



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)¹
Raphaëlle Habert Dantigny (MD)²
Jean Didier Bardet (PharmD, PhD)³
Sébastien Chanoine (PharmD, PhD)^{1,4}
Pierrick Bedouch (PharmD, PhD)^{1,3,4}
Benoit Allenet (PharmD, PhD)^{1,3,4}

- 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

Benoît 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

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

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

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

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

Méthodes

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

Sélection des participants

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

Les participants

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

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 I*). 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

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

Résultats

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

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

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

L'identité professionnelle

La pratique de la pharmacie clinique interpellait directement les participants sur 3 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 perçu 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

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

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

Discussion

Limites et biais

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

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

Pharmacie clinique : avant de tracer un chemin, quelles missions ?

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

Implémentation d'une nouvelle activité professionnelle

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

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

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

La pharmacie clinique, une compétence pharmaceutique comme les autres ?

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

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

L'identité professionnelle au cœur des enjeux pour la pharmacie clinique

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

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

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

Conclusion

Ce travail est le premier à chercher à explorer la construction de l'identité 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-](https://secteur-sante.univ-grenoble-alpes.fr/pharmacie/la-faculte-de-pharmacie-166777.kjsp?RH=6311365242384713)
454 [grenoble-alpes.fr/pharmacie/la-faculte-de-pharmacie-](https://secteur-sante.univ-grenoble-alpes.fr/pharmacie/la-faculte-de-pharmacie-166777.kjsp?RH=6311365242384713)
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-reference/textes-](https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-reference/textes-conventionnels/avenants)
499 [conventionnels/avenants](https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-reference/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