel de participation à des séances ou à une consultation médicale (par téléphone, par e-mail ou SMS).

## **4 Evaluation individuelle de l'ETP :**

Consiste en une évaluation des acquis du patient au cours du processus d'éducation, qui est réalisée à la fin de chaque séance éducative ou à la fin de l'ETP initiale : pour estimer son niveau d'atteinte des objectifs éducatifs fixés, (les compétences d'auto-soins ou d'adaptations à développer), et la détermination de nouveaux objectifs à partir des nouveaux besoins du patient d'où la nécessité du renouvellement du diagnostic éducatif.

### **4.1 Compétences et objectifs éducatifs des patients :**

Il s'agit d'un savoir intégrer et mobiliser dans la vie quotidienne du patient, son acquisition est faite selon un plan personnalisé et des objectifs à atteindre qui respectent les besoins et les attentes du patient.

#### **4.1.1 Compétences d'auto-soins :**

Ce sont des compétences que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé, et qui consistent à soulager les symptômes, et prendre en compte les résultats d'une auto surveillance, et d'adapter des doses de médicaments, initier un auto-traitement, réaliser des gestes techniques et des soins, mettre en œuvre des modifications de mode de vie (équilibre diététique, programme d'activité physique, etc.).

Parmi ces compétences d'auto-soins, des compétences dites de **sécurité** visent à sauvegarder la vie du patient. Ces compétences sont considérées comme indispensables et prioritaires, à acquérir par le patient ou ses proches. [8]

#### **4.1.2 Compétences d'adaptation :**

Ces compétences reposent sur le développement de l'autodétermination et la capacité d'agir du patient. Elles permettent de soutenir l'acquisition des compétences d'auto-soins.

Elles recouvrent les dimensions suivantes : la connaissance et la confiance en soi, la gestion des émotions et la maîtrise du stress, le développement d'une réflexion critique, et des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles,...[8]

### **5 Suivi éducatif régulier et la reprise de l'éducation.**

L'offre d'ETP initiale aboutie en cas de nécessité, et en concertation avec les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient à proposer une offre éducatif complémentaire, soit de suivi régulier (ou de renforcement) pour maintenir les compétences ou les actualiser, soit de suivi approfondi (ou de reprise). Cette décision de poursuite de l'ETP prend en compte les données du suivi de la maladie chronique [3,16].

Le temps requis pour ces offres éducatives est moins important, et les modalités de mise en œuvre plus souples [9].

### **6 Critères de la qualité d'un programme d'éducation thérapeutique.**

#### **6.1 Selon l'organisation mondiale de la santé :**

L'OMS a présenté 10 critères pour une éducation thérapeutique structurée, et qui sont résumées dans le tableau 2 :

Tableau 2: Critères de qualité d'un programme d'ETP selon l'OMS [2].

1	Doit être un processus systémique d'apprentissage centré sur le patient.
2	Elle doit prendre en compte, d'une part, les processus d'adaptation du patient à la maladie (locus de contrôle, représentations de la santé et de la maladie, aspects socioculturels ...), et d'autre part, les besoins objectifs et subjectifs, exprimés ou non, des patients).
3	Elle doit être intégrée au traitement et aux soins
4	Elle concerne la vie quotidienne du patient et son environnement psychosocial, et doit impliquer autant que possible la famille et l'entourage proche.
5	C'est un processus continu qui doit être adapté en permanence à l'évolution de la maladie, de l'état de santé du patient et de sa vie ; c'est une partie de la prise en charge au long cours.
6	Elle doit être structurée, organisée et proposée systématiquement à tous les patients.
7	Elle doit utiliser des méthodes et moyens variés d'éducation et d'apprentissage.
8	Elle est multi-professionnelle (toutes les catégories de soignants) et multidisciplinaire (approches de santé, de soins et de sciences humaines) .et nécessite un travail en réseau.
9	Elle doit inclure l'évaluation du processus d'apprentissage et de ses effets.
10	Elle est réalisée par des professionnels des soins formés à cet effet.

## 6.2 Selon la Haute autorité de santé :

La HAS en France a précisée dans son guide méthodologique sur l'ETP publié en 2007, des critères de qualité, ces critères sont repris intégralement des critères d'OMS, sont décrits dans le tableau 3 [3].

Tableau 3: Critères de qualité d'un programme d'ETP selon la HAS.

<p>la HAS en France a précisée dans son guide méthodologique sur l'ETP publiée en 2007, des critères de qualité, ces critères sont repris intégralement des critères d'OMS, sont décrits dans</p>
<p>Être scientifiquement fondée (recommandations professionnelles, littérature scientifique pertinente, consensus professionnel) et enrichie par des retours d'expérience des patients et de leurs proches, pour ce qui est du contenu et des ressources éducatives.</p>
<p>Faire partie intégrante du traitement et de la prise en charge</p>
<p>Concerner la vie quotidienne du patient, les facteurs sociaux, psychologiques et environnementaux.</p>
<p>Être un processus permanent, qui est adapté à l'évolution de la maladie et au mode de vie du patient ; elle fait partie de la prise en charge à long terme.</p>
<p>Être réalisée par des soignants formés à la démarche d'éducation thérapeutique du patient et aux techniques pédagogiques, au travail en équipe et à la coordination des actions.</p>
<p>S'appuyer sur une évaluation des besoins subjectifs et objectifs, de l'environnement du patient (diagnostic éducatif) et être construite sur des priorités d'apprentissage perçues par le patient et le professionnel de santé.</p>
<p>Se construire avec le patient et impliquer autant que possible les proches du patient.</p>
<p>S'adapter au profil éducatif et culturel du patient, et respecter ses préférences, son style et son rythme d'apprentissage.</p>
<p>Être multiprofessionnelle, interdisciplinaire et multisectorielle ; intégrer le travail en réseau</p>
<p>Inclure une évaluation individuelle de l'ETP et du déroulement du programme</p>

## **7 Exemple d'un programme d'éducation thérapeutique du patient diabétique de type2 [17].**

### **Description du programme :**

C'est un programme qui a eu l'autorisation de sa mise en place en 2013 par l'ARS de Limousin, le programme a duré 4 ans (2014 à 2017), est réalisé au bénéfice des patients atteints du diabète de type 2 en ambulatoire, du territoire Monts et Barrages en France, pour les patients hospitalisés dans les services de médecine et de SSR du C.H.I.M.B

L'équipe pluridisciplinaire exécutante de ce programme est composée d'un Médecin, deux Pharmaciens, deux Infirmières, une Diététicienne : un Psychologue, un ergothérapeute, un Professeur d'activité Physique Adaptée.

Le programme est réalisé selon un cycle de 9 ateliers (13 séances) abordant les thèmes du diabète, de la nutrition et de l'activité physique, dans le but de développer des compétences d'auto surveillance, d'auto soins, d'adaptation du traitement et de modification du mode de vie quotidien.

#### **1. Les ateliers abordent les thèmes suivants :**

- comprendre mieux son diabète (animé par : Médecin ou pharmacienne-Infirmière)
- échanger ensemble sur le diabète (psychologue-ergothérapeute)
- comprendre mieux son traitement antidiabétique (pharmacienne-infirmière)
- réalisation correcte son traitement insulinique (pharmacienne-infirmière)
- différenciation correcte de l'hypo/hyperglycémie (animateurs : infirmières)
- réalisation correcte de son auto-surveillance (pharmacienne-infirmière)
- comment réaliser au mieux ses soins quotidiens. (infirmière-ergothérapeute)

- comment avoir une activité physique adaptée (professeur d'activité physique adaptée-Infirmière)

### **1. Evaluation de la mise en place du programme :**

Selon la fiche d'évaluation quadriennale de ce programme, l'instauration de cette démarche éducative a évolué depuis son démarrage en 2014 jusqu' à 2017 par : l' élévation du nombre des patients recrutés, la réorganisation des séances collectives, et les outils de suivi du patient (méthodes pédagogiques, fiche remis,..), l'implication d'un nombre important de professionnels de santé et notamment le pharmacien d'officine dans l'accompagnement des patients.

### **II. Ressources éducatives en ETP**

Pour pouvoir appliquer une éducation thérapeutique de patient de qualité, il existe plusieurs volets qui devraient être évalués :

**Le volet technique** : la qualité du contenu du programme doit respecter les critères de qualité des programmes d'ETP établies par des organismes sanitaires tels que l'OMS et la HAS.

**Le volet pédagogique** : ce volet possède un impact capital sur la qualité de l'éducation, en adoptant une méthode d'apprentissage et des outils pédagogiques adaptés pour accomplir les objectifs de cette éducation, en n'oubliant pas la composante psychologique du patient et la qualité de la relation de soin entre les deux acteurs : patient et professionnel de santé qui doit d'avantage développer des compétences de communication pour améliorer cette relation.

#### **1 Pédagogie et les grands modèles explicatives d'apprentissage.**

La pédagogie mère de l'éducation thérapeutique [18],est une discipline qui se considère comme l'une des principaux ressources éducatives, que l'éducateur doit la maîtriser: ce sont des méthodes pratiques d'enseignement ,et des compétences requises de la part de l'enseignant pour faciliter l'apprentissage chez l'éduqué, et mieux lui transmettre le message

éducatif(un savoir, un savoir-faire ou un savoir-être ), en tenant compte des connaissances antérieures et du comportement du sujet [19]. **Les principaux modèles d'apprentissage sont :**

### **1.1 Modèle frontal ou transmissif :**

utilisé lors de l'enseignement traditionnelle, qui consiste à une transmission simultanée et rapide d'un savoir préalablement structuré à beaucoup d'apprenants compris a priori par tous. Le savoir acquis par cette méthode d'apprentissage, peut être non compris pour l'apprenant et rapidement oublié, en conséquent ce modèle engendre une certaine passivité chez l'apprenant.

En revanche, pour bien garantir l'efficacité de cette méthode, l'apprenant et l'éducateur doivent se situer dans le même cadre de référence (vocabulaire compris) ; et avoir une façon identique de raisonner [19].

### **1.2 Modèle constructiviste :**

**Ce modèle** considère le patient ou l'apprenant comme un acteur de son propre apprentissage, et peut partir de ses besoins et ses intérêts et prend appui sur ses questions .Dans ce modèle, la relation patient-soignant est fondée sur l'empathie, il n'y a pas de directivité et le pouvoir est partagé. Un savoir n'est considéré acquis dans ce modèle, que lorsque l'information intégrée influence sur les croyances de santé du patient ou ses conceptions, qui aboutissent à sa transformation. En contrepartie, cette pédagogie minimise le rôle du contexte, et de l'environnement d'apprentissage, ainsi que la sphère affectivo-émotionnelle (désirs, passions...) dans le processus d'apprentissage [21].

### **1.3 Modèle Behavioriste ou comportementaliste**

Au cours de ce modèle le sujet apprenant mémorise le comportement ou le savoir- faire observable en le reproduisant ,cette pédagogie dite par objectifs [20] ,qui tend à traduire les connaissances ou les compétences à acquérir des objectifs pédagogiques .L'atteinte de chaque objectif est évaluée séparément en étant un objectif homogène et concret [20] ,ce qui

rend le savoir dans ce modèle segmenté en sous savoir [21]. Or le savoir est peu fréquemment la somme des sous savoir, ce qui engendre inéluctablement un état de dépendance du sujet par rapport à l'expert. En outre cette pédagogie, n'assure pas une motivation sur le long terme pour le patient qui ne lui sanctionne pas de continuer le processus d'apprentissage, surtout un peu labyrinthique [19],[21].

Au cours de l'ETP ce modèle pourrait être utilisé pour faire apprendre au patient des compétences d'autosoins tels que : l'apprentissage de la manipulation d'un inhalateur pour un patient asthmatique, ou la pratique d'auto surveillance de la glycémie chez un patient diabétique [21].

#### **1.4 Quel modèle à transposer en éducation thérapeutique du patient ?[22]**

Chaque modèle pédagogique se centre sur un coté déterminé au cours de l'opération d'apprentissage (la pédagogie transmissive se centre plus sur le contenu d'apprentissage (biomédicale), behavioriste sur l'environnement d'apprentissage, alors que le modèle constructiviste suggère que le changement du comportement ou l'acquisition d'un savoir dépend exclusivement du patient. La pédagogie allostérique propose que l'acte d'apprentissage pour le patient soit un acte qui part de lui-même, qui doit prendre en considération ses propres conceptions sur son corps, sa maladie, son traitement.

L'apprentissage du patient selon le modèle allostérique est une opération de construction et déconstruction de conceptions endogènes, dans lequel le patient adopte un savoir qui va avec ou contre ses conceptions préexistantes, dans un environnement didactique (un type systémique, ou paradoxal, en régulation dynamique complexe) dans lequel, le soignant contribue à sa mise en place.

Ce processus complexe résulte de l'interaction entre le comportement de l'individu et l'environnement spécifique d'apprentissage (expériences sur la gestion de la maladie, informations).

La Figure 9 présente les diverses démarches d'une ETP selon le modèle allostérique de type systémique d'ETP.

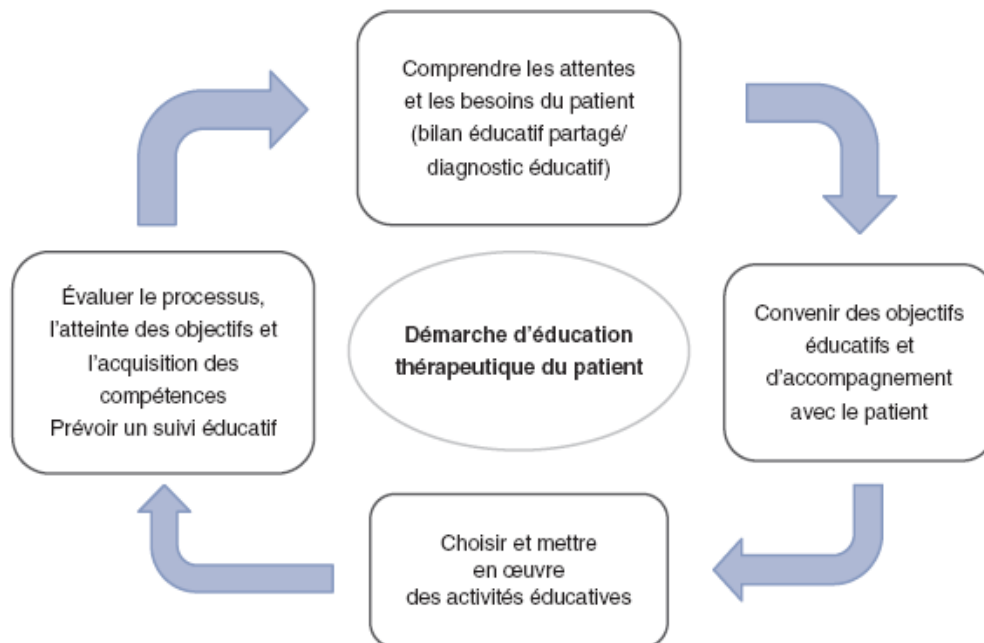
## 2 Les techniques et les outils pédagogiques pour la mise en œuvre d'ETP

### 2.1 Les techniques pédagogiques :

Ce sont des procédés utilisés par le formateur au service d'une démarche Pédagogique : vise à favoriser les apprentissages, et permettent de gérer, expliquer, découvrir et évaluer les objectifs pédagogiques [20],notamment pour développer chez le patient des compétences d'autosoins, en intégrant au cours de leurs conceptions et animation des modalités de développement des compétences d'adaptation [9].

Une technique pédagogique est choisie selon sa mise en lien avec le contenu à traiter, et la pertinence, au regard de la compétence à acquérir et des objectifs de la séance d'ETP, la technique choisie devrait respecter les principes d'apprentissage: participation active, interactivité, progression à un rythme individuel. La technique doit être facile à appliquer et

Figure 9 : Modèle systémique propre à l'ETP (inspiré d'Ivernois JF,Gagnayre R) [21]



employer régulièrement dans le contexte où se déroule les séances, adaptées au public selon : l'âge, niveau de lecture et de compréhension, difficultés d'apprentissage, difficultés de compréhension de la langue, et situation d' handicap sensoriel, etc. ; la durée de la séance[9]

Ces techniques peuvent concerner le savoir, savoir-faire, et le savoir- être, et sont choisi selon le type de séance organise (collective ou individuelle), l'objectif éducatif voulu atteindre.

Les figures 10 et 11 illustrent les diverses techniques pédagogiques utilisables en séance individuelle et collective d'ETP, pour atteindre au regard des objectifs poursuivis [23].

<b>Catégorie d'objectifs</b>	<b>Noms des techniques</b>
<b>Savoir</b>	Entretien Étude de cas Simulation Pilulier Classeur-imagier Planning thérapeutique Conseil téléphonique, aide à la décision Échanges par courriels
<b>Savoir-faire</b>	Pilulier Travaux pratiques Simulation de gestes techniques Apprentissage gestuel, activité physique
<b>Savoir-être</b>	Entretien centré sur l'émotion Jeu de rôle* Entretien à partir d'une lecture, d'un film

Figure 10: les techniques pédagogiques utilisables en séances individuelles [21]

Catégorie d'objectifs	Noms des techniques
Accueil et présentation	Tour de table Portrait chinois* Portrait minute* Présentation croisée*
Savoir	Tour de table des idées et des besoins Exposé interactif Étude de cas Remue-méninges ( <i>brainstorming</i> )* Metaplan®* Technique de l'arbre* Photolangage*, art langage* Dessin de l'esprit, cartes conceptuelles ( <i>mind map</i> )*
Savoir-faire	Simulation de gestes techniques Atelier cuisine, lecture d'étiquettes alimentaires, courses... Activités physiques et sportives, promenades didactiques
Savoir-être	Table ronde Remue-méninges ( <i>brainstorming</i> )* Jeu de rôle* Étude de cas* Technique de l'arbre* Séances de relaxation Projection d'un film Activité sportive Activité esthétique

Figure 11: les techniques pédagogiques utilisables en séances collectives [21]

## 2.2 Outils pédagogiques en ETP [9], [23].

Ce sont des outils qui aident à la réalisation de l'activité éducative. Ils permettent d'harmoniser les contenus éducatifs, les messages, et de remettre aux patients des documents d'aide à la décision, aide-mémoire, etc. qui complètent la séance, mais ne remplacent en aucun une interaction entre le soignant et le patient.

IL existe dans la littérature deux types d'outils ou supports pédagogiques : **des outils d'information** : affiche, brochure, synthèses, ou des outils **d'animation** : classeur-imagier,

bande audio ou vidéo, cédérom, brochure, représentations d'objets de la vie courante, matériel de soins, jeux, etc.

Les outils d'informations doivent être proposés au patient après l'activité éducative, pour renforcer les acquisitions et combler un savoir manquant, leur efficacité est limitée lorsqu'ils sont distribués seuls, en absence d'interaction entre le soignant éducateur (médecin, pharmacien,...) et le patient.

### **2.3 Multimédia/internet [23].**

L'usage des multimédias, se considèrent comme un support d'informations sur les maladies, les traitements, sous formes imagées, ludiques .Le recours au multimédia (films ou vidéos) au cours des séances collectives apporte des informations et des données complètes de façon ludique, et parfois remplace et transmet facilement le message contenu dans un long discours du soignant. En revanche, pour que le patient bénéficie de ces outils, une discussion doit avoir lieu après la diffusion de la vidéo ou du film pour exprimer ses ressentis, les idées retenues...

### **3 ETP et psychologie de la santé.**

Pour pouvoir être un bon éducateur le professionnel de santé doit connaître certaines notions qui sont en relation avec la psychologie de la santé et développer des compétences psychothérapeutiques , qui sont des facteurs qui peuvent faire évoluer la maladie soit vers la guérison ou vers une complication., notamment en cas d'une maladie chronique ,le patient passe par plusieurs phases psychiques, au cours desquelles, il nécessite un accompagnement et une aide du soignant notamment (un psychoéducateur), pour accepter la réalité de sa maladie, et atteindre un nouvel équilibre émotionnel, puis s'engager d'avantage dans la gestion de son traitement .

### 3.1 Définition de la psychologie de la santé :

Selon Bruchon-Schweitzer & Danzter en 1994, la psychologie de la santé est définie comme « l'étude des facteurs et des processus psychologiques jouant un rôle dans l'apparition des maladies et pouvant accélérer ou ralentir leur évolution ».

En outre, L'Association Francophone de Psychologie de la Santé (AFPSA), a défini les objectifs de la psychologie de la santé en tant qu'une discipline qui vise l'amélioration et le maintien de la santé, la prévention et le traitement des maladies, l'analyse des facteurs de risque ou de protection en matière de santé. Elle s'intéresse notamment à l'analyse des représentations, des vécus émotionnels des patients.

L'ETP appartient aux domaines d'intervention et de recherche en psychologie de la santé, mais il est important de préciser que l'ETP constitue également en elle-même un champ de pratique et de recherche pluridisciplinaire, dont la psychologie de la santé fait partie.[24].

### 3.2 Stades d'acceptation de la maladie [25]

Dès le diagnostic de la maladie le patient ressent un choc comme une réaction commune pour tous les malades, face à une nouvelle réalité confrontée, par la suite deux éventuels processus peuvent s'installer un vers **l'acceptation** de la maladie et l'autre vers **une résignation**.

L'acceptation de la maladie est un long processus de maturation par lequel l'individu doit traverser, lorsqu'il est confronté à la nouvelle réalité de la maladie. Elle signifie un consentement lucide à une réalité qu'il se décide d'assumer et, se distingue de la résignation, qui est une tendance, à subir le sort sans protester, mais dans la douleur. Le processus d'acceptation suit le modèle du deuil proposé par Freud puis E. Kübler-Ross. Ce modèle est illustré sur la figure 12.

La succession de ces étapes n'est pas linéaire et stricte, l'évolution se fait par strates et la personne peut revenir à un stade antérieur ou restée bloquée à une étape. Appliqué à la

maladie chronique, le cheminement psychologique du patient passe par une succession de pertes : pertes de l'image de soi, de ses projets, de son rapport antérieur aux autres et au monde, d'une partie de son corps, de son sentiment de normalité, de l'illusion de son immortalité.

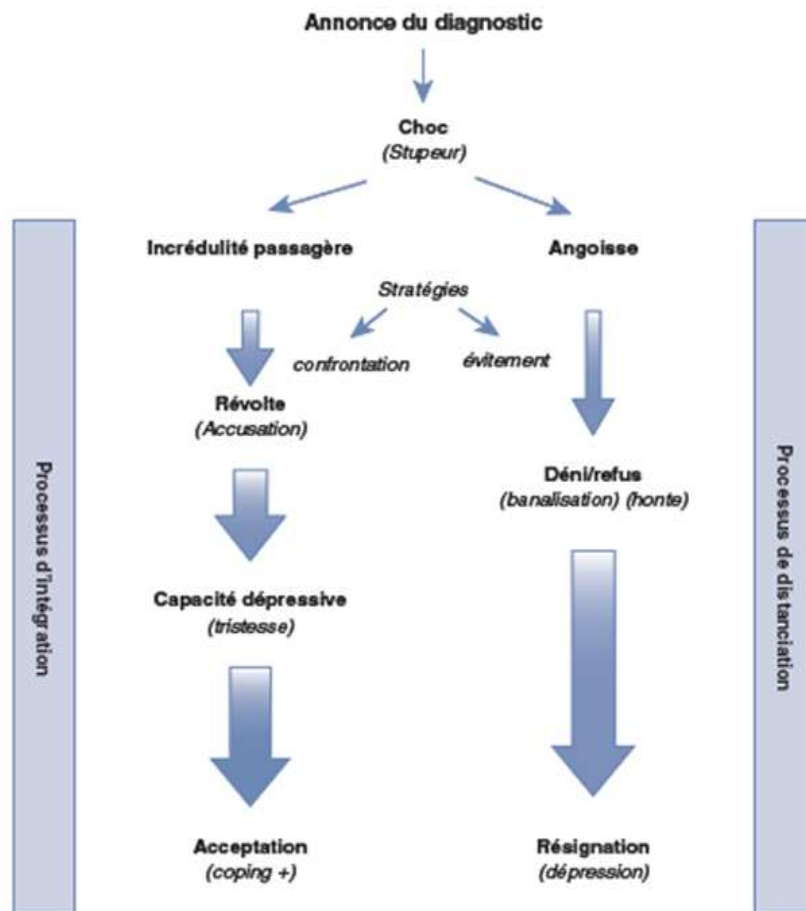


Figure 12: le résultat de deux processus face à la maladie [28]

### Modèle de croyance de santé : Health belief model [25]

Cette notion a pour objectif d'expliquer les comportements de santé, et démontrer le rôle de la connaissance et la perception dans la responsabilité personnelle.

Ce modèle, aide à mieux comprendre les raisons d'adhésion thérapeutique du patient, selon le niveau de conviction du patient vis-à-vis de sa maladie (degré d'atteinte, et des éventuelles conséquences sur sa santé), et son traitement (ses bénéfices qui doivent contrebalancer les désagréments et les efforts demandées) .Pour qu'un comportement de santé soit adopté par le patient, il convient que les quatre conditions soient toutes validées. Sinon, il y aura négligence, refus ou abandon.

### **3.3 Lieu (locus) de contrôle [25]**

On parle de locus ou de cadre de référence externe ou interne.

- Externe : le patient croit que sa santé ne dépend que d'événements ou d'actions externes qui échappent à son contrôle (« Dieu », « le destin », « c'est écrit », « les autres », le médecin...). Il a tendance à être passif.

- Interne : le patient pense qu'il a une capacité propre à agir et à modifier le cours des événements. Au cours de la maladie chronique, la réussite du soin passe par une attitude active du patient qui se prend en charge. Aussi, s'il est en locus externe, ce qui est très souvent le cas au début d'une maladie, il conviendra de l'aider à passer progressivement d'un état de passivité et de dépendance vis-à-vis du monde soignant, à un état plus autonome, indépendant et actif.

### **3.4 Stades de changement du comportement [27]:**

La théorie de Proshaska et Diclemente transposée aux problèmes de santé, propose un processus du changement du comportement, qui se divise en six étapes :

1. **Pré-contemplation ou la non-implication:** au cours de cette étape le patient ne sent pas concerné par le comportement nocif de la santé, aucun changement n'est envisagé

2. **Contemplation ou l'adhésion à l'information:** le patient au cours de ce stade se sent concerné par le problème de santé, il envisage le changement mais n'est pas encore prêt à agir.
3. **Détermination, décision, préparation:** à cette phase, le patient exprime son envie à opérer un changement, décide d'entamer cette transformation prochainement.
4. **Action ou initiation du changement:** le patient est engagé dans des modifications de style de vie, et supporter les difficultés de ce changement.
5. **Maintien:** la phase de consolidation du nouveau comportement, au cours de laquelle, plusieurs tentations seront éventuellement faites pour retourner au comportement antérieur
6. **Accomplissement, guérison définitive :** cette phase, au cours de laquelle le patient consolide la phase du maintien, et marque le nouveau changement, comme une nouvelle habitude chez le patient.

**Rechute:** retour et recrudescence vers le comportement nocif, cette phase est considérée normale et fait partie du processus du changement.

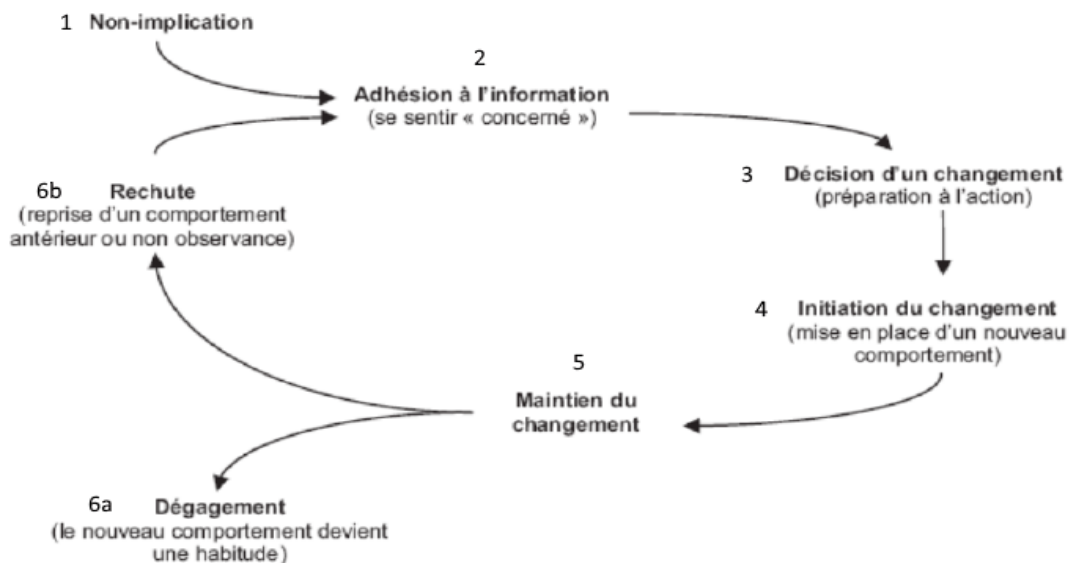


Figure 13: les étapes du changement de comportement selon la théorie de Prochaska et Diclemente [29]

## **4 Relation Soignant –soigné : du paternalisme à l'autonomie :**

### **4.1 Différentes facettes de la relation patient-soignant [14,30]**

Certains auteurs ont défini quatre « états » du patient et du soignant, définissant quatre types de relation : passivité du patient et contrôle du soignant, dépendance du patient et expertise du soignant, coopération du patient et volonté de partenariat de la part du soignant, autonomie du patient et facilitation du soignant. Le quatrième type de relation, autonomie–facilitation, est le plus fonctionnel, et l'ETP s'inscrit naturellement dans cette visée.

#### **4.1.1 Relation paternaliste**

Dans cette relation le patient prend une attitude passive, ne participe pas à la prise de décision concernant son état de santé, en contrepartie le soignant est censé savoir et être objectif. Prenant en charge les intérêts du patient, il décide pour lui .Ce modèle ne prend pas en considération l'autonomie du patient, ainsi que sa responsabilité en vers son état de santé, ces éléments qui favorisent une meilleure prise en charge et une meilleure adhésion de celui-ci au plan de soin proposé. Toutes ces raisons précitées selon Moley-Massol, rendent ce modèle de relation obsolète, et passe de plus en plus vers un modèle partenariale [26]

#### **4.1.2 Relation partenariale (Moley-Massol 2007,Bachelard 2012)[26]**

La relation entre les deux parties implique une équivalence de ses prérogatives, et adopte plusieurs caractéristiques :

Le patient est un acteur actif: il est au centre de cette relation, il participe dans la prise en charge de sa maladie, en partageant son expertise issue de son expérience avec son soignant par des échanges qui enrichie cette relation, mais aussi de ses propres recherches personnelles (l'Internet offre cette possibilité). Le soignant reconnaît les expériences antérieures du patient aussi que sa capacité à décider.

Cette relation selon Rogers, serait favorisée par quatre attitudes non-directives de l'accompagnant, qui la renforcent et la rend fructueuse, qui sont :

**L'empathie**, qui est considéré comme une attitude favorisant la reconnaissance expérientielle du patient et, par conséquent, l'expression de son histoire de vie, prend une fonction thérapeutique par l'échange et s'oppose à la compassion.

Un **climat de confiance** établi sur la base de la bienveillance, et **la congruence** qui signifie l'alignement entre ce que l'on est, ce qui se fait et ce qui se dit, et une bonne distance entre le soignant et le patient qui favorise la libre expression du patient de bons sentiments de communication dirigés par rapport aux événements antérieurs avec **une écoute active** du non-jugement qui implique un regard positif inconditionnel de la part du soignant et l'acceptation du patient tel qu'il est.

À partir de ce, une véritable alliance thérapeutique s'établit entre le patient et son soignant, ce qui signifie un lien particulier entre ces deux parties pour s'entendre sur des décisions thérapeutiques. Cette alliance est basée sur l'éthique et les valeurs.

#### **4.1.3 Posture éducative [27].**

Pour pouvoir concrétiser une ETP centrée sur les objectifs et les besoins du patient, le professionnel du santé devrait adopter une posture éducative basée les techniques de communication évoquées précédemment (l'empathie, l'écoute active,...), d'avoir une attitude encourageante : de poser des questions adaptées, d'écouter activement les réponses du patient, de l'aider à s'exprimer plus facilement, de prendre des décisions en commun, de faire face à ses émotions, et de s'assurer de la compréhension mutuelle des conclusions de la rencontre.

#### **4.2 Communication patient –professionnel de santé : outil pour établir cette relation**

Afin de favoriser la communication avec le patient, plusieurs outils doivent être mis en place, notamment en ce qui concerne le langage du soignant, qui doit être un langage convivial pour le patient et contenir des questions ouvertes ou fermées, d'autre part, le soignant peut conserver les mots dans le vocabulaire médical si cela présente un intérêt pratique pour le

patient et définit simplement ces mots avec une référence possible à la vie quotidienne et peut facilement utiliser des images ou des métaphores tirées de la vie quotidienne du patient. “ *Si je vous comprends bien, vous voulez dire que...* ”, “ *A votre avis* ”, “ *Selon vous...* ”[15].

Les différents outils de communication et ses enjeux sont illustrés sur le tableau 4.

Outils de communication	Enjeux	Exemples
Questions ouvertes	Évaluer globalement une situation Accéder au ressenti du patient	Quels sont vos symptômes ? Comment se passe votre traitement ?
Questions fermées	Obtenir une précision, un complément d'information	Avez-vous d'autres symptômes ? Depuis quand avez-vous de la fièvre ?
Questions relais	Rebondir sur une idée du patient Permettre au patient d'aller plus loin dans sa réflexion Le mettre en confiance	Que voulez-vous dire ? Pouvez-vous m'en dire plus ?
Reformulation	Reconnaître les ressentis du patient S'assurer de la bonne compréhension d'un message Faire le tri dans les informations recueillies Synthétiser et mémoriser le discours patient Recentrer l'entretien Gagner du temps Gérer des sentiments négatifs (stress/agressivité)	Vous pensez que... D'après vous... (reformulation en miroir) Si j'ai bien compris... (reformulation de clarification) Nous sommes bien d'accord... (reformulation de validation)
Silence	Rythmer les échanges Prendre le temps de réfléchir à une question ou à une réponse adaptée (répondre trop vite ou parler sans s'arrêter peut être le signe d'un certain malaise)	

Tableau 4: Enjeux des différents outils de communication à l'officine [29]

### 4.3 Des règles de communication pour une séance éducative de qualité [18]

La dispensation d'une éducation thérapeutique requiert, en plus d'un contenu technique (informations médicales ou thérapeutiques) de qualité, la communication et la pédagogie constitue une composante d'une part entière pour faciliter la transmission du message éducatif au patient. Ces règles de communications concernent le langage verbal et non verbal de l'éducateur, la configuration de la salle où se déroule l'acte éducatif. La figure 14 illustre

sa configuration au cours d'une séance éducative collective selon les trois zones d'intervention.

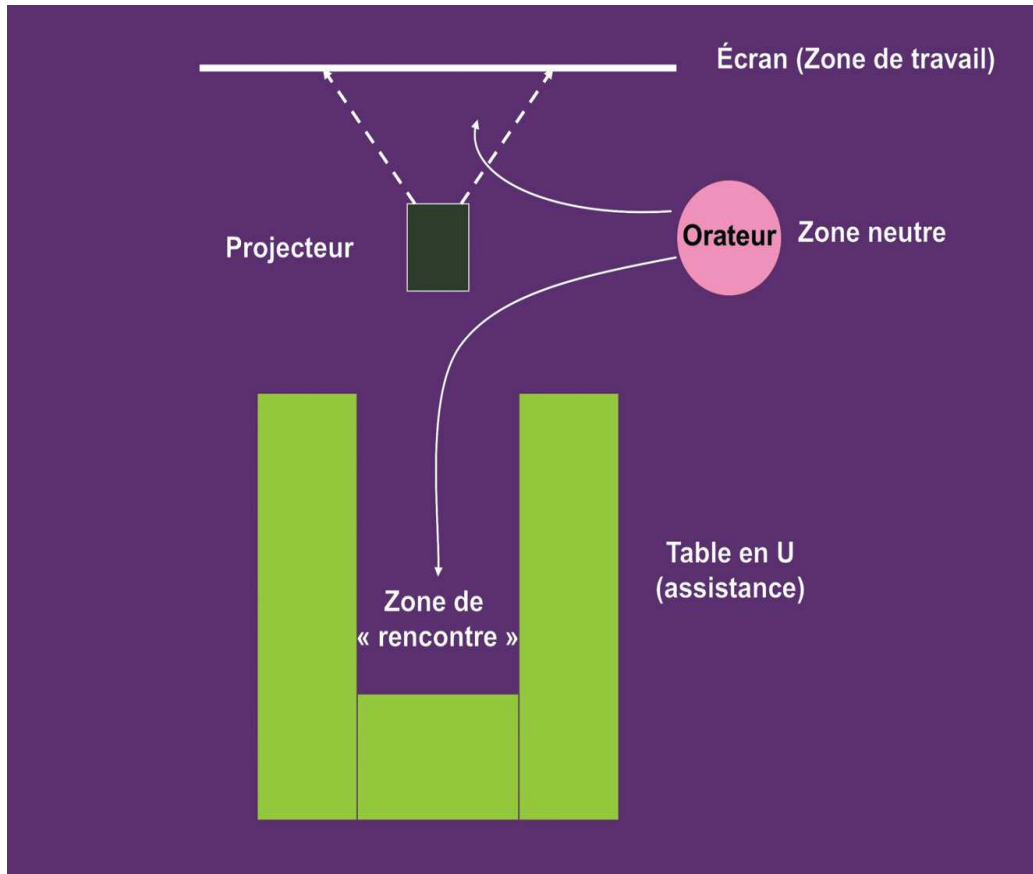


Figure 14: les trois zones d'interventions d'un éducateur dans une salle d'ETP lors d'une séance collective [20]

**-Langage verbal :** le langage oral utilisé par l'éducateur, est un langage riche rassemble plusieurs termes en relation avec la sujet de l'éducation.

L'ensemble des termes, choisis doivent être compris pour l'éduqué ou le patient, d'où la nécessité de définir et expliquer l'ensemble du vocabulaire technique en rapport avec le sujet. Dans ce propos, la transmission du message oral, requiert du soignant-éducateur une tonalité de voix et un débit de parole adéquate (ne dépassant pas 120 mots par minute) à son auditoire.

**-Langage non-verbal** ou « langage des gestes » : utilisé par le soignant-éducateur pour contribuer à la compréhension du message oralement transmis.

## **5 Modalités de formation et les compétences des éducateurs en éducation thérapeutique.**

Pour pouvoir éduquer un patient, le professionnel de santé nécessite de développer des compétences qui correspondent selon Wittorski « à la mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se construit « l'auteur » de la situation ». [28]

On peut retenir d'après cette définition, que la compétence consiste à utiliser le savoir, le savoir-faire ou le savoir être acquis au service d'une situation déterminée.

La mise en place d'une ETP de qualité requiert l'acquisition de diverses compétences, qui sont incluses dans les domaines : technique, relationnel et pédagogique, ainsi que socio-organisationnel. Elles sont développées lors d'un ensemble des formations initiale ou continue classés en différents niveaux, dépendant au besoin du patient, et au programme :

### **5.1 Formation initiale**

Adressée spécifiquement aux étudiants dans maintes disciplines dans le domaine de santé, ces formations consistent à inclure l'ETP au sein de leurs cursus universitaires, afin de faire développer chez les futurs professionnels de santé (médecin, pharmacien, infirmière...), une

culture éducative ,en outre posséder des compétences qui permettront aux futurs praticiens d'adopter une posture éducative pour pouvoir appliquer l'ETP.

### **5.1.1 En Médecine :[29]**

La formation initiale en ETP, des étudiants en Médecine, était initiée dans plusieurs facultés en France, cette mise en place de cet enseignement est effectuée progressivement, en focalisant sur l'apprentissage aux futurs médecins les méthodes pédagogiques, ainsi que la posture éducative, aussi qu'un échange avec des patients atteints des maladies chroniques, qui racontent leurs propre expérience avec la maladie, cela enrichi le savoir théorique appris des étudiants.

L'instauration de cet enseignement, et son implémentation au cours du cursus universitaire des étudiants, confronte des contraintes telles que : le manque dans le nombre des enseignants, ainsi que la durée d'enseignement pour la mettre en place au sein d'un programme d'enseignement déjà fourni.

### **5.1.2 En pharmacie :**

En contrepartie l'enseignement de l'ETP en facultés de pharmacie en France est rendu obligatoire : selon l'Académie nationale de pharmacie, les étudiants dans toutes les filières pharmaceutiques : officine ou hôpital, ou industrie doivent passer 20 heures d'enseignement en ETP, d'autres initiatives sont mise en place dans d'autres facultés, en ajoutant 20 heures d'enseignement supplémentaires pour les étudiants des parcours d'orientation professionnel(POP) avec des mises en situation.

## **5.2 La formation continue en ETP :**

Ce type de formation est considérée un levier nécessaire pour un professionnel de santé pour pouvoir pratiquer ou coordonner un programme d' ETP .Cet enseignement, prend en considération plusieurs critères :

Les compétences déjà acquises par le professionnel de santé (par des diplômes universitaires...), les objectifs visés par le programme, la maladie et les compétences voulu acquérir par le patient.

Dans son rapport sur les Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques, l'OMS a précisé qu'il existe deux niveau de formations continue en ETP : un niveau fondamentale et un autre avancé.[30]

- **La formation fondamentale** est adressée spécifiquement aux professionnels de santé pour pouvoir pratiquer l'ETP dans leur activité quotidienne, cette formation satisfait le besoin des éducateurs soignants d'une part dans le champ biomédicale et thérapeutique des maladies et en d'autre part, en compétences dans le domaine de la pédagogie, psychologie, et relationnel, pour pouvoir accompagner le patient et l'aider à mieux gérer sa maladie.
- **La formation avancée** est conçue pour former les professionnels des soins à devenir des coordinateurs de programmes d'éducation du patient, y compris en prévention principalement secondaire et tertiaire, cette formation vise à rendre le soignant éducateur capable de coordonner plusieurs activités d'éducation au sein d'une institution de formation ou d'un ensemble de services de soins.

En outre des recommandations de l'OMS par rapport au niveau des formations continue en ETP, la HAS propose une autre classification selon plusieurs niveaux de formation [9]

La sensibilisation : sensibilisation à l'ETP (congrès, enseignements postuniversitaires, réunions, lectures, etc.).

**Niveau 1** : formation de base d'au moins 40 heures en ETP ; Les formations de niveau 1 peuvent se faire sur 6 jours consécutifs ou en modules de 2 ou 3 jours, ou également sous la forme de journées étalées sur quelques mois, sur site.

**Niveau 2** : formation approfondie en ETP (formation d'au moins 70 heures, ou diplôme d'université sur l'ETP).

**Niveau 3** : expertise en ETP (master ou doctorat en ETP).

L'engagement dans une formation nécessite d'effectuer une analyse des besoins en formation des personnes concernées dans l'équipe .Ce besoin englobe les compétences nécessaire à acquérir par l'équipe en prenant en considération les expériences antérieures et les formations initiales et continues des professionnels.

## **Chapitre 3 : Missions du pharmacien officinal « Expert en médicament »**

### **1 Dispensation des médicaments :**

Le pharmacien officinal est considéré un maillon important au sein de la chaîne des soins, sa compétence scientifique et son expertise médicamenteuse, le qualifie à avoir un monopole pharmaceutique réservé par la loi, qui le permet d'exercer certains actes en exclusivité notamment: l'acte de dispensation du médicament.

Sous réserve de la protection de la santé publique, le pharmacien doit suivre certains règles de bonnes pratiques de la dispensation pour contribuer à une efficacité optimale des traitements et à une diminution des risques d'iatrogénie médicamenteuse [31].

#### **1.1 Définition de l'acte de dispensation :**

La dispensation est l'acte pharmaceutique qui associe à la délivrance des médicaments« L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe, la préparation éventuelle des doses à administrer et la mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage des médicaments. Le pharmacien a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale. Il doit, par ses conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient »[31].

Selon cette définition, la dispensation d'un médicament est un processus qui se réalise selon des étapes successifs, chaque étape nécessite une habilité pharmaceutique (vigilance et compétence, écoute du pharmacien), pour accomplir un acte de dispensation de qualité.

### **2 Accompagnement du patient :**

Le rôle du pharmacien dans l'accompagnement du patient notamment en cas de maladie chronique exige deux conditions : être disponible et à l'écoute.

Étapes	Contenus
Accueil	Présentation du contexte (dont la durée de l'entretien) Rappel des objectifs Mise en avant des compétences qui amènent à réaliser l'entretien Durée de l'entretien
Temps de l'entretien	Recueil de l'information Définition des besoins et des attentes du patient
Conclusion	Synthèse de l'entretien Explication des étapes à venir Planification des rendez-vous à suivre

Figure 15: Structure de l'entretien pharmaceutique [31]

**La disponibilité** du pharmacien pour répondre aux sollicitations « techniques » du patient, comme l'adaptation de la prise des traitements à des circonstances particulières (par exemple insulinothérapie et décalage horaire), et aussi à rester vigilant sur sa motivation à se soigner. Ce rôle, exige également que le pharmacien développe des habilités de **communication et d'écoute** nécessaires pour pouvoir soutenir le patient, lors de situations de perte d'efficacité des thérapeutiques, de rechutes, de chute de motivation ou de confiance en soi et/ou envers les propositions de soins envisagées. D'autre part ce rôle d'écoute du pharmacien, contribue avec sa vigilance à prévenir l'iatrogénie médicamenteuse, par repérer les informations pouvant perturber le patient (voisins, médias) dans son comportement d'observance.[32]

### **3 Outils de suivi et d'éducation thérapeutique dans le champ des maladies chroniques:**

#### **3.1 Entretien pharmaceutique :**

##### **3.1.1 Définition et objectifs**

L'entretien pharmaceutique est « un échange entre un patient et un pharmacien permettant de recueillir des informations et de renforcer les messages de conseil, de prévention et d'éducation ». Il a pour ambition de permettre aux pharmaciens d'assurer une prise en charge personnalisée et optimale du patient. L'entretien doit notamment permettre d'évaluer la connaissance par le patient de son traitement, de rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'approprier son traitement [33].

##### **Contexte de mise en œuvre :**

L'entretien pharmaceutique doit avoir lieu dans un espace réputé de confidentialité, où le pharmacien peut recevoir isolément les patients, et qui permet un dialogue entre le pharmacien en toute confidentialité. Ce type d'entretien concerne les personnes recevant un traitement chronique par anticoagulants (AVK), sujets asthmatiques sous corticoïde inhalé dont la durée de traitement prévisible est supérieure ou égale à six mois, les patients sous chimiothérapie orale. La réalisation de ces entretiens se fait par des pharmaciens titulaires ou adjoints, dans la nécessité de se former aux techniques et aux thèmes de l'entretien [34], et d'avoir une expertise solide sur le plan clinique et pharmaco thérapeutique et du temps, cela impose également une collaboration étroite avec les autres professionnels de santé [35].

La figure 15 illustre les étapes de la réalisation de l'entretien pharmaceutique..

## **3.2 Dossier pharmaceutique**

### **3.2.1 Définition, contenu, objectif, et fonctionnalité**

Le dossier pharmaceutique ou DP est un outil professionnel utilisé en pharmacie d'officine destiné à sécuriser la dispensation médicamenteuse au bénéfice de la santé des patients.

Ce dossier informatisé, recense, les médicaments (prescrits ou conseillés par un pharmacien), délivrés au patient au cours des quatre derniers mois, et ne comporte que l'identification, la quantité, et la date de délivrance des médicaments. Le DP a pour objectifs de promouvoir le bon usage de médicament, et d'éviter le risque d'iatrogénie médicamenteuse, ceci par le repère des risques d'interactions dangereuses entre les produits ainsi que les redondances de traitement, qui entraîne des surdosages. Il permettra également l'amélioration de l'information des patients en cas d'alerte sanitaire, par le biais de l'hébergeur du DP.

Le dossier pharmaceutique est créé et géré par voie électronique par un pharmacien d'officine avec le consentement exprès du patient concerné. Un identifiant national de santé (INS) aléatoire devait être utilisé pour l'ouverture et la gestion du DP, ce qui pose des difficultés de mise en œuvre. Son alimentation et sa consultation se fait par le pharmacien d'officine qui utilise à la fois la carte « Vitale » du bénéficiaire de l'assurance maladie et sa propre carte de professionnel de santé (CPS) [33].

La Figure 16 illustre les réponses aux principales questions liées au DP.

### 3.3 Bilan partagé de médication (BPM) [40,41]

#### 3.3.1 Définition :

Un nouveau dispositif d'accompagnement et de suivi thérapeutique du patient, en pharmacie d'officine dans le champ des maladies chroniques.



Figure 16: Réponses aux principales questions liées au DP.

Selon la HAS ,le BPM est défini comme une « intervention du pharmacien d'officine auprès des patients de 65 ans et plus, atteints d'au moins une affection longue durée (ALD) ainsi que des patients de 75 ans et plus sous traitement au moment de l'adhésion au dispositif d'accompagnement, et pour lesquels au moins cinq molécules ou principes actifs sont prescrits pour une durée consécutive de traitement supérieure ou égale à 6 mois ».

### **3.3.2 Objectifs :**

Les objectifs du bilan de médication intéressent à la fois le patient, le pharmacien, et la santé publique.

#### **3.3.2.1 Patient :**

Il s'agit d'un outil de favorisation de la bonne observance thérapeutique et de prévention d'iatrogénie médicamenteuse. : En évaluant le niveau d'observance du patient sous un traitement chronique ou en polymédication, cette évaluation permet au pharmacien de détecter une inobservance au médicament, et identifier les éventuels obstacles, voire une sur-observance ou un usage inadéquat du médicament susceptible d'entraîner un risque iatrogène. En outre, le pharmacien tient à orienter le patient vers des solutions qui le conviennent, pour promouvoir son observance à son traitement en l'intégrant dans ses habitudes de vie quotidienne.

La prévention de l'iatrogénie médicamenteuse, demande au patient une analyse exhaustive des habitudes du patient ,et de l'historique médicamenteux du patient ,pour déceler des éventuelles interactions type médicament-aliment (statine–pamplemousse) ou médicament-plante médicinale ,bien que des contre-indications physiologique(âge ,poids, fonction hépatique ou rénale,..),ou pathologiques(asthme ,diabète, glaucome, ...), cela ne peut être réaliser que par la consultation du dossier médical du patient et le dossier pharmaceutique (informatisé).

#### **3.3.2.2 Pharmacien :**

Le BPM constitue une nouvelle mission permettant de valoriser le métier du pharmacien d'officine, et renouveler ses fonctions en l'orientant d'avantage vers le patient : passer d'une simple acte de dispensation médicamenteuse, vers un suivi et un accompagnement pharmaceutique du patient dans la gestion de son traitement. En outre, ce dispositif permet au

pharmacien de faire face aux difficultés liées à l'officine (partage de monopole pharmaceutique, baisse de prix des médicaments,...), et fidéliser mieux sa clientèle.

Or, cette mission requiert au pharmacien d'adopter une posture et un dialogue direct basé sur l'écoute active et l'empathie, qui encourage le patient à mieux interagir avec le pharmacien, pour réaliser les finalités de cet outil.

### **3.3.2.3 Société**

Cette nouvelle mission, notamment si elle est étendue sur un nombre significatif des patients, pourrait permettre une amélioration globale de la santé de la population, en réduisant les complications des maladies chroniques et diminuant les hospitalisations et les coûts liés à la médication.

## **3.4 Posture de travail pharmaceutique : une exigence pour une mise en pratique d'une éducation thérapeutique en officine [1].**

La posture pharmaceutique est une attitude du pharmacien d'officine qui caractérise son expertise et sa compétence sur le médicament, qui est traduite par la production d'un service pharmaceutique de qualité en suivant un certain nombre d'étapes qui vise la prévention d'iatrogénie médicamenteuse (détecter une éventuelle erreur de prescription médicamenteuse : oublis de prescription, erreur de retranscription—médicament, dosage, posologie, plan de prise). Elle nécessite du pharmacien, d'adopter une posture d'écoute et d'accompagnement adaptés au besoin de chaque patient, et de développer des compétences en termes de pédagogie et de communication pour une mise en réseau avec les autres professionnels des informations sur le patient.

## **3.5 Divers comportements du patient face à son traitement**

### **3.5.1 De l'observance vers l'alliance thérapeutique [20,42]**

L'observance thérapeutique est définie selon Haynes, en 1979 comme « l'importance avec laquelle les comportements d'un individu (en termes de prise de médicaments, de suivi de

régime ou de changements de mode de vie),coïncident avec les conseils médicaux ou de santé ».La relation au cours de ce phénomène est une relation autoritaire et passive au cours de laquelle le patient obéit et exécute la prescription et les recommandations de son médecin sans avoir une autonomie dans la gestion de sa maladie et le maintien de sa qualité de vie.

L'observance optimale à un traitement donné est estimée à une prise de 80% des doses prescrites dans le moment et la durée exacte. Pour réaliser cette observance le patient, doit vouloir se traiter, et pouvoir se traiter (avoir l'accès aux soins et aux traitements), et savoir c'est que le traitement, Pour lui adhérer. L'adhésion thérapeutique est résultante d'une persuasion, et une Prise de conscience du patient de l'intérêt du traitement dans sa prise en charge, par son médecin qui l'implique dans la gestion de son état de santé.

Or cette notion reste médico- centrée, le patient accepte la prescription du médecin, alors au cours d'une alliance thérapeutique, le choix des moyens et des actions d'adaptation à la maladie est négociée entre le prescripteur et le patient ,la relation entre eux est une relation de partenariat :une prise de décision basée sur la mise en commun leurs croyances, leurs désirs, éventuellement leurs émotions. La figure18, illustre l'évolution de la notion de l'observance au cours du temps.

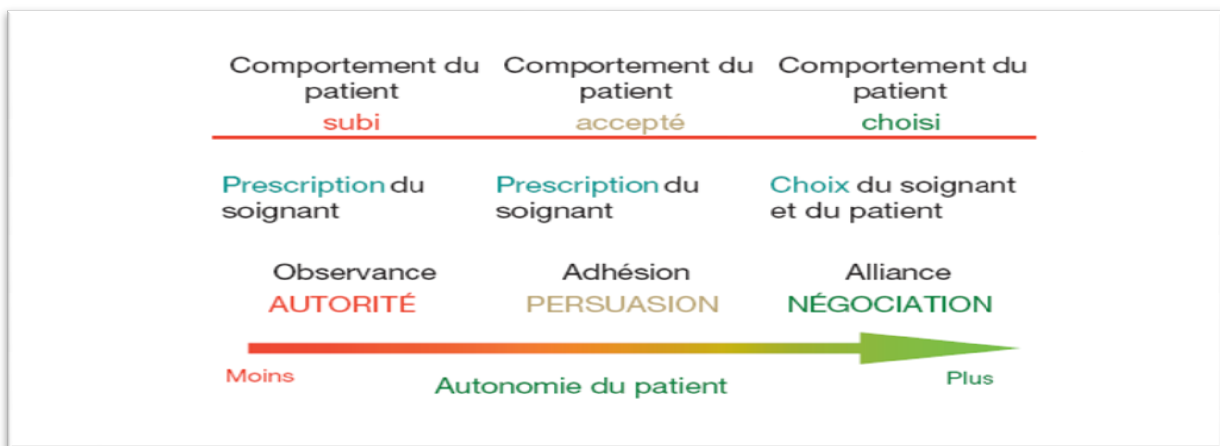


Figure 17: Evolution du concept d'observance au cours du temps [42]

### 3.6 La non observance thérapeutique : épidémiologie et conséquences [38]

Il s'agit d'une prise erroné du traitement en termes de quantité (sous-dosage ou surdosage), 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.

Divers études ont montré que : 30 à 69 % des patients sont inobservants à leur traitement, Cette inobservance est liée à plusieurs facteurs en relation avec le patient, la maladie, le traitement (Figure 19). Or les données qui illustrent l'observance des patients sont dépendants du type de la pathologie et de la durée de la prescription (Figure 20).

Les conséquences d'une inobservance thérapeutique sont de l'ordre morbides et financières : une inefficacité de la prise en charge de la maladie, un risque iatrogène encouru susceptible d'aggraver l'état de santé et faire apparaître des complications et augmenter la fréquence de la réapparition des récives de la pathologie. Par conséquence, il aurait une augmentation du coût d'hospitalisation, la surconsommation de soins, les arrêts de travail,...

<b>Patient</b>	Âge Contraintes socioprofessionnelles Connaissances et croyances (y compris entourage) Niveau d'anxiété et statut émotionnel (dépression)
<b>Maladie</b>	Intensité des symptômes Gravité, pronostic Durée (maladies chroniques) Nature (maladies psychiatriques)
<b>Traitement</b>	Efficacité Tolérance (manifestations indésirables) Galénique (taille du comprimé...) Nombre de prises journalières Durée Comédications Coût
<b>Médecin</b>	Relation de confiance Motivation, force de conviction Communication (intérêt pour l'observance)
<b>Systeme de soins</b>	Isolément relatif du médecin Coordination entre les soignants Dossiers médicaux électroniques ("dossier médical global") Financement en fonction des performances

Figure 18:Principaux facteurs explicatifs d'inobservance thérapeutique (Académie nationale de pharmacie, 2015)[40]

Type de pathologie	Taux d'observance médicamenteuse (%)
Transplantation cardiaque	75-80 % à un an
Transplantation rénale	48 % à un an (concernant les immunosuppresseurs)
Maladies cardiovasculaires	54 % à un an (concernant quatre médicaments : aspirine, bêta-bloquants, inhibiteurs de l'enzyme de conversion [IEC] et statines)
Diabète	31-87 % (études rétrospectives) / 53-98 % (études prospectives) 28 % des patients utilisent moins d'insuline que les doses prescrites
Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin	60-70 %
Troubles psychiatriques	50 % à un an, 25 % à deux ans À 18 mois, 74 % des patients inclus ont arrêté leur médicament antipsychotique
Asthme	Adulte : 30 et 40 % 11 % utilisent de façon adéquate les inhalateurs
Maladies rhumatologiques	55-71 % Un tiers des patients "adaptent" leurs prises de médicaments (61 % de modifications intentionnelles) 48-88 % (traitement hormonal substitutif, prévention de l'ostéoporose) 50 % des patients continuent à prendre leur traitement hormonal substitutif sur plus d'un an
Épilepsie	72 % 15 % des patients disent avoir manqué une prise moins d'une fois par mois, 9 % pas plus d'une fois par mois et 4 % affirment n'avoir pas pris, comme prescrit, leurs médicaments au moins une fois par semaine
Hypertension artérielle	40-72 % 50 % des patients sous antihypertenseur auront arrêté de prendre leur médicament dans un délai d'un an
Virus de l'immunodéficience humaine	54,8-87,5 %
Cancers	Taux variable selon le type de cancer (chimiothérapies orales) : hémopathies malignes, 17 % ; cancer du sein, 53-98 %
Insuffisance rénale chronique	80 % (hémodialyse) 65 % (dialyse péritonéale) 30-60 % (enfants et adolescents en insuffisance rénale terminale)

Figure 19: Taux d'observance en fonction de la pathologie (Arnoux 2014) [43]

### 3.7 Solutions et rôle du pharmacien dans la promotion de l'observance thérapeutique

L'observance du patient à son traitement chronique est le résultat d'un long processus cognitif et comportemental, ce processus débute dès le diagnostic de la maladie, jusqu'à l'instauration du traitement. En tant qu'un acteur de santé proche du patient, le pharmacien est attaché à plusieurs missions dans le champ de l'observance thérapeutique [20, 40]:

### **3.7.1 Anticipation d'une inobservance thérapeutique :**

Dès la dispensation du médicament chronique, le pharmacien consacre un temps d'analyse à la prescription ,et par un dialogue direct basé sur l'écoute active et l'empathie ,il mis les points sur les connaissances et les représentations à savoir qui concerne le traitement et la maladie ,ceci pour objectif d'estimer auparavant le niveau d'adhésion du patient à son projet thérapeutique ,et rectifier certains conceptions et méconnaissance responsable d'inobservance.

### **3.7.2 Evaluation et détection d'une inobservance :**

Au moment de la dispensation, le pharmacien pourrait détecter l'inobservance du patient, soit lors d'un retard de renouvellement d'ordonnance, la présence d'un nombre de boites non ouvertes .D'autres outils sont à utiliser pour évaluer l'observance tels que : les questionnaires d'évaluation de l'observance (Morisky à 8 items).

### **3.7.3 Accompagnement dans la mise en place d'une adhésion thérapeutique :**

Cette mission nécessite du pharmacien de rechercher avec le patient les différents facteurs de son inobservance au traitement ,de les classer et de négocier avec lui les solutions convenables pour intégrer le traitement dans les habitudes de sa vie quotidienne ,à l'aide des divers outils :

- **Préparation des doses à administrer (PDA):**

C'est un outil pour améliorer la prise du médicament dans le quotidien, notamment pour les personnes âgées, à risque d'oubli, ou ayant des difficultés de gestion du traitement dans leur quotidien, or cet outil pourrait être associé à un pilulier sécurisé préparé sous contrôle pharmaceutique (Figure 21) ,et sauvegardé sur le système informatique (logiciel d'aide à la dispensation), permet une meilleur traçabilité du traitement [36].



Figure 20: Présentation des comprimés antiépileptiques dans un pilulier ou en "bouquet". (Le fevre F et al ,2014) [21]

- **Plan de prise thérapeutique [36] :**

Cet outil permet une meilleure intégration du traitement dans la vie quotidienne, cela par une planification claire et détaillée, aussi bien individualisée avec le patient, d'un feuillet d'autogestion thérapeutique.

### **3.8 Orientation vers les outils de l'e-santé :**

La technologie dans notre quotidien devient non abordable, ce qui la permet d'être l'une des solutions à proposer au patient inobservant, pour mieux gérer son traitement, (Information médicale sur internet, applications mobiles proposant des rappels de prises des médicaments, piluliers et montres connectés). Le rôle du pharmacien dans ce cas, consiste à faire une analyse du besoin du patient, d'expérimenter avec lui ces outils, et de partager son expérience vécue.

#### **4 Le pharmacien : un acteur majeur dans l'orientation en automédication**

L'automédication est un phénomène de plus en plus émergent chez la population marocaine, à raison de l'accessibilité à l'information thérapeutique notamment grâce à l'usage d'internet, et l'expression d'un besoin croissant d'autonomie dans le domaine sanitaire (Rapport compagnon, 2014), en outre la consultation médicale n'est pas toujours facile (situation économique critique,..), ce qui confronte le patient à plusieurs risques notamment, une éventuelle toxicité par un surdosage ou le dépassement de la date limite d'usage ou bien lors de mauvaises conditions de stockage du médicament.

Cette automédication non orientée pourrait aussi confronter le patient aux risques liés à la prise des médicaments, d'interactions médicamenteuses non prévues contre indiquées ou déconseillée, une erreur de posologie, une méconnaissance d'effets indésirables rares mais graves (risque de dépendance), un risque d'allergie. Une automédication peut aggraver un problème de santé en cas de non prise en charge médicale, le patient pourrait contribuer dans la dégradation de son état de santé par un autodiagnostic erronée, ou par un retard au diagnostic[41]

Sa proximité au patient, et son expertise dans le domaine thérapeutique, permettent au pharmacien d'être un conseiller par excellence lors de la visite d'un patient désirant un médicament pour un symptôme donné.

L'orientation pharmaceutique en automédication consiste à assurer une bonne information du patient sur le médicament voulu (indications, effets indésirable,...), et de s'assurer de l'absence d'une contre-indication à la prise du médicament ou d'interactions médicamenteuses avec un traitement suivi. Le pharmacien devrait encourager le patient à consulter un médecin en cas de présences de symptômes inquiétants ou de récurrence de la maladie.

## 5 Rôle du pharmacien dans la pratique d'ETP [38], [42]

L'intervention du pharmacien dans une action éducative du patient est due à son expertise et ses compétences pharmaceutiques, ces missions se manifestent dans :

- Le transfert des informations et des éclaircissements au patient concernant sa maladie, son traitement (rôle, indication, effets indésirables,...)
- La promotion du bon usage du traitement, ceci en informant le patient du dosage, moment, fréquence de prise et durée de traitement ,et la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse : par l'optimisation de la prise du médicament, en détectant certains mésusage thérapeutique (surdosage, risque d'interactions avec des aliments, médicaments, ou plantes médicinales ), ceci est réalisé par le biais d'un outil précieux « le dossier pharmaceutique », qui aide le pharmacien à mieux sécuriser la dispensation médicamenteuse.
- le pharmacien intervient autrement, dans la réussite de la stratégie thérapeutique, par le renforcement des messages de conseil et de prévention du médecin, et le repère des principaux éléments perturbateurs de son observance au traitement (entourage, Media,...).Ce rôle est effectué également par l'établissement avec le patient d'un plan de prise du traitement adapté à ses habitudes de vie et son aide à gérer les contraintes de prise du médicament : oubli, décalage de prise, conservation et transport du médicament (insuline comme exemple), apprendre également au patient des gestes techniques d'administration du médicament (l'usage des aérosols ou inhalateurs en cas d'asthme).
- L'information dans le cadre de la prévention et de dépistage des maladies est considéré l'un des principaux rôle du pharmacien en tant qu'un acteur et professionnel de santé, ceci est réalisée par la sensibilisation du patient des complications des maladies chroniques (risques cardiovasculaires en cas de diabète), en cas d'obésité, et

de tabagisme à l'aide de brochures et fiches de sensibilisation, ainsi qu'une promotion de la santé par sa participation dans des campagnes de vaccination .

- Le soutien et l'accompagnement psycho-social du patient est considéré un rôle primordial du pharmacien en vers son patient, en cas d'échec thérapeutique (Rechute, Récidives de la maladie).

## **Partie pratique**

### **I. Matériels et Méthodes:**

#### **Premier volet : évaluation de l'échelle des connaissances et d'instauration de l'éducation thérapeutique en pharmacie d'officine au Maroc.**

##### **1 Objectifs de l'enquête :**

L'objectif principal de cette enquête, été d'évaluer les connaissances des pharmaciens d'officine, autour de l'ETP (démarches et objectifs de son instauration, champ d'application.), et l'échelle de disposition des pharmaciens officinaux pour s'engager dans cette pratique.

Comme objectifs secondaires :

- Evaluation des avantages et des contraintes de la mise en place d'une ETP en pharmacie d'officine.
- Appréciation du rôle du pharmacien d'officine Marocain dans la pratique d'ETP dans le champ des maladies chroniques.
- Evaluation du degré de formation des pharmaciens d'officine et leur importance pour mettre en œuvre une éducation thérapeutique du patient de qualité et l'adopter en tant qu'un des actes pharmaceutiques.
- Estimation de l'importance de développement du pharmacien officinal de certaines compétences (en communication, pédagogie...) pour pouvoir jouer le rôle d'éducateur.

## **2 Déroulement de l'enquête:**

La collecte des réponses a duré 4 mois : du novembre 2019 à la fin du mois février 2020, ceci par la diffusion du questionnaire en ligne au niveau des groupements des pharmaciens d'officine sur les différents réseaux sociaux de la profession, et la distribution de l'enquête a un nombre de pharmacies d'officine de la ville de Rabat (la rencontre du pharmacien titulaire ou assistant sur rendez-vous).

### **2.1 Choix des éléments du questionnaire :**

Le questionnaire contient 16 questions (Fermées, ouvertes ou à choix multiples), qui se sont articulées autour de plusieurs items :

- L'identification de la pharmacie (emplacement, nombre des membres de l'équipe officinale), et du pharmacien (nombre d'années d'exercice).
- Les connaissances de l'ETP, ses objectifs et ses démarches, et l'évaluation de l'échelle de l'engagement du pharmacien pour sa mise en place.
- Les leviers de motivations et les obstacles perçus à la pratique de l'ETP.
- Le rôle du pharmacien dans l'ETP et les compétences à acquérir pour l'appliquer.
- La pratique de la formation continue, et l'échelle de satisfaction du pharmacien de formation académique pour la pratique d'ETP.

### **2.2 Création d'une base de données et tri des réponses :**

Afin de trier les réponses qui sont recueillies sur la plateforme « **Google Forms** ». Les données qui sont en ligne ont été exportées via l'interface « **Google Sheets** », pour pouvoir générer des feuilles de calcul, copier les données et créer un classeur en **Microsoft Excel 2013**.

Les réponses qui sont recueillies sur le terrain ont été classées dans le même classeur avec les autres réponses recueillies en ligne.

La base de données créée est complétée par « non répondu », en cas d'absence de réponse.

Les données reçues sont triées soit par : « un tri plat » ou un « tri croisé » par le biais des tableaux croisés dynamiques.

## **Deuxième volet : Démarche éducative expérimentale auprès des patients diabétiques dans une pharmacie d'officine à la ville de Rabat.**

### **3 Objectif de l'étude :**

#### **3.1 Objectif principal :**

Évaluation de l'échelle de commodité d'une démarche éducative en pharmacie d'officine pour les patients atteints des maladies chroniques (cas des patients diabétiques), et la faisabilité des outils pédagogiques (questionnaires d'évaluation, fiches éducatives,...), ainsi que les conditions de son exécution (espace de confidentialité, durée de l'entretien pharmaceutique).

#### **3.2 Objectifs secondaires :**

A travers cette démarche, nous avons visé plusieurs objectifs :

- Renforcer les connaissances et l'observance vis-à-vis le traitement.
- Évaluer le recours des patients à l'automédication et à la phytothérapie en cas maladie chronique et la qualité du conseil pharmaceutique dans ce champ.
- Consolider le savoir-faire du patient concernant les démarches thérapeutiques non médicamenteuses (régime alimentaire et activité physique).
- Sensibiliser les patients du risque d'un déséquilibre thérapeutique et de la nécessité de la surveillance de la maladie chronique,

#### **4 Méthodologie de l'étude:**

Il s'agit d'une démarche éducative réalisée en pharmacie d'officine, basée sur un modèle d'apprentissage transmissif, chez des patients atteints du diabète insulino-dépendant (type 1), et non insulino-dépendant type 2).

##### **4.1 Période et lieu d'étude :**

L'étude a été réalisée de 16/08/2020 au 16/09/2020 au sein de la pharmacie Bab Marrakech a 1 bis, Rue Al Achaeri, Agdal, Rabat.

##### **4.2 Déroulement de l'étude :**

Le recrutement des patients était dans le contexte et les critères suivants :

Patients atteints du diabète de type 1 ou 2 venant à la pharmacie, pour se procurer du traitement antidiabétique en cas de présence ou de renouvellement d'une prescription médicale

Patients consentent de participer aux deux entretiens pharmaceutiques successifs. Ces deux entretiens ont été réalisés dans un espace confidentiel en pharmacie pour respecter l'intimité des patients.

##### **4.2.1 Premier entretien**

Se déroule au moment de la dispensation des médicaments, a duré de 10 à 15 minutes, au cours duquel on a recueilli les données du patient, et on a instauré un diagnostic éducatif ceci par le biais d'un questionnaire préétabli pour adresser un état des lieux du comportement du patient en vers sa maladie, et connaître les besoins éducatifs du patient. À la fin de cet entretien on a fixé avec le patient un autre moment de rencontre pour réaliser la séance éducative.

#### 4.2.2 Deuxième entretien

Cette séance individuelle a duré 20 à 45 minutes sur rendez-vous avec le patient, pendant laquelle on a abordé plusieurs thèmes concernant la gestion de leur traitement (Connaissances, observance), et de la maladie (la surveillance de son diabète, le régime alimentaire, l'activité physique,...), par le biais d'une pédagogie transmissive, et à l'aide des fiches éducatives élaborées dans le cadre de ce travail. (Annexe 2).

En dernier lieu, le patient a répondu à un questionnaire (Annexe 4) évaluant les connaissances acquises lors de cet entretien, et l'échelle de sa satisfaction de cette intervention pharmaceutique. La figure 22 illustre les différentes étapes de la démarche éducative réalisée pour les patients en pharmacie d'officine.

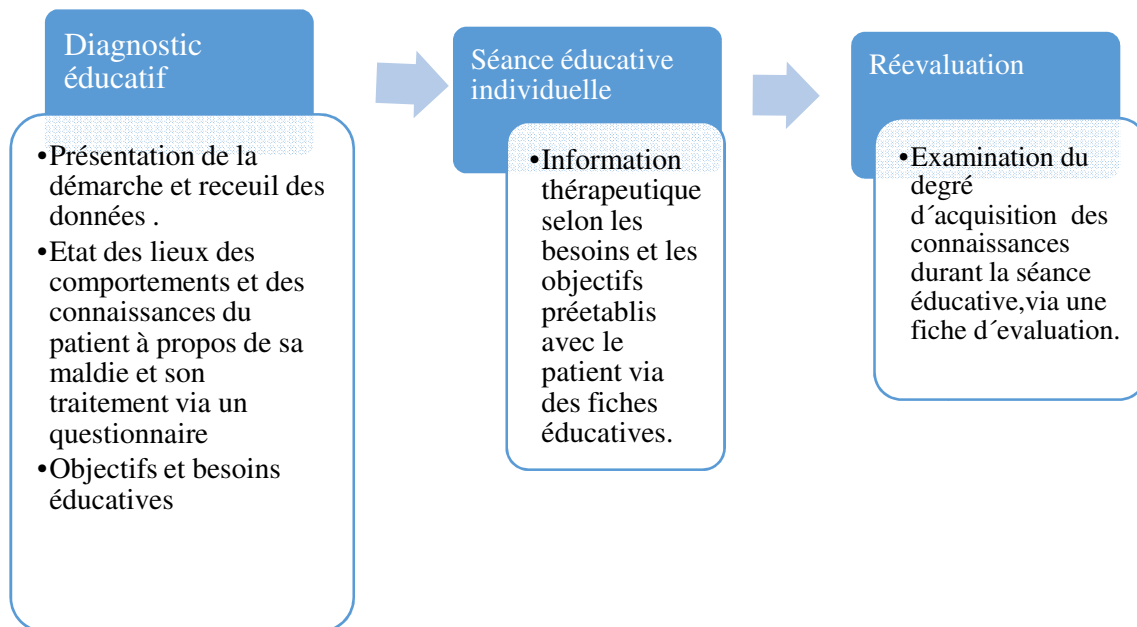


Figure 21: processus de la réalisation de la démarche éducative

### **4.3 Analyse statistique:**

Pour pouvoir évaluer l'échelle des connaissances des patients, avant et après la démarche éducative, on a attribué à chaque réponse choisie un score selon le degré du savoir du patient :

- Acquis (A) :20 /20
- Partiellement acquis(PA) :10 /20
- Non acquis(NA) :0/20

Les réponses des patients avant et après la séance éducative, été insérées dans une base de données sur Microsoft Excel 2013, Le tri des réponses est réalisé selon « un tableau croise dynamique », et exprimés en nombre et en pourcentage des répondants.

## **II. Résultats**

### **Premier volet : évaluation de l'échelle des connaissances et d'instauration de l'éducation thérapeutique en pharmacie d'officine au Maroc.**

#### **1. Taux de participation :**

Le nombre total des pharmaciens répondants au questionnaire est de 100 :

- Le nombre de réponses issu de la diffusion du questionnaire sur la plateforme « Google forms » été de 54, pharmaciens d'officine de plusieurs villes du Maroc (Figure 23).
- 46 réponses issues de la distribution du questionnaire sur 50 pharmaciens de la ville Rabat.

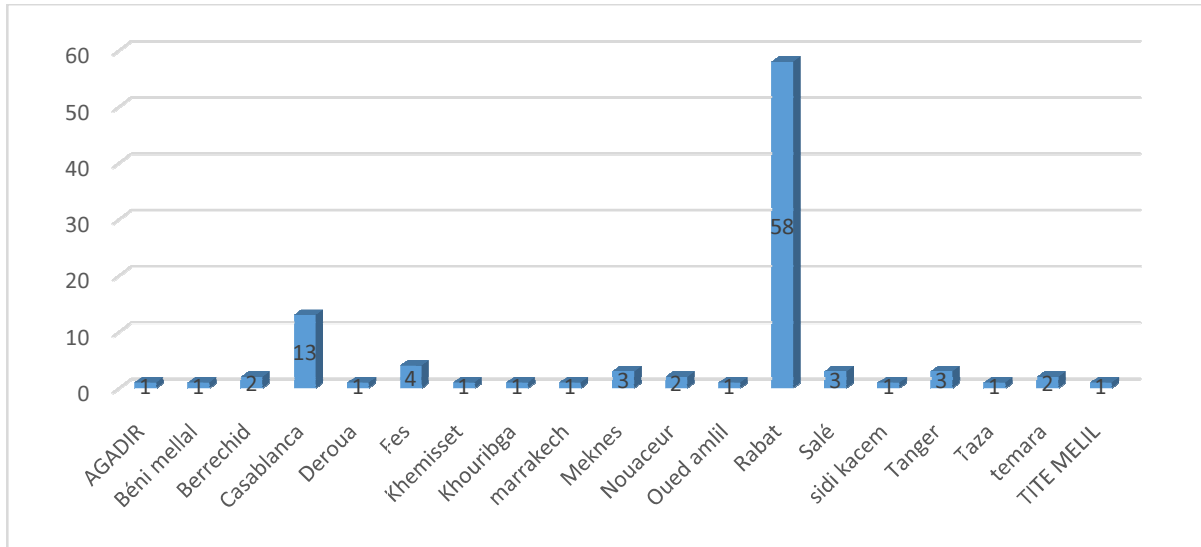


Figure 22: Taux de participation des pharmaciens selon la ville ou la province.

## 2. Caractéristiques de la pharmacie selon :

### 4.1 Son emplacement :

La figure 24 présente la répartition des pharmacies selon la zone d'activité.

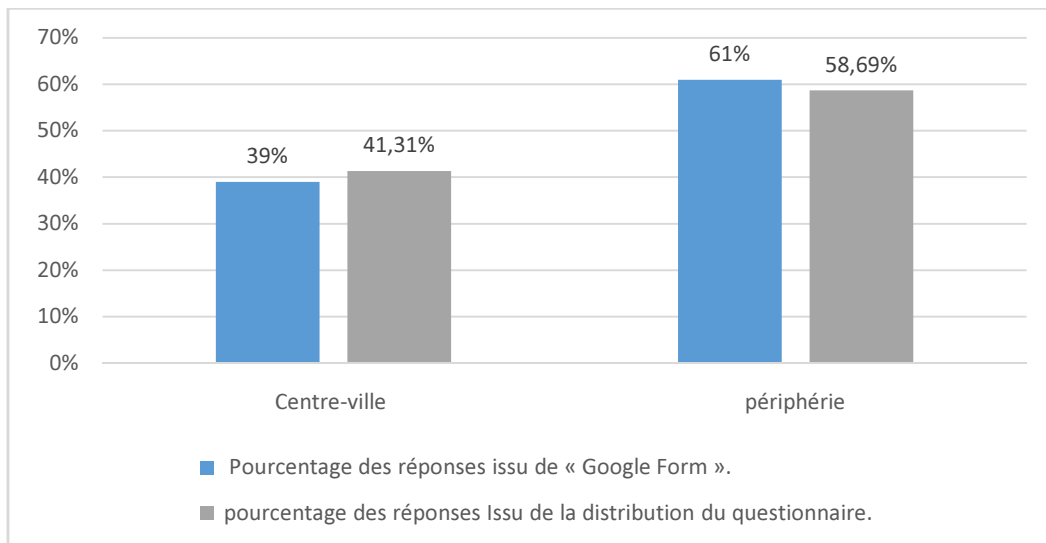


Figure 23: Répartition des pharmacies selon la zone d'activité

La figure 25 illustre la répartition des pharmacies selon le quartier (résidentiel/périphérique).

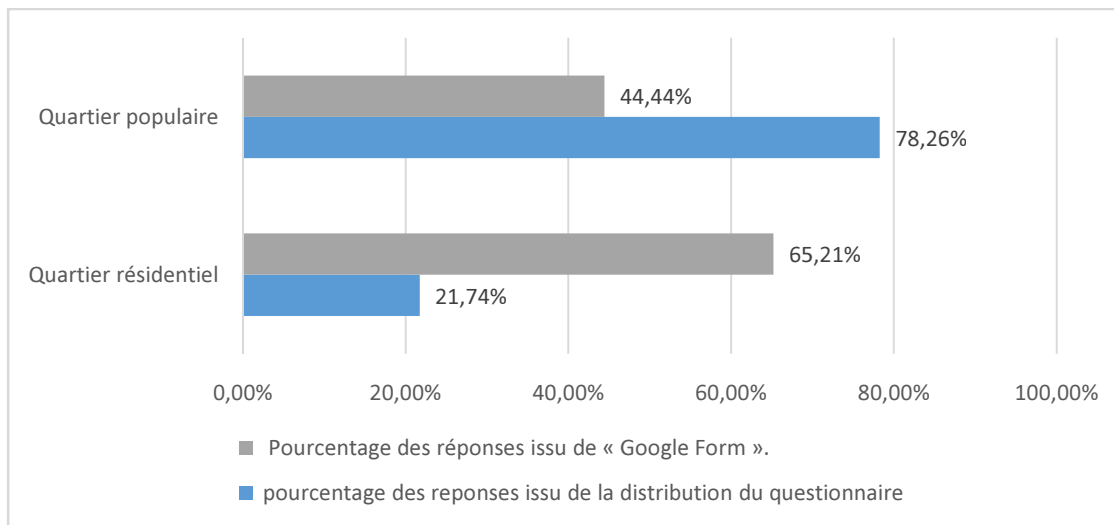


Figure 24: Répartition des pharmacies de l'échantillon selon le quartier

#### 4.2 Nombre d'années d'exercice du pharmacien.

67 pharmaciens de notre échantillon d'étude (68,36%), exercent la pharmacie depuis 10 ans et plus. La répartition de notre échantillon selon le nombre d'années d'exercice est présentée dans la figure 26.

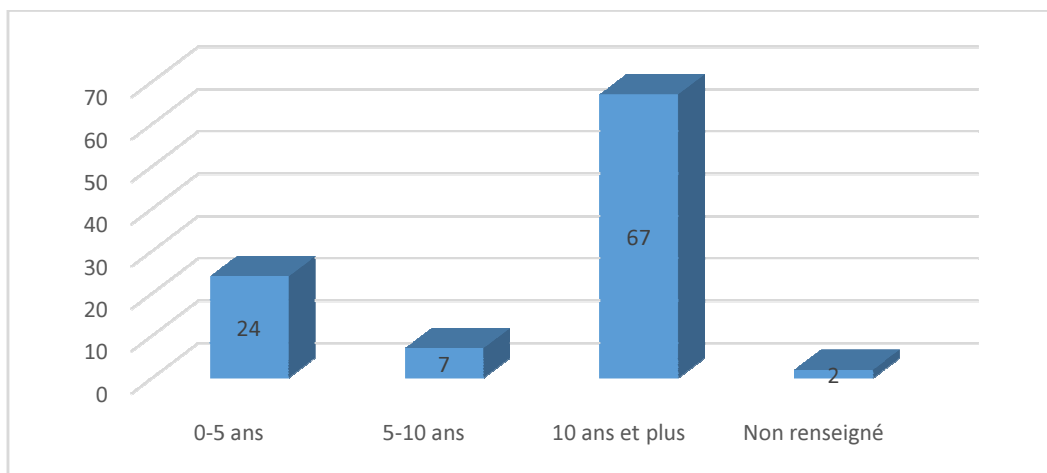


Figure 25: Répartition des pharmaciens selon le nombre d'année d'exercice

### 4.3 Nombre des membres de l'équipe officinale des pharmacies :

Le nombre des membres de l'équipe officinale est illustré sur la figure 27.

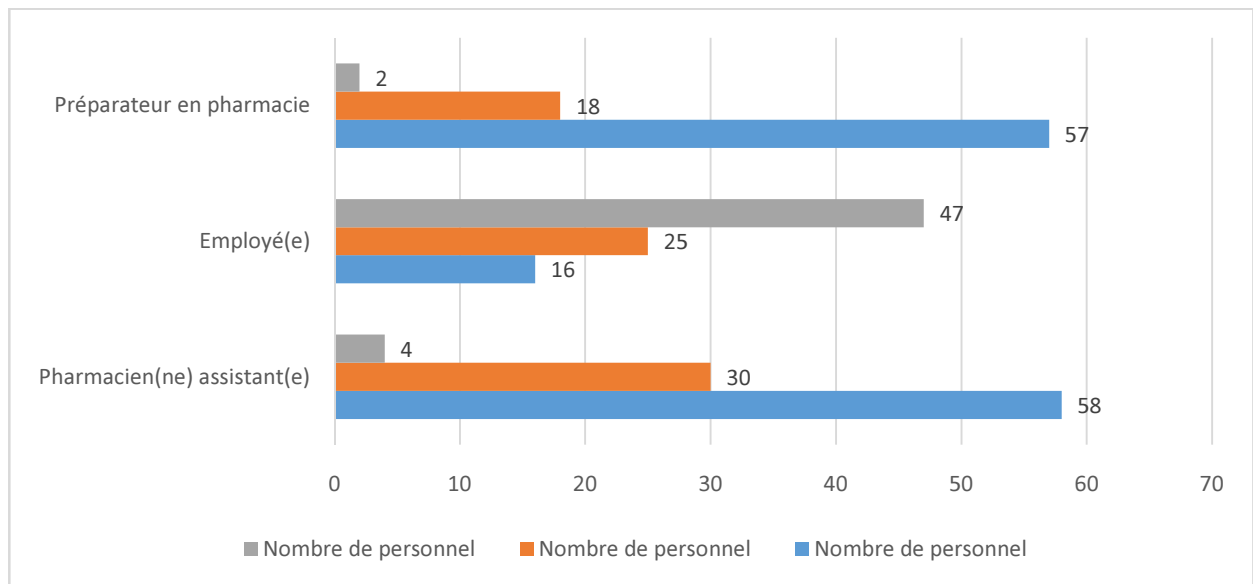


Figure 26: Le nombre des membres de l'équipe officinale des pharmacies

### 3. Connaissance de la notion d'éducation thérapeutique du patient

58% des pharmaciens de notre échantillon connaissent la notion de l'ETP. Les résultats sont présentés dans la figure 28.

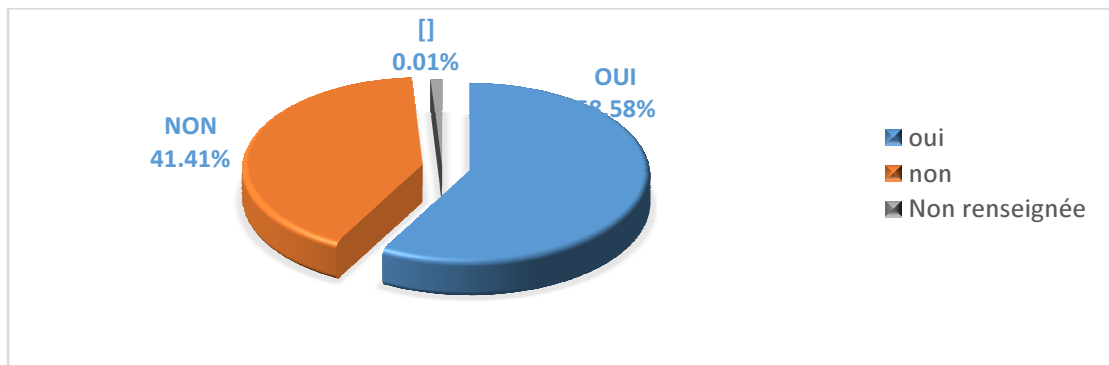


Figure 27: Echelle de connaissance de la notion de l'éducation thérapeutique du patient par le pharmacien officinal

#### 4. Objectifs d'ETP en pharmacie d'officine :

56% des pharmaciens ont répondu connaître la notion d'ETP. Les réponses sont présentées dans le tableau 5, le pourcentage des pharmaciens répondants est illustré sur la figure 29.

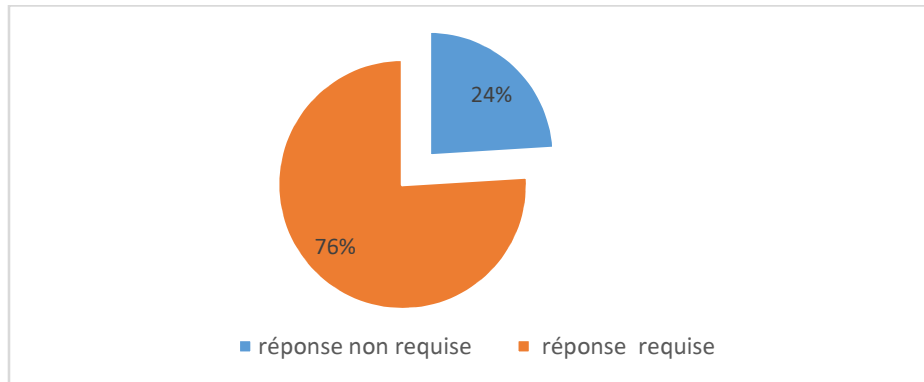


Figure 28: Estimation de la connaissance des objectifs d'ETP

Tableau 5: réponses des pharmaciens aux objectifs de la mise en place de l'ETP

<u>Réponses formulées</u>	<u>Nombre des réponses</u>
Aider les patients à mieux gérer leur vie avec une maladie chronique, et faire acquérir une autonomie relative chez les patients en lui développant des compétences.	6
Optimiser la prise du médicament (éviter les effets secondaires et les associations déconseillées et contre-indiquées), et bien orienter le patient en cas d'automédication.	7
contribution de l'officinal à l'offre de santé publique.	1
Transmettre au patient des informations concernant sa maladie.	1
Assurer un accompagnement et un soutien du patient	2
Améliorer la prise en charge thérapeutique et psychologique du patient	1
Assurer un meilleur système d'assurance qualité et intégrer et responsabiliser toutes les parties de l'officine et appliquer les règles de bonnes pratiques officinales.	2
Atteindre un niveau de communication optimale avec le patient et lui transmettre des informations.	2
Gain de temps à consacrer chaque fois, un patient averti en vaut deux	1
Un taux très élevé d'ignorance et analphabétismes, surtout pour les quartiers populaires.	1

## 5. Triade : éducation, information et conseil thérapeutique :

Tableau 6: Réponses des pharmaciens sur les différences entre la triade éducation /information /conseil thérapeutique.

Réponses des pharmaciens	Nombre des réponses
L'éducation est une implication du patient à sa prise en charge. L'information c'est le fait de lui procurer des données scientifiques médicales, le conseil est une méthode à suivre en diététique en mode de vie.	<u>2</u>
L'éducation se fait selon un programme bien structuré. Elle est plus générale et peut englober à la fois une ou des informations avec plus ou moins un conseil (produit ou autre) pour enfin assurer une prise médicamenteuse correcte et surtout un environnement favorable au patient.	<u>8</u>
Pas de différence entre les trois notions	<u>13</u>
Les trois notions sont complémentaires	<u>11</u>
L'éducation c'est le fait d'installer des principes qui peuvent être existants mais qui ne sont pas fonctionnelle, l'information c'est de partager le savoir et le conseil c'est le fait de partager une information utile et importante au sein de la pharmacie pour but de promouvoir le bon usage des médicaments et prévenir les effets néfastes d'une mauvaise utilisation.	<u>3</u>
Éduquer c'est former le patient surtout si la pathologie est chronique comment il va prendre ces traitements et les explications sur leur pathologie et en cas de prise de traitement quelle sont les effets. Information concernant des nouveautés. Conseil c'est la manière efficace comment il va suivre le traitement pour éviter les effets secondaires	<u>1</u>
L'éducation concerne les maladies chroniques. L'information concerne les maladies occasionnelles et le retrait d'éventuels médicaments, changement des formules, de conditionnement,...	<u>1</u>
Chaque terme est plus puissant que l'autre dans l'ordre suivant: 1-Education. 2-conseil. 3-info.Le conseil est primordial, suivi par l'éducation).	<u>1</u>
L'éducation est une information projetée pour le patient (prise de conscience en vers le traitement) :l'éducation est effectuée à travers l'information. Conseil est une recommandation ou avis à propos d'un médicament afin de l'éduquer	<u>2</u>
Le rôle du pharmacien est l'information et par la suite le conseil qui est l'outil le plus utilise au cours de l'exercice officinal du pharmacien	<u>2</u>
Le conseil est ponctuel et relié à une vente, l'éducation dure dans le temps	<u>4</u>
L'information consiste à délivrer un message L'éducation thérapeutique dimension beaucoup plus individuelle Le message de fond n'est pas différent de celui que l'on trouve sur les documents d'information mais les objectifs sont beaucoup plus précis.	<u>2</u>
Le pharmacien qui informe le patient, le conseil est demandé par le patient, et fourni par le pharmacien, l'information est acquise par le pharmacien. L'éducation est le rôle du pharmacien	<u>2</u>

## 6. Bénéficiaires de l'ETP

45% des pharmaciens répondants ont indiqué que l'ETP est destinée en premier lieu, aux patients atteints des maladies chroniques. Les autres indications de l'ETP sont présentées sur la figure 30.

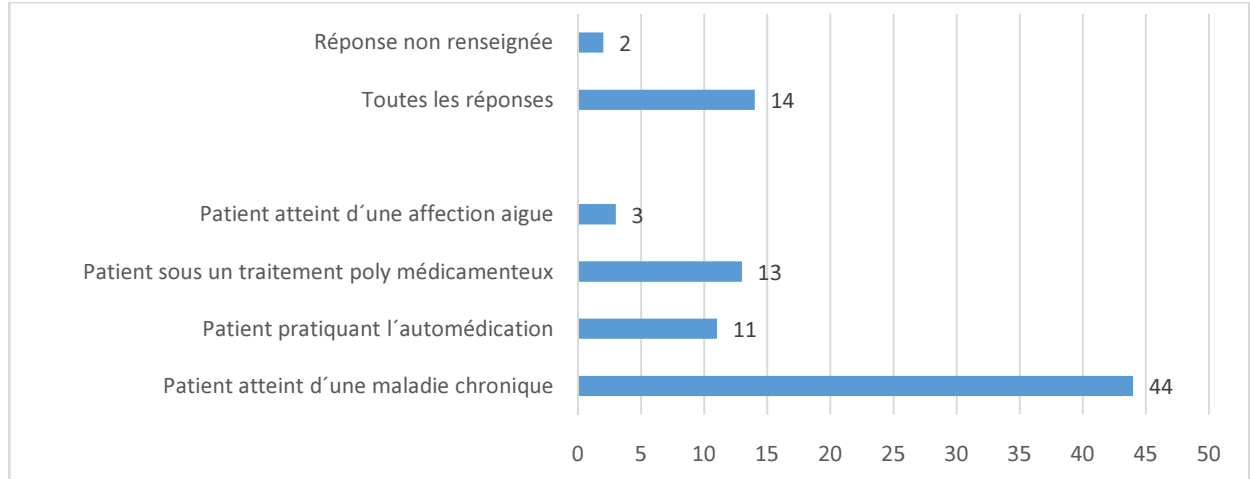


Figure 29: Les bénéficiaires des actes de l'ETP en pharmacie d'officine

## 7. Connaissance des démarches d'un programme structuré d'ETP

La figure 31 illustre le pourcentage des pharmaciens qui connaissent les démarches de la réalisation de l'ETP

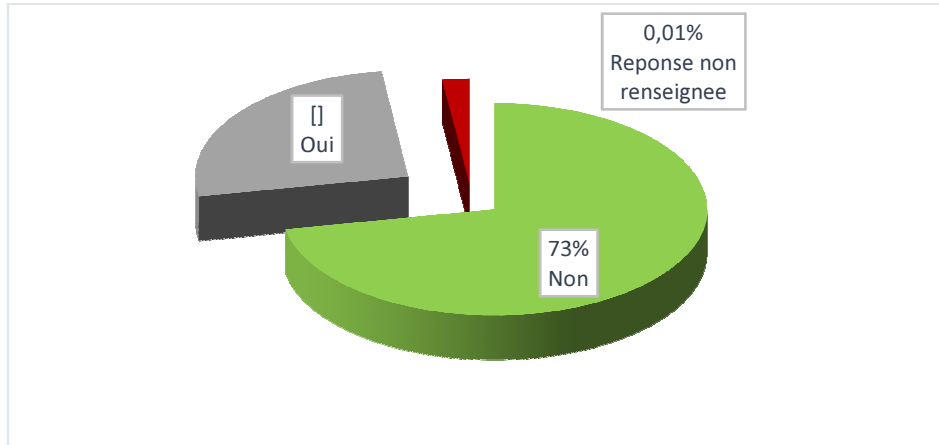


Figure 30: pourcentage des pharmaciens connaissant les démarches d'ETP.

## 8. Actes pratiqués par un pharmacien d'officine au sein d'un programme d'ETP.

Les résultats sont présentés sur la Figure 32.

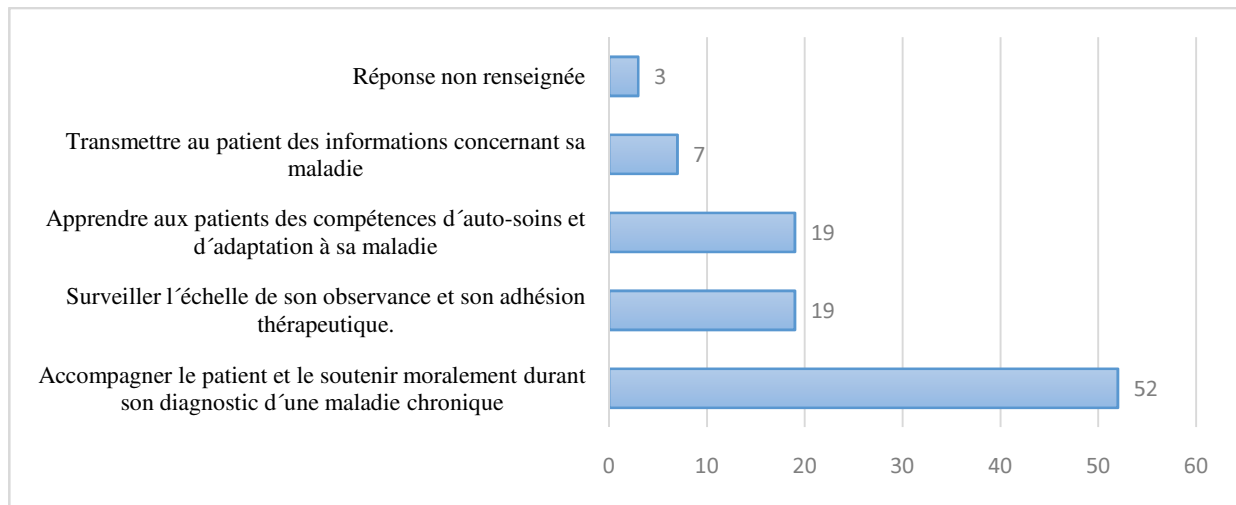


Figure 31: Les actes pratiqués par un pharmacien d'officine dans un programme d'ETP

## 9. Accord des pharmaciens pour pratiquer l'ETP à leur officine

Les résultats sont présentés sur la figure 33.

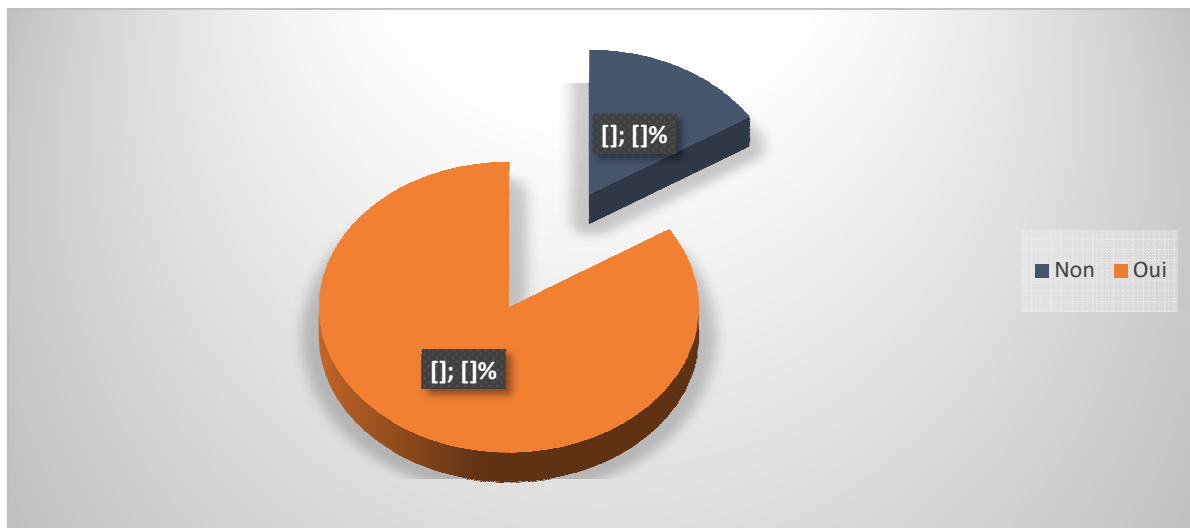


Figure 32: Appréciation des pharmaciens d'officine concernant la pratique d'ETP

Les figures 34 et 35, illustrent l'échelle de prédisposition des pharmaciens pour en ETP selon le nombre des pharmaciens assistants et l'emplacement de la pharmacie.

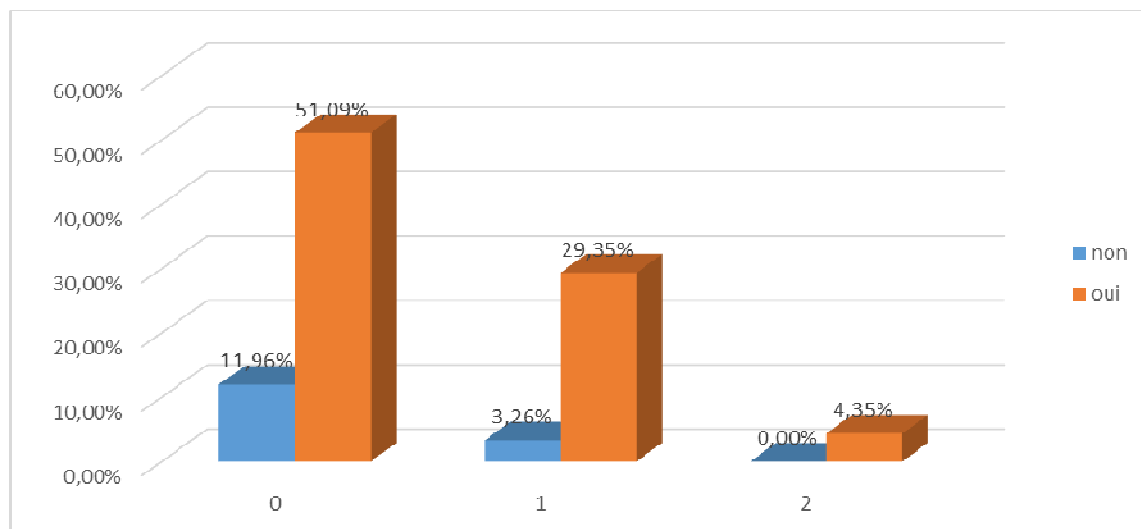


Figure 33: volonté de participer en ETP selon le nombre des pharmaciens assistants en officine

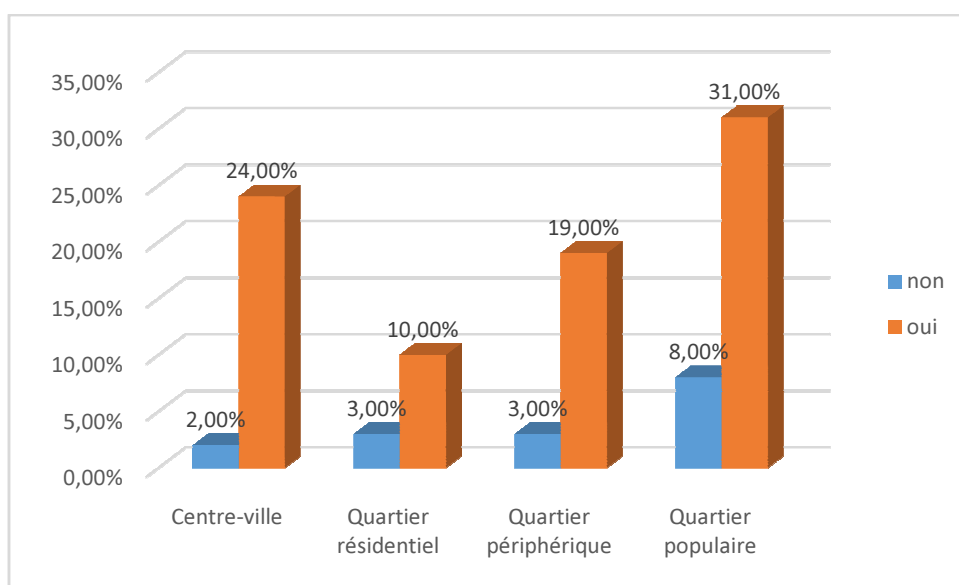


Figure 34:volonté de participer en ETP selon l'emplacement de la pharmacie

## 10. Leviers de motivation pour la pratique d'ETP

Les résultats de la question sont présentés sur la figure 36.

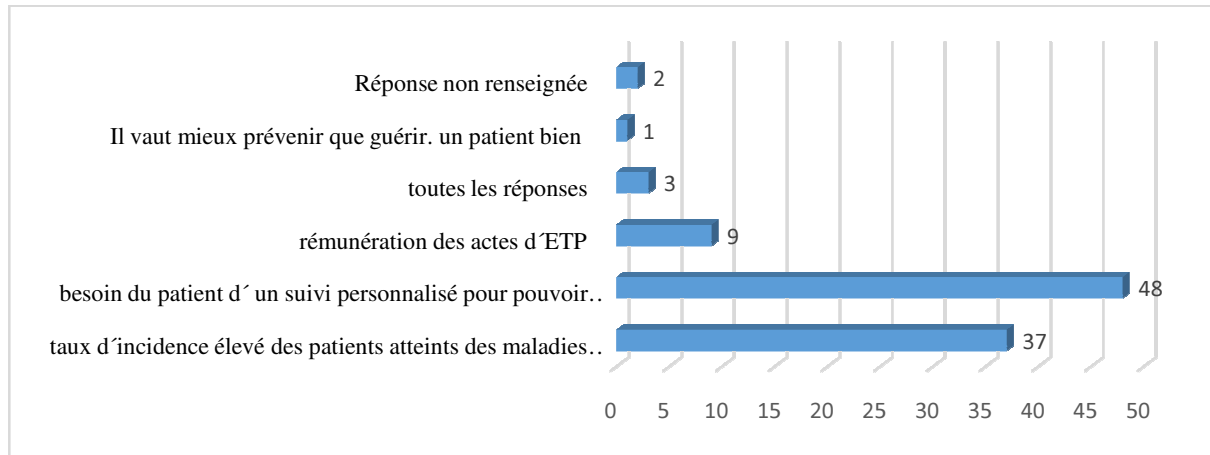


Figure 35: leviers de motivation pour mettre en place une ETP

## 11. Maladies chroniques envisagées au cours de l'exercice officinal du pharmacien :

Les pharmaciens d'officine répondants ont indiqué que les affections cardiovasculaires, sont les maladies chroniques les plus envisagées au cours de leur exercice pharmaceutique. Les résultats sont présentés sur la figure 37.

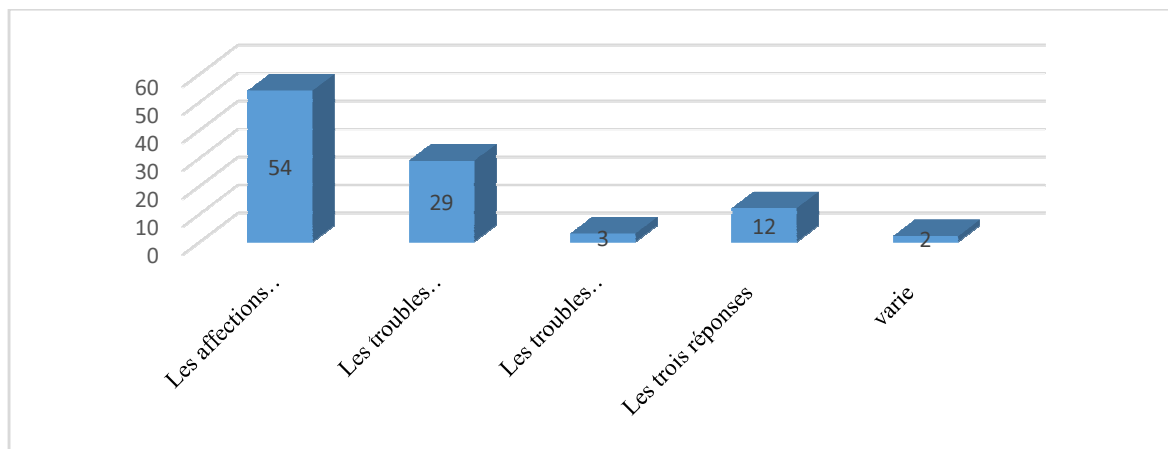


Figure 36: les affections chroniques les plus envisagées lors de l'exercice officinal du pharmacien

## 12. Contraintes qui s'opposent à l'instauration de l'ETP en pharmacie d'officine.

Les résultats sont illustrés sur la figure 38.

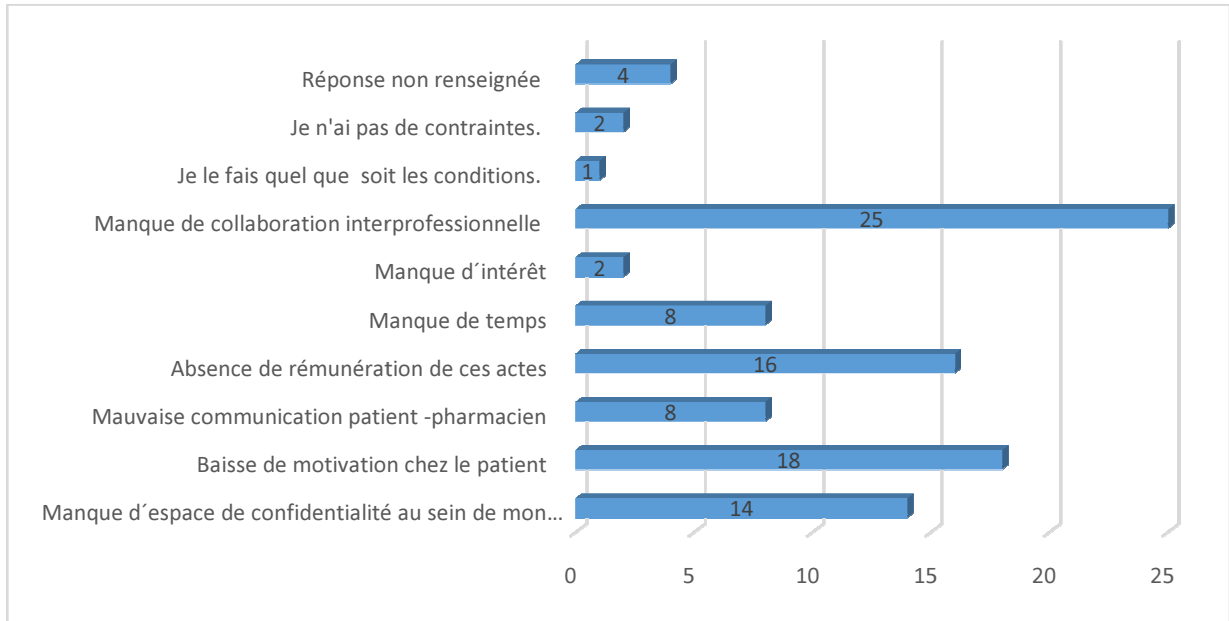


Figure 37: Répartition des contraintes d'instauration de l'ETP

## 13. Formation continue du pharmacien et de l'équipe officinale :

La répartition de la pratique de la formation continue par le pharmacien et son équipe officinale est présentée sur la figure 39.

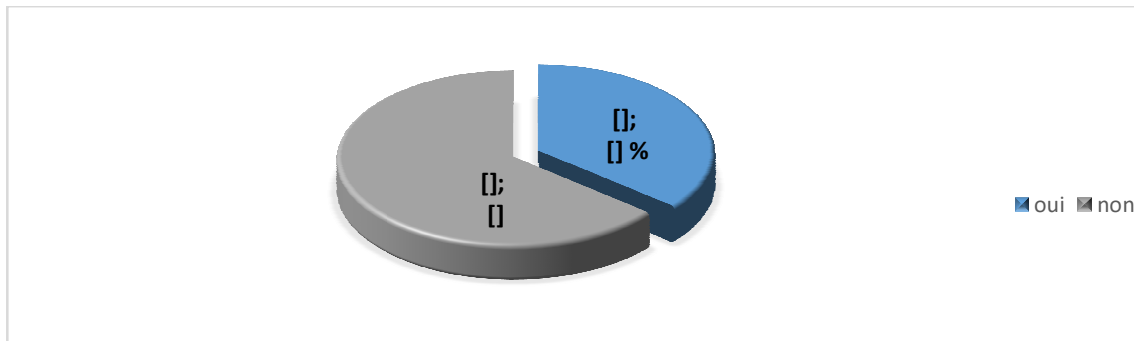


Figure 38: L'échelle de pratique des formations continue chez le pharmacien et son équipe Officinale

La figure 40 illustre l'impact du nombre d'années d'exercice sur la pratique de la formation continue chez le pharmacien d'officine.

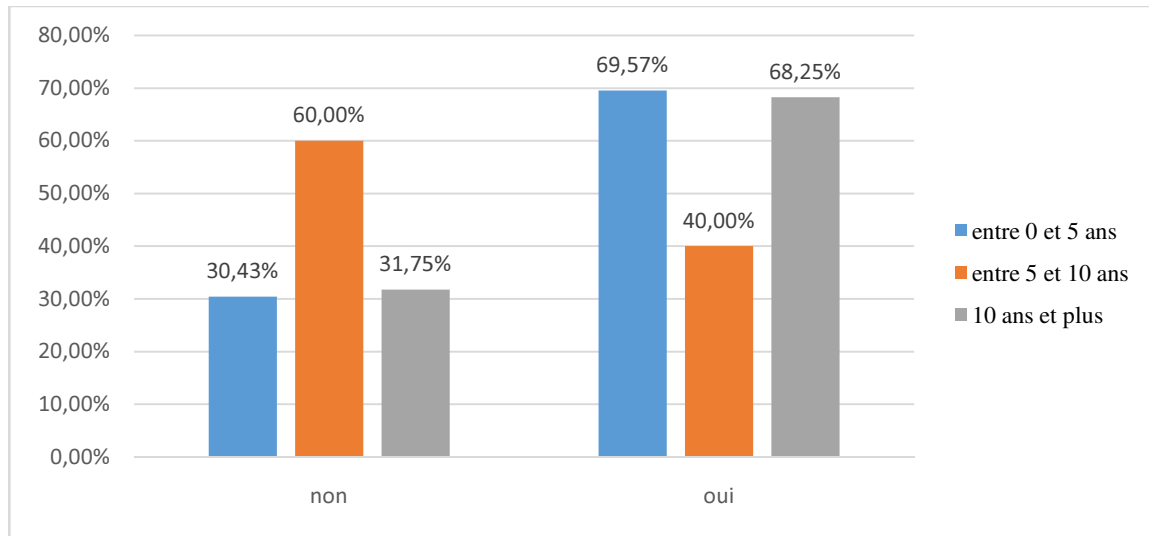


Figure 39: participation des pharmaciens dans la formation continue selon le nombre d'années d'exercice

#### 14. Niveau de satisfaction de la formation initiale du pharmacien pour la pratique d'ETP

60% des pharmaciens de notre échantillon ont affirmé que la formation initiale seule du pharmacien ne suffit pas pour pratiquer une ETP (figure 41).

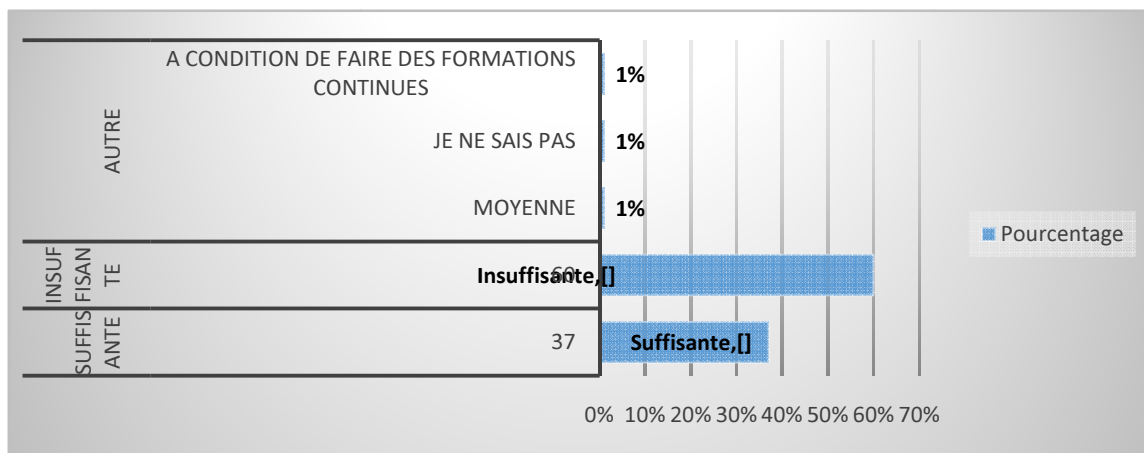


Figure 40: la formation initiale du pharmacien et l'ETP

## 15. Compétences nécessaires pour pouvoir appliquer l'ETP en officine.

Les résultats sont présentés sur la figure 42.

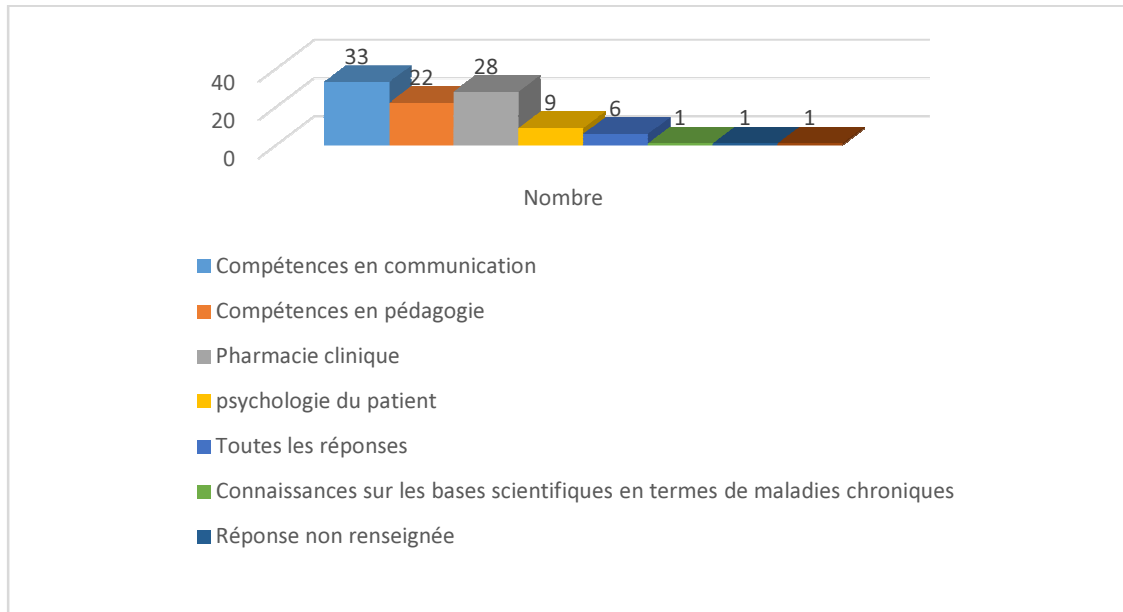


Figure 41: les compétences nécessaires pour appliquer l'ETP en officine

## Démarche éducative expérimentale auprès des patients diabétiques dans une pharmacie d'officine à la ville de Rabat.

### 1 Caractéristiques de la population étudiée:

Notre population d'étude compte 20 patients diabétiques.

#### 1.1 Âge :

La répartition de la population étudiée selon la catégorie d'âge est présentée dans la Figure 43.

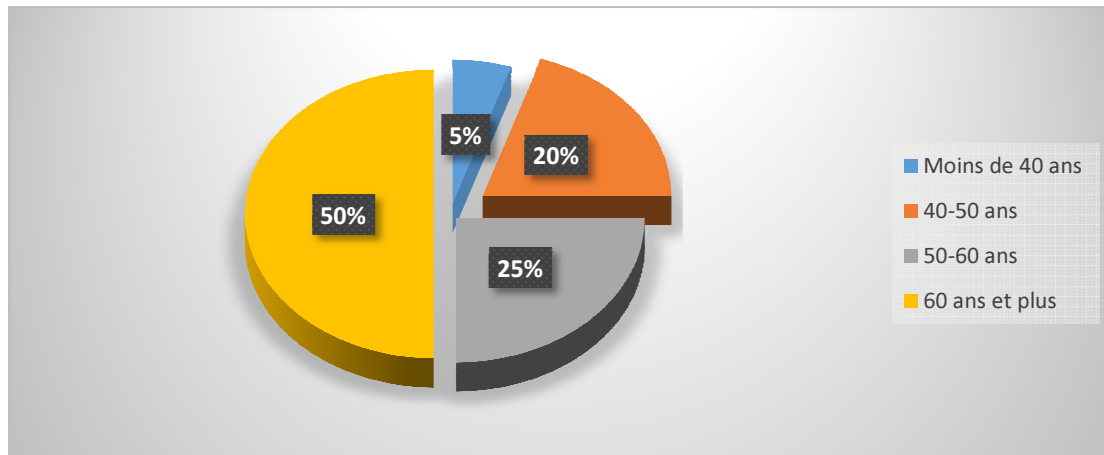


Figure 42: Répartition de la population de l'étude selon la catégorie d'âge

#### 1.2 Sexe :

Notre population d'étude est composée de 15 femmes (75%) et 5 hommes (25%) (Figure 44).

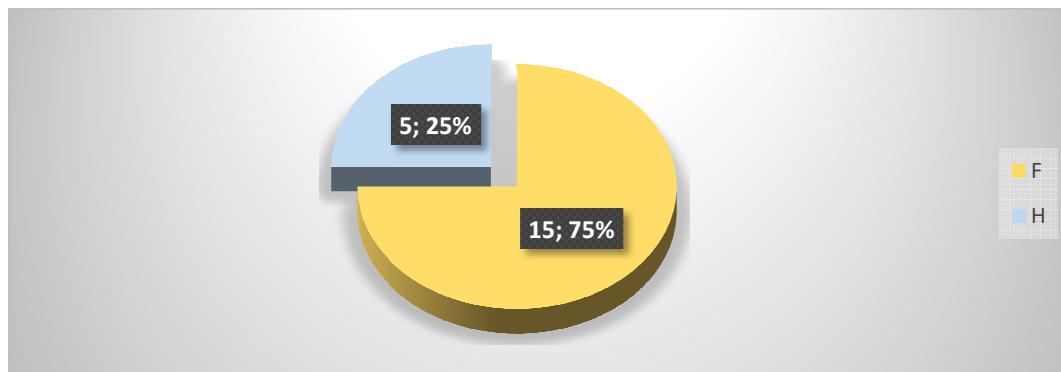


Figure 43: Répartition de la population de l'étude selon le sexe

### 1.3 Niveau d'études :

La répartition de la population selon le niveau de scolarité est présentée sur la figure 45.

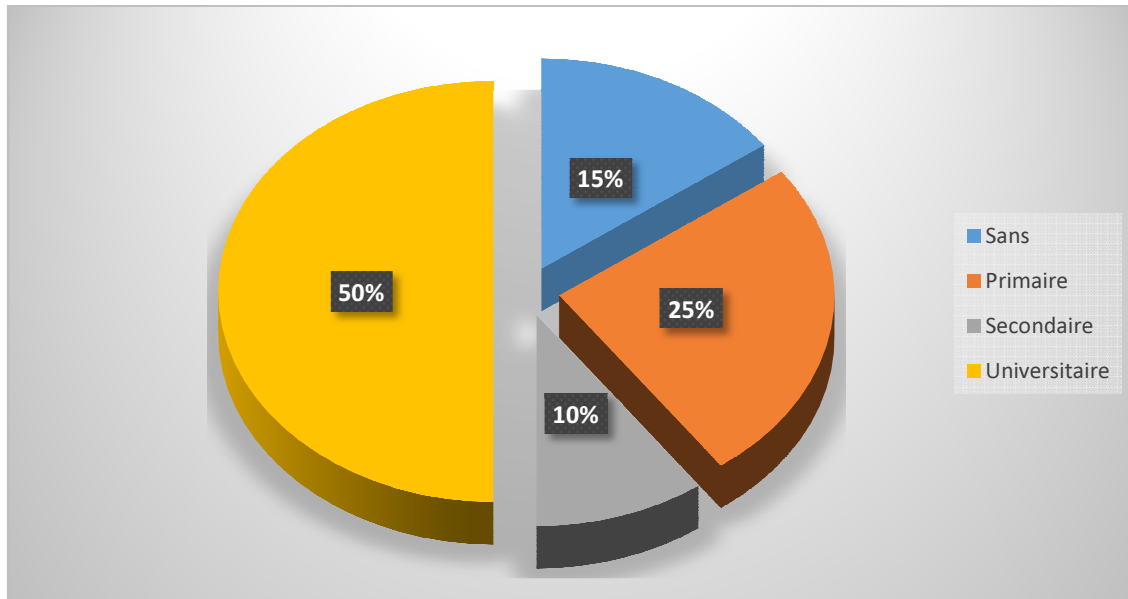


Figure 44: Répartition des patients selon le niveau de scolarité

### 1.4 Conditions de vie :

Le statut marital des patients est présenté sur la Figure 46.

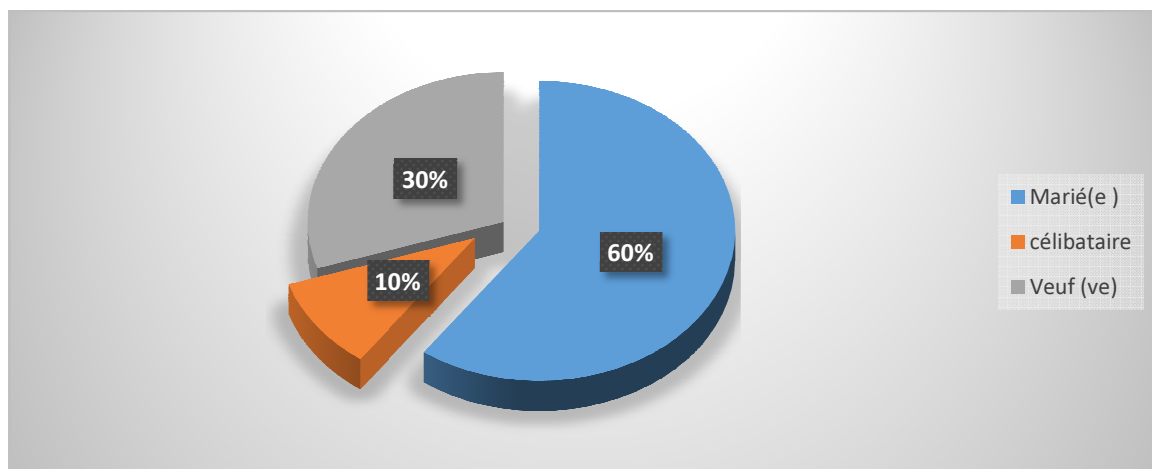


Figure 45: Répartition des patients selon leur statut marital

### 1.5 Type du diabète :

La répartition de la population selon le type de diabète est présentée dans la Figure 47

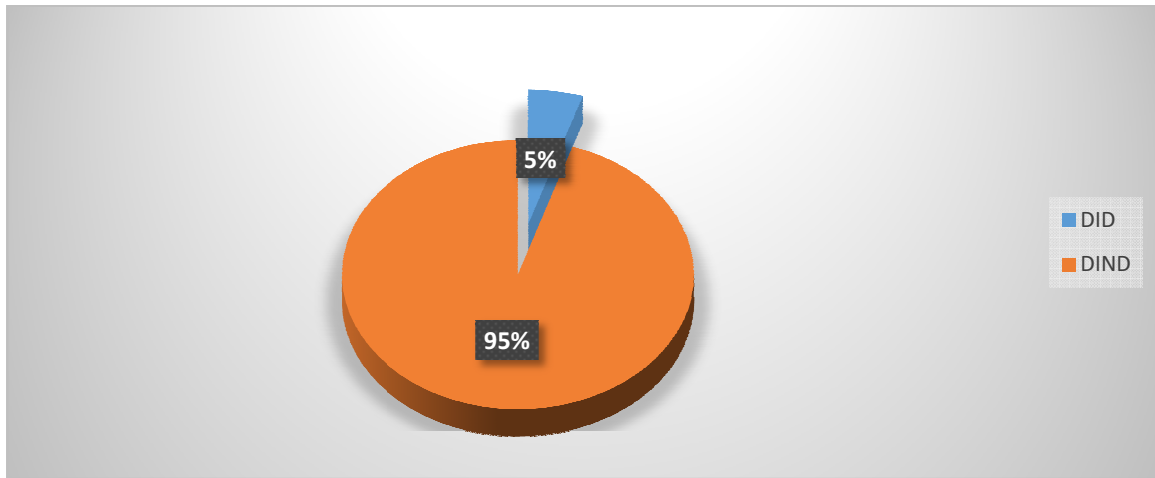


Figure 46: Répartition des patients selon le type de diabète

### 1.6 Ancienneté du diabète :

Les résultats sont illustrés sur la Figure 48.

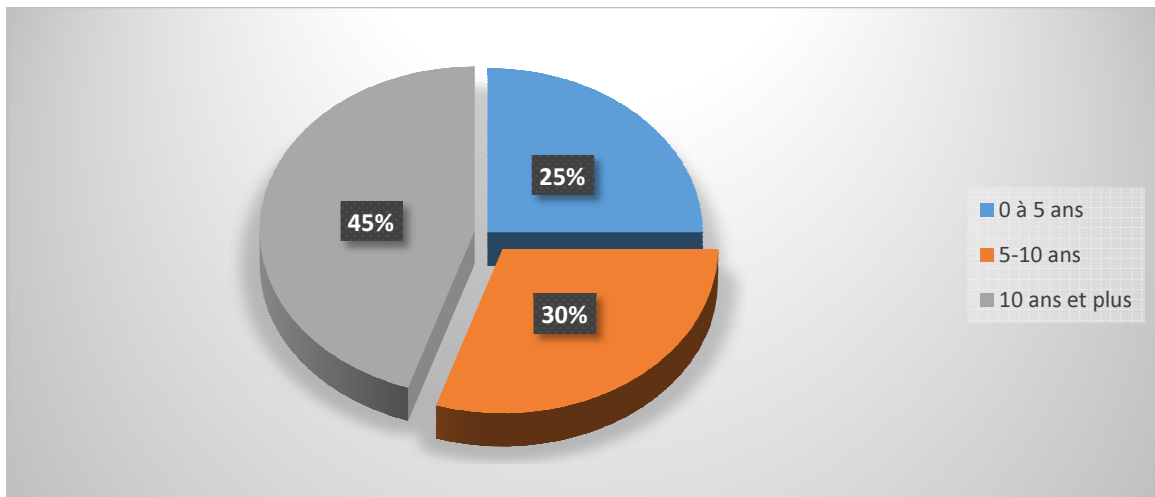


Figure 47: Répartition des patients selon l'ancienneté du diabète

## 1.7 Complications du diabète

13 patients ont déclaré l'absence de complications de diabète, les résultats sont illustrés sur la Figure 49.

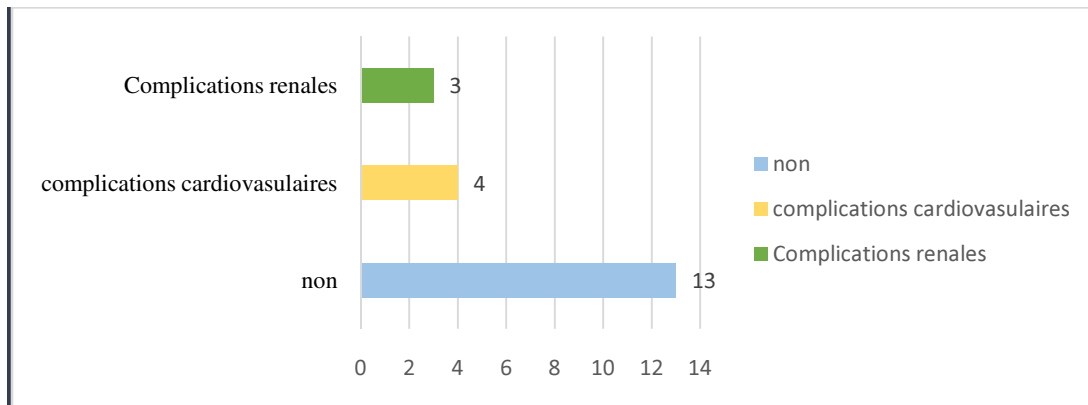


Figure 48: La répartition des patients selon le degré des complications du diabète

## 2 Suivi du diabète : Connaissance de l'échelle de surveillance de la maladie, et les examens de suivi recommandés.

Les figures 50 et 51, illustrent le niveau de connaissance des patients de l'échelle de surveillance de la maladie, et les examens de suivi recommandés avant et après la séance éducative.

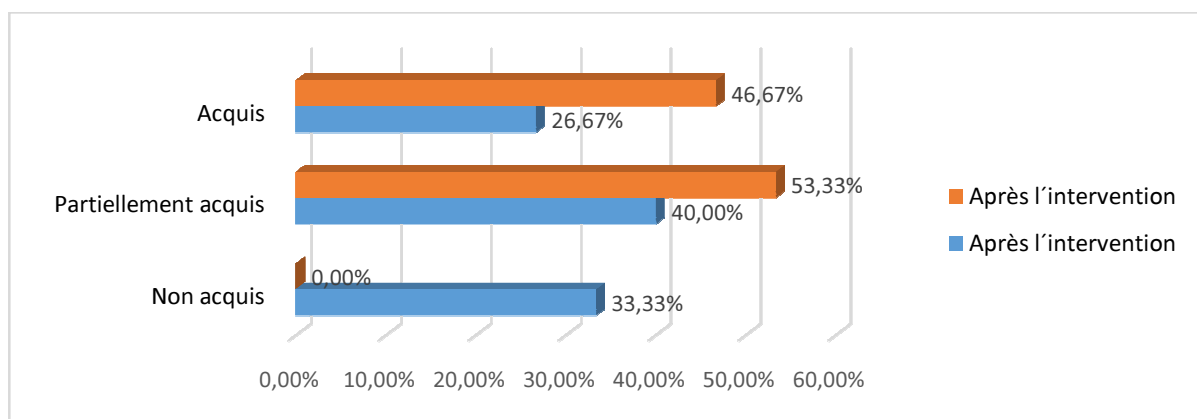


Figure 49: Connaissance du degré de surveillance de la maladie avant et après l'intervention pharmaceutique

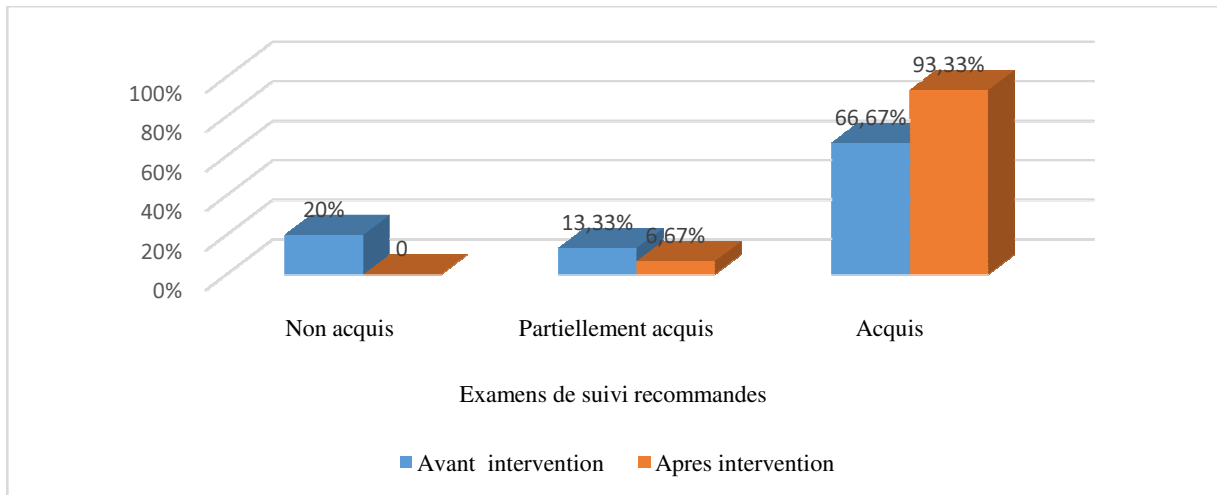


Figure 50: Connaissance des examens de suivi du diabète recommandés avant et après la séance éducative

### 3 Traitement médicamenteux : Connaissance et gestion de prise

Les résultats sont illustrés sur la Figure 52.

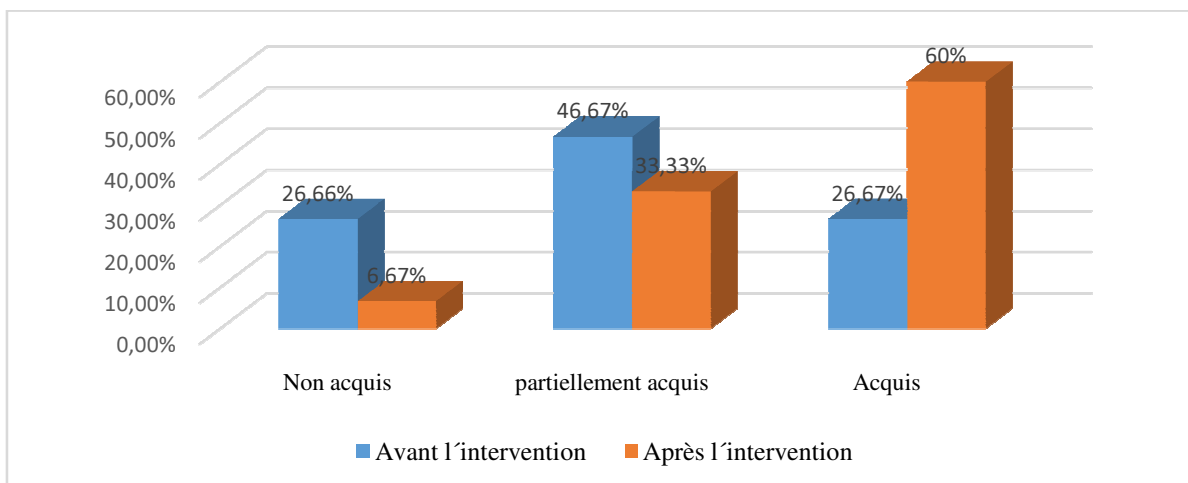


Figure 51: Connaissance du traitement médicamenteux et son mode de prise avant et après l'intervention

#### 4 Diabète et mode de vie : Régime alimentaire et activité physique

Les résultats sont illustrés sur les figures 53 et 54.

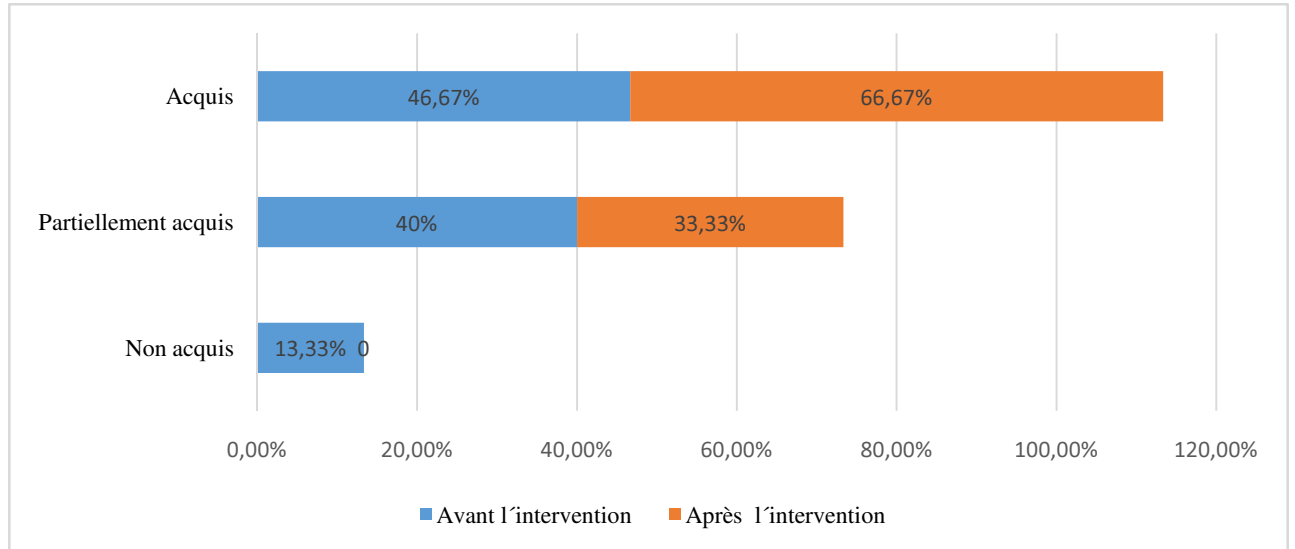


Figure 52: Connaissance des patients à propos du régime alimentaire à suivre avant et après l'intervention

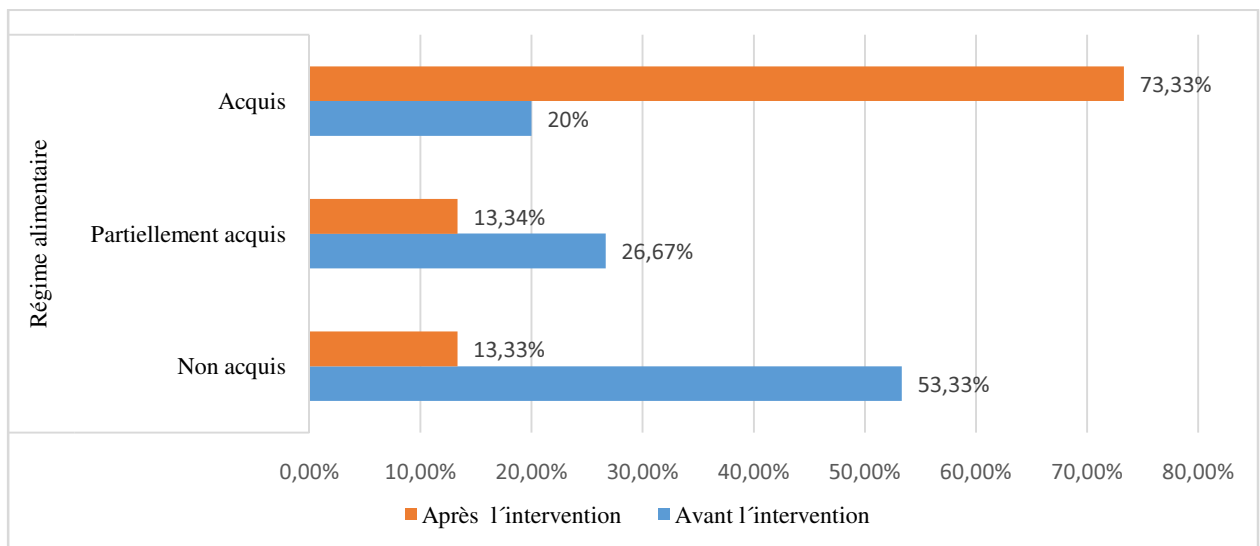


Figure 53: Connaissance du patient à propos de la pratique de l'activité physique avant et après la séance éducative

## 5 Signes d'alertes d'hypoglycémie et d'hyperglycémie :

Les résultats sont illustrés sur la figure 55.

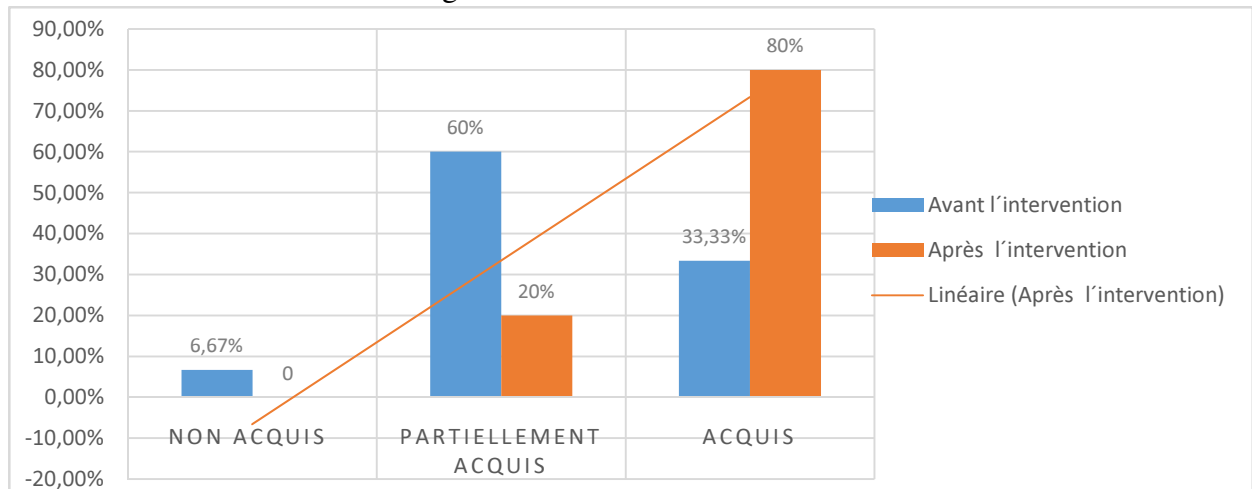


Figure 54: Connaissance des signes déclencheurs d'une hypoglycémie ou une hyperglycémie avant et après la séance éducative

## 6 Diabète et automédication/intéactions médicamenteuses:

Les figures 56 et 57 illustrent l'échelle de recours des patients diabétiques à l'automédication et la phytothérapie.

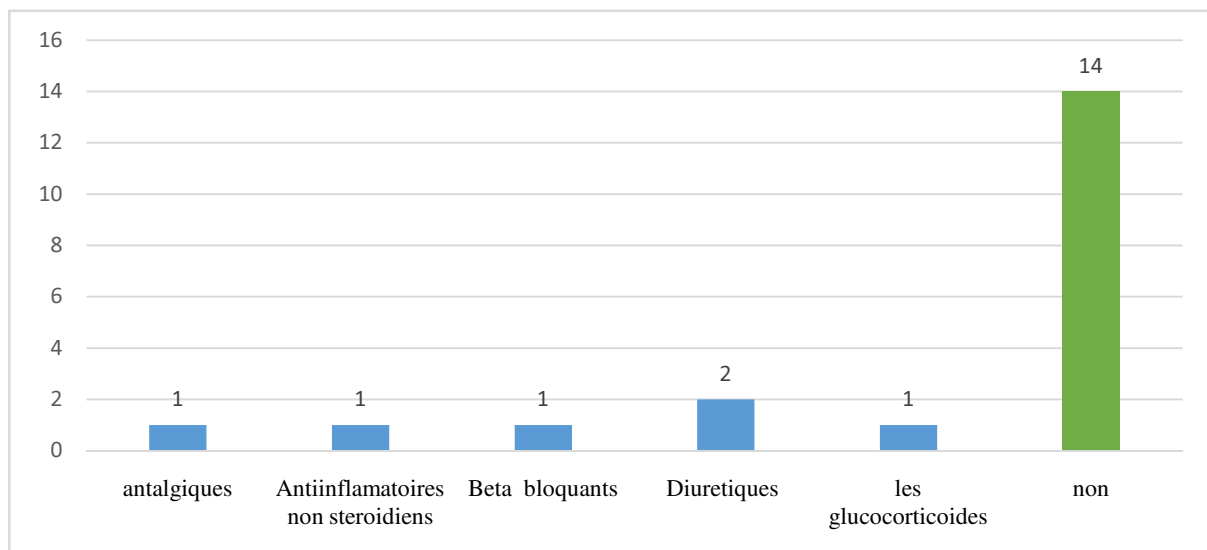


Figure 55: Répartition de l'échelle du recours des patients à l'automédication

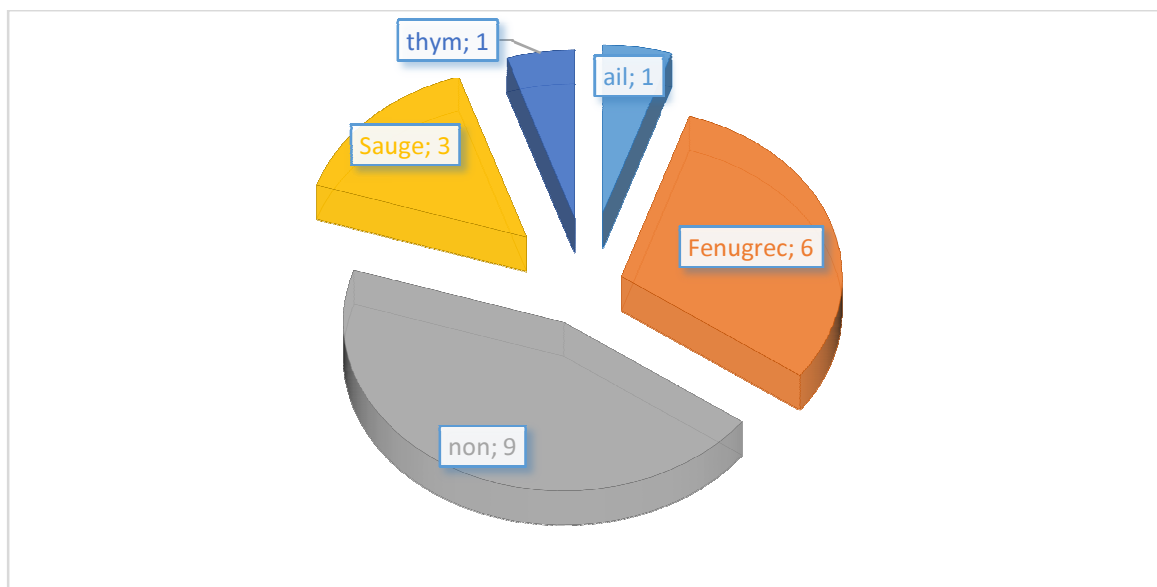


Figure 56: Répartition de l'échelle du recours des patients à la phytothérapie

### 7 Contraintes confrontées lors de la gestion quotidienne du diabète :

Les principales contraintes de la gestion du diabète sont illustrées sur la figure 58

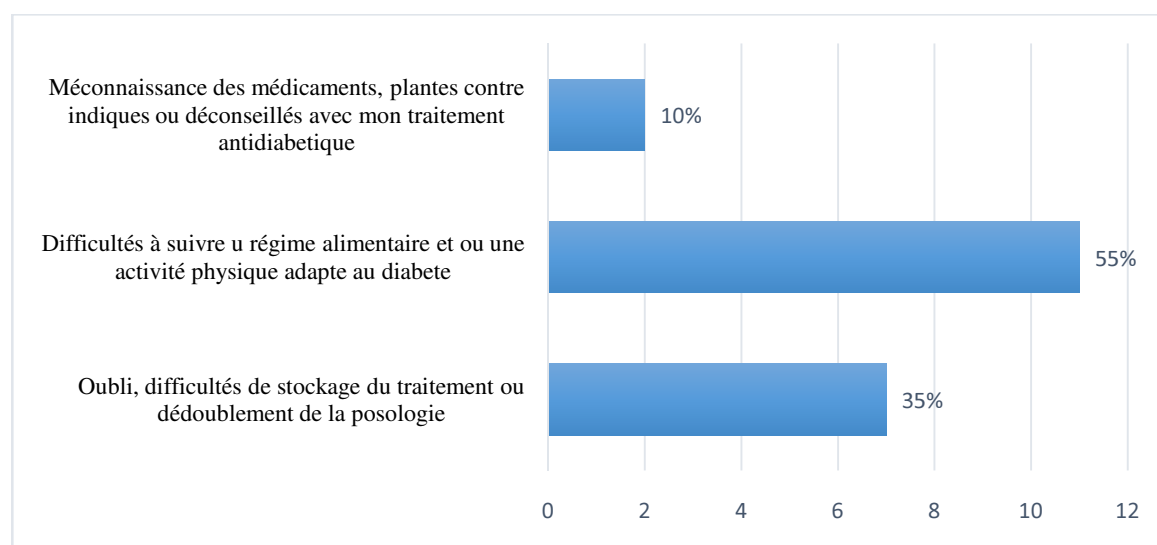


Figure 57: les contraintes confrontées par les patients lors de la gestion du diabète

Les figures 59 et 60 illustrent l'impact du niveau de scolarité et l'ancienneté du diabète notamment sur le degré d'observance thérapeutique.

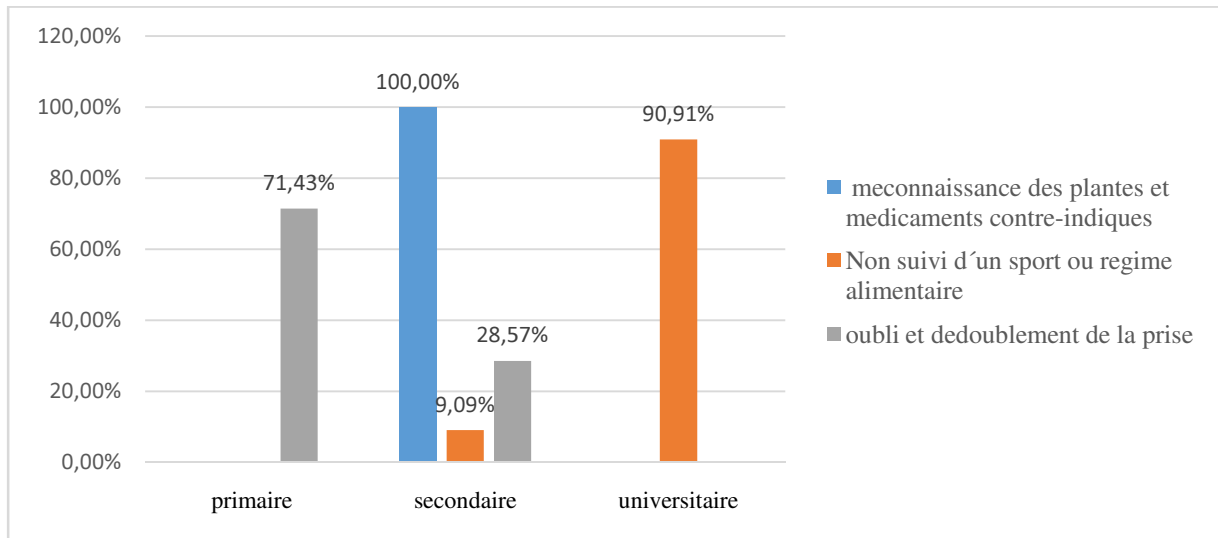


Figure 58: Contraintes de la gestion du diabète selon le niveau de scolarité

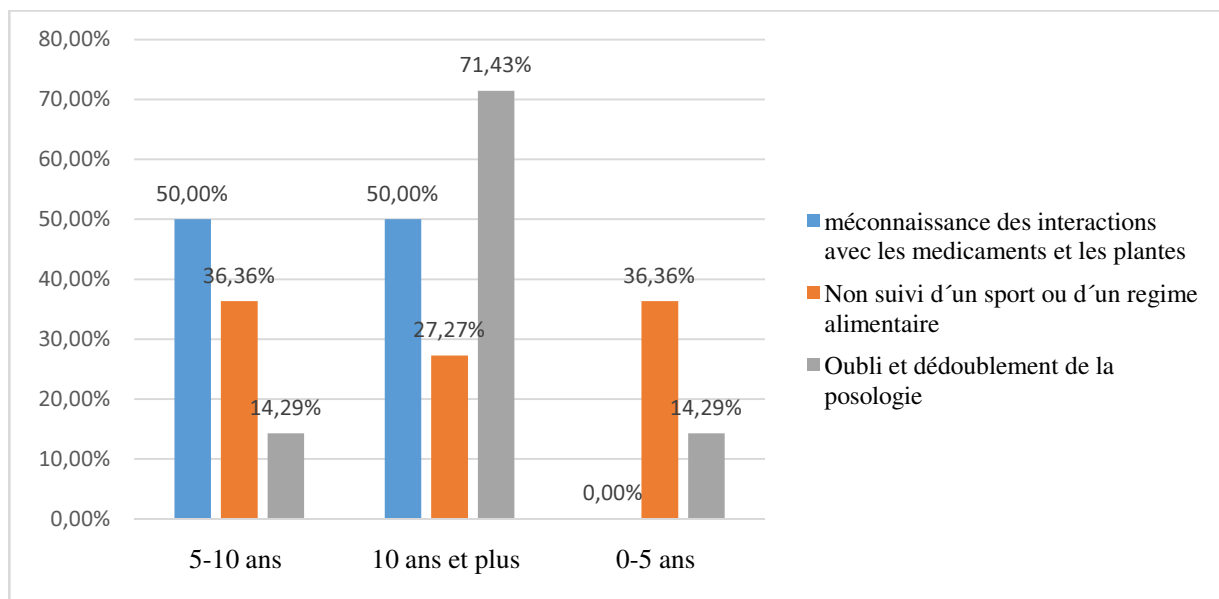


Figure 59: Contraintes de la gestion du diabète selon la durée d'atteinte

## 8 Sources d'information médicale chez la population d'étude :

85% des patients de notre population d'étude ont affirmé que les professionnels de santé (Médecin traitant, pharmacien,..), sont la source des informations thérapeutiques qu'ils ont acquis. Les résultats sont présentés sur la figure 61.

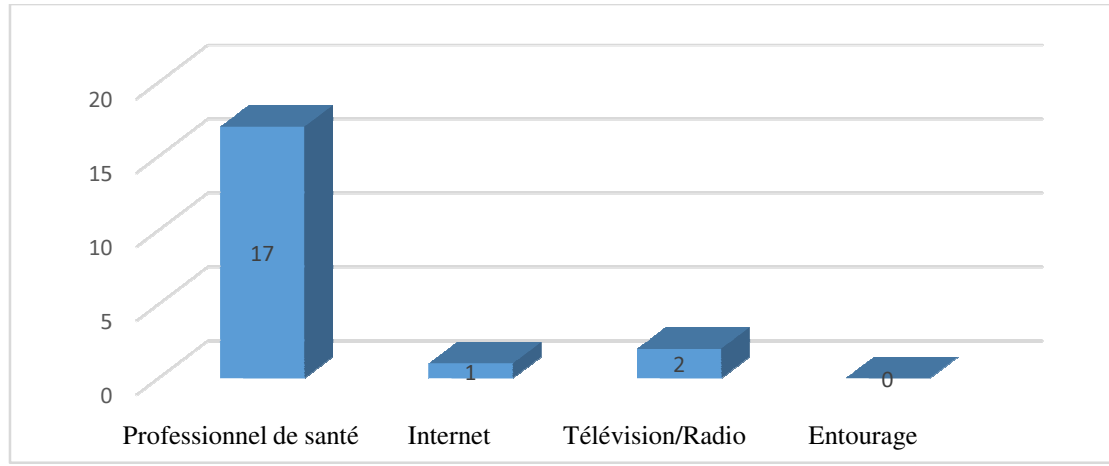


Figure 60: Sources de l'information thérapeutique chez le patient

## 9 Evaluation de la qualité des prestations pharmaceutiques (conseil officinal en cas du diabète sucré).

Les résultats sont présentés dans la Figure 62.

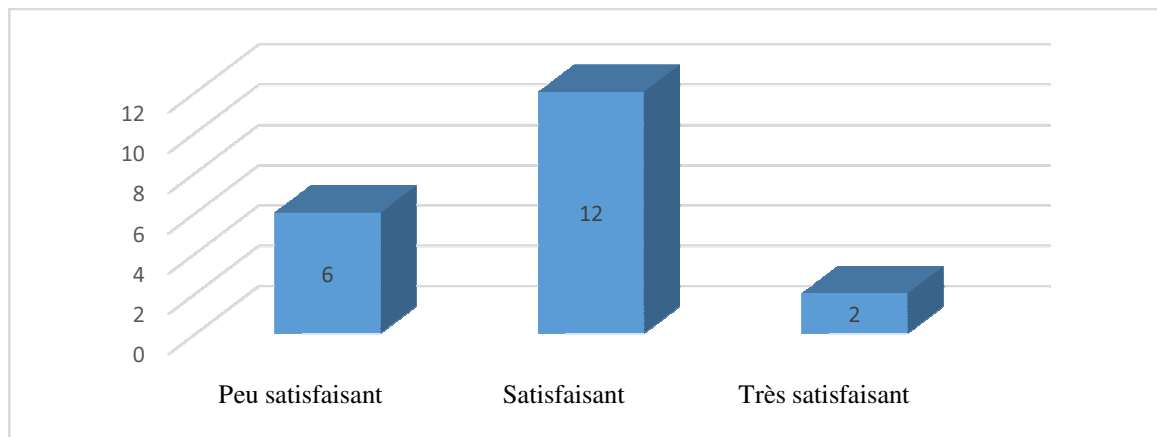


Figure 61: Evaluation de la qualité du conseil pharmaceutique

## 10 Evaluation de la qualité de la relation patient-pharmacien selon la population d'étude

Les résultats sont illustrés dans la figure 63.

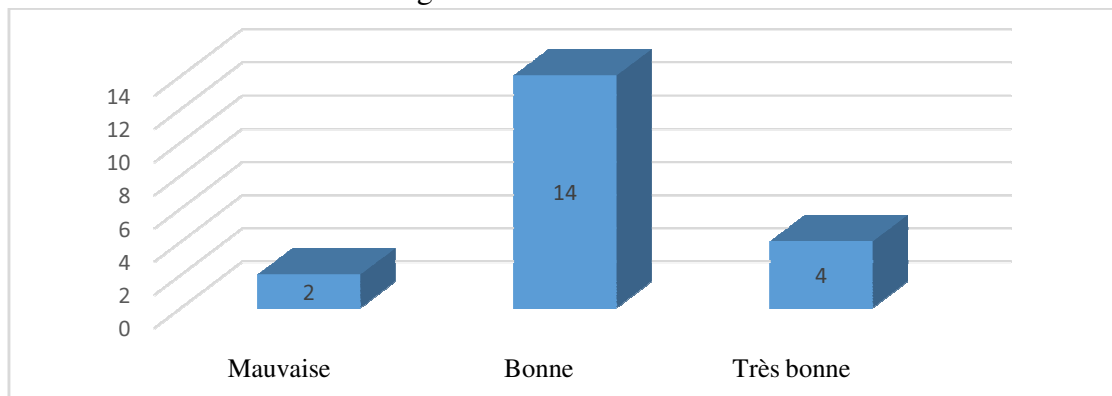


Figure 62: Evaluation de la relation patient -pharmacien selon la population d'étude

## 11 Echelle de satisfaction des patients de la démarche éducative

La figure 64 illustre l'échelle de satisfaction des patients de la démarche éducative, avant et après les deux entretiens.

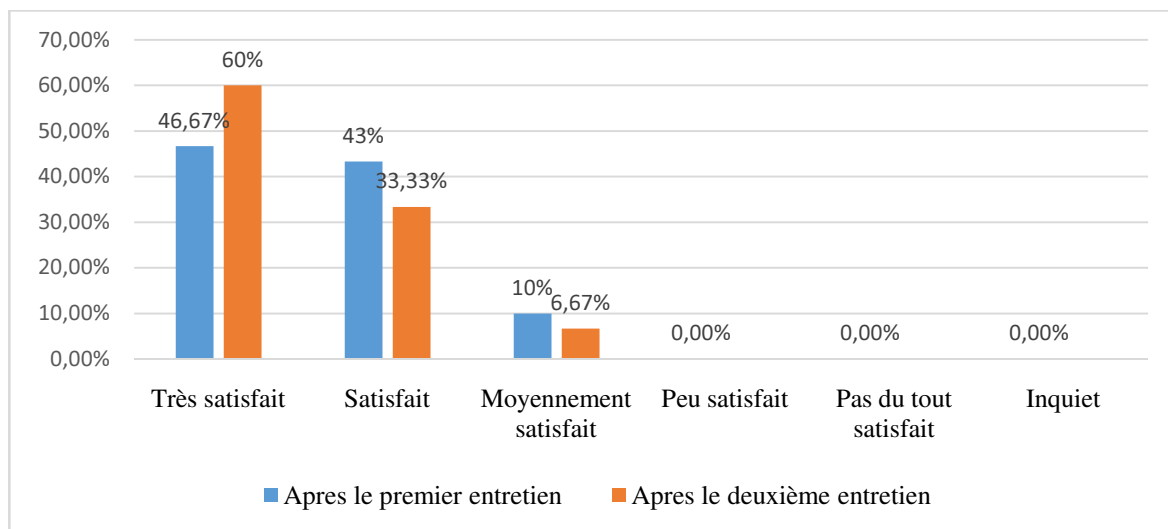


Figure 63: Score de satisfaction des patients après les deux entretiens de la démarche éducative

### **III. Discussion**

L'objectif principal d'un programme ou d'une démarche thérapeutique dans le champ des maladies chroniques, est d'améliorer la qualité de vie du patient avec sa maladie.

Le pharmacien comme démontré précédemment détient un rôle important dans cette démarche individuellement ou au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Cette étude a pour objectif :

#### **Dans son premier volet :**

D'évaluer les connaissances du pharmacien autour de cette notion ETP (démarches et objectifs de son instauration, champ d'application.), sa volonté et sa disposition pour intégrer cette nouvelle mission dans son exercice pharmaceutique.

#### **Dans le second volet:**

D'évaluer l'échelle de la faisabilité d'une démarche éducative en pharmacie d'officine pour les patients atteints des maladies chroniques (le diabète comme exemple), et la faisabilité des outils pédagogiques (questionnaires d'évaluation, fiches éducatives,...), ainsi que les conditions de son exécution (espace de confidentialité, durée de l'entretien pharmaceutique).

Le choix de l'application de cette démarche thérapeutique en officine, aux patients atteints du diabète sucré de type 1 et 2 traités en ambulatoire s'explique par plusieurs raisons :

- Le taux de prévalence élevé du diabète chez la population Marocaine, qui nécessite une intégration du patient dans sa prise en charge thérapeutique
- Taux d'inobservance élevé aux démarches thérapeutiques médicamenteuses (traitement par les ADO), ou non médicamenteuses (régime diététique non équilibré, activité physique non régulière).

- Risque iatrogène encouru chez le patient diabétique, en cas d'automédication et de recours à la phytothérapie
- Gravité des complications du diabète à court et à long terme, en cas du non suivi thérapeutique de la maladie.
- Le développement et la structuration de l'ETP dans la discipline du diabétologie.

### **Evaluation de l'échelle des connaissances et d'instauration de l'éducation thérapeutique en pharmacie d'officine au Maroc.**

#### **1. Connaissance de la notion d'éducation thérapeutique du patient et ses objectifs**

58% des pharmaciens déclarent connaître l'ETP, à la demande de sa définition, une grande majorité des pharmaciens répondants l'ont confondu avec l'éducation pour la santé qui est une notion plus large, qui vise la sensibilisation et la promotion de la santé de la population.

Didier a montré en 2016, [43] que 74% des pharmaciens interrogées ont répondu connaître cette pratique déjà appliquée cinq ans auparavant . Concernant les objectifs de sa mise en place ,24% des pharmaciens ont défini au moins un objectif pour la mise en place d'une ETP. 62,5% de ces objectifs rejoint celles cités dans la définition de l'OMS. .En revanche ,Benoit et al, a montré par une enquête réalisée auprès de 20 pharmaciens [12],que 65% des pharmaciens ont donné une définition de l'ETP et ses objectifs Selon l'OMS.

Concernant l'éducation et sa relation avec l'information et le conseil thérapeutique, 25% des répondants(de 52 répondants), ont considéré que l'éducation est une transmission d'informations, qui se base sur la délivrance des conseils thérapeutiques au patient, contrairement ,l'étude menée par Didier [43],a montré un taux de 65 % des pharmaciens qui ont considéré le conseil fourni au comptoir de la pharmacie ,fait partie de l'ETP.

## **2. Champ d'application, démarches et activités de l'éducation thérapeutique du patient :**

44 % des pharmaciens ont affirmé que les actes d'ETP s'adresse essentiellement au patient atteint d'une maladie chronique, justifié par le taux de prévalence élevé des maladies chroniques, en outre leurs caractéristiques (maladies asymptomatiques, incurables, traitement contraignant), qui exige une prise en charge éducative du patient pour l'aider à suivre et à gérer sa maladie et son traitement. Néanmoins, les programmes d'ETP s'adressent non seulement au patient diabétique ou hypertendu, mais cette démarche a montré son efficacité également dans la prise en charge du patient [44].

73% des pharmaciens de notre étude n'ont pas connu les quatre étapes de la réalisation d'ETP selon la HAS, dans le cadre d'un programme éducatif multidisciplinaire. Leur connaissance se limite juste des actes d'information ou du conseil officinal. Lehman et al [45] a montré que, sur 85,5%(195/228) des actions éducatives pratiquées sur le territoire Français en 2016, qui suivent les 4 étapes du programme d'ETP selon la HAS, 49 pharmaciens d'officine qui sont impliqués dans ces programmes., dont 86% d'eux lors de la mise en œuvre des séances éducatives.

Ces résultats montrent l'importance de la collaboration interprofessionnelle pour une prise en charge éducative optimale du patient, dont le pharmacien occupe une place importante dans une démarche d'éducation thérapeutique du patient.

54% des pharmaciens ont considéré que leur rôle capital dans l'ETP, consiste à accompagner et soutenir le patient, lors de son parcours de soin, alors que 39% ont affirmé l'importance du rôle du pharmacien dans le suivi et l'aide à la gestion thérapeutique.

Ces résultats, pourrait être justifié par le statut qu'occupe le pharmacien en tant qu'« un expert en médicament », par ses connaissances scientifiques, sa proximité du patient et sa disponibilité dans une plage d'horaire long, qui le permet de jouer ce rôle.

Néanmoins cette mission nécessite du pharmacien le développement de certaines compétences de communication, et d'autres dites « psychosociales ».

### **3. Participation, leviers de motivation et obstacles face à une mise en place d'éducation thérapeutique du patient.**

L'éducation thérapeutique est un processus long et continu, nécessite un potentiel de la part du pharmacien pour la mettre en place, 84% des pharmaciens ont exprimé leur disposition pour participer à une action éducative pour le patient .En France, la société française de la pharmacie clinique, a montré par une étude réalisée en 2013, que le taux de participation des pharmaciens d'officine dans des actions éducatives a atteint un quart de l'ensemble des actions mises sur le territoire Français [46]

Dans un aperçu analytique, nous avons montré l'impact de l'emplacement de la pharmacie et du nombre des pharmaciens assistants en officine sur la volonté de pratiquer une ETP en officine (figures 34 et 35): les pharmacies des quartiers populaires et celles qui se trouvent en périphérie de la ville, ont exprimé plus de volonté pour s'engager dans une ETP. D'après la figure 34 ,les pharmacies qui ne compte pas un pharmacien assistant dans leur équipe officinale exprime plus une volonté d'engagement dans action éducative en officine .Ce résultat est surprenant puisque l'ETP , nécessite plus du temps pour sa mise en place.

Ces résultats rejoignent celle de l'étude d'Elbée et al [47], qui a montré que les pharmacies comptant un ou deux pharmaciens été plus impliquées (32,5 % et 42,0 % respectivement) dans les programmes d'ETP, également les pharmacies du quartier (28 %) et rurales (42%)

Parmi les raisons d'implication du pharmacien dans une action d'ETP : le taux d'incidence élevé des maladies chroniques (46%), et le besoin de ces malades d'un suivi thérapeutique et d'une aide à la gestion de la maladie et du traitement (27%), pour une amélioration de sa qualité de vie.

Selon les résultats de l'enquête nationale sur la santé familiale, la proportion des Marocains atteints d'au moins une maladie chronique a augmenté. Ce taux a atteint 21% en 2018, contre 18,2% en 2011. De même, la proportion des individus atteints du diabète est de 4,8% en 2018 contre 3,3% en 2011, l'hypertension artérielle, a également augmenté, passant de 5,4 % en 2011 à 6,8% en 2018 [48].

L'incidence élevée de ces maladies s'est démontré également à travers notre enquête qui révèle selon l'estimation des pharmaciens, un taux de 40% des maladies cardiovasculaires et 27% des maladies métaboliques.

Ces résultats ont montré, un fort engagement des pharmaciens dans la prise en charge du patient, malgré la non-rémunération des actes, qui se considère comme l'un des obstacles se mettent face aux pharmaciens pour appliquer cette éducation, aussi bien le manque de collaboration multi-professionnelle (26%), de motivation chez le patient (18%), et d'un espace de confidentialité (14 %).

Le manque de pluridisciplinarité dans la mise en place des actions d'ETP, été le premier frein identifié chez les pharmaciens, en contrepartie Didier [43], a montré que cet obstacle est considéré minoritaire par les pharmaciens (28,8%), et 64,9% des pharmaciens ont affirmé la possibilité de participer dans une action d'ETP (information ou entretien thérapeutique) sans collaboration avec d'autres professionnels de santé. En revanche, Parron et al, [49], a montré que le manque de temps été le premier frein qui empêchait la mise en place de l'ETP dans les établissements ou les réseaux de santé, aussi bien le manque des moyens matériels, et de l'insuffisance en formation. De même Elbée et al [47], a montré que le manque de temps, constitue un frein majeur devant une mise en place d'ETP.

#### **4. Formation initiale ou continue pour le développement des compétences et la mise en place d'éducation thérapeutique**

60 % ont bien mis en évidence l'insuffisance de la formation eu pour l'obtention du titre du pharmacien, pour exercer une ETP. Bien que la formation universitaire procure le pharmacien à travers diverses modalités d'enseignements, de savoirs et de connaissances théoriques et à la fois pratiques, or cette formation reste insuffisante et à compléter par le pharmacien, pour améliorer son exercice officinal. Pour prouver l'efficacité de la formation des étudiants et son adaptation à leur futur exercice pharmaceutique, plusieurs études ont été réalisées même à des dates différentes, or ces travaux montrent tous une amélioration non significative des réformes concernant le contenu et l'organisation de la formation, les stages et les examens [50].

Benoit et al [12], a montré que la moitié des pharmaciens ont affirmé l'insuffisance de la formation du pharmacien en vue d'application d'une ETP ou bien une éducation pour la santé

De même Badran et al [50], a montré par une enquête réalisée entre 2017 et 2018 en France, que 83% des pharmaciens (53% titulaires, et 30 % adjoints), ont estimé que leur formation ne les avait pas bien préparés aux fonctions occupées. Ce résultat rejoint également celle de l'étude Celtipharm réalisée en 2014, qui a reporté la nécessité d'améliorer l'adéquation entre la formation et la pratique officinale [51].

À propos de la formation continue 64 % des pharmaciens, ont répondu qu'ils ne pratiquent pas des formations continues (des diplômes universitaires, participation à des forums, congrès ou conférences pharmaceutiques).

Ces formations se considèrent comme un réel investissement du pharmacien officinal pour pouvoir rendre un service pharmaceutique par excellence .Ce résultat est supposé du a plusieurs facteurs parmi eux : la dégradation de la situation financière des pharmacies d'officine au Maroc, la diminution des marges commerciales du pharmacien Marocain, en synchronisation avec la baisse des prix du médicament à l'occasion de l'application du décret

de 2014, ce qui oriente plus l'exercice officinal du pharmacien sur le volet commercial d'autant plus que sur le volet scientifique du métier.

86% des pharmaciens, sont conscients de la nécessité des formations continue pour garantir la pérennité du métier, et pour améliorer les connaissances et les compétences du pharmacien. D'autre part cette enquête montre que 32 % des pharmaciens ne participent pas à des formations continue vu le manque de temps [52].

Dans un cadre analytique, nous avons traité les résultats obtenus dans un but de montrer l'impact du nombre d'années d'exercice du pharmacien sur la participation dans des formations continues ; 70% des pharmaciens qui exercent en officine moins de 5 ans, s'investissent d'avantage dans des formations continues, en outre les pharmaciens qui exercent depuis 10 ans ou plus prennent eux aussi part de cet apprentissage.

Les pharmaciens répondants ont montré avec des pourcentages similaires, que pour appliquer une éducation thérapeutique pour un patient et être un bon éducateur, il faut obligatoirement avoir un nombre de compétences acquises ; les pharmaciens considèrent que l'acquisition des compétences en pharmacie clinique, en communication et en pédagogie, sont indispensables. En conformité avec les recommandations de L'INPES, qui a mis en évidence dans son référentiel de compétences pour la dispensation d'ETP, plusieurs compétences à développer chez le pharmacien « éducateur » de types : techniques, relationnelles et pédagogiques [28].

## **Démarche éducative expérimentale auprès des patients diabétiques dans une pharmacie d'officine à la ville de Rabat.**

### **1 Description de la population d'étude :**

La population de notre étude appartient à différentes tranches d'âge avec prédominance des sujets âgés de plus de 60 ans (de 50%) l'âge moyen de notre population est de 55,85 ans,

95% de la population étudiée ont un diabète de type 2 (DT2), ce qui justifie la prédominance de cette tranche d'âge (le DT2 survient plus chez les personnes de plus 40 ou 50 ans.

Une prédominance du sexe féminin est observée, qui est notée également dans diverses études réalisées chez des patients diabétiques de type 1 et 2 :[53], [54]

Pour ce qui est de l'ancienneté de la maladie 45% de notre population d'étude, est diagnostiquée du diabète depuis 10 et plus. 50% de notre population étudiée ont un niveau d'études universitaire et possèdent un savoir –faire concernant leur pathologie, mais qui nécessitent un suivi thérapeutique rigoureux de la part de leur pharmacien.

Or dans la littérature, les interventions pharmaceutiques dans le champ de l'éducation thérapeutique touchent une grande majorité des patients analphabètes au vu du risque d'iatrogénie médicamenteuse qu'ils encourent [53].

35% des patients souffrent des complications dégénératives du diabète (cardiovasculaires, rénales, ophtalmiques), et qui ont également des pathologies associées. La littérature a montré un lien positif entre la poly-pathologie (qui augmente le nombre des médicaments prescrits) et le risque d'interactions médicamenteuses [55]

Bedhomme et al [42], a montré chez 262 patients diabétiques de type 1 et de type 2, sur 93 pharmacies de la région Auvergne, que 62 % des patients hypertendus et 36 %

dyslipidémiques. 13 % tabagiques, 80 % de ces patients déclaraient avoir une ou plusieurs complications dégénératives et 52 % de l'ensemble des patients avaient déjà été hospitalisés

Tous ces résultats révèlent une corrélation entre la présence de complications du diabète, les pathologies associées et le taux d'hospitalisation, d'où la nécessité de renforcer le suivi et l'information thérapeutique du patient diabétique pour éviter la survenue des complications de la maladie, et l'iatrogénie médicamenteuse.

## **2 Connaissance du traitement**

L'acquisition du patient d'un savoir concernant son traitement antidiabétique est un droit du patient en vers son soignant, et qui se considère comme un biais de motivation du patient pour une meilleure adhésion thérapeutique.

D'après les résultats de notre étude, 27 % des patients ne savent pas l'indication et le rôle de leur traitement dans la prise en charge de leur maladie, cette méconnaissance, concerne aussi le moment de prise exacte du médicament. La démarche éducative a amélioré les connaissances de 30 % des patients diabétiques de leur traitement.

Bedhomme et al [42], a montré que 72% des patients DT2 ne connaissent aucune contre-indication de leur traitement ADO. La signification de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) été méconnue pour un tiers de la cohorte de diabétiques.

Notre étude a montré qu'uniquement 27 % des patients qui connaissent et pratiquent parfaitement les principes de l'autogestion thérapeutique du diabète, de même Aziouz et al[56] a montré que parmi 63 % des patients diabétiques de type 1, qui possèdent un niveau de savoir satisfaisant concernant le diabète seulement ,51% de ces patients, qui savent gérer par eux même leur maladie .Ces résultats montrent la nécessité de pratiquer une éducation thérapeutique afin de combler les lacunes au niveau du savoir et du savoir-faire des patients.

### **3. Activité physique et régime alimentaire chez le patient diabétique**

Près de la moitié (47%), des patients ne connaissent et ne pratiquent que quelques recommandations à suivre lors de l'alimentation quotidienne (restriction de la consommation des aliments sucrés,..) avant l'intervention, or ces connaissances seules ne les permettent pas de bénéficier d'un régime alimentaire équilibré. Notre intervention a révélé un déséquilibre du régime alimentaire des patients diabétiques et l'exercice des patients des comportements alimentaires nocifs (Consommation élevée des sucres surajoutés, fromages, charcuterie, acides gras saturés (pâtisserie, viennoiserie,...). De même Sayad et al, a illustré un profil alimentaire déséquilibré chez 150 patients diabétiques de type 2 par une consommation élevée des aliments a index glycémique élevé (Pain, couscous, Pomme de terre),et un faible apport en laitage et en poisson .[57]. L'étude de Halab et al, a montré l'existence de certaines croyances alimentaires chez les patients diabétiques derrière ce déséquilibre alimentaire tels que : le patient diabétique ne doit plus manger de fruits car c'est sucré dans 63,6 % des cas, et qu'un diabétique doit manger moins que les autres personnes pour être en bonne santé et peut manger les aliments qu'ils désirent est de 6,8 %)[58].Ce déséquilibre alimentaire en présence d'autres facteurs de risque tel que l'obésité et les pathologies associées, qui augmentent le risque des affections cardiovasculaires.

Notre intervention pharmaceutique a amélioré le savoir de 20 % des patients à propos d'un régime alimentaire équilibré (méthode de cuisson, choix des aliments a index glycémique bas, et son adaptation selon la variation de la glycémie.),et 53% des patients à propos de l'activité physique ,qui vise essentiellement d'apprendre au patient les bases d'un exercice physique régulier adapté aux variations de sa glycémie et à son alimentation.

Toutes ces études, ont montré la nécessité d'une éducation thérapeutique des patients diabétiques pour une meilleure prise en charge de la maladie.

20% seulement des patients qui pratiquent une activité physique régulière d'endurance de façon quotidienne et adaptée aux variations de la glycémie. Ces résultats rejoignent celles de l'étude de Boulbaroud et al chez 110 patients DT1, qui a montré que 29 % des patients seulement qui pratiquaient une activité sportive régulière, 66 % des activités se limitant aux travaux domestiques et de la vie courante ,seulement 23 % des patients ont bénéficié d'une éducation thérapeutique sur l'activité physique [59].

Notre enquête a montré, que 55% des patients ont considéré que l'activité physique non régulière et le régime alimentaire non équilibré sont les principales contraintes de la gestion du diabète ,dus dans certains cas au manque de la motivation chez le patient ,et d'un exercice physique non corrélé aux taux de la glycémie. Boulbaroud et al, a montré que l'absence de pratique de sport chez le patient diabétique est lié également au manque du temps (35 %) et la peur des hypoglycémies (30 %)[59].

### **3 Les variations de glycémie chez le patient diabétique**

La démarche éducative a amélioré de 46% la connaissance des patients, des signes déclencheurs d'hypoglycémie et d'hyperglycémie, ainsi que la conduite à tenir par le patient en cas d'un déséquilibre glycémique, la sensibilisation de la nécessité de la consultation médicale en urgences en cas d'épisodes d'hypoglycémie sévère. De même, Halbron et al [54], a montré l'efficacité d'un programme éducatif effectué chez des patients diabétiques de type 1, dans la diminution de la fréquence des épisodes d'hypoglycémie mineure ,et l'incidence des hypoglycémies sévères a diminué.

### **4 Automédication et diabète**

L'automédication chez les personnes âgées et en polymédication est l'une des facteurs de risques d'interactions médicamenteuses. [60]

30 % des patients diabétiques ayant recours à l'automédication en cas de pathologies courantes (maux de tête, douleurs dentaires, rhume ou affections des voies respiratoires,...), les antalgiques ou les anti-inflammatoires sont les familles thérapeutiques les plus utilisées, pour la majorité des patients en association avec d'autres médicaments pour traiter des pathologies associées tels que : (les B-bloquants, les diurétiques (IEC, ARA2), statines,...)

Laurent et al [61], a montré en 2014 que l'analyse des ordonnances chez 228 patients diabétiques de type 2 a identifiée 331 IAM ,95% sont des précautions d'emploi,56 % d'eux ont concerné les bêtabloquants (en association avec les sulfamides, les glinides, les gliptines et l'insuline) et 32 % les IEC (en association avec les sulfamides et l'insuline).

Notre intervention porte essentiellement dans ce point sur la nécessité de connaître ces types d'interactions et se prévenir et détecter notamment les hypoglycémies conséquents dans la majorité des interactions des ADO avec ces médicaments.

## **5 Diabète et phytothérapie :**

55% des patients déclarent avoir recours aux plantes médicinales dans le traitement du diabète dont le fenugrec est le plus utilisé [62], [63].

La majorité des patients utilisent ces plantes parallèlement au traitement antidiabétique. Ce pourcentage rejoint celui d'autres études similaires [63], [64].

Le recours des patients à la phytothérapie pourrait être dû à la réputation connue chez la majorité des patients diabétiques de l'action hypoglycémiante de ces plantes, en raison de leur contenance des composants hypoglycémiants. Bawadi et al, a montré chez 160 patients DT2 une diminution de la glycémie de façon dose-dépendante après la prise de 2,5 ou de 5,0 g de poudre de fenugrec [65].

Selihi et al a montré par une enquête menée sur 509 sujets DT2, que la plupart des utilisateurs (89,8 %) ne sont pas conscients de la toxicité des plantes, de la manière de les utiliser, y

compris la (les) partie(s) de la plante à utiliser, le mode selon lequel les plantes devraient être préparées et, enfin la bonne quantité à consommer[64]. Or cet usage doit être bien prudent pour éviter une éventuelle toxicité due à un surdosage.

## **6 Prestations du pharmacien et sa relation avec le patient**

85 % des patients de la population d'étude considèrent que le professionnel de santé, est la première source d'information thérapeutique chez le patient diabétique, notamment le pharmacien qui est considéré un conseiller privilégié pour le patient par ses prestations pharmaceutiques notamment ses conseils officinaux qui sont jugés satisfaisants pour la majorité (60 %) des patients de notre étude, cette relation entre le pharmacien et le patient est jugée bonne par 70%. La qualité de la relation patient –pharmacien, est conditionnée par le développement de ce dernier des stratégies de communication efficace, notamment dans le champ des maladies chroniques pour promouvoir le bon usage des médicaments et parvenir au succès thérapeutique du patient (Shah et Chewning, 2006 ; Vanier et al., 2016)[66].

## **7 L'observance thérapeutique chez le patient diabétique :**

L'observance thérapeutique été estimée moyenne a mauvaise, chez 35% des patients qui l'ont considéré comme l'une des difficultés à gérer, ces résultats rejoignent celle de l'étude réalisée, par Achouri et al [53],qui a montré un taux d'inobservance thérapeutique de 31,3% ,de même le résultat de M.P Ntyonga –pono et al [67],rejoint les autres ,avec un taux d'inobservance de 39,8%.bien qu'a noter que cette évaluation été faite par le biais du questionnaire de l'observance thérapeutique de Morisky a 8 items ou simplifié.

Pour pouvoir expliquer ce phénomène, nous avons analysé les résultats, pour évaluer l'impact de l'ancienneté du diabète et du niveau de scolarité sur l'échelle d'observance des patients(Figure)

71% des patients non-observants vis-à-vis leur traitement, ont un niveau de scolarité primaire et 29%, ont un niveau de scolarité secondaire. Ce qui montre une corrélation entre le niveau d'instruction des patients et l'échelle d'adhésion au traitement : l'analphabétisme est un facteur d'inobservance thérapeutique .Ce résultat est concordant avec plusieurs données de la littérature [68],[53],[69] .Quant à l'ancienneté du diabète, 71% des patients estimés non-observants sont atteints du diabète depuis 10 ans et plus, et 14,29% entre 5et 10 ans. Ce qui pourrait mettre en évidence un lien significatif entre la durée du diabète et la mauvaise observance au traitement. Ce facteur est démontré significatif dans d'autres études celle de Achouri et al [53]. D'autres facteurs d'inobservance à ne pas négliger tels que : la situation familiale et la situation socio-économique [68],[69] , l'assurance sociale, la pratique de l'autosurveillance glycémique et les connaissances des patients sur la maladie diabétique [53].

### **Forces et faiblesses de l'étude:**

La spécificité de notre enquête menée chez les pharmaciens d'officine résulte dans sa focalisation sur l'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques en dehors d'un simple acte de conseil ou d'information thérapeutique pratiqué en officine, et en tant qu'un processus continu pratiqué dans le cadre d'un programme structuré, et règlementé dans plusieurs pays notamment la France (la loi HPST), dont la majorité des pharmaciens de notre échantillon n'était pas au courant. Malgré le faible effectif des pharmaciens participants à cette enquête représentant seulement les pharmaciens des grandes villes au Maroc, le choix des questions et la manière dont été posées, on permet aux pharmaciens de bien mener une réflexion et prendre conscience de la différence entre l'information, le conseil et l'éducation thérapeutique et ses objectifs. Ce qui permet aux pharmaciens de mettre en évidence l'importance de la formation continue et de l'acquisition d'autres compétences en dehors du champ thérapeutique, pour jouer le rôle d'éducateur. L'efficacité de ce rôle est démontrée lors de la démarche éducative réalisée chez les patients diabétiques en officine.

Cette démarche, a mis en évidence l'importance du rôle du pharmacien dans l'accompagnement et le suivi thérapeutique du patient diabétique, ceci en améliorant la connaissance du patient sur leur traitement, des variations sévères de la glycémie et la conduite à tenir, sur le régime alimentaire et l'activité physique à suivre, les conséquences d'une inobservance thérapeutique et les outils pour l'autogestion thérapeutique.

Une faible diminution de la satisfaction durant le deuxième entretien, qu'on pourrait le justifier par l'emploi fréquent des termes scientifiques « non compréhensibles » pour les patients, au cours de la séance éducative.

La population d'étude se compose de 20 répondants, cet effectif est relativement faible et moins représentatif. L'enquête et les entretiens sont réalisés par un seul professionnel de santé

(pharmacien), ce qui manque de pluridisciplinarité (la contribution d'un diabétologue dans la réalisation des entretiens pourrait enrichir l'expérience et le savoir des patients). Les entretiens pharmaceutiques sont réalisés sous forme de séance individuelle et non collective, ce qui aurait été un échange d'expériences sur la gestion du diabète et du traitement entre les patients

### **Recommandations**

A l'issue de cette étude on suggère :

#### **Au pharmacien :**

- ❖ D'exploiter le savoir-faire acquis à travers l'exercice pharmaceutique quotidien dans l'éducation thérapeutique du patient et de s'investir davantage dans la formation continue, qui permet la mise à jour de ses connaissances scientifiques et le développement de nouvelles compétences notamment en matière de communication.
- ❖ Réaliser un suivi pharmaceutique en accord avec le patient, surtout en cas des pathologies chroniques fréquemment rencontrées lors de l'exercice quotidien.
- ❖ De contrôler l'observance thérapeutique du traitement par la proposition au patient d'un plan de prise des médicaments et l'usage des piluliers ou d'application.
- ❖ Adopter une posture éducative tout en améliorant la relation patient-pharmacien, par le passage d'une relation paternaliste, vers une relation partenariale.
- ❖ Mettre en place des interfaces de travail communes dans le champ des maladies chroniques, permettant de faciliter la communication médecin-pharmacien.

#### **Aux organes de tutelle :**

- ❖ Réglementer la formation continue et la rendre obligatoire pour tout pharmacien exerçant soit dans le secteur public ou privé.

- ❖ Activer la Dématérialisation du dossier patient à l'échelle nationale en vue de faciliter au pharmacien d'officine l'accès aux données de ses patients bénéficiant d'un programme d'éducation thérapeutique.
- ❖ Mettre en place une culture d'éducation thérapeutique, en préparant le futur pharmacien, à jouer le rôle d'éducateur, ceci par l'intégration de l'éducation thérapeutique dans la formation académique du pharmacien.
- ❖ Etudier la possibilité de structuration et de financement des programmes d'éducation thérapeutique dans le champ des maladies chroniques tout en faisant de cette activité un acte rémunéré pour le pharmacien.

**Conclusion :**

L'éducation thérapeutique du patient est une pratique qui s'intègre d'avantage dans le parcours de soin notamment dans le champ des maladies chroniques, sa structuration et sa mise en place dans le cadre d'un programme interdisciplinaire reste limitée ,par plusieurs raisons (manque de financement, et de coopération entre les professionnels de santé , ...).

Au Maroc, le pharmacien d'officine un acteur de santé de proximité, qui doit participer à la prise en charge des pathologies chroniques qui se voient leurs taux en élévation et redynamiser le métier du pharmacien en intégrant des nouvelles missions comme l'ETP, malgré plusieurs contraintes qui le confronte. Cela nécessite au début l'adoption d'une posture éducative, nécessitant de sa part une formation dans les différents champs de communication et de pédagogie et l'intégration des différents outils d'accompagnement du patient (le dossier pharmaceutique et le bilan partagé de médication). Malgré le faible effectif, la démarche éducative auprès des patients diabétiques a mis en exergue, le rôle primordial que le pharmacien occupe notamment dans l'amélioration des connaissances des patients leur aide à la gestion thérapeutique. Une démarche éducative pluridisciplinaire de plus grande ampleur est nécessaire pour confirmer les résultats obtenus et approuver les outils testés.

## RESUME

**Titre:** éducation thérapeutique du patient en pharmacie d'officine au Maroc : état des lieux et modalités d'implémentation.

**Auteur :** Loukili Oumaima

**Mots clés :** Education thérapeutique, pharmacien officinal, maladie chronique, démarche éducative.

**Introduction:** L'éducation thérapeutique du patient est une pratique décrite par plusieurs organismes sanitaires tels que l'Organisation Mondiale de la Santé, qui vise l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints des maladies chroniques.

**Matériels et méthodes:** Notre étude a pour objectif d'évaluer dans son premier volet, les connaissances du pharmacien d'officine de cette notion par un questionnaire et sa disposition d'intégrer cette pratique dans leur exercice officinal. Le second volet apprécie l'échelle de la faisabilité d'une démarche éducative en officine pour les patients atteints des maladies chroniques (le diabète comme exemple), et des outils pédagogiques (questionnaires d'évaluation, fiches éducatives,...), ainsi que les conditions de son exécution (espace de confidentialité, durée de la séance éducative).

**Résultats et discussion :** 58% des pharmaciens qui connaissent l'éducation thérapeutique du patient, l'ont associé à la notion de l'éducation pour la santé, 73% des pharmaciens n'ont pas identifié les démarches de sa réalisation. En revanche, 84% ont exprimé leur volonté d'engagement dans une action éducative pour le patient. À l'expérimentation, cette démarche a amélioré de 53% les connaissances des patients diabétiques d'une activité physique régulière, et 47% à propos des signes déclencheurs et la conduite à tenir en cas d'hypoglycémie et d'hyperglycémie, cette démarche a révélé un recours fréquent de 55% à la phytothérapie dans le traitement de leur maladie.

**Conclusion:** L'enquête auprès des pharmaciens a mis en évidence l'intérêt porté envers la pratique de l'éducation thérapeutique en officine. Malgré le faible effectif des patients, la démarche éducative a révélé, le rôle primordial que le pharmacien occupe notamment dans l'amélioration des connaissances des patients et leur aide à la gestion thérapeutique. Une étude de plus grande ampleur est nécessaire pour confirmer les résultats obtenus et approuver les outils testés.

## SUMMARY

**Title:** Therapeutic patient education in dispensing pharmacies in Morocco: status and implementation modalities

**Author :** Loukili Oumaima

**Keywords:** Therapeutic education, pharmacist, chronic disease -educational approach

**Introduction:** **Therapeutic** patient education is a practice described by several health organizations such as the World Health Organization, which aims to improve the quality of life of patients with chronic diseases.

**Materials and Methods:** The objective of our study is to evaluate the pharmacist's knowledge in the first part of the study of this concept through a questionnaire and their willingness to integrate this practice into their pharmacy practice. The second component assesses the feasibility of a pharmacy educational approach for patients with chronic diseases (diabetes as an example), and the educational tools (evaluation questionnaires, educational sheets, etc.), as well as the conditions for its implementation (confidentiality, duration of the educational session).

**Results and discussion:** 58% of pharmacists who are familiar with therapeutic patient education associated it with the notion of health education, 73% of pharmacists did not identify the steps involved in its implementation. 84%, on the other hand, expressed their willingness to engage in an educational action for the patient. During the experiment, this approach improved 53% of diabetic patients' knowledge of regular physical activity, and 47% of them improved their knowledge of the signs that trigger hypoglycemia and hyperglycemia, and revealed that 55% frequently used phytotherapy in the treatment of their disease.

**Conclusion:** The survey of pharmacists revealed the interest in the practice of therapeutic education in pharmacies. Despite the small number of patients, the educational process revealed the pharmacist's primary role in improving patient knowledge and helping patients manage their treatment. A larger study is needed to confirm the results obtained and to approve the tools tested.

## ملخص

العنوان: التربية العلاجية للمريض بالصيدلية بالمغرب: جرد وطرق التنفيذ

المؤلف: الوكيل أميمة

الكلمات المفتاحية: التربية العلاجية-الصيدلي-الأمراض المزمنة-المنهج التربوي

مقدمة: تتكيف المريض العلاجي هو ممارسة وصفتها العديد من المنظمات الصحية مثل منظمة الصحة العالمية، والتي تهدف إلى تحسين نوعية حياة المرضى المصابين بأمراض مزمنة

المواد والأساليب: تهدف دراستنا في جزئها الأول إلى تقييم معرفة الصيدلي بهذا المفهوم من خلال استبيان ورغبته في دمج هذه الممارسة في مزاولته اليومية للصيدلة. يقيم الجزء الثاني مدى جدوى اتباع نهج تعليمي في الصيدليات للمرضى المصابين بأمراض مزمنة (السكري على سبيل المثال)، والأدوات التعليمية (استبيانات التقييم، والكراسات التعليمية، إلخ،) وكذلك شروط تنفيذها (مساحة السرية، مدة الجلسة التعليمية).

النتائج والمناقشة: 58% من الصيادلة الذين يعرفون التنقيف العلاجي للمريض، ربطوا هذا المفهوم بفكرة التنقيف الصحي، 73% من الصيادلة لم يحددوا خطوات تحقيقها. أعرب 84% عن استعدادهم للانخراط في نشاط تربوي للمريض. عند التجربة، حسن هذا النهج بنسبة 53% معرفة مرضى السكري بالنشاط البدني المنتظم، و47% حول العلامات المحفزة وما يجب القيام به في حالة نقص وارتفاع السكر في الدم، وقد أدى هذا النهج إلى الكشف عن استخدام متكرر بنسبة 55%. للأعشاب في علاج مرضهم

الخلاصة: أظهرت الدراسة الاستقصائية للصيدلة الاهتمام الواضح بممارسة التنقيف العلاجي في الصيدليات، ورغم قلة عدد المرضى المنخرطين في هذه المنهجية إلا أنها كشفت على الدور الجوهري الذي يلعبه الصيدلي في تحسين معرفة المرضى ومساعدتهم في الإدارة العلاجية. هناك حاجة إلى دراسة أكبر لتأكيد النتائج التي تم الحصول عليها والموافقة على الأدوات التي تم اختبارها.

## Annexes:

### Annexe 1 : Questionnaire destiné aux pharmaciens d'officine



Université Mohammed V de Rabat  
Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat



جامعة محمد الخامس بالرباط  
كلية الطب و الصيدلة بالرباط



#### Évaluation du degré d'instauration des programmes de l'éducation thérapeutique du patient en pharmacie d'officine de la ville de Rabat.

Cette enquête est réalisée dans le cadre d'une thèse pour l'obtention du diplôme du doctorat en pharmacie, à la faculté de Médecine et pharmacie de Rabat, pour objectif d'évaluer le degré des connaissances des pharmaciens(ne)s d'officine Marocains concernant le concept d'éducation thérapeutique du patient et les modalités de son instauration au cours de leurs exercice officinal.

Merci de bien vouloir consacrer quelques minutes pour répondre à ce questionnaire.

Vos réponses sont anonymes.

#### 1-Emplacement de la pharmacie\*

- Centre –ville
- Quartier résidentiel
- Quartier périphérique
- Quartier populaire

#### 2-Le nombre d'années d'exercice en tant que pharmacien d'officine\*

- 0-5 ans
- 5-10 ans
- 10 ans et plus

#### 3-Quel est le nombre de chaque membre de votre équipe officinal?\*

qualification	Pharmacien(ne) assistant(e)	Employé(e)	Préparateur en pharmacie
Nombre			

#### 4-Avez -vous déjà entendu parler de la notion de l'éducation thérapeutique du patient?\*

- Oui
- Non

**5-si oui, quels sont les objectifs de l'instauration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient au sein de l'officine ?**

**6-A votre avis quelle est la différence entre éducation, information et conseil?**

**7-A qui les activités de l'éducation thérapeutique s'adressent-elles à votre avis?\***

- Les patients atteints des maladies chroniques et leur entourage.
- Les patients qui pratiquent l'automédication.
- Les patients sous un traitement poly-médicamenteux.
- Les patients atteints d'une affection aiguë

**8-Connaissez-vous les démarches d'un programme structuré d'éducation thérapeutique du patient ?**

- Oui.
- Non.

**9-Quels sont les actes que peut un pharmacien d'officine pratiquer au sein d'un programme structuré d'éducation thérapeutique?\***

- Accompagner le patient et le soutenir moralement durant son diagnostic d'une maladie chronique.
- Apprendre aux patients des compétences d'auto-soins et d'adaptation à sa maladie.
- Surveiller l'échelle de son observance et son adhésion thérapeutique.
- Transmettre au patient des informations concernant sa maladie.

**10-Appréciez-vous l'application des programmes d'éducation thérapeutique(ETP) du patient dans votre officine?\***

- Oui.
- Non.

**11- Si oui, quel est l'élément de motivation clé qui vous permet d'appliquer un programme d'éducation thérapeutique ?**

- Le taux d'incidence élevé des patients atteints des maladies chroniques au Maroc.
- Le besoin du patient d'un suivi personnalisé pour pouvoir mieux s'adapter et connaître sa maladie.
- Intégration des actes de l'éducation thérapeutique en tant qu'une des prestations pharmaceutiques rémunérées.

Autre :

**12-Quelles sont les pathologies chroniques les plus envisagées au cours de votre exercice officinale ?\***

- Les affections cardiovasculaires (hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, athérosclérose,...)
- Les troubles métaboliques (Dyslipidémie, diabète, insuffisance thyroïdienne...)
- Les troubles neurologiques et psychiatriques (épilepsie, schizophrénie, troubles bipolaires...)

Autre :

**13 - Quelles sont les contraintes qui s'opposent à l'instauration des programmes de l'éducation thérapeutique du patient(ETP), au sein de votre officine?\***

- Absence d'espace de confidentialité au sein de mon officine pour réaliser les activités d'ETP
- Baisse de motivation chez le patient
- Mauvaise communication patient- pharmacien
- Absence de rémunération de ces actes
- Manque de temps
- Manque d'intérêt
- Manque de personnel au sein de l'officine
- Manque de collaboration interprofessionnelle de santé

Autre :

**14-Bénéficiez-vous ou votre équipe officinale des formations continues (Diplôme universitaire, conférences ...)?\***

- Oui
- Non

**15-Jugez-vous la formation universitaire initiale pour instaurer un programme d'éducation thérapeutique au sein de la pharmacie d'officine au Maroc?\***

- Suffisante
- Insuffisante

Autre :

**16-Quelles sont les compétences que doit acquérir un pharmacien pour pouvoir appliquer l'éducation thérapeutique au sein de son officine?\***

- Compétences en communication pour gérer la relation soignant-soigné.
- Compétences en pédagogie et en méthodes d'apprentissage
- Compétences en pharmacie clinique.
- Connaissances en psychologie du patient.

Jugez-vous la qualité de la relation avec votre pharmacien et /ou l'équipe officinale :

Mauvaise  Bonne  Très bonne

- Faites-vous des examens de suivi biologiques pour surveiller votre diabète ?

Oui, citez-les .....

Non

- Quels sont les contraintes que vous confrontez lors de la gestion quotidienne du diabète ? (à choix unique)

Oubli de la prise du traitement /dédoublement de la posologie/difficultés de stockage et d'organisation du traitement

Méconnaissance du principe de la surveillance de la glycémie et difficulté à l'appliquer

Difficultés à suivre un régime alimentaire et d'une activité physique adapté à votre diabète

Méconnaissance des médicaments, plantes, contre- indiqués ou déconseillés avec mon traitement antidiabétique.

Autre :

- **Diabète et automédication :**

Prenez-vous :

Des médicaments non prescrits par votre médecin

Oui, citez-les .....

Non

Des plantes ou tisanes :

Oui, citez- les.....

Non

- 
- 

Etes -vous satisfait de cette démarche de prise en charge :

A : inquiet B : pas du tout satisfait C : peu satisfait D : moyennement satisfait

E : satisfait F : très satisfait



A B C D E F

Mal  Peu satisfaisant  Très satisfaisant

## Annexe2 : Questionnaire d'évaluation des connaissances des patients avant l'intervention Pharmaceutique

## Annexe 3 : Fiches éducatives utilisées lors de l'entretien individuel avec les patients

- **Fiches des examens de suivi du diabète [70]**

# Les examens de suivi recommandés

Le diabète est le plus souvent une maladie silencieuse. Même si l'on ne ressent rien, il peut être à l'origine de complications. Des examens de suivi réguliers sont donc nécessaires.

**MESURE DU POIDS ET DE L'INDICE DE MASSE CORPORELLE\***

Pour détecter une éventuelle surcharge pondérale (qui peut être source de complications) et adapter son alimentation en conséquence.

\* Indice de masse corporelle = poids (kg) / taille (m)<sup>2</sup>.  
Pour un adulte, il y a surcharge pondérale lorsque l'IMC > 25.

**EXAMEN DU FOND D'ŒIL**

Pour dépister d'éventuelles lésions de la rétine.

**MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE**

Pour contrôler le niveau de la pression artérielle.

**BILAN DENTAIRE**

Pour dépister et traiter d'éventuelles lésions des dents et des gencives.

**DOSAGE DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE (HBA1C)**

Pour estimer le taux moyen de sucre (glucose) dans le sang et ajuster au mieux le traitement.

**ÉLECTROCARDIOGRAMME**

Pour détecter d'éventuelles maladies cardiaques.

**BILAN LIPIDIQUE**

Pour mesurer la concentration dans le sang des graisses (cholestérol, triglycérides) qui participent à la survenue de complications cardiovasculaires.

**BILAN RÉNAL**

Pour s'assurer qu'il n'y a pas de complications au niveau des reins.

**EXAMEN DES PIEDS**

Pour vérifier régulièrement la sensibilité de la peau et déceler d'éventuelles lésions ou plaies.

**Parlez-en avec votre médecin traitant !**



le dia  
glucose

une c



Diab

# Suivi minimum recommandé

Parlez-en avec votre médecin traitant.



QUOI ?	QUAND ?
<p><b>Visites chez votre médecin traitant</b> Mesure du poids, de l'indice de masse corporelle, de la tension artérielle... <i>N'hésitez pas à aborder avec votre médecin traitant tous les autres sujets qui vous préoccupent.</i></p>	Tous les 3 mois
<p><b>Dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c)</b> Prise de sang</p>	2 fois par an au moins
<p><b>Bilan lipidique et rénal</b> Prise de sang + analyse d'urine</p>	1 fois par an
<p><b>Examen du fond d'œil</b></p>	Tous les 2 ans au moins*
<p><b>Électrocardiogramme</b></p>	1 fois par an
<p><b>Examen des pieds</b></p>	1 fois par an
<p><b>Bilan dentaire</b></p>	1 fois par an

Source : Haute Autorité de santé: La prise en charge de votre maladie, le diabète de type 2. Guide - Affection de longue durée. Paris : HAS, avril 2007.  
En ligne sur le site : <http://www.has-sante.fr>

\*Une fois par an ou tous les deux ans, selon les recommandations de votre médecin traitant.

433-84716-00 - BR - 0 - Juin 04-2008 (IMM) janvier 2010

la cellule Beta

Deficit de

## Redécouvrir mon traitement antidiabétique



Le traitement du diabète de type 2

pour contrer l'insulinorésistance, il existe deux démarches thérapeutiques à suivre

### Traitement non médicamenteux:

- une activité physique régulière et une perte de poids
- une alimentation équilibrée



### Traitement médicamenteux:

Plusieurs classes thérapeutiques selon des mécanismes d'action différents seuls ou associés.



## HYPOGLYCÉMIE

### DÉFINITION

GLYCÉMIE BASSE ,DÉFINIT PAR UN TAUX DE GLUCOSE INFÉRIEUR A 0,7 GA.

UNE GLYCÉMIE INFÉRIEUR A **0,4 G/L** ,LE PATIENT RISQUE DE PERDRE CONSCIENCE :**COMA HYPOGLYCÉMIQUE**

### COMMENT JE PEUX CORRIGER MON HYPOGLYCÉMIE?

- 1-mesurer votre glycémie pour confirmer l' hypoglycémie
- 2-Ingérer 15 grammes des glucides simples ou liquides
- 3-Mesurez une seconde fois la glycémie 15 minutes après l'ingestion de glucose
4. Prenez une collation si le prochain repas est dans plus d'une heure Cette collation doit contenir 15 g de glucides et une source de protéines.

### Causes

L' oubli de consommer une collation et ou du retard dans les heures de repas.

Une consommation trop faible d'aliments fournissant des glucides.

Une erreur dans l'évaluation de la teneur en glucides d'un aliment.

La pratique d'activités physiques plus intenses ou plus longues qu'à l'habitude.

### Symptômes

Vision trouble



Faim



Tremblements



palpitations



fatigue intense



### Qu' est ce que je dois faire en face a une crise d' hypoglycémie?

- 1-mesurer votre glycémie pour confirmer l' hypoglycémie
- 2-Ingérer 15 grammes des glucides simples ou liquides

2 cuillères a café de miel



Trois quart d'un jus d'orange



3 dattes



3-Mesurez une seconde fois la glycémie 15 minutes après l'ingestion de glucose

4. Prenez une collation si le prochain repas est dans plus d'une heure Cette collation doit contenir 15 g de glucides et une source de protéines

un fruit



un morceau de fromage



250 ml de lait



# Hyperglycémie

## Définition:

Une hyperglycémie se caractérise par une glycémie supérieure à 1,26 g/L .  
À plus de 1,80 g/L, des signes caractéristiques peuvent se manifester.  
En cas d'une hyperglycémie très élevée  
(5 g/l -6 g/l), vous risquez une acidocétose (présence de corps cétoniques dans le sang et les urines). Consulter votre médecin en urgence .

## symptômes:



## Causes:

- *oubli d'une injection d'insuline ou prise irrégulière d'un traitement*
- *infection ou maladie occasionnelle*
- *stress important*
- *excès alimentaire*
- *activité physique insuffisante...*

## Conduite à tenir en cas d'hyperglycémie ?

Mesurer votre glycémie à l'aide de votre lecteur de glycémie capillaire, pour confirmer l'état d'hyperglycémie

Détecter la présence des corps cétoniques par examen des urines à l'aide des bandelettes urinaires

**Comment faire baisser cette glycémie que vous trouvez à plus de 350 mg/dl sur votre lecteur de glycémie?**

Bien vous hydrater donc boire abondamment, de l'eau, des bouillons par exemple surtout si, en plus de vos symptômes, vous avez de la diarrhée

.Si votre glycémie est très élevée et que le contrôle des urines indique la présence de beaucoup de sucre et de corps cétoniques, téléphonez rapidement à votre médecin ou à l'hôpital.

# Régime alimentaire du patient diabétique

## Bienfaits d'un régime alimentaire sain pour le patient diabétique

Contribue à la normalisation de votre diabète (réduction du taux d'hémoglobine glyquée de 1 à 2%), de prévenir ses complications (cardiovasculaires et rénales) ainsi que de réduire l'excès de poids

## Règles à respecter au cours de votre alimentation

- 3 repas équilibrés par jour, prendre des collations au besoin
- Eviter le saut des repas
- Avoir un horaire régulier des repas, espace de 4 à 6 heures
- espacer les collations de 2 à 3 heures après les repas
- Boire beaucoup d'eau pour vous hydrater, plutôt que les jus de fruits et les boissons sucrées

## Quels aliments a privilégier?

Fruits ou légumes riches en antioxydants



Epinard



Broccoli



Aubergine



Oignon



Avocat



Framboise



Pêche

Féculeux, fruits et légumes riches en fibres alimentaires



Son d'avoine



navets



Abricots verts



patate douce



pomme



poire

Acides gras polyinsaturés: oméga 3, oméga 6, oméga 9



Huile de maïs



huile de soja



huile de tournesol



Avocat



Arachide



## Quels aliments à éviter?

Acides gras saturés: beurre, Crème/Fromage/Viandes grasses et charcuteries.

sucres ajoutés: confitures, yaourt sucrés, biscuits, chocolat ...

glucides à index glycémique élevé: pomme de terre cuite ou au four, pain blanc, ...

Aliments riches en sel: Sauces ou soupes du commerce, croustilles, charcuteries, ...



## L'activité physique du patient diabétique

### • **Bienfaits de l'activité physique chez le diabétique?**

Favorise un équilibre glycémique en diminuant l'hémoglobine glyquée (HbA1c), permet également une diminution du poids corporel, notamment chez les personnes en excès de poids, améliore la pression artérielle, prévient aussi des complications cardiovasculaires (les thromboses artérielles, l'athérosclérose,...), en améliorant la circulation sanguine.



### **Quel sport à exercer et à quelle fréquence?**

Le patient doit exercer une activité physique à intensité légère à modérée « activités douces ou d'endurance »



**La marche**



**le vélo**



**La natation**

Au minimum 30 minutes par jour, le patient pourrait se progresser en exerçant une activité modérée d'une durée totale de 150 minutes /semaine (cette activité est répartie sur 3 jours d'une durée minimum de 10 minutes par jour).

### **Conseils lors de l'exercice physique**

Toujours avoir du sucre avec soi : risque d'hypoglycémie par consommation de glucose.



Contrôler sa glycémie, avant, pendant et après l'activité physique, et être capable d'adapter sa dose d'insuline, aux antidiabétiques oraux.-



S'équiper des chaussures adaptées,  
inspecter ses pieds avant et après chaque activité.



- **Tableau de suivi de prise de traitement**[71]

Contact \_\_\_\_\_

Date

Tél. :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Mes médicaments	A quoi ça sert ?	Matin _h_	Midi _h_	Soir _h_	Coucher _h_
MES MÉDICAMENTS À PRENDRE TOUS LES JOURS					
MES MÉDICAMENTS À PRENDRE UNE FOIS PAR SEMAINE LE :					
<input type="radio"/> Lundi <input type="radio"/> Mardi <input type="radio"/> Mercredi <input type="radio"/> Jeudi <input type="radio"/> Vendredi <input type="radio"/> Samedi <input type="radio"/> Dimanche					
MES MÉDICAMENTS À PRENDRE DANS LA SEMAINE LE :					
<input type="radio"/> Lundi <input type="radio"/> Mardi <input type="radio"/> Mercredi <input type="radio"/> Jeudi <input type="radio"/> Vendredi <input type="radio"/> Samedi <input type="radio"/> Dimanche					
MES MÉDICAMENTS À PRENDRE TROIS SEMAINES SUR QUATRE :					
Mes médicaments	A quoi ça sert ?	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4

**Annexe 4 : questionnaire d'évaluation des connaissances des patients diabétiques après  
la démarche éducative**

---

*Questions d'évaluation après intervention pharmaceutique*

**1. A quelle fréquence je devrais surveiller ma glycémie ?**

- 1 à 3 fois par semaine
- Chaque 3 mois
- Selon la variation de l'activité physique et du régime alimentaire

**2. Quels sont les bilans à faire pour surveiller mon diabète ?**

- Bilan de la thyroïde  Bilan rénal  Bilan lipidique
- bilan ophtalmologique  bilan cardiovasculaire

**3. Quels sont les objectifs glycémiques recommandés ?**

- De 0,70 g/l à 1,20 g/l  De 0,90g/l à 1,50 g/l  De 1g/l à 2,50 g/l

**4. Choisir la ou les bonnes réponses :**

**L'hémoglobine glyquée ( HbA1c):**

- Reflète l'équilibre glycémique de 6 mois précédents
- La valeur de référence doit être proche de 6,5%
- Doit être dosé 1 fois par an.
- Définit selon la situation clinique

**Je suis en hypoglycémie si mon taux de glucose dans le sang :**

- Inférieur à 0,9 g/l  Inférieur à 1,1 g/l  Inférieur à 0,7 g/l

**Je suis en hyperglycémie si mon taux de glucose dans le sang :**

- Supérieur à 2 g/l à n'importe quel moment de la journée
- Supérieur à 1,26 g/l à jeun
- Supérieur à 1 g/l

**Vrai ou Faux (V/F) :**

Je dois exercer une activité physique intense pour baisser mon taux de glycémie  
(V/F)

Je dois me ~~resucrer~~ avec un morceau de sucre /jus d'orange/dattes pour  
normaliser la glycémie en cas d'hypoglycémie.( V/F)

Je sens des sueurs froides/fatigue, ce sont des signes d'hyperglycémie (V/F)

Je sens un soif intense, envie fréquente d'uriner, sensation de bouche sèche, odeur d'haleine : ce sont des signes d'hypoglycémie. (V/F)

#### **Diabète et alimentation :**

##### **Vrai ou Faux :**

-Pour normaliser ma glycémie, mon régime alimentaire doit être dépourvu des glucides. (V/F)

-Les sucres surajoutés (gâteaux, biscuits...) et les lipides saturés (doit être évité pour avoir un taux de glycémie stable. (V/F)

-Mon régime alimentaire doit être basé sur la consommation des fruits et des légumes (antioxydants et fibres solubles). (V/F)

-Les aliments qui ont un index glycémique élevé (riz, pomme de terre au four, banane,...)est à consommer a priori pour avoir une glycémie stable. (V/F)

#### **Diabète et activité physique :**

##### **Choisir la ou les bonnes réponses :**

Je dois pratiquer une activité physique régulièrement au minimum 30 minutes par jour.

Pour éviter une hyperglycémie au cours de l'exercice physique, je ne dois pas me procurer d'un aliment sucré.

Les activités physiques a intensité légère à modérée doivent être pratiquées de manière progressive a une durée totale de 150 minutes/semaine.

L'activité physique et le régime alimentaire suivis doivent être adaptés au traitement antidiabétique en pratiquant l'auto-surveillance glycémique

#### **Diabète et traitement antidiabétique :**

Choisir les bonnes répliques parmi les suivants :

L'intolérance gastrique est l'effet indésirable le plus fréquent lors de la prise de la metformine. (Stagid\*, gluconhage\*).

La glimépiride (Diamicron\*) est un médicament appartenant à la famille des biguanides, agit en diminuant la sécrétion de l'insuline.

Repaglinide (Novonorm\*), est un antidiabétique qui agit en stimulant la sécrétion d'insuline, parmi ses effets secondaires une hypoglycémie.

## Références bibliographiques

- [1] W. KANGAMBEGA CHATEAU-DEGAT, « EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT. Les fondements, la définition », janv. 23, 2017. <http://www.ireps.gp/data/IMG/IREPS-2017-WCDK.pdf> (consulté le juill. 21, 2020).
- [2] (HAS) Haute autorité de santé, *Education thérapeutique du patient (ETP)*, nov. 13, 2007. [https://www.has-sante.fr/jcms/r\\_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp](https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp) (consulté le juill. 30, 2019).
- [3] J. Morel, « Education du patient et enjeux de sante », in *Allocution d'ouverture des journées de colloque et de séminaires « Education du Patient en l'an 2001 »*, mars 2001, vol. 21, numero 1.
- [4] X. DE LA TRIBONNIRE et B. Ait El Mahjoub, « Contexte de la maladie chronique et prévention », in *Pratiquer l'éducation thérapeutique*, Elsevier Masson, p. 301.
- [5] A. Grimaldi, « Si l'histoire de l'éducation thérapeutique du patient m'était contée... », *Médecine Mal. Métaboliques*, vol. 11, p. 12, 2017.
- [6] L. Maëlle, « HISTOIRE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT », d'exercice, Limoges, 2019.
- [7] X. De la triboniere et B. Ait El Mahjoub, « Définition et généralités de l' ETP », in *Pratiquer l'éducation thérapeutique*, Elsevier Masson., 2016, p. 301.
- [8] C. et al Arcari, « L'éducation thérapeutique du patient », *Prat. Neurol.*, vol. FMC, n° 3, p. 55-61, 2012, doi: 10.1016/j.praneu.2011.12.009.
- [9] Haute Autorité de santé (HAS), « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique. 109 pages [Internet]. 2007. Disponible en ligne sur ». 2007, [En ligne]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_guide\\_version\\_finale\\_2\\_.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_.pdf).
- [10] B. Sandrin-Berthon, « L'éducation thérapeutique: pourquoi ? », *Médecine Mal. Métaboliques*, vol. 2, n° 2, p. 155-159, mars 2008, doi: 10.1016/S1957-2557(08)70424-3.
- [11] OMS) Organisation Mondiale de la santé,

« [https://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/fr/>.ces](https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/>.ces) », *Les maladies chroniques*.  
[https://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/fr/>.ces](https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/>.ces) (consulté le 12 août, 2019).

- [12] E. Benoit, A.-L. Pavot, et D. Liban, « L'éducation du patient à l'officine, un nouvel enjeu pour la profession », *Actual. Pharm.*, vol. 48, n° 487, p. 22-26, juill. 2009, doi: 10.1016/S0515-3700(09)70485-9.
- [13] X. De la triboniere, « Elements d'éthique », in *Pratiquer l'éducation thérapeutique*, Elsevier Masson., 2016, p. 301.
- [14] L. Grange, « Principe et réalisation pratique de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) », *Rev. Rhum. Monogr.*, p. 6, 2013.
- [15] S. Lemozy, « L'EDUCATION THERAPEUTIQUE: PLACE DANS LES MALADIES CHRONIQUES EXEMPLE DU DIABETE », 2008.
- [16] H. Mosnier-Pudar et G. Hochberg-Parer, « Éducation thérapeutique, de groupe ou en individuel : que choisir ? », *Médecine Mal. Métaboliques*, vol. 2, n° 4, p. 425-431, sept. 2008, doi: 10.1016/S1957-2557(08)74047-1.
- [17] D. E. Matonnat-Dauge, « Programme d'ETP du patient diabétique », p. 19.
- [18] L. Monnier, « Pédagogie, éducation thérapeutique et prévention : le pouvoir des « Trois » », *Médecine Mal. Métaboliques*, vol. 9, p. 7, 2015.
- [19] A. Giordan, « Les modèles pédagogiques de l'Éducation Thérapeutique du Patient : vers une éducation thérapeutique allostérique », *Médecine Mal. Métaboliques*, vol. 11, n° 7, p. 620-627, nov. 2017, doi: 10.1016/S1957-2557(17)30147-5.
- [20] X. De la triboniere, « Principales méthodes pédagogiques », in *Pratiquer l'éducation thérapeutique*, Elsevier Masson., 2016, p. 301.
- [21] « Les grands modèles explicatifs de l'apprentissage », in *pratiquer l'éducation thérapeutique*, Elsevier Masson., 2016, p. 301.
- [22] A. Giordan, « Éducation thérapeutique du patient : les grands modèles pédagogiques qui les sous-tendent », *Médecine Mal. Métaboliques*, vol. 4, n° 3, p. 305-311, mai 2010, doi: 10.1016/S1957-2557(10)70065-1.
- [23] X. De la triboniere, « Transposition pédagogique à l'éducation thérapeutique du patient », in *Pratiquer l'éducation thérapeutique*, Elsevier Masson, 2016, p. 301.

- [24] A. Untas, S. Lelorain, L. Dany, et M. Koleck, « Psychologie de la santé et éducation thérapeutique : état des lieux et perspectives », *Prat. Psychol.*, vol. 26, n° 2, p. 89-106, juin 2020, doi: 10.1016/j.prps.2018.11.005.
- [25] X. De la triboniere, « Situation psychologique du patient », in *Pratiquer l'éducation thérapeutique*, Elsevier Masson., 2016, p. 301.
- [26] X. De la triboniere, « Etre en relation avec le patient », in *Pratiquer l'éducation thérapeutique*, Elsevier Masson., 2016, p. 301.
- [27] L. Morvan, « Pharmacien d'officine, un métier de communication », *Actual. Pharm.*, vol. 56, n° 562, p. 18-21, janv. 2017, doi: 10.1016/j.actpha.2016.11.007.
- [28] « Référentiel de compétences pour coordonner un programme d'ETP », p. 33.
- [29] X. DE LA TRIBONNIRE et B. Ait El Mahjoub, « Compétences et formations en éducation thérapeutique du patient », in *pratiquer l'éducation therapeutique*, Elsevier Masson., 2016, p. 301.
- [30] « Education thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques ,1998 ». <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107997> (consulté le juill. 21, 2019).
- [31] K. Al Shouli, « Pharmacie : les bonnes pratiques de dispensation », *Droit Déontologie Soins*, vol. 17, n° 1, p. 47-58, mars 2017, doi: 10.1016/j.ddes.2017.01.024.
- [32] M. Baudrant, J. Rouprêt, H. Trout, A. Certain, E. Tissot, et B. Allenet, « Réflexions sur la place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient », vol. 27, p. 4, 2008.
- [33] C. Manaouil, A.-S. Lemaire-Hurtel, A. Sénéchal, et O. Jardé, « Information du patient par le pharmacien en officine », *Médecine Droit*, vol. 2016, n° 138, p. 70-81, juin 2016, doi: 10.1016/j.meddro.2015.07.003.
- [34] J. Buxeraud, S. Faure, et M. Beaujard, « De nouveaux challenges pour l'équipe officinale », *Actual. Pharm.*, vol. 58, n° 584, p. 8-11, mars 2019, doi: 10.1016/j.actpha.2019.01.002.

- [35] B. Allenet *et al.*, « De la dispensation au plan pharmaceutique personnalisé : vers un modèle intégratif de pharmacie clinique », *Pharm. Hosp. Clin.*, vol. 54, n° 1, p. 56-63, mars 2019, doi: 10.1016/j.phclin.2018.12.003.
- [36] H. Vuillet-A-Ciles et J. M. Mrozovski, « Le rôle du pharmacien dans l'observance », *Actual. Pharm.*, vol. 58, n° 586, p. 32-35, mai 2019, doi: 10.1016/j.actpha.2019.03.016.
- [37] H. Lehmann, « Un nouveau dispositif d'accompagnement du patient en officine : le "bilan partagé de médication" », *Ann. Pharm. Fr.*, vol. 77, n° 4, p. 265-275, juill. 2019, doi: 10.1016/j.pharma.2019.02.002.
- [38] S. Jacquemet et A. Certain, *Éducation thérapeutique du patient : rôles du pharmacien*. 2000, p. 269-275.
- [39] H. Mosnier-Pudar, « Pourquoi les patients ne suivent-ils pas nécessairement les conseils que nous leur donnons ? L'éducation thérapeutique est-elle une réponse au problème d'observance ? », *Médecine Mal. Métaboliques*, vol. 6, n° 1, p. 66-71, févr. 2012, doi: 10.1016/S1957-2557(12)70357-7.
- [40] J. M. Mrozovski, « Les concepts de suivi de la prise des traitements », *Actual. Pharm.*, vol. 58, n° 586, p. 20-23, mai 2019, doi: 10.1016/j.actpha.2019.03.012.
- [41] X. triboniere et B. Ait El Mahjoub, « organisation et mise en place d'une demarche educative personnalise », in *Pratiquer l'éducation thérapeutique*, Elsevier Masson., 2016, p. 301.
- [42] S. Bedhomme, B. Roche, M. Ramin, I. Tauveron, et B. Vennat, « Place du pharmacien d'officine dans l'éducation thérapeutique du patient diabétique », *Médecine Mal. Métaboliques*, vol. 6, n° 5, p. 435-440, nov. 2012, doi: 10.1016/S1957-2557(12)70450-9.
- [43] M. Didier, « Etat des lieux de la pratique de l'éducation therapeutique du patient par les pharmaciens d'officine des pays de La Loire en 2016. », *DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE*, De Nantes, 2017.
- [44] J.-P. Assal, « Traitement des maladies de longue durée : du passage de l'aigu au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, une autre prise en charge », *EMC - Endocrinol. - Nutr.*, vol. 9, n° 3, p. 1-7, juill. 2012, doi: 10.1016/S1155-1941(12)48521-3.

- [45] A. Lehmann, A. Janoly-Dumenil, M. Baudrant-Boga, et B. Allenet, « Pharmacien et éducation thérapeutique du patient : quelles pratiques sur le territoire français ? », *Pharm. Hosp. Clin.*, vol. 51, n° 1, p. 9-16, mars 2016, doi: 10.1016/j.phclin.2015.08.004.
- [46] W. BUCHWALTER, « Education thérapeutique du patient : enquete sur les pratiques des pharmaciens d'officine francais », diplôme d'état de docteur en pharmacie, claudes bernard - lyon 1, 2015.
- [47] M. d'Elbée, M. Baumevielle, et C. Dumartin, « Missions de coopération introduites par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » : participation des pharmaciens d'officine en Aquitaine », *Rev. D'Épidémiologie Santé Publique*, vol. 65, n° 3, p. 231-239, juin 2017, doi: 10.1016/j.respe.2017.01.002.
- [48] « Maladies chroniques : Les chiffres | L'Economiste ». <https://www.leconomiste.com/flash-infos/maladies-chroniques-les-chiffres> (consulté le nov. 27, 2020).
- [49] S. Parron *et al.*, « Éducation thérapeutique du patient : état des lieux des programmes en région Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2008 avant la parution des textes officiels sur les autorisations de l'Agence régionale de santé », *Rev. D'Épidémiologie Santé Publique*, vol. 61, n° 1, p. 57-65, févr. 2013, doi: 10.1016/j.respe.2012.06.403.
- [50] I. Badran, F. Slimano, et J. Depaquit, « Regards croisés sur la formation du pharmacien d'officine : le point de vue des pharmaciens d'officine, des enseignants et des étudiants en pharmacie », *Ann. Pharm. Fr.*, vol. 78, n° 3, p. 242-251, mai 2020, doi: 10.1016/j.pharma.2020.02.003.
- [51] « Opération+Jeunes-Analyse+enquete+jeunes+pharmaciens.pdf..pdf ». Consulté le: nov. 28, 2020. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/184528/1010891/version/1/file/Op%C3%A9ration+Jeunes-Analyse+enquete+jeunes+pharmaciens.pdf>.
- [52] S. Farhat, « La formation continue de la nécessité à l'obligation : réflexion sur un modèle de formation continue », DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE, Mohammed V, RABAT, 2019.

- [53] M. Y. Achouri *et al.*, « Facteurs associés à la non-observance thérapeutique chez les diabétiques de type 2 : première enquête algérienne », *Ann. Pharm. Fr.*, vol. 77, n° 6, p. 506-515, nov. 2019, doi: 10.1016/j.pharma.2019.08.003.
- [54] M. Halbron, C. Sachon, D. Simon, T. Obadia, A. Grimaldi, et A. Hartemann, « Évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique dans le diabète de type 1 : un même programme peut permettre d'atteindre des objectifs différents grâce à une approche centrée sur le patient », *Médecine Mal. Métaboliques*, vol. 8, n° 1, p. 73-78, févr. 2014, doi: 10.1016/S1957-2557(14)70685-6.
- [55] S. Frazier, « Health outcomes and polypharmacy in elderly individuals: an integrated literature review », *J. Gerontol. Nurs.*, vol. 31, p. 4-11, oct. 2005, doi: 10.3928/0098-9134-20050901-04.
- [56] F. Aziouaz, S. Rouf, Y. Yaden, et H. Latrech, « Évaluation du programme d'éducation thérapeutique du patient diabétique de type 1 et de son entourage au sein du service d'endocrinologie d'Oujda », *Ann. Endocrinol.*, vol. 77, n° 4, p. 512, sept. 2016, doi: 10.1016/j.ando.2016.07.790.
- [57] N. O. Sayad, S. Ridouane, et L. Essaadouni, « Comportement alimentaire chez les diabétiques de type 2 à Marrakech (Maroc): Diet habits of type 2 diabetic patients living at Marrakech, Morocco », *Médecine Mal. Métaboliques*, vol. 3, n° 5, p. 544-547, nov. 2009, doi: 10.1016/S1957-2557(09)73315-2.
- [58] L. Hallab, A. Chadli, D. Nsame, S. Elaziz, H. El Ghomari, et A. Farouqi, « Croyances et pratiques alimentaires chez les diabétiques de type 2 obèses marocains: Beliefs and food practices of obese type 2 diabetics in Morocco », *Médecine Mal. Métaboliques*, vol. 6, n° 3, p. 244-248, juin 2012, doi: 10.1016/S1957-2557(12)70406-6.
- [59] Z. Boulbaroud, S. E. Aziz, A. Mjabber, et A. Chadli, « Pratique de l'activité physique chez les jeunes diabétiques type 1 : évaluation des connaissances et obstacles », *Ann. Endocrinol.*, vol. 79, n° 4, p. 467, sept. 2018, doi: 10.1016/j.ando.2018.06.893.
- [60] L. Bjerrum, B. Gonzalez Lopez-Valcarcel, et G. Petersen, « Risk factors for potential drug interactions in general practice », *Eur. J. Gen. Pract.*, vol. 14, n° 1, p. 23-29, janv. 2008, doi: 10.1080/13814780701815116.

- [61] C. Laurent, L. S. Aho Glele, A. Lazzarotti, J. M. Petit, B. Vergès, et B. Bouillet, « Quels sont les patients diabétiques de type 2 à risque d'interactions médicamenteuses ? », *Presse Médicale*, vol. 48, n° 12, p. 1576-1578, déc. 2019, doi: 10.1016/j.lpm.2019.09.059.
- [62] I. Ksira *et al.*, « Utilisation des plantes hypoglycémiantes dans le traitement du diabète », *Ann. Endocrinol.*, vol. 75, n° 5, p. 385-386, oct. 2014, doi: 10.1016/j.ando.2014.07.386.
- [63] F. Ouhdouch, A. Errajraji, et A. Diouri, « P214 La phytothérapie dans le traitement du diabète type 2 », *Diabetes Metab.*, vol. 34, p. H99, mars 2008, doi: 10.1016/S1262-3636(08)73126-4.
- [64] Z. Selihi, M. Berraho, Y. El Achhab, C. Nejari, et B. Lyoussi, « Phytothérapie et complications dégénératives du diabète de type 2 : quelle relation ? », *Médecine Mal. Métaboliques*, vol. 9, n° 8, p. 792-797, déc. 2015, doi: 10.1016/S1957-2557(15)30276-5.
- [65] H. A. Bawadi, S. N. Maghaydah, R. F. Tayyem, et R. F. Tayyem, « The Postprandial Hypoglycemic Activity of Fenugreek Seed and Seeds' Extract in Type 2 Diabetics: A Pilot Study », *Pharmacogn. Mag.*, vol. 5, n° 18, p. 134, janv. 2009.
- [66] A. Vandesrasier, C. Thoër, et M.-T. Lussier, « Vers une communication efficace en pharmacie : une approche par contextualisation de l'interaction pharmacien-patient », *Commun. Rev. Commun. Soc. Publique*, n° 17, Art. n° 17, déc. 2016, doi: 10.4000/communiquer.1933.
- [67] « L'observance du traitement antidiabétique chez les patients diabétiques au Gabon : données préliminaires », *Educ. Thérapeutique*, vol. 9, p. 5, 2015.
- [68] H. Lamiaa, C. Asmaa, E. G. Hassan, et F. Ahmed, « P71 - Observance thérapeutique chez le diabétique type 2 Résultats préliminaires », *Diabetes Metab.*, vol. 37, n° 1, Supplement 1, p. A52, mars 2011, doi: 10.1016/S1262-3636(11)70697-8.
- [69] D. S. Chakdoufi, « Observance thérapeutique chez les patients diabétiques de type 2 », p. 2, 2017.
- [70] « Les examens de suivi recommandés ». [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4799/document/reperes-diabete-examens-de-suivi\\_assurance-maladie.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4799/document/reperes-diabete-examens-de-suivi_assurance-maladie.pdf) (consulté le déc. 12, 2020).

[71] « plan de prise de médicament ».

[https://www.af3m.org/uploads/PDF/RC3M/RC3M6\\_Plan\\_Prise\\_Medic.pdf](https://www.af3m.org/uploads/PDF/RC3M/RC3M6_Plan_Prise_Medic.pdf) (consulté le déc.13, 2020).



## Serment de Galien

Je jure en présence des maîtres de cette faculté :

- D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.
- D'exercer ma profession avec conscience, dans l'intérêt de la santé publique, sans jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.
- D'être fidèle dans l'exercice de la pharmacie à la législation en vigueur, aux règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.
- De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession, de ne jamais consentir à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.
- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois méprisé de mes confrères si je manquais à mes engagements.



## قسم الصيدلي

بسم الله الرحمن الرحيم  
أهسه بالله العظيم

- أن أراقب الله في مهنتي.
- أن أبجل أساتذتي اللذين تعلمت على أيديهم مبادئ مهنتي وأعترف لهم بالجميل وأبقى دوما وفيا لتعاليمهم.
- أن أزاول مهنتي بوازع من ضميري لما فيه صالح الصحة العمومية، وأن لا أقصر أبدا في مسؤوليتي وواجباتي تجاه المريض وكرامته الإنسانية.
- أن ألتزم أثناء ممارستي للصيدلة بالقوانين المعمول بها وبأدب السلوك والشرف، وكذا بالاستقامة والترفع.
- أن لا أفشي الأسرار التي قد تعهد إلى أو التي قد أطلع عليها أثناء القيام بمهامي، وأن لا أوافق على استعمال معلوماتي لإفساد الأخلاق أو تشجيع الأعمال الإجرامية.
- لأحظى بتقدير الناس إن أنا تقيدت بعهودي، أو أحتقر من طرف زملائي إن أنا لم أف بالالتزاماتي.

"والله على ما أقول خصم"



المملكة المغربية  
جامعة محمد الخامس بالرباط  
كلية الطب والصيدلة  
الرباط



أطروحة رقم: 82

سنة: 2020

**التربية العلاجية للمريض بالصيدلية بالمغرب:**  
**جرد وطرق التنفيذ**  
**أطروحة**

قدمت ونوقشت يوم: .....

من طرف

**السيدة : الوكيل أميمة**

المزادة في 28 شتنبر 1995 بالرباط

**لنيل شهادة دكتور في الصيدلة**

**الكلمات الأساسية:** التربية العلاجية-الصيدلي-الأمراض المزمنة-المنهج التربوي

**أعضاء لجنة التحكيم:**

رئيس

السيد: جمال لمساوري

أستاذ في الكيمياء العلاجية

مشرف

السيد: أحمد بنانة

أستاذ في الحوسبة الإدارية والصيدلانية

عضوا

السيد: جواد الحارثي

أستاذ في الكيمياء العلاجية

عضوا

السيد: يونس رحالي

أستاذ في الصيدلة الغالينية

عضوا

السيد: عدنان الورتيبي

صيدلاني إكلينيكي