



HAL
open science

Le pharmacien en prévention : bilan des pratiques

Cécile Routurier

► **To cite this version:**

Cécile Routurier. Le pharmacien en prévention : bilan des pratiques. Sciences pharmaceutiques. 2015.
dumas-01243285

HAL Id: dumas-01243285

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01243285>

Submitted on 14 Dec 2015

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

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



Le pharmacien en prévention : bilan des pratiques

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présentée et soutenue publiquement

le 23 novembre 2015

par **Cécile ROUTURIER**

Examineurs de la thèse

M le Docteur **Michel GUYOT**, MCUPrésident et directeur de thèse

Mme le Docteur **Isabelle REYNAUD**, pharmacienne d'officineJury de thèse

Mme le Docteur **Karin MARTIN-LATRY**, PHJury de thèse

Remerciements

A Monsieur Michel Guyot pour avoir accepté de diriger et présider ma thèse. Merci pour vos encouragements et vos conseils.

A Madame Isabelle Reynaud pour avoir eu l'amabilité de siéger au jury de thèse. Merci pour vos conseils, vos encouragements et pour m'avoir fait partager la passion du métier.

A Madame Karin Martin-Latry qui me fait l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude.

Je remercie également toutes les personnes qui m'ont soutenue pendant mes années d'études pour leurs encouragements et leur confiance. Je pense notamment à Mickael, à mes parents, à mon frère, et à ma famille, à Léa, à Claire, à Jenny, à Elodie, à Anaïs, à William, à Mélanie, à Océane, à Henri et à tous les autres que j'ai oublié de citer.

Liste des abréviations

| | |
|----------|---|
| Anses | Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail |
| ARS | Agence Régionale de Santé |
| BPCO | Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive |
| Cespharm | Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française |
| CFES | Comité Français d'Education pour la Santé |
| CNAM-TS | Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés |
| COCT | Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail |
| CODES | COmités Départementaux d'Education pour la Santé |
| CORES | COmités Régionaux d'Education pour la Santé |
| CSP | Code de la Santé Publique |
| CVF | Capacité Vitale Forcée |
| DGS | Direction Générale de la Santé |
| DMP | Dossier Médical Personnel |
| DOM | Département d'outre-mer |
| DPC | Développement Professionnel Continu |
| DTP | vaccin Diphtérique, Tétanique et Poliomyélitique |
| ECG | ElectroCardiogramme |
| ETP | Education Thérapeutique du Patient |
| FNES | Fédération Nationale d'Education et de promotion de la Santé |
| HPST | Hôpital Patient Santé Territoires |
| HTA | HyperTension Artérielle |
| IGAS | Inspection Générale des Affaires Sociales |
| IMC | Indice de Masse Corporelle |
| INPES | Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé |
| INR | International Normalized Ratio |
| InVS | Institut National de Veille Sanitaire |

| | |
|-------|--|
| IREPS | Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé |
| MAPA | Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| PAD | Pression Artérielle Diastolique |
| PAS | Pression Artérielle Systolique |
| URPS | Union Régionale des Professionnels de Santé |
| VEM6 | Volume Expiratoire Maximal en six secondes |
| VEMS | Volume Expiratoire Maximal à la première Seconde |

Liste des figures

Figure 1 : Les actions de prévention mises en place durant la vie d'un individu

Figure 2 : Sondage Viavoice réalisé en 2013 pour Groupe Pasteur Mutualité

Figure 3 : Mesure de la circonférence de la taille

Figure 4 : Mesure de la pression artérielle à l'aide d'un auto-tensiomètre de poignet et d'un auto-tensiomètre huméral

Liste des tableaux

Tableau 1 : Différence entre un test de dépistage et un test de diagnostic

Tableau 2 : Correspondance entre les niveaux de pression artérielle (en mmHg) et les catégories d'hypertension artérielle (HTA)

Tableau 3 : Conduite à tenir selon le délai écoulé depuis le dernier risque d'exposition au VIH

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| <u>Remerciements</u> | 2 |
| <u>Liste des abréviations</u> | 3 |
| <u>Liste des figures, liste des tableaux</u> | 5 |
| <u>Introduction</u> | 9 |
| <u>Partie I : La prévention : généralités et concepts</u> | |
| I) Historique | 11 |
| II) Définition de la prévention | 12 |
| 1) La promotion de la santé | 14 |
| 2) La vaccination..... | 14 |
| 3) Le dépistage | 15 |
| 4) L'Education Thérapeutique du Patient (ETP) | 15 |
| III) Pertinence de la mise en place d'une action de prévention | 16 |
| 1) Critères de sélection des priorités | 16 |
| 2) Politique de prévention | 17 |
| 3) Domaines d'application de la prévention | 18 |
| IV) Organisation de la prévention en France | 21 |
| 1) L'INPES | 22 |
| 2) L'Anses..... | 23 |
| 3) La DGS | 24 |
| 4) Les ARS..... | 24 |
| 5) Le COCT | 25 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 6) | Les IREPS, les CODES et CORES, le FNES..... | 25 |
| 7) | Le Cespharm..... | 25 |
| 8) | Les URPS | 26 |
| 9) | Les autres acteurs..... | 26 |
| V) | Classification des actions de préventions | 26 |
| 1) | La classification de l’OMS | 26 |
| 2) | La classification de Gordon et la Nouvelle Classification | 28 |

Partie II : La place du pharmacien en prévention

| | | |
|------------|---|-----------|
| I) | Les atouts du pharmacien d’officine | 31 |
| 1) | Connaissances scientifiques et savoir-faire | 31 |
| 2) | Proximité et accessibilité | 33 |
| 3) | Baromètre de confiance | 34 |
| II) | Le cadre légal..... | 35 |
| 1) | L’acte pharmaceutique | 35 |
| 2) | La loi HPST | 36 |
| 3) | La convention pharmaceutique..... | 39 |
| 4) | La vaccination..... | 42 |

Partie III : Les moyens de la prévention et exemples d’actions mises en place par les pharmaciens

| | | |
|------------|--|-----------|
| I) | Campagne de prévention | 45 |
| 1) | Elaboration d’une campagne de prévention | 45 |
| 2) | Exemples de promotion de campagnes de prévention par les pharmaciens... 51 | |
| II) | Le dépistage | 52 |
| 1) | Principes du dépistage | 52 |

| | |
|--|-----------|
| 2) Détails de certains tests de dépistage pratiqués par le pharmacien. | 54 |
| 3) Participation des pharmaciens au dépistage | 63 |
| III) Education thérapeutique | 64 |
| 1) Actions au sein d'une équipe soignante pluridisciplinaire : l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) | 64 |
| 2) Actions spécifiques des pharmaciens : les entretiens pharmaceutiques | 66 |

Partie IV : Discussion

| | |
|--|-----------|
| I) Points positifs et limites de la prévention en santé en général..... | 72 |
| 1) Concernant les campagnes de prévention..... | 72 |
| 2) Concernant la vaccination | 75 |
| 3) Concernant le dépistage..... | 76 |
| 4) Concernant l'éducation thérapeutique | 78 |
| II) Bilan et limites des nouvelles missions du pharmacien..... | 79 |
| 1) Points positifs | 79 |
| 2) Limites | 80 |

| | |
|-------------------------|----|
| <u>Conclusion</u> | 83 |
|-------------------------|----|

| | |
|----------------------------|----|
| <u>Bibliographie</u> | 84 |
|----------------------------|----|

Introduction

Le domaine de la prévention en santé publique s'est considérablement développé ces dernières années du fait de l'augmentation considérable des maladies chroniques. Les campagnes de prévention sont également plus fréquentes et plus efficaces pour promouvoir les comportements individuels favorables à la santé. Le dépistage de certaines maladies tel que le cancer du sein se fait souvent de manière généralisée. La vaccination est pratiquée de façon courante, ce qui explique que la couverture vaccinale est jugée plutôt bonne en France.

Depuis la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire (HPST) votée en 2009, le pharmacien d'officine est de plus en plus impliqué dans la prévention. Il a de nombreux atouts pour être un acteur à part entière de la prévention du fait que c'est un professionnel de santé de proximité avec de multiples contacts avec les patients (environ quatre millions de personnes fréquentent chaque jour une pharmacie). Celui-ci peut désormais, en plus de participer à la promotion des campagnes de santé publique, dispenser des entretiens pharmaceutiques afin d'aider les patients à mieux comprendre leurs maladies et leur traitements, et effectuer le dépistage de certaines maladies : surpoids/obésité, hypertension artérielle (HTA), Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO). De plus, la nouvelle loi de santé de 2015 pourrait amener le pharmacien à pouvoir vacciner dans son officine.

L'objet de cette thèse est d'établir un bilan sur les pratiques de prévention du pharmacien. Les nouvelles missions du pharmacien introduites par la loi HPST et mises en application par la suite par la convention pharmaceutique ont eu un écho important dans la profession avec une réelle attente. Elles permettent au pharmacien d'officine de développer une activité qui est davantage en phase avec ses compétences, ses connaissances, et son rôle de professionnel de santé. Elle vient ainsi revaloriser sa profession alors que l'inquiétude monte quand à son avenir en raison des nombreuses attaques contre le monopole pharmaceutique, le peu de renouveau, les baisses de marges, et les déremboursements de certains médicaments.

Dans un premier temps il sera abordé les généralités sur la prévention. La deuxième partie se focalisera sur les atouts du pharmacien d'officine pour être un acteur de prévention et sur les textes de lois autorisant le pharmacien à faire de la prévention. La troisième partie détaillera les actions de prévention pouvant être réalisées par le pharmacien d'officine. Enfin

la dernière partie aura pour objet un bilan de la prévention en général, et des nouvelles missions de prévention du pharmacien en particulier.

Partie I : La prévention : généralités et concepts

I) Historique

Si l'éducation pour la santé et la prévention ont une place de plus en plus importante aujourd'hui, les précurseurs sont relativement anciens. Au XIXe siècle, un lien de causalité est établi entre conditions de vie et maladies, et entraîne pour la première fois la diffusion de normes d'hygiène. Ce courant « hygiéniste » rencontra des difficultés dans le contexte socioculturel de l'époque, néanmoins il continua de se développer en France avec la création de l'Office national d'hygiène sociale en 1924 et d'organismes privés chargés d'éduquer le public comme la Société scientifique d'hygiène alimentaire et d'alimentation rationnelle (1904), le Comité national de lutte antituberculeuse (1916), la Ligue nationale contre le cancer (1918), la Ligue française contre les maladies vénériennes, la Société française de prophylaxie, la Ligue française d'hygiène mentale (1920), le Comité national de défense contre l'alcoolisme, etc. Le passage à un accès généralisé aux soins, garanti par l'établissement de la Sécurité Sociale en 1945, a ouvert la voie au développement de la promotion de la santé dans tous les milieux et dans tous les domaines de la vie quotidienne, professionnelle et familiale.¹⁺²

Le Comité Français d'Education pour la Santé (CFES) a été créé en 1972 afin de mettre en place les premières grandes campagnes de prévention sur le tabac, répondant ainsi à la volonté de Madame Simone Veil alors Ministre de la Santé. Celles-ci utilisaient un moyen de communication bien connu : la publicité. L'objectif était ainsi de fixer l'attention d'un consommateur afin de l'inciter à adopter un comportement souhaité. Ceci correspondait à un tournant dans la prévention en santé. Il était auparavant inimaginable d'utiliser la publicité en

santé car elle était considérée comme peu respectable. Elle est devenue aujourd'hui essentielle pour une communication nationale structurée et efficace en santé publique.³

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé en remplacement du CFES, est un établissement public administratif chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé. L'INPES a entre autres la charge de concevoir et de produire les différents supports des programmes nationaux de prévention, d'éducation thérapeutique et d'éducation pour la santé, notamment les documents d'information, les outils pédagogiques et les campagnes de communication. L'INPES met également à la disposition du grand public, des associations et des professionnels des supports d'information, des outils pédagogiques et méthodologiques d'éducation pour la santé.⁴

Cette approche collective de la santé est confortée en 2009 par la loi HPST qui définit, entre autres, un cadre d'actions pour développer la promotion de la santé, la prévention et l'éducation thérapeutique. Elle met en place les Agences Régionales de Santé (ARS) qui deviennent les pilotes régionaux de ce développement.

Historiquement, le système de santé français est dominé par le soin, ce qui a laissé peu de place au développement de la prévention. Cette position marginale l'a souvent cantonné dans des stratégies d'information pure afin d'éviter l'apparition de maladies. De ce fait, les autorités de santé n'ont pas promu le développement de recherches stratégiques et évaluatives de l'efficacité des campagnes de prévention. A titre d'exemple, le code de la sécurité sociale ne prévoit toujours pas clairement de financement de la prévention faute de distinction suffisante entre préventif et curatif. Toutefois, les individus, professionnels de santé ou non, sont désormais convaincus que la prévention peut grandement contribuer à l'amélioration de la santé des populations.⁵

II) Définition de la prévention

La notion de prévention est complexe car elle est polysémique et utilisée avec des acceptions très diverses selon les domaines, allant de la protection jusqu'à l'expression d'une menace. Dans le champ sanitaire, elle désigne des mesures prises envers une personne ou une population ainsi qu'à leurs comportements.

La prévention selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) correspond à l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps. La prévention de la maladie comprend des mesures qui visent, non seulement à empêcher l'apparition de la maladie telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences.⁶

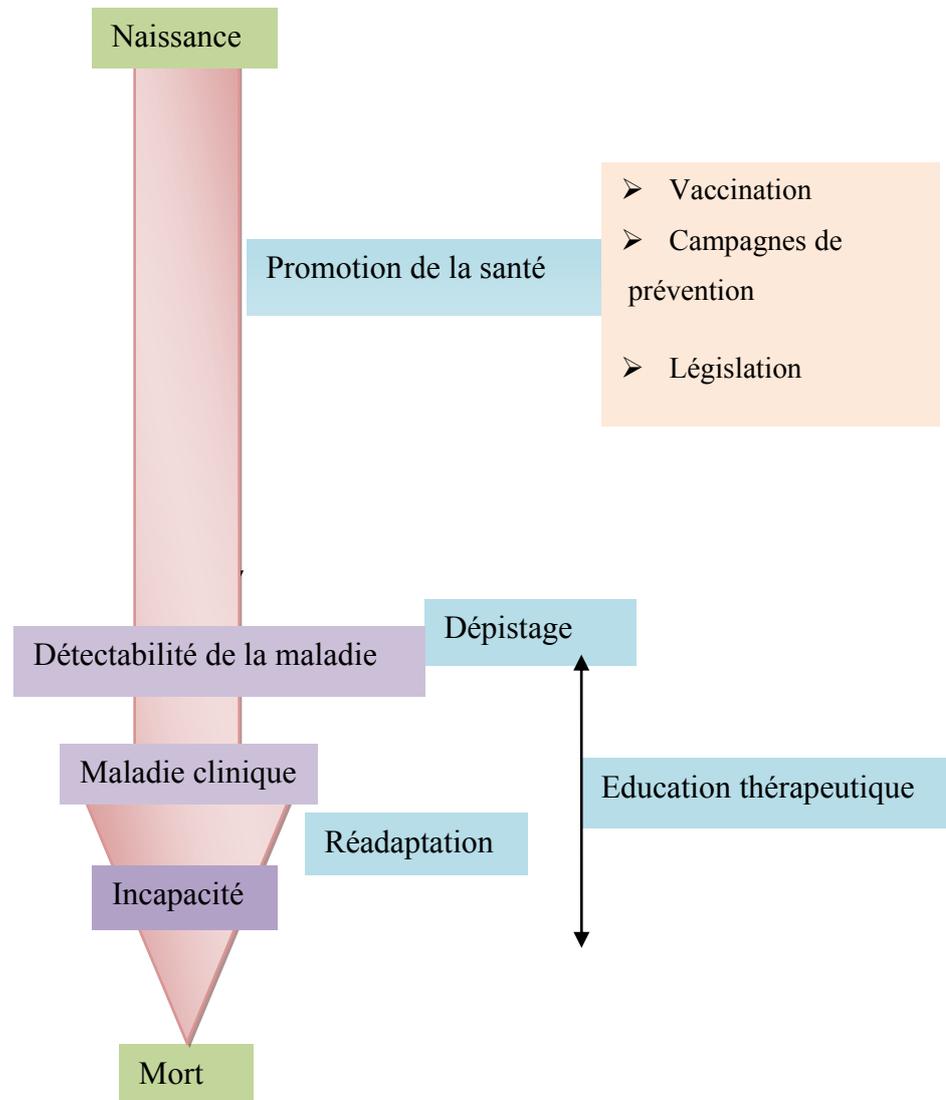


Figure 1 : Les actions de prévention mises en place durant la vie d'un individu

Durant toute sa vie, un individu est concerné par de la prévention :

- par la promotion de la santé en l'absence de grave pathologie
- par le dépistage lorsque la maladie devient déteçtable mais pas encore cliniquement identifiable,
- par de l'éducation thérapeutique au cours de la maladie

1) La promotion de la santé

La charte d'Ottawa établie en 1986 a introduit et définit la notion de promotion de la santé.⁷ La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Elle vise à agir sur les déterminants de santé liés à l'épanouissement et le bien-être des individus dans le cadre d'un environnement sain. Le groupe ou l'individu en bonne santé doit ainsi être mesure de pouvoir satisfaire ses besoins, d'évoluer avec son milieu ou de s'y adapter, d'identifier et de réaliser ses ambitions. Le déterminant de santé est un facteur qui influence l'état de santé d'une population soit isolément, soit en association avec d'autres facteurs. Ce facteur peut être politique, économique, social, culturel, comportemental, environnemental, ou biologique. Le déterminant de santé est différent du facteur de risque : la notion de déterminant implique un rôle causal (pas forcément nécessaire ni suffisant pour développer la maladie) alors que la notion de facteur de risque est plus large et fait référence à une probabilité plus élevée de la maladie chez les sujets exposés.⁸

Ainsi la promotion de la santé est une notion vaste où l'individu est au centre de démarches qui comprennent aussi bien une amélioration de la salubrité des logements, qu'un accès à l'éducation garanti pour tous, une justice sociale et un traitement équitable, etc. Les méthodes utilisées pour la promotion de la santé combinent des approches individuelles et collectives dont le but est le changement des mauvais comportements. A titre d'exemple, en France, de nombreuses mesures de nature très diverses ont été prises pour limiter l'usage du tabac : limitation de la publicité, augmentation du prix des cigarettes, changement de l'image sociale, etc. De même, de nombreuses actions ont été menées pour promouvoir la diminution de la prévalence du surpoids/obésité : limitation des matières grasses dans les aliments préparés industriellement, indication des apports en nutriments sur l'emballage de ces produits, conseils diététiques, promotion de l'activité physique, etc. Les campagnes de prévention quant à elles ont pour objet de faire changer de comportement à risque d'un public cible par l'intermédiaire d'un message diffusé par les médias.

2) La vaccination

Un vaccin est un médicament à visée préventive des maladies infectieuses. Sauf exception, il est donc administré à des personnes bien portantes ; leur système immunitaire est alors stimulé par le contact avec une forme atténuée ou inactivée d'un agent infectieux

(bactérie, virus, parasite, toxine). La vaccination est fondée sur la propriété de mémoire du système immunitaire. Lors d'un second contact avec le même agent infectieux, l'organisme présentera une réponse très rapide, laquelle est déterminante pour la protection du patient. Les vaccins obligatoires en France sont ceux contre la diphtérie-tétanos-poliomyélite, et contre la fièvre jaune pour toutes les personnes résidant en Guyane. Les vaccinations recommandées concernent les maladies telles que la coqueluche, la rubéole, la rougeole, les oreillons, la varicelle, les infections invasives à *haemophilus influenzae* de type B, à pneumocoque, à méningocoque C, les infections à papillomavirus humains (pour les jeunes filles entre 11 et 14 ans) et les hépatites A et B pour les professionnels exposés à un risque de contamination. Un calendrier des vaccinations est établi chaque année et précise à quel âge doivent être réalisés les vaccins et les rappels.

3) Le dépistage

Le dépistage consiste à identifier dans une population cible (en général, celle qui est la plus à risque de développer la maladie dépistée) les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque là inaperçue à l'aide de tests, d'examens, ou d'autres techniques d'application rapide. Un test de dépistage est en principe simple, rapide et bon marché, et peut être appliqué à grande échelle. Il doit permettre de faire la distinction entre les personnes apparemment en bonne santé mais qui sont probablement atteintes d'une maladie donnée, et celles qui en sont probablement exemptes. Ils n'ont pas pour objet de poser un diagnostic. Les personnes pour lesquelles les résultats sont positifs ou douteux doivent être orientées vers leur médecin traitant pour une vérification du diagnostic et, si besoin est, pour la mise en place d'un traitement ou d'une surveillance.⁹ Le dépistage peut être réalisé soit dans le cadre d'un programme organisé par les autorités de santé publique (ex. cancer du sein, cancer colorectal), soit de façon individuelle à l'initiative du professionnel de santé ou du patient (ex. cancer du col de l'utérus, mélanome).

4) L'Education Thérapeutique du Patient (ETP)

Selon l'OMS, l'ETP a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées et conçues, entre autres, pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières. L'objectif est de les aider

à comprendre leur maladie et leur traitement, d'assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge et favoriser ainsi le maintien et l'amélioration de leur qualité de vie. L'ETP ne se résume donc pas à la délivrance d'une information qui, seule, ne suffit pas à aider les patients à gérer leur maladie.¹⁰ Ainsi, les finalités spécifiques de l'éducation thérapeutique sont l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d' « auto-soins » (décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé) ainsi que la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation (compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques, qui permettent aux personnes de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci). Elles s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales. Toute personne ayant une maladie chronique, enfant, adolescent ou adulte, quels que soient le type, le stade et l'évolution de la maladie, peut bénéficier d'une offre d'éducation thérapeutique du patient. L'entretien pharmaceutique est une composante de l'éducation thérapeutique, il est effectué par un pharmacien pour des patients ayant des traitements spécifiques comme les antivitaminiques K, ou certains patients asthmatiques. Le pharmacien veille lors de ces entretiens à la bonne compréhension et la bonne observance du traitement par le patient.

III) Pertinence de la mise en place d'une action de prévention

1) Critères de sélection des priorités

De nombreux facteurs entrent en ligne de compte lorsqu'il s'agit de déterminer quel problème de santé nécessite des mesures de prévention et quelles sont les mesures à prendre.

Les principaux critères sont :

- l'ampleur du problème (nombre de personnes concernées par rapport à la population totale)
- la gravité (taux de mortalité, de morbidité et d'incapacité)
- l'efficacité de la solution proposée
- la faisabilité (financière, technique, culturelle, politique)
- les besoins perçus

2) Politique de prévention

La formalisation d'une politique publique de prévention, dans un système de santé longtemps construit autour d'une démarche essentiellement curative, est récente. Les progrès techniques médicaux sont souvent privilégiés au regard de la promotion de la santé. Or, la prévention comme les soins curatifs font nécessairement partie d'une politique globale de santé. Cette complémentarité fondamentale se retrouve progressivement traduite dans le droit.

Inscrite dans la loi en 2002, la prévention entre clairement avec la loi du 9 août 2004 dans le champ de la santé publique. La politique de prévention « *s'étend à toutes les dimensions de l'état sanitaire de la population, qu'elles soient préventives ou curatives* ». Cette approche collective de la santé est confortée en 2009 avec la loi HPST. Le second « Plan Santé au travail » est également l'un des déterminants d'une politique globale de prévention et de santé.

Certains domaines de la santé, dont les affections chroniques, exigent un dispositif cohérent de prévention. C'est un enjeu fort pour la France où, si la situation sanitaire est globalement favorable, deux difficultés majeures subsistent :

- une mortalité prématurée évitable plus élevée en France que dans les autres pays européens
- des disparités régionales et interrégionales

L'état de santé des Français apparaît globalement bon, mais la mortalité prématurée, c'est-à-dire survenant avant l'âge de 65 ans, reste l'une des plus élevées de l'Union européenne. En outre, des disparités sensibles perdurent entre hommes et femmes, entre territoires, ou encore entre catégories sociales. À cette mortalité prématurée évitable, s'ajoute une espérance de vie sans incapacité plus faible en France que dans d'autres pays européens. Certains facteurs de risque sont désormais bien identifiés par les études épidémiologiques : tabac, nutrition, sédentarité, alcool, expositions professionnelles, environnement, produits illicites, etc. La réduction des facteurs de risques et des comportements à risque qui peuvent en découler, en tenant compte des contextes sociaux de consommation, des conditions de travail, et de l'environnement, s'avère un enjeu de première importance et représente un gage d'efficacité dans les actions de santé.

Il existe des différences de mortalité et de morbidité des individus entre, mais également au sein même, des régions françaises métropolitaines. Ce sont les déterminants liés à l'environnement, à l'éducation, aux conditions de vie et de travail et les comportements plus que l'accès aux soins qui expliquent ces écarts. La Drees souligne, en 2011, des disparités régionales importantes pour de nombreux indicateurs de santé et ce, dès le plus jeune âge.¹¹

Les politiques dans le domaine de la lutte contre les inégalités sociales de santé veillent à agir précocement sur l'offre alimentaire, l'absence d'exercice physique, les addictions, l'insalubrité de l'habitat, et l'exposition à des agents toxiques et infectieux. Ainsi les politiques publiques concernant le logement, l'éducation, l'environnement, l'emploi et les conditions de travail doivent être associées et prendre en compte les besoins spécifiques des publics concernés en fonction de leur âge, de leur isolement éventuel, etc.¹¹

Le troisième « Plan National de Santé-Environnement », présenté en novembre 2014, s'organise autour de 4 axes : la prévention générale et collective, la prévention individuelle et ciblée, la lutte contre les inégalités territoriales de santé, et le renforcement de la dynamique en santé-environnement dans les territoires. Il repose sur quatre principes¹² :

- agir pour un environnement favorable à la santé pour tous, et en priorité pour les individus les plus vulnérables
- mettre l'individu et la collectivité au centre du dispositif et intégrer la notion de bien-être (au sens de l'OMS) dans la définition de la santé environnementale
- favoriser les actions de prévention en agissant à la source ou en protégeant les populations et en faisant respecter le principe pollueur-payeur
- réduire les inégalités environnementales d'exposition

3) Domaines d'application de la prévention

A. Les maladies infectieuses

La vaccination est une arme de prévention incontestable des maladies infectieuses : l'OMS estime que 2 à 3 millions de décès sont évités chaque année dans le monde. La vaccination a permis à titre d'exemple l'éradication de la variole et une baisse de 99 % des nouveaux cas de poliomyélite dans le monde depuis 1988 durant les 15 premières années de vie¹³.

Cependant chaque année, 11 millions d'enfants dans le monde meurent encore de pathologies infectieuses. Plusieurs d'entre elles pourraient être combattues par la vaccination, notamment les infections respiratoires aiguës à pneumocoque (8 % des personnes infectées par le pneumocoque décèdent) et à Hib (4 %), la rougeole (5 %), la coqueluche (3 %), les diarrhées à rotavirus (3 %), le tétanos (2 %). D'autre part les maladies émergentes font peser un risque infectieux à grande échelle, qui est aggravé par la circulation désormais rapide des personnes et des biens dans une économie mondialisée. De plus, une vaccination non rigoureuse (par exemple une seule dose au lieu de deux) et une trop faible couverture vaccinale peut faire réapparaître des maladies que l'on pensait disparues comme la rougeole : près de 23 500 cas de rougeole ont été déclarés en France ces sept dernières selon l'Institut de Veille Sanitaire (InVS)¹⁴. La vaccination doit toujours être maintenue et renforcée. La recherche de nouveaux vaccins est une priorité.

La vaccination à l'échelle d'une population a pour effet de diminuer l'incidence des maladies concernées, de diminuer le nombre de traitements coûteux, de diminuer le recours à l'hospitalisation, de diminuer l'apparition d'handicaps résultant de certaines pathologies ainsi que les incapacités et la perte de productivité, la souffrance et les effets à long terme en perte d'années de vie. En tant que stratégie préventive, la vaccination a un effet socio-économique positif.

B. Les maladies chroniques

En France, on estime que 15 millions de personnes, sont atteintes plus ou moins sévèrement de maladies chroniques ¹⁵ dont 2,5 millions pour le diabète, 3 millions pour la bronchite chronique, 3,5 millions pour l'asthme, 2,5 millions pour l'insuffisance rénale chronique. L'augmentation de la prévalence ces dernières années des maladies chroniques représente un véritable défi pour le système de santé afin de mieux prendre en charge et de préserver la qualité de vie de ces personnes. D'autre part, la prise en charge de ces pathologies n'est pas toujours optimale, on estime qu'en France seul un tiers des patients diabétiques bénéficie d'une prise en charge répondant aux quatre éléments de suivi recommandés (contrôle de l'HbA1c, contrôle de l'hyperlipémie, examen annuel des pieds et des yeux). ¹⁶

L'éducation thérapeutique et une meilleure coordination des soins permettent de répondre à cette problématique. L'éducation thérapeutique a d'autant plus sa place du fait de la complexité parfois importante de la gestion de la maladie et du traitement. L'apport positif de l'éducation thérapeutique est mis en évidence dans plusieurs méta-analyses qui soulignent

toutefois que l'impact est susceptible de varier en fonction de la maladie concernée et du type d'intervention.¹⁶

C. Les cancers

En 2012, le nombre de nouveaux cas de cancers en France métropolitaine est estimé à 355 000 et le nombre de décès à 148 000.¹⁷ Une détection précoce du cancer augmente considérablement les chances de réussite du traitement. On estime que pour le cancer du sein, un cancer détecté précocement peut être guéri dans 90 % des cas, ou permettre d'éviter ou réduire les douleurs cancéreuses et les traitements lourds (ex. chimiothérapie, radiothérapie).¹⁸

Le dépistage se fait sous forme organisée ou individuelle. Le dépistage organisé est proposé systématiquement à l'ensemble de la population tandis que le dépistage individuel s'effectue à l'occasion par exemple d'une hospitalisation, d'une consultation médicale ou lors d'une visite à la médecine du travail. Dans un cadre organisé, la participation reste volontaire. Le dépistage s'inscrit dans une politique dont les stratégies ont été préalablement définies (tranches d'âges, fréquences, procédure) et s'appuie sur une équipe responsable de la gestion du programme. En règle générale, les programmes de dépistage organisés ont un impact supérieur au dépistage individuel, en particulier en termes de participation totale, d'amélioration de l'équité, d'une probabilité plus élevée de toucher les populations les plus à risque et du fait de la mise en place de mesures d'assurance qualité.

Cependant, on observe un manque d'adhésion des personnes concernées au dépistage. Par exemple dans le cas du cancer du sein : 4,3 millions de femmes de 50 à 74 ans sont concernées chaque année par le dépistage du cancer du sein mais seules 52 % d'entre elles ont participé au programme de dépistage organisé en 2010. Il est à noter que la participation a nettement augmenté ces dernières puisque le taux n'était que de 40 % en 2004. Toutefois elle reste inférieure à l'objectif de 65 % fixé dans le cadre du « Plan Cancer ».¹⁹

D. Les facteurs de risque

Environ 30 % des décès par cancer sont dus aux cinq principaux facteurs de risque comportementaux et alimentaires que sont un indice élevé de masse corporelle, une faible consommation de fruits et légumes, le manque d'exercice physique, le tabagisme, et la consommation d'alcool. Ces facteurs de risque favorisent par ailleurs la survenue de

nombreuses autres maladies : obésité, diabète, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, etc.

Intervenir sur ces facteurs de risque est une priorité de santé publique. Les campagnes de prévention sont conçues dans cet objectif afin de faire changer de comportement le public cible par l'intermédiaire d'un message diffusés par les médias. Les structures sociales et de santé (écoles, professionnels de santé) peuvent relayer ces messages.

IV) Organisation de la prévention en France

Le système français comprend des instances dédiées spécifiquement à la prévention en matière de santé au niveau national, et d'autres instances chargées de la santé qui ont progressivement investies le champ de la prévention. Parmi celles dédiées à la prévention, on retrouve l'INPES, l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), le Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail (COCT), et la Fédération Nationale d'Education et de promotion de la Santé (FNES). Au niveau local, il existe les Instances Régionales d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS), les COmités Départementaux d'Education pour la Santé (CODES) et les COmités Régionaux d'Education pour la Santé (CORES), les pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé et promotion de la santé. Parmi celles chargées de la santé qui ont progressivement investies le champ de la prévention, on retrouve la Direction Générale de la Santé (DGS), les ARS, les centres de santé, les services de santé au travail et les services de médecine scolaire, les organismes de sécurité sociale et d'assurances complémentaires, les établissements sanitaires et médico-sociaux, la protection maternelle infantile, et les associations. Ces structures sont en outre rattachées à divers acteurs : l'État, les collectivités territoriales, la Sécurité Sociale, etc.

Les instances chargées de façon plus spécifiques de la prévention en pharmacie sont le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (Cespharm), les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) et en l'occurrence des pharmaciens et certains groupements de pharmacie. Ils ont pour objet d'informer et de former les pharmaciens sur la prévention et ils fournissent à ces derniers des brochures et des affiches spécifiques à la pratique officinale.

1) L'INPES

L'INPES conduit, en lien avec ses principaux partenaires – le Ministère de la Santé, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, le Service d'information du gouvernement, l'Institut national du cancer - des programmes de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre des politiques nationales. Ces programmes sont élaborés par les équipes pluridisciplinaires de l'INPES, à partir des objectifs de santé publique définis par le Ministère de la Santé.

L'INPES réalise également des enquêtes et des études sur la santé des Français qui permettent de :

- disposer d'indicateurs quantifiés sur les attitudes, connaissances, opinions et comportements de la population dans les différents domaines étudiés
- disposer d'indications sur la modification des comportements et donc sur l'impact des politiques de santé publique au fil du temps
- de mieux comprendre les attentes de la population et des professionnels de santé ainsi que les freins à certaines pratiques

Ses publications sont des outils de référence pour les décideurs, les chercheurs, et les différents acteurs du champ de la santé. A partir des études et enquêtes réalisées, les experts de l'INPES proposent des actions qui permettent d'aider la population à adopter des modes de vie qui préservent et améliorent sa santé, de lui donner des connaissances, de l'alerter, la conseiller et lui apporter des solutions, d'aider les professionnels et favoriser le dialogue entre médecins et malades. Ainsi, l'INPES conçoit et met en œuvre de nombreux dispositifs d'information et de communication de prévention sur les grandes priorités de santé publique : conduites addictives (ex. alcool, tabac, drogues), maladies infectieuses (ex. sida, hépatites) ou chroniques (ex. diabète), nutrition, accidents de la vie courante (ex. incendies domestiques, noyades), santé mentale, etc.

L'INPES met en place différents outils, adaptés aux différents publics :

- Des campagnes de communication

Les campagnes de communication (télévision, radio, presse, etc.) s'adressent à l'ensemble de la population ou à des publics spécifiques (ex. migrants, populations des départements français d'outre-mer). Elles peuvent également concerner des professionnels.

Par exemple, une campagne de communication visant à lutter contre les conduites addictives chez les jeunes a été mise en place par l'INPES du 12 janvier au 8 février 2015 en utilisant la télévision et internet comme média.

- Des publications

Pour appuyer ces campagnes et pour chaque thématique traitée, l'INPES réalise des dépliants, brochures, autocollants, livres, adaptés aux différents publics. Par exemple, l'INPES a diffusé une nouvelle brochure en septembre 2015 pour répondre aux interrogations les plus fréquentes du public sur les vaccins.

- Une revue

Parallèlement, l'INPES édite et diffuse une revue « La Santé en action ». Elle sert d'outil d'analyse et d'aide à l'action aux professionnels de l'éducation pour la santé. Un des derniers thèmes de cette revue était : « Comment promouvoir des environnements propices à la pratique durable de l'activité physique ». Dans cette revue, la situation en France concernant l'offre en environnements propices y est décrite et des solutions et exemples sont proposés.

- Des outils d'aide à l'action

Ces outils sont conçus plus spécifiquement pour les professionnels de l'éducation, du médico-social et associatif et de la santé.

L'INPES soutient également des dispositifs d'aide à distance : des lignes téléphoniques (ex. Sida info service, Tabac info Service) et des sites Internet (ex. Fil santé jeunes) qui permettent aux personnes qui le souhaitent, ou qui en ont besoin, d'être écoutées et renseignées sur une situation qui les concernent ou qui les inquiètent.

L'INPES soutient des associations et collectivités locales qui relaient et amplifient ses actions sur le terrain, mais aussi les activités de recherche en promotion de la santé et développement de l'éducation pour la santé dans les milieux de soins, scolaires, du travail, etc.²⁰

2) L'Anses

L'Anses assure des missions de veille, d'expertise, de recherche, et de référence sur un large champ couvrant la santé humaine, la santé et le bien-être animal, ainsi que la santé végétale. Elle évalue l'ensemble des risques (chimiques, biologiques, physiques, etc.)

auxquels un individu peut être exposé, volontairement ou non, à tous les âges et moments de sa vie, qu'il s'agisse d'expositions au travail, pendant ses transports, ses loisirs, ou *via* son alimentation.²¹

3) La DGS

La DGS prépare la politique de santé publique et contribue à sa mise en œuvre. Son action se poursuit à travers quatre grands objectifs : préserver et améliorer l'état de santé de la population, protéger la population des menaces sanitaires, garantir la qualité, la sécurité et l'égalité dans l'accès au système de santé, mobiliser et coordonner les partenaires. La DGS propose les objectifs et les priorités de la politique de santé publique, fixe le cadre législatif et réglementaire, élabore les plans de santé publique ainsi que les programmes nationaux de santé et en assure la mise en œuvre. Son champ de compétences est particulièrement vaste : orientation de la recherche en santé, prévention des risques infectieux et des maladies chroniques, risques sanitaires. Elle conduit également la politique nutritionnelle et la lutte contre les pratiques addictives.

Afin de mener à bien ses missions et coordonner leur mise en œuvre effective, la DGS assure la tutelle des agences sanitaires, participe au pilotage des ARS et à l'animation des partenaires.²²

4) Les ARS

Les ARS ont été créées afin d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins de la population locale, et d'accroître l'efficacité du système. Les ARS ont pour mission d'assurer, à l'échelon régional, le pilotage d'ensemble de notre système de santé. Elles sont responsables de la sécurité sanitaire, des actions de prévention menées dans la région, de l'organisation de l'offre de soins en fonction des besoins de la population, y compris dans les structures d'accueil des personnes âgées ou handicapées. Elles garantissent une approche plus cohérente et plus efficace des politiques de santé menées sur un territoire et permettent une plus grande fluidité du parcours de soin, pour répondre aux besoins des patients.²³

5) Le COCT

Le COCT est une instance nationale de concertation entre partenaires sociaux et pouvoirs publics. Placé auprès du Ministre chargé du travail, cette instance participe à l'élaboration de la politique nationale de prévention des risques professionnels. Elle est consultée sur les projets de lois et textes réglementaires en matière de protection et de promotion de la santé et de la sécurité au travail. Le Conseil formule également des recommandations et des propositions d'orientation en matière de condition de travail.²⁴

6) Les IREPS, les CODES et CORES, le FNES

Il existe 26 IREPS afin de couvrir tout le territoire national. Ils offrent un appui aux acteurs sociaux, médicaux, sanitaires, et éducatifs en matière d'éducation et de promotion de la santé. Ils contribuent à l'adaptation des stratégies de santé publique aux caractéristiques de la population concernée. Le FNES a pour objectifs de représenter les IREPS auprès des pouvoirs publics et des instances nationales ou internationales, être garant du respect des principes de la charte du réseau des IREPS et de la Charte d'Ottawa, de favoriser par tout moyen adapté le développement et la reconnaissance de l'éducation pour la santé et la promotion de la santé, ainsi que d'animer le réseau des IREPS et les aider dans leur développement.²⁵

Les CODES et CORES existent dans chaque région et dans chaque département. Ces comités accompagnent les politiques de santé publique ; ils analysent les besoins de santé locaux, exercent un rôle de soutien et d'expertise auprès des professionnels et développent des programmes de prévention. Ils sont les collaborateurs opérationnels de l'IREPS.

7) Le Cespharm

Le Cespharm a pour vocation d'aider les pharmaciens à s'impliquer dans la prévention, l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique du patient. Le Cespharm est une commission faisant partie de l'Ordre des pharmaciens, en collaboration avec les différents acteurs de la prévention et de l'éducation sanitaire. Il contribue à l'information et à la formation des pharmaciens dans le domaine de la santé publique. Il fournit aux pharmaciens des outils d'information et d'éducation pour le public (brochures, affiches), il relaye auprès des pharmaciens les campagnes nationales et mondiales de santé publique, et conçoit et

réalise des actions de santé publique menées par les pharmaciens. Ainsi, par exemple, le Cespharm, en association avec d'autres organismes, a assuré la conception, l'actualisation et la mise en place du programme de formation sur l'éducation thérapeutique des patients asthmatiques.²⁶

8) Les URPS

Les URPS représentent les professionnels de santé au sein de l'ARS et ont pour mission de défendre les intérêts et le rôle de chaque profession dans les domaines de l'ARS. Pour l'URPS des pharmaciens, il s'agit des domaines de la réalisation de schémas d'organisation des soins, de la permanence et de la continuité des soins, de la prévention et la gestion des crises sanitaires, de la promotion de la santé, de l'éducation thérapeutique et le développement professionnel continu. Par exemple, l'URPS des pharmaciens d'Aquitaine a mis en place récemment une brochure intitulée « Le mémo-guide pour tout savoir sur la vaccination » à disposition des patients.²⁷

9) Les autres acteurs

Les associations comme la Ligue contre le Cancer participent également à des actions de prévention. Les groupements de pharmaciens peuvent mettre à disposition de ces derniers des brochures et affiches.

V) Classification des actions de préventions

1) La classification de l'OMS

Pour envisager ces différentes modalités, l'OMS a défini trois types de prévention selon les divers stades de la maladie où elle s'applique : les préventions primaire, secondaire et tertiaire.⁶

A. La prévention primaire

La prévention primaire intervient avant l'apparition de la maladie et a pour objectif d'empêcher sa survenue. Ses actions visent donc à diminuer l'incidence d'un événement, i.e. à réduire le risque d'apparition de nouveaux cas. Elle fait appel aussi bien à des mesures de

prévention individuelle (hygiène alimentaire, activité physique, vaccination, etc.) que collective (distribution d'eau potable, élimination des déchets, hygiène de l'habitat et du milieu de travail, la législation avec les règles de circulation automobile par exemple, etc.).

La prévention primaire s'adresse principalement à des groupes à risque d'un certain type de problème ou de maladie dont les causes sont connues, telles que le tabagisme dans le cancer du poumon, l'excès de poids dans le diabète ou encore l'usage de drogues injectables dans le cas du VIH/SIDA. Un groupe à risque peut ainsi se montrer très large comme limité.

Les méthodes utilisées sont l'éducation pour la santé, la diffusion d'informations, la sensibilisation ainsi que des actions plus ciblées et individualisées prodiguées par des professionnels de santé. Ces méthodes visent toutes à provoquer un changement de comportement des groupes ciblés.

B. La prévention secondaire

La prévention secondaire intervient lorsque la survenue de la maladie ne peut pas être empêchée dans le but de limiter son impact, sa gravité. Elle permet de débiter le traitement avant l'apparition de symptômes cliniques de la maladie, rendant le soin plus efficace car mis en place plus précocement.

La principale méthode de la prévention secondaire est le dépistage. La mise en place des mesures visant à minimiser les effets de l'accident sur le corps humain, comme le port de la ceinture de sécurité ou le port d'un casque fait également partie de la prévention secondaire.

C. La prévention tertiaire

La prévention tertiaire tente de diminuer la prévalence des handicaps, des séquelles ou des récives suite à la survenue d'une maladie afin de maintenir la qualité de vie des patients, voire de l'améliorer dans certains cas. Elle prend en compte les actions du domaine de la réadaptation, de l'intégration et de l'insertion scolaire, professionnelle et sociale. A titre d'exemple, il existe des programmes de réadaptation physique proposés aux patients atteints de maladie respiratoire grave.

La prévention tertiaire est un peu à part par rapport aux préventions primaire et secondaire car elle peut pour certains s'assimiler à du soin plutôt qu'à de la prévention en tant que telle.

On peut retrouver parfois dans la littérature scientifique la prévention « quaternaire ». Cette dernière, dans un stade de la maladie inexorablement avancé, tente de prévenir les souffrances physiques ou morales et d'accompagner le processus de la mort.²

D. Avantages et limites de cette classification

Cette classification de l'OMS est la première définition de la prévention universellement admise. Elle a permis de donner un cadre au champ d'action de la prévention et est parfaitement adaptée aux maladies aiguës et aux accidents.

Néanmoins, elle est moins adaptée aux maladies chroniques, qui constituent désormais l'essentiel de la pratique médicale d'aujourd'hui, car celles-ci sont multifactorielles et séquentielles. Par exemple, l'hyperlipidémie peut entraîner l'athérosclérose, qui peut conduire à la survenue de maladies coronariennes, puis à l'infarctus du myocarde. Il est de ce fait difficile de classer ces étapes en prévention primaire, secondaire ou tertiaire. Ainsi, la classification temporelle (avant, pendant, après la maladie) s'avère inadaptée dans de nombreuses situations.

Par ailleurs, il est parfois également difficile de classer certaines actions de prévention. On peut se demander, par exemple, si la prévention d'une rechute d'un infarctus du myocarde relève de la prévention tertiaire, ce qui correspondrait à la définition stricte, ou de la prévention secondaire, terme bien plus souvent utilisé, alors qu'il n'est pas le plus adapté.

Enfin, la limite entre soins curatifs et soins préventifs est loin d'être simple, ces deux notions étant très intriquées. Suivre un diabétique, par exemple, pour éviter les complications de la maladie représente autant de soins curatifs que de soins préventifs.

2) La classification de Gordon et la Nouvelle Classification

La classification de Gordon a été établie pour répondre aux limites de la classification de l'OMS et à la problématique des maladies chroniques. Elle est fondée non plus sur le moment de l'intervention mais sur la population à laquelle elle s'applique : préventions universelle, sélective et ciblée.³

La Nouvelle Classification est très largement inspirée de la classification de Gordon. Elle reprend les mêmes sous-ensembles à la différence qu'elle met l'accent sur la participation active de la cible.

A. Prévention universelle

La prévention universelle est dirigée vers l'ensemble de la population et a pour objectif de maintenir chaque personne en bonne santé quelque soit son état de santé ; les grandes règles d'hygiène alimentaire et d'activité physique régulière du plan national nutrition-santé en sont le meilleur exemple. La vaccination n'est pas incluse dans la prévention universelle car elle est plutôt destinée à des sous-groupes d'âges (ex. vaccin contre la grippe pour les enfants, les personnes âgées ou à risques). La prévention universelle comprend l'éducation pour la santé et la promotion de la santé.

B. Prévention sélective

La prévention sélective s'adresse aux sujets exposés à des facteurs environnementaux, sociaux ou familiaux, pour lesquels elle tente d'éviter la survenue de maladies menaçant spécifiquement ces groupes. Les actions entreprises dépendent des risques auxquels est exposé le groupe concerné : vaccination selon le calendrier vaccinal pour les nourrissons et les enfants, mise en place de campagnes d'informations pour l'arrêt de consommation de tabac, port d'un masque lors de l'utilisation de pesticides pour les agriculteurs.

C. Prévention ciblée

La prévention ciblée reprend les mêmes actions entreprises dans les préventions universelle et sélective mais sont adaptées spécifiquement à l'individu présentant certains facteurs de risque et/ou manifestant des premiers symptômes de la maladie.

A titre d'exemple, un médecin informant à une femme enceinte qui a des antécédents familiaux de diabète qu'elle peut être à risque de développer un diabète gestationnel, ainsi que des moyens pour le prévenir, est une action considérée comme appartenant à la prévention ciblée.

Dans la Nouvelle Classification, l'éducation thérapeutique occupe une place prépondérante au sein de la prévention ciblée.

D. Avantages et limites de cette classification

La classification de Gordon et la Nouvelle Classification mettent en avant la participation du sujet, indispensable pour une action de prévention efficace. Elles présentent aussi une approche globale de l'action sanitaire et suppriment la dichotomie entre soin et prévention à la différence de celle de l'OMS.

Cependant elle implique une modification conceptuelle importante ce qui ne facilite pas son adoption. D'autre part, la distinction entre prévention ciblée et prévention sélective n'est pas forcément évidente.

Partie II : La place du pharmacien en prévention

I) Les atouts du pharmacien d'officine

1) Connaissances scientifiques et savoir-faire

Les études de pharmacien d'officine durent six ans et conduisent à l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie. Les objectifs généraux de la formation sont de :

- former des acteurs de santé publique, spécialiste du médicament et des autres produits de santé
- préparer à l'exercice professionnel dans toutes ses dimensions : scientifiques, technologiques, et humaines.

D'autre part, les pharmaciens d'officine ont l'obligation de faire de la formation continue, appelée Développement Professionnel Continu (DPC). Le DPC a pour objectifs d'évaluer les pratiques professionnelles, de perfectionner les connaissances, d'améliorer la qualité et de la sécurité des soins, de prendre en compte les priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Les pharmaciens d'officine ont de manière générale des compétences en matière de communication. En effet, lors de leur pratique quotidienne, ils doivent faire preuve d'empathie, d'écoute, et d'assurance. Ces compétences sont importantes pour bien faire entendre et comprendre un message de prévention.

Ils ont, notamment pour les patients ayant un renouvellement du traitement régulier, une connaissance de l'historique médicamenteux du patient, du contexte familial et socioprofessionnel, et parfois un contact avec l'entourage. Cette vision globale est facilitée par le dossier pharmaceutique qui permet de consulter l'historique médicamenteux du patient quelque soit la pharmacie dans laquelle les médicaments ont été délivrés. Ainsi ils sont à même de déterminer à quels patients il est important et pertinent d'adresser un message de prévention.

Les activités auxquelles le pharmacien d'officine peut être amené à contribuer concernent notamment les problématiques et thématiques suivantes²⁸ :

- habitudes de vie et maladies chroniques
 - promotion des saines habitudes de vie (alimentation etc.)
 - lutte contre le tabagisme
 - prévention et gestion des maladies chroniques
 - promotion de programmes de dépistage de certains cancers
- périnatalité et jeune enfance
 - périconception
 - contraception hormonale
 - pilule contraceptive d'urgence
 - allaitement maternel
 - pédiculose et oxyure
- maladies infectieuses
 - vaccination
 - infections sexuellement transmissibles et sanguines (trousse de matériel d'injection stérile et récupération de seringues)
 - toxicomanie
 - santé des voyageurs (paludisme et diarrhée du voyageur)
 - mesures d'urgence (épidémie, etc)
- santé environnementale
 - fumée secondaire
 - chaleur
 - punaises de lit

2) Proximité et accessibilité

Pour être efficace, la prévention doit être assimilée par tous et prendre compte les aspirations, les réticences, et les refus de la population. On estime ainsi que l'adhésion de l'individu est primordiale et qu'en son absence, il ne peut y avoir de stratégie collective gagnante. Les campagnes de prévention permettent d'informer les populations mais ne sont pas suffisantes à un changement de comportement car elles sont trop impersonnelles.¹¹ Le pharmacien étant directement au contact de la population, il peut donc adapter le message à son patient.

On dénombre 22 303 officines sur l'ensemble du territoire français, et le nombre moyen d'habitants par officine est de 2 646 avec quelques disparités (par exemple 3 108 en Ile-de-France contre 2 238 dans le Limousin en 2015). Les pharmacies sont donc relativement bien réparties sur le territoire ; aujourd'hui, on ne constate pas de désert pharmaceutique.²⁹ Les pharmacies sont à proximité de la population avoisinante, des milieux de travail, et des centres de soins.

Quatre millions de personnes fréquentent chaque jour une pharmacie, soit environ 6 % de la population française³⁰. Il s'agit principalement de patients atteints de maladies chroniques qui viennent renouveler leur traitement, et de personnes ayant des problèmes de santé mineurs qui fréquentent régulièrement la pharmacie pour différents médicaments (avec ou sans ordonnance) ou d'autres produits de santé (homéopathie, phytothérapie, parapharmacie, etc.). De ce fait, les actions de prévention délivrées par le pharmacien d'officine peuvent avoir un impact non négligeable.

Les pharmacies ont globalement une plage horaire assez importante : elles sont souvent ouvertes de 9h jusqu'à 19h30 (avec une interruption vers midi), et nombre d'entre elles sont ouvertes le samedi. De plus, il existe un service de garde en dehors des jours ou heures d'ouverture normales, incluant les dimanches et jours fériés. Ce service est une obligation pour le pharmacien d'officine. Le numéro 3237 permet de connaître la pharmacie de garde la plus proche. De plus, le pharmacien d'officine est un professionnel de santé que l'on peut rencontrer sans prendre rendez-vous. Ces éléments permettent au pharmacien d'être facilement accessible pour la population.

Dans une campagne de sensibilisation, la visibilité et la portée ont une grande importance et augmentent la probabilité que les messages soient entendus et retenus. Les gens

ont besoin de voir des messages provenant de sources fiables comme la pharmacie, à plusieurs reprises et dans beaucoup d'endroits.²⁸

D'autre part, le lieu est propice à la promotion de messages préventifs par l'intermédiaire de l'environnement physique de la pharmacie (brochures, affiches, écrans télévisuels, etc.), lors du dialogue avec le patient, ou par l'intermédiaire du site web de la pharmacie par exemple.

3) Baromètre de confiance

Il est intéressant de connaître la perception des compétences et des qualités des pharmaciens par les patients/clients ayant un rapport avec la prévention pour pouvoir affirmer que le pharmacien est un acteur de prévention.

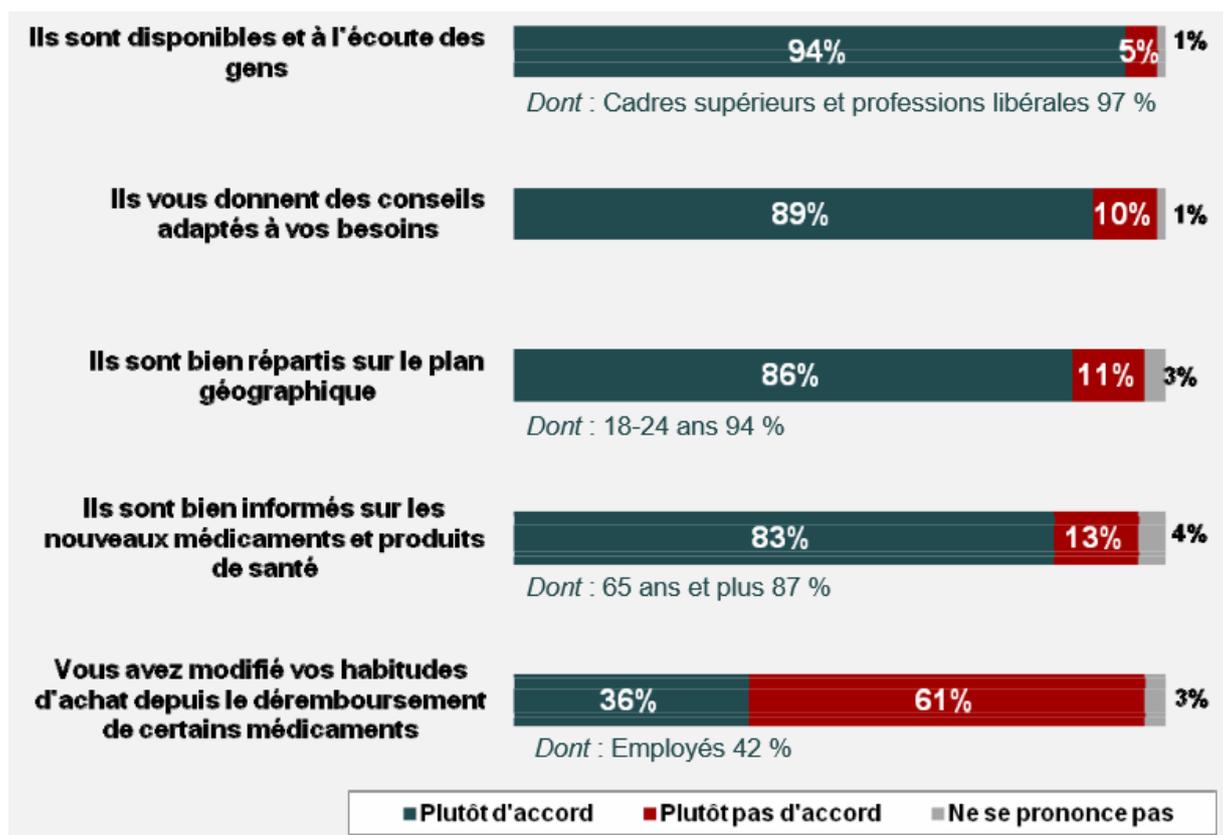


Figure 2 : Sondage Viavoice réalisé en 2013 pour Groupe Pasteur Mutualité.³¹

Interviews effectuées par téléphone, auprès d'un échantillon de 1 007 personnes, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus. Représentativité assurée par la méthode

des quotas appliquée aux critères suivants : sexe, âge, profession de la personne de référence au sein du foyer, après stratification par région et catégorie d'agglomération.

D'après ce sondage, 94 % des personnes interrogées estiment que les pharmaciens d'officine sont disponibles et à leur écoute ; 89 % estiment qu'ils donnent des conseils adaptés à leur besoin ; 86 % estiment que les pharmacies sont bien réparties sur le territoire ; 83 % estiment qu'ils sont bien informés sur les nouveaux médicaments et produits de santé.

La population perçoit globalement le pharmacien d'officine comme un professionnel de santé avec lequel elle se sent en confiance pour discuter de leur santé. La fréquence et la nature des consultations effectuées auprès du pharmacien d'officine témoignent de cette relation de confiance. Par ailleurs, les pharmaciens eux-mêmes montrent de plus en plus un intérêt à accroître leur offre de services, notamment au regard de la promotion de saines habitudes de vie, du suivi des maladies chroniques, et de la réalisation de dépistages.

II) Le cadre légal

1) L'acte pharmaceutique

Le pharmacien d'officine doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :

- l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe
- la préparation éventuelle des doses à administrer
- la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament

Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale. Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient, selon l'article R4235-48 du Code de la Santé Publique (CSP).³²

Ainsi, le conseil du pharmacien sur le bon usage du médicament, ainsi que sur les mesures hygiéno-diététiques associés aux traitements, constitue la mission principale du pharmacien d'officine. Le conseil fait partie intégrante de l'acte de dispensation que ce soit

pour un médicament (avec ou sans ordonnance) ou un autre produit de santé (appareils orthopédiques, aromathérapie, phytothérapie, etc.).

L'article R4235-2 du CSP autorise le pharmacien d'officine à faire de la promotion de santé : « *Le pharmacien exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale. Il contribue notamment à la lutte contre la toxicomanie, les maladies sexuellement transmissibles et le dopage.* ».³³

2) La loi HPST

La loi HPST a étendu les missions du pharmacien notamment en matière de prévention. Elles étaient jusque-là consacrées à la dispensation au détail de médicaments, de produits de santé, et à l'exécution de préparations magistrales et officinales. Avec la loi HPST, les pharmacies sont intégrées dans l'offre de soins globale. Elles participent aux soins de premier et de second recours, au service public de la permanence des soins, à l'éducation thérapeutique, et aux actions d'accompagnement des patients.

Le texte de la loi HPST a été adopté le 23 juin 2009 par l'Assemblée nationale et le 24 juin 2009 par le Sénat. Il est paru au Journal Officiel le 22 juillet 2009. Cette loi est souvent décrite comme ambitieuse par le fait qu'elle « *modifie en profondeur l'ensemble de notre système de santé, car elle touche à la modernisation des établissements de santé, à l'accès de tous à des soins de qualité, à la prévention et à la santé publique, comme à l'organisation territoriale du système de santé [...]* » (Roselyne Bachelot).

La loi HPST contient 4 titres :

- Titre I : La modernisation des établissements de santé
- Titre II : L'amélioration de l'accès à des soins de qualité
- Titre III : La prévention et la santé publique
- Titre IV : L'organisation territoriale du système de santé

Plusieurs titres concernent le pharmacien d'officine :

- le titre II précise son rôle et la coopération entre les professionnels de santé
- le titre III vise la prévention des maladies chroniques et des cancers grâce à l'éducation thérapeutique des patients par les professionnels de santé

- le titre IV présente la création des ARS qui seront responsables du pilotage du système de santé régional.

Dans le titre II , un article complet est consacré aux pharmaciens d'officine. Il énonce clairement les missions des pharmaciens d'officine qui sont de : ³⁴

- contribuer aux soins de premiers recours
- participer à la coopération entre professionnels de santé
- participer à la mission de service public de la permanence de soins
- concourir aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les professions de santé
- pouvoir participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients
- pouvoir assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur
- pouvoir, dans les cadres de coopérations prévues par le CSP, être désignés comme correspondants au sein de l'équipe par le patient. A ce titre ceux-ci peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster au besoin leur posologie, effectuer des bilans de médications destinés à en optimiser les effets.
- pouvoir proposer des conseils ou des prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes

Les soins de premier recours comprennent la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement des maladies et des affections courantes, la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique, l'éducation pour la santé, et l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social. Les soins de premier recours sont les soins prodigués pour les pathologies légères et dont le diagnostic est aisé. Par opposition, les soins de deuxième recours se définissent comme nécessitant l'expertise d'un spécialiste, et les soins de troisième recours comme nécessitant une médecine de pointe. La pharmacie d'officine est une offre de soins de premier recours. En effet, le pharmacien est concerné par de tels soins de proximité et collabore à cette mission en dispensant les médicaments avec un conseil pharmaceutique adéquat, en participant aux actions de dépistage (diabète, hypertension, le test de dépistage rapide de l'angine streptococcique, etc.), ou encore en équipant par exemple sa pharmacie d'un défibrillateur.

La coopération entre professionnels de santé implique tous les acteurs opérant autour du patient, chacun accomplissant ses missions dans le cadre de ses compétences propres.

La permanence des soins correspond à l'organisation de l'offre de soins, libérale et hospitalière, permettant de maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins, notamment aux heures habituelles de fermeture des structures ambulatoires. Les pharmaciens y contribuent en participant tour à tour au service de garde et d'urgence, et en mentionnant de manière visible de l'extérieur de la pharmacie les coordonnées des professionnels officinaux assurant ce service.

En ce qui concerne les actions de veille et de protection sanitaires, le pharmacien d'officine a un rôle majeur dans la pharmacovigilance. Désormais, la déclaration d'effets indésirables doit être établie systématiquement dès qu'ils sont rencontrés, quelque soit leur niveau de risque. Il doit aussi concourir à la matériovigilance pour les dispositifs médicaux. En outre, le pharmacien peut être sollicité pour participer à des enquêtes de pharmaco-épidémiologie ou de santé publique (comme par exemple au sujet de la grippe).

L'Education Thérapeutique du Patient (ETP) exige des compétences particulières de la part des pharmaciens et des outils méthodologiques pour sa mise en œuvre tels que des programmes d'éducation thérapeutique. Le rôle du pharmacien d'officine dans ce cadre est de sensibiliser et d'informer le public, de promouvoir la prévention et le dépistage, d'aider le patient à la compréhension de sa maladie et de ses traitements, de promouvoir le bon usage du médicament notamment pour ceux nécessitant une technique d'administration particulière, d'aider le patient dans l'apprentissage de l'auto-surveillance de sa maladie.

La loi HPST appuie le rôle d'information, de prévention, et de conseil du pharmacien d'officine. Les patients viennent souvent en première intention à l'officine pour obtenir un conseil lorsque la consultation médicale ne leur semble pas nécessaire. Le pharmacien est alors en première ligne pour la mise en place de la médication officinale et l'ensemble des médicaments disponibles sans ordonnance. Il peut envisager à tout moment la réorientation vers un médecin s'il voit que la situation est trop complexe, nécessite une intervention rapide, et/ou sort de son champ de compétence.

Le pharmacien d'officine s'est aussi vu récemment doté de la possibilité de dispenser des contraceptifs oraux dans des conditions particulières. Le décret n°2012-883 du 17 juillet 2012 précise les modalités de la dispensation supplémentaire non renouvelable de six mois de contraceptifs oraux par le pharmacien, sur présentation d'une ordonnance datant de moins

d'un an et dont la durée de validité a expiré. Lors de la dispensation, le pharmacien d'officine ne peut délivrer en une seule fois la quantité de médicaments correspondant à une durée de traitement maximum de trois mois. Conformément aux articles R5132-12 et R5132-14 du CSP, il doit enregistrer cette délivrance et mentionner sur l'original de l'ordonnance la mention « dispensation supplémentaire de contraceptifs oraux » et en préciser la durée. Les contraceptifs oraux éligibles à ce procédé figurent sur une liste fixée par arrêté.

3) La convention pharmaceutique

Le 10 janvier 2013, l'avenant numéro un de la convention nationale pharmaceutique a été signé entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie, et les trois syndicats représentatifs des pharmaciens d'officine que sont la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, l'union des syndicats de pharmaciens d'officine, et l'union nationale des pharmacies de France. Son arrêté est paru le 24 juin 2013.

L'ensemble des partenaires impliqués dans cette convention souhaitaient « *optimiser l'offre de soins de premier recours en mettant en place les outils à la fois organisationnels et financiers visant à développer et valoriser les missions d'accompagnement des patients, notamment ceux atteints de pathologies chroniques, sur la base d'objectifs individualisés fixés par le pharmacien.* » Le pharmacien d'officine devient alors officiellement impliqué dans la prise en charge thérapeutique, personnelle, et optimale du patient.³⁵

Cette convention a pour objectif d'établir de nouveaux moyens d'action du pharmacien d'officine afin de lui permettre de :

- contribuer aux actions de prévention et de dépistage
- accompagner les patients souffrant de pathologies chroniques
- favoriser la continuité et la coordination des soins
- conforter la pratique professionnelle et l'efficacité de la dispensation
- se coordonner avec les autres professionnels concernés dans le cadre de la dispensation de certains traitements particuliers, notamment les traitements substitutifs aux opiacés³⁵

Les entretiens pharmaceutiques constituent l'un des principaux moyens permettant aux pharmaciens d'officine d'assurer la prise en charge personnalisée et efficace du patient. Les

cinq grands objectifs visés par ces entretiens sont, selon l'article 10 de la convention nationale :

- renforcer les rôles de conseil, d'éducation, et de prévention du pharmacien auprès des patients
- de valoriser l'expertise du pharmacien sur le médicament
- d'évaluer la connaissance par le patient de son traitement
- de rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'approprier son traitement
- d'évaluer, à terme, l'appropriation par le patient de son traitement.³⁵

L'objectif est de lutter sur une période plus ou moins longue contre la iatrogénie. Cette mesure a été initialement énoncée pour les patients sous anticoagulants oraux ; elle s'adresse désormais aussi à l'ensemble des pathologies chroniques et, indirectement, à l'ensemble des patients polymédiqués. Ces derniers peuvent être considérés comme tels s'ils possèdent un traitement chronique avec cinq médicaments ou plus. D'autres objectifs sont également recherchés tels qu'aider le patient à trouver un équilibre dans son traitement et sa maladie, répondre à l'ensemble des interrogations que le patient peut avoir sur sa maladie, la façon dont il vit avec, ses gênes et ses angoisses afin de lui permettre d'intégrer sa maladie à son mode de vie sans modifier de façon majeure sa manière de vivre. Ceci a pour vocation de permettre d'améliorer l'observance du traitement et d'alléger le poids que la maladie inflige au patient. Les entretiens sont l'occasion d'offrir aux patients un espace de dialogue et d'améliorer la performance de leurs traitements.

Le pharmacien d'officine s'engage dans le cadre de l'accompagnement et du suivi du patient à :

- obtenir son consentement éclairé à intégrer la démarche d'accompagnement ou de suivi qu'il lui propose et, le cas échéant, à respecter sa décision de retirer ce consentement
- coordonner en tant que de besoin et avec l'accord du patient son action avec les autres professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient, tant en ville que dans les établissements de soins
- s'interdire d'établir un diagnostic en exerçant strictement dans le cadre de son champ de compétence professionnelle

- s'interdire toute sollicitation de clientèle ainsi que la remise d'avantages pouvant conduire à l'établissement ou au renouvellement d'une prescription par son médecin³⁵

Les patients sous traitement anti-vitaminique K et les patients asthmatiques peuvent bénéficier de ce suivi. Le suivi d'autres pathologies chroniques comme le diabète, l'hypertension, et les dyslipidémies sont en préparation.

Depuis juin 2013, les pharmaciens d'officine étaient autorisés à réaliser, dans un espace de confidentialité, trois tests de dépistage biologique³⁶. Il s'agissait :

- du test capillaire d'évaluation de la glycémie. Il permet de mesurer le taux de sucre dans le sang et ainsi de mettre en évidence une hypoglycémie ou une hyperglycémie pouvant faire suspecter un diabète. Il est réalisé à partir d'une goutte de sang prélevée sur le bout du doigt.
- du test oro-pharyngé d'orientation diagnostique des angines à streptocoque du groupe A. Un prélèvement réalisé dans le fond de la gorge, sur l'amygdale, à l'aide d'une petite brosse (écouvillon) permet de savoir si le patient est ou non infecté par une bactérie responsable de la majorité des angines bactériennes, le streptocoque du groupe A.
- du test naso-pharyngé d'orientation diagnostique de la grippe. Réalisé le plus tôt possible après l'apparition des symptômes, ce test permet de mettre en évidence la présence des virus de la grippe les plus fréquents (Influenza A et B). Il est réalisé à partir d'un prélèvement fait dans le nez à l'aide d'une petite brosse (écouvillon).

Cette activité a cependant été annulée par un arrêt du Conseil d'Etat en date du 8 avril 2015.³⁷ A ce jour, les pharmaciens d'officine n'ont donc plus la possibilité de réaliser ces tests de dépistage.

En fonction du résultat des tests, le pharmacien d'officine pouvait apporter des conseils adaptés et, si nécessaire, inviter à consulter un médecin ou à réaliser un examen plus complet dans un laboratoire de biologie médicale.

Il reste toutefois possible de détecter à l'officine par des tests non biologiques le surpoids et l'obésité, l'hypertension artérielle, et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Depuis le 15 septembre 2015, l'autotest VIH est disponible en

pharmacie. Son fonctionnement sera détaillé dans la partie III, II Dépistage, D Dépistage du VIH.

4) La vaccination

L'article 32 du projet de loi de santé qui prévoyait la possibilité de vaccination par les pharmaciens a été supprimé du texte de la loi de santé débattu puis voté par les députés à l'Assemblée Nationale le 14 avril 2015. Loin d'être clos, ce débat agite les professionnels de santé et pourrait reprendre prochainement, avec la publication du rapport sur la vaccination demandé à la députée socialiste Sandrine Hurel par le Ministère en charge de la Santé. Ce rapport a pour objet d'identifier et d'évaluer les pistes pour faciliter l'accès à la vaccination. Il pourrait également être évoqué par les sénateurs lors des débats à venir. Au 1^{er} octobre, le rapport n'a pas été rendu public. Cependant rien ne laisse présager l'autorisation prochaine de la vaccination en pharmacie au 1^{er} octobre.³⁸

Dès 2011, l'Académie nationale de Pharmacie et l'inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) se déclaraient en faveur de la vaccination à l'officine. Cette proposition a été relayée le 15 octobre 2014 par Marisol Touraine, Ministre de la Santé, dans le cadre de la présentation de son projet de loi. Mais cette annonce avait suscité de nombreuses critiques des médecins et infirmiers libéraux et n'avait finalement pas abouti à la conservation d'un article de loi dédié dans le texte de la loi de santé.

En proposant cette mesure, les autorités de santé souhaitent améliorer le taux de vaccination en France, notamment au sein des populations adultes en bonne santé. Dans une étude de l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS) publiée en 2012³⁹ les auteurs notaient en effet que « *les objectifs de couverture vaccinale fixés par la loi de santé publique (au moins 95 % pour toutes les vaccinations, exceptée la grippe : 75 %) ne sont pas atteints pour la plupart des vaccinations* ». L'étude pointait du doigt les difficultés concernant le suivi les rappels des vaccins contre la diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP) ainsi que la baisse de la vaccination contre la grippe saisonnière, malgré les campagnes annuelles de promotion.

Pour l'IGAS, un des éléments bloquant la démarche de vaccination est la complexité du parcours de soins : « *En ambulatoire, le circuit actuel pour être vacciné est compliqué. Le patient doit se faire prescrire le vaccin, se rendre dans une pharmacie pour la délivrance du vaccin, puis se faire vacciner par son médecin traitant* ». Le projet de loi de santé permettrait de réduire le nombre d'étapes de trois à une.

Plusieurs pays ont déjà opté pour la vaccination par les pharmaciens. C'est le cas aux Etats-Unis depuis une vingtaine d'années. Plus récemment, depuis 2008, le Portugal et l'Angleterre ont mis en place ce dispositif avec succès, comme le montre l'amélioration de la couverture vaccinale. En Angleterre par exemple, la vaccination contre la grippe saisonnière est passée de 59 % en 2005 à 76 % en 2008.⁴⁰ Cette approche a permis le développement de la « vaccination d'opportunité » pour les personnes ne consultant pas ou peu, à la recherche d'une facilité d'accès (délai, lieu et plages horaires, coût) et/ou d'un cadre-temps non contraint (information, conseil, orientation), sans préjudice de la sécurité (protocoles, intégrité de la chaîne du froid, traçabilité). Les résultats sont partout positifs en termes de satisfaction des bénéficiaires, de taux de couverture, de libération de temps médical et infirmier pour les activités cliniques prioritaires, etc. Ces expériences recoupées dans des contextes socioculturels et organisationnels très différents ont validé ce principe.

Les organisations syndicales des pharmaciens sont partisans de cette nouvelle mission qui pourrait leur être confiée prochainement : « *Cette mesure est une opportunité supplémentaire pour travailler en équipe de soins* », souligne Philippe Besset, vice-président de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France. Pour le moment, des espaces de confidentialité ont été aménagés au sein des pharmacies pour accueillir ces nouvelles missions et celles à venir, comme la vaccination. La vaccination à l'officine, si elle se confirme, présenterait des atouts en terme de traçabilité des produits (n° de lots) et de respect de la chaîne du froid.

Enfin, les pharmaciens ont à plusieurs reprises confirmé leur engagement pour soutenir la vaccination, en relayant les campagnes vaccinales ou en accompagnant les patients dans la mise à jour de leur vaccin. Selon une évaluation menée par les ARS et reprise dans le rapport de l'IGAS de 2011, 92 % des pharmaciens interrogés estiment utile le suivi vaccinal par le pharmacien et 67 % se disent prêts à assurer l'injection moyennant formation et rémunération. D'après Philippe Besset : « *Certains pharmaciens seront favorables et proposeront de vacciner, d'autres ne le feront pas. Dans les pays où cela se pratique déjà, la proportion de pharmaciens engagés dans ce dispositif est estimée à 2 sur 3* ». Sur le terrain, les pharmaciens sont perplexes mais surtout prudents.

L'Assurance maladie pourrait avoir un rôle clé dans ce parcours de soin simplifié, afin par exemple d'assurer le suivi des vaccinations des patients, comme elle le fait déjà pour la vaccination contre la grippe. Ce dispositif ne concernerait pas les populations pédiatriques et les personnes présentant un problème de santé. La pratique de la vaccination nécessite une

formation préalable des pharmaciens. De plus, le médecin traitant du patient devra être informé de la vaccination de son patient.

La mesure annoncée par Marisol Touraine a déjà provoqué certains commentaires négatifs, voire ulcérés, de la part de médecins ou de leurs représentants. Ces derniers rappellent notamment à quel point la vaccination est un acte médical, personnalisé, et que la gestion des contre-indications est importante. Le Dr Claude Leicher, président du syndicat MG France préconise même de court-circuiter le pharmacien en mettant à disposition du médecin un lot de vaccins pour qu'il puisse faire la prescription et l'injection durant la même consultation. D'autres rappellent que la décision d'exclure les médecins généralistes de la vaccination contre la grippe A/H1N1 n'avait pas produit les résultats escomptés, bien au contraire. De son côté, l'Ordre national des infirmiers appelle à « *regarder ce qui marche* » plutôt que « *d'inventer de nouveaux dispositifs sans évaluation préalable* ». L'Ordre rappelle par ailleurs que « *les infirmiers sont parfaitement formés et compétents pour effectuer toutes les vaccinations sur prescription médicale* ». ⁴¹

La vaccination en officine serait une solution pour atteindre une population non vaccinée en raison d'un désert médical, du manque d'information, ou une population ne souhaitant pas se vacciner à cause de contraintes de temps, de déplacement.

Partie III : Les moyens de la prévention et exemples d'actions mises en place par les pharmaciens

Le pharmacien d'officine peut participer à de nombreuses actions de prévention. Il diffuse et aide à l'assimilation des campagnes. Il peut également effectuer quelques dépistages à l'officine, proposer des entretiens pharmaceutiques aux patients sous Antivitamines K (AVK) ou sous traitement anti-asthmatique. Il a de plus la possibilité d'effectuer des missions d'éducation thérapeutique au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

I) Campagne de prévention

1) Elaboration d'une campagne de prévention

L'élaboration d'une campagne médiatique en santé publique passe généralement par dix étapes importantes :

- 1) Connaître le contexte de santé publique
- 2) Faire une étude comportementale du public concerné
- 3) Définir un objectif puis une stratégie de communication en concertation avec les experts
- 4) Donner des consignes à l'agence de communication
- 5) Choisir la stratégie de moyens et/ou hors media

- 6) Faire éventuellement un pré-test et valider les choix par des experts de santé publique et les tutelles (Ministère en charge de la Santé et Service d'information du gouvernement)
- 7) Produire les outils et acheter de l'espace
- 8) Lancer et diffuser la campagne
- 9) Evaluer l'efficacité
- 10) Faire un bilan et envisager une nouvelle étape de communication ou une rediffusion⁴²

De très nombreux acteurs sont à l'origine des campagnes de prévention : l'INPES, le Ministère de la Santé, l'Assurance Maladie, des groupements de pharmaciens, des associations de patients, etc.

A. Le contexte de santé publique

Le problème de santé publique dont fait l'objet la campagne de prévention doit être bien connu. La fréquence de la maladie, l'incidence, le nombre de décès et d'incapacité imputables à la maladie doivent être connus. Il faut connaître aussi les caractéristiques, l'efficacité, et le bilan des actions de prévention effectuées sur cette problématique.

B. Etude comportementale de la population cible

Il est important de connaître les habitudes de vie, les représentations, les freins au changement, et les leviers et motivations possibles de la population cible. Ces données permettront d'élaborer un message et une diffusion de l'information adaptés à celle-ci.

C. Objectif et stratégie de communication

Les campagnes de sensibilisation peuvent jouer un rôle à chacun des niveaux de prévention (primaire, secondaire, ou tertiaire). Elles peuvent, par exemple, sensibiliser davantage le grand public à la vaccination ou inciter les femmes à risque de cancer du sein à se faire dépister.

Le modèle de la théorie du changement permet de comprendre les façons dont les campagnes de sensibilisation peuvent influencer le processus de changement. Un changement de comportement est perçu comme un processus qui passe par des étapes distinctes, bien qu'il

ne soit pas toujours linéaire ou progressif. Le modèle de la théorie du changement décrit les six principales étapes de son processus ⁴⁰ :

- 1) Pré-contemplation : avant qu'une personne n'ait envisagé un changement
- 2) Contemplation : la personne envisage un changement éventuel
- 3) Préparation : la personne s'engage sérieusement à changer
- 4) Action : la personne commence à faire des changements précis
- 5) Maintien : la personne a besoin de soutien pour maintenir le changement
- 6) Conclusion : le changement s'est accompli avec succès

Le rôle des interventions est d'aider la personne à passer d'une étape à l'autre. Les campagnes s'adressent souvent aux personnes qui en sont aux stades de la pré-contemplation, de la contemplation, ou de la préparation. Il faut donc prévoir différents types de messages pour chaque étape. Par exemple, pour les étapes de :

- Pré-contemplation : messages sur les risques liés à la consommation d'alcool durant la grossesse
- Contemplation : messages sur les avantages du changement
- Préparation : messages sur la façon de se préparer à changer comme indiquer où obtenir l'information pour arrêter de boire

Le rôle d'une campagne de sensibilisation est de susciter suffisamment de préoccupation sur un problème et aussi assez d'encouragement pour favoriser le changement. Les stratégies de prévention primaire comportent deux composantes principales :

- 1) La menace
 - Est-ce sérieux ou grave ?
 - Est-ce que ça peut m'arriver
- 2) L'efficacité
 - Le changement évoqué m'aidera-t'il ?
 - Suis-je capable de changer ?

Pour qu'une campagne porte ses fruits, il faut que l'efficacité dépasse la menace. Les campagnes les plus réussies ont un niveau d'efficacité et de menace élevé. Si la menace dépasse l'efficacité, la réaction de la population peut être défensive, la personne réagira par évitement, le déni, la colère, et la rationalisation. Il est important de connaître la population

cible afin de bien évaluer le niveau de menace et d'efficacité qui convient. (Witte et Allen, Council for Tobacco-free Ontario, 2000).⁴³

D. Utilisation d'une agence de communication

L'INPES travaille en collaboration avec une agence de communication : l'Institut communique à l'agence les informations et orientations nécessaires pour créer la campagne par un cahier des charges qui replace le projet dans son contexte et détaille :

- le contexte sanitaire et social
- les objectifs en terme de communication (comme par exemple augmenter le recours aux dispositifs d'aide à distance)
- les motivations possibles
- les mises en garde spécifiques
- les cibles principales et cibles secondaires : on distingue généralement le cœur de cible (personnes directement concernées) de la cible secondaire constituée par les personnes ayant de l'influence (prescripteurs, leaders d'opinion)
- le dispositif de communication envisagé
- le budget
- le planning

Avec ces informations, l'agence de communication sera en mesure de créer un dispositif d'actions et des créations publicitaires.

E. Choix de la stratégie de moyens et/ou hors media

La communication peut se faire par l'intermédiaire des médias (presse, télévision, radio, cinéma, affichage, internet) ou par un dialogue entre le professionnel de santé et la personne, des brochures distribuées par ces derniers, des événements, des communications publiques, etc. Les moyens utilisés dépendront des caractéristiques socioculturelles de la population cible et de la volonté de visibilité de la campagne (plus il y a de moyens différents qui sont utilisés, et plus le message aura de chance d'être assimilé).

F. Pré-test éventuel et validation des choix

Le dispositif d'actions et les créations publicitaires créées sont évalués par un groupe d'expert de l'INPES.

Il est possible de faire un « pré-test » en cas de doute. Une maquette non aboutie est présentée à un échantillon représentatif de la population cible. Il permet de s'assurer que la traduction créative n'induit pas en erreur le public, que le message est bien compris, et que l'approche ne suscite pas de rejet. L'enseignement est cependant limité.

G. Production des outils et achat d'espace

Les spots radio, télé, les affiches, les sites internet, etc. sont produits. La chaîne de télévision, la radio, les jours et heures de passage des spots sont choisis.

H. Lancement et diffusion

Les campagnes de communication sont habituellement lancées par une conférence de presse, en vue d'obtenir un bon relai du message par les journalistes. Ils donneront ainsi un écho à la campagne, en vue d'accroître l'attention du public et sa réceptivité au message. La diffusion se prolonge ensuite sur plusieurs semaines.

I. Evaluation de l'efficacité

Dans les jours qui suivent la fin de la campagne, l'INPES engage un recueil d'informations visant à évaluer la pertinence du message, sa compréhension par le public, en vue d'évaluer l'efficacité de la campagne de santé publique.

Les données quantitatives dont on dispose pour apprécier l'efficacité sont :

- Le nombre d'expositions de la cible au message (ce sont les « *Gross Rating Point* » - combien de fois le message-t-il a été vu et par qui ? - fournis par les enquêtes Médiamétrie pour la télévision par exemple)
- Le nombre d'appels reçus par les dispositifs d'aide à distance et de connexions générés sur un site internet pendant la diffusion de la campagne
- Le nombre et la qualité des retombées presse

Des données qualitatives peuvent également être recueillies en effectuant des post-tests auprès d'un échantillon représentatif de population cible. Elles concernent le message et son impact immédiat sur :

- La mémorisation (ex. est-ce que vous vous souvenez ?)
- La compréhension
- L'appréciation (ex. avez-vous aimé cette campagne ?)
- Le pouvoir d'incitation (ex. vous a-t-elle amené à réfléchir, à discuter avec votre entourage ?)
- Le pouvoir d'implication (ex. vous êtes-vous senti personnellement concerné ?)

Si ces données ne permettent pas de corrélérer un changement de comportement à une action de communication, elles sont toutefois indispensables pour améliorer les supports. Elles sont donc systématiquement collectées et travaillées pour ajuster, année après année, la pertinence des actions, la qualité des outils, leur perception par les cibles prioritaires.⁴⁴

J. Retour d'expérience et nouvelle étape de communication ou rediffusion

Des enseignements sont tirés de l'évaluation de la campagne de santé publique comme le niveau d'information de la population cible, son souhait d'informations supplémentaires, la connaissance des « cibles » bien informées ou les plus en attente d'information, en fonction de la profession, de l'âge, du sexe, de la région, etc. A partir de ces enseignements seront déterminés les prochains objectifs de communication et d'éventuelles rediffusions de la campagne soutenues ou non par des actions complémentaires.

Par exemple, concernant la lutte contre le tabagisme, de multiples actions ont été menées avec l'interdiction de fumer dans les lieux publics ou l'apposition des avertissements sanitaires sur les paquets de cigarettes mais également l'ensemble des campagnes de communication. Aujourd'hui on observe une meilleure perception et une meilleure connaissance par les fumeurs des risques liés au tabagisme. Cependant le pourcentage de fumeurs déclarant vouloir arrêter de fumer n'est pas celui escompté (59,9% en 2005 contre 58.7% en 2000). Des études ont pu montrer que les freins liés à l'arrêt sont une appréhension du sevrage tabagique et une méconnaissance de la réalité de l'arrêt. Ainsi les efforts pour la lutte contre le tabagisme sont aujourd'hui plus orientées vers l'information avec la valorisation du service Tabac info service et des campagnes lancées entre 2012 et 2014 sur la levée des craintes liées à l'arrêt et la dédramatisation du sevrage.

2) Exemples de promotion de campagnes de prévention par les pharmaciens

Une campagne de prévention doit aussi s'appuyer sur des actions locales qui stimulent et amplifient les messages diffusés dans les médias. Il ne suffit pas de créer des outils (affiche, brochure, spot média, etc.) pour faire changer les comportements.⁴⁵ Le pharmacien en tant que professionnel de santé de proximité a ainsi un rôle important dans la promotion des campagnes de prévention.

Trois-quarts des pharmacies situées en zone urbaine participent à des actions de prévention contre deux-tiers des officines en zone rurale (étude réalisée dans quarante pharmacies situées dans deux régions françaises distinctes par l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé en janvier 2006).⁴⁶ Cette participation se réalise le plus souvent dans le cadre des campagnes orchestrées au niveau national. Les clients, parce qu'ils sont sensibilisés, sont alors plus demandeurs de conseils qu'en dehors des campagnes où les demandes spontanées se font plus rares.

Ce sont les actions de prévention contre le tabac qui sont les mieux relayées du fait d'un nombre croissant de clients de plus en plus demandeurs de conseils et de produits pour arrêter de fumer. Certaines officines maintiennent les affichages « anti-tabac » tout au long de l'année. Il faut aussi noter la participation régulière aux campagnes relatives à la vaccination contre la grippe et au cancer du sein, tandis que la mobilisation dans les campagnes de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine s'essouffle.

La participation des officines aux campagnes de prévention se concrétise par l'affichage de messages envoyés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, par le Cespharm, par les URPS des pharmaciens, par les groupements de pharmaciens, par des associations comme la ligue contre le cancer, ou par les laboratoires pharmaceutiques. Les pharmacies mettent également à la disposition de leurs patients/clients la documentation appropriée.

Bien que les pharmaciens restent sensibles à leur rôle de relais locaux, notamment dans les campagnes, et considèrent que la promotion des campagnes de prévention fait partie intégrante de leur métier et de leur rôle de conseil,⁴⁶ en pratique cette action est peu réalisée. En effet, les pharmaciens abordent peu souvent les thèmes de prévention faisant l'actualité de leur propre initiative avec leurs patients/clients ; généralement, ce sont les demandes

spontanées des patients qui amènent à en discuter. Les raisons qui peuvent expliquer l'absence relative d'intérêt de cette mission sont le manque de temps et de mobilisation du pharmacien. Il est également à souligner le fait que les affiches de prévention sont en concurrence avec des affiches de produits pharmaceutiques à visée commerciale.

II) Le dépistage

1) Principes du dépistage

A. Critères de décision de mise en place

Les critères de décision de mise en place d'un dépistage sont les suivants⁴⁷ :

- 1) La maladie étudiée doit présenter un problème majeur de santé publique (fréquence de la pathologie, gravité des cas, etc.)
- 2) Il doit exister un traitement d'efficacité démontrée
- 3) Il faut disposer de moyens appropriés de diagnostic et de traitement
- 4) La maladie doit être décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique
- 5) Il existe un examen de dépistage efficace
- 6) Le test de dépistage doit être acceptable pour la population
- 7) L'histoire naturelle de la maladie doit être connue
- 8) Il faut que le choix des sujets qui recevront un traitement soit opéré selon des critères préétablis
- 9) Il faut que le coût de la recherche des cas ne soit pas disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux
- 10) Il faut assurer la continuité des actions dans la recherche des cas et non la considérer comme une opération exécutée « une fois pour toutes »

B. Différence entre test de dépistage et test diagnostic

Tableau 1 : Différence entre un test de dépistage et un test de diagnostic

| Test de dépistage | Test de diagnostic |
|--|---|
| <p>Appliqué aux personnes apparemment en bonne santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Praticué sur des groupes d'individus - Il ne constitue pas une base de traitement - Moins précis que le test de diagnostic - Coûte généralement moins cher que le test de diagnostic | <p>Doit donner une certitude diagnostique (examens spécifiques) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il est appliqué aux personnes présentant des troubles définis - Essentiellement individuel - Il constitue une base du traitement - Il est plus précis que le test de dépistage - Il coûte éventuellement plus cher que le test de dépistage |

Le test de diagnostic est plus précis que le test de dépistage, cependant il n'est pas applicable à un grand nombre d'individus car il est plus long et plus coûteux.

C. Les dépistages systématiques en France

La phénylcétonurie, l'hyperplasie congénitales des surrénales, l'hypothyroïdie congénitale, la drépanocytose et la mucoviscidose sont systématiquement dépistées chez les nouveau-nés. Pour les nourrissons et les enfants, le dépistage concerne les troubles de la croissance, la prise de poids, les troubles de la vue, de l'audition, et du développement psychomoteur.

A l'âge adulte, de manière générale, les facteurs de risque cardiovasculaire (HyperTension Artérielle : HTA, dyslipidémie, diabète, surpoids et obésité), certains cancers (cancers du sein, du col de l'utérus, cancers colorectaux, de la prostate, du mélanome) sont dépistés. Sont également inclus pour certaines populations ciblées ayant un risque héréditaire ou lors de l'apparition de premiers symptômes : le cancer de l'ovaire, du poumon, ou du testicule ; les complications du diabète (rétinopathie diabétique, macroalbuminurie, insuffisance rénale, neuropathie diabétiques, complications podologiques,

artériopathie oblitérante des membres inférieurs); l'ostéoporose; la dégénérescence maculaire lié à l'âge.

D. Les moyens du dépistage

Les tests de dépistage sont très variés : examen clinique (palpation des seins, toucher rectal, toucher testiculaire, etc.), prélèvements (ex. le frottis cervical), recherche de mutation génétique (ex. gènes BRCA 1 et 2 pour le cancer du sein et de l'ovaire), imagerie médicale (mammographie, échographie, etc.), examen biologique (ex. prise de sang dans le cadre de la phénylcétonurie, de l'hypothyroïdie congénitale, de l'hyperplasie congénitale des surrénales, de la drépanocytose, ou de la mucoviscidose).

2) Détails de certains tests de dépistage pratiqués par le pharmacien.

Les dépistages détaillés dans ce paragraphe sont ceux qui peuvent être effectués par le pharmacien dans son officine. Ce sont des tests simples, nécessitant peu de matériel, mais parfois une formation spécifique. Il s'agit du dépistage du surpoids et de l'obésité, de la mesure de la tension artérielle et de la Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO). En cas du caractère positif du test, le pharmacien orientera le patient vers son médecin.

A. Dépistage du surpoids et de l'obésité

Le surpoids et l'obésité correspondent à une augmentation du tissu adipeux de l'organisme, néfaste pour la santé de l'individu. Ils sont différenciés par la valeur de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) du sujet. On parle de surpoids lorsque cette valeur est comprise entre 25 et 30 kg/m², d'obésité quand elle est supérieure à 30 kg/m², et d'obésité morbide à partir de 35 kg/m².

La prévalence de l'obésité est de 15 % dans la population adulte en 2012 en France. Cependant, la progression de l'obésité a ralenti en France depuis cette date pour la première fois en plus de 30 ans. La surcharge pondérale (surpoids et obésité) touche actuellement près d'un adulte français sur deux.⁴⁸

Les complications de l'obésité sont le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, les atteintes cardiovasculaires, le syndrome d'apnée du sommeil et d'autres

maladies respiratoires, ainsi que des maladies articulaires telles que l'arthrose. De plus, l'obésité est associée à un risque accru de certains cancers, en particulier le cancer de l'endomètre. Il est également à souligner le retentissement psychologique et social de la maladie.

Le dépistage repose sur la mesure de l'IMC. Pour ceci, il faut connaître la taille et le poids du patient que l'on mesure avec un mètre ruban et une balance. L'IMC est le rapport du poids (en kg) sur la taille (en m²) du patient. Chez l'enfant, l'IMC doit être reporté sur la courbe de corpulence de son carnet de santé. Chez l'adulte, il faut également mesurer le tour de taille au moyen d'un mètre ruban sur le patient debout car une répartition abdominale de la graisse (obésité androïde, viscérale) est associée à un risque accru pour la santé par rapport à une répartition plus périphérique de la graisse (obésité gynoïde).

Cette mesure s'effectue à mi-distance entre le bord inférieur de la dernière côte palpable et le sommet de la crête iliaque, à la fin d'une expiration normale (Figure 2). Pour une lecture correcte, le ruban ne doit pas comprimer la peau et il doit être parallèle au sol.⁴⁹ Le tour de taille est élevé à partir de 80 cm pour une femme et de 94 cm pour un homme.

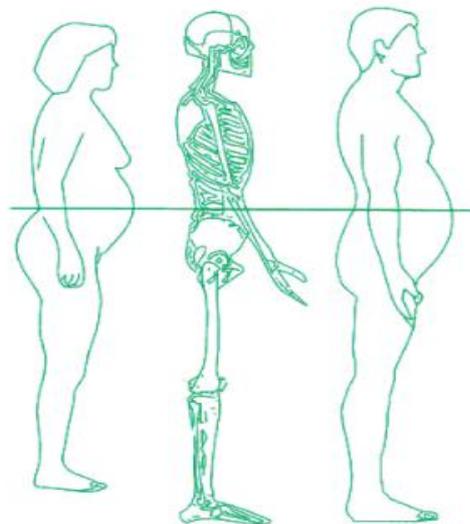


Figure 3: Mesure de la circonférence de la taille

Le dépistage peut être proposé aux patients à risque cardiovasculaire, sous corticoïdes au long cours, sous neuroleptiques, sous antidiabétiques, ou sous traitement hormonaux. Il peut également être proposé aux patients ayant des antécédents familiaux de surcharge pondérale, ayant un gain pondéral accéléré au cours des premières années de vie, étant sédentaires, ayant une alimentation déséquilibrée, ou encore ayant un manque de sommeil. Il

peut également être proposé suite à une demande spontanée de produits minceurs ou d'édulcorants par exemple.

Le but de ce dépistage est pour le pharmacien d'alerter sur les dangers de l'excès de poids, de conseiller une alimentation équilibrée et une activité sportive, et d'orienter le patient vers son médecin traitant et/ou nutritionniste en cas de résultats évoquant un surpoids ou une obésité. Le pharmacien peut donner par exemple des brochures d'informations disponibles sur le site internet du Cespharm (« Alimentation équilibrée », « Guide alimentaire pour tous »). Les patients peuvent également trouver des idées de menus équilibrés (« La fabrique à menus ») et d'évènements sportifs (« Bouger près de chez vous ») sur le site internet www.mangerbouger.fr.

B. Mesure de la tension artérielle

L'hypertension artérielle (HTA) se définit par une pression artérielle (PA) systolique ≥ 140 mmHg et/ou une PA diastolique ≥ 90 mmHg mesurée au cabinet médical au cours de 3 consultations successives. L'HTA est le plus souvent cliniquement silencieuse mais elle peut parfois provoquer céphalées, épistaxis, vertiges, bourdonnements d'oreille, etc.

En France, on estime à douze millions le nombre de patients traités pour l'HTA. De plus, on estime que 20 % des hypertendus connus ne sont pas traités et que 50 % des hypertendus traités ne sont pas contrôlés. L'HTA est un facteur de risque cardiovasculaire. La relation entre la PA et le risque de survenue d'événements cardiovasculaires (infarctus du myocarde et accident vasculaire cérébral notamment) est linéaire et sans effet de seuil. L'HTA serait ainsi responsable de 22 % des décès d'origine cardiovasculaire.⁵⁰

Parmi les facteurs de risque d'HTA, on retrouve les autres facteurs de risque cardiovasculaire :

- homme > 40 ans ou femme > 50 ans
- surpoids : tour de taille > 94 cm chez l'homme ou > 80 cm chez la femme
- antécédents familiaux d'HTA
- hypercholestérolémie (traités ou non)
- diabète (traités ou non)
- sédentarité
- surconsommation de sel
- tabagisme (actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans)

Certains médicaments favorisent l'apparition d'HTA : les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les corticoïdes, les œstro-progestatifs, les anti-VEGF, l'érythropoïétine, les vasoconstricteurs oraux et nasaux, le ciclosporine, le tacrolimus, etc. Certaines substances toxiques sont également à l'origine d'HTA comme l'alcool, l'ecstasy, la cocaïne, les amphétamines, et la glycyrrhizine.

Le dépistage de l'HTA repose sur la mesure de la PA. Cette dernière est réalisée à l'aide d'un auto-tensiomètre validé par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM). La liste de ces appareils est disponible sur le site internet de l'ANSM dans la rubrique « Dossier thématiques ».

Il est recommandé d'utiliser un modèle huméral car la mesure obtenue est plus fiable qu'avec un modèle poignet. Il est cependant nécessaire de s'assurer que le brassard est adapté à la morphologie du patient. Aussi un brassard trop serré peut-il conduire à une surestimation de la PA. Si la circonférence du bras du patient est supérieure à 32 cm il est préférable d'utiliser un modèle poignet, les modèles huméraux de taille large n'ayant pas fait l'objet d'une validation par l'ANSM.

Le dépistage est destiné aux patients présentant plus d'un facteur de risque cardiovasculaire, aux patients recevant un traitement médicamenteux susceptible de provoquer une HTA, à ceux consommant de l'alcool à doses toxiques (plus de trois verres par jour chez l'homme et deux chez la femme), ou des drogues stimulantes. Enfin tous les patients présentant des signes faisant suspecter une HTA (épistaxis, céphalées, bourdonnements d'oreille, phosphènes, hémorragie sous-conjonctivale, etc.) sont également à dépister.

Le dépistage doit avoir lieu dans un endroit calme de l'officine propice à la mesure de la PA (bureau, espace de confidentialité, cabine d'orthopédie, etc.). Plusieurs facteurs influencent la PA. Afin d'éviter de la surestimer, il convient de s'assurer que le patient n'a pas fumé ni consommé de caféine dans les trente minutes qui précèdent la mesure, et ne présente pas d'inconfort vésical ou abdominal. Le patient doit être assis, dos appuyé contre le dossier du siège, jambes décroisées, pieds à plat sur le sol. La mesure sera effectuée après un repos de 5 minutes et il est important d'informer le patient de ne pas parler et de ne pas bouger pendant la mesure.

La première mesure de la PA peut être réalisée en présence du pharmacien qui valide la bonne position du bras et s'assure du bon fonctionnement de l'appareil. Le patient est

ensuite laissé seul et réalise lui-même trois mesures à quelques minutes d'intervalle. Ce procédé permet de limiter l'effet « blouse blanche ». La première mesure (celle réalisée en présence du pharmacien) est éliminée et la moyenne des trois autres mesures est effectuée.

Si un appareil huméral est utilisé, le brassard est enfilé sur un bras dénudé et son bord inférieur est positionné à 2 cm au-dessus du pli du coude ; le patient, coude fléchi, doit poser son avant-bras sur la table et sa paume de main doit être orientée vers le haut (Figure 3). Si on utilise un appareil de poignet, montre et bracelets doivent être retirés et l'appareil est positionné à 2 cm du poignet, cadran sur la face interne du poignet ; le patient pose son coude sur la table et place l'auto-tensiomètre à la hauteur du cœur.⁵⁰



Figure 4 : Mesure de la pression artérielle à l'aide d'un auto-tensiomètre de poignet (gauche) et d'un auto-tensiomètre huméral (droite)

Si les mesures de la PA sont réalisées par le patient, une moyenne de PA $\geq 135/85$ mmHg fait suspecter une HTA ; si elles sont réalisées par le pharmacien, la moyenne doit être $\geq 140/90$ mmHg La valeur seuil retenue prend ainsi en compte l'effet « blouse blanche ».

En cas de PA supérieure aux valeurs seuils, il sera conseillé au patient de consulter son médecin afin de confirmer les valeurs mesurées à l'officine et d'entreprendre des examens complémentaires (bilan biologique, électrocardiogramme, etc.). La consultation devra être faite dans le mois à venir dans le cas d'une HTA légère ou élevée, et le jour même pour une HTA sévère (Tableau 2). En l'absence d'HTA, le dépistage peut-être proposé annuellement au patient.

Tableau 2 : Correspondance entre les niveaux de pression artérielle (en mmHg) et les catégories d'hypertension artérielle (HTA)

| Catégorie | Pression Artérielle Systolique | Pression Artérielle Diastolique |
|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| HTA légère – grade 1 | 140-159 | 90-99 |
| HTA modérée – grade 2 | 160-179 | 100-109 |
| HTA sévère – grade 3 | ≥180 | ≥ 110 |

Quels que soient les résultats de la mesure, il convient de rappeler les conseils hygiéno-diététiques suivants :

- Limiter les apports en sel à 5/6 g par jour (éviter les plats cuisinés, la charcuterie, les médicaments effervescents, etc.)
- Observer un régime pauvre en graisses saturées (graisses d'origine animale) et riche en légumes et fruits
- Pratiquer une activité physique régulière, adaptée au patient, à raison de 30 minutes par jour, trois fois par semaine (natation, marche, vélo, etc.)
- Réduire le poids en cas de surcharge pondérale
- Limiter la consommation d'alcool (moins de trois verres par jour chez l'homme et deux chez la femme)
- Arrêter le tabac
- Eviter la réglisse et les produits contenant de la caféine

C. Dépistage de la BPCO

La BPCO est une bronchopathie non réversible d'aggravation progressive. Elle est définie par une capacité respiratoire diminuée par rapport à une valeur de référence. Elle concerne 3 à 3,5 millions de personnes en France et 16 000 personnes en meurent chaque année. Cette pathologie est peu symptomatique à son début, d'où une consultation tardive quand apparaissent les premiers signes d'alerte (toux productive, dyspnée à l'effort, gêne

respiratoire). Ces premiers symptômes sont parfois également banalisés et attribués à la « bronchite chronique » du fumeur par les patients.

La principale complication est la dégradation de la fonction respiratoire évoluant vers une insuffisance respiratoire chronique avec une dyspnée à l'effort, puis au repos, pouvant gêner les gestes de la vie courante. Des décompensations respiratoires, notamment à l'occasion d'épisodes infectieux peuvent entraîner une insuffisance respiratoire aiguë engageant le pronostic vital.

Le tabac est à l'origine de 80 à 90 % des cas de BPCO, suivi par les expositions professionnelles (poussières industrielles et agricoles, exposition aux solvants, etc.). Les personnes atteintes d'asthme sévère constituent également une population à risque. On estime que 2/3 des malades ne sont pas diagnostiqués ou le sont tardivement au stade du handicap respiratoire,⁵¹ ce qui est très insuffisant d'où l'intérêt de faire le dépistage en officine.

La spirométrie est un moyen fiable pour détecter ce trouble ventilatoire obstructif. Cette méthode qui évalue la fonction pulmonaire est simple et non invasive. En officine, on utilise le mini-spiromètre électronique. L'appareil est constitué d'un écran et d'un capteur débit/pression dans lequel le sujet doit expirer grâce à un embout buccal jetable à valve expiratoire. Les paramètres mesurés sont le Volume Expiratoire Maximal par Seconde (VEMS) à la première seconde et le Volume Expiratoire Maximal en six secondes (VEM6), plus facile à exécuter que la capacité vitale forcée car la durée est standardisée par un bip sonore à 6 secondes. L'appareil calcule ainsi le rapport VEMS/VEM6 qui constitue un paramètre fiable pour détecter un trouble obstructif. Trois tests sont recommandés par sujet, le mini-spiromètre enregistrant le meilleur des trois grâce au contrôle de qualité.⁵²

Le prix varie selon le modèle et les distributeurs (de 80 à 120 €) auxquels s'ajoutent le prix des embouts jetables en carton (10 à 35 € pour 50 embouts).

Le dépistage du trouble ventilatoire obstructif est conseillé pour les sujets dans l'un des cas suivants :

- Fumeurs ou ex-fumeurs de 40 ans et plus
- Exposés à des facteurs de risque : tabagisme passif, expositions professionnelles à des fumées, gaz ou poussières en milieu industriel et agricole
- Présentant des symptômes respiratoires chroniques : toux, expectorations, essoufflement

- Aux jeunes adultes fumeurs afin de les sensibiliser au sevrage tabagique

Idéalement, le test est effectué dans un espace de confidentialité dans lequel le sujet est assis, le dos droit, concentré sur la manœuvre. Le dépistage dure 10 à 15 minutes. Le dépistage peut être organisé au cours d'une journée de sensibilisation sur le souffle ou une campagne sur le sevrage tabagique. Il peut être également proposé au cas par cas à des patients présentant un facteur de risque manifeste.

Un entretien préalable permet de rechercher les facteurs de risque sous forme de questionnaire et d'établir une fiche personnalisée sur laquelle seront inscrits les résultats du test. Il s'agit du questionnaire GOLD :

- Avez-vous plus de 40 ans ?
- Êtes-vous fumeur ou ex-fumeur ?
- Toussez-vous plusieurs fois par jour ?
- Ressentez vous le besoin de cracher souvent ?
- Êtes-vous plus souvent essoufflé par rapport aux autres personnes de votre âge ?

Si le patient répond oui au moins trois fois, une mesure du souffle peut être proposée. Il faut s'assurer que le patient ne porte pas de vêtements ou accessoires pouvant le comprimer dans sa respiration, et qu'il n'a pas fumé deux heures avant (le tabac ayant un effet vasoconstricteur), n'a pas subi d'intervention chirurgicale thoracique, abdominale ou cérébrale depuis moins de trois semaines, et n'a pas d'affection cardiaque ni d'infection.

Il faut expliquer en mimant le geste d'inspiration et d'expiration puis adapter un embout buccal jetable sur l'appareil. Ensuite, il faut demander au sujet d'inspirer profondément et lui présenter le mini-spiromètre afin qu'il place l'embout dans la bouche en serrant bien autour pour éviter les fuites. Il faut lui demander d'expirer en soufflant fort et vite pendant six secondes (bip sonore). Il faudra refaire deux fois la manœuvre. Après chaque test, il faut jeter l'embout buccal et nettoyer l'extérieur du mini-spiromètre avec une lingette désinfectante.

Il faut avoir fait au préalable une formation afin de se familiariser avec la manipulation du mini-spiromètre et l'explication de la méthode.

Si le rapport VEMS/VEM6 est supérieur à 0,80, la fonction pulmonaire est normale ; entre 0,70 et 0,80, cela laisse supposer un possible trouble ventilatoire obstructif et nécessite

une orientation vers une consultation médicale ; s'il est inférieur à 0,70, un trouble ventilatoire obstructif est vraisemblable et une consultation médicale rapide est nécessaire.

Quel que soit le résultat du test, il faut préconiser l'arrêt du tabagisme, insister sur le fait qu'une toux qui persiste ou un léger essoufflement régulier ne sont jamais anodins. On peut conseiller une pratique modérée de sport afin d'entretenir le souffle, sauf contre-indication médicale.

D. Dépistage du VIH

Les autotests de dépistage du VIH sont des dispositifs médicaux commercialisés depuis le 15 septembre 2015 dans les officines. Il s'agit d'un dispositif complémentaire de l'offre de dépistage pour le VIH ; jusqu'à présent il était possible de se faire dépister en laboratoire de biologie médicale, ou dans les associations de lutte contre le sida ou dans les centres de planification et d'éducation familiale à l'aide de tests rapides d'orientation diagnostique.

Ces autotests détectent les anticorps anti-VIH par immunochromatographie à partir d'une goutte de sang capillaire prélevée au bout du doigt (autotest sanguin) ou du fluide gingival prélevé entre la gencive et la lèvre inférieure (autotest salivaire). Les autotests dits « salivaires » sont moins sensibles que les autotests sanguins en raison de la plus faible concentration en anticorps du liquide biologique utilisé.

Ce test à usage unique est destiné à être utilisé par la personne elle-même dans un environnement domestique. Il permet un dépistage autonome et l'obtention d'un résultat rapide en toute discrétion. Un résultat positif doit systématiquement être contrôlé par un dépistage en laboratoire de biologie médicale. Le résultat d'un autotest n'est totalement fiable que si le dernier risque d'exposition au VIH date d'au moins trois mois ; si l'autotest est réalisé dans les trois derniers mois, celui-ci pourra identifier une contamination par le VIH (bonne sensibilité) mais ne pourra pas déterminer si un résultat négatif correspond réellement à une absence de contamination (mauvaise spécificité). Si le résultat est négatif et qu'il n'y a pas de risque de contamination dans les trois derniers mois, la personne est considérée comme n'étant pas infectée par le VIH et n'a pas besoin d'effectuer un test de contrôle.

Tableau 3 : Conduite à tenir selon le délai écoulé depuis le dernier risque d'exposition au VIH

| Délai entre le risque d'exposition au VIH et la réalisation du test de dépistage | Actions à entreprendre |
|--|---|
| Trois mois ou plus | Test ELISA de 4 ^{ème} génération réalisé en laboratoire de biologie médicale (anonyme et gratuit) OU Test rapide d'orientation diagnostique auprès d'une structure habilitée (ex. associations de lutte contre le SIDA ; anonyme et gratuit) OU Autotest disponible en pharmacie (non remboursé) |
| Entre six semaines et trois mois | Test ELISA de 4 ^{ème} génération à réaliser en laboratoire de biologie médicale |
| Entre 48 heures et six semaines | En l'absence de syndrome infectieux, un délai de 6 semaines doit s'être écoulé avant qu'un test ELISA totalement fiable puisse être réalisé |
| Moins de 48 heures | Orienter la personne vers un service hospitalier afin que soit évaluée la pertinence d'un traitement post-exposition (à instaurer le plus rapidement possible) |

Le test ELISA est un test immunologique qui détecte la présence d'anticorps anti-VIH en plus de l'antigène P24 spécifique au VIH.

L'autopiqueur d'un autotest sanguin constitue un déchet à risque infectieux qui doit être collecté et éliminé dans des collecteurs spécifiques. Un autotest salivaire ne génère pas de déchet considéré comme à risque infectieux.⁵³

3) Participation des pharmaciens au dépistage

L'intérêt du dépistage en officine a été démontré par plusieurs expérimentations. A titre d'exemple, les résultats de l'expérimentation en Languedoc-Roussillon en 2010 sur le dépistage de la BPCO en officine ont été plutôt concluants. Il apparaît que sur les 551 personnes ayant participé aux opérations de dépistage, 13.2 % présentaient un VEMS suggérant clairement la présence d'une obstructive chronique. Par ailleurs, 33,3 % des

patients obtenaient un résultat VEMS/VEM6 compris entre 0,70 et 0,80 nécessitant un suivi plus poussé pour déterminer la présence ou non d'une obstruction. Les patients ont pu recevoir des conseils concernant notamment l'intérêt du sevrage tabagique. « *Ces résultats démontrent l'intérêt de santé publique de ce dépistage, chez les patients qui pensent être en bonne santé* » souligne Françoise Radier, présidente de l'Ordre des pharmaciens de Languedoc-Roussillon. En effet, un grand nombre de patients qui ne pensent pas être atteints de BPCO n'envisageront pas de faire un dépistage. Aussi est-il parfois nécessaire que des tests soient proposés spontanément. La pharmacie représente à cet égard un espace privilégié.⁵⁴

Cependant on observe une faible motivation des officines pour développer les actions de dépistage. Tout d'abord, la grande majorité des patients semblent considérer que le dépistage relève plutôt du champ d'intervention des médecins ; les demandes de dépistage sont donc plutôt rares auprès des officines. Par ailleurs, la participation aux campagnes de dépistage ne présente pour l'instant qu'un intérêt relatif pour les officines : l'organisation de la campagne demande du temps et le retour sur investissement est jugé minime. Enfin, certaines officines estiment insuffisant le soutien qui leur ait apporté pour l'organisation de ces campagnes qui se limite trop souvent à la réception d'une documentation réalisé par les laboratoires.

Pendant les campagnes, les pharmaciens estiment pratiquer en moyenne deux actes de dépistage par jour puis seulement un à deux actes par mois après le fin de la campagne.⁴⁶

Le manque de recul quant à la pratique nouvelle du dépistage du VIH dans les officines ne permet pas de juger de la participation des pharmaciens.

III) Education thérapeutique

1) Actions au sein d'une équipe soignante pluridisciplinaire : l'Education Thérapeutique du Patient (ETP)

A. Rôle du pharmacien

Le pharmacien peut participer et initier des programmes d'éducation thérapeutique et des actions d'accompagnement du patient au sein d'une équipe pluridisciplinaire.³⁴ La loi

HPST encadre l'ETP et indique que les programmes doivent être conformes à un cahier des charges national et soumis à une autorisation des ARS. Un programme d'ETP est mis en œuvre par au moins deux professionnels de santé de professions différentes dont au moins un médecin.

Toute personne ayant une maladie chronique, quel que soit le type, le stade et l'évolution de la maladie, peut bénéficier d'une offre d'éducation thérapeutique. Cette offre concerne également l'entourage s'il le souhaite et si le patient souhaite l'impliquer dans la gestion de sa maladie.

Le pharmacien en tant que spécialiste du médicament, peut être impliqué dans l'éducation thérapeutique, notamment en jouant un rôle dans l'acquisition par le patient de compétences d'auto-soins concernant le traitement médicamenteux. Il aide le patient à comprendre sa pathologie et ses traitements, il accompagne également le patient dans la gestion quotidienne de son traitement. Il contribue au bon usage des médicaments et renforce les techniques particulières de prise des médicaments, par exemple en faisant des démonstrations ou en proposant des essais par le patient. De plus, le pharmacien contribue à apprendre au patient à résoudre les difficultés de soins attachées à l'usage des médicaments, et peut aider le patient à prendre conscience des obligations de suivi thérapeutique et participer à la résolution des éventuels problèmes rencontrés.

Les interventions du pharmacien ne sont efficaces que si elles s'inscrivent dans une démarche d'éducation thérapeutique structurée et réalisée par une équipe multi-professionnelle et interdisciplinaire. De plus, le pharmacien devra se former afin d'acquérir les compétences requises à la pratique de l'ETP. Le pharmacien doit en particulier acquérir des compétences relationnelles et pédagogiques afin d'acquérir les techniques de communication centrées sur le patient, telles que l'écoute active et l'empathie.

Par exemple dans le cas de l'éducation thérapeutique du patient diabétique :

- Le médecin diabétologue intervient en établissant le diagnostic et met en place le traitement
- L'infirmier aide le patient à réaliser les injections d'insuline, s'occupe des soins, et éduque le patient lors de son hospitalisation
- Le pharmacien aide le diabétique à bien comprendre son traitement et lui explique les effets indésirables éventuels de ses médicaments

- Le podologue vérifie l'état des pieds du patient tous les ans et l'éduque sur les gestes d'hygiène
- Le diététicien met en place les mesures hygiéno-diététiques

B. Bilan des pratiques

La participation des pharmaciens d'officine à l'ETP est plutôt faible du fait de la méconnaissance de cette mission par ces derniers et par une sollicitation peu importante des autres professionnels de santé.

2) Actions spécifiques des pharmaciens : les entretiens pharmaceutiques

A. Patients concernés

a. Patients traités par des anti-vitamines K

Avec plus de 17 300 hospitalisations dues à des effets indésirables et 4 000 décès par an en France, les anticoagulants sont la première cause de iatrogénie médicamenteuse grave. On estime que près de 40 % du temps une personne sous anticoagulant est en dehors de la zone thérapeutique. Elle risque de ce fait une hémorragie si la dose est trop importante ou une thrombose si la dose est trop faible. Malheureusement, ce sont des médicaments à faible marge thérapeutique et présentant de nombreuses interactions avec l'alimentation et d'autres médicaments. L'objectif des entretiens pharmaceutiques est d'améliorer l'observance du traitement et de mieux gérer les interactions avec les aliments. Pour le moment, l'assurance maladie propose uniquement aux patients traités par anti-vitamines K (AVK) de suivre un entretien pharmaceutique dispensé par un pharmacien, à l'initiation du traitement plus deux entretiens de suivi par an. En plus de ces entretiens, le pharmacien doit être particulièrement vigilant à chaque renouvellement au suivi biologique du patient.⁵⁵

L'assurance maladie prévoit les conditions d'éligibilité des patients sous AVK au programme, en fonction de leur traitement et de la durée de leur traitement. Elle définit aussi pour chaque pathologie concernée le nombre d'entretiens minimum nécessaire ainsi que le temps nécessaire à l'entretien. L'assurance maladie adresse un courriel d'information aux patients concernés. Le pharmacien peut aussi proposer ce service lors de l'initiation d'un traitement chez des patients concernés ou pour des patients dont le traitement est en cours mais qui n'ont pas été avertis par courrier du dispositif.

b. Patients traités pour un asthme

De part sa prévalence en augmentation constante depuis vingt ans et de ses conséquences en terme de réduction de qualité de vie et de mortalité (1 000 décès par an en France), l'asthme constitue un véritable problème de santé publique. Il concerne en France plus de 4 millions de personnes. Malgré l'existence d'un arsenal thérapeutique efficace, la prise en charge de la maladie reste insuffisante. Selon l'Enquête Santé et Protection Sociale de 2006, le niveau de contrôle des symptômes est insuffisant chez six personnes asthmatiques sur dix.⁵⁶ Pourtant, un asthme bien contrôlé doit permettre aux patients de mener une vie sociale, scolaire ou professionnelle, et sportive aussi normale que possible. Le pharmacien a un rôle important à jouer en ce qui concerne l'aide à la compréhension de la maladie, des traitements, la promotion du bon usage et de l'observance des traitements, l'apprentissage des techniques d'inhalation et de l'auto-surveillance.

Dans le cas de l'asthme, il n'y a pas de lettre envoyée aux patients leur indiquant la possibilité de suivre un entretien avec un pharmacien comme pour les AVK. Ainsi, c'est le pharmacien qui doit essentiellement recruter les patients susceptibles d'être concernés :

- Patients pour lesquels aucun traitement de fond n'a été délivré dans les 4 mois précédant la date de première dispensation de corticoïdes inhalés
- Patients recevant pour la première fois des corticoïdes inhalés (entretien dans les 60 jours à partir de la date de délivrance)
- Patients dont la durée de traitement prévisible est supérieure ou égale à six mois

c. Patients traités par des antidiabétiques (à venir)

Les entretiens pharmaceutiques sont actuellement en plein essor et devraient bientôt concerner également les personnes suivant un traitement antidiabétique. La prévalence du diabète en France est de 4,4 % en 2009 selon l'InVS. En seulement 10 ans, alors que les messages d'information et de prévention se sont multipliés, le nombre de personnes diabétiques est passé de 1,6 à 2,9 millions. A cela s'ajoute un nombre important de diabétiques qui ignorent l'existence de leur maladie.

B. Conditions de mise en place de l'entretien

Le patient a le choix de participer ou non à ce programme. Il a aussi le libre choix du pharmacien avec qui il souhaite participer à ce programme, et peut désigner un autre

pharmacien ou arrêter à tout moment. En revanche un entretien pharmaceutique ne peut être conduit que par un pharmacien.

Un bulletin d'adhésion formalise l'intégration du patient dans l'accompagnement, il est signé par le patient et le pharmacien désigné. Le pharmacien conserve ce bulletin et le met à disposition des organismes de l'Assurance Maladie, et procède à une déclaration de réalisation des entretiens par télétransmission.

L'Assurance Maladie met à disposition des outils nécessaires à l'élaboration de ces entretiens, comme le guide d'accompagnement du patient qui constitue un référentiel à l'usage du pharmacien, ainsi qu'une fiche de suivi de l'entretien qui constitue un support d'échange avec les patients (le pharmacien doit tenir cette fiche à disposition des autorités de contrôle).

Le pharmacien doit prévoir un espace de confidentialité pour recevoir le patient. Cet espace doit être adapté pour permettre un dialogue entre le pharmacien et le patient en toute confidentialité ; ils doivent être isolés visuellement et phonétiquement. Le pharmacien s'engage à se former et à actualiser ses connaissances afin d'acquérir la formation nécessaire à la conduite de l'entretien pharmaceutique. Il doit également respecter les principes énumérés à l'article 10 de la convention pharmaceutique. Le pharmacien doit obtenir le consentement éclairé de l'assuré pour son intégration au dispositif d'accompagnement et s'interdire d'établir un diagnostic. Le pharmacien doit s'abstenir d'utiliser tout support publicitaire qui ferait référence à la rémunération qu'il perçoit de l'Assurance Maladie pour assurer la mise en œuvre de ce suivi. De plus, il doit veiller à la continuité du service de l'officine. Lorsque le pharmacien est en rendez-vous avec un patient, un autre pharmacien diplômé doit être présent dans l'officine pour effectuer et/ou contrôler les actes pharmaceutiques.⁵⁷

C. Déroulement

Plusieurs documents sont à disposition du pharmacien. Il s'agit d'une part, d'un guide d'accompagnement du patient, qui sert de référentiel pour le pharmacien pour mener à bien l'entretien. Ce guide est disponible sur le site de l'Assurance Maladie. La pharmacie dispose d'autre part d'une fiche de suivi de l'entretien qui constitue un support d'échange avec le patient. Elle résume l'ensemble des questions permettant de faire le bilan avec le patient sous forme de tableaux, et permet d'assurer la traçabilité et le suivi de ses entretiens. Le pharmacien pourra, après avoir identifié le patient, ses traitements ainsi que les praticiens le

suisant, apprécier les réponses données par le patient comme correspondant à une information acquise, partiellement acquise ou non acquise en fonction de la justesse, de la précision et de l'exhaustivité des connaissances du concerné. Cette fiche doit être tenue à la disposition du contrôle médical. Le pharmacien a tout intérêt à s'appropriier les questions et les reformuler. La discussion doit être la plus fluide possible et ne doit pas être perçue comme un interrogatoire. Un carnet d'information et de suivi est également adressé au patient pour l'aider à une meilleure compréhension et un meilleur suivi de sa pathologie.

Les informations et préconisations suivantes doivent être fournies aux patients lors de ces entretiens :

- La posologie, y compris la posologie maximale pour les médicaments à prise modulable ou à posologie non précisée sur l'ordonnance (antalgiques, par exemple)
- La durée de traitement
- Les précautions d'emploi
- Les informations nécessaires au bon usage du médicament ou du dispositif médical délivré
- Les informations nécessaires lors de la substitution d'un médicament générique à un princeps
- Les éventuelles précautions particulières à prendre ainsi que tout renseignement utile à la bonne compréhension du traitement par le patient
- Les analyses biologiques indispensables à l'initiation, à la surveillance et à la poursuite de certains traitements³⁵

Le pharmacien doit s'assurer lors de ces entretiens de l'observance du traitement de fond, et de la bonne maîtrise de la technique d'inhalation pour les médicaments utilisés dans le cas de l'asthme. Il doit également évaluer les connaissances du patient sur les principes du traitement et le cas échéant les rappeler. Par exemple lors d'un entretien sur les AVK, le patient doit pouvoir connaître le rôle de l'AVK, savoir pourquoi le traitement a été prescrit, avoir la notion de marge thérapeutique étroite, connaître les risques hémorragiques et thrombotiques, connaître la posologie prescrite, savoir respecter l'horaire d'administration, savoir quoi faire en cas d'oubli, et connaître l'importance de l'observance et de la surveillance. Le pharmacien doit également rappeler les principes de la surveillance biologique du traitement avec les notions d'*International Normalized Ratio* (INR) et d'INR cible, la fréquence des contrôles et les horaires des contrôles. Le pharmacien informe le

patient sur l'importance de l'apparition des signes évocateurs d'un surdosage et de s'assurer de sa vigilance sur l'apparition éventuelle de ces signes. Le pharmacien s'assure également que le patient connaît les interactions médicamenteuses et ne s'y expose pas. Il rappelle au patient que l'apport en vitamines K dans l'alimentation doit être régulier et sans excès, et l'informe sur la nécessité de signaler qu'il prend un traitement par AVK à tous les professionnels de santé.

D. Rémunération des pharmaciens

Il est convenu que le pharmacien soit rémunéré 40 € par an pour chaque patient traité par AVK dès lors qu'il réalise deux entretiens dans l'année, et 40 € par an pour chaque patient traité pour l'asthme dès lors qu'il réalise un entretien dans l'année. Si le premier entretien est effectué au second semestre de l'année civile, l'Assurance Maladie accorde une rémunération même si le pharmacien n'a fait qu'un seul entretien. Lors d'une initiation de traitement par AVK, le patient a le droit à trois entretiens dans l'année à condition que le premier soit fait dans les trois semaines suivant le début de la prise d'AVK, cependant aucune rémunération supplémentaire n'est prévue. Le pharmacien déclare les entretiens par télétransmission. Les entretiens de l'année « n » sont payés au premier semestre de l'année « n+1 ».⁵⁷

E. Participation aux entretiens et bilan

Depuis juin 2013, 153 375 adhésions ont été enregistrées pour le suivi des traitements par AVK et seulement 650 pour l'asthme, et 14 584 pharmacies font partie du dispositif sur les 22 303 pharmacies en France.⁵⁸ Ceci témoigne d'une implication importante des pharmaciens pour cette nouvelle mission. En effet, pour beaucoup de pharmaciens il est indispensable de valoriser le métier de pharmacien et les entretiens pharmaceutiques constituent un des moyens. Cependant cette nouvelle mission peine encore à trouver sa place dans le quotidien des pharmaciens.

Les principales difficultés concernant la mise en place de ces entretiens sont la difficulté de recrutement des patients. En effet, les patients ne connaissent pas toujours l'existence de ces entretiens. D'autre part, les patients traités par AVK sont déjà suivis très régulièrement par le médecin et l'infirmier, le pharmacien peut alors paraître comme une redondance. Il serait de ce fait plus judicieux de proposer les entretiens à des patients dont le

suivi est moindre tel que les asthmatiques. Cependant, les critères d'inclusion prévus pour cette population de malades sont beaucoup trop stricts, restreignant de fait considérablement le nombre de patients éligibles. De plus, il apparaît difficile pour le pharmacien de s'y imposer comme un acteur incontournable dans cette pathologie, ce qui explique le faible nombre de personnes suivis.

Les patients ont par ailleurs du mal à imaginer leur pharmacien avec d'autres responsabilités que celles de la dispensation et du conseil associé. Les médecins délivrent également parfois aux patients un message négatif sur ce suivi réalisé dans les officines, contribuant à les en détourner⁵⁹. D'autre part la rémunération est jugée trop faible pour le temps nécessaire (40 € pour deux entretiens d'une durée souvent égale une demi-heure chacun dans le cas des AVK) et trop tardive (1 an et demi d'attente de règlement en moyenne).

Partie IV : Discussion

I) Points positifs et limites de la prévention en santé en général

1) Concernant les campagnes de prévention

A. Bilan

a. *Les points positifs*

Une campagne de prévention utilise de nombreux canaux d'information (télévision, internet, brochures) et peut de ce fait atteindre une large population, ce qui constitue un avantage important. En effet, chaque individu ne consulte pas régulièrement un professionnel de santé qui serait à même de prodiguer des conseils de prévention.

D'autre part il existe de nombreuses études montrant l'efficacité des messages diffusés dans les médias de masse en tant que mécanisme de prévention. Par exemple, les campagnes d'arrêt du tabac ont pour objectif de faire connaître les conséquences négatives de l'usage du tabac et les solutions disponibles en matière d'aide à l'arrêt du tabac, à faire évoluer les attitudes et les croyances concernant le tabagisme et le fait de se sentir prêt à s'arrêter de fumer, et à changer les comportements liés au tabac. Des preuves recueillies dans plusieurs pays suggèrent que les campagnes pour l'arrêt du tabac se traduisent par une acquisition de connaissances, une évolution des croyances et des attitudes, une augmentation du nombre d'appels aux associations d'aide à l'arrêt du tabac, et qu'elles contribuent à la diminution totale de la consommation de tabac et à l'augmentation des taux d'arrêt du tabagisme chez les consommateurs.⁶⁰

Une étude publiée en mars 2006 dans l'*American Journal of Preventive Medicine* a montré que les spots télévisés antitabac étaient la source d'aide la plus fréquemment mentionnée par les personnes ayant récemment arrêté de fumer. La campagne télévisée a

permis d'atteindre un nombre bien plus grand de fumeurs ; il n'est par conséquent pas étonnant de constater qu'une majorité de personnes déclarait que ces annonces les ont aidé à s'arrêter de fumer (30,5 %), loin devant d'autres méthodes telles que le traitement de substitution nicotinique, l'aide par un professionnel, l'auto-assistance, les ordonnances, les programmes, les sites internet et les lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt du tabac.⁶¹ En Australie, 60 % des personnes interrogées ayant récemment arrêté de fumer ont affirmé que les spots de la campagne nationale de lutte antitabac les incitaient à ne pas reprendre le tabac.⁶² Une nette corrélation entre le moment où les spots sont diffusés et celui où est enregistré le plus grand nombre d'appels aux lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt du tabac a été documentée dans de nombreux pays, témoignant de l'impact immédiat de ces annonces.⁶³

b. Les points à améliorer

Comme vu précédemment, (partie I, chapitre IV) il existe un très grand nombre d'acteurs en prévention. Cette pluralité d'acteurs, aux rôles parfois mal définis, débouche sur une absence de « continuum stratégique » en prévention pour une partie de la population, notamment les jeunes ou les personnes sans activité professionnelle.

D'autre part, le programme de prévention peut ne pas atteindre le public cible. En effet, il faut dans la plupart du temps qu'une importante partie de la population voie plusieurs fois le message à travers de multiples canaux pendant une longue période. En pratique, il n'est pas toujours possible d'assurer le niveau nécessaire d'exposition des publics, ce qui réduit le taux de réussite d'une campagne.⁴⁵ Il peut également avoir un certain nombre de redondances entre les messages de prévention sur le même thème, ce qui peut apporter de la confusion et par conséquent une mauvaise compréhension du message.

L'évaluation est un élément central de la politique de prévention mais les différents types d'évaluation mis en œuvre par les pouvoirs publics sont perfectibles (Cour des comptes – 2011). D'une part, l'évaluation faisant appel à de nombreux experts peut conclure à des expertises parfois contradictoires. Elle nécessite une approche globale et pluridisciplinaire pour appréhender les aspects scientifiques, économiques et financiers, sociaux et sociétaux d'un programme de prévention. Cette approche, mise en œuvre par la Haute autorité de santé et le Haut conseil de santé publique en est à son début.¹¹

L'épidémiologie permet de définir la relation entre une maladie et des facteurs supposés intervenir, elle est essentielle à la détermination de cibles de prévention pertinentes. La recherche fournit également des informations relatives aux canaux d'information qui

permettent d'atteindre les publics visés, joue un rôle de support continu durant la campagne, et aussi s'intéresse à l'influence des campagnes sur les comportements. Elle intervient également dans le cadre de l'évaluation terminale en ce qui concerne les campagnes de communication. Enfin, la recherche peut tester des messages sur des publics pour évaluer leur réponse. Il s'agit, par exemple, de sonder fréquemment un échantillon représentatif de la population cible afin de mesurer leur souvenir des messages auxquels ils ont été exposés et d'évaluer si leur comportement change dans la direction souhaitée. Les activités de recherche dans le domaine de prévention sont cependant peu développés et dispersés.⁴⁵ Par exemple, les données sociologiques utiles à la définition d'une politique de prévention proviennent de sources multiples et sont rarement mises en commun.

B. Préconisations

Le Conseil Economique, Social, et Environnemental (CESE) a présenté en 2012 un rapport important relatif aux enjeux de la prévention en matière de santé, pointant de nombreux axes à améliorer.¹¹

Le CESE préconise par exemple une approche différente des messages de prévention. En effet, il a été observé que l'individu est réceptif à l'information si elle répond à sa perception d'un besoin. Ainsi il est nécessaire de créer le besoin, le désir, et l'envie pour rendre réceptif les individus. L'information sera alors perçue comme une réponse à un besoin et non pas comme une doctrine culpabilisante qui a montré ses limites, notamment pour le public adolescent.

Il propose également de promouvoir la responsabilité collective au niveau de l'habitat et du cadre de vie dans les activités économiques, et en rendant accessible une alimentation saine, par exemple au moyen de contrôles renforcés et des amendes dissuasives en cas de non-respect concernant les normes de rejet dans l'environnement et de nuisances.

Le CESE préconise par ailleurs de construire un parcours de prévention « citoyen » en aménageant des rendez-vous de prévention tout au long de la vie et en assurant la traçabilité des informations de prévention avec un volet prévention dans le Dossier Médical Personnel (DMP) ; celui-ci comporterait des mentions relatives à la prévention primaire, secondaire, et tertiaire, et pourrait répertorier les rendez-vous de prévention. A cette fin, des éléments comme la courbe du poids, les vaccinations, les prises médicamenteuses, l'exposition aux

risques environnementaux liés ou non aux conditions de vie et de travail seraient inscrits dans le DMP.

Le CESE souligne aussi l'importance d'une meilleure formation des professionnels de santé à la prévention. On note un déséquilibre entre la médecine curative et la prévention. C'est pourquoi de nouveaux enseignements sont intégrés aux programmes de pharmacie et de médecine concernant la prévention et l'éducation thérapeutique.

Enfin, il préconise de renforcer l'indépendance et la transparence des expertises et de développer un devoir d'alerte en matière de prévention au delà même des réseaux de vigilance sanitaire, comme c'était le cas pour la dénonciation du taux de sucre excessif dans les produits laitiers dans les départements d'Outre-Mer.

C. Exemple à l'étranger

Les pays en pointe dans le domaine de la prévention se caractérisent par une action transversale et interministérielle impulsée par un centre opérationnel coordonnateur spécifique en matière de prévention au plus haut niveau de l'Etat. Ainsi en Allemagne, toutes les institutions d'assurance sociale et les *Länder*, présentent un rapport sur la performance de leurs activités au regard de la prévention en santé. Le gouvernement fédéral établit sur cette base un rapport sur la prévention comprenant les avancées et les possibilités d'amélioration. Cette approche permet d'assurer un meilleur continuum stratégique, et pourrait ainsi être pris en exemple par la France.¹²

2) Concernant la vaccination

L'OMS estime que la vaccination évite chaque année entre 2 millions et 3 millions de décès. La couverture vaccinale est plutôt bonne en France. Toutefois, l'InVS s'inquiète de la recrudescence de certaines maladies telles que la rougeole où la couverture vaccinale n'est que de 80 % alors qu'il faudrait 90 à 95 % pour éliminer la circulation du virus. De ce fait, depuis 2008, 23 500 cas ont été signalés, ayant entraîné 1 500 cas de pneumopathie grave, 34 formes neurologiques compliquées avec séquelles graves et 10 décès etc.⁶⁴

La vaccination à l'échelle d'une population a pour effet de diminuer l'incidence des maladies concernées et leurs complications (hospitalisation, handicaps, incapacités et perte de productivité, souffrance, réduction de la durée de vie) et la prise de traitements coûteux. Par

ailleurs, même si les vaccins ne sont pas dépourvus d'effets indésirables (réaction douloureuse, rougeur, ou œdème au point d'injection ; réaction fébrile (température corporelle de 38° à 39°C) pendant 1 ou 2 jours ; maux de tête ; nausées ; douleurs musculaires ou articulaires ; etc.), leur balance bénéfique/risque n'est plus à prouver scientifiquement.

Malgré tout, l'innocuité de la vaccination est régulièrement remise en cause par la population et certains professionnels de santé. Les enquêtes menées depuis plusieurs années montrent qu'environ 85 % de la population française fait confiance aux vaccins mais cela signifie que 15 % manifeste une réticence ou une hostilité.¹³ Dernièrement, le cardiologue Henri Joyeux invitait à signer une pétition pour dénoncer la pénurie actuelle de certains vaccins assurant la protection obligatoire contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, au profit de formulations hexavalentes qui contiennent, selon lui, « *deux substances dangereuses, voire très dangereuses* », et qui sont bien plus chères pour la collectivité. Ces substances sont des adjuvants du vaccin, il s'agit de l'aluminium et du mercure. Cette pétition a reçu un franc succès avec près de 740 000 signatures au 14/09/15.⁶⁵

Les messages « anti-vaccin » trouvent de plus en plus d'échos dans la population française. L'origine de ce mouvement provient principalement des erreurs dans la gestion de la vaccination contre l'hépatite B suspecté de provoquer la sclérose en plaques alors qu'aucun lien de causalité entre le vaccin (et les adjuvants) et la survenue d'une affection démyélinisante n'a été scientifiquement établi.⁶⁶ Récemment, la découverte de l'apparition de narcolepsies causées par le vaccin Pandemrix® utilisé lors de la pandémie de grippe A/H1N1 en 2009 a renforcé cette vision de dangerosité des vaccins, d'autant plus que les risques encourus avec la grippe A/H1N1 se sont révélés inexistant. Les multiples polémiques survenues ces dernières années autour de ces produits, conjuguées au manque de franchise et de pédagogie des experts et des pouvoirs publics, ont ainsi détourné de la vaccination une partie de la population qui ne voit plus le bénéfice d'être vacciné alors qu'elle est pour le moment en bonne santé.⁶⁷

3) Concernant le dépistage

Le dépistage a pour objectif d'identifier une maladie ou une anomalie au plus tôt afin de réduire la mortalité de ladite maladie ainsi que les comorbidités et autres effets associés. Cette baisse de mortalité effective a été montrée par de nombreuses études concernant :⁶⁸⁻⁶⁹

- L'anévrisme de l'aorte abdominale

- Le cancer du sein
- Le cancer colorectal
- Le cancer du col de l'utérus
- Le cancer du foie (carcinome hépatocellulaire)
- Le cancer de la sphère oro-pharyngée.

Toutefois, les dépistages systématiques des autres pathologies étudiées, maladies cardiovasculaires (échographie), diabète de type 2 (suivi glycémique, HbA1c), cancer du poumon (radio pulmonaire ou scanner), cancer de l'ovaire (marqueur CA-125) et de la prostate (PSA) n'ont pas entraîné de baisse significative de la mortalité liée à ces pathologies, selon les données analysées par les auteurs.

D'autre part, les données montrant une réduction de la mortalité globale restent rares et certaines études à ce sujet se contredisent. Une petite baisse significative de la mortalité globale nécessite le suivi prolongé d'importantes populations, ce qui n'est pas aisé à mettre en œuvre. Outre cette difficulté de recueil de données pertinentes, d'autres facteurs peuvent expliquer ce manque d'efficacité objectivée sur la mortalité : tests de dépistage insuffisamment performants (pour détecter une anomalie très précocement par exemple), ou au contraire « sur-performants » (dépistage puis traitement d'une pathologie qui ne se serait peut-être pas avérée mortelle en l'absence de soins), traitements insuffisamment performants pour empêcher la progression d'une maladie détectée, ou trop mal tolérés, etc.

En France, certains dépistages ont été généralisés comme le dépistage organisé du cancer du sein qui concerne l'ensemble de la population des femmes de 50 à 74 ans en 2004. Son rapport bénéfice/risque est jugé positif par les autorités de santé, et le Plan Cancer 2014-2019 prévoit de l'optimiser et de l'amplifier. En 2012, environ 2 400 000 femmes ont eu recours au dépistage organisé du cancer du sein, soit seulement 52,7 % de la population cible. La tendance globale est plutôt à la stabilité depuis l'année 2008 (entre 52 et 53 %). A ce taux, il faut rajouter 12 % des femmes qui se font dépister en dehors de cette campagne. Plusieurs raisons expliquent le refus de se faire dépister : le manque d'information, la peur de l'examen (douleurs, gêne), une volonté parfois de ne pas savoir et de mettre à distance le risque, la peur du surdiagnostic, les freins matériels liés à la distance du centre de radiologie, la peur des risques éventuels liés à l'examen (réels mais très faibles).⁷⁰ La HAS préconise de mieux informer les femmes sur le dépistage, ainsi lors d'une campagne mise en place récemment, le message était transmis en plusieurs langues dont l'arabe, le turc, et le wolof. Elle recommande

également de favoriser l'accès pour toutes les femmes à un dispositif de santé publique de qualité et de limiter le renoncement à la prévention et aux soins. Elle recommande également d'améliorer l'efficacité et l'efficience du dépistage du cancer du sein et de renforcer la place des professionnels de santé dans un dispositif organisé.⁷¹

4) Concernant l'éducation thérapeutique

A. Points positifs

Si les études démontrant l'efficacité de l'éducation thérapeutique du patient sont à ce jour encore peu nombreuses (la littérature disponible étant limitée), l'intérêt de l'éducation thérapeutique du patient intégrée à une stratégie thérapeutique, a été toutefois établie notamment sur :

- L'asthme avec la diminution des épisodes d'asthme nocturne et de l'absentéisme scolaire ou professionnel
- Le diabète de type 1 (impact significatif et durable sur le contrôle métabolique et les complications)

L'éducation thérapeutique du patient a également permis la réduction du nombre d'hospitalisations et de séjours aux urgences, et des visites médicales non programmées. De plus, la satisfaction de ces programmes de prévention pour les patients et les soignants est très positive (autour de 90 % de satisfaction).⁷²

De nouveaux types d'organisations pluridisciplinaires, des outils pédagogiques adaptés ont été créés afin de mieux répondre aux besoins.

B. Points à améliorer

Il n'est pas toujours facile pour les professionnels de santé de savoir quel modèle théorique utiliser pour faire de l'éducation thérapeutique que ce soit de la pédagogie, de la didactique, ou des approches cognitives et comportementalistes. Ceci d'autant plus qu'aucune de ces pratiques n'a montré une supériorité indiscutable sur les autres.⁷³

Les patients actuellement concernés par les programmes d'éducation thérapeutique sont insuffisamment décrits sur le plan sociodémographique. Dès lors, il n'est pas possible de savoir si les actions d'éducation thérapeutique touchent des patients qui se forment et/ou

complètent leur dynamique de formation ou à l'inverse, si l'on réussit à toucher les patients qui en ont le plus besoin. Les seules informations disponibles montrent que le nombre de patients qui a accès à l'éducation thérapeutique est faible par rapport au nombre de malades. Ainsi, il semblerait qu'il faille mieux informer les patients sur les structures existantes et étendre l'offre proposée.

II) Bilan et limites des nouvelles missions du pharmacien

1) Points positifs

Comme indiqué précédemment, la participation des pharmaciens à la promotion des campagnes est importante. Ceux-ci considèrent cette mission comme faisant partie intégrante de leur métier. Ils ont plus facilement tendance à aborder un sujet de prévention quand celui-ci fait déjà l'objet d'une campagne et qu'ils ont été mobilisés. Par ailleurs, il a été montré que leur rôle était déterminant dans la réussite d'une campagne de prévention. En effet, pour que celle-ci soit vraiment efficace, il faut s'appuyer sur des acteurs locaux qui amplifient les messages diffusés par les médias ; les seuls outils (affiche, brochure, spot média) ne sont pas suffisants pour faire changer les comportements. En effet, si les brochures de campagnes de prévention permettent d'insister sur un conseil pharmaceutique et d'avoir une trace écrite adaptée pour le patient, le travail de pédagogie du pharmacien est nécessaire pour une bonne transmission du message au patient.

L'évaluation des entretiens pharmaceutiques à 1 an a été réalisée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM-TS). Depuis juin 2013, les premiers résultats de l'évaluation indiquent que près de 14 600 pharmacies, soit 63 % des officines, ont participé aux entretiens pharmaceutiques, recrutant près de 155 000 patients.⁷⁴ Ainsi l'adhésion des pharmaciens à ce dispositif est forte. Pour la grande majorité des pharmaciens, l'accompagnement AVK s'inscrit pleinement dans leur mission et ils estiment que ces entretiens permettent d'améliorer les connaissances des patients sur leur traitement. En effet, on constate que depuis la mise en place du dispositif AVK, la part des patients participant aux entretiens pharmaceutiques réalisant au moins un INR par mois a augmenté comparativement aux patients non adhérents (pour rappel, l'ANSM recommande la réalisation au minimum d'un INR par mois pour assurer un bon suivi du traitement par AVK). D'autre part, 7 pharmaciens sur 10 estiment que ces entretiens pharmaceutiques améliorent leurs

propres relations avec leurs patients. Les patients sont globalement satisfaits de ces entretiens ; les 289 patients interrogés par la CNAM-TS ont donné en moyenne une note très élevée à ce dispositif : 8,7/10. Le pharmacien peut voir dans cette nouvelle mission un moyen pour fidéliser sa patientèle et gagner sa confiance en assurant un entretien de qualité dans lequel il démontre explicitement à son interlocuteur la maîtrise qu'il a de sa profession et ses compétences pharmaceutiques ; les patients apprécient quand à eux cette attention privée qui leur est portée.

Une étude publiée dans l'*European Sleep Research Society* en juillet 2014 a étudié l'efficacité des actions d'éducation thérapeutique effectuées par des pharmaciens d'officine sur l'apnée du sommeil, qui a une prévalence élevée et qui est mal diagnostiquée. Ils ont comparé une cohorte de patients ayant participé à une action d'éducation thérapeutique donnée par les pharmaciens à une cohorte de patients aux caractéristiques similaires et n'ayant pas reçu ces informations. L'objectif de l'intervention était d'informer les patients du risque du non traitement du syndrome d'apnée du sommeil, d'encourager la consultation avec un médecin, et de poursuivre des investigations. Ont été inclus 782 patients avec des risques de syndrome d'apnée du sommeil, prenant un ou plusieurs traitements antihypertenseurs, en surpoids ($IMC > 25 \text{ kg/m}^2$) et ayant des ronflements nocturnes quotidiens. Après six mois, le nombre de patients pour lequel un syndrome d'apnée du sommeil a été diagnostiqué était significativement supérieur pour le groupe ayant reçu l'intervention par rapport au groupe non exposé. Ainsi l'action apportée par les pharmaciens a eu un réel impact sur le diagnostic du syndrome d'apnée du sommeil. Cette étude présente également des arguments pour la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique sur l'apnée du sommeil dans les pharmacies.⁷⁴

2) Limites

Tout d'abord, la grande majorité des patients semblent considérer que le dépistage relève plutôt du champ d'intervention des médecins. Par ailleurs, la participation aux campagnes de dépistage ne présente pour l'instant qu'un intérêt relatif pour les officines : l'organisation de la campagne demande du temps et le retour sur investissement est jugé minime. C'est pourquoi, le dépistage de maladies n'est pas fait de manière systématique par les pharmacies, et seulement à la demande du patient. Par exemple, certains tests de dépistage qui ne sont plus autorisés (test capillaire d'évaluation de la glycémie, test oro-pharyngé d'orientation diagnostic des angines à streptocoque du groupe A, test naso-pharyngé d'orientation diagnostic de la grippe) n'étaient en pratique presque jamais réalisés.

Concernant les campagnes de prévention, certains pharmaciens estiment insuffisant le soutien qui leur ait apporté pour l'organisation des campagnes, lequel se limite souvent à la réception d'une documentation réalisé par les laboratoires. La question de l'autorisation de la vaccination à l'officine est toujours en suspens. Cette approche a pourtant permis le développement de la « vaccination d'opportunité » pour les personnes ne consultant pas ou peu, et à la recherche d'une facilité d'accès (délai, lieu et plages horaires, coût) et/ou d'un cadre-temps non contraint (information, conseil, orientation), sans préjudice de la sécurité (protocoles, intégrité de la chaîne du froid, traçabilité), dans les pays ayant mis en place cette pratique en officine.

L'entretien pharmaceutique n'a pas été agréablement accueilli par la profession des médecins. Bien que les syndicats de pharmaciens aient tenté de les rassurer, ceux-ci y voient une concurrence avec leur pratique professionnelle alors que pourtant cette nouvelle mission du pharmacien se veut complémentaire de l'exercice de la médecine. De plus, il est à noter qu'elle a comme objectifs à long terme d'aider à palier les déserts médicaux en accompagnant les patients. En effet, les informations fournies au patient par le pharmacien permettent au médecin de gagner du temps lors du renouvellement du traitement puisque le patient apporte un document écrit rendant compte de son entretien avec le pharmacien. Le médecin peut alors axer principalement la consultation sur les domaines purement médicaux, qui sont ces champs premiers de compétence. Le pharmacien doit cependant se garder d'exercer en dehors de son champ de compétence, et doit se contenir à ce que seule sa profession lui autorise, tant dans sa conduite auprès du patient que dans le dialogue avec ce dernier.

Les médecins ont donné leur accord à ce procédé inédit à la condition que le pharmacien soit moins rémunéré pour son entretien qu'une consultation médicale, soit une rémunération inférieure à 23 euros par entretien. Cette condition a été honorée puisqu'après avoir rempli certaines conditions, le pharmacien est dédommagé de 40 euros pour deux entretiens. Mais du coup se pose ici la question de la rentabilité du dispositif pour le pharmacien. En effet, à titre d'exemple avec le suivi des traitements AVK, la fiche à suivre pour les entretiens regroupe une trentaine de questions qui nécessitent chacune au moins une minute pour pouvoir laisser un temps de réflexion adapté au patient. A cela s'ajoute le temps d'échange avec le pharmacien où la dérive du malade peut être rapide et fréquente. Il est donc très peu probable qu'un entretien, notamment le premier, puisse être clôt en moins de 30 minutes. Le montant de la rémunération est donc faible, d'autant qu'il faut ajouter les charges engagées dans la restructuration spatiale de la pharmacie et la possible nécessité d'embaucher

un autre pharmacien pour que l'exercice de la pharmacie puisse continuer pendant la réalisation de l'entretien.

Afin de calmer les sous-entendus diffusés à l'égard des nouvelles missions à l'officine, il est dans l'intérêt du pharmacien de travailler en équipe avec les autres professions de santé. Il est donc souhaitable d'informer les professionnels de santé de son entourage de ce qui se passe à l'intérieur de l'officine. Une explication claire et concise du déroulement des entretiens pharmaceutiques explicitant leur visée et le rôle du pharmacien semble indispensable. Une transparence des pratiques leur montrant la conduite à l'égard du patient leur prouvera alors que le pharmacien n'abuse pas de sa fonction et n'exerce pas en dehors du champ de ses compétences.

Conclusion

Le pharmacien a de multiples façons de s'impliquer en prévention au travers des campagnes de prévention, du dépistage de certaines maladies, ou encore des entretiens pharmaceutiques. Celui-ci démontre de plus une réelle volonté d'y participer car de telles missions lui permettent de valoriser davantage son savoir et ses compétences. Les différents exemples d'actions de préventions réalisées par les officines ont par ailleurs montré de bons résultats.

Cependant en pratique les pharmaciens sont globalement démotivés du fait du manque de reconnaissance qui leur est accordé. Ils estiment ne pas être assez bien rémunérés (et pas assez rapidement) par l'Assurance Maladie au vu du temps dévoué à la réalisation des entretiens pharmaceutiques. De plus, les nouvelles missions accordées aux pharmaciens sont parfois mal perçues par les autres professions de santé et les patients. Dernièrement, l'autorisation de la vaccination à l'officine a été retirée du projet de la nouvelle loi de santé en mars 2015 suite la pression des médecins et infirmiers.

Ainsi, pour qu'une véritable dynamique s'installe autour des actions de prévention dispensées par le pharmacien d'officine et de la prévention, il paraît nécessaire d'apporter de la part des autorités de santé une meilleure reconnaissance de ses compétences, une meilleure rémunération des actions qui lui sont demandées, et une meilleure coordination avec les différents acteurs de la santé.

Références

1. Tondeur L, Baudier F. Le développement de l'éducation pour la santé en France : aperçu historique [en ligne]. 1996 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad161922.pdf>.
2. Bourdillon F. Traité de prévention. 2^e éd. Paris (France) : Médecine-Sciences Flammarion ; 2007.
3. Halpern C. La santé : un enjeu de société. 1^{ère} éd. Auxerre (France) : Sciences Humaines Editions ; 2010.
4. Code de la santé publique. Article L1417-5 [en ligne]. 2004 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687023&dateTexte=&categorieLien=cid>
5. Ambrosi P. La prévention cardiovasculaire. 1^{ère} éd. Montrouge (France) : John Libbey Eurotext ; 2007.
6. Flajolet A. La prévention : définitions, notions générales sur l'approche française et comparaisons internationales [en ligne]. 2008 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
7. Charte d'Ottawa [en ligne]. 1986 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/Charte_d_Ottawa.pdf
8. Leclerc A, Schwartz D. Dictionnaire d'épidémiologie. 1^{ère} éd. Paris (France) : Editions Frison-Roche ; 1990.
9. Arnaud C. Evaluation des procédures de dépistage [en ligne]. 2014 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : http://www.medecine.upstlse.fr/DCEM2/module1/sous_module1/011_depistage_CA_SA.pdf

10. Organisation Mondiale de la Santé. Education thérapeutique du patient [en ligne]. 1998 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf
11. Conseil Economique Social et Environnemental. Les enjeux de la prévention en matière de santé [en ligne]. 2012 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2012/2012_03_prevention_sante.pdf
12. Ministère de l'écologie, du développement durable, et de l'énergie. Plan national santé environnement : les nouvelles mesures [en ligne]. 2014 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.developpement-durable.gouv.fr/Plan-national-sante-environnement,41393.html>
13. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Vaccins et vaccination [en ligne]. 2010 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.inserm.fr/thematiques/immunologie-inflammation-infectiologie-et-microbiologie/dossiers-d-information/vaccins-et-vaccination>
14. Institut de Veille Sanitaire. Points d'actualités Rougeole [en ligne] 2015 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Points-d-actualites>
15. Grandjean H. La prise en charge des maladies chroniques [en ligne]. 2010 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad720202.pdf>
16. Brunn M, Chevreul K. Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques : concepts, évaluations et enseignements internationaux [en ligne]. 2013 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-1-page-87.htm>
17. Institut de Veille Sanitaire. Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 [en ligne]. 2013 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/Espace-presse/Communiqués-de-presse/2013/Evolution-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-entre-1980-et-2012>

18. Institut National du CAncer. Dépistage du cancer du sein [en ligne]. 2015 consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein>
19. Haute Autorité de Santé. Participation des femmes au cancer du sein : recommandations de la HAS pour les femmes de 50 à 74 ans [en ligne]. 2012 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/questions_reponses_depistage_sein.pdf
20. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Que faisons-nous ? [en ligne]. 2011 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/INPES/quefaisonnous.asp>
21. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. - Présentation de l'Anses. [en ligne] [consulté le 30 sept 2015] Disponible sur <https://www.anses.fr/fr/content/pr%C3%A9sentation-de-l-anses>
22. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. La direction générale de la Santé [en ligne]. 2015 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.social-sante.gouv.fr/le-ministere,149/presentation-et-organigrammes,294/la-direction-generale-de-la-sante,14766.html>
23. Agence Régionale de Santé. Les objectifs de l'ARS [en ligne]. 2015 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.ars.sante.fr/Les-objectifs.89787.0.html>
24. Ministère du travail, de l'emploi de la formation professionnelle et du dialogue social. Conseil d'Orientation des Conditions de Travail (COCT) [en ligne] [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Conseil-d-Orientation-des.html>
25. Ireps Aquitaine. Présentation. [en ligne] [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur <http://www.educationsante-aquitaine.fr/index.php?act=1,1>
26. Cespharm. Prévention-santé. [en ligne] [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante>
27. ARS Aquitaine. Les partenaires de la concertation régionale : Union Régionale des Professionnels de Santé d'Aquitaine (URPS). [en ligne]. [consulté le 30 sept 2015].

Disponible sur : <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Les-partenaires-de-la-concerta.118733.0.html>

28. Agence de Santé et des services sociaux de Montréal. Le pharmacien dans un système de santé qui sert aussi à prévenir [en ligne]. 2012 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_assmpublications/978-2-89673-211-1.pdf
29. Ordre National des Pharmaciens. Nombre d'habitants par officine [en ligne]. 2015 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Secteurs-d-activite/Pharmacie/Cartes-regionales-Officine/Nombre-d-habitants-par-officine>
30. Cespharm. Rôle du pharmacien [en ligne]. 2015 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien>
31. Viavoice. Baromètre de confiance à l'égard des professionnels de santé [en ligne] 2013 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : http://www.gpm.fr/images/pdf/rsultats_baromtre2013.pdf
32. Code de la santé publique. Article R4235-48 [en ligne]. 2004 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913703&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
33. Code de la santé publique. Article R4235-2 [en ligne]. 2004 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913652&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120713&oldAction=rechCodeArticle>
34. Code de la santé publique. Article L5125-1-1 A [en ligne]. 2004 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020890192&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110413>

35. Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie [en ligne]. 2012 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=AE1A29FBD07DFE98E0979846555EE511.tpdila17v_3?cidTexte=JORFTEXT000025804248&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000025803278
36. Arrêté du Journal Officiel du 15 juin 2013 [en ligne]. 2013 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20130615&numTexte=10&pageDebut=09914&pageFin=09916
37. Arrêté du Conseil d'Etat du 8 avril 2015 [en ligne]. 2015 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://arianeinternet.conseil-etat.fr/arianeinternet/getdoc.asp?id=203919&fonds=DCE>
38. Paitraud D. Vaccination à l'officine : l'Académie nationale de Pharmacie maintient sa position et cite des exemples étrangers réussis [en ligne]. 2015 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : http://www.vidal.fr/actualites/15515/vaccination_a_l_officine_l_academie_nationale_d_e_pharmacie_maintient_sa_position_et_cite_des_exemples_etrangers_reussis/
39. Institut de Veille Sanitaire. Mesure de la couverture vaccinale en France [en ligne]. 2012. [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/content/download/50550/215191/version/2/file/rapport_mesure_couverture_vaccinale_France.pdf
40. Paitraud D; Vaccination à l'officine : une annonce de Marisol Touraine qui recueille des avis contrastés [en ligne]. 2014 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : http://www.vidal.fr/actualites/14290/vaccination_a_l_officine_une_annonce_de_marisol_touraine_qui_recueille_des_avis_contrastes/
41. Ordre National des Infirmiers - 91 % des infirmiers opposés à la vaccination par les pharmaciens d'officines [en ligne]. 2015 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/articles/91-des-infirmiers-opposes-a-la-vaccination-par-les-pharmaciens-dofficines.html>

42. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. L'élaboration d'une campagne : une méthodologie rigoureuse [en ligne]. 2012 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/campagne-communication/elaboration-campagne.asp>
43. Agence de Santé Publique du Canada. Campagnes de sensibilisation canadiennes importantes à l'égard de l'ETCAF [en ligne]. 2006 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/fasd-ac-etcaf-cs/pdf/fasd1-ac-etcaf-cs_f.pdf
44. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Communication et promotion de la santé : l'évaluation [en ligne]. 2012 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/campagne-communication/evaluation.asp>
45. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Comment mesurer l'impact des campagnes de prévention ? [en ligne]. 2011 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/colloque-9dec/compte-rendu-colloque9dec.pdf>
46. Marin F, Marin E, Barrancos A. Le métier de pharmacien : contenu et perspectives du rôle de premier recours [en ligne]. 2006 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_BBC_ondps_version_finale.pdf
47. Organisation Mondiale de la Santé. Principes et pratique de dépistage des maladies [en ligne]. 1968 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : http://apps.who.int/php/who_php_34.pdf
48. Institut National de Recherche Agronomique. La surcharge pondérale : facteur de risque d'un second cancer [en ligne]. 2012 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://presse.inra.fr/Ressources/Communiqués-de-presse/La-surcharge-ponderale-facteur-de-risque-d-un-second-cancer>
49. Belgian Association for the Study of Obesity. Un guide pratique pour l'évaluation et le traitement de l'excès de poids [en ligne]. 2013 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.eetexpert.be/cap-expert/downloads/DEFINITIEVE%20VERSIE%20CONSENSUS%20FR.pdf>

50. Domerego P. L'HTA en pratique [en ligne]. 2015 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.amiform.com/web/dpc-cardio-nice-avril-2015-domerego/l2019hta-en-pratique.pdf>
51. Ministère des Affaires sociales, de la Santé, et des droits des femmes. Connaître, prévenir et mieux comprendre la BPCO [en ligne]. 2003 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_bpc0.pdf
52. Dépistage à l'officine. Le Moniteur des pharmacies. Dépistage à l'officine. 2013 ; 3006(2) : 2-16.
53. Cespharm. Fiche pratique accompagner la+dispensation d'un AUTOTEST de dépistage du VIH brochure [en ligne]. 2015 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.cespharm.fr/fr/content/download/39123/878947/version/12/file/Fiche+pratique++Accompagner+la+dispensation+d%27un+AUTOTEST+de+d%3%A9pistage+du+VIH+-+brochure.pdf>
54. Château L - Place du pharmacien d'officine dans la prise en charge de la BPCO à l'officine. Thèse de Docteur en Pharmacie : Université de Nantes : 2013 ; 168.
55. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Les anticoagulants en France en 2012 : Etats des lieux et surveillance [en ligne]. 2012 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : http://ansm.sante.fr/content/download/42641/553644/version/1/file/Rapport_Anticoagulants_Juillet2012.pdf
56. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. L'asthme en France en 2006 : prévalence et contrôle des symptômes [en ligne]. 2008 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes138.pdf>
57. Assurance Maladie - Avenant n°1 à la convention nationale. [en ligne]. [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/votre-convention/convention-nationale-titulaires-d-officine/avenant-n-1-a-la-convention-nationale.php>
58. Union des syndicats des pharmaciens d'officine. Patients sous AVK : près de 122 000 entretiens pharmaceutiques [en ligne]. 2014 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.uspo.fr/patients-sous-avk-pres-de-122-000-entretiens-pharmaceutiques/>

59. Le moniteur des pharmacies. AVK : les entretiens pharmaceutiques s'essoufflent [en ligne]. 2015 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/150224-avk-les-entretiens-pharmaceutiques-s-essoufflent.html>
60. Campaign for Tobacco-Free Kids : de l'efficacité des campagnes de sensibilisation du public [en ligne]. 2007 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/fr/PEC_effective_fr.pdf
61. Biener L, Reimer RL, Wakefield M, Szcypka G, Rigotti NA, Conolly G. Impact of smoking cessation aids and mass media among recent quitters. *Am J Prev Med* 2006 ; 30(3) : 217-24.
62. The Department of Health. Australia's National Tobacco Campaign: evaluation report volume one: every cigarette is doing you damage [en ligne].1999 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/health-pubhlth-publicat-document-metadata-tobccamp.htm>
63. Wilson N, Grigg M, Graham L, Cameron G. The effectiveness of television advertising campaigns on generating calls to a national Quitline by Maori. *Tob Control* 2005 ; 14 : 284-286.
64. Le monde - L'INVS s'alarme d'une résurgence de la rougeole. [en ligne]. 2015 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur http://www.lemonde.fr/sante/article/2015/06/03/l-invs-s-alarme-d-une-resurgence-de-la-rougeole_4646149_1651302.html
65. Institut pour la Protection et la Santé Naturelle. Vaccins obligatoires, les français piégés par la loi et les laboratoires [en ligne]. 2015 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : http://petition.ipsn.eu/penurie-vaccin-dt-polio/?utm_expid=53196339-0.PRDQlecKQ1iR8FO7aeiAdg.0
66. Haut conseil de Santé Publique. Avis relatif aux schémas vaccinaux accélérés contre l'hépatite B par les vaccins Engerix B® et Genhevac B Pasteur® [en ligne]. 2014 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspace20140220_vachepBschemasvacacceleres.pdf

67. Libération. En raison de dévoiements et de crises mal gérées, une défiance s'est installée. - Libération. [en ligne]. 2014 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : http://www.liberation.fr/societe/2014/04/09/en-raison-de-devoiements-et-de-crises-mal-gerees-une-defiance-s-est-installee_994463>
68. Takagin T, Goto S, Matsui M, Manabe H, Umemoto T. A further meta-analysis of population-based screening for abdominal aortic aneurysm. *J Vasc Surg* 2010 ; 52(4) : 1103-8
69. Gøtzsche PC, Juhl KJ. Screening for breast cancer with mammography *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 ; 6.
70. Lelièvre P, Portal C. Octobre rose : dix ans de mobilisation contre le cancer du sein [en ligne]. 2014 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.essentiel-sante-magazine.fr/ma-sante/prevention/cancer-du-sein-dix-annees-de-mobilisation-contre-le-cancer-du-sein>
71. Haute Autorité de Santé. La participation au dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France [en ligne]. 2011[consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1194998/la-participation-au-depistage-du-cancer-du-sein-des-femmes-de-50-a-74-ans-en-france
72. Haute Autorité de Santé. L'éducation thérapeutique du patient en 15 questions-réponses [en ligne]. 2014 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/questions_reponses_vvd_.pdf
73. Foucaud J, Bury JA, Balcou-Debussche M, Eymard C. Éducation thérapeutique du patient : modèles, pratiques et évaluation [en ligne]. 2010 [consulté le 30 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1302.pdf>
74. Perraudin C, Fleury B, Pelletier-Fleury N. Effectiveness of intervention led by a community pharmacist for improving recognition of sleep apnea in primary case - a cohort study. *J Sleep Res* 2015 ; 24(2) : 167-73