



**HAL**  
open science

## **La pharmacie clinique hospitalière française : une crise identitaire ?**

Arnaud Tanty, Raphaëlle Habert-Dantigny, Jean-Didier Bardet, Sébastien Chanoine, Pierrick Bedouch, Benoît Allenet

### ► To cite this version:

Arnaud Tanty, Raphaëlle Habert-Dantigny, Jean-Didier Bardet, Sébastien Chanoine, Pierrick Bedouch, et al.. La pharmacie clinique hospitalière française : une crise identitaire ?. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 2021, 79 (4), pp.431-439. <10.1016/j.pharma.2020.11.010>. <hal-04803277>

**HAL Id: hal-04803277**

**<https://hal.science/hal-04803277v1>**

Submitted on 12 Dec 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

## **Titre français**

La Pharmacie clinique hospitalière française : une crise identitaire ?

## **Titre anglais**

French hospital clinical pharmacy : an identity Crisis ?

## **Auteurs :**

Arnaud Tanty (PharmD)<sup>1</sup>  
Raphaëlle Habert Dantigny (MD)<sup>2</sup>  
Jean Didier Bardet (PharmD, PhD)<sup>3</sup>  
Sébastien Chanoine (PharmD, PhD)<sup>1,4</sup>  
Pierrick Bedouch (PharmD, PhD)<sup>1,3,4</sup>  
Benoit Allenet (PharmD, PhD)<sup>1,3,4</sup>

- 1) Pôle pharmacie, CHU Grenoble Alpes, 38000 Grenoble, France
- 2) Pôle Oncologie Soins Palliatifs, CHU Grenoble Alpes, 38000 Grenoble, France
- 3) Université Grenoble Alpes, CNRS, Grenoble INP, (UMR5525)TIMC-IMAG, Grenoble 38000, Grenoble, France
- 4) Université Grenoble Alpes, CNRS, Grenoble INP Grenoble 38000, France

## **Adresses**

- 1) CHU Grenoble Alpes, Boulevard de la Chantourne, Pôle Pharmacie, 38043 Grenoble CEDEX 9
- 2) CHU Grenoble Alpes, Boulevard de la Chantourne, Pôle Oncologie Soins Palliatifs, 38043 Grenoble CEDEX 9
- 3) Laboratoire TIMC-IMAG UMR 5525, Pavillon Taillefer, Domaine de la Merci, 38706 La Tronche cedex
- 4) UFR Pharmacie, Domaine de la Merci, 38706 La Tronche cedex

## **ADRESSE DE L'AUTEUR CORRESPONDANT**

Dr Arnaud TANTY  
CHU Grenoble Alpes,  
Pôle Pharmacie,  
38043 Grenoble CEDEX 9  
Tel : 04.76.76.84.14  
Mail : atanty@chu-grenoble.fr

### **Mots clefs**

Pharmacie clinique  
Soins pharmaceutiques  
Hôpital  
Identité professionnelle  
Formation universitaire

### **Keywords**

Clinical pharmacy  
Pharmaceutical care  
Hospital  
Professional Identity  
University education

Nombre de tableaux : 1  
Nombre de référence : 20

### **DECLARATION D'INTERETS :**

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec cet article.

### **LE ROLE DE CHAQUE CO-SIGNATAIRE**

Arnaud Tanty : Idée original de l'étude, réalisation de l'étude et rédaction de l'article

Benoit Allenet : Encadrement du projet de recherche, aide méthodologique et logistique, analyse croisée des entretiens réalisés (participation aux résultats), aide à la rédaction de l'article

Raphaëlle Habert Dantigny : Participation à la structuration de la problématique, relecture de l'article

Jean Didier Bardet : Aide méthodologie et relecture sur l'aspect de la méthodologie qualitative

Sébastien Chanoine : relecture finale

Pierrick Bedouch : relecture finale

## 1 Introduction

2 Pour bien comprendre la Pharmacie Clinique française et les inerties de sa mise en  
3 place, il faut explorer la genèse de cette discipline. Fondée dans les années 60 aux Etats-Unis,  
4 la pharmacie clinique est née d'un besoin fort exprimé par la communauté médicale  
5 américaine pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse des patients et ainsi éviter de  
6 coûteux procès. Pour répondre à la demande, la profession pharmaceutique américaine a  
7 mobilisé rapidement ses compétences pour conceptualiser et mettre en œuvre une discipline  
8 qui, dans sa pratique quotidienne, allait bouleverser le positionnement professionnel  
9 traditionnel du pharmacien. Cet essor a été accompagné en parallèle par le développement  
10 d'un enseignement universitaire ainsi que par une structuration plus profonde *via* la création  
11 (ou le renforcement) de revues spécialisées en pharmacie clinique (*Journal of American*  
12 *College of Clinical Pharmacy*) ou de sociétés savantes (*American College of Clinical*  
13 *Pharmacy (ACCP) créé en 1942*).

14 En France, la biographie de la pharmacie clinique est très différente (1). Un contexte  
15 judiciaire plus favorable n'a pas fait saillir la problématique de l'iatrogénie en France de la  
16 même façon qu'aux Etats-Unis. En effet, son émergence n'est pas liée à un besoin impérieux  
17 exprimé par la communauté médicale, qui, aux Etats Unis, a permis la construction d'une  
18 identité professionnelle forte des pharmaciens cliniciens. Dans ces conditions, la pharmacie  
19 clinique française a dû se construire de l'intérieur, sur la base de la volonté de pharmaciens  
20 « pionniers » convaincus par l'exemple nord-américain. Ces mêmes pharmaciens et la  
21 discipline qu'ils ont déployée passent toujours pour avant-gardiste 40 ans après le phénomène  
22 américain. La lenteur des réformes de l'enseignement universitaire de la discipline est  
23 symbolique de l'absence de prise de conscience de l'importance de la pharmacie clinique  
24 comme vecteur de sécurisation du parcours de soins du patient. Depuis 1978, avec la réforme

25 dite « Bohuon » instituant la création du stage hospitalier pour les étudiants en pharmacie, pas  
26 moins de trois réformes majeures de l'enseignement pharmaceutique hospitalier se sont  
27 succédées (2). A cela s'ajoute aussi la création de la Société Française de Pharmacie Clinique  
28 (SFPC) et de l'Association Nationale des Enseignants de Pharmacie Clinique (ANEPC) en  
29 1984. Pourtant, sur le terrain, aucun mouvement majeur national ne s'est opéré : la discipline  
30 peine à s'imposer dans les unités de soins (3). L'intégration du pharmacien clinicien reste  
31 encore expérimentale dans quelques hôpitaux vus comme privilégiés par leurs moyens dédiés.  
32 En 2009, Calop et al. (4) déploraient que « *la discipline balbutie encore en France dans son*  
33 *expression hospitalière* ». Nous sommes actuellement en 2020 et le constat dressé par Calop  
34 et al. pourrait être, peu ou prou, le même aujourd'hui. Quelles peuvent être les déterminants  
35 de ce phénomène ?

36 L'université veut proposer une formation clinique professionnalisante pour les  
37 pharmaciens et l'affiche comme tel (5,6). Or, intégrer une profession passe forcément par un  
38 changement identitaire. En effet, la notion de professionnalisation intègre deux axes  
39 indissociables : celui de l'acquisition de l'expertise et celle de la construction de l'identité  
40 (7,8). Aux vues des nombreuses réformes citées, il paraît assez clair que le premier axe a  
41 largement été pris en compte par le monde académique français (9). On peut alors  
42 légitimement se demander si le second n'a pas été négligé.

43 Selon Dubar (10), l'identité d'un individu se construit autour de trois dimensions  
44 majeures : le Moi, le Nous et les Autres. L'individu se retrouve être une synthèse dynamique  
45 de ces trois éléments. On distingue d'une part l'identité personnelle, celle du Moi, et d'autre  
46 part l'identité sociale, celle construite autour du Nous et de l'Autrui. Ces deux identités sont  
47 deux facettes d'une même médaille. Le rôle fondamental de ces identités est de définir  
48 l'individu en tant que personne pour lui-même et aux yeux des autres. La caractéristique  
49 commune de ces deux versants va être de conserver une image positive du Soi (11). Nos

50 constructions identitaires ont pour but la valorisation et le jugement positif de notre personne  
51 par nous-même et par autrui.

52 L'identité professionnelle est un élément constitutif de l'identité sociale. Cette identité  
53 sociale est un construit complexe. Elle renvoie tout à la fois au statut de l'individu et à son  
54 appartenance groupale. Elle s'oppose à l'identité personnelle dans la mesure où cette dernière  
55 permet à la personne de se distinguer des autres, là où la fonction de l'identité sociale est de  
56 s'en rapprocher. Cette identité sociale permet d'intégrer des groupes possédant des  
57 caractéristiques propres, des valeurs communes à tous ses membres et auquel l'individu  
58 adhère. Stéphanie Baggio rappelle que « tous les individus ont besoin d'une identité sociale  
59 positive et ont besoin de se sentir valorisé dans le groupe. Dans le cas contraire, ils mettent en  
60 place des stratégies pour faire en sorte de retrouver une identité sociale satisfaisante » (11).

61 Concernant le pharmacien hospitalier, la notion d'identité positive est un point  
62 important à explorer, car au vu des éléments présentés, nous comprenons qu'en fonction de la  
63 satisfaction perçue, elle peut soit susciter un investissement, soit un détournement. De par sa  
64 complexité sociale, la multitude de groupes qui le compose, la richesse des expériences qui le  
65 caractérise, le monde professionnel s'établit comme un terrain important du développement  
66 de l'identité sociale. La construction de l'identité sociale est grandement liée à la construction  
67 de l'identité professionnelle. Ainsi, l'identité professionnelle est la principale identité  
68 sollicitée par l'individu au travail (12). La construction de cette identité étant intimement liée  
69 aux représentations que l'on a de sa profession, il devient pertinent de s'intéresser aux  
70 représentations du métier que peuvent avoir les pharmaciens hospitaliers pour comprendre la  
71 construction de l'identité professionnelle de la profession vis-à-vis de la pharmacie clinique.

72 Ce travail se propose d'effectuer une première recherche sur l'impact de trente années  
73 d'enseignements universitaires sur la construction de l'identité professionnelle des  
74 pharmaciens hospitaliers français vis-à-vis de la pharmacie clinique. Nous avons cherché à

75 explorer les représentations, attentes et craintes vis-à-vis de la pharmacie clinique et  
76 d'identifier les thématiques emblématiques qui définissent l'identité professionnelle des  
77 pharmaciens hospitaliers. Notre travail vise également à rechercher les causes éventuelles de  
78 la non-appropriation par la profession de cette discipline valorisante afin de dégager des pistes  
79 de réflexion pour améliorer l'intégration de la pharmacie clinique par les pharmaciens  
80 français.

## 81 Méthodes

82 Des entretiens exploratoires semi-dirigés ont été réalisés auprès de pharmaciens par un  
83 interne en pharmacie hospitalière de 7ème semestre, en cursus extra hospitalier dans le cadre  
84 de la réalisation d'un Master 2 en Ingénierie de la Santé (enquêteur). Ce dernier a suivi des  
85 enseignements durant son parcours de master sur la méthodologie de conduite des entretiens  
86 et sur la méthodologie d'analyse qualitative.

### 87 Sélection des participants

88 Un échantillonnage de convenance a été effectué pour sélectionner les participants  
89 (pharmaciens) sur la base des critères suivants : (i) années d'expérience ; (ii) lieu de  
90 formation ; (iii) exercice pharmaceutique hospitalier ; (iv) activités universitaires ; (v)  
91 activités syndicales. L'enquêteur ne connaissait pas les participants de l'étude au préalable  
92 sauf pour deux, connus lors de formations sur un parcours de diplôme universitaire. Les  
93 participants étaient informés préalablement à chaque entretien des objectifs de l'étude et des  
94 modalités d'exploitation de leur témoignage.

### 95 Les participants

96 Au total, onze pharmaciens ont été contactés. Cinq entretiens en présentiel et quatre  
97 par téléphone ont été réalisés (Tableau 1). Deux pharmaciens contactés n'ont pas pu être  
98 interviewés par manque de temps disponible de leur part sur la période d'étude.

99 >>Insert Tableau 1<<

## 100 Collecte de données

101 Les pharmaciens interrogés ont été sollicités par e-mail ou par téléphone. A cette  
102 occasion leur était présenté : l'identité de l'enquêteur, la thématique de la recherche et le  
103 cadre de celle-ci. Ont été également précisés le nom du laboratoire de rattachement pour  
104 réaliser ce travail et la personne encadrant celui-ci. Ce premier contact permettait de  
105 demander l'accord de principe des participants et, dans l'affirmative, de convenir d'un  
106 rendez-vous d'entretien. Dans la mesure du possible, les entretiens ont été réalisés sur le lieu  
107 de travail des participants afin de faciliter la conversation sur une thématique professionnelle  
108 (13). S'il était impossible de se rendre sur place, le téléphone ou visioconférence ont été des  
109 solutions proposées pour réaliser les entretiens. Les entretiens ont été réalisés de mars à juin  
110 2018 à partir d'un guide d'entretien élaboré afin de pouvoir suivre des thématiques  
111 emblématiques à explorer (*Annexe 1*). Le recueil des entretiens a été fait par une prise de  
112 notes en direct lors de la conversation. Une attention a été portée sur le non-verbal, renseigné  
113 quand cela semblait intéressant par l'enquêteur. Au début de chaque entretien était signalé la  
114 possibilité d'exploitation de leurs propos avec anonymisation systématique des données. La  
115 durée moyenne des entretiens était de 1h30 à 2h.

## 116 Analyse des données

117 Une analyse thématique des données des entretiens a été réalisée. Le travail analytique  
118 était effectué en binôme (AT et BA) afin d'assurer une triangulation des regards. Le second  
119 relecteur était un enseignant chercheur avec une importante expérience dans l'analyse  
120 qualitative. Une catégorisation inférentielle des données recueillies a été réalisée sous le  
121 prisme de lecture de notre problématique. L'implémentation des verbatims a été faite via le  
122 logiciel Excel®. Ces catégories ont été définies *a priori* à partir de la trame d'entretien

123 réalisée. Si des nouveaux champs thématiques étaient abordés par les participants lors des  
124 entretiens et que cela présentait un intérêt pour répondre à la problématique, ces thématiques  
125 étaient alors ajoutées à la grille d'analyse. L'ensemble des réponses fournies par les  
126 participants a été ainsi réparti dans un nombre limité de thématiques. Une unité de codage  
127 large a été choisie afin de se limiter aux sujets emblématiques.

## 128 Résultats

129 L'analyse thématique des différents entretiens a permis d'isoler 209 verbatims  
130 s'inscrivant dans six thématiques : 1. L'identité professionnelle (25%), 2. La formation  
131 (21%), 3. Le périmètre donné à la pharmacie clinique (*définition de la pharmacie clinique*)  
132 (22%), 4. La place des instances représentantes et syndicats (13%), 5. Les responsabilités et la  
133 réglementation (2%), 6. L'organisation de travail /évolution des pratiques (15%).

134 La définition et le rôle de la pharmacie clinique ainsi que l'enseignement constituent  
135 les deux principales thématiques évoquées par les pharmaciens interrogés juste après la  
136 thématique de l'identité professionnelle. Lors des entretiens, une nouvelle thématique intitulée  
137 « responsabilité et réglementation » a émergée. Elle a été répertoriée pour 4 entretiens  
138 différents et 5 verbatims extraits. Il s'agit finalement de la thématique la moins abordée lors  
139 des entretiens mais dont la présence a été jugée pertinente.

140 La synthèse des problématiques soulevées lors des entretiens est présentée dans l'annexe 2.

### 141 L'identité professionnelle

142 La pratique de la pharmacie clinique interpellait directement les participants sur 3  
143 dimensions fondatrices de l'identité professionnelle.

144 *La compétence*

145 Les participants s'interrogeaient sur la légitimité de la profession à agir auprès du patient vis-  
146 à-vis de la compétence médicale qui occupe historiquement une place centrale.

147 *« La pharmacie clinique est encore mal construite. Face aux médecins qui ont une*  
148 *identité forte, la pharmacie clinique a du mal à trouver sa place. » (P2)*

149 Le manque de compétence perçue représentait pour les participants une barrière à la  
150 construction d'une identité professionnelle forte qui est pourtant un levier majeur pour  
151 affirmer le rôle du pharmacien comme acteur de soins.

152 *« C'est la peur de mal faire, de ne pas être à la hauteur [...] surtout pour ceux pour*  
153 *qui les cours sont loin. C'est difficile et inconfortable » (P8)*

154 *La reconnaissance*

155 Les participants exprimaient de façon assez unanime le manque de reconnaissance des  
156 missions et compétences pharmaceutiques par les équipes médicales ou l'administration.

157 *« Cela est en partie dû au manque de reconnaissance de l'expertise du pharmacien*  
158 *sur la relation médicament/maladie » (P2)*

159 En corolaire de ce constat, les participants faisaient remarquer le manque d'affirmation  
160 qu'affiche la profession pour exercer l'expertise pharmaceutique dans les unités de soins.

161 *« Les pharmaciens hospitaliers manquent également beaucoup de capacité à*  
162 *s'affirmer en tant que professionnel de santé face aux médecins que l'on croit tout*  
163 *puissants. » (P8)*

164 Les différents participants ont fait également remarquer que la pharmacie clinique est  
165 souvent perçue en opposition avec la pharmacie « classique ». Ils déclaraient ressentir  
166 des réticences au sein même de la profession pharmaceutique pour cette discipline

167 alors que « *Les médecins ne sont pas les facteurs freinant du déploiement de la*  
168 *Pharmacie Clinique* » (P3)

169 *Rôle de soignant*

170 Le dernier élément majeur ressortant des entretiens était la non-identification consensuelle du  
171 pharmacien hospitalier comme personnel « soignant ». Plusieurs participants déclaraient que  
172 la formation initiale n'appuie pas assez sur la construction de l'identité du pharmacien comme  
173 professionnel soignant.

174 « *Durant l'externat je n'ai rencontré aucun patient. L'idée de faire du soin n'est pas*  
175 *inscrit dans la formation que j'ai eue* » (P7)

176 Par ailleurs, ils considéraient que l'exercice pharmaceutique hospitalier est souvent organisé  
177 physiquement à distance des unités de soins et donc du patient. Cet élément est aussi à  
178 prendre en compte dans la non intégration identitaire du pharmacien hospitalier comme  
179 personnel de soin.

180 « *Dans notre pratique, l'éloignement avec le patient pendant un certain temps peut*  
181 *émousser les dynamiques de déploiement avec une perte de confiance et d'envie.* »  
182 (P2)

183 *La formation*

184 Les participants ont, de façon assez unanime, fait remarquer la déconnexion qui existe  
185 entre la formation et la réalité du terrain professionnel. La mise en responsabilité des  
186 étudiants, amorce du développement professionnel, était signalée comme trop tardive. Le  
187 manque de « praticiens enseignants » et la grande hétérogénéité de la formation sur le  
188 territoire étaient autant de points sur lesquels les participants pensaient que la formation  
189 initiale pourrait se renforcer pour appuyer le déploiement de la pharmacie clinique.

190           « On bénéficie d'une formation hyper théorique mais qui ne nous permet pas de nous  
191           dire que nous sommes des professionnels du médicament, qui peuvent émettre un avis  
192           sur une prise en charge face à un médecin » (P5)

193 Enfin, l'acculturation nécessaire pour apprendre à travailler avec les autres soignants était  
194 considérée comme une des clefs essentielles à mettre en œuvre pour favoriser cet exercice  
195 collaboratif pluriprofessionnelle que représente la pharmacie clinique.

196           « Le fait de ne pas être à proximité des prescripteurs durant notre formation est un  
197           problème » (P6)

198 Les participants ont noté que l'investissement des praticiens dans la transmission est  
199 important à structurer lors de l'année hospitalo-universitaire en renforçant un  
200 compagnonnage, trop souvent laissé à la charge des seuls internes.

201           « Notre formation n'intègre pas assez le terrain, et quand il est présent, il n'y a pas  
202           assez de compagnonnage » (P5)

203           « Les externes allaient seuls dans les services sans jamais voir de sénior. » (P8)

#### 204 Définition de la pharmacie clinique

205           Les entretiens réalisés ont montré l'absence de consensus clair sur les périmètres de la  
206 pharmacie clinique.

207 Certains participants limitaient la pharmacie clinique à l'activité d'analyse de la prescription  
208 alors même que d'autres pensaient que cette activité d'analyse des prescriptions n'est pas une  
209 mission spécifique de clinique mais une mission pharmaceutique générale.

210           « La validation ne relève pas spécifiquement de l'activité de clinique pharmaceutique  
211           et peut très bien s'envisager loin du service. La validation n'est pas la caractéristique

212 *du pharmacien clinicien mais le pharmacien clinicien est le mieux placé pour la*  
213 *réaliser » (P3)*

214 Des participants définissaient la pharmacie clinique par exclusion d'autres tâches  
215 pharmaceutiques.

216 *« La pharmacie clinique c'est quelque part une pharmacie affranchie de tout aspect*  
217 *logistique » (P4)*

218 Tâches qui sont pourtant identifiées par d'autres participants comme plus prioritaires que les  
219 missions de pharmacie clinique.

220 *« Certaines tâches qui prennent le pas sur la clinique sont essentielles et de ne pas les*  
221 *réaliser risquerait de mettre en difficulté les équipes soignantes encore plus que si*  
222 *l'on ne valide pas les prescriptions. Finalement actuellement si les prescriptions ne*  
223 *sont pas validées cela n'impacte que le pharmacien dans le ressenti » (P9)*

224 Enfin un participant considérait que la pharmacie clinique atteindra une forme  
225 d'aboutissement avec l'apparition d'une prescription pharmaceutique.

226 *« La pharmacie clinique est non efficace en France car nous ne faisons pas de la vraie*  
227 *pharmacie clinique. Les pharmaciens américains ont un droit de prescription sur des*  
228 *molécules techniques particulières, comme certaines biothérapies, ou des*  
229 *antibiotiques particuliers. Le droit de prescription permettrait de mieux cerner les*  
230 *problématiques médicamenteuses et donc d'être plus efficace » (P1)*

## 231 Organisation /Syndicat

232 Les participants ont fait part d'un manque de promotion de l'activité de pharmacie  
233 clinique tant au niveau interne par les gouvernances hospitalières qu'au niveau national au  
234 travers des actions syndicales ou des sociétés savantes. Au niveau local, la pharmacie clinique

235 représente un poste budgétaire dans lequel les gouvernances administratives sont peu  
236 enclines à investir. La pharmacie clinique n'est pas identifiée comme un projet « rentable ».

237       *« Le système de financement de l'hôpital public ne valorise pas cette activité et qui,*  
238       *par conséquent, ne permet pas son essor » (P1)*

239 Il ressortait lors des entretiens que, pour lancer une activité *ex nihilo*, il faut un investissement  
240 en temps important pour que la « greffe prenne » (P3). Ce temps nécessaire peut être  
241 décourageant pour s'investir dans une nouvelle pratique.

242       *« Il aura fallu 3 à 5 ans pour que la présence pharmaceutique soit intégrée au*  
243       *fonctionnement normal du service. Cela aura nécessité du « corps à corps » et*  
244       *implique donc d'être présent régulièrement. » (P6)*

245 Les syndicats professionnels étaient identifiés comme peu promoteurs de pratiques  
246 innovantes, se positionnant plus dans une posture de défense des prérogatives professionnelles  
247 que comme acteurs de promotion de nouvelles activités.

248       *« Les syndicats ne participent qu'au normatif, à l'explication des textes des lois et*  
249       *décrets portant sur l'exercice de la pharmacie mais ne portent pas de messages*  
250       *d'innovation. » (P3)*

251 Enfin, la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) n'était, selon les participants, pas  
252 assez visible pour porter la discipline. Les étudiants en pharmacie terminent leur cursus en ne  
253 connaissant pas ou très peu cette société savante.

254       *« Je ne connaissais pas trop la SFPC en tant qu'interne, avant pas du tout » (P4)*

255 Selon les participants, il existait encore un manque d'outils opérationnels pour aider les  
256 praticiens sur le terrain à déployer la discipline. Moins qu'un vecteur d'identité, la société

257 savante était, selon eux, un vecteur de visibilité qui participe à construire les éléments  
258 nécessaires à l'appropriation de l'identité de la pharmacie clinique.

259       *« La SFPC donne des outils très théoriques. Ce sont des modèles de bases mais qui  
260 n'existent nulle part fait tel quel. » (P6)*

## 261 Organisation du travail/Construction du métier

262       Au-delà du problème identitaire les participants expliquaient aussi la difficulté que  
263 représente la mise en œuvre d'une telle activité dans un contexte de charge de travail  
264 importante et où toute activité se développe à moyen constant. Passer d'un travail  
265 historiquement centré sur l'aspect logistique (au sens noble du terme) du circuit du  
266 médicament vers des missions plus centrées sur le patient, nécessite, selon les participants,  
267 soit de redéployer des moyens sans pour autant dégrader l'activité initiale, soit de créer des  
268 nouveaux postes ; il existe une réelle contrainte en temps pharmacien disponible pour  
269 pratiquer de la pharmacie clinique.

270       *« Les pharmaciens n'ont pas le temps de faire la PC » (P5)*

271 Selon plusieurs participants, l'informatisation et la robotisation de certains processus métier  
272 ont longtemps été perçus comme le moyen de récupérer du temps pharmacien. En pratique, le  
273 bénéfice de temps gagné n'a pas été si important et ces nouvelles technologies sont elle-même  
274 consommatrices de temps pharmacien.

275       *« La robotisation et l'automatisation n'ont pas permis de dégager beaucoup de temps  
276 pharmacien. Certainement du temps préparateur mais pas beaucoup plus » (P9)*

## 277 Responsabilité/Réglementation

278 La responsabilité historique de « gardien des poisons » (P9) est fortement ancrée dans  
279 l'identité professionnelle du pharmacien. La profession pharmaceutique est historiquement

280 fortement marquée dans sa mission par la contrainte réglementaire. Les entretiens ont fait  
281 émerger la thématique de la responsabilité juridique du pharmacien clinicien. Selon les  
282 participants, les conséquences en cas de faute professionnelle sont encore mal définies et  
283 peuvent être un frein pour se lancer dans l'activité. Ceci est d'autant plus marqué que cette  
284 activité n'est pas vécue comme une évidence identitaire professionnelle.

285       *« Cet avis d'expert (celui du pharmacien) se trouve dans une zone de flou juridique*  
286       *risquant de mettre en « danger » le pharmacien. Cela risque de réduire l'expertise à*  
287       *la lecture de Bonne Pratique, de Référentiel et des RCP... Ce qui est très limitant en*  
288       *termes de surface d'action » (P3)*

## 289 Discussion

### 290       Limites et biais

291       La principale limite de notre étude est liée au manque d'expérience de l'enquêteur  
292 pour la réalisation de ce type d'entretien. Ce biais est cependant à minimiser par le fait qu'il  
293 possédait une formation théorique solide en termes d'étude exploratoire qualitative acquis lors  
294 d'un parcours de Master 2 en ingénierie de la santé ainsi qu'un diplôme universitaire en  
295 éducation thérapeutique. Ces deux cursus théoriques ont permis d'avoir une assise  
296 méthodologique en matière de conduite des entretiens. De plus, la phase analytique était  
297 réalisée en collaboration étroite avec un chercheur présentant une expérience solide dans ces  
298 champs de recherche. La seconde limite est liée à un possible biais de réponses orientées de la  
299 part des participants. L'enquêteur s'est présenté aux participants en indiquant sa formation à  
300 l'UFR de Pharmacie de Grenoble qui est reconnue au niveau national pour sa dynamique en  
301 matière développement de la pharmacie clinique. Cela a pu être à l'origine de réponses  
302 orientées, soit positivement (biais de désirabilité sociale) soit négativement (biais  
303 d'opposition). Ces biais ont été maîtrisés, au moins partiellement, par l'obtention d'une  
304 saturation des réponses.

305 Si les entretiens réalisés lors de ce travail ne permettent pas de conclure définitivement  
306 sur les autres raisons expliquant la lenteur constatée depuis 30 ans au déploiement de la  
307 pharmacie clinique, ils permettent, malgré tout, d'évoquer plusieurs pistes importantes.

308 [Pharmacie clinique : avant de tracer un chemin, quelles missions ?](#)

309 Le premier élément qui ressort des entretiens est l'absence évidente de consensus  
310 concernant le périmètre de l'activité de la pharmacie clinique. Les pharmaciens rencontrés  
311 positionnaient cette pratique par rapport au médecin le plus souvent, ce qui semble être en  
312 opposition avec ce qui est constaté pour l'officine (14); le patient est évoqué mais  
313 l'expression concrète de la mission pharmaceutique auprès de celui-ci n'est jamais précisée.  
314 Ce constat est assez similaire pour la relation avec les équipes infirmières, qui n'est que  
315 rarement abordée. Ces entretiens illustrent une difficulté à définir la pharmacie clinique par  
316 les pharmaciens eux-mêmes. Ce constat peut cependant être nuancé avec les pharmaciens qui  
317 pratiquent de façon quotidienne une activité clinique. Il ne devrait pourtant pas avoir  
318 d'absence de consensus sur le périmètre d'activité de la pharmacie clinique puisque la SFPC a  
319 largement initié et mis en forme ce travail (1). Il est intéressant, par ailleurs, de constater que  
320 ni l'ANEPC (*Association Nationale des Enseignants en Pharmacie Clinique*) ni l'ESCP  
321 (*European Society of Clinical Pharmacy*) n'ont été cités par les participants. A minima, cela  
322 confirme le manque de visibilité des instances structurantes pour la pharmacie clinique.  
323 D'importants efforts en matière de communication des travaux déjà réalisés par ces sociétés  
324 savantes sont essentiels auprès de la communauté hospitalière pharmaceutique française pour  
325 que celle-ci s'approprie les concepts, base nécessaire à l'incrémentation identitaire de la  
326 discipline.

## 327 Implémentation d'une nouvelle activité professionnelle

328 La pharmacie hospitalière présente une diversité importante en matière d'activités et  
329 d'emplois. Cette polyvalence est déjà perçue par les pharmaciens comme une source de risque  
330 d'éroussement de la qualité des prestations fournies qui serait majoré en cas  
331 d'implémentation d'une activité de pharmacie clinique. Ce constat est accentué par la  
332 lassitude de la profession vis-à-vis des moyens dont elle dispose pour travailler. Le  
333 développement d'activités à moyens constants du fait de contraintes budgétaires fortes et  
334 l'impossibilité d'espérer des ressources pour développer de nouvelles activités comme la  
335 pharmacie clinique est une source de découragement importante. Les administrations  
336 hospitalières doivent faire des arbitrages financiers parfois difficiles face à de multiples  
337 sollicitations. Si les données scientifiques montrent un bénéfice objectif à la pratique de la  
338 pharmacie clinique, il est licite de se demander si l'absence d'une identité professionnelle  
339 forte du pharmacien clinicien ne pourrait pas être une source du manque de confiance de la  
340 part de l'administration vis-à-vis de la pratique et par conséquent expliquer, au moins en  
341 partie, la frilosité des investissements pour la développer. Les entretiens tendent à montrer que  
342 les syndicats ne sont pas identifiés comme acteurs majeurs permettant de lutter contre ces  
343 contraintes, pourtant d'ordre politique.

344 S'il existe un manque de reconnaissance perçue pour la profession pharmaceutique du  
345 corps médical, reconnaissance qui est pourtant un moteur de construction d'identité forte par  
346 la valorisation de la profession dans le groupe social professionnel (11), il semble aussi exister  
347 un hiatus identitaire intrinsèque à la profession pharmaceutique. La reconnaissance par les  
348 pairs de l'intérêt de la pharmacie clinique est un point encore plus essentiel que celle du corps  
349 médical pour l'acquisition d'une identité professionnelle forte et donc active ; il serait très  
350 intéressant de pouvoir explorer l'ampleur de ce sentiment au sein de la profession. Sans  
351 consensus intrinsèque, il paraît difficile de pouvoir déployer rapidement et efficacement la

352 pharmacie clinique. La SFPC doit prendre la mesure des difficultés de cette intégration au  
353 sein même de la profession pharmaceutique afin de proposer des modèles qui intègrent  
354 parfaitement la pharmacie clinique dans le continuum du processus pharmaceutique et non  
355 plus comme une activité à part. Enfin, le cadre législatif est évidemment un levier qui doit  
356 continuer à être développé car il permet, de façon efficace, l'allocation de nouveaux moyens  
357 par la contrainte réglementaire qu'il impose.

358 [La pharmacie clinique, une compétence pharmaceutique comme les autres ?](#)

359 La pharmacie clinique est avant tout une activité de communication : communication  
360 auprès des médecins, communication auprès des équipes soignantes, communication auprès  
361 du patient. Cette approche collaborative centrée sur le patient nécessite un apprentissage. Trop  
362 souvent négligé dans les enseignements des professions de santé, cet acte de communication  
363 est pourtant au cœur de la compétence professionnelle attendue d'un soignant. La surface  
364 importante des domaines théoriques couverts lors de la formation commune de base semble,  
365 pour certains pharmaciens, trop dispersée et trop éloignée de la pratique réelle.  
366 L'enseignement des stratégies thérapeutiques est emblématique de ce constat. Celui-ci est  
367 perçu par plusieurs pharmaciens interrogés comme étant trop limité alors qu'il est au cœur de  
368 la pratique de pharmacie clinique. Cette réalité est directement à mettre en lien avec le  
369 manque d'affirmation de la profession vis-à-vis du corps médical évoqué lors des entretiens.  
370 Si l'on veut pouvoir développer une pratique légitime liée à nos compétences, l'assise  
371 théorique doit être solide et identifiée comme telle par la profession. La formation doit donc  
372 proposer des outils et méthodes pour la mettre en œuvre. Travailler sur ces deux éléments est  
373 un enjeu majeur et prioritaire à développer pour l'avenir de l'enseignement universitaire de la  
374 pharmacie. Des pistes intéressantes sont actuellement en développement. La SFPC s'est  
375 récemment attelée à la rédaction d'un référentiels de bonnes pratiques en Pharmacie  
376 Clinique ; l'ANEPC finalise un référentiel de compétences pour le troisième cycle

377 universitaire (15) ; certains UFR se sont lancés dans la construction d'enseignements  
378 collaboratifs et notamment dans le champ de la « pharmacothérapie appliquée »(16,17). Des  
379 TD, pratiqué de façon conjointe entre les étudiants de pharmacie et de médecine, vont  
380 certainement porter leurs fruits d'ici quelques années. Ces enseignements devront être évalués  
381 sur le moyen et long terme pour pouvoir juger de leur efficacité. La mise en responsabilité  
382 plus précoce des étudiants est aussi une piste à explorer (18). Cette évolution porte sur les  
383 pharmaciens actuellement en formation. Pour ceux qui ont déjà terminé le cursus  
384 universitaire, le développement de formation continue adaptée est aussi crucial. La création  
385 d'ateliers de simulation, validés par une méthodologie pédagogique adaptée, peut-être une  
386 piste intéressante pour développer les compétences nécessaires à la pharmacie clinique. Ce  
387 n'est qu'à ces conditions que nous pourrons construire une vraie pratique de soins  
388 pharmaceutiques où le pharmacien sera un élément constitutionnel de l'équipe de soins.

### 389 [L'identité professionnelle au cœur des enjeux pour la pharmacie clinique](#)

390 La mise en œuvre de la pharmacie clinique ne peut être réduite à la création de savoirs  
391 théoriques et à leur simple transfert vers les pharmaciens en formation. Il est important de  
392 distinguer compétence et pratique. Adopter une nouvelle activité professionnelle, élargir la  
393 gamme de l'emploi pharmaceutique passe nécessairement par une dynamique identitaire.  
394 Selon Dubar (19), l'identité n'est pas transmise de génération en génération, elle se construit  
395 par chaque génération. Or, une profession, au sens sociologique du terme, sous-entend une  
396 forme de monopole collectif sur un aspect spécifique, une technique particulière. Le  
397 pharmacien hospitalier est encore en recherche de la spécificité, et du monopole collectif qui  
398 organise la pharmacie clinique. Pourtant ce dernier est désormais bien défini par la SFPC.  
399 C'est donc sur la perception de ce monopole collectif qu'il faudra désormais travailler auprès  
400 de la communauté pharmaceutique hospitalière. Un des points essentiels est clairement  
401 d'investir sur la construction de l'identité de soignant. Cette dimension est importante puisque

402 les missions de la pharmacie clinique entrent dans le cadre du soin. Si la dimension de  
403 soignant du pharmacien hospitalier n'est pas intégrée comme élément identitaire par la  
404 profession, cela génère alors une dissonance vis-à-vis des missions de pharmacie clinique.  
405 L'investissement des pharmaciens hospitaliers dans la pharmacie clinique et l'intégration du  
406 soin pharmaceutique dans la pratique courante passent par cette étape préalable. Si à une  
407 échelle locale, la pharmacie clinique devra s'appuyer sur des personnalités singulières ayant  
408 l'envie de s'investir dans la pratique pour amorcer le mouvement de la pharmacie hospitalière  
409 vers ses missions auprès du patient (20), à l'échelle globale, une appropriation identitaire de  
410 soignant par la profession pharmaceutique semble être l'enjeu majeur qui pourra modifier en  
411 profondeur la pratique de pharmacie clinique hospitalière.

412           A bien des égards, les pharmaciens officinaux sont à prendre en exemple pour cette  
413 dimension (14). Leur expertise pharmaceutique ne s'est jamais éloignée du patient et ils  
414 connaissent aujourd'hui une dynamique importante de renforcement de leur prérogative de  
415 professionnel soignant (21). Il est important pour la profession hospitalière de réinvestir les  
416 unités de soins et d'aller se confronter à la réalité de l'usage du médicament à l'hôpital. Il lui  
417 faut sortir de la zone de confort des missions historiques de la pharmacie hospitalière pour  
418 enfin compléter le processus pharmaceutique en replaçant le conseil et l'expertise  
419 médicamenteuse auprès du patient et des équipes soignantes dans la routine pharmaceutique  
420 hospitalière. La disruption déjà en marche liée aux révolutions technologiques *via*  
421 l'exploitation de l'intelligence artificielle et des données massives en santé nous oblige à  
422 réinvestir en urgence de domaine du soin, du conseil personnalisé à l'équipe médicale et, au  
423 final, de l'aide à la personne.

## 424 Conclusion

425           Ce travail est le premier à chercher à explorer la construction de l'identité  
426 professionnelle pour expliquer la lenteur d'implémentation de la pharmacie clinique

427 hospitalière en France. Les différents entretiens réalisés lors de ce travail ont été l'occasion de  
428 croiser les regards de plusieurs professionnels venants d'horizons très variés sur une  
429 discipline au cœur des débats depuis 30 ans. Ce travail constitue une première étape  
430 importante dans la réalisation d'une enquête plus vaste et dont l'aspect quantitatif permettra  
431 de connaître avec précision quels sont les éléments les plus problématiques pour le  
432 développement de la pharmacie clinique en France. Il montre d'ores et déjà que si la  
433 construction de l'identité professionnelle du pharmacien hospitalier est encore à renforcer, il  
434 apparaît clairement que la profession souhaite d'avantage se tourner vers le patient. Ces  
435 résultats permettront aux différents acteurs en compétence (université, syndicats, sociétés  
436 savantes, pharmaciens...) de pouvoir apporter des solutions concrètes à ces derniers écueils  
437 pour enfin construire une discipline mature, connue et reconnue de tous. Enfin, ce travail  
438 pourra constituer une base de réflexion sur la pratique de la pharmacie hospitalière et de ce  
439 que la profession souhaite dans l'avenir pour elle-même.

440

## 441 Références

- 442 1. Allenet B, Juste M, Mouchoux C, Collomp R, Pourrat X, Varin R, et al. De la  
443 dispensation au plan pharmaceutique personnalisé : vers un modèle intégratif de  
444 pharmacie clinique. *Pharm Hosp Clin.* mars 2019;54(1):56-63.
- 445 2. Charpiat B. Identification des lacunes de connaissances des étudiants en filière officine  
446 débutant le stage de 5ème année : proposition pour modifier le contenu de l'enseignement.  
447 *Ann Pharm Fr.* 2016;
- 448 3. Charpiat B. Dix années d'AHU... Quelques réflexions hospitalières. *Lyon Pharm.*  
449 1995;275-9.
- 450 4. Calop J, Baudrant M, Allenet B. La pharmacie clinique en France - état des lieux contexte  
451 de développement. *Pharmactuelle.* juin 2009;42.
- 452 5. Alpes UG. Secteur santé - Université Grenoble Alpes - La Faculté de Pharmacie  
453 [Internet]. Secteur santé. [cité 4 avr 2018]. Disponible sur: [https://secteur-sante.univ-  
454 grenoble-alpes.fr/pharmacie/la-faculte-de-pharmacie-  
455 166777.kjsp?RH=6311365242384713](https://secteur-sante.univ-grenoble-alpes.fr/pharmacie/la-faculte-de-pharmacie-166777.kjsp?RH=6311365242384713)
- 456 6. Les études en Pharmacie | Faculté de Pharmacie [Internet]. [cité 4 avr 2018]. Disponible  
457 sur: <https://pharmacie.univ-amu.fr/etudes-pharmacie>
- 458 7. Wittorski R. Savoirs. *Revue internationale de recherches en éducation et formation des  
459 adultes* 17, 17,. Savoirs. 2008;(17):9-36.
- 460 8. Bourdoncle R. La professionnalisation des enseignants : analyses sociologiques anglaises  
461 et américaines. *Rev Fr Pédagogie.* 1991;94(1):73-91.
- 462 9. Allenet B, Bedouch P. Validation of an instrument for the documentation of clinical  
463 pharmacists' interventions - PubMed [Internet]. [cité 24 août 2020]. Disponible sur:  
464 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17066245/>
- 465 10. Dubar C. *La crise des identités - L'interprétation d'une mutation.* Le Lien Social. Presse  
466 Universitaire de France; 2010. 256 p.
- 467 11. Baggio S. *Psychologie Sociale - concepts et expériences.* 2ème édition. deboeck  
468 supérieur; 2011. (Le point sur... Psychologie).
- 469 12. Fraysse B. La saisie des représentations pour comprendre la construction des identités.  
470 *Rev Sci Léducation.* 2000;26(3):651.
- 471 13. Ghiglione R, Matalon B. *Les enquêtes sociologiques - Théories et pratique.* 6ème  
472 édition. Armand Colin; (Collection U).
- 473 14. MC Rousseau, Bardet J, Bellet B, Allenet B. Comment la Pharmacie Clinique est-elle  
474 perçue par les pharmaciens d'officine ? : « c'est mettre le patient au centre de l'activité,  
475 s'intéresser à son environnement, savoir comment il vit. C'est intégrer tout cela, bien au-  
476 delà du simple médicament. ». *Pharm Hosp Clin.* 2020;

- 477 15. ANEPC. Compétences en pharmacie clinique et prise en charge thérapeutique du patient  
478 associées au DES de pharmacie hospitalière [Internet]. 2020. Disponible sur:  
479 <https://www.anepc.fr/>
- 480 16. Gaboreau Y, Bardet J-D, Fournier C, Algayres L, Tyrant J, Imbert P, et al. Conception  
481 d'un stage ambulatoire afin de favoriser la collaboration entre les médecins généralistes et  
482 les pharmaciens d'officine. Exercer [Internet]. 2019 [cité 17 sept 2020]; Disponible sur:  
483 <https://hal.univ-grenoble-alpes.fr/hal-02008565>
- 484 17. Etat des lieux des programmes d'éducation interprofessionnelle médecine générale -  
485 pharmacie d'officine en France, en 2017 [Internet]. ResearchGate. [cité 17 sept 2020].  
486 Disponible sur:  
487 [https://www.researchgate.net/publication/332934920\\_Etat\\_des\\_lieux\\_des\\_programmes\\_d'](https://www.researchgate.net/publication/332934920_Etat_des_lieux_des_programmes_d_education_interprofessionnelle_medecine_generale_-_pharmacie_dofficine_en_France_en_2017)  
488 [education\\_interprofessionnelle\\_medecine\\_generale\\_-](https://www.researchgate.net/publication/332934920_Etat_des_lieux_des_programmes_d_education_interprofessionnelle_medecine_generale_-_pharmacie_dofficine_en_France_en_2017)  
489 [pharmacie\\_d'officine\\_en\\_France\\_en\\_2017](https://www.researchgate.net/publication/332934920_Etat_des_lieux_des_programmes_d_education_interprofessionnelle_medecine_generale_-_pharmacie_dofficine_en_France_en_2017)
- 490 18. Girollet T, Beltier M, Catala O, Vinciguerra C, Charpiat B. [Student assessment of  
491 pharmacy practice experiences in France: a national survey]. Ann Pharm Fr. mai  
492 2013;71(3):164-73.
- 493 19. Dubar C. La socialisation. Constructions des identités sociales et professionnelles. Paris:  
494 Armand Colin; 1991. (Collection U).
- 495 20. Jorgenson D, Laubscher T, Lyons B, Palmer R. Integrating pharmacists into primary care  
496 teams: barriers and facilitators. Int J Pharm Pract. 2014;22(4):292-9.
- 497 21. Convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine. [Internet]. [cité 27 juill 2020].  
498 Disponible sur: [https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-referance/textes-](https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-referance/textes-conventionnels/avenants)  
499 [conventionnels/avenants](https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-referance/textes-conventionnels/avenants)

500

Tableau 1 - Description of the surveyed population

Tableau 1 - Descriptif de la population interrogée

	Genre	Faculté de formation	Années d'expériences post diplôme	Département d'exercice	Statut	Spécificité notable dans l'exercice professionnel	Entretien réalisé
1	Femme	Reims	26 ans	Eure et Loire (28)	Praticien Hospitalier	Chef de service	Présentiel
2	Femme	Beyrouth	?	-	Hospitalo - universitaire	Pharmacienne hospitalière étrangère	Présentiel
3	Homme	Lyon	28 ans	Rhône (69)	Praticien hospitalier	Groupe de travail SFPC	Présentiel
4	Homme	Aix-Marseille	1 ans	Bouche du Rhône (13)	Assistant spécialiste	Activité syndicale	Téléphone
5	Femme	Lyon	2 ans	Ain (01)	Assistant spécialiste	-	Téléphone
6	Homme	Paris	18 ans	Hautes Alpes (05)	Praticien Hospitalier	-	Téléphone
7	Femme	Clermont Ferrand	NA	Puy de Dôme (63)	Interne	-	Présentiel
8	Femme	Aix-Marseille	3 ans	Rhône (69)	Assistant spécialiste	Exercice en milieu carcéral	Présentiel
9	Homme	Paris	34 ans	Paris (75)	PU-PH	Président de syndicat professionnel	Téléphone
10	Femme	Nantes	24	Savoie (73)	Praticien Hospitalier	-	Pas d'entretien
11	Femme	Montréal	?	Québec (Canada)	Hospitalo - universitaire	-	Pas d'entretien