



ACADÉMIE NATIONALE DE PHARMACIE

**SANTÉ PUBLIQUE - MÉDICAMENT - PRODUITS DE SANTÉ - BIOLOGIE - SANTÉ
ENVIRONNEMENTALE**

Fondée le 3 août 1803 sous le nom de Société de Pharmacie de Paris

RAPPORT

PRÉVENTION ET PROMOTION EN SANTÉ

PLACE DES PHARMACIENS ET DES BIOLOGISTES MÉDICAUX

OCTOBRE 2016

SOMMAIRE

RECOMMANDATIONS	4
RÉSUMÉ	5
PRÉFACE	6
1. PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ : Définition et caractéristiques	8
1.1 Définitions	8
1.2 Les caractéristiques respectives	9
1.2.1 Prévention	9
1.2.2 Promotion de la santé ou prévention universelle	9
1.3 Apport de la loi de modernisation de notre système de santé à la prévention et à la promotion en santé	10
2. RÔLE DES PHARMACIENS DANS LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ	12
2.1 Introduction	12
2.2 Implication du pharmacien dans la prévention primaire	12
2.2.1 Couverture vaccinale, vaccinations	13
2.2.2 Prévention de la iatrogénie médicamenteuse	14
2.2.3 Amélioration de l'observance	15
2.2.4 Conseil, information et suivi des traitements	15
2.3 Apport du pharmacien à la prévention secondaire	15
2.3.1 Aides au diagnostic	15
2.3.2 Les pharmaciens et les techniques d'information et de communication en santé	16
2.4 Apport du pharmacien à la prévention secondaire et tertiaire : L'éducation thérapeutique du patient (ETP)	16
2.5 Apport du pharmacien à la promotion de la santé (prévention universelle)	17
2.5.1 Une approche transversale et globale	17
2.5.2 Lutte contre les addictions et promotion des gestes de prévention	18
2.5.3 Promotion de l'activité physique et sportive	18
2.5.4 Lutte contre le dopage	19
2.5.5 Éducation à la santé	19
2.6 Comment améliorer la situation : le rapport de l'Académie sur les missions d'intérêts publics du pharmacien	20
2.7 Préalable à l'action des pharmaciens dans la prévention en santé	21
3. RÔLE DES BIOLOGISTES MÉDICAUX DANS LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION EN SANTÉ	22
3.1 Introduction	22
3.2 Place des biologistes médicaux dans la prévention et la promotion de la santé	22
3.2.1 Prévention et détection prénatales, néonatales et maladies génétiques	23
3.2.2 Prévention de l'extension des maladies transmissibles	23

3.2.3 Détection des maladies chroniques non transmissibles (MCNT dans la nomenclature OMS) au stade asymptomatique	23
3.2.4 Détection des facteurs de risque	24
3.2.5 Centres de ressources biologiques (CRB), biobanques	24
3.2.6 Importance de la qualité en Biologie Médicale	25
3.3 Rassembler les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée	25
MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL	26
CONTRIBUTIONS ACADÉMIQUES	27
Séances thématiques	27
Rapports	27
Recommandations et avis	27
ANNEXES	28
Annexe 1 : Vaccination par les pharmaciens - Des objectifs, un cadre, un environnement, des règles	28
Annexe 2 : Prévention de la iatrogénie médicamenteuse – rôle du pharmacien	39
Annexe 3 : Rôle des pharmaciens dans l'éducation thérapeutique du patient	43
Annexe 4 : Recommandations de l'Académie nationale de Pharmacie relatives à l'éducation thérapeutique du patient	47
Annexe 5 : Deux exemples d'éducation thérapeutique- Rôle important du pharmacien hospitalier	50
Annexe 6 : L'Institut de promotion de la santé (IPS) de Trappes (Yvelines) : un exemple d'action de prévention et de promotion	52
Annexe 7 :L'éducation par le sport, un moyen de prévention et de promotion de la santé	55
Annexe 8 : Circulaire 2016-08 de la directrice générale de l'enseignement scolaire, relative à la mise en place du parcours éducatif de santé pour les élèves	56

Rapport adopté par le Conseil de l'Académie nationale de pharmacie (29 juin 2016 et 5 octobre 2016) après mise en forme par la Commission Information & Communication et relecture par le groupe de travail « Prévention et Promotion en Santé ».

RECOMMANDATIONS

L'Académie nationale de Pharmacie renouvelle ses recommandations sur un certain nombre d'actions visant à améliorer la prévention et à développer la promotion de la santé en France :

1. développer des actions prioritaires pour lesquelles les pharmaciens et les biologistes médicaux en contact avec le public ont particulièrement vocation à :

- participer aux campagnes en faveur des vaccinations afin d'améliorer la couverture vaccinale très insuffisante en France ;
- contribuer à la vaccination selon des protocoles *ad hoc*, nécessitant une formation théorique et pratique des pharmaciens ;
- aider à l'orientation diagnostique, au dépistage et au suivi des traitements des maladies chroniques ;
- prévenir la iatrogénie médicamenteuse, particulièrement chez les personnes âgées, en s'appuyant sur le dossier pharmaceutique (DP).

2. intégrer les pharmaciens et les biologistes médicaux proches du public, à côté d'autres professionnels de santé dans :

- le développement des actions d'éducation thérapeutique des patients (ETP) en liaison avec des médecins généralistes ou spécialistes, grâce à une formation spécifique initiale et continue ;
- la lutte contre les addictions au tabac, à l'alcool (notamment l'alcoolisme fœtal et celui des adolescents), au cannabis et autres drogues naturelles ou de synthèse ;
- l'éducation à la santé dès l'école primaire en liaison avec les parents et les équipes de santé scolaires à créer ;
- la participation à des consultations pluridisciplinaires de prévention ;
- la participation à des actions de promotion de la santé en liaison avec les institutions spécialisées, les autorités municipales et les associations d'aide aux personnes en difficulté.

Ces recommandations sont confortées par les objectifs de santé publique et la forte attente de nos concitoyens.

RÉSUMÉ

La prévention et la promotion de la santé concernent l'ensemble des professionnels de santé proches des patients apparemment bien portants ou malades.

Le but recherché est de persuader l'ensemble du public qu'il est possible d'éviter l'apparition de certaines maladies, de se constituer un **capital santé** et de conserver ce capital tout au long de la vie (**prévention primaire**). Le dépistage précoce de nombreuses maladies est actuellement possible, permettant alors des actions efficaces pour éviter leur développement et leur passage à l'état chronique (**prévention secondaire**). Des traitements appropriés agissent de plus en plus pour éviter une aggravation de l'état de santé par l'apparition de pathologies associées (**prévention tertiaire**).

À côté de la prévention, **la promotion de la santé** est une approche plus **globale** (qualité de vie et bien-être) qui vise à améliorer les déterminants de la santé en général.

Les pharmaciens d'officine avec leur « maillage territorial » (environ 22 000 officines), leurs contacts avec plus de quatre millions de personnes par jour, leur formation dans les domaines du médicament, de l'éducation à la santé, de l'éducation thérapeutique, sont à même d'agir dans tous les champs de la **prévention** :

- **prévention primaire** : par les conseils qu'ils prodiguent auprès des familles notamment dans le domaine de la vaccination en s'aidant de tous les moyens dont ils peuvent disposer : vitrines, affiches, documents accessibles au public ;
- **prévention secondaire** avec la dispensation de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dont l'usage et les résultats doivent être bien expliqués et confirmés, en collaboration avec les biologistes médicaux et les médecins traitants ;
- **préventions secondaire et tertiaire**, avec les actions d'éducation thérapeutique et les consultations (ou entretiens) pharmaceutiques à l'exemple des pharmaciens canadiens.

Les pharmaciens d'officine ont également un rôle à jouer **dans la promotion de la santé** :

- lutte contre les addictions : tabac, alcool, cannabis, et autres drogues ;
- promotion de l'activité physique et sportive ;
- lutte contre le dopage ;
- éducation à la santé dès l'école primaire ;
- action dans la prévention de la iatrogénie médicamenteuse...

Les biologistes médicaux, comme les pharmaciens d'officine, sont des acteurs de santé publique de proximité qui peuvent, au-delà du cadre actuel de leur activité, concourir à la **prévention en santé**.

Ils participent notamment à des campagnes de prévention et de dépistage précoces telles que celles concernant les maladies génétiques, les maladies infectieuses émergentes, les maladies chroniques non transmissibles.

Les pharmaciens et les biologistes médicaux, en contact avec le public, ont beaucoup d'atouts pour participer, avec les autres professionnels de santé, au **développement d'une véritable politique de prévention et de promotion de la santé en France**. Cette mission nécessite de prévoir une adaptation de la formation initiale et de la formation continue des étudiants en pharmacie de façon à être en adéquation avec les programmes nationaux de prévention et de promotion de la santé.

PRÉFACE

Pourquoi et comment développer une culture de prévention en santé publique

Professeur André VACHERON

Membre associé de l'Académie nationale de Pharmacie
Président honoraire de l'Académie nationale de médecine
Membre de l'Institut

Le 21^{ème} siècle devrait être marqué par le passage d'une médecine de soins à une médecine de prévention. S'il n'est pas possible de tout prévenir, dans bien des cas la prévention dépend d'une modification des comportements.

Cependant, les recommandations élaborées à partir des données épidémiologiques et scientifiques accumulées au fil des années sont insuffisamment suivies et des objectifs bien définis sont rarement atteints même dans le domaine de la prévention secondaire où les preuves des bénéfices sont les mieux démontrées. C'est dire la nécessité de développer une véritable culture de prévention et de promotion de la santé sous-tendue par une volonté politique forte. Dans les pays qui ont développé une politique de prévention soutenue, on observe une forte diminution de la morbi-mortalité cardiovasculaire. Une étude réalisée en Écosse durant les dernières décennies démontre que plus de 50 % de la diminution de la mortalité cardiovasculaire est liée directement à la lutte contre le tabagisme, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie.

La culture de prévention peut être développée selon quatre axes : éducation, participation, communication, politique de santé.

L'éducation

La prévention doit être intégrée très précocement dans les programmes scolaires sous la forme d'une éducation à la santé au sens large. Un bon équilibre alimentaire avec la consommation régulière de fruits et de légumes, en évitant les aliments riches en graisses et en sucres rapides, facteurs de surpoids, une activité physique régulière, l'éviction du tabac, sont des comportements primordiaux à inculquer aux enfants pour avoir une chance de les pérenniser à l'âge adulte. Une pédagogie précoce peut limiter les inégalités sociales ultérieures devant la santé. Le rôle des parents est très important et leur exemple primordial.

L'éducation à la prévention des médecins et des pharmaciens doit être renforcée dans les programmes universitaires et développée dans toutes les professions paramédicales et chez les auxiliaires de santé.

La participation

Le rôle des pharmaciens dans la prévention doit être renforcé et valorisé. Pour être efficaces, les actions de prévention nécessitent une conviction profonde assise sur des recommandations et des données scientifiques bien établies. Elles nécessitent aussi la volonté d'y consacrer le temps suffisant pour expliquer les dangers des comportements délétères et motiver les patients. Elles impliquent enfin une formation spécifique suffisante dans certains domaines comme l'alimentation, l'hypertension artérielle, le diabète, la couverture vaccinale, l'arrêt du tabagisme ou de l'alcool, formation à intégrer dans le cursus des études et la formation continue. La participation de l'ensemble des personnels de santé (médecins, pharmaciens, biologistes médicaux, infirmières, kinésithérapeutes) aux actions de prévention

est fondamentale avec l'amélioration de 50 % des résultats obtenus par rapport aux actions médicales isolées.

La communication

Les médias (presse et surtout télévision) doivent être intégrés dans les actions de prévention et les chaînes publiques devraient diffuser régulièrement les messages d'information et les recommandations élaborés par les organismes institutionnels : Académies, Haute Autorité de Santé, Agence Nationale de Santé Publique, Assurance Maladie, Sociétés Scientifiques, CESPARM¹, Fédération Française de Cardiologie, Association de Lutte contre le Diabète...

La politique de santé publique

GORDON en 1983 a distingué la prévention universelle intéressant toute la population, la prévention sélective ciblant une catégorie de la population repérée sur certains critères sociodémographiques (dépistage du cancer du sein ou du cancer colorectal) et la prévention spécifique indiquée par exemple en cas d'hypertension artérielle ou d'hypercholestérolémie

L'approche universelle doit fournir les éléments favorables à la santé, la prévention ciblée s'adressant aux populations les plus défavorisées et les plus menacées. La lutte contre les inégalités de santé s'affirme comme une priorité dans les plans cancer, santé-environnement et nutrition-santé. La prévention implique un ensemble de stratégies coordonnées par toutes les structures de santé publique et associatives. Les agences régionales de santé créées en 2009 par la loi HPST (Hôpital, patients, santé et territoires) ont à la fois la mission d'organiser les soins et la prévention. Mais comme l'indique la charte d'Ottawa de l'OMS : « la santé se fabrique dans le contexte de la vie de tous les jours, là où les gens vivent, aiment, travaillent ou jouent et non dans le système de soins ».

Pour conclure, je pense qu'à l'heure actuelle, nous avons les outils de prévention, de dépistage et de traitement pour continuer à réduire les accidents cardiovasculaires, cérébrovasculaires et un certain nombre de cancers provoqués par des comportements délétères ou des désordres métaboliques. Ces outils resteront efficaces à un âge avancé s'ils sont utilisés précocement et convenablement. Pour donner des années à la vie et de la vie aux années, les mêmes règles de prévention s'appliquent aux cancers et aux maladies cardiovasculaires qui sont les deux causes principales de mortalité en France comme dans tous les pays industrialisés. Elles réduiront aussi les handicaps de la vieillesse mais pour devenir centenaire, il faut commencer jeune.

Réalisé sous la direction efficace de Claude DREUX, ce rapport illustre la place que les pharmaciens et les biologistes médicaux sont aptes à occuper dans la prévention ainsi que dans la promotion en santé et dans l'éducation thérapeutique des patients.

¹ Le Comité d'Éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (CESPHARM) - C. DREUX, Président honoraire, F. CHAST, Président, F. BLANCHET, Directeur

1. PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ :

Définition et caractéristiques

Prévues par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009, les agences régionales de santé (ARS) ont été créées le 1^{er} avril 2010. La création de ces agences a témoigné de la volonté politique d'assurer, au plus près de la population, le pilotage d'ensemble de notre système de santé. L'intérêt majeur de ces ARS est de mieux intervenir sur tous les déterminants de la santé et de réduire les inégalités sociales et géographiques dans ce domaine.

Un groupe de travail, sous la conduite du Professeur François BOURDILLON, s'est réuni durant le premier semestre 2009, afin de déterminer l'organisation qui pourrait être proposée aux directeurs des ARS pour prendre en compte, dans les meilleures conditions, la prévention et la promotion de la santé. Le rapport, issu de ce groupe de travail², qui a pour titre *Agences régionales de santé - Promotion, prévention et programmes de santé*, insiste sur l'intérêt d'une approche décloisonnée de la santé intégrant les champs du soin, de la prévention, du médico-social et du social, au sens le plus large, dans une logique de promotion de la santé.

Dans la loi de modernisation de notre système de santé (Loi 2016-41 du 26 janvier 2016) le Titre Ier est consacré à la nécessité de renforcer la prévention et la promotion de la santé pour lutter contre les inégalités, l'idée force étant de développer les démarches qui permettent d'aller à la rencontre des publics les plus fragiles ou les plus éloignés du système de santé.

1.1 DÉFINITIONS

Quels sont les domaines respectifs de la prévention et de la promotion de la santé ?

La prévention se définit, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), comme l'ensemble des mesures prises pour éviter la survenue d'un accident ou d'une maladie. Elle vise à empêcher la survenue ou l'aggravation de la maladie en réduisant ou supprimant les facteurs de risque, en organisant le dépistage, en évitant ou retardant les complications, ou en favorisant la réinsertion des personnes atteintes.

La promotion de la santé se définit, selon l'OMS, comme un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci (charte d'Ottawa 1986).

²BOURDILLON F. (sous la direction de). Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé. INPES, coll. Varia, 2009 : 192 p.

1.2 LES CARACTÉRISTIQUES RESPECTIVES

1.2.1 Prévention

La prévention en santé vise à diminuer la fréquence des problèmes de santé ou des facteurs de risque dans la population. Ses caractéristiques sont les suivantes :

- la population concernée est bien identifiée comme présentant des risques spécifiques en matière de santé (par exemple : patients hypertendus, diabétiques) ;
- les stratégies mises en œuvre visent à organiser les services de soins et de premier recours pour mettre en place des actions de prévention ;
- la porte d'entrée se fait par problème de santé ou par pathologie (ex : lutte contre l'obésité, le suicide, le tabagisme, etc.). Les contenus éducatifs sont très spécifiques : informations sur les risques, sur les services, les apprentissages, etc.).

L'OMS définit trois stades d'intervention sanitaire préventive :

- la **prévention primaire** intervient avant l'apparition de l'événement sanitaire dont elle vise à réduire l'incidence (exemple : vaccinations) ;
- la **prévention secondaire** cherche à détecter la pathologie au plus tôt pour en limiter la durée d'évolution et donc la prévalence (par exemple, dépistage) ;
- la **prévention tertiaire** a pour but en particulier de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives et donc de réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à l'évènement (par exemple, traitement, réadaptation).

1.2.2 Promotion de la santé ou prévention universelle

La promotion de la santé correspond à une prévention universelle, elle n'est pas orientée vers un risque spécifique, elle s'appuie sur la participation active du sujet.

D'après J.-P. DESCHAMPS³, le terme « promotion » a été utilisé dès 1982, en France, dans le vocabulaire de la politique de santé. Cependant son intérêt n'a pas été compris pendant de nombreuses années, car « *on fait souvent de la promotion de la santé, une sorte de super-éducation à la santé* » alors qu'elle est plutôt une nouvelle façon de penser et de mettre en œuvre la santé publique.

Cette conception de la santé porte fondamentalement sur « les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux (milieux de vie) qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations » (déclaration de la conférence mondiale sur les déterminants de la santé - Rio de Janeiro, 2011).

Il s'agit ainsi d'une **approche positive** (ex : développement des facteurs protecteurs) et **globale** (qualité de vie et bien-être) de la santé. Il s'agit de rendre le sujet acteur de sa propre santé (notion anglo-saxonne d'« empowerment »). Cette stratégie est particulièrement adéquate pour garantir une plus grande équité en matière de santé car, apportant des changements de conditions de vie, elle améliore la situation des populations.

Une action de promotion de la santé a ainsi pour objectif de conférer à la population un plus grand contrôle et un plus grand pouvoir sur les décisions qui affectent la santé, son bien-être et sa qualité de vie.

Ces actions s'adressent à une population dans son ensemble, sur des territoires ou dans des milieux de vie. Les stratégies utilisées peuvent se situer au niveau de chaque personne (améliorer la confiance en

³Dans le Traité de Prévention coordonné par François BOURDILLON, Médecine-Sciences, Flammarion, Paris, 2009, p. 88.

soi, la capacité d'expression...), d'un petit groupe (créer une dynamique de groupe positive et mobilisatrice), d'un territoire (créer du lien entre les acteurs, soutenir la co-construction de projets), ou dans des milieux de vie (école, travail, hôpital, prison, etc.) ou de l'organisation sociale au sens large (actions de « lobbying » en faveur de la santé).

Les ressources personnelles et sociales des personnes, et leurs capacités à s'organiser collectivement pour agir en faveur de leur santé sont identifiées, renforcées et valorisées. Ainsi, les stratégies mises en œuvre visent à organiser les lieux de vie et d'accueil de la population.

Pour être efficace, l'action doit s'inscrire dans la durée, soit sur plusieurs jours, soit sur plusieurs années dans le cas d'actions pérennes réalisées chaque année.

Pour qu'il y ait promotion de la santé, il faut donc à la fois des activités d'éducation et d'autres actions, sanitaires, sociales et légales.

1.3 APPORT DE LA LOI DE MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ À LA PRÉVENTION ET À LA PROMOTION EN SANTÉ

Parmi les objectifs poursuivis, la **loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé** (JORF n°0022 du 27 janvier 2016) est destinée à réduire dans notre pays les inégalités sociales et territoriales de santé en accentuant la contribution de tous les intervenants en santé vers la prévention.

Dans le rapport⁴ parlementaire (n°2673 du 20 mars 2015) émis au nom de la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale, les députés mettent en avant la relative impuissance des démarches de prévention si elles ne sont pas accompagnées du levier de la promotion de la santé. En effet, une prévention n'est effective que lorsque les populations se l'approprient. Et pour cela, il faut qu'elles soient convaincues par ce souci de maîtrise de leur santé.

La loi de modernisation définit ainsi pour la première fois dans notre pays la promotion de la santé comme une composante essentielle de la politique de santé. Elle ne se confond pas avec le suivi sanitaire, ni même avec la prévention.

Le titre Ier de la loi de modernisation est ainsi consacré au renforcement de la prévention et à la promotion de la santé. Quatre grands champs de prévention et donc de promotion de la santé sont définis par la loi, pour l'avenir :

(1) **les actions en faveur de l'enfance et de la jeunesse**, car la prévention en santé doit être précoce et toucher les personnes lors d'une phase décisive du parcours de vie, l'enfance. Le chapitre Ier s'intitule ainsi *Soutenir les jeunes pour l'égalité des chances en santé*. La politique de santé va ainsi mobiliser de nombreux acteurs, placés sous l'autorité de plusieurs ministères : santé et affaires sociales, éducation nationale, sport, agriculture (alimentation). Accompagnant le suivi individuel de l'enfant, la loi prévoit aussi de formaliser, dans le code de l'éducation, le lien entre la stratégie nationale de santé et les actions de promotion de la santé menées en milieu scolaire. Parmi les axes de prévention, figurera en bonne place la prévention de l'alcoolisation des jeunes voire d'autres conduites addictives ;

(2) **les actions en faveur de la prévention des « maladies non transmissibles »**. La politique de santé doit prendre la mesure de l'explosion du problème de surpoids dans l'ensemble des pays développés. Ce problème constitue le premier facteur de ce qu'il est convenu d'appeler l'épidémie des « maladies non transmissibles », comme le diabète, l'hypertension artérielle ou même certains cancers pour lesquels la prévention primaire au long cours, en adaptant les habitudes alimentaires, peut constituer un mode

⁴Rapport émis AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE LOI relatif à la santé, par les députés M. Olivier VÉRAN, Mme Bernadette LACLAIS, M. Jean-Louis TOURAINE, Mme Hélène GEOFFROY et M. Richard FERRAND

efficace de protection. L'article 18 mentionne explicitement que *la politique de santé contribue à la prévention et au diagnostic précoce des troubles du comportement alimentaire* ;

Par ailleurs, la **promotion de la santé environnementale** figure dorénavant en bonne place dans la politique de santé avec l'amélioration de l'information du public sur les risques sanitaires comme ceux liés à la pollution de l'air, ceux liés à l'exposition à des niveaux sonores de plus en plus élevés en discothèques, concerts et festivals en plein air. De plus, des efforts doivent être poursuivis pour limiter les expositions aux perturbateurs endocriniens ;

(3) la loi apporte aussi des réponses concrètes, au plus près des personnes concernées, pour **lutter contre les infections épidémiques** - VIH ou hépatites virales - notamment auprès des publics les plus à risque et des usagers de drogues. Un des articles de la loi (article 39) vise à permettre une large utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) du VIH et des hépatites virales, notamment par les associations en contact avec les populations concernées. Un arrêté précisera notamment les conditions de réalisation de ces TROD (par un professionnel de santé ou par du personnel ayant reçu une formation adaptée et relevant de structures de prévention et associatives) et les modalités selon lesquelles les personnes seront informées de ces conditions et des conséquences de leur résultat. Ce même article 39 donne la possibilité de délivrer des autotests de détection de maladies infectieuses transmissibles aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic, aux organismes de prévention sanitaire habilités, aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, etc. Les conditions de délivrance des autotests de détection de l'infection à VIH par ces structures ont été définies par l'arrêté du 18 août 2016 (JORF n°0194, texte n°14).

(4) enfin, la loi de modernisation consacre un chapitre à **la lutte contre le tabagisme** (chapitre 2), présentée comme une priorité évidente dans la stratégie nationale de santé, avec 73 000 morts par an soit 200 par jour).

2. RÔLE DES PHARMACIENS DANS LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ

2.1 INTRODUCTION

Les pharmaciens d'officine ont une place singulière dans la santé publique, reconnue par la législation française.

Parmi les missions définies à l'article L. 5125-1-1A du code de la santé publique, celles qui entrent plus particulièrement dans le domaine de la prévention et la promotion de la santé sont les suivantes :

- **contribution aux soins de premier recours** pour prévenir une aggravation de l'état des personnes concernées ;
- **participation à la mission de service public** de la permanence des soins ;
- **coopération aux actions de veille et de protection sanitaire** organisées par les autorités de santé ;
- **participation à l'éducation thérapeutique des patients (ETP)** et à leur accompagnement, notamment pour contribuer à l'observance (ou plutôt l'adhésion) aux thérapeutiques prescrites ;
- **rôle de pharmacien référent** pour les établissements médico-sociaux ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur et ayant souscrit une convention (exemple EHPAD).

Les pharmaciens d'officine avec d'une part, leur « maillage territorial » (environ 22 000 officines), leurs contacts avec plus de quatre millions de personnes par jour, et d'autre part, leur formation dans les domaines du médicament, de l'éducation à la santé, de l'éducation thérapeutique, sont à même d'agir dans tous les domaines de la prévention, y compris celui de la prévention universelle (promotion de la santé).

Ils sont déjà très investis dans la **prévention primaire** par les conseils qu'ils prodiguent avec tous les moyens dont ils peuvent disposer : colloque singulier, vitrines (sous réserve qu'elles soient davantage consacrées à des problématiques de santé publique), affiches, documents disponibles et distribués gratuitement au public, préparés et distribués notamment par le CESPHERM.

Des actions déjà significatives dans le domaine de la **prévention secondaire et tertiaire**, sont en voie de développement (notamment dans le cadre de l'ETP).

2.2 IMPLICATION DU PHARMACIEN DANS LA PRÉVENTION PRIMAIRE

Les actions dans lesquelles le pharmacien peut s'investir sont, entre autres, l'amélioration de la couverture vaccinale, la prévention de la iatrogénie médicamenteuse, l'amélioration de l'observance et le suivi des traitements.

2.2.1 Couverture vaccinale, vaccinations

Depuis les débuts de la vaccination (JENNER, 1780) les pharmaciens ont toujours soutenu la politique vaccinale des pouvoirs publics et les recommandations des savants et chercheurs tels que PASTEUR, ROUX, CALMETTE, GUÉRIN...). Des institutions telles que le Haut Conseil de la Santé publique, l'Académie des Sciences, les Académies nationales de médecine et de Pharmacie, l'ANSM, l'InVS et l'INPES (désormais fusionnés au sein de l'Agence nationale de Santé publique), militent pour un accroissement de la **couverture vaccinale**, bénéfique aux individus et aux populations.

Si, dans notre pays, certaines maladies ont pu être éradiquées (variole), éliminées (poliomyélite, diphtérie) ou ont chuté de façon drastique (tétanos, tuberculose), on observe, cependant, actuellement en Europe la réapparition de maladies telles que la diphtérie ou la tuberculose (multirésistante aux antibiotiques) liées à une couverture vaccinale insuffisante. On peut y ajouter la rougeole qui a provoqué des épidémies récentes.

Le manque d'information et la désinformation du public, l'apparition de ligues anti-vaccinales entraînent aujourd'hui dans notre pays une baisse de la vaccination inquiétante et en conséquence une baisse de la couverture vaccinale.

Devant cette situation, les pharmaciens d'officine, hospitaliers ou biologistes médicaux doivent être des défenseurs actifs de la vaccination en informant et conseillant le public, en procédant au suivi des vaccinations voire en pratiquant l'acte vaccinal.

Conseil, information et suivi des vaccinations

D'après une enquête de l'INPES menée en avril 2011, la population française est à plus de 80 % favorable à la vaccination

En revanche, d'après le Baromètre Santé 2010 de l'INPES, plus d'un quart (28 %) des Français de 15 à 79 ans ne connaît pas la nature de sa dernière vaccination (48 % parmi les 15-30 ans) et près d'un sur cinq (19 %) estime ne pas être à jour de ses vaccinations.

Ces résultats montrent la nécessité de poursuivre les efforts d'information auprès de la population sur les vaccins, les maladies qu'ils préviennent, l'importance de respecter le calendrier vaccinal (sans oublier les rappels) et les modalités de « rattrapage » en cas d'interruption du schéma vaccinal.

Le pharmacien doit rappeler la nécessité de conserver à vie le carnet de santé et les livrets de vaccination sur lesquels doivent être inscrits tous les vaccins délivrés.

Par ailleurs, le pharmacien dispose, avec le dossier pharmaceutique (DP), d'un dispositif très performant pour le suivi des vaccins délivrés. Une concertation avec des représentants des médecins et des infirmiers permettrait de suivre les vaccinations réellement effectuées et l'état de la couverture vaccinale en France. Pour cela l'Ordre des pharmaciens a demandé et obtenu la conservation des données relatives à la dispensation de vaccins à 21 ans dans le DP (décret n°2015-208 du 24 février 2015 -JORF n°0048 du 26 février 2015).

L'acte vaccinal

Et pourquoi pas... Les pharmaciens, acteurs de la vaccination, s'inspirant du modèle adopté par d'autres pays

Les expériences étrangères positives

■ **aux USA**, la vaccination par le pharmacien en officine est réalisée depuis une vingtaine d'années et est autorisée dans 50 États. ■ **au Canada** (Toronto), 25 % de ceux qui n'étaient pas habituellement vaccinés contre la grippe et 21 % des sujets à risque de complications liées à cette infection ont saisi l'opportunité d'une vaccination en pharmacie. ■ **au Royaume-Uni**, la vaccination par les pharmaciens, qui existe depuis une quinzaine d'années, est largement adoptée par la population ; une étude a ainsi démontré

qu'en 2012-2013, une partie des patients éligibles pour une vaccination gratuite dans leur centre de santé a préféré se rendre en pharmacie et payer pour sa vaccination ; ■ **au Portugal**, près de 2 000 pharmacies sur 2 200 proposent aujourd'hui la vaccination, et, depuis 2008, date de l'autorisation de la vaccination en pharmacie, la couverture vaccinale des plus de 65 ans a été améliorée.

Un récent rapport de la Fédération internationale pharmaceutique (FIP) fait le point sur l'implication des pharmaciens dans la vaccination au niveau mondial.⁵

Définir les conditions de la contribution des pharmaciens en France

Au côté des médecins et infirmiers, et en coordination avec eux, le pharmacien pourrait, sous certaines conditions, procéder à l'acte vaccinal. L'exemple de nombreux pays étrangers en Europe, au Canada et aux États Unis, montre l'augmentation de la couverture vaccinale lorsque les pharmaciens sont autorisés à vacciner.

L'autorisation réglementaire accordée aux pharmaciens de vacciner sous protocole répondrait à un objectif de prise en charge efficiente et rapprochée de la population française. Elle contribuerait aussi à éviter la saturation des capacités de vaccination dans des contextes épidémiques voire pandémiques.

L'Académie nationale de Pharmacie s'est déjà exprimée en faveur de cette orientation, notamment concernant la vaccination anti-grippale.

Sur une base de volontariat, les pharmaciens désirant vacciner devraient suivre une formation théorique et pratique.

Par exemple, d'après François CHAST (annexe 1) :

- 10 h d'études documentaires sur la vaccination, étude de cas et épreuve finale de connaissances ;
- 10 h de formation pratique variable selon l'origine de l'étudiant ou des professionnels.

Un certificat d'aptitude à la vaccination serait délivré.

Les réflexions concernant la vaccination par les pharmaciens sont développées en annexe 1 - Des objectifs, un cadre, un environnement, des règles - F. CHAST.

2.2.2 Prévention de la iatrogénie médicamenteuse

La iatrogénie médicamenteuse désigne la somme des effets indésirables provoqués par les médicaments. Les symptômes observés sont, par nature, très divers. Dans une société de plus en plus vigilante, la question de la sécurité des traitements ne doit pas être minimisée et le succès de nombreuses thérapeutiques a, peut-être paradoxalement, conduit à une trop grande banalisation de l'usage des médicaments, de leurs risques intrinsèques et à une sous-estimation des situations à risque auxquelles ils peuvent exposer.

La iatrogénie médicamenteuse a un coût humain et économique très élevé chez le sujet âgé. Elle serait responsable de plus de 10 % des hospitalisations chez les sujets âgés de plus de 65 ans, et de près de 20 % chez les octogénaires. Plusieurs études récentes montrent qu'une partie non négligeable de cette iatrogénie grave est évitable.

Dans beaucoup de cas, le cumul des prescriptions (recours simultané au généraliste, spécialiste, « en ville » ou à l'hôpital) conduit fréquemment à un allongement de la liste des médicaments administrés sans qu'un contrôle réel ou une hiérarchisation des besoins ne soit entrepris.

Son action de premier recours fait du pharmacien un acteur important dans cette prévention. Il peut (voire, doit) repérer les situations à risque en apportant au patient ou à son entourage les informations

⁵ An overview of current pharmacy impact on immunisation – A global report – FIP 2016

spécifiques lui permettant de pointer telle ou telle situation préoccupante : ordonnance à risque – symptôme évocateur d’un effet indésirable.

En outre, le pharmacien dispose, depuis 2007, du DP, qui recense, pour chaque bénéficiaire de l’assurance maladie qui le souhaite, tous les médicaments délivrés au cours des quatre derniers mois, qu’ils soient prescrits par un médecin ou conseillés par un pharmacien (ces informations sont désormais conservées 21 ans pour les vaccins, trois ans pour les médicaments biologiques). Le DP permet d’éviter des redondances, des interactions et facilite la conciliation médicamenteuse à l’hôpital.

Le pharmacien peut concourir à la mobilisation contre la iatrogénie médicamenteuse fréquemment liée à un abus médicamenteux chez la personne âgée notamment.

L’apport du pharmacien dans la prévention de la iatrogénie médicamenteuse est développé en annexe 2

2.2.3 Amélioration de l’observance

Le pharmacien d’officine, interlocuteur de proximité, est le dernier acteur de la chaîne visant à mettre en place un traitement puisqu’il en est le dispensateur.

Le rôle du pharmacien pour améliorer l’observance des traitements médicamenteux a fait l’objet d’un rapport détaillé :

http://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_1_observance_medicamentouse_VF_CORR_DGS_2016.02.09.pdf.

Ce rapport rappelle les causes et les conséquences de la non observance d’un traitement et montre que le rôle du pharmacien est majeur, tant au niveau de la détection de la non observance que dans la participation aux actions d’information et d’éducation thérapeutique du patient.

Son impact sur le processus décisionnel d’adhésion et sur le suivi du traitement est essentiel et fait appel à ses compétences professionnelles, au respect des patients, à sa capacité à motiver, à son écoute.

2.2.4 Conseil, information et suivi des traitements

En ce qui concerne les entretiens pharmaceutiques pour la surveillance de certains traitements (traitements anticoagulants et traitement de l’asthme), des conventions ont été signées entre les syndicats pharmaceutiques et la CNAMTS. La surveillance des diabétiques devrait être rapidement mise en place compte tenu de la gravité de cette pathologie chronique.

Outre l’amélioration de l’état sanitaire des malades, le double enjeu est le retardement ou la suppression de pathologies associées et la diminution du nombre de journées d’hospitalisation induites par les écarts dans le suivi des traitements.

2.3 Apport du pharmacien à la prévention secondaire

2.3.1 Aides au diagnostic

Il existe deux sortes de dispositifs d’aide au diagnostic, les tests rapides d’orientation diagnostique (TROD), exécutés par un professionnel et les autotests, réalisés par l’intéressé.

Le pharmacien a, comme pour les médicaments sans ordonnance, la connaissance et l’expertise pour expliquer l’intérêt du test, ses limites, et aider à l’interprétation des résultats.

Par l'arrêté du 11 juin 2013, les pharmaciens d'officine disposaient des tests d'orientation diagnostique pour le diabète, les angines à streptocoques du groupe A et la grippe. L'arrêté du 1er août 2016 a confirmé l'implication des pharmaciens dans ces TROD (JORF n°0181 du 5 août 2016).

Par ailleurs, des autotests de dépistage du VIH ont été mis à la disposition du public.

L'apport du pharmacien est d'accompagner leur dispensation et l'interprétation, et d'informer l'intéressé que cet autotest ne se substitue pas aux autres dispositifs de dépistage.

Il serait souhaitable qu'une réflexion soit engagée sur l'avenir des TROD.

2.3.2 Les pharmaciens et les techniques d'information et de communication en santé

L'avènement de la révolution informatique et numérique devrait modifier les modes de prises en charge et la structure d'organisation du système de santé.

Régulation, prévention, information, automédication, dépistage, formation, peuvent être aidées considérablement par les TICS (Technologies de l'Information et de la Communication en Santé), utilisables directement et selon les domaines par le public, par les « assistants sanitaires » et par les professionnels de santé dont les pharmaciens.

L'information passe désormais de façon massive par internet, qui n'est toutefois pas accessible à tous, en particulier à beaucoup de personnes âgées. Les pharmaciens sont là pour informer sur les médicaments et aider le public pour l'automédication. Rappelons qu'il existe plusieurs sites internet comme ordre.pharmacien.fr, cespharm.fr, meddispar.fr.

En ce qui concerne les objets connectés, ceux disposant du statut réglementaire de dispositif médical ou visant au maintien à domicile peuvent actuellement être délivrés en officine.

2.4 Apport du pharmacien à la prévention secondaire et tertiaire : L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

L'OMS-Europe, en 1998, en a proposé la définition suivante : « *L'ETP vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique* ». ⁶

L'ETP, approche pluridisciplinaire, s'intègre dans le processus continu de prise en charge, elle répond à une demande de **prévention secondaire et tertiaire**.

Elle permet au patient d'acquérir des capacités nouvelles afin de mieux gérer son traitement, de renforcer sa motivation, d'améliorer l'adhésion au traitement, d'être plus autonome, de prévenir et limiter certaines complications dues à sa maladie et, enfin, d'améliorer sa qualité de vie

L'ETP fait partie des nouvelles missions du pharmacien depuis la loi Hôpital-Patients-Santé-Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 – article 84 et, depuis cette date, de nombreux programmes sont organisés par des pharmaciens hospitaliers ou d'officine, mais également par des biologistes médicaux, ou même dirigés par eux en collaboration avec d'autres professionnels de santé, surtout en milieu hospitalier.

Suite au rapport de la Commission « *Enseignement et Développement Professionnel Continu* » de l'Académie nationale de Pharmacie est présenté, en annexe 3, un état de situation du rôle des pharmaciens dans l'ETP par Yvette POURCELOT, sa présidente. Il montre que le pharmacien, spécialiste

⁶ Rapport OMS-Europe, Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Field for Chronic Disease, 1996, traduit en français en 1998)

du médicament, au contact direct des patients, joue un rôle spécifique et essentiel en milieux hospitalier et ambulatoire. Le pharmacien contribue pleinement, en partenariat avec le patient et les autres professionnels de santé, à cette stratégie prioritaire nationale. Ces travaux ont été à l'origine des Recommandations émises par l'Académie en 2013 (annexe 4).

[http://www.acadpharm.org/dos_public/Recommandations ETP VF 2014.pdf](http://www.acadpharm.org/dos_public/Recommandations_ETP_VF_2014.pdf).

En milieu hospitalier, le pharmacien en est souvent le précurseur voire le promoteur sachant qu'il bénéficie dorénavant d'une formation initiale obligatoire et spécifique dans le domaine de l'ETP. Il est aidé dans cette nouvelle mission et ce rôle d'accompagnement par des équipements informatiques dont il dispose comme le DP.

Les UFR Pharmacie ont une réelle mission d'expertise dans ce domaine, comme Jean-Michel SCHERRMANN, Doyen de l'UFR Pharmacie Paris Descartes, le souligne ; les UFR savent s'adapter de par leur recrutement, les récentes réformes, la diversité des pédagogies coordonnées autour des grandes thématiques santé, une pluridisciplinarité accentuée, une mutualisation de certains enseignements autour du médicament et du patient, de nouvelles formations obligatoires en ETP.

C'est essentiellement dans le domaine de l'endocrinologie, et surtout du diabète, que des programmes ont été proposés aux patients atteints de maladies chroniques.

D'autres pathologies ont fait également l'objet de programmes (maladies rénales, cardiovasculaires, cancers, hémophilie, sida...) :

- dans les maladies rénales, des programmes d'ETP organisés pour des patients dépistés précocement contribuent à la prévention secondaire contre l'insuffisance rénale chronique, de même, pour les maladies cardiovasculaires pour lesquelles des programmes d'ETP ont été développés en prévention secondaire des accidents cardiovasculaires ou neurovasculaires (AVC).
- deux exemples concrets, présentés en annexe 5, sur l'implication des pharmaciens hospitaliers dans des programmes d'ETP autorisés par l'ARS montrent que le pharmacien peut avoir un rôle central dans la prise en charge médicamenteuse de certaines pathologies comme le sida ou encore l'hémophilie.

L'ETP permet de développer une complémentarité, un nouveau partenariat professionnels de santé/patient. L'optimisation des traitements et des soins passe par une plus grande cohésion interprofessionnelle et pluridisciplinaire. Les compétences théoriques et les expériences pratiques doivent améliorer la qualité, la sécurité et le suivi du parcours de soins dans le cadre des maladies chroniques et des affections de longue durée.

2.5 Apport du pharmacien à la promotion de la santé (prévention universelle)

La promotion de la santé est un domaine où les pharmaciens et les biologistes médicaux de proximité ont toute leur place en mettant en place des actions nouvelles ou en intégrant des programmes développés à l'échelon de leur territoire.

2.5.1 Une approche transversale et globale

L'exemple de l'Institut de promotion de la santé (IPS) de Trappes (Yvelines) est intéressant car il est basé sur une approche nouvelle, à la fois transversale et globale, grâce à un ex-pharmacien d'officine (annexe 6).

Cet institut a développé des actions en travaillant sur cinq axes : coordination du parcours de santé des patients atteints de maladies graves ou chroniques, santé des jeunes, santé mentale, handicap et seniors, bien-être et environnement.

Cette institution qui, au départ, était plus centrée sur des actions de prévention, a développé des actions de promotion de la santé en mobilisant les habitants les plus précaires pour les rendre acteurs de leur propre santé.

2.5.2 Lutte contre les addictions et promotion des gestes de prévention

Les pharmaciens peuvent participer à tous les types de prévention (primaire, secondaire et tertiaire), y compris de promotion de la santé (prévention universelle).

Les pharmaciens d'officine notamment, sont bien placés pour cette promotion. Leur implication peut prendre des formes diverses - information en vitrine, affiches, documents à distribuer, moyens modernes de communication. La pharmacie d'officine, avec plus de quatre millions de personnes vues par jour, peut donc être un formidable relais dans la lutte contre les addictions et la promotion des gestes de prévention.

D'après le Baromètre Santé de l'INPES déjà ancien (2005), les pharmaciens, en contact avec le public, sont prêts à parler, à 77 %, du tabagisme, 53,4 % de la prévention du SIDA, 47,3 % de nutrition, plus difficilement, 30,7 %, de l'alcoolisme.

C'est essentiellement le manque de temps 49 %, la résistance des patients 24 %, le manque de formation spécifique 12,5 %, qui obèrent une plus grande implication des pharmaciens dans ces actions d'information voire d'éducation.

Il serait donc intéressant de rechercher les moyens de lever ces barrières pour faciliter leur implication à ces enjeux de santé publique.

2.5.3 Promotion de l'activité physique et sportive

« Le sport sur ordonnance » (Cf. annexe 7)

Trois rapports de l'Académie nationale de médecine ont récemment insisté sur l'importance d'une activité physique et sportive à tous les âges de la vie :

- dès l'entrée dans le système scolaire ;
- chez l'enfant et l'adolescent ;
- chez les seniors et les personnes âgées.

Le pharmacien et le biologiste médical peuvent justifier auprès du public, des pouvoirs publics locaux (mairie, système scolaire, système hospitalier...) des mouvements associatifs etc., de l'importance de la lutte contre la sédentarité et des bienfaits de l'activité physique et sportive en lien avec l'organisation scolaire.

Le pharmacien peut être aussi un promoteur auprès des associations qui regroupent des enfants de milieux défavorisés et souvent déscolarisés et militent pour « **l'éducation par le sport** » cumulant les effets bénéfiques du sport au point de vue physique et aussi social.

Les pharmaciens doivent s'informer de l'existence de telles associations au niveau local et signaler aux parents, enseignants, instances civiles (communes, départements...) l'intérêt de telles initiatives. Ils peuvent également y participer.

La loi de modernisation du système de santé, dans son article 144 (art. L. 1172-1⁷ du code de la santé publique), conforte les actions en faveur des activités physiques et sportives avec la création du « sport sur ordonnance » autorisant les médecins à prescrire des activités physiques adaptées aux neuf millions

⁷Art. L. 1172-1. – Dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. « Les activités physiques adaptées sont dispensées dans des conditions prévues par décret. »

de personnes atteintes de maladies chroniques et bénéficiant d'une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie au titre des affections de longue durée [ALD] (diabète, insuffisance cardiaque, Parkinson...). Un décret précisera cette avancée, et les modalités de remboursement. Des expériences existent dans le secteur privé soutenues par des compagnies d'assurances. Le quotidien « *L'Équipe* » [n°22437 du 23/12/2015] présente ces projets qui doivent être très soutenus, la pratique d'une activité physique et sportive adaptée à l'âge des bien-portants et au type d'affection pour les malades ayant prouvé son efficacité.

2.5.4 Lutte contre le dopage

Par ailleurs, les pharmaciens et les biologistes médicaux, promoteurs du sport pour le développement du capital santé tout au long de la vie, se doivent **de lutter contre le dopage** particulièrement en veillant à la composition et à la délivrance des compléments alimentaires. Un partenariat entre l'Ordre des Pharmaciens et le Ministère de la Jeunesse, des Sports, et de la vie associative, la MILDECA et l'AMPD du Languedoc Roussillon a permis au CESPARM d'élaborer des outils téléchargeables et qui peuvent être consultés sur le site www.Cespharm.fr

La norme AFNOR NF V94-001 garantit que « *les compléments alimentaires destinés aux sportifs sont dépourvus de substances interdites pouvant conduire à un contrôle antidopage positif* ».

2.5.5 Éducation à la santé

Les pharmaciens et les biologistes médicaux entrant fréquemment en contact avec les familles doivent les informer de ces questions dans le cadre de l'**éducation à la santé** des enfants et des adolescents.

Éducation à la santé dès l'école primaire en lien avec les familles, contact privilégié des pharmaciens.

Les pharmaciens, à l'échelon local, doivent agir de concert avec les parents, les enseignants et les médecins scolaires pour améliorer et promouvoir l'**éducation à la santé à l'école**.

Jusqu'ici le fonctionnement en silo, avec peu de relations entre les autorités en charge de la santé publique et celles en charge de l'éducation nationale n'a pas permis un développement à sa juste mesure d'une éducation à la santé, dès les petites classes. Les tentatives se sont heurtées à l'opposition de nombreux enseignants. L'espoir vient aujourd'hui d'une récente circulaire de l'Éducation nationale (n°2016-008 du 28 janvier 2016 – Cf. annexe 8). Elle permet la mise en place d'un parcours éducatif de santé, pour tous les élèves, parcours figurant d'ailleurs dans la loi de Santé.

De plus, il y a nécessité de repenser totalement le **système de santé scolaire**. Il serait légitime qu'il soit rattaché au Ministère chargé de la Santé. Le constat est alarmant, la médecine scolaire est presque sinistrée, les infirmières scolaires trop peu nombreuses, les infrastructures sont inexistantes. Or, c'est dès le plus jeune âge qu'il faut être attentif à la santé et qu'il faut promouvoir les bons comportements.

Et dans l'enseignement secondaire, supérieur et professionnel

Il faut militer pour la mise en place de consultations de prévention tous les cinq ans jusqu'à 20 ans et tous les 10 ans ensuite, pour dépister le tabagisme, l'alcoolisme, l'usage du cannabis, en particulier la « beuverie express » des jeunes. (On pourra lire à ce propos le 2^{ème} rapport du GT pluridisciplinaire et pluriprofessionnel « Prévention en santé chez les adolescents », adopté par l'Académie nationale de médecine en 2014⁸).

⁸<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2014/06/DreuxPr%C3%A9vention-rapport-17.6.14final1.pdf>

Et aux âges seniors

Cependant, nul est besoin de dire que cette éducation à la santé doit se poursuivre tout au long de la vie avec des **consultations pluridisciplinaires et gratuites**.

De même la consultation prévention des jeunes seniors (45-50 ans) (voir le 3^{ème} Rapport du GT adopté par l'Académie nationale de médecine en 2015) est capitale⁸.

2.6 Comment améliorer la situation : le rapport de l'Académie sur les missions d'intérêts publics du pharmacien

Un récent rapport établi à la demande du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (DGS) par l'Académie nationale de Pharmacie « *Mission d'intérêt public du pharmacien et qualité des services en officine* »⁹ insiste sur l'implication forte des pharmaciens d'officine qui, d'ailleurs, « *sont tenus de contribuer à la prévention (art. L.5125-1-1A du Code de la santé publique) au titre des soins de premier recours (art. L. 1441-11 CSP)* » : les pharmaciens disposent à cet effet des services du CESPARM. Le CESPARM organise ou contribue à des campagnes de prévention en association avec des organismes officiels (Agence nationale de santé publique, INCa ou des associations de professionnels ou de patients).

Dans le cadre du DPC, les programmes de formation proposés aux pharmaciens et biologistes médicaux dans les différents domaines de la prévention doivent être renforcés.

Dans ce rapport, l'Académie nationale de Pharmacie insiste sur l'importance de **la vitrine des pharmacies d'officine**, qui « *reste encore trop souvent beaucoup plus commerciale qu'informative* ». « *Une réflexion (suivie d'action) doit s'engager avec la profession et les autorités de tutelle afin de promouvoir la vitrine comme outil d'information pour la prévention* ». Dès lors, le CESPARM a proposé un programme intitulé « *Vitrines de prévention et d'éducation pour la Santé* ». Ce programme continue en 2016 quoique moins de 2 000 pharmaciens, officinaux et biologistes soient adhérents actuellement ; cet axe « vitrines » doit vraiment être développé !

Le rapport insiste également sur le besoin de **coordination des rôles** en matière de prévention afin de « *surmonter les obstacles souvent évoqués par les professionnels de santé impliqués (manque de temps, de définition des champs d'intervention, d'encouragements de la profession sur le rôle des pharmaciens dans la prévention....)* » et d'en garantir la qualité.

Le rapport insiste sur la nécessité de

- *mieux définir les actions de prévention prioritaires à mettre en place sur la base de leur rapport coût/efficacité et de leur niveau de preuves disponibles dans la littérature internationale ainsi que le recommande l'Académie nationale de médecine ;*
- *de préciser le rôle des différents acteurs, les conditions et les formations éventuellement requises pour leurs interventions ;*
- *de coordonner les actions et planifier les moyens nécessaires à la mise en place de ces actions et des différentes interventions en matière de prévention ».*

⁸<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2014/06/DreuxPr%C3%A9vention-rapport-17.6.14final1.pdf>

⁹Rapport adopté par le Conseil de l'Académie le 24/09/2014 établi par un groupe de travail ad hoc composé de A. ASTIER, F. BLANCHET, M. DAHAN, F. MEGERLIN, J.-L. DELMAS, Ph. LIEBERMAN, C.-E. MAUFFRÉ, R. MOREAU, D. ROQUIER-CHARLES - www.acadpharm.org

Quoiqu'il s'agisse d'un sujet qui n'est pas dans les préoccupations habituelles de l'Académie, il est important d'insister sur la nécessité d'une rémunération équilibrée et viable pour les opérateurs, puisque ce sera la condition pour que ces actions prennent corps. On peut souhaiter un type de rémunération du même type que celui défini pour les actions de prévention mises en place depuis plusieurs années pour les médecins dans le cadre du ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique). En effet, cette implication nécessite une formation spécifique. Elle a des conséquences sur l'économie de l'officine, puisqu'elle nécessite un investissement en temps de formation pour les titulaires et les adjoints d'officine ou pour les biologistes médicaux. Peut-être l'expérience des pharmaciens canadiens avec leur consultation pharmaceutique pourrait-elle servir d'exemple ?

Les études de « **prévention par les preuves** », avec les calculs de coût/efficacité d'un double point de vue économique et de santé publique, doivent être engagées sans délai comme le recommande l'Académie nationale de médecine depuis 2013¹⁰.

2.7 Préalable à l'action des pharmaciens dans la prévention en santé

Les pharmaciens peuvent, *a priori*, aborder tous les thèmes de la prévention en santé en collaboration avec les professionnels de santé et en priorité avec les médecins généralistes et les spécialistes. Cependant, ceci nécessite préalablement :

- **une formation spécifique continue renforcée** dans le cadre du DPC par exemple. Cette formation doit inclure des aspects psychologiques, sociologiques, comportementaux, qui peuvent bénéficier de la collaboration avec des spécialistes de Sciences humaines (en formation initiale, ces aspects doivent d'ailleurs faire partie des études de base et dans les conditions d'accès aux études pharmaceutiques) ;
- **l'optimisation de l'image de marque des pharmaciens en contact avec le public** : vitrines, agencement des lieux fréquentés par le public, espaces de confidentialité... ;
- **la participation aux campagnes de prévention et de santé publique** en général avec l'aide notamment du CESPARM qui renforce les campagnes nationales de l'ANSP, de la Fédération des Diabétiques, de l'Institut national du Cancer, de la Fédération de Cardiologie, etc.

¹⁰ Rapport de l'Académie nationale de médecine : la culture de prévention en santé, des questions fondamentales. Bull.Acad.nat.Med. 2013; **197**, 1437-1465

3. RÔLE DES BIOLOGISTES MÉDICAUX DANS LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION EN SANTÉ

3.1 Introduction

Dans les domaines de la prévention en santé, l'action des biologistes médicaux de proximité s'apparente à celle des pharmaciens d'officine. D'origine médicale ou pharmaceutique, en relation avec les médecins généralistes de leur secteur, ils doivent être des acteurs de ces actions de Santé publique. C'est plus difficile pour les biologistes qui exercent dans des laboratoires de biologie médicale opérant davantage sur un mode industriel, implantés en France ou en Europe, ignorant souvent l'esprit de la loi du 30 mai 2013 créant la Biologie médicale.

La Commission nationale de Biologie médicale créée par le décret 2015-1152 du 16 septembre 2015, deux ans après la promulgation de la loi, devra veiller au respect de la loi.

Les biologistes médicaux de proximité, en contact avec les patients lors de la phase de prélèvement et surtout de remise des résultats, peuvent être des acteurs efficaces dans les conseils aux patients en liaison étroite avec les prescripteurs d'examens.

Ils peuvent en particulier être associés aux campagnes de prévention et de dépistage précoce telles que celles concernant le diabète, l'insuffisance rénale, les maladies cardio-vasculaires ou musculo-squelettiques (ostéoporose...), les cancers. N'oublions pas que la biologie médicale et l'imagerie jouent un rôle essentiel dans le diagnostic et la surveillance du traitement de nombreuses maladies. Ce rôle doit se développer dans le domaine de la prévention et bientôt de la prédiction de certaines pathologies, notamment à composante génétique.

Comme les pharmaciens d'officine ont commencé à le faire dans le cadre des conventions avec la CNAMTS (surveillance des traitements par les anti-vitamine K et dans l'asthme), les biologistes médicaux de proximité pourraient contribuer à l'amélioration de la situation s'ils obtenaient le droit de pratiquer des entretiens de prévention et de dépistage.

Le décret du 26 janvier 2016 définissant les conditions d'exercice de la biologie médicale devrait leur donner les moyens d'agir dans les domaines de la santé publique.

3.2 Place des biologistes médicaux dans la prévention et la promotion de la santé

L'ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010, ratifiée par la loi 2013-442 du 30 mai 2013, modifie l'article L 6211-1 du code de la santé publique : « Un examen de biologie médicale est un acte médical qui concourt à la prévention, au dépistage, au diagnostic ou à l'évaluation du risque de survenue d'états pathologiques, à la décision et à la prise en charge thérapeutiques, à la détermination ou au suivi de l'état physiologique ou physiopathologique de l'être humain ». Elles rappellent aussi, comme la Loi de modernisation de notre système de santé n°2016-41 du 26 janvier 2016, que la biologie médicale a sa place dans la prévention en permettant d'identifier les marqueurs de prédisposition génétique et l'exposition à des conditions environnementales, au stade asymptomatique d'une maladie. Les actions du

biologiste médical, de concert avec son collègue clinicien-traitant, sont, au quotidien, décisives pour le parcours de prévention. Ces actions peuvent aussi concerner une famille ou une fratrie au sein de laquelle un facteur de risque génomique a été identifié ou une population dans laquelle le comportement environnemental est facteur de risque d'une pathologie infectieuse ou d'une maladie chronique non transmissible.

3.2.1 Prévention et détection prénatales, néonatales et maladies génétiques

Les importants acquis technologiques en examens de biologie médicale (EBM) permettent la prévention par diagnostic prénatal de maladies génétiques pour toute grossesse à risque, en particulier la trisomie 21. Ce diagnostic précoce permet une décision rapide sur le devenir de la grossesse, ou un traitement préventif *in utero*, comme par exemple dans les déficits immunitaires.

Des techniques moins invasives sont maintenant disponibles pour les diagnostics d'incompatibilité foeto-maternelle (maladie hémolytique du nouveau-né, thrombopénies) permettant leur prise en charge précoce. Comment diagnostiquer et traiter les maladies du saignement sans une biologie médicale spécialisée liée à une prise en charge spécifique comme par exemple dans l'hémophilie ? L'hypothyroïdie congénitale, la plus fréquente par dysgénésie de la glande thyroïde, survient en France chaque année chez environ 3 750 nouveau-nés. Son dépistage systématique et obligatoire par biologie médicale, opposable à tout nouveau-né en France depuis 1978, permet de prévenir un retard du développement psychomoteur et de la croissance irréversible, grâce au traitement par lévothyroxine institué dans les deux premières semaines de vie. Les exemples de dépistage néonatal de maladies métaboliques sont nombreux, toutes améliorées par un traitement précoce, à l'instar du test de Guthrie, rendu obligatoire dès la fin des années 60, qui dépiste tout phénylcétonurique.

3.2.2 Prévention de l'extension des maladies transmissibles

L'actualité (épidémies à virus Ebola, Zika) démontre, si nécessaire, la place d'une biologie médicale de proximité, performante et organisée. Les campagnes de dépistage, à l'initiative des biologistes médicaux, en particulier celle de l'hépatite à VHC, ont été exemplaires et devraient être poursuivies. Les TROD pour le dépistage des infections à VIH sont pertinents pour les actions de prévention mais ils doivent être complétés par des examens de biologie médicale pour un diagnostic de certitude, un typage du virus et la mise en place d'un traitement efficace et adapté.

La biologie médicale est aussi importante pour le dépistage des maladies « voyageuses » : outre Zika, Chikungunya, Dengue, paludisme...

De même elle permet, après identification de staphylocoques ou bacilles de Koch multi-résistants, de prendre des mesures adaptées pour en limiter l'extension et assurer la protection du personnel soignant.

3.2.3 Détection des maladies chroniques non transmissibles (MCNT dans la nomenclature OMS) au stade asymptomatique

Ces pathologies à forte composante héréditaire, comportementale et environnementale telles les maladies cardiovasculaires, pulmonaires chroniques, le diabète sucré, les cancers, les insuffisances rénales, les pathologies ostéo-articulaires ou les maladies auto-immunes peuvent bénéficier d'une prévention précoce étayée par des preuves "Evidence-Based Prevention" en utilisant notamment des analyses génomiques. Les examens qualitatif et quantitatif des biomarqueurs nucléotidiques extracellulaires (tests basés sur la détection des ADN tumoraux circulants (ADNtc) et des *miARN*, capables de détecter les petites tumeurs résiduelles qui persistent après les traitements, permettent d'identifier les patients à haut risque de rechute). Par leur précocité et leur spécificité, ces tests sont décisifs pour le dépistage, le diagnostic, la stratégie thérapeutique et le suivi des cancers (sein, prostate, colorectal notamment). Effectués à partir de prélèvements dits non-invasifs, ces examens pratiqués au sein de plateformes de biologie médicale accréditées, avec le dialogue bioclinique qui l'accompagne, sont porteurs de progrès.

La détection précoce du diabète juvénile peut être simplifiée par la mesure du taux d'HbA1c qui a l'avantage par rapport à la glycémie de ne pas nécessiter d'être à jeun. Chez l'enfant ou l'adulte, l'examen biologique de la créatinémie devrait être obligatoire car il dépiste l'insuffisance rénale chronique infra-clinique qui, elle aussi, a fait l'objet d'une campagne de dépistage par les biologistes médicaux, en liaison avec les associations de patients et les Académies nationales de médecine et de Pharmacie. Des biomarqueurs de la maladie d'Alzheimer, d'insuffisance cardiaque, de maladies orphelines sont efficaces pour un dépistage du risque, un diagnostic précoce et leur prise en charge rapide.

3.2.4 Détection des facteurs de risque

L'OMS, dans un rapport de 2002 sur l'état de santé du monde les définissait ainsi : «*Un facteur de risque est comme tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme* ». Les facteurs de risque les plus importants sont par exemple, le déficit ou l'excès pondéral, les rapports sexuels non protégés, l'hypertension artérielle, la consommation de tabac ou d'alcool, l'eau non potable, l'insuffisance de l'hygiène ou de l'assainissement.

Les biomarqueurs spécifiques qui peuvent permettre de déceler, à un stade infra-imagerie, des cancers digestifs, prostatiques ou génitaux chez les femmes, sont une aide précieuse au dépistage, - au-delà de la polémique sur les « alertes inutiles » - au diagnostic et au suivi thérapeutique de ces pathologies pour lesquelles la morbidité est élevée en cas de diagnostic tardif. Les habitudes alimentaires changeant avec les époques et la mode, les carences en fer sont maintenant fréquentes chez les femmes jeunes. Leur diagnostic et leur traitement sont simples et bénéfiques pour le maintien en bonne santé. Des tests spécifiques permettent aujourd'hui d'identifier les intolérances alimentaires et les allergies très préjudiciables notamment chez l'enfant. De même l'excès de fer aboutissant à l'hémochromatose à l'âge de 30-40 ans peut être dépistée dès 18 ans et traitée (recommandations HAS). Une partie de la réduction de la mortalité cardiovasculaire est le résultat du dépistage et du traitement des dyslipidémies (American Heart Association, American College of Cardiology).

Des équations incluant des données biologiques sont disponibles pour une estimation du risque pour une personne de développer une pathologie cardiovasculaire, une insuffisance rénale ou pulmonaire, toutes pathologies accessibles à une prévention précoce. Pour rappel également, les biologistes médicaux jouent un rôle clef dans la prévention de la toxoplasmose congénitale en assurant le dépistage sérologique obligatoire des femmes enceintes. Pour les maladies génétiques à révélation tardive, la mise à disposition prochaine de tests indiquant le profil « omiques » et « mARN circulants » d'une personne fourniront au biologiste médical, en coopération avec le médecin en charge des soins de cette personne, des informations majeures pour guider la prévention du risque fondée sur les preuves.

3.2.5 Centres de ressources biologiques (CRB), biobanques

La biologie a permis de simplifier le diagnostic de certaines anomalies chromosomiques grâce à des tests sanguins, de faire des avancées dans le diagnostic de maladie d'Alzheimer, dans la menace d'infarctus du myocarde et d'insuffisance cardiaque.

Les anciens et nouveaux biomarqueurs ont besoin d'être validés dans différentes situations cliniques. La création de collections (biobanques accréditées) d'échantillons de sang, d'urine, d'ADN de plusieurs milliers de patients, dont les caractéristiques cliniques sont parfaitement définies, permet de réévaluer les biomarqueurs historiques ou d'évaluer les nouveaux.

3.2.6 Importance de la qualité en Biologie Médicale

La pratique professionnelle en biologie médicale est soumise à une accréditation obligatoire par le Comité Français d'Accréditation (norme EN ISO 15189) qui réduit largement les variations inter-laboratoires, ce qui accroît la rigueur, l'exactitude, la pertinence et la sécurité de tout EBM. Le biologiste médical, compétent pour interpréter chacun des biomarqueurs, informe et conseille son interlocuteur sur les risques potentiels pour sa santé. La biologie médicale joue un rôle central dans la validation des autotests, dans l'adaptation des traitements anticoagulants, même si les nouveaux anticoagulants oraux ouvrent des perspectives de prise en charge plus sécurisées de cet objectif thérapeutique (ANSM). Une thèse d'État de Docteur en Médecine soutenue le 1^{er} octobre 2014 par Olivier DEMARCQ démontre que la qualité prouvée par l'accréditation est un élément de prévention évitant les conséquences malheureuses liées à des erreurs dans les phases pré- et post- analytiques.

3.3 Rassembler les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée

La loi de modernisation de notre système de santé a pour titre liminaire : « Rassembler les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée ». Ce titre reprend donc bien le paradigme d'un système de santé cohérent réunissant les différentes disciplines parmi lesquelles la biologie médicale et son rôle décisif dans les domaines de la prévention, du diagnostic et du traitement.

En prévention de la santé, elle est associée ou même confondue avec les procédures de dépistage comme indiqué plus haut. Dans la Loi **2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé**, le Titre I « *Renforcer la prévention et la promotion de la santé* », traite (article 39) des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD). Dans son Titre III chapitre III « *Innover pour la qualité des pratiques, le bon usage du médicament et la sécurité des soins* » elle confie à la HAS (article 143) la mission d'élaborer des fiches de bon usage des médicaments et un « guide de stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces ». Cet aspect est donc en complète cohérence avec le rôle du biologiste médical défini par la Loi n°2013-442. Pour rappel, d'un point de vue épidémiologique, notre patrimoine génétique, notre bagage épigénétique, notre comportement et notre environnement constituent à des degrés variables les quatre composantes déterminantes dans le basculement de l'état de bonne santé vers celui de la maladie.

* *
*
*
*

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Rapporteur :

Claude DREUX, Membre et Président honoraire 1997 de l'Académie nationale de Pharmacie, Membre de l'Académie nationale de médecine

Membres :

Alain ASTIER,

Fabienne BLANCHET,

François CHAST,

Muriel DAHAN,

Jean-Luc DELMAS,

Claude DREUX

Françoise FALHUN,

Jean-Gérard GOBERT,

Georges HAZEBROUCQ,

Francis MEGERLIN,

Eric POSTAIRE,

Yvette POURCELOT-ROUBEAU,

Yvan TOUITOU,

François TRIVIN,

Claude VIGNERON,

Jean-Luc WAUTIER

Invitée :

Catherine REY-QUINIO

CONTRIBUTIONS ACADÉMIQUES

Séances thématiques

- | | |
|------------|--|
| 17.10.2012 | <i>La vaccination : un acte individuel de prévention pour un bénéfice collectif</i>
(sous le haut patronage de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé) |
| 06.02.2015 | <i>Épidémies, Vaccination et Société</i> – séance bi-académique (Académie nationale de Pharmacie et Académie des Sciences d’outre-mer) |

Rapports

- | | |
|----------------|---|
| Février 2011 | <i>Le rôle du pharmacien dans la prise en charge de la vaccination – rapport émis à la demande du Ministère chargé de la Santé</i> |
| Septembre 2014 | <i>Missions d’intérêt public du pharmacien et qualité des services en officine</i> – rapport émis à la demande du Ministère des Affaires sociales et de la Santé (DGS) |
| Décembre 2015 | <i>Observance des traitements médicamenteux en France</i> – rapport émis à la demande du Ministère des Affaires sociales, de la santé et du droit des femmes (DGS) |

Recommandations et avis

- | | |
|----------|--|
| 2010 | <i>Plan Prévention, Éducation à la Santé à l’école</i>
adoptées le 3 novembre 2010 et révision des recommandations en avril 2014 |
| 2013 | <i>Éducation thérapeutique du patient</i>
adoptées par les Conseils du 10 avril et 22 mai 2013 et révision des recommandations en avril 2014 |
| Mai 2015 | <i>Vaccination par les pharmaciens : pourquoi ? comment ?</i>
argumentaire de l’Académie nationale de Pharmacie accompagnant le communiqué du 4 mai 2015 |
| Mai 2015 | <i>Améliorer la couverture vaccinale. Vaccination en pharmacie sur des modèles étrangers ?</i>
communiqué du 4 mai 2015 |

ANNEXES

Annexe 1 : Vaccination par les pharmaciens - Des objectifs, un cadre, un environnement, des règles

F. CHAST, (Janvier 2015)

La vaccination est l'un des grands succès des politiques de santé. Elle constitue un moyen efficace et reconnu de protection contre les maladies infectieuses. La vaccination d'un grand nombre de personnes dès le plus jeune âge a entraîné une nette diminution des maladies infectieuses à prévention vaccinale qui, pour certaines, ont ainsi disparu de la mémoire collective. Des millions de vies ont pu être sauvées grâce à ce geste de prévention¹¹.

En France, les pasteuriens ont sans cesse œuvré depuis 150 ans pour développer la vaccination (Pasteur, Roux, Ramon, Calmette et Guérin, Mérieux, Lépine, etc.) et minimiser la transmission des maladies infectieuses, voire aller vers leur élimination. L'éradication de la variole a montré que c'était possible. Cet objectif ne peut être atteint que si chacun recourt à la vaccination pour se protéger mais aussi pour protéger les autres, enfants et adultes, sachant que parmi les plus fragiles, certains ne peuvent être vaccinés du fait de leur âge ou de leur état de santé. Pourtant, la France est un pays où se développe le doute, où des résistances farouches à la vaccination ont supplanté l'enthousiasme de naguère.

De nouveaux outils doivent être mis en place afin de développer la couverture vaccinale en France, parmi lesquels figure la vaccination par les pharmaciens.

Couverture vaccinale en France

La couverture vaccinale correspond à la proportion de personnes vaccinées dans une population donnée à un moment donné. Sa mesure est nécessaire pour savoir si le programme de vaccination est correctement appliqué.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a confié à l'InVS la mission de suivre et d'évaluer la couverture vaccinale pour tous les vaccins et dans tous les groupes cibles. La réalisation de ce travail s'effectue à partir de différentes sources de données dont l'analyse, mise à jour régulièrement, ainsi que les enquêtes ponctuelles permettent de suivre la progression de la couverture vaccinale au cours du temps.

Cette évaluation doit s'adapter à l'évolution des recommandations vaccinales révisées annuellement et publiées par le ministère de la Santé.

En 2013, un calendrier des vaccinations simplifié a été mis en place, comportant moins d'injections pour les enfants et des rendez-vous moins fréquents et plus simples à mémoriser pour les adultes.

Les couvertures vaccinales observées en France sont insuffisantes notamment chez les adolescents et les adultes pour permettre le contrôle, voire l'élimination des maladies, et ne permettent pas l'installation d'une immunité de groupe, nécessaire pour protéger les personnes les plus vulnérables (notamment les nourrissons).

¹¹ Cette problématique a donné lieu en 2014 à une étude internationale comparée sur 54 pays - F. MEGERLIN « La vaccination par le pharmacien : expérience internationale », Ann Pharm françaises (à paraître)

Il semble nécessaire d'élargir l'offre de vaccination pour atteindre les Français à différentes étapes de leur parcours de soin ou par des actions de proximité en élargissant les compétences des sages-femmes et des pharmaciens et en les impliquant plus dans la politique vaccinale.

La simplification du parcours vaccinal a déjà été engagée pour la vaccination antigrippale permettant chaque année à 10 millions de personnes de retirer son vaccin à la pharmacie puis à se faire vacciner par leur médecin ou infirmier, sans consultation préalable¹².

DIPHTÉRIE - TÉTANOS - POLIOMYÉLITE

Alors que ces trois maladies sont plutôt bien couvertes par la vaccination des tout-petits, il n'en est pas de même des aînés.

La couverture vaccinale à l'égard de la diphtérie, du tétanos, de la poliomyélite (DTP) et de la coqueluche, à l'âge de neuf mois, est présentée pour la France, sur la période 2008-2012¹³ dans le tableau ci-dessous :

	2008	2009	2010	2011	2012
DT 3 doses	96,5%	96,5%	96,2%	96,5%	96,7%
Polio 3 doses	96,5%	96,5%	96,2%	96,5%	96,7%
Coqueluche 3 doses	96,1%	96,2%	95,9%	96,2%	96,4%

La couverture vaccinale DTP chez les personnes âgées de plus de 16 ans, enquête Santé et protection sociale, France, 2002 est présentée dans le tableau ci-dessous (*source : Irdes. Traitement InVS*)¹⁴

	Diphtérie	Tétanos	Poliomyélite
Rappel depuis < 10 ans	29,1%	62,3%	36,1%
Rappel depuis < 15 ans	33,7%	71,2%	41,9%

Il apparaît que la couverture vaccinale, bonne chez les nouveaux nés, reste convenable jusqu'à l'adolescence, mais devient vraiment mauvaise chez les adultes.

Or la vaccination des adultes est un élément déterminant de la maîtrise de toute épidémie (diphtérie, poliomyélite) et de tout risque tétanique d'autant plus sévère que la distance de la vaccination est importante.

GRIPPE

Couverture vaccinale grippe par saison et dans chaque groupe d'âge (*source : CnamTS, régime général*)

¹² Projet de Loi relatif à la Santé – Exposé des motifs - Article 32

¹³ Drees, Remontées des services de PMI – Certificat de santé du 9ème mois. Traitement InVS)

¹⁴ GUTHMANN JP, FONTENEAU L, ANTONA D, LEVY-BRUHL D. La couverture vaccinale diphtérie, tétanos, poliomyélite chez l'adulte en France : résultats de l'enquête Santé et Protection Sociale, 2002. *Bull Epidemiol Hebd* 2007;**51-52**:441-5

Saison	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
< 65 ans à risque	39,4%	47,2%	37,2%	39,5%	39,1%	38,3%
≥ 65 ans	64,8%	63,9%	56,2%	55,2%	53,1%	51,9%
TOTAL	58,7%	60,2%	51,8%	51,7%	50,1%	48,9%

Une étude récente a permis de pointer les principales difficultés d'une amélioration de la couverture vaccinale¹⁵.

L'objectif principal de cette enquête consistait à mesurer la couverture vaccinale contre la grippe 2010-2011 dans quatre groupes cibles, et d'évaluer l'impact éventuel de la polémique ayant entouré la campagne de vaccination contre la grippe pandémique (2009-2010) sur la couverture grippale de l'année suivante (2010-2011).

Au total, 1 083 personnes ont été incluses.

Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus,

- 44 % étaient à jour de leur rappel décennal DTP ;
- 4,8 % déclaraient être vaccinées contre les infections à pneumocoque depuis moins de cinq ans.

Les couvertures vaccinales contre la grippe étaient de

- 71,0 % chez les personnes de 65 ans et plus avec pathologie sous-jacente ;
- 57,8 % chez les personnes de 65 ans et plus sans pathologie sous-jacente ;
- 46,6 % chez les personnes âgées de moins de 65 ans avec pathologie sous-jacente ;
- 27,6 % chez les professionnels de santé.

Les couvertures vaccinales observées sont inférieures à la cible de 75 % dans tous les groupes, ce qui souligne la nécessité de mettre en œuvre les mesures de santé publique susceptibles d'améliorer cette couverture.

ROUGEOLE

La rougeole est une infection virale hautement contagieuse. La transmission se fait essentiellement par voie aérienne. Le virus se transmet soit directement auprès d'un malade soit parfois indirectement en raison de la persistance du virus dans l'air ou sur une surface contaminée par des sécrétions nasopharyngées.

Entre 1985 et 2005, la rougeole était surveillée par le réseau sentinelle de l'INSERM (U. 707). L'introduction, en 1983, d'une dose de vaccin anti-rougeoleux dans le calendrier vaccinal, puis d'une deuxième dose en 1997, ont fait progressivement chuté le nombre de cas de 331 000 en 1986 à 4 448 cas en 2004. La rougeole est redevenue une maladie à déclaration obligatoire en 2005.

¹⁵ GUTHMANN JP. Enquête nationale de couverture vaccinale, France, janvier 2011. Couverture vaccinale contre la grippe saisonnière dans les groupes cibles et mesure de l'efficacité vaccinale. Couverture vaccinale par les vaccins diphtérie-tétanos-poliomyélite (DTP) et anti-pneumococcique chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire; 2011. 21 p.).

En raison de la plus faible circulation virale, le réseau a observé en parallèle une augmentation de l'âge moyen de survenue de la maladie, la proportion de cas de rougeole chez les individus de plus de 10 ans passant de 13 % en 1985 à 62 % en 2002.

Du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2014,

- plus de 23 300 cas de rougeole ont été déclarés en France ;
- dont près de 15 000 cas notifiés pour la seule année 2011 ;
- près de 1 500 cas ont présenté une pneumopathie grave ;
- 34 une complication neurologique (31 encéphalites, 1 myélite, 2 syndromes de Guillain-Barré) ;
- on a enregistré 10 décès.

Le nombre de cas a fortement diminué en 2012 et 2013 (respectivement 859 et 259 cas déclarés). Toutefois la circulation du virus reste toujours active, en particulier dans le Sud-Est de la France.

Le nombre de cas au cours de l'année 2014 est resté stable en comparaison avec l'année 2013, avec 267 cas déclarés, dont près de la moitié en Bretagne (foyers épidémiques actifs en Ile-et-Vilaine au premier semestre 2014). La vérification du statut vaccinal et sa mise à jour avec deux doses de vaccin pour toute personne âgée d'au moins 12 mois, née après 1980, restent nécessaires.

Les Français et la vaccination

D'après une enquête de l'INPES menée en avril 2011, la population française est majoritairement favorable à la vaccination : 81 % des personnes interrogées en avril 2011 y étaient globalement favorables.

Les opinions varient selon la nature de la vaccination, ainsi seulement 1 % des Français se déclaraient défavorables au vaccin ROR et 9 % d'entre eux étaient défavorables à la vaccination contre l'hépatite B (VHB).

D'après le Baromètre Santé 2010 de l'INPES, plus d'un quart (28 %) des Français de 15 à 79 ans ne connaît pas la nature de sa dernière vaccination (48 % parmi les 15-30 ans) et près d'un sur cinq (19 %) estime ne pas être à jour de ses vaccinations.

Ces résultats montrent tout l'intérêt de poursuivre les efforts d'information auprès de la population sur les bénéfices de chacune des vaccinations et l'importance d'être à jour. Être « à jour », c'est avoir reçu les vaccins recommandés en fonction de son âge et de ses risques, avec le bon nombre de doses nécessaires pour être protégé.

Mais si on n'est pas à jour, il n'est pas nécessaire de tout recommencer, il suffit de reprendre la vaccination au stade où elle a été interrompue et de compléter la vaccination. C'est ce qu'on appelle le « rattrapage »¹⁶.

Les déterminants socio-culturels de la vaccination freinent-ils la prévention ?

Une étude visant à répondre à la question « pourquoi se fait-on vacciner, ou non ? » publiée par l'INVS a pu établir la base de différences socio-culturelles dans l'approche de la vaccination¹⁷.

¹⁶ Le pharmacien doit aider ses patients à organiser l'inscription des vaccinations dans le carnet de santé ou dans le carnet de vaccination afin de tenir à jour les informations relatives aux maladies infectieuses à l'égard desquelles on est protégé. Cette inscription permet par ailleurs d'assurer un suivi précis des vaccinations nécessitant un rappel.

¹⁷ EROUART S, MATHIEU A. Recherche des déterminants de l'absence d'adhésion à une campagne de vaccination en population générale. Enquête sur la campagne de vaccination MenBvac® en Seine-Maritime entre 2006 et 2011. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2015. 31 p.

Plusieurs sources ont mentionné des différences de couverture vaccinale en fonction de l'âge, du sexe, du niveau socio-économique et du nombre d'enfants.

On sait, par exemple que la couverture vaccinale contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite chez l'adulte en France diminue

- chez les femmes ;
- les personnes âgées ;
- les personnes dont le niveau d'études est modeste ;
- les personnes qui n'ont pas de couverture médicale complémentaire ;
- les personnes qui vivent dans une famille à faible niveau de revenus »¹⁴.

Chez des élèves de troisième nés entre 1985 et 1987, une enquête publiée en 2005 relevait que les filles étaient plus fréquemment vaccinées contre la rubéole que les garçons alors que ces derniers l'étaient davantage contre les oreillons. Pour les deux sexes, on a également la confirmation du lien entre le statut vaccinal des adolescents et leur milieu social¹⁸.

À l'égard de la vaccination contre le méningocoque, une enquête menée en Seine-Maritime (en raison d'un risque aigu épidémique), a montré que le sexe et l'âge de la personne éligible à la vaccination ainsi que son niveau socio-économique et le nombre d'enfants sont significatifs de l'adhésion au projet vaccinal.

Ces données permettent de tirer quelques enseignements permettant de favoriser l'efficacité d'une campagne de vaccination « en urgence » :

- l'impact favorable de la communication sur la connaissance de la maladie et des modalités de vaccination auprès des personnes éligibles (tant vaccinées que non vaccinées) ;
- l'importance de la prise en compte du contexte épidémiologique et la différence de perception de la maladie en termes de risque chez les personnes non vaccinées.

Qui peut vacciner, en France ?

Les vaccinations peuvent être effectuées :

- Par un professionnel de santé :
 - médecin généraliste,
 - sage-femme,
 - pédiatre,
 - gynécologue,
 - gériatre,
 - infirmier (sur prescription médicale sauf pour la vaccination contre la grippe à l'exception de la première injection)...
- Dans les centres de vaccination publics (Coordonnées disponibles auprès des mairies, agences régionales de santé (ARS) ou conseils généraux) ;
- Dans un centre de Protection maternelle et infantile (PMI) pour les enfants de moins de sept ans ;

¹⁸ GUIGNON N, PERETTI P. La situation vaccinale des adolescents des classes de 3e. s.l. : Drees, 2005. Vol. *Études et Résultats* n°409.

- Dans les services de médecine du travail ;
- Dans les centres de vaccination pour les voyageurs.

Le pharmacien acteur de la vaccination – Analyse internationale

Le taux de vaccination des adultes dans le monde se situe en deçà des objectifs souhaités. Or les pharmaciens sont des professionnels de la santé très accessibles avec un impact potentiel fort sur d'augmentation de la couverture vaccinale des adultes grâce à l'administration des vaccins en accès simplifié.

CANADA

Une étude menée au Canada, dans les états où la vaccination n'est pas encore accessible au pharmacien, pour déterminer les attitudes des pharmaciens d'officine à l'égard de ce nouveau champ de compétence a été réalisée par sondage (495 praticiens). Elle a montré qu'une majorité (88 %) pense qu'il est souhaitable d'élargir l'éventail des vaccinés afin d'augmenter l'accessibilité du public, que pour 84 % cette mesure améliorerait les taux de couverture, et 72 % pensent que ce serait une mesure acceptable pour le public.

Cependant, seulement 68 % sont d'accord pour que les pharmaciens soient autorisés à vacciner. La majorité des répondants (90 %) ont convenu qu'une certification de l'administration du vaccin devrait être obligatoire pour les pharmaciens.

Les enquêtes réalisées (dans la région de Toronto où la vaccination est accessible au pharmacien) ont montré, sur la base de 2 498 personnes vaccinées,

- que 92 % de ces patients étaient très satisfaits de la vaccination pharmaceutique ;
- que pour 86 % d'entre eux il n'y a pas de différence entre le fait d'être vacciné par un pharmacien plutôt qu'un médecin ;
- à l'issue de la vaccination, 99 % disent qu'ils pourraient la recommander à leur amis et proches ;
- la commodité et l'accessibilité sont les atouts majeurs mis en avant (46 % des commentaires concordent) ;
- parmi les personnes vaccinées, l'enquête a montré que 25 % n'étaient pas vaccinées habituellement et 46 % étaient « à risque » selon les critères de la *Public Health Agency of Canada* ;
- 28 % (21 % des sujets à risque) disent qu'ils n'auraient pas été vaccinés si le pharmacien ne leur avait pas présenté cette opportunité¹⁹.

Aux yeux des autorités canadiennes, ces éléments suggèrent que la vaccination antigrippale est un dispositif de santé publique majeur, et que les pharmaciens pourraient aisément le développer au plus grand bien de la population exposée en particulier quand elle est « à risque ».

Selon les pharmaciens, l'éducation des patients, les modalités de remboursement et les interactions négatives avec d'autres praticiens de santé constituent des barrières. Ainsi, les pharmaciens canadiens sont-ils prêts à élargir leur champ de pratique professionnelle et y inclure la vaccination. Toutefois, la

¹⁹ PASTERGIU J, FOLKINS C, LI W, ZERVAS J. Community pharmacist-administered influenza immunization improves patient access to vaccination, *Can Pharm J* (Ott). 2014; **147**: 359-65.

mise en œuvre de ce projet nécessite une base de formation professionnelle et une forme de certification²⁰.

EUROPE

En Europe, se dessine une tendance à l'accroissement du rôle des pharmaciens en matière de vaccination, notamment de vaccination anti-grippale. Selon John CHAVE, secrétaire général du *Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU)*, le conseil pharmaceutique de la vaccination a tendance à se transformer en vaccination par les pharmaciens eux-mêmes.

Divers pays comme le Portugal, l'Irlande et le Royaume-Uni ont conféré au pharmacien l'autorisation de vacciner, ce qui est déjà réalisé en routine aux États-Unis et au Canada, pays dans lesquels cette pratique a permis d'améliorer la couverture vaccinale sans affecter la relation médecin - malade.

Portugal

98 % des Portugais ayant été vaccinés par leur pharmacien en ont été satisfaits, d'autant qu'il s'agit d'un dispositif pratique et peu onéreux. La base du succès est la mise en place d'une formation et, pour l'instant, le Portugal a limité l'impact des pharmaciens à la seule vaccination contre la grippe et au papillomavirus. Le changement est intervenu au Portugal en 2007 au moment où un programme de formation a été développé pour une mise en œuvre en octobre 2008, date à partir de laquelle 1 588 pharmacies ont participé à cette politique.

On considère qu'un quart de la vaccination antigrippale a été réalisée par des pharmaciens au cours de l'hiver 2008 - 2009, avec un taux de satisfaction de 99,5 % à l'égard du vaccinateur, de 98,2 % à l'égard du temps d'attente (voisin de cinq minutes), de 98 % pour la confidentialité. Il est important de noter que 13,1 % des personnes ainsi vaccinées recevaient ce vaccin pour la première fois, ce qui démontre que l'extension de ce droit au pharmacien élargit la couverture vaccinale au-delà des populations habituellement touchées. 98 % des personnes estimaient que la pharmacie était le meilleur endroit pour être vacciné²¹.

Royaume-Uni

Depuis 2002, les pharmaciens britanniques sont autorisés à administrer certains vaccins dont le vaccin contre la grippe à travers un Patient Group Direction (PGD) et ce, sans prescription médicale préalable. Afin d'améliorer la couverture vaccinale contre la grippe, le *City and Hackney Primary Care Trust* à Londres, a introduit le service pharmaceutique renforcé donnant cette autorisation au pharmacien.

La couverture vaccinale a, ainsi, été portée de 59 % en 2005 à 76 % en 2008, pour les patients de plus de 65 ans. Une étude réalisée en Ecosse, a montré le haut niveau de satisfaction des patients : bonne administration (98 %) professionnalisme (96 %)²².

ÉTATS-UNIS

Aux États-Unis²³ où les pharmaciens sont impliqués depuis les années 1990²⁴, l'éventail des vaccins qu'ils peuvent administrer est beaucoup plus large : grippe, pneumocoque, méningocoque, diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite A et hépatite B, papillomavirus et « vaccins des voyageurs ».

²⁰ EDWARDS N, GORMAN CORSTEN E, KIBERD M, BOWLES S, ISENER J, SLAYTER K, et al., Pharmacists as immunizers: a survey of community pharmacists' willingness to administer adult immunizations. *Int J Clin Pharm.* 2015; **37**: 292-5.

²¹ CEFAR - Centre for Health Evaluation and Studies; Department of Pharmaceutical Care Programs, study on vaccination through pharmacies 2009. Farmáciaobservatório, December 2009.

²² HIND C, PETERKIN G, DOWNIE G, MICHI C, CHISHOLM E, Successful provision of influenza vaccine from a community pharmacy in Aberdeen. *Pharm J* 2004; **273**: 194-6.

Formation à l'administration de vaccins

L'administration de vaccins par un pharmacien implique une formation permettant au pharmacien de maîtriser les aspects scientifiques, techniques et réglementaires touchant aux vaccins, aux questions que se pose le public, aux aspects pratiques de leur utilisation, aux éléments cliniques entourant leur administration, à la sécurité de leur emploi, de leur surveillance et à l'organisation de la vaccination.

Il est possible de proposer une formation selon le programme suivant :

1. 10 heures d'études documentaires sur la vaccination, études de cas et examen final des connaissances

a. **Module 1 : Pharmaciens, Vaccins, et Santé Publique.** À la fin du module les professionnels seront capables de :

1. Décrire les effets de la vaccination, en France, sur la morbidité et la mortalité des maladies pouvant être prévenues ;
2. Discuter des objectifs de santé publique pour les dix prochaines années, en particulier dans le domaine de la prévention des maladies infectieuses ;
3. Expliquer et argumenter le développement du rôle des pharmaciens comme administrateur de vaccins et pouvoir informer sur le statut réglementaire des pharmaciens impliqués ;
4. Décrire les stratégies permettant aux pharmaciens de défendre la vaccination au sein d'une pharmacie ;
5. Discuter le rôle des pharmaciens en cas d'urgence épidémique ;
6. Identifier les ressources documentaires utiles pour les pharmaciens administrateurs de vaccins et leurs formateurs.

b. **Module 2 : Notions d'immunologie et développement des vaccins.** À la fin du module les professionnels seront capables de :

1. Identifier les différences entre immunité active et passive et décrire les éléments clés de chaque processus ;
2. Expliquer le mécanisme d'induction d'une réponse immunitaire par les vaccins et de protection contre la maladie ;
3. Décrire les caractéristiques et la distinction entre vaccins vivants, vaccins inactivés, vaccins polysaccharidiques, et vaccins recombinants ;
4. Discuter du moment et du rythme d'administration des doses, y compris l'espacement entre les vaccins.

c. **Module 3 : Maladies évitables par la vaccination.** À la fin du module les professionnels seront capables de :

1. Décrire l'épidémiologie, les signes cliniques et les complications potentielles des maladies pouvant être évitées par la vaccination ;
2. Identifier les principaux vaccins disponibles en France et décrire leurs propriétés ;

²³ KAMA KM, MADHAVAN SS, MAINE LL, Pharmacy and Immunization Services: Pharmacists' Participation and Impact, *J Am Pharm Assoc.* 2003; **43**: 470–82

²⁴ En 1998, 11 états américains autorisaient la vaccination par les pharmaciens, ils étaient 37 en 2003 et c'est en 2009 que la totalité des 50 états américains a autorisé la vaccination par les pharmaciens.

3. Identifier les contre-indications et précautions d'emploi des vaccins disponibles en France ;
4. Utiliser les recommandations du Comité technique des vaccinations et de la HAS pour identifier les populations cibles prioritaires de la vaccination pour chaque type de vaccination.

d. **Module 4 : Soins à fournir aux patients par les pharmaciens qui vaccinent.** À la fin du module les professionnels seront capables de :

1. Identifier les patients ayant besoin d'être vaccinés ;
2. Pour un patient donné, sélectionner le(s) vaccin (s) approprié(s) en fonction du calendrier vaccinal, en identifiant besoins chronologiques et voies d'administration ;
3. Discuter le rationnel de la chronologie d'administration et des intervalles entre doses vaccinales ;
4. Établir en présence du patient les éventuelles contre-indications à la vaccination au moyen de questions simples d'évaluation ;
5. Éduquer les patients au sujet du bénéfice à attendre de la vaccination et l'informer des risques et dangers éventuels ;
6. Fournir une information sûre permettant de faire une mise au point sur les mythes persistant autour de la vaccination ;
7. Informer les patients sur les éventuels effets indésirables liés à la vaccination, les moyens de les prévenir et de les traiter ;
8. Décrire les possibilités de déclaration d'effets indésirables et le rôle des patients dans le circuit de pharmacovigilance ;
9. Maîtriser les éléments relatifs aux débats concernant l'aluminium ; les organo-mercuriels, les effets indésirables avérés ou putatifs de tel ou tel vaccin ;
10. Expliquer les différentes méthodes de vaccination et notamment les voies d'administration : intramusculaire, sous-cutanée, intradermique et nasale ;
11. Décrire les éléments de suivi d'un patient vacciné.

e. **Module 5 : Organiser un programme de vaccination au sein d'une pharmacie-** A la fin du module les professionnels seront capables de :

1. Décrire les circonstances dans lesquelles on décide de proposer un vaccin ;
2. Décrire un espace-type de vaccination à l'officine ;
3. Discuter des aspects de sécurité au travail pour la prévention des risques professionnels pour les personnes travaillant dans l'espace de vaccination (maladies transmissibles par piqûre accidentelle) ;
4. Décrire les principes et procédures de conservation et de maniement des vaccins ;
5. Décrire l'organisation des tâches au sein d'une officine organisant un espace de vaccination ;
6. Identifier les stratégies de présentation de l'offre de soin ;
7. Expliquer les options permettant le remboursement des frais (vaccins et vaccination) ;

8. Décrire les questions médico-légales relatives au remboursement de dommages post-vaccinaux éventuels.

10 heures de formation à l'administration par voies intramusculaire et sous-cutanée – évaluation de la technique d'injection

- Cette partie du programme de formation à la pratique vaccinale est un programme actif de formation « sur le terrain » ;
- On demandera aux professionnels de santé en formation de réaliser 20 administrations de vaccins sous la direction d'un médecin pratiquant couramment des vaccinations ;
- Une heure sera consacrée à l'évaluation des compétences du pharmacien ;
- Un certificat d'aptitude à la vaccination sera délivré aux candidats en cas de succès aux épreuves d'évaluation.

Conclusion : il faut soutenir le projet visant à autoriser la vaccination par les pharmaciens

La vaccination par le pharmacien était un des axes de l'évolution du Code de la santé inclus dans le Projet de loi de Santé présenté au Parlement par Marisol TOURAINE.

L'article 32 du projet de loi de santé prévoyait d'autoriser des pharmaciens qualifiés à administrer certains vaccins dans un espace dédié pour cela au sein des officines de pharmacie²⁵. Ce projet a donné lieu à des débats dont les enjeux furent, de fait, assez éloignés des enjeux de santé pour la population. À ce jour, le projet de loi n'a pas été adopté, il est toujours à l'étude. Ces enjeux auraient mérité de dépasser les intérêts sectoriels, car il y a nécessité de restaurer la confiance, de prévenir des maladies et leurs complications évitables, d'assurer la continuité interprofessionnelle des soins, d'évaluer l'efficacité et le suivi de sécurité des vaccins pour valider les stratégies publiques.

Pourtant, les résultats de l'implication du pharmacien dans les pays qui l'ont pleinement intégré dans leur dispositif de prévention vaccinale sont partout positifs en termes de satisfaction des bénéficiaires, de taux de couverture vaccinale, de libération de temps médical et infirmier pour les activités cliniques prioritaires, etc. Ces modalités d'exercice professionnel, recoupées dans des contextes socioculturels et organisationnels très différents, ont permis de valider le concept.

²⁵ Projet de Loi relatif à la Santé – Exposé des motifs - Article 32 : « cet article favorise la participation des pharmaciens, en lien avec le médecin traitant, à la mise en œuvre de la politique vaccinale et facilite l'accès de la population à la vaccination en proximité. Parce que l'accessibilité des interventions de prévention constitue un objectif majeur, l'élargissement des compétences de vaccination est une réponse adaptée aux défis démographiques actuels en matière de ressources humaines en santé. Acteurs de l'offre de premier recours, les pharmaciens ont en la matière un rôle majeur à jouer, comme l'avait souligné l'IGAS dans son rapport de 2011. Cet article permet aux pharmaciens de réaliser des vaccins eux-mêmes, ce qui est de nature à faciliter l'accès de la population à la vaccination. Il prévoit par ailleurs la transmission des informations nécessaires au médecin traitant, pivot de la prise en charge globale du patient. La liste des vaccinations sera fixée par arrêté ministériel » :

« Art. L. 5125-1-1 B. – Les pharmaciens d'officine peuvent pratiquer les vaccinations dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du Haut Conseil de la santé publique. Un décret en Conseil d'État fixe notamment les titres ou formations requis pour pratiquer ces vaccinations, les conditions techniques dans lesquelles elles doivent être réalisées et les modalités selon lesquelles le pharmacien transmet au médecin traitant de la personne vaccinée les informations relatives à ces vaccinations, et le cas échéant les insèrent à son dossier médical partagé. »

Un décret en Conseil d'État sera nécessaire pour préciser les conditions relatives à la pratique de la vaccination par les pharmaciens d'officine : locaux, formation, conditions techniques et transmission de l'information de la réalisation de la vaccination au médecin traitant, etc. Un arrêté fixera la liste des vaccins qui peuvent être administrés par un pharmacien sur prescription médicale.

L'hypothèse soulève de vraies questions quant à la sécurité et à l'efficacité des pratiques (protocoles, qualification des vaccinateurs, information réciproque des praticiens), que l'on peut résoudre à court terme grâce à la formation professionnelle et à des systèmes d'information dédiés (dossier de suivi, carnet électronique à l'instar de ce que propose le secteur bancaire depuis des décennies).

En cas de vaccination saisonnière, dans le cas, par exemple, de la vaccination contre la grippe, une protection optimale de la population suppose une vaccination dans un délai utile c'est-à-dire dans une période épidémique étroite, ce qui peut induire une saturation du réseau des médecins vaccinateurs et ce, au détriment de leurs activités cliniques.

À la lumière des défis et atouts français, des expériences étrangères et des scénarios « par défaut », le projet de vaccination conditionnelle par des pharmaciens habilités, aux côtés des médecins et des infirmiers, semble une approche pragmatique et équilibrée. Il ouvre aussi la question de la capacité nationale de réponse face aux risques pandémiques.

Annexe 2 : Prévention de la iatrogénie médicamenteuse – rôle du pharmacien

François CHAST

La iatrogénie médicamenteuse désigne la somme des effets indésirables provoqués par les médicaments. Les symptômes observés sont, par nature, très divers. Il peut s'agir de simples nausées, de fatigue, de troubles du transit intestinal, mais aussi, et plus rarement, de situations gravissimes comme une agranulocytose, une hépatite, une hémorragie digestive, une thrombose, etc. Dans une société de plus en plus vigilante, la question de la sécurité des traitements ne doit pas être minimisée et le succès de nombreuses thérapeutiques a peut-être paradoxalement conduit à une trop grande banalisation de l'usage des médicaments, de leurs risques intrinsèques et à une sous-estimation des situations à risque auxquelles ils peuvent exposer.

La iatrogénie médicamenteuse a un coût humain et économique très élevé chez le sujet âgé. Elle serait responsable de plus de 10 % des hospitalisations chez les sujets âgés de plus de 65 ans, et de près de 20 % chez les octogénaires. Plusieurs études récentes montrent qu'une partie non négligeable de cette iatrogénie grave est évitable²⁶.

En pratique, de quoi s'agit-il ?

- d'une erreur dans la prise des médicaments : mauvais horaire, double dose, voire, à l'hôpital, d'une erreur dans la voie d'administration ;
- d'une interaction entre les différents médicaments, risque d'autant plus élevé que le nombre de médicaments prescrit est élevé.

Certains effets indésirables ne sont, en revanche, pas évitables :

- les effets indésirables inhérents au médicament lui-même, bien qu'un dépistage précoce de l'effet indésirable soit pourtant possible ;
- les allergies, si elles sont inconnues auparavant.

Une prévention active pour les personnes de plus de 65 ans

Toutes les personnes sont potentiellement concernées par la iatrogénie médicamenteuse mais, avec l'âge, l'exposition à ce risque est plus grande, notamment chez les personnes consommant plusieurs médicaments. Constat valide aussi bien en milieu communautaire, qu'en établissement de soins²⁷.

À partir de 65 ans, si on retrouve souvent une consommation exagérée de médicaments, on constate tout aussi fréquemment des perturbations physiologiques qui modifient l'élimination de ces médicaments (plus lente), accroissent la sensibilité de l'organisme, et exposent à des effets indésirables, deux fois plus fréquents et plus graves.

Tout concourt à l'insécurité du patient âgé quand on évalue le risque médicamenteux, qu'il s'agisse de malades hospitalisés ou ambulatoires. Au contexte de l'affaiblissement des fonctions sensorielles²⁸ (vue, goût, odorat) aux perturbations cognitives (troubles de la conscience, mémorisation, repérage spatio-

²⁶ LEGRAIN S., Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé* Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance, HAS, 2005.

²⁷ FORSETLUND L, EIKE MC, GJERBERG E, VIST GE, Effect of interventions to reduce potentially inappropriate use of drugs in nursing homes: asystematic review of randomised controlled trials. *BMC Geriatr*, 2011; **11**: 16.

²⁸ AUDO I, WARCHOL ME, Retinal and cochleartoxicity of drugs: new insights into mechanisms and detection, *Curr Opin Neurol*, 2012 ; **25**: 76-85.

temporel), aux désordres fonctionnels (insuffisances rénale, hépatique), aux désordres métaboliques²⁹ (déshydratation, diabète), aux difficultés motrices (arthrose, hémiplégie, etc.), s'ajoute la multiplication de traitements médicamenteux et, avec elle, l'accroissement du risque iatrogène.

Le sujet âgé constitue un « terrain » particulier, au sens pharmacologique du terme. Une « sensibilité » spécifique de certains récepteurs explique en effet certains risques : dopamine et abus de neuroleptiques, opioïdes et abus de morphiniques, acétylcholine et abus d'anti-muscariniques (vessie), adrénaline et abus de bêtabloquants (y compris sous la forme de collyres), etc.

Risque au sens pharmacocinétique, car différents facteurs doivent être pris en compte en raison de la modification de l'absorption des médicaments³⁰. Si on observe souvent une augmentation du pH gastrique (dégradation physiologique et abus des inhibiteurs de la pompe à protons), on enregistre, en revanche, une diminution de la vidange gastrique, de la motricité et de l'hémodynamique intestinales.

La distribution des médicaments est affectée par l'augmentation de la masse grasse et corrélativement la diminution du compartiment musculaire d'autant plus nette que le sujet âgé est souvent déshydraté (et ce d'autant plus s'il est traité par diurétique). La baisse de l'albuminémie et l'augmentation de la fraction libre des médicaments circulants accroissent également le risque toxique. La capacité fonctionnelle du foie est dégradée : baisse de la masse des hépatocytes et du flux sanguin hépatique d'autant plus sévère en cas d'éthylisme chronique ou occasionnel. Enfin, le rein est affecté, chez un patient de plus de 70 ans, par une perte du nombre de glomérules fonctionnels (-30 %), un abaissement de l'hémodynamique (-30 à -50 %) et des mécanismes de sécrétion tubulaire, l'ensemble étant aggravé par la prise de certains médicaments comme les AINS ou le lithium.

Pour ces différentes raisons, la prescription chez le sujet âgé doit donc répondre à quelques règles simples. Mieux prescrire doit permettre de prévenir la iatrogénie sans pour autant introduire une perte de chance pour le patient. Il faut donc « peser » entre le risque d'un effet indésirable potentiel mais alourdissant une situation clinique connue et le risque d'un bénéfice thérapeutique potentiel soulageant la même situation. Ainsi, quelques attitudes permettraient-elles de lutter efficacement contre la iatrogénie médicamenteuse.

- Arrêter tout médicament inutile en procédant régulièrement au toilettage de l'ordonnance, en considérant que si le risque d'effet indésirable médicamenteux est de 4 % en cas de prise de cinq médicaments par jour, ce risque est de 28 % quand on dépasse 10 médicaments et de 54 % quand on dépasse 15 médicaments.
- N'introduire que les médicaments indispensables, c'est-à-dire utiles. Les erreurs d'administration sont d'autant plus fréquentes que la liste des médicaments prescrits est longue.
- Respecter la titration des médicaments en commençant par des doses faibles et en n'augmentant que progressivement la posologie.
- Devant tout évènement (hypotension, nausées, confusion, agitation, troubles visuels, toux, etc.) potentiellement iatrogène, s'interroger sur l'éventuelle cause médicamenteuse, en n'omettant pas d'interroger le malade ou son entourage sur une automédication ou des risques ignorés mais ajoutés (plantes, compléments alimentaires, etc.). Une confusion peut naître chez le prescripteur entre la maladie diagnostiquée et l'effet indésirable provoqué par un des médicaments prescrits, d'autant que la verbalisation et la mémoire sont parfois moins aiguisées pour l'expression claire des symptômes ou la description précise des phénomènes observés.
- Penser aux interactions médicamenteuses dès qu'on prescrit plus d'un médicament d'autant qu'il peut s'agir de médicaments à marge thérapeutique étroite qui nécessitent une réévaluation fréquente : antibiotiques, anticancéreux, antiépileptiques, anticoagulants (oraux directs ou AVK

²⁹ ROUSH GC, KAUR R, ERNST ME, Diuretics: a review and update, *J Cardiovasc Pharmacol Ther* 2014; **19**: 5-13.

³⁰ REEVE E, WIESE MD, MANGONI AA, Alterations in drug disposition in older adults, *Expert Opin Drug Metab Toxicol* 2015; **11**: 491-508.

- ces derniers pouvant sans doute être « suivis » plus facilement), lithium, immunosuppresseurs, etc.

- Revoir la prescription en cas d'évènement aigu : fièvre, déshydratation, etc. L'intrication d'une pathologie aiguë et d'une situation chronique favorise la survenue d'évènements indésirables graves, et ce, d'autant que l'on ne dispose pratiquement jamais d'une évaluation scientifique chez la personne âgée permettant d'en évaluer le rapport bénéfice / risque.
- S'assurer de la bonne observance avant d'augmenter la posologie d'un médicament.
- Tenir compte du risque accru en cas de déshydratation.
- Adapter la forme galénique à l'état clinique : problèmes de déglutition, comptage des gouttes, aérosols, collyres, etc.

Avec l'âge et la juxtaposition de diverses maladies, s'installent des situations additives complexes favorisant les interactions médicamenteuses et les facteurs d'aggravation d'une ou plusieurs situations cliniques : médicaments précipitant une insuffisance fonctionnelle, un amoindrissement de la vigilance, des troubles prostatiques, troubles de la mémoire, etc.

Dans le domaine de la prescription des médicaments psychotropes, l'addition de nombreux médicaments d'une même classe ou de classes différentes fait l'objet de nombreux débats³¹. Les médicaments anticholinergiques ainsi que de nombreux psychotropes peuvent provoquer ou exacerber des troubles cognitifs chez le sujet âgé et majorer le risque de survenue de démence. Est-il licite de prescrire plus de deux psychotropes chez le même patient ? Une benzodiazépine est-elle justifiée au long cours ? Un neuroleptique est-il licite chez un patient atteint de maladie d'Alzheimer ? Une chute peut-elle être reliée à la prise non justifiée de psychotrope ? 33 % des personnes de plus de 65 ans (48 % des plus de 85 ans) reçoivent régulièrement un psychotrope, 5 % en reçoivent deux. Leur intérêt est, le plus souvent, discutable³².

Pour les médicaments cardiovasculaires³³, est-il justifié de prescrire plus de deux antihypertenseurs ? Plus d'un diurétique à un patient hypertendu ? En cas de prise d'anti-vitamine K, depuis combien de temps l'INR n'a-t-il pas été contrôlé ? L'ionogramme est-il connu ? Le malade a-t-il perdu ou gagné plus de 5 % de son poids le dernier mois ? A-t-on adapté le traitement à une fièvre³⁴ ? À une situation de canicule ? Une étude récente de la HAS montrait qu'il y avait en France 600 000 malades recevant, chaque jour, trois diurétiques, et 800 000 autres recevant quatre antihypertenseurs.

En outre, le recours à divers médecins : généralistes, spécialistes, « en ville » ou à l'hôpital, ajoutant de nouvelles prescriptions les unes après les autres, conduit fréquemment à un allongement de la liste des médicaments administrés sans qu'un contrôle réel ou une hiérarchisation des besoins ne soient entrepris.

Le médicament est rarement évalué chez le sujet âgé en situation réelle. Les patients âgés sont le plus souvent exclus des essais cliniques des médicaments. Quand ils ne le sont pas en raison de leur âge, ils sont écartés en raison de certaines défaillances fonctionnelles ou du fait de traitements associés qui ne permettraient pas d'objectiver avec clarté, l'intérêt d'un médicament nouveau, ou, au contraire, sa toxicité³⁵.

³¹ BREFEL-COURBON C. Médicaments et cognition chez le sujet âgé. *Thérapie* 2015 ; **70**: 523–526

³² DECLERCQ T, PETROVIC M, AZERMAI M, VANDER STICHELE R, DE SUTTER AI, VAN DRIEL ML, et al. Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia, *Cochrane Database Syst Rev*, 2013; 3:CD 007726.

³³ HANON O, Hypertension artérielle du sujet âgé : particularités et précautions d'usage. *Press Méd* 2009; **38**: 614–620

³⁴ VETRANO DL, LATTANZIO F, MARTONE AM, LANDI F, BRANDI V, TOPINKOVA E, ONDER G., Treating heart failure in older and oldest old patients. *Curr Pharm Design*. 2015; **21**: 1659-64.

³⁵ DENSON AC, MAHIPAL A. Participation of the elderly population in clinical trials: barriers and solutions, *Cancer Control*. 2014; **21**: 209-14.

En pratique, lors de la consultation, de l'examen et au moment de la décision thérapeutique conduisant à instaurer, poursuivre ou arrêter un traitement médicamenteux, les mêmes questions devraient revenir : ce médicament est-il utile ? Est-il nécessaire ? Quel bénéfice en attend-t-on ? Et quel risque fait-on prendre au malade ? Bref, la prescription, chez le sujet âgé qui conjugue un terrain particulier et des médicaments à risque (d'autant plus qu'ils sont prescrits en grand nombre) devrait systématiquement associer un temps de pondération et de questionnement.

Quel peut être le rôle du pharmacien pour minimiser les risques de la iatrogénie médicamenteuse ?

Le pharmacien joue et jouera de plus en plus un rôle de professionnel de santé de proximité avec les 22 000 officines harmonieusement réparties sur le territoire national, en particulier dans les zones faiblement urbanisées. Son action de premier recours en fait, potentiellement, un acteur important dans la prévention. Il peut (voire, doit) repérer les situations à risque en apportant au patient ou à son entourage les informations spécifiques lui permettant de pointer telle ou telle situation préoccupante : ordonnance à risque – symptôme évocateur d'un effet indésirable. On a beaucoup écrit ces dernières années sur la question de la prescription abusive de benzodiazépines. Le pharmacien doit absolument veiller à la bonne information des patients. Il n'est pas illicite de proposer des alternatives moins incisives, quitte à proposer des thérapeutiques à base de plantes. L'effet placebo peut être un allié utile.

En outre, le pharmacien dispose, depuis 2007, d'un outil spécifique, le Dossier Pharmaceutique (DP), qui recense, pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie qui le souhaite, tous les médicaments délivrés au cours des quatre derniers mois, qu'ils soient prescrits par un médecin ou conseillés par un pharmacien (ces informations sont désormais conservées 21 ans pour les vaccins, trois ans pour les médicaments biologiques). Le DP permet d'éviter des redondances, des interactions et facilite la conciliation médicamenteuse à l'hôpital.

Dans notre société d'abondance qui est, à l'instar de ce que l'on observe dans le domaine de la nutrition, aussi une abondance de risques, les professionnels de santé devraient aujourd'hui se mobiliser afin de lutter contre la iatrogénie médicamenteuse fréquemment liée à un abus médicamenteux chez la personne âgée. Si la « polymédication » est habituelle et souvent légitime chez un sujet âgé « poly-pathologique », cela implique, pour le prescripteur, de gérer au mieux le risque iatrogénique alors majoré, de favoriser l'observance des traitements et d'éviter toute prescription inutile. Cela implique pour le pharmacien une vigilance accrue dont le résultat vise à dépister les redondances et les interactions et surtout d'informer, de sensibiliser, d'éduquer le patient et son entourage. Certes, la situation d'abus médicamenteux répond pour partie à une demande des malades et de leurs familles (auxquels il conviendrait de « résister »), mais aussi trop souvent à une tentation médicale consistant à opposer un médicament à tout symptôme, sans qu'une évaluation précise et régulière ne permette de justifier des choix qui, en réalité, n'en sont pas.

« Des recommandations relatives à l'éducation thérapeutique du patient » ont été adoptées par le Conseil de l'Académie nationale de Pharmacie les 10 avril et 22 mai 2013. Elles demeurent valables [Annexe 4].

Annexe 3 : Rôle des pharmaciens dans l'éducation thérapeutique du patient

Y. POURCELOT³⁶

Texte rédigé par Y. POURCELOT dans le cadre du rapport de la Commission « Enseignement et Développement Professionnel Continu »

Chacun de nous au sein du système de santé doit se comporter comme un acteur de prévention et de promotion, à titre individuel et collectif, afin de participer efficacement au développement de la démocratie sanitaire.

Le pharmacien, dans sa pratique quotidienne, observe et conseille les patients à tous les âges de la vie à titre préventif et curatif, il contribue à l'acquisition et à la conservation de leur potentiel santé.

Depuis quelques années, l'éducation thérapeutique du patient entre dans les plans régionaux de santé élaborés par les ARS en collaboration avec les professionnels de santé, les institutions et les associations de patients. Les travaux parus dans la revue de la Société d'Éducation Thérapeutique Européenne (S.E.T.E.) prouvent l'intérêt de l'ETP, à savoir : diminution du nombre d'hospitalisations, meilleure observance des traitements, amélioration de la qualité de vie, etc. Elle est connue depuis les années 1972 (Leona Miller pionnière USA), définie par l'OMS (1996-1998), certains de ses programmes ont été élaborés par l'INPES et l'HAS (2007). Elle fait l'objet de nombreux rapports : SAOUT (2008) (2010), SANDRIN-BERTHON (2009), JACQUAT (2010), et de différentes publications dont « ETP, modèles, pratiques et évaluation - INPES (2010) 414p.

Définition et Officialisation

L'éducation thérapeutique du patient fait partie des nouvelles missions du pharmacien d'officine depuis la loi Hôpital Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009- article 84. Elle est inscrite dans le parcours de soins du patient, mise en œuvre par les professionnels de santé, en équipe pluridisciplinaire. C'est une priorité nationale, un outil de l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques et des affections de longue durée. L'ETP doit permettre « d'aider les patients atteints d'affection chronique à acquérir la capacité de gérer leur traitement afin de prévenir les complications résultant de leur propre maladie, tout en conservant ou améliorant leur qualité de vie » (OMS 1998). L'ETP est un processus continu, par étapes, intégré dans la démarche de soins, comprenant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements, les soins, l'organisation et procédures de soins, les traitements, les comportements de santé, ceux liés à la maladie et leurs facteurs d'influence. (A. DECCACHE, E. LEVENDHOMME - 1996 - B. ALLENET - 2012°). L'ETP est « un service parmi d'autres, autorisé et protocolisé, de façon bien distincte de l'entretien et de l'accompagnement (F. MEGERLIN) ».

Gestion des maladies chroniques : Compétences et rôle du Pharmacien

Les pharmaciens, officinaux, hospitaliers, biologistes en contact avec les patients, ont tous leur rôle à jouer dans l'ETP. En effet l'accompagnement du patient doit être revisité, le patient doit acquérir des compétences, les différents types de professionnels santé doivent travailler ensemble (pluridisciplinarité : création des Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires : SISA-2012 ; une information validée doit circuler en direction du patient (B. ALLENET). L'ETP est une « ardente obligation pour les pharmaciens » (C. DREUX - F. BLANCHET).

³⁶Pr. Yvette POURCELOT, Membre de l'Académie nationale de Pharmacie, Professeur de Pharmacie Galénique, Mme POURCELOT a toujours prêté une attention particulière à l'innovation pédagogique. À Dijon, elle a créé un enseignement devenu le module d'un master intitulé « Sciences, technologie santé » de l'Université de Bourgogne. Elle a été Présidente de la Commission Enseignement et Développement professionnel continu de l'Académie nationale de Pharmacie jusqu'en 2015.

Les compétences requises pour l'ETP sont relationnelles, pédagogiques et d'animation, méthodologiques et d'organisation, biomédicales et de soins (Arrêté 2 août 2010 - 31 mai 2013) (Référentiels de compétences INPES) ; d'où la nécessité d'une formation initiale des étudiants et d'une formation continue adaptée « formation initiale - objectifs pédagogiques et rôle majeur du pharmacien d'officine et hospitalier : expérience de Paris-Descartes (F. BRION - O. BOURDON) et propositions par l'Académie nationale de Pharmacie de l'intégration de 40 h d'ETP dans le cursus de formation pharmaceutique (Recommandations 22 et 30 mai 2013 présentées en annexe).

Le pharmacien apporte son expertise pharmaceutique, une posture d'écoute et d'accompagnement adaptée aux besoins de chaque patient, une information nécessaire et pertinente, la validation pharmaceutique des prescriptions et surtout une **meilleure observance du traitement** (adhésion dynamique et volontaire du patient) au quotidien. L'observance du patient ou adhésion au traitement ou alliance thérapeutique est un enjeu majeur permettant de conduire au succès thérapeutique en même temps que de réaliser des économies pour le système de santé. Une remise en cause des pratiques de bases est nécessaire, l'ETP doit devenir « une posture de travail » pour le pharmacien (B. ALLENET). C'est une véritable opportunité pour lui d'investir le domaine éducatif, en développant l'autonomie du patient et les compétences d'adaptation et d'auto-soins.

Deux exemples concrets illustrent bien l'implication des pharmaciens hospitaliers dans des programmes d'éducation thérapeutique autorisés par l'ARS dans des pathologies chroniques : le VIH et l'hémophilie. Ces exemples (programmes et rôle du pharmacien) réalisés dans les Hôpitaux Universitaires Paris Centre (Cochin Hôtel -Dieu Broca) sont présentés en annexe 5 du présent rapport.

Propositions et Recherche en ETP

La création d'une revue bilingue à comité de lecture international de la Société d'Éducation Thérapeutique Européenne (SETE) par J.-F. D'IVERNOIS a pour but de contribuer au développement de la recherche et des pratiques dans le domaine de l'ETP. Une cartographie des programmes a été réalisée (ex : CART'EP en Ile de France). L'Institut de Recherche en Santé Publique (IRESP) a organisé des journées de réflexion en ETP (cf. journée 29 janvier 2015 « De la pratique à la recherche en ETP ; aspects méthodologiques »). Ont été également réalisées des journées régionales en ETP à Montpellier avril 2014 « Tisser des liens » : ex : S. FAINZANG, anthropologue (INSERM) « Lien singulier entre patient et soignant ». Les IREPS au niveau des régions proposent des formations de plusieurs jours, de la documentation et des conseils.

Diversité régionale et cohérence nationale

Par l'intermédiaire des ARS, véritables opportunités de développement de la prévention, en collaboration et coordination avec les professionnels de santé, les institutions et les associations de patients chaque région s'organise, avec des domaines thérapeutiques particuliers, car les maladies chroniques explosent et les déserts médicaux se profilent. (ex. ETP 2013 en Lorraine : 116 programmes dont 10 % coordonnés par des pharmaciens et RESIC 38, insuffisants cardiaques en Isère-1 100 patients, 87 cardiologues, 501 médecins généralistes, 46 diététiciennes et 192 pharmaciens y adhèrent). Concernant les nouvelles missions du pharmacien et la prévention, le pôle qualité et sécurité des soins de l'ARS Aquitaine a développé une brochure intitulée : « Pharmaciens d'officine : des bonnes pratiques à partager et développer ».

En septembre 2012, un guide méthodologique des réseaux de santé DGOS est paru afin d'améliorer la coordination des soins et de faire évoluer les réseaux de santé et l'ETP. Il présente des fiches pratiques et des fiches documentaires sur les réseaux : ARESPA (Franche-Comté), plateforme santé Douaisis (Nord-Pas de Calais), projet de santé du Voironnais (Rhône-Alpes) et la nouvelle organisation des réseaux de santé (Lorraine) - 700 réseaux ont été financés. Au plan régional, on peut constater une certaine hétérogénéité, une efficacité et un coût de fonctionnement variables.

Des évaluations quadriennales sont en cours qui permettront prochainement un bilan véritable au niveau de chaque région ; elles apprécieront les rôles et participations des différentes professions de santé. Actuellement au plan national il y a une certaine hétérogénéité de l'organisation, des principales

thématiques maladies, des prises en charge, des types de programme d'ETP et de leur mise en œuvre, des modalités de coordination et prises de relais ville-hôpital, de l'implication des patients, du financement, d'où un besoin de cohérence. D'autre part, au regard de la loi, rien n'interdit à l'industrie de participer à la construction de l'éducation thérapeutique, la loi interdit uniquement le contact direct avec le patient, l'élaboration et la mise en œuvre de l'ETP (article L.1161-4), d'où un territoire à défricher (AMIPS décembre 2014). Le rôle de l'industrie est essentiel comme celui du patient et des associations de patients.

Stratégie de développement de l'ETP : principaux leviers d'action

- Les formations initiale et continue recommandées par l'Académie nationale de Pharmacie sont un élément clef de cette stratégie. Elles doivent permettre d'accélérer au plan national les adaptations en ETP (Recommandations AnP 22 et 30 mai 2013). Importance des Facultés de Pharmacie, de leur fonction d'expertise et rôle de la Commission Pédagogique Nationale.
- Le développement d'une ETP intégrée aux soins et la création de programmes d'ETP de proximité (IREPS-CISS) structurés, évalués et assurés par des professionnels de santé sont nécessaires (projets pilotes).
- L'organisation et la coordination territoriale des acteurs et des partages d'expériences. La valorisation des expériences acquises. La proposition de sessions communes pour tous les professionnels de santé. La diffusion des informations concernant les ressources et outils pédagogiques.

Ces différentes propositions sont autant de leviers d'action à développer au plan national.

En conclusion

L'ETP, approche pluridisciplinaire, s'intègre dans le processus continu de prise en charge, elle répond à une demande de prévention secondaire et tertiaire dans le cadre de l'éducation pour la santé. Elle permet au patient d'acquérir des capacités nouvelles afin de mieux gérer son traitement, de renforcer sa motivation, d'améliorer l'adhésion au traitement, d'être plus autonome, de prévenir et limiter certaines complications dues à sa maladie et enfin d'améliorer sa qualité de vie. Le pharmacien, spécialiste du médicament, au contact direct des patients, joue un rôle spécifique et essentiel en milieux hospitalier et ambulatoire. Il contribue pleinement, en partenariat avec le patient et les autres professionnels de santé, à cette stratégie prioritaire nationale qu'est l'ETP. Il est précurseur car il bénéficie d'une formation initiale obligatoire et spécifique en ETP (Recommandations AnP mai 2013) mais également du dossier pharmaceutique informatisé. Les régions mènent des actions de plus en plus pertinentes en ETP par le biais des ARS, de l'INPES, de la HAS, des IREPS. Une coopération entre professionnels de santé, adaptée selon les territoires, les besoins et les priorités identifiées, doit renforcer l'efficacité du système afin de concilier prise en charge optimale et exigence budgétaire.

Les UFR Pharmacie font valoir leur mission d'expertise, comme le signale J.M. SCHERRMANN, Doyen de l'UFR Pharmacie Paris Descartes ; elles savent s'adapter de par leur recrutement, les récentes réformes, la diversité des pédagogies coordonnées autour des grandes thématiques santé, une pluridisciplinarité accentuée, une mutualisation de certains enseignements autour du médicament et du patient, de nouvelles formations obligatoires en ETP. L'ETP permet de développer une complémentarité, un nouveau partenariat professionnels de santé / patients. L'optimisation des traitements et des soins passe par une plus grande cohésion interprofessionnelle et pluridisciplinaire. Les compétences théoriques et les expériences pratiques doivent améliorer la qualité, la sécurité et le suivi du parcours de soins dans le cadre des maladies chroniques et des affections de longue durée.

RÉFÉRENCES

- Rapport et Recommandations relatives à l'Éducation Thérapeutique du Patient-Académie nationale de Pharmacie 10 avril et 22-30 mai 2013. www.acadpharm.org
- Journal of European Society for Therapeutic patient education(SETTE) - editor in chief J.-F. D'IVERNOIS. www.socsete.org
- Éducation thérapeutique-Prévention et maladies chroniques. D.SIMON - P.-Y. TRAYNARD-F. BOURDILLON - R. GAGNAYRE – A. GRIMALDI - Elsevier 2013.
- Le rôle des pharmaciens dans l'Éducation Thérapeutique du Patient - V. BRUNE, J. ROUPRET-SERZEC, A. RIEUTORD - Hôpital Bécélère-Clamart. *J.Pharm.Clin.* 2010; **29**: 90-2
- Éducation Thérapeutique du Patient : Modèles-Pratiques et Évaluation. Santé en action-INPES-2010-414p. www.inpes.santé.fr
- Référentiels et compétences pour coordonner un programme d'ETP - INPES-2013 www.inpes.santé.fr
- L'éducation thérapeutique des patients : une ardente obligation pour les pharmaciens. C. DREUX, F. BLANCHET. Bulletin de l'Ordre 405-Décembre 2009- 487-491.
- Pour que l'ETP devienne pour le pharmacien une posture de travail - B. ALLENET - *Ann Pharm Fr* 2012; **70**: 53-7
- Guide méthodologique des réseaux de Santé - DGOS-2012. www.sante.gouv.fr
- Pharmaciens, l'Éducation Thérapeutique du Patient : un nouveau rôle ! - J.-M. SCHERRMANN, F. MEGERLIN. 2^{ème} Journée URPS-16/ 01/2013-
- L'Éducation Thérapeutique : Quelles frontières ? - 5^{ème} Congrès de la Société Éducation Thérapeutique Européenne (SETTE) - 19-21juin 2014 Bobigny-France.
- Cadres référentiels ETP-PAERPA - (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie) - 2014-polymédication - prévention des chutes-dépression - www.has-sante.fr
- « Lien singulier Patient -Soignant » S. FAINZANG. Tisser des liens - 13^{ème} Journées régionales en Éducation du Patient - Montpellier-3-4avril 2014-
- Maladies chroniques du Web au Digital. Pharmaceutiques- Mars 2013 n°205 suppl. n°1 - www.pharmaceutiques.com
- L'éducation thérapeutique du patient en Lorraine. www.ars.lorraine.sante.fr
- « De la pratique à la recherche en éducation thérapeutique du patient : aspects méthodologiques ». Institut de Recherche en Santé Publique-Colloque 29 janvier 2015 - www.iresp.net
- Maladies chroniques : comment concilier prise en charge optimale et exigence budgétaire - Matinales sur les maladies chroniques- 27 octobre 2015 Paris.
- De l'observance à l'adhésion, par la décision partagée- Collectif Inter-associatif sur la Santé (CISS) Conférence citoyenne 1^{er} et 2 juin 2015 Recommandations : favoriser et développer l'éducation du patient.
- « Pharmaciens d'officine : de bonnes pratiques à partager et à développer » - Pôle qualité et sécurité des soins et des accompagnements. www.ars.aquitaine.fr - www.impactpharmacie.org
- L'observance médicamenteuse : une cause nationale - L'Observatoire - La lettre de l'Académie nationale de Pharmacie - n°34- octobre 2015.

Annexe 4 : Recommandations de l'Académie nationale de Pharmacie relatives à l'éducation thérapeutique du patient

http://www.acadpharm.org/dos_public/Recommandations_ETP_VF_2014.pdf

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (2009) a confié de nouvelles missions aux professionnels de santé ; le pharmacien est notamment concerné par l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP). L'ETP est une « **nouvelle démarche éducative** » rendue nécessaire par **la complexité de la prise en charge des maladies chroniques** (15 millions de patients) et **des affections de longue durée** (neuf millions de patients).

Pour dispenser l'ETP, le pharmacien doit posséder « des compétences relationnelles, pédagogiques et d'animation, méthodologiques et organisationnelles, biomédicales et de soins ».

L'Académie nationale de Pharmacie, s'appuyant sur l'expertise de ses membres, souhaite rappeler à la profession qu'elle doit **s'investir et participer pleinement** à l'intégration de l'ETP dans la stratégie nationale du système de soins.

À côté des instances ordinales et universitaires, elle apporte sa force de proposition et son soutien pour une mise en place de qualité aussi bien de la formation initiale des étudiants en ETP que dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC).

Considérant,

- le concept d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) défini par l'OMS en 1998 « *processus visant à aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique* » ;
- la définition d'un cadre précis pour la mise en œuvre des programmes d'ETP au travers du guide méthodologique élaboré conjointement par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) et la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2007 ;
- l'intégration de l'ETP dans le Code de la Santé publique (Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite « HPST ») : intégration de l'ETP parmi les missions du pharmacien d'officine (article 38) et inscription de l'ETP dans le parcours de soins du patient (article 84) ;
- les différents rapports publiés sur la mise en œuvre de l'ETP (C. SAOUT et coll ; B. SANDRIN-BERTHON ; D. JACQUAT) ;
- la définition du cahier des charges pour l'élaboration d'un programme ETP et des compétences requises pour dispenser l'ETP (décret et arrêté du 2 août 2010), (décret et arrêté du 31 mai 2013) ;
- la convention entre les syndicats représentatifs des pharmaciens et l'Assurance maladie (avril 2012) définissant les missions rémunérées pour le pharmacien (anticoagulants oraux (prévu au 1^{er} semestre) et asthme (courant 2013) ;
- le niveau de compétences exigé du pharmacien pour le bon exercice de ses missions de santé publique et la nécessité de perfectionner ses connaissances tout au long de son exercice professionnel.

L'**Académie nationale de Pharmacie** engage les pharmaciens à agir pleinement dans ces domaines, après s'être formés au cours de leurs études initiales et tout au long de leur exercice professionnel, en particulier dans le cadre du Développement Professionnel Continu auxquels ils sont astreints, et **recommande** :

En ce qui concerne la formation initiale en ETP

le respect de la mise en place d'un enseignement obligatoire pour les étudiants des facultés de pharmacie conformément aux articles 2 et 3 de l'arrêté du 2 août 2010. Cet enseignement concerne **les étudiants de toutes les filières** (pharmacie d'officine, pharmacie hospitalière, industrie, biologie médicale).

▷ Le contingent d'heures de formation initiale inscrit sur les plannings des facultés est destiné à atteindre 40 h obligatoires en vue **d'acquérir les compétences nécessaires pour dispenser l'ETP** et justifier « *l'attestation de formation* » habilitant les futurs pharmaciens diplômés ;

▷ La répartition de cet enseignement en une formation commune de base de 20 h (par exemple 10 h de théorie et 10 h d'enseignements dirigés) et 20 h de « mises en situation ». Ces dernières se déroulant :

- ✓ à l'hôpital, en 5^{ème} année AHU et au cours de l'internat, au sein de services impliqués dans des programmes d'ETP (médecine, pharmacie, biologie médicale...);
- ✓ à l'officine, au sein d'un espace de confidentialité, sous la responsabilité de pharmaciens formés et agréés par la faculté ;
- ✓ à la faculté, par exemple dans le cadre des enseignements dirigés ou au sein des pédagogues officinaux.

▷ Il est très souhaitable que soient mises en place des **sessions de formation communes avec les étudiants des autres professions de santé** compte tenu du caractère multidisciplinaire de l'ETP.

En ce qui concerne le développement professionnel continu en ETP :

la proposition par des **organismes de formation agréés privés et/ou universitaires d'une offre diversifiée de formation continue en ETP** pour les pharmaciens en contact avec le public (officinaux, hospitaliers, biologistes médicaux), notamment :

- ✓ formations courtes de sensibilisation à l'ETP et à l'accompagnement des patients ;
- ✓ formations de 40 h permettant aux pharmaciens de dispenser l'ETP (arrêté du 2 août 2010).

Ces formations devraient pouvoir s'inclure dans les programmes de Développement Professionnel Continu. À noter que la formation en ETP a été retenue dans les orientations nationales du DPC des professions de santé en 2013 (arrêté du 26 février 2013).

un recensement des offres de formation continue facilement accessible aux pharmaciens en exercice désireux de se former.

En ce qui concerne la formation des enseignants :

une formation spécialisée en ETP, dispensée dans le cadre des différents mastères¹, **pour un nombre suffisant d'enseignants** et adapté à la taille de chaque faculté.

Les formations dispensées dans les facultés des sciences pharmaceutiques et biologiques destinées aux étudiants et aux professionnels en exercice devraient être organisées à la diligence des Directeurs des UFR pharmaceutiques. La conférence des Doyens de pharmacie a été alertée sur ce sujet à plusieurs reprises notamment lors de sa réunion du 6 juin 2012.

RÉFÉRENCES

- *Therapeutic Patient Education Continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases*,
World Health Organization report, regional office for Europe, Copenhagen (1998)
www.formatsante.org/download/OMS.pdf
- *Structuration d'un programme d'ETP dans le champ des maladies chroniques*,
INPES-HAS, *Guide méthodologique* (2007)
www.has.sante.fr
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,
Journal officiel du 22 juillet 2009
www.sante.gouv.fr
- Rapport « *Pour une politique nationale d'ETP* » (2008),
SAOUT C., CHARBONNEL B. et BERTRAND D.
www.sante.gouv.fr
- Rapport complémentaire sur les actions d'accompagnement (2010),
SAOUT C., CHARBONNEL B. et BERTRAND D.
www.sante.gouv.fr
- Rapport « *L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours* » (2009),
SANDRIN-BERTHON B., Haut Conseil de la Santé Publique
www.hcsp.fr

- « *Éducation thérapeutique du patient - propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne* (2010), JACQUAT D., Rapport au Premier Ministre
www.sante.gouv.fr
- Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation,
Journal officiel du 4 août 2010,
www.legifrance.gouv.fr
- Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie,
Journal officiel du 6 mai 2012
www.legifrance.gouv.fr
- Décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient,
Journal officiel du 4 août 2010
www.legifrance.gouv.fr
- Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient,
Journal officiel du 4 août 2010
www.legifrance.gouv.fr
- Décret n°2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient.
www.legifrance.gouv.fr
- Arrêté du 31 mai 2013 modifiant l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.
Journal officiel du 2 juin 2013
www.legifrance.gouv.fr

Annexe 5 : Deux exemples d'éducation thérapeutique- Rôle important du pharmacien hospitalier

Stéphanie CHARLES-WEBER et Isabelle LOPEZ ³⁷

Implication des pharmaciens hospitaliers dans des programmes d'éducation thérapeutique (ETP) autorisés par l'ARS dans des pathologies chroniques : le VIH et l'hémophilie

Le programme VIH

« **Un Temps pour Soi** » est un programme d'éducation thérapeutique destiné à toutes les personnes vivant avec le VIH (et leur entourage) suivies dans les unités d'Immuno-Infectediologie de l'Hôtel Dieu et de Cochin, ainsi qu'aux usagers des unités de rétrocession de médicaments de ces deux hôpitaux.

Le programme propose de conserver et/ou renforcer les connaissances, compétences et les ressources du patient avec :

- Un **accompagnement personnalisé** en fonction des besoins auprès de divers professionnels (psychologue, assistante sociale, diététicienne, infirmière, pharmacien...);
- Une **aide éducative** sous forme d'entretiens individuels et/ou de séances de groupe ;
- Des **apprentissages** : c'est devenir l'acteur de son propre suivi (comprendre et décrypter un bilan biologique, préparer un pilulier, apprendre à se soigner, à prendre soin de soi ...).

Ce programme offre un ensemble coordonné de différentes activités spécifiques au VIH :

1. Des **consultations individuelles** à l'Hôtel Dieu et à Cochin ;
2. Des **ateliers thématiques de groupe** sur le site Hôtel-Dieu, organisés et animés par les équipes des deux sites ;
3. Des groupes de paroles à Cochin ;
4. Un **week-end santé** à l'extérieur de l'hôpital.

Les patients sont pris en charge par une équipe de professionnels de santé (pharmaciens, infirmiers, psychologues...) et des volontaires associatifs et salariés de l'association AIDES.

Rôle du Pharmacien

Le pharmacien a un rôle central dans cette prise en charge. Il participe obligatoirement aux consultations individuelles et aux ateliers thématiques en binôme avec des associatifs ou des infirmiers. Le pharmacien apporte son expertise sur le médicament, ce qui est particulièrement important dans une pathologie chronique comme le VIH où le traitement est la source principale de difficultés mais également de réussite.

Le pharmacien apporte également les compétences relationnelles, méthodologiques et pédagogiques qu'il a pu acquérir pendant ses études mais également au cours de son parcours professionnel.

La principale difficulté pour le pharmacien est de savoir se positionner : sa fonction de pharmacien ne doit pas effacer celle d'éducateur.

³⁷Pharmaciens des Hôpitaux - GH Hôpitaux Universitaires Paris Centre (Cochin Hôtel-Dieu Broca)

Le programme hémophilie

L'hémophilie est une pathologie hémorragique constitutionnelle rare qui nécessite la mise en œuvre du traitement substitutif, administré au domicile pour les formes les plus sévères. La formation du patient à une bonne connaissance de sa maladie et à une utilisation appropriée des traitements, repose sur l'éducation thérapeutique dispensée dans les centres de traitement de l'hémophilie(CTH).

Le programme d'ETP du CTH de l'hôpital Cochin « éducation à l'administration des facteurs anti-hémophiliques aux patients atteints d'hémophilie », est proposé aux patients suivis par le centre. Dans ce programme le pharmacien a pour missions en collaboration avec l'équipe d'ETP de :

- réaliser (en alternance avec le psychologue) les diagnostics éducatifs afin d'identifier les besoins des patients ;
- créer des outils et d'animer des séances collectives dédiées aux médicaments (facteurs anti-hémophiliques, médicaments de la douleur) ;
- participer aux séances collectives dédiées aux voyages, à l'entourage, aux signes cliniques et à la transmission ;
- proposer des séances individuelles sur les thèmes des traitements : savoir gérer son traitement lors des déplacements, le conserver, éliminer les déchets de soins. Identifier les freins (contaminations, retraits de lots, inhibiteurs circulants) et les leviers à la bonne adhésion aux traitements (nouvelles thérapeutiques) ;
- explorer et évaluer auprès de patients ou de leurs proches les connaissances acquises sur la maladie, le traitement et les modalités de gestion de leur médicament.

Les résultats de l'enquête réalisée en 2015 sur 55 patients ou aidants interrogés ont rapporté une bonne connaissance théorique de la maladie et de son traitement. Cependant parmi les 41 patients qui s'injectaient eux-mêmes le traitement, 29 ont signalé avoir rencontré des difficultés d'administration. 38 % ont rapporté avoir jeté au moins un flacon inutilisable et 46 % s'être trouvés dans une situation d'urgence hémorragique sans traitement à disposition.

Ceci montre l'importance de l'actualisation régulière des connaissances théoriques mais aussi pratiques.

Une attention particulière doit être portée dans le cadre du programme des CTH sur la connaissance et le bon usage des traitements médicamenteux. Le rôle du pharmacien des établissements de santé est alors central que ce soit dans le contexte de l'hospitalisation ou dans celui de la rétrocession.

Conclusion

Le pharmacien est un acteur de premier plan pour un programme d'éducation thérapeutique en tant qu'éducateur formé et en tant que spécialiste du médicament. L'expérience acquise par les pharmaciens dans les programmes d'ETP leur permet de participer à l'élaboration de référentiels ou de guides.

Annexe 6 : L'Institut de promotion de la santé (IPS) de Trappes (Yvelines) : un exemple d'action de prévention et de promotion

Mise en œuvre d'actions de Prévention et de Promotion de la santé au cœur de la ville.

Catherine REY-QUINIO, Françoise FALHUN

Prévention en Santé

Les actions de prévention en santé visent à diminuer la fréquence d'apparition et la prévalence des problèmes de santé ou de facteurs de risque dans la population :

- La population concernée est bien identifiée comme présentant des risques spécifiques en matière de santé (par exemple : patients hypertendus, diabétiques) ;
- Les stratégies mises en œuvre visent à organiser les services de soins et de premier recours pour mettre en place des actions de prévention ;
- La porte d'entrée se fait par problème de santé ou par pathologie (ex : lutte contre l'obésité, le suicide, le tabagisme, etc.). Les contenus éducatifs sont très spécifiques : informations sur les risques, sur les services, les apprentissages, etc.) ;

Il s'agit d'une santé qui peut être mesurée mais également d'une santé observée.

Promotion de la Santé

Le champ de la promotion de la santé est, en revanche, plus large que celui de la prévention en santé.

La promotion de la santé est en effet « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et améliorer celle-ci ».

Le cadre de référence de la promotion de la santé est la Charte d'Ottawa [déjà citée], adoptée en 1986 et complétée depuis par plusieurs déclarations successives.

La promotion de la santé est définie comme **une approche globale de la santé des populations**, devant, pour être complète, être déployée à travers cinq axes stratégiques visant l'élaboration de politiques publiques promotrices de santé, la création de milieux favorables à la santé, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé [3]. La logique de la promotion de la santé s'inscrit dans une vision qui intègre prévention de la maladie mais également maintien ou amélioration de la santé en ouvrant la place à une double logique :

CURATIF/PRÉVENTIF de la maladie <==> MAINTIEN et AMÉLIORATION de la santé
--

La promotion de la santé correspond donc à une prévention universelle, elle n'est pas orientée vers un risque spécifique, elle vise le sujet et s'appuie sur sa participation active .

Cette conception de la santé porte fondamentalement sur l'action en direction des déterminants de la santé que sont « les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux (milieux de vie) qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations ». La déclaration de la conférence mondiale sur les déterminants de la santé (Rio de Janeiro, 2011), insiste sur la prise en compte des déterminants socio-environnementaux pour promouvoir la santé des populations.

Il s'agit donc d'une *approche positive* (ex : développement des facteurs protecteurs) et globale (qualité de vie et bien être) de la santé. L'objectif est de développer les *compétences psycho sociales* de la population, mais également de leur permettre d'avoir une analyse critique de l'information délivrée. Il

s'agit de les rendre acteurs de leur propre santé, c'est la notion d' « empowerment ». Cette stratégie est particulièrement adéquate pour garantir une plus grande équité en matière de santé car elle apporte des changements des milieux de vie pour améliorer la situation des populations.

Une action de promotion de la santé a ainsi pour objectif de conférer à la population un plus grand contrôle et un plus grand pouvoir sur les décisions qui affectent la santé, son bien-être et sa qualité de vie.

Ces actions s'adressent à une population dans son ensemble, sur des territoires ou dans des milieux de vie. Les stratégies utilisées peuvent se situer au niveau de *chaque personne* (améliorer la confiance en soi, la capacité d'expression...), d'un petit groupe (créer une dynamique de groupe positive et mobilisatrice), d'un territoire (créer du lien entre les acteurs, soutenir la co-construction de projets), ou dans des milieux de vie (école, travail, hôpital, prison, etc.) ou de l'organisation sociale au sens large (actions de lobbying en faveur de la santé).

Les ressources personnelles et sociales des personnes, et leurs capacités à s'organiser collectivement pour agir en faveur de leur santé sont identifiées, renforcées et valorisées. Ainsi, les stratégies mises en œuvre visent à organiser les lieux de vie et d'accueil de la population.

Pour être efficace, l'action doit s'inscrire dans la durée, soit sur plusieurs jours, soit sur plusieurs années dans le cas d'actions pérennes réalisées chaque année.

C'est la santé vécue mais également la santé perçue et observée qui sont ainsi mesurées.

À titre d'exemple : l'**Institut de Promotion de la Santé (IPS) de Trappes**. Mise en œuvre d'actions de Prévention et de Promotion de la Santé au cœur de la ville.

Pour illustrer la mise en œuvre d'actions de prévention et de promotion de la santé, nous évoquerons les d'actions menées par l'Institut de promotion de la Santé situé à TRAPPES dans les Yvelines dont la responsable est Madame Catherine CHEVALLIER, docteur en pharmacie, anciennement pharmacien d'officine.

Créé en 2001, l'IPS est un service de la Communauté d'agglomération de la ville nouvelle de SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES, elle-même membre du réseau français des villes santé de l'OMS depuis 2006 qui regroupe en France 84 communes et inter-communalités. SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES est composé depuis le 1^{er} janvier 2016 de 12 communes, soit un total de 230.000 habitants. Son approche territoriale de la santé est globale et transversale, nourrie de la réflexion développée dans le cadre du Réseau français villes santé OMS.

Une conseillère communautaire, Madame Marie-Noëlle THAREAU, déléguée à la santé, handicap, personnes âgées, est chargée du suivi des actions. L'IPS a signé en 2011 un contrat local de santé (CLS) avec l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France, ce qui permet à la Communauté d'agglomération d'avoir une délégation de la compétence santé sur son territoire.

L'IPS héberge une vingtaine de structures de santé agissant localement (CSAPA, réseaux de santé, CDAG, santé scolaire, associations...) où intervient une équipe de six professionnels de santé assurant un accueil spécialisé en promotion de la santé et mettant en œuvre la politique de santé locale via le CLS. Ces professionnels ont établi différents diagnostics et déterminé un public cible constitué par les populations précaires des communes de TRAPPES et de LA VERRIERE. À partir des diagnostics, cinq axes ont été définis dans la politique de santé : coordination du parcours de santé des patients atteints de maladies graves ou chroniques, santé des jeunes, santé mentale, handicap et seniors, bien-être et environnement.

L'IPS qui, au départ était plus centré sur des actions de prévention a développé des actions de promotion de la santé en mobilisant les habitants les plus précaires pour les rendre acteurs de leur propre santé. Pour illustration, l'IPS organisait auparavant dans les collèges des interventions sur les conduites addictives qui touchaient environ 300 élèves. Ces interventions ont été remplacées par la valorisation des compétences entre « sport et santé » en sensibilisant des petits groupes de cinq à sept collégiens de sorte qu'ils deviennent actifs.

D'autres actions concernent des ateliers de prévention du cancer du sein en créant des groupes d'une dizaine de femmes issues des centres sociaux de Trappes. Ces femmes, qui ont été atteintes de cette maladie, échangent dans un état d'esprit de dialogue et de confiance. L'objectif est notamment d'organiser un temps fort local « Octobre rose », de confectionner des cartes postales, de tenir un stand de sensibilisation au marché de Trappes.

Il en est de même dans le domaine de l'alimentation et de la diététique où un projet d'ateliers cuisine est en cours, relatif à la création de menus spécifiques par un groupe d'une douzaine de participants animés par une diététicienne. Ces menus (sportif, prévention du diabète, petit budget...) sont édités à 1 000 exemplaires et diffusés par l'IPS lors d'événements.

Des Ateliers Santé ont aussi été créés, par exemple des ateliers sur le bon usage du médicament ou des ateliers santé/environnement sur la thématique de la qualité de l'air intérieur « aérer, ventiler ». Mille mallettes d'un jeu de l'Oie sur ce thème ont été distribuées pour sensibiliser les habitants.

Annexe 7 :L'éducation par le sport, un moyen de prévention et de promotion de la santé

Pr Yvan TOUITOU³⁸

L'adolescence est une période de fortes transformations physiologiques, psychiques et physiques, marquée par le désir d'indépendance et le développement de l'identité qui s'accompagnent de nouveaux comportements, c'est dire à quel point la prévention auprès des adolescents est un sujet d'une particulière complexité.

Prévention et promotion de la santé de l'enfant et de l'adolescent nécessitent en effet la prise en compte d'un grand nombre de facteurs, sociaux, physiques, culturels etc. et l'intervention conjointe de nombreux acteurs aussi bien du monde de la santé que des décideurs politiques.

Parmi les différents facteurs à prendre en compte, les activités physiques et sportives sont un des éléments essentiels de santé chez l'enfant et l'adolescent car non seulement elles favorisent un développement harmonieux de l'organisme mais elles favorisent également l'apprentissage de la vie en société, la tolérance, l'esprit d'équipe, l'amélioration des capacités cognitives et la lutte contre la sédentarité à l'origine de surpoids dont la prévalence en France est estimée à 14 % chez l'adolescent, voire d'obésité. L'utilisation abusive des multimédias (télévision et consoles de toutes sortes) est un élément supplémentaire, qui devient de plus en plus prégnant, de sédentarité de l'adolescent contre laquelle il est impératif de lutter.

De plus les conduites qui s'instaurent à l'adolescence telles que le tabagisme, la consommation d'alcool ou de drogues ont des effets sur la santé qui peuvent se pérenniser et se retrouver chez le sujet devenu adulte.

Les activités physiques et sportives remplissent à cet égard une fonction pédagogique. Elles sont bénéfiques pour les enfants et adolescents si elles sont contrôlées, adaptées à l'âge, raisonnées c'est à dire non excessives ce qui signifie que le surentraînement doit être impérativement évité car il est préjudiciable à la santé et perturbe la croissance.

La prévention et la promotion de la santé des enfants et adolescents est un tout qui nécessite, outre l'indispensable vigilance de la famille et des proches, l'intervention de nombreux professionnels de la santé incluant les médecins scolaires et les infirmières scolaires, les médecins du sport et les médecins de famille. Les pharmaciens d'officine, par leur proximité géographique, leurs contacts avec le public, disposent quant à eux de nombreux atouts pour intervenir par leurs conseils dans cette fonction majeure pour la santé publique de prévention de la santé des enfants et adolescents.

Bibliographie succincte

Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), Institut de veille sanitaire. Activité physique ou sportive : des bénéfices pour la santé à tout âge, 2015, n°30-31

P. PÈNE. Y. TOUITOU. Sport et Santé. Bull. Acad. Méd., 2009, **193**, 415-429.

³⁸Yvan TOUITOU est chronobiologiste, chercheur à la Fondation Adolphe-de-Rothschild, membre des Académies nationales de Médecine et de Pharmacie

Annexe 8 : Circulaire 2016-08 de la directrice générale de l'enseignement scolaire, relative à la mise en place du parcours éducatif de santé pour les élèves

NOR : MENE1601852C circulaire n° 2016-008 du 28-1-2016 MENESR - DGESCO B3-1

—
Texte adressé aux rectrices et recteurs d'académie ; aux directrices et directeurs des écoles supérieures du professorat et de l'éducation ; aux inspectrices et inspecteurs d'académie-directrices et directeurs académiques des services de l'éducation nationale ; aux cheffes et chefs d'établissement ; aux inspectrices et inspecteurs d'académie-inspectrices et inspecteurs pédagogiques régionaux ; aux inspectrices et inspecteurs de l'éducation nationale chargé(e)s de l'enseignement technique ; aux inspectrices et inspecteurs de l'éducation nationale ; aux directrices et directeurs d'école ; aux conseillères et conseillers techniques sociaux et de santé

—
Enjeu primordial au sein du système éducatif, la santé, dans ses dimensions physique, psychique, sociale et environnementale, est un élément essentiel de l'éducation de tous les enfants et adolescents. Elle constitue un facteur important de leur réussite éducative. En effet, les données disponibles montrent que les inégalités de santé s'installent très précocement et que les conduites ayant une influence négative sur la santé se mettent en place dès l'enfance ou l'adolescence. Ainsi, la promotion de la santé en milieu scolaire constitue l'un des meilleurs leviers pour améliorer le bien-être et réduire les inégalités, en intervenant au moment où se développent les compétences et les connaissances utiles tout au long de la vie.

La mission de l'École en matière de santé consiste à :

- *faire acquérir à chaque élève les connaissances, les compétences et la culture lui permettant de prendre en charge sa propre santé de façon autonome et responsable en référence à la mission émancipatrice de l'école ; l'éducation à la santé est l'une des composantes de l'éducation à la citoyenneté ;*
- *mettre en œuvre dans chaque école et dans chaque établissement des projets de prévention centrés sur les problématiques de santé, notamment celles susceptibles d'avoir un effet sur la réussite scolaire ;*
- *créer un environnement scolaire favorable à la santé et à la réussite scolaire de tous les élèves.*

L'article L. 121-4-1 du code de l'éducation dispose qu'« au titre de sa mission d'éducation à la citoyenneté, le service public de l'éducation prépare les élèves à vivre en société et à devenir des citoyens responsables et libres, conscients des principes et des règles qui fondent la démocratie ». Les enseignements et les actions engagées dans le cadre de la promotion de la santé à l'école relèvent de cette mission.

La circulaire n° 2014-068 du 20 mai 2014 précise les modalités de la gouvernance de la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves ; elle prévoit notamment la mise en place d'une cellule académique, pilotée et coordonnée par le proviseur vie scolaire ou par l'inspecteur d'académie-inspecteur pédagogique régional établissements et vie scolaire, et réunissant les différents conseillers techniques des recteurs.

Les actions de promotion de la santé des élèves, assurées par tous les personnels, dans le respect des missions de chacun, prennent place au sein de la politique de santé à l'école qui se structure selon trois axes : l'éducation, la prévention et la protection.

Au sein des écoles et établissements scolaires, l'ensemble de ces actions de prévention, d'information, de visites médicales et de dépistage s'organise au bénéfice de chaque élève pour former un parcours éducatif de santé.

Ce parcours vise à structurer la présentation des dispositifs qui concernent à la fois la protection de la santé des élèves, les activités éducatives liées à la prévention des conduites à risques et les activités pédagogiques mises en place dans les enseignements en référence aux programmes scolaires. L'organisation du parcours éducatif de santé concerne toutes les écoles et tous les établissements ; son contenu est adapté aux besoins et demandes des élèves et aux ressources disponibles.

La présente circulaire a pour objet de présenter les modalités de mise en place du parcours éducatif de santé aux différents échelons de l'organisation du système scolaire.

La finalité du parcours éducatif de santé pour tous les élèves

Le parcours éducatif de santé permet d'explicitier ce qui est offert aux élèves en matière de santé à l'échelon de l'école, de la circonscription et de l'établissement scolaire en articulation étroite avec leur territoire :

- *il structure et renforce l'action des établissements sur les différents déterminants de la réussite éducative et de la santé de tous les élèves dans le cadre des projets d'école et d'établissement ;*
- *il s'appuie sur le socle commun de connaissances, de compétences et de culture, les programmes scolaires, les besoins et demandes des élèves, et les ressources disponibles ;*
- *il s'inscrit dans le cadre du projet d'école ou d'établissement ;*
- *il constitue l'un des axes du projet du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) ;*
- *il trouve son expression dans un document bref, intelligible par l'ensemble des parties prenantes, au premier rang desquelles les familles.*

Le contenu du parcours éducatif de santé pour tous les élèves

Le parcours éducatif de santé :

- *s'appuie sur l'expérience acquise par les acteurs et vise à la reconnaître, la mutualiser et l'enrichir ;*
- *s'appuie sur la démarche d'analyse des besoins et des demandes des élèves, conduite dans le cadre des projets d'école et d'établissement, et pour laquelle les personnels sociaux et de santé apportent leur expertise ; les interventions éducatives en santé associées aux enseignements permettent une meilleure prise en compte des déterminants de santé liés à la réussite scolaire ;*
- *peut prendre appui sur des objectifs définis au sein de la stratégie nationale de santé ;*
- *a une visée opérationnelle ; il décrit concrètement ce qui est mis en œuvre à destination des élèves ; il est communiqué à leurs familles dont la coopération et l'implication constituent une priorité dans la perspective d'une coéducation ;*
- *précise ce qui est proposé à tous les élèves et ce qui concerne spécifiquement ceux à besoins éducatifs particuliers du fait de leur situation sociale, d'une situation de handicap ou de maladie chronique.*

Les axes du parcours éducatif de santé pour tous les élèves

Le parcours éducatif de santé est organisé autour de trois axes.

Un axe d'éducation à la santé

Basé sur le socle commun de connaissances, de compétences et de culture et les programmes scolaires, cet axe d'éducation à la santé décrit les compétences à acquérir à chacune des étapes de la scolarité afin de permettre à chaque futur citoyen de faire des choix éclairés en matière de santé. Dès la maternelle et pour chaque cycle sont décrites les acquisitions visées et les activités de classe effectuées par les enseignants.

Un axe de prévention

Les démarches de prévention mises en place à l'échelle de l'école et de l'établissement, associant les acteurs locaux en référence aux priorités de santé publique (agences régionales de santé, collectivités territoriales, associations, etc.), sont décrites. Cet axe de prévention présente les actions centrées sur une ou plusieurs problématiques de santé prioritaires ayant des dimensions éducatives et sociales (conduites addictives, alimentation et activité physique, vaccination, contraception, protection de l'enfance par exemple). Les démarches de prévention

mobilisent les familles et les acteurs locaux. Elles peuvent donner lieu à des temps forts qui s'inscrivent dans la vie des écoles et des établissements.

Un axe de protection de la santé

Cet axe de protection de la santé, que la loi de modernisation du système de santé nomme « parcours de santé » en lien avec le médecin traitant, intègre des démarches liées à la protection de la santé des élèves mises en œuvre dans l'école et l'établissement dans le but d'offrir aux élèves l'environnement le plus favorable possible à leur santé et à leur bien-être.

Ces démarches comprennent notamment :

- *des actions visant à créer un climat d'établissement favorable à la santé et au bien-être de tous les membres de la communauté éducative ;*
- *des démarches centrées sur l'amélioration de l'environnement de l'établissement, de la restauration scolaire à l'ergonomie et à la qualité de l'entretien des locaux, en lien avec les collectivités territoriales ; la question des sanitaires devra faire l'objet d'une réflexion - associant dans le second degré conseils de la vie collégienne (CVC), conseils de la vie lycéenne (CVL) - pour répondre aux besoins de santé de tous les élèves ;*
- *une description des ressources disponibles pour les élèves et leurs familles en matière de santé comme les visites médicales et de dépistage, les examens systématiques et à la demande, le suivi infirmier, l'accompagnement social, les dispositifs locaux de prise en charge des enfants et adolescents (PMI, maisons des adolescents, secteur de psychiatrie, réseau « dys », etc.).*

La mise en œuvre du parcours éducatif de santé pour tous les élèves

Partout où cela est possible, le parcours éducatif de santé sera construit dans le cadre inter-degrés. Le conseil écoles-collège constitue une instance permettant la mise en lien des parcours des élèves des écoles maternelles et élémentaires et de collège. Lorsqu'un CESC inter-degrés existe, le parcours éducatif de santé est commun aux écoles et au collège.

Les acteurs du parcours éducatif de santé à l'échelle de la circonscription et de l'école

Le parcours, dans ses différentes dimensions, mobilise l'ensemble de la communauté éducative : directeurs d'école, enseignants spécialisés ou non, psychologues scolaires, personnels sociaux et de santé intervenant auprès des élèves.

Il implique les partenaires de l'école (municipalités, acteurs du système de soin et de prévention, associations spécialisées en promotion de la santé) dans les démarches de prévention, de promotion et d'éducation pour la santé.

Le parcours éducatif de santé est rédigé par les équipes d'école de façon coordonnée à l'échelle de la circonscription sous l'autorité de l'inspecteur de l'éducation nationale (IEN).

Le parcours est l'un des constituants du projet d'école ; à ce titre, il est inscrit dans le projet d'école qui est adopté par le conseil d'école.

Les acteurs du parcours éducatif de santé à l'échelle de l'établissement public local d'enseignement

Le parcours, dans ses différentes dimensions, mobilise l'ensemble de la communauté éducative : chefs d'établissement et adjoints, enseignants, personnels sociaux et de santé, conseillers principaux d'éducation, conseillers d'orientation-psychologues, parents, élèves. Les CVL, et là où elles existent, les maisons des lycéens, et les CVC seront particulièrement mobilisés. Le conseil pédagogique peut également être associé à la réflexion sur le parcours éducatif de santé, notamment en termes de lien entre apprentissages scolaires et actions éducatives dans la construction des compétences liées à la santé et à la citoyenneté.

Il mobilise les partenaires de l'établissement (collectivités territoriales, acteurs du système de soin et de prévention, associations spécialisées en promotion de la santé) dans les démarches de prévention, de promotion et d'éducation pour la santé.

Le parcours est l'un des constituants du projet d'établissement et, par ses actions éducatives et pédagogiques, une composante essentielle du projet du CESC ; à ce titre, il est inscrit dans le projet d'établissement qui est adopté par le conseil d'administration.

Les acteurs du parcours éducatif de santé à l'échelle du département

Les inspectrices et inspecteurs d'académie-directrices et directeurs académiques des services de l'éducation nationale (IA-Dasen) organisent le service des médecins de l'éducation nationale et les visites médicales sur le territoire en prenant en compte les demandes et les besoins exprimés par les établissements dans le cadre des priorités académiques, en cohérence avec la mise en œuvre du parcours éducatif de santé dans les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement.

Le pilotage national et académique de la mise en œuvre du parcours éducatif de santé

Le rôle des instances nationales et académiques est d'accompagner les établissements, circonscriptions et écoles dans la mise en œuvre du parcours éducatif de santé tant par la production d'un cadre de référence que par la valorisation des initiatives des établissements.

Le cadre national de référence du parcours éducatif de santé est élaboré par la direction générale de l'enseignement scolaire en lien avec les priorités de la politique de santé. La promotion de la santé à l'école est une politique intégrée au cœur de la mission de l'École, en cohérence avec d'autres politiques publiques (de santé, sociale, familiale et de la ville). Elle fait l'objet d'une évaluation.

La mise en œuvre du parcours éducatif de santé s'appuie sur des partenariats nationaux, notamment avec le ministère chargé de la santé représenté par la direction générale de la santé et avec l'agence nationale de santé publique (ANSP) dans le cadre des conventions qui les lient à la direction générale de l'enseignement scolaire, et sur des partenariats académiques.

L'échelon académique (circulaire n° 2011-216 du 2 décembre 2011) a en charge l'accompagnement opérationnel des établissements, des circonscriptions et des écoles. Cet accompagnement est assuré par la cellule académique, prévue dans la circulaire n° 2014-068 du 20 mai 2014, pilotée et coordonnée par le proviseur vie scolaire (PVS) ou par l'inspecteur d'académie-inspecteur pédagogique régional établissements et vie scolaire, et réunissant les différents conseillers techniques des recteurs.

Cette cellule académique a vocation à mettre en place des partenariats associant les écoles supérieures du professorat et de l'éducation (ESPE), les agences régionales de santé (ARS) et les collectivités territoriales. Les académies peuvent mobiliser les CESC départementaux pour la mise en place du parcours éducatif de santé.

L'accompagnement est mis en œuvre :

- *par les cadres, PVS et inspecteurs, ainsi que par les personnels sociaux et de santé, les formateurs de l'éducation nationale et des ESPE ;*
- *en coordination avec les associations spécialisées en éducation à la santé, notamment en ce qui concerne les dispositifs fondés sur un partenariat avec les acteurs territoriaux.*

La coopération entre établissements, circonscriptions et écoles

La mise en œuvre du parcours éducatif de santé est fondée sur une démarche de valorisation et d'enrichissement des pratiques des acteurs :

- *une coordination des écoles et établissements sera recherchée au niveau des bassins et districts afin de recenser l'ensemble des ressources pour l'accompagnement de la santé des élèves permettant à chaque famille de trouver tant les informations relatives à la santé des enfants à l'école, au collège ou au lycée, que les coordonnées de l'ensemble des référents par établissement et par bassin ;*
- *un travail en réseau des écoles et des établissements pourra permettre des échanges de pratiques ou de ressources.*

Le dispositif de la formation initiale et continue à l'échelon académique

La mise en place du parcours éducatif de santé nécessite le développement d'une culture commune aux personnels enseignants, d'éducation et de santé, fondée notamment sur un dispositif de formation initiale et continue par :

- *l'organisation de formations d'initiative locale à l'échelle des établissements et des circonscriptions et dans le cadre des plans académiques de formation (Paf) ;*
- *le renforcement de la formation des personnels enseignants et d'éducation (selon le référentiel des compétences professionnelles des métiers du professorat et de l'éducation, arrêté du 1er juillet 2013) au sein des écoles supérieures du professorat et de l'éducation tant en ce qui concerne l'éducation à la santé que le repérage des difficultés de santé ;*
- *la formation des personnels de direction et d'inspection à l'école supérieure de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche (ESENESR) et au sein des académies.*

Pour la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et par délégation

La directrice générale de l'enseignement scolaire,

Florence ROBINE