



HAL
open science

Les inégalités sociales de santé. Le positionnement du pharmacien d'officine

Aaron Fairweather

► **To cite this version:**

Aaron Fairweather. Les inégalités sociales de santé. Le positionnement du pharmacien d'officine. Sciences pharmaceutiques. 2020. dumas-02883441

HAL Id: dumas-02883441

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02883441>

Submitted on 29 Jun 2020

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.

THESE

PRESENTEE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA
FACULTE DE PHARMACIE DE MARSEILLE

LE 10 MARS 2020

PAR

Mr FAIRWEATHER Aaron

Né le 25 octobre 1994 à Avignon

EN VUE D'OBTENIR

LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

TITRE :

LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE
LE POSITIONNEMENT DU PHARMACIEN D'OFFICINE

JURY :

Président : Professeur Stéphane HONORE

Membres : Docteur Félicia FERRERA

Docteur COLOMBET Benoit

Madame PERRAIS Anne-Gaëlle



27 Boulevard Jean Moulin – 13385 MARSEILLE Cedex 05
Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

ADMINISTRATION :

<i>Doyen :</i>	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
<i>Vice-Doyens :</i>	M. Jean-Paul BORG, M. François DEVRED, M. Pascal RATHELOT
<i>Chargés de Mission :</i>	Mme Pascale BARBIER, M. David BERGE-LEFRANC, Mme Manon CARRE, Mme Caroline DUCROS, Mme Frédérique GRIMALDI
<i>Conseiller du Doyen :</i>	M. Patrice VANELLE
<i>Doyens honoraires :</i>	M. Jacques REYNAUD, M. Pierre TIMON-DAVID, M. Patrice VANELLE
<i>Professeurs émérites :</i>	M. José SAMPOL, M. Athanassios ILIADIS, M. Jean-Pierre REYNIER, M. Henri PORTUGAL
<i>Professeurs honoraires :</i>	M. Guy BALANSARD, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Aimé CREVAT, M. Bernard CRISTAU, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. José MALDONADO, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI
<i>Chef des Services Administratifs :</i>	Mme Florence GAUREL
<i>Chef de Cabinet :</i>	Mme Aurélie BELENGUER
<i>Responsable de la Scolarité :</i>	Mme Nathalie BESNARD

<p align="center">DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE</p>

<p align="center">PROFESSEURS</p>
--

BIOPHYSIQUE	M. Vincent PEYROT M. Hervé KOVACIC
GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE	M. Christophe DUBOIS
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETIQUE	M. Philippe PICCERELLE

MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE

M. Robert GILLI
Mme Odile RIMET-GASPARINI
Mme Pascale BARBIER
M. François DEVRED
Mme Manon CARRE
M. Gilles BREUZARD
Mme Alessandra PAGANO

GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE

M. Eric SEREE-PACHA
Mme Véronique REY-BOURGAREL

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE,
BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE

M. Pascal PRINDERRE
M. Emmanuel CAUTURE
Mme Véronique ANDRIEU
Mme Marie-Pierre SAVELLI

NUTRITION ET DIETETIQUE

M. Léopold TCHIAKPE

A.H.U.

THERAPIE CELLULAIRE

M. Jérémy MAGALON

ENSEIGNANTS CONTRACTUELS

ANGLAIS

Mme Angélique GOODWIN

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe CHARPIOT

PROFESSEURS

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE

M. Philippe CHARPIOT

BIOLOGIE CELLULAIRE

M. Jean-Paul BORG

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
Mme Laurence CAMOIN-JAU
Mme Florence SABATIER-MALATERRE
Mme Nathalie BARDIN

MICROBIOLOGIE

M. Jean-Marc ROLAIN
M. Philippe COLSON

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET
ZOOLOGIE

Mme Nadine AZAS-KREDER

MAITRES DE CONFERENCES

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	Mme Dominique JOURDHEUIL-RAHMANI M. Thierry AUGIER M. Edouard LAMY Mme Alexandrine BERTAUD Mme Claire CERINI Mme Edwige TELLIER M. Stéphane POITEVIN
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Aurélie LEROYER M. Romaric LACROIX Mme Sylvie COINTE
MICROBIOLOGIE	Mme Michèle LAGET M. Michel DE MEO Mme Anne DAVIN-REGLI Mme Véronique ROUX M. Fadi BITTAR Mme Isabelle PAGNIER Mme Sophie EDOUARD M. Seydina Mouhamadou DIENE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Carole DI GIORGIO M. Aurélien DUMETRE Mme Magali CASANOVA Mme Anita COHEN
BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne-Catherine LOUHMEAU

A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	M. Maxime LOYENS
----------------------------	------------------

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Patrice VANELLE

PROFESSEURS

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine BADENS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Philippe GALLICE
CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE – CHIMIE THERAPEUTIQUE	M. Pascal RATHELOT M. Maxime CROZET
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE	M. Patrice VANELLE M. Thierry TERME
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE, HOMEOPATHIE	Mme Evelyne OLLIVIER

MAITRES DE CONFERENCES

BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE, BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne FAVEL Mme Joëlle MOULIN-TRAFFORT
CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine DEFOORT M. Alain NICOLAY Mme Estelle WOLFF Mme Elise LOMBARD Mme Camille DESGROUAS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. David BERGE-LEFRANC M. Pierre REBOUILLON
CHIMIE THERAPEUTIQUE	Mme Sandrine FRANCO-ALIBERT Mme Caroline DUCROS M. Marc MONTANA Mme Manon ROCHE
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE HYDROLOGIE	M. Armand GELLIS M. Christophe CURTI Mme Julie BROGGI M. Nicolas PRIMAS M. Cédric SPITZ M. Sébastien REDON
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE, HOMEOPATHIE	M. Riad ELIAS Mme Valérie MAHIOU-LEDDER Mme Sok Siya BUN Mme Béatrice BAGHDIKIAN

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Anne-Marie PENET-LOREC
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Cyril PUJOL
DROIT ET ECONOMIE DE LA PHARMACIE	M. Marc LAMBERT
GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE, DROIT ET COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET GESTION DE LA PHARMAFAC	Mme Félicia FERRERA

A.H.U.

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	M. Mathieu CERINO
--	-------------------

ATER

CHIMIE ANALYTIQUE CHIMIE THERAPEUTIQUE	M. Charles DESMARCHELIER Mme Fanny MATHIAS
---	---

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE

Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS

PHARMACIE CLINIQUE	Mme Diane BRAGUER M. Stéphane HONORÉ
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOLOGIE GENERALE	M. Bruno LACARELLE
TOXICOLOGIE DE L'ENVIRONNEMENT	Mme Frédérique GRIMALDI

MAITRES DE CONFERENCES

PHARMACODYNAMIE	M. Guillaume HACHE Mme Ahlem BOUHLEL M. Philippe GARRIGUE
PHYSIOLOGIE	Mme Sylviane LORTET Mme Emmanuelle MANOS-SAMPOL
TOXICOCINETIQUE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Joseph CICCOLINI Mme Raphaëlle FANCIULLINO Mme Florence GATTACECCA
TOXICOLOGIE GENERALE ET PHARMACIE CLINIQUE	M. Pierre-Henri VILLARD Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU Mme Marie-Anne ESTEVE

A.H.U.

PHARMACIE CLINIQUE	M. Florian CORREARD
PHARMACOCINETIQUE	Mme Nadège NEANT

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Marie-Hélène BERTOCCHIO, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Sylvain GONNET, Pharmacien titulaire

Mme Florence LEANDRO, Pharmacien adjoint

M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire

M. Patrick REGGIO, Pharmacien conseil, DRSM de l'Assurance Maladie

Mme Clémence TABELLE, Pharmacien-Praticien attaché

Mme TONNEAU-PFUG, Pharmacien adjoint

M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier

M. Joël VELLOZZI, Expert-Comptable

Mise à jour le 22 février 2018

REMERCIEMENTS

Au Président du jury, Professeur HONORE Stéphane, Pharmacien,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse et de l'attention portée à mon travail.

A la Directrice de thèse, Docteur FERRERA Félicia, Pharmacienne,

Je vous remercie d'avoir accepté de m'accompagner dans l'élaboration de cette thèse, de votre patience et de votre apport professionnel tout au long de mon travail.

Au Docteur COLOMBET Benoit, Pharmacien,

Je vous remercie pour toutes les informations que vous m'avez transmises et de votre présence en tant que membre du jury.

A Madame PERRAÏS Anne-Gaëlle, Coordinatrice DICAdd 13,

Je vous remercie pour l'intérêt porté à mon travail et de votre présence en tant que membre du jury.

A la Faculté de Pharmacie de Marseille et ces différents intervenants,

Je vous remercie pour votre transmission d'information et votre formation qui m'a permis d'être le professionnel que je suis aujourd'hui et de bénéficier pleinement de mes compétences acquises.

Je dédie cette thèse

A ma fiancée, Manon, merci pour ton soutien et ta patience durant l'élaboration de ce travail, de ton amour que tu me témoignes au quotidien, tu m'as été d'une aide précieuse tout au long de mes études et je suis fier de partager ma vie à tes côtés.

A mes parents, pour votre éducation et votre amour qui m'ont permis de devenir celui que je suis aujourd'hui.

A mon frère et mes sœurs, Sonia, Samir, Thérèse et Nina, pour tous nos moments partagés et nos différents souvenirs partagés.

A ma belle-famille, pour votre accueil chaleureux dans votre famille et de la confiance que vous me faites.

A tous les autres membres de ma famille et amis, pour les différents moments passés ensemble.

« L'Université n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. »

SOMMAIRE

TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	12
TABLE DES TABLEAUX.....	12
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	13
INTRODUCTION	15
Partie I : Généralités sur les Inégalités Sociales de Santé (ISS) ...	17
I/ Contexte historique des Inégalités Sociales de Santé et de leurs conséquences à l'échelle mondiale.....	17
II/ Définitions et notions.....	18
II.1/ La sante.....	18
II.2/ La précarité.....	19
II.3/ La pauvreté.....	19
II.4/ L'exclusion sociale	20
II.5/ Inégalités sociales de santé et justice sociale	20
III/ Déterminants Sociaux de la Santé (DSS)	21
III.1/ Les approches théoriques des DSS.....	21
III.2/ Les perspectives des DSS.....	23
III.3/ Le modèle causal des DSS.....	24
IV/ La Health Literacy (HL).....	29
IV.1/ Définition.....	29
IV.2/ Evolution du concept.....	30
IV.3/ La HL et les Inégalités Sociales de Santé	31
IV.4/ La HL en France.....	31
IV.5/ Conséquence de la HL	31
Partie II : Analyse du contexte sanitaire français	33
I/ Le système de santé français.....	33
I.1/ L'organisation du système de santé français	33
I.2/ Les institutions régionales	36
I.3/ Stratégie nationale 2018-2022 ¹³	39
II/ Analyse territoriale.....	40
II.1/ Analyse et données du contexte dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur	40
II.2/ Pauvreté et inégalités sociales dans les Bouches du Rhône	41
II.3/ L'indice de désavantage social, miroir des inégalités sociales dans la région	42
II.4/ Les populations les plus démunies	43

Partie III : La pharmacie : les prérequis46

I/ Démographie de la pharmacie d'officine	46
II/ L'ordre national des pharmaciens ⁵³	47
III/ Les missions du pharmacien d'officine.....	48
IV/ Les règles déontologiques	49
IV.1/ La confidentialité	50
IV.2/ Le secret professionnel.....	50
IV.3/ Le principe de dévouement.....	52
V/ La qualité dans les officines.....	52
V.1/ La démarche qualité	53
V.2/ Le Système Management Qualité (SMQ)	53
V.3/ L'Organisation Internationale de Normalisation (ISO)	54
V.4/ La certification	54
V.5/ L'approche processus	55
V.6/ Système documentaire.....	56
V.7/ Outils utiles en officine.....	57

Partie IV : Les dispositifs d'accès aux soins, les compétences et outils du pharmacien59

I/ Les dispositifs d'accès aux soins	59
I.1/ Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins.....	59
I.2/ Les permanences d'accès aux soins de santé.....	60
I.3/ La PUMA et la CMUC-C.....	60
I.4/ La Complémentaire santé solidaire (CSS) ⁷⁵	61
I.5/ L'Aide Médical de l'Etat (AME) ⁷⁶	61
I.6/ Le tiers payant ⁷⁷	61
I.7/ Les Ateliers Santé Ville (ASV).....	62
I.8/ La Plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS)	62
I.9/ Plateforme territoriale d'appui	64
I.10/ Le dispositif Personne Agée En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) ⁷⁹	64
I.11/ Outils numériques	65
II/ Les compétences et outils à disposition du pharmacien	66
II.1/ L'empowerment	66
II.2/ La prévention.....	67
II.3/ La communication	70

II.4/	La pharmacie clinique.....	77
II.5/	L'éducation thérapeutique.....	84
II.6/	Connaitre le patient et le processus de la maladie :	88
Partie V : Exemples d'interventions réalisables à l'officine :		97
I.1/	Sortir du comptoir pour promouvoir.....	97
I.2/	Actions contre les comportements néfastes pour la santé.....	98
I.3/	Les transitions générationnelles au cœur des ISS : Les interventions possibles de la part du pharmacien.....	100
Conclusion		103
Bibliographie		104
Annexes		111

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURE 1 : MODELE DE DAHLGREN ET WHITEHEAD (1991)	25
FIGURE 2 : MODELE DE DIDERICHSEN ET HALLQVIST (2001)	26
FIGURE 3 : MODELE DE MACKENBACH (1994)	27
FIGURE 4 : MODELE DE PATHWAY DE LA CDSS-OMS, MODIFIE D'APRES SOLAR ET IRWIN (2007)	28
FIGURE 5 : MODELE CONCEPTUEL DE LITTERATIE EN SANTE DE SØRENSEN ET AL. (2012)	32
FIGURE 6 : SCHEMA REPRESENTATIF DE L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE EN FRANCE	34
FIGURE 7 : INDICE DE DESAVANTAGE SOCIAL, ARS PACA (2008)	42
FIGURE 8 : EXEMPLE GRAPHIQUE DE LA PREVENTION POPULATIONNEL	68
FIGURE 9 : FACTEURS ASSOCIES AU TABAGISME QUOTIDIEN EN FRANCE EN 2016-2017	69
FIGURE 10 : SCHEMA TECHNICISTE DE LA COMMUNICATION	71
FIGURE 11 : MODELE D'ARISTOTE, PARU DANS COMMUNICATION, OLIVIER MOCH (2011)	72
FIGURE 12 : MODELE DE BERLO, PARU DANS COMMUNICATION, OLIVIER MOCH (2011)	73
FIGURE 13 : MODELE DE PHARMACIE CLINIQUE, SFPC (2017)	79
FIGURE 14 : MODELE HBM, ROSENTOCK (1966,1974)	92
FIGURE 15 : ILLUSTRATION DE LA THEORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIE	93
FIGURE 16 : ILLUSTRATION DU MODELE DE SCHWARZER	94

TABLE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : INTERVENTIONS POSSIBLES AUPRES DES DIFFERENTES POPULATIONS	102
TABLEAU 2 : IMPORTANCES APORTEES A CERTAINES MESURES DE SANTE A CHAQUE GRANDE ETAPE PHYSIOLOGIQUE DU PARCOURS DE VIE	102

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACS : Aide au paiement d'une Complémentaire Santé
ALD : Affection Longue Durée
AME : Aide Médical de l'Etat
AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs
ARS : Agence Régionale de Santé
ASV : Ateliers Santé Ville
BM : Bilan de Médication
BPM : Bilan Partagé de Médication
CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CDD : Contrat à Durée Déterminée
CMU : Couverture Maladie Universelle
CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNOP : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSP : Code de la Santé Publique
CSS : Complémentaire Santé Solidaire
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS : Direction Générale de la Santé
DMP : Dossier Médical Partagé
DRJSCS : Direction Régional de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DSS : Déterminants Sociaux de la Santé
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EQO : Evaluation Qualité Officine
ETP : Education Thérapeutique du Patient
HAD : Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé

HbA1C : Hémoglobine Glyquée
HL : Health Literacy
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
IDS : Indice de Désavantage Social
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
ISO : Organisation Internationale de Normalisation
ISS : Inégalités Sociales de Santé
NHS : Service National de Santé
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur
PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PASS : Permanences d'Accès aux Soins et à la Santé
PFIDASS : Plateforme d'Intervention Départemental pour l'Accès Aux Soins et à la Santé
PNNS : Programme National Nutrition Santé
PPP : Plan Pharmaceutique Personnalisé
PPSMJ : Personnes Placées Sous-Main de Justice
PRAPS : Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins
PRAQ : Pharmacien Responsable Assurance Qualité
PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
PUMA : Protection Universelle MALadie
SAMU : Service d'Aide Médical d'Urgence
SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique
SMQ : Système Management Qualité
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SSIAD : Services de Soins Infirmier à Domicile
TROD : Tests Rapides d'Orientation Diagnostique
UE : Union Européenne

INTRODUCTION

Les Inégalités Sociales de Santé (ISS) sont définies comme la « (...) *relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale* »¹. Elles sont les résultantes d'une répartition inégale des déterminants sociaux de la santé (DSS) dans la population. Ces déterminants sont, selon la définition proposée par l'OMS en 2008 : « *les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes de soins mis en place pour faire face à la maladie* »². Ces déterminants sont nombreux et permettent de comprendre comment les inégalités sociales deviennent des inégalités de santé.

La France possède l'un des meilleurs systèmes de soin et un bon état de santé général. Selon l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) la France fait partie des pays ayant une espérance de vie au-dessus de la moyenne par rapport aux autres pays de l'OCDE (84.4 ans contre 80.6 ans en moyenne).

Aussi la France est le pays qui affiche un reste à charge des dépenses de santé à hauteur de 7% aux patients ce qui correspond à la plus faible valeur parmi les autres pays de l'OCDE³.

Cependant, selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) la France met en évidence des inégalités sociales de santé très marquées⁴. Alors, comment expliquer ce phénomène ?

Les ISS ont plusieurs fois été reconnues comme étant une priorité politique et nationale mais les efforts ont souvent été centrés sur l'accès aux soins. Effectivement, selon l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) d'autres pistes peuvent être explorées, notamment une meilleure implication des professionnels de santé contre la réduction des ISS qui pourrait se traduire par une formation aux rapports entre les gradients social et la santé¹.

Dans cet esprit, quelle est la place du pharmacien d'officine dans cette démarche de diminution des ISS ? Comment peut-il apporter son soutien afin de répondre aux besoins d'une société ?

Le pharmacien d'officine doit contribuer à la promotion de la santé publique et à la qualité des soins. Ses missions centrées autour du médicament, de sa dispensation et de son circuit dans l'offre de soins, ne doivent pas l'empêcher d'être acteur de la réduction des ISS mais, bien au contraire, placer sa responsabilité au cœur de cette démarche.

Dans un contexte où la pharmacie d'officine subit des pressions pour ouvrir son monopole pharmaceutique, la pharmacie clinique se démarque par l'intérêt qu'elle permet dans la prise en charge des patients. Facilitant la construction d'une relation de confiance avec le patient, la

pharmacie clinique se place également au service du pharmacien lui permettant d'identifier plus facilement les besoins des patients dans le cadre d'un suivi pharmaceutique.

Au cours de cette thèse je souhaite identifier le positionnement du pharmacien d'officine et son rôle dans la réduction des ISS. Dans un premier temps, il s'agit de comprendre le contexte historique des ISS, les déterminants de santé, l'organisation de notre système de soin et l'analyse de nos territoires.

Dans un second temps, je me questionne autour de l'hypothèse selon laquelle une meilleure connaissance des acteurs et dispositifs présents sur son territoire permettrait au pharmacien d'officine de s'inscrire dans une prise en charge médico-sociale.

Enfin et toujours dans cet objectif de réduction des ISS, j'ai souhaité m'intéresser aux outils permettant d'améliorer l'accueil et la création d'un lien de confiance avec les personnes en situation de précarité. Dans ce cadre-là, les compétences communicationnelles, les savoirs êtres, la posture à la fois éducative et préventive ainsi que les connaissances en sciences pharmaceutiques du pharmacien sont apparues comme des leviers permettant de le placer comme un acteur considérable au cœur d'un maillage de professionnels intervenant pour la réduction des ISS.

Partie I : Généralités sur les Inégalités Sociales de Santé (ISS)

I/ Contexte historique des Inégalités Sociales de Santé et de leurs conséquences à l'échelle mondiale

Le 19^{ème} siècle à la découverte scientifique des ISS :

En 1830 Louis René VILLERME, médecin français, publie dans *les Annales d'hygiène* son mémoire sur la mortalité dans les différents quartiers de Paris. Il remarque que la mortalité varie considérablement entre quartiers et conclut « *la richesse, l'aisance, la misère sont, dans l'état actuel des choses, pour les habitants des divers arrondissements de Paris, par les conditions dans lesquels elles les placent, les principales causes auxquelles il faut attribuer les grandes différences que l'on remarque dans la mortalité* »⁵.

En 1842, Edwin CHADWICK réformateur social anglais publie le rapport CHADWICK qui montre un lien direct entre les conditions de vie précaires, la maladie et l'espérance de vie. Il rapporte un écart de 20 ans entre l'espérance de vie moyenne des personnes ayant une situation sociale aisée et celle de ceux vivant dans une situation plus précaire au sein de Liverpool⁶.

En 1848, Rudolf Virchow, médecin et homme politique allemand après son enquête épidémiologique sur une épidémie de typhus en Allemagne conclue « *...on peut accuser les facteurs atmosphériques ou cosmiques mais ceux-ci ne produisent jamais l'épidémie à eux seuls. Ils ne la produisent que là où les gens vivent dans des conditions sociales déplorable...* »⁷

Le 20^{ème} siècle début de la prise de conscience collective :

Le premier rapport qui sonne l'alarme et qui mobilise tous les auteurs du monde apparaît en août 1980, le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale du Royaume-Uni publie le Black Report présidé par Sir Douglas Black, président du Royal College of Physicians⁸.

Le rapport montre en détail dans quelle mesure la maladie et la mort sont inégalement réparties parmi la population de Grande-Bretagne et affirme l'hypothèse que ces inégalités ont augmenté plutôt que diminué depuis la création du Service National de Santé (NHS) en 1948.

Le rapport conclut que ces inégalités n'étaient pas principalement liées à des défaillances dans le Service National de Santé, mais plutôt à beaucoup d'autres facteurs sociaux inégaux influençant la santé : les ressources, l'éducation, le logement, l'alimentation, l'emploi et

l'environnement professionnel. En conséquence, le rapport suggère la mise en place d'un ensemble de dispositifs sociaux pour lutter contre les inégalités en matière de santé.

Après avoir observé l'évolution d'un échantillon d'individu issus de différents milieux sociaux en Grande Bretagne, le rapport affirme que l'espérance de vie et la morbidité ont évolué favorablement après la mise en place d'un système de soins d'accès universel mais que les différences observées entre les groupes selon leur position sociale n'ont pas diminué après la mise en place de ce régime d'assurance universel.

Depuis, de nombreux groupes de scientifiques se sont regroupés pour produire des travaux sur le sujet mais la réelle prise de conscience internationale s'est faite en 1986 par la Charte d'Ottawa au Canada. Cette charte apporte des éléments de compréhension autour des déterminants sociaux de la santé qui déboucheront sur la notion de promotion de la santé. « *La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé* »⁹.

Dans les années 2000, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) demande aux politiques de santé publique de tous les pays de réduire les inégalités de santé d'au moins 25% au travers de son programme « *La santé pour tous en l'an 2000* »¹⁰

En France, c'est en 2001 que les premières conclusions sont apparues¹¹. Les premières inscriptions sur les ISS se sont faites dans la loi de santé publique de 2004¹². A ce-jour, la question des ISS est devenue une priorité dans notre pays et celle-ci est réaffirmée dans la stratégie nationale santé 2018-2022¹³ que j'aborderais ultérieurement.

II/ Définitions et notions

Dans un premier temps, il me semble important de définir certaines notions afin d'obtenir les éléments nécessaires à la compréhension du questionnement qui a permis l'écriture de cette thèse.

II.1/ La sante

L'OMS propose la définition suivante, « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » et elle représente « *l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* »¹⁴. La santé est un droit fondamental pour tous, c'est sur ce point de vu que nous pourrions légitimer les actions qui visent à réduire les ISS. La définition précitée de l'OMS indique que la santé ne se résume pas

seulement à l'absence de maladie mais à l'existence d'un état complet de bien-être. Comment définir le bien-être ?

En 2012, l'OMS a réalisé un groupe de travail afin de proposer une définition du bien-être¹⁵. Le groupe a amené des éléments permettant d'évaluer le bien être dans chaque pays afin d'apporter des réponses pour permettre de l'identifier et le quantifier. Cette évaluation n'a, à ce-jour, pas encore publié ses conclusions.

II.2/ La précarité

Selon le Père J.Wresinski prêtre diocésain français, la précarité se traduit par « (...) *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible.* »¹⁶

On comprend que la précarité est une situation d'instabilité qui génère la perte des fondamentaux sociaux et économiques, permettant à chacun de vivre convenablement. La perte de ces fondamentaux engendre la pauvreté et la grande pauvreté, notions définies ci-dessous.

II.3/ La pauvreté

La pauvreté représente « *l'état, la condition d'une personne qui manque de ressources, de moyens matériels pour mener une vie décente* »¹⁷. On considère les personnes en situation de pauvreté comme « *les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans la société* »¹⁸

Dans les pays membres de l'Union Européenne (UE), la pauvreté est définie par des critères monétaires relatifs. En France c'est le concept monétaire relatif de la pauvreté qui est le plus souvent utilisé dans l'étude des situations de pauvreté.

Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques, la pauvreté se définit de la manière suivante: « *Un individu ou un ménage est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté* »¹⁹. La France utilise le seuil de 60 % du revenu médian.

II.4/ L'exclusion sociale

L'OMS, dans son rapport à la commission des Déterminants Sociaux de la Santé (DSS), définit l'exclusion sociale comme un processus qui engendre les ISS²⁰.

Pour l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, l'exclusion n'a ni mesure ni définition. Elle est la négation ou le non-respect des droits fondamentaux et notamment des droits sociaux, ces derniers étant caractérisés par le droit à une certaine qualité de vie minimale, ainsi que par celui de participer aux principales institutions sociales et professionnelles¹⁸.

Pour les sociologues tels que Bourdieu ou Paugam, l'exclusion sociale consiste en un phénomène de relégation ou de marginalisation sociale de personnes ne correspondant pas ou plus au modèle dominant d'une société. Elle se caractérise par un processus plus ou moins brutal de rupture des liens sociaux, généralement non choisi et mal perçu socialement²¹.

De nos jours, on estime que l'éloignement d'un environnement professionnel structurant peut constituer une situation favorisant l'exclusion.

II.5/ Inégalités sociales de santé et justice sociale

Les ISS font partie intégrante du concept de justice sociale, ce dernier étant une construction morale et politique qui prône l'égalité des droits et des chances pour chaque personne. Le concept se construit sur un système de solidarité collective entre les personnes d'une même société. La justice sociale se traduit par l'ensemble des principes qui définissent une répartition des ressources plus équitable ou plus égalitaire au sein d'une société afin d'accroître le bien-être collectif et la cohésion de la société à travers une action orientée vers des individus ou des catégories sociales.

La justice sociale peut se concevoir de deux façons, soit par un regard égalitaire qui suppose que tous soient traités de façon semblable, c'est ce que l'on appelle la conception universaliste. Soit par un regard d'équité qui suppose un accès conditionnel sur la base de caractéristiques individuelles ou collectives, c'est ce que l'on appelle la conception différencialiste.

L'équité ne s'oppose pas à l'égalité comme principe mais à certaines formes de sa mise en œuvre. En effet, la mise en œuvre de l'équité est indissociable de ce que l'on nomme les discriminations positives.

Les discriminations positives regroupent les moyens mis en place pour favoriser certains groupes sociaux en difficulté. Par exemple, en matière d'accès aux soins, des services ont été

déployés pour les personnes qui ne remplissent pas les critères pour se soigner dans les services de droit commun, telles que les Permanences d'Accès aux Soins et à la Santé (PASS) que je présenterai plus tard.

Pour réduire les inégalités sociales de santé, il est important de prendre en compte cette notion de justice sociale qui crée la volonté et les raisons de combattre les ISS. Cette volonté se consolide par le fait que la santé est un droit fondamental socialement accepté. Enfin, les ISS sont la résultante d'inégalités déjà existantes dans une société, souvent non volontaire ou hors du contrôle des individus et reconnues comme évitables.

III/ Déterminants Sociaux de la Santé (DSS)

Les Déterminants Sociaux de la Santé (DSS) sont considérés comme l'une des principales causes des inégalités en santé. De nombreux travaux existent dans le but de reconnaître et comprendre le lien des DSS avec la santé. Dans cette partie, je m'attacherai à présenter les DSS et leurs impacts.

D'après l'OMS « *Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie* »².

III.1/ Les approches théoriques des DSS

Il existe trois grandes théories au sujet des DSS qui tentent d'expliquer la distribution sociale des inégalités. Ces théories ne sont pas indépendantes les unes des autres, bien que les défenseurs de chaque théorie leur considèrent des priorités différentes.

III.1.1/ La théorie matérialiste

La théorie matérialiste consiste à dire que c'est l'accumulation des conditions défavorables de vie (par exemple : mal-logement, mal nutrition, travail précaire ect), accentuée par la difficulté à unir les ressources nécessaires pour faire face aux situations à risques, qui sont à l'origine des ISS. Cette théorie prend également en compte l'environnement social qui n'est pas toujours en mesure d'assumer des conditions matérielles défavorables par manque de ressources collectives, notamment des moyens insuffisants d'éducation, de transport, d'équipement sanitaire etc. En résumé, cette théorie estime que c'est la distribution inégalitaire des ressources qui engendre les ISS, ce qui vient à dire que ce processus est indépendant de la responsabilité des individus.

III.1.2/ La théorie psychosociale

D'après N. KRIEGER, les approches psychosociales ont commencé à émerger par la publication des travaux de J. CASSEL en 1972²². Sa théorie reprend le modèle triangulaire utilisé en épidémiologie infectieuse « hôte-environnement-agent pathogène/vecteur » et met en évidence l'environnement social comme étant le facteur psychosocial généré par les interactions humaines.

Selon lui, ces facteurs psychosociaux diminuent la résistance des personnes et les rendent plus vulnérables aux maladies. De plus, des études démontrent que les différences sociales de santé sont le fruit d'une distribution inégalitaire des ressources matérielles comme le revenu, plutôt que le niveau absolu des ressources matérielles possédées.

Ces études mettent en évidence que ce n'est pas forcément la pauvreté absolue qui mène à la maladie mais plutôt la pauvreté relative.

En résumé l'idée de ces approches psychosociales c'est que ce sont les expériences et les perceptions inégalitaires des personnes au sein des sociétés inéquitables qui mènent à des niveaux de santé différentiels entre différents groupe sociaux.

III.1.3/ La théorie éco sociale

La théorie éco sociale est proposée pour la première fois en 1994 par N. Krieger²². Elle est représentée par une approche cherchant à rendre compte de la complexité du lien entre l'appartenance sociale et santé.

En parallèle, cette approche met en évidence la diversité des déterminants de santé. Elle propose une théorie qui tient compte des liens entre les facteurs caractérisant l'environnement « microscopique » des individus (c'est-à-dire ce qui concerne l'individu directement tels que les facteurs biologiques, les parcours de vie, etc) et ceux caractérisant l'environnement « mésoscopique » (tel que l'environnement professionnel) et le niveau macroscopique (l'état actuel du pays, par exemple)²³.

En d'autres termes, cette théorie consiste à dire que les inégalités de santé sont liées à une exposition à des risques multifactoriels dont les effets, cumulés dans le temps, ont un impact sur la santé ainsi que des conséquences sur la situation sociale.

III.2/ Les perspectives des DSS

À partir des grandes approches théoriques sur les DSS, des perspectives ont été élaborées, proposant des mécanismes expliquant l'existence des ISS.

III.2.1/ *La perspective de la sélection sociale*

La base de cette perspective estime que la santé détermine la position socioéconomique des personnes. Ainsi, une mauvaise santé risque d'empêcher de gravir les échelons sociaux par une diminution des capacités d'adaptabilités auxquelles les personnes vont être confrontées.

D'autre part, on observe que ceux qui sont en bonne santé peuvent gravir les échelons sociaux, cela montre que la santé des personnes détermine leur position dans l'échelle sociale²⁴.

De nombreuses approches ont été étudiées afin de déterminer l'effet de la santé sur le classement social. Blane et Manor estiment que l'influence de la sélection indirecte dépasse celle de la sélection directe. Le mode de vie pendant l'enfance peut être considéré comme une sélection sociale indirecte. Un mode de vie défaillant ou une mauvaise situation sociale à tout moment de la vie a un impact négatif sur le niveau social et l'état de santé futur²⁴.

III.2.2/ *La perspective de causalité sociale*

D'autres études affirment que c'est la position sociale qui détermine l'état de santé des personnes. Généralement, la position sociale a un impact indirect sur la santé avec l'inclusion d'autres facteurs tels que les facteurs comportementaux et les facteurs matériels²⁵. Selon cette approche, les personnes ayant bénéficié d'une meilleure éducation ou appartenant à une classe sociale supérieure ont plus de chance de se protéger et d'adopter un mode de vie sain²⁶. De plus, les facteurs comportementaux sont influencés par certaines pratiques culturelles. Par exemple, fumer dans certains pays est plus courant chez les gens de la classe inférieure, alors que l'inverse est pratiqué dans d'autres endroits du monde (Olson, et al, 2007).

III.2.3/ *La perspective du parcours de vie*

Deux modèles sont mis en avant concernant la perspective du parcours de vie. Selon Kuh et Ben-Shlomo, le premier est « *la programmation biologique* » aussi appelé « *modèle des périodes critiques* » dans lequel le temps d'exposition à un risque sanitaire joue un rôle essentiel dans les effets subséquents, qu'il conduit à des défauts chroniques ou non. Des exemples ont été observés dans les maladies hypertensives ou coronariennes²⁷.

Le deuxième modèle est l'accumulation des risques, ainsi plus l'intensité et la durée des expositions augmentent, plus il y a des pressions cumulatives sur les systèmes biologiques. Dans cette approche, les conditions précoces ont un impact important sur la vie future. Par exemple, si un enfant vit dans un environnement de pollution atmosphérique, cela affectera son état de santé adulte (William, 2005).

III.3/ Le modèle causal des DSS

Beaucoup d'auteurs ont mis en évidence des déterminants sociaux pouvant avoir une influence sur notre santé, ces déterminants permettent de comprendre les inégalités sociales de santé mais semble complexes et multiples. Devant la complexité et la multitude de ces DSS, certains auteurs ont fait le choix de synthétiser et simplifier les différentes façons d'appréhender les DSS sous forme de modèles explicatifs. Ces modèles construits selon les époques et l'évolution des connaissances intègrent les diverses théories et perspectives.

On retrouve deux types de modèles explicatifs, l'un privilégie le rôle des conditions de vie durant la naissance et la petite enfance qui peuvent avoir un impact et créer des inégalités si elles sont défavorables. L'autre modèle se fonde plutôt sur l'accumulation de déterminants sociaux et économiques défavorables interagissant au cours de la vie. Ces deux approches ne se contredisent pas entre elles et peuvent même être complémentaires.

Les modèles étant nombreux, ici j'expose ceux que j'ai choisi pour leur notoriété dans ce domaine et pour leurs approches diversifiées qui permettront un regard global sur le sujet.

III.3.1/ Le modèle de Dahlgren et Whitehead

Le modèle de Dahlgren et Whitehead, créé en 1991 est l'un des plus connus. Il essaie d'articuler les trois niveaux des déterminants sociaux, individuel, environnemental et sociétal sous forme de strates successives, interagissant les unes avec les autres. Chaque strate ayant une incidence sur les autres.



Modèle des déterminants de la santé (Dahlgren and Whitehead, 1991).

Figure 1 : Modèle de Dahlgren et Whitehead (1991)

Au centre du schéma « *âge, sexe et facteur héréditaire* » représente les déterminants liés à l'individu lui-même.

Le premier niveau « *facteurs liés au style de vie personnel* » concerne les comportements dans la société. Ces rapports peuvent être favorables ou défavorables à la santé comme par exemple le tabac et l'alcool ou d'autres pouvant affectées plus particulièrement les personnes en situation de précarité.

Le second niveau « *influences sociales et communautaires* » traduit comment les influences collectives, interactions sociales et pressions venant de l'entourage influencent les comportements individuels de façon favorable ou défavorable.

Le troisième niveau « *conditions de vie et de travail* » se rapporte à l'accès à l'emploi ainsi qu'à l'accès aux services et ressources essentiels : l'eau, l'habitat, les services de santé, la nourriture et l'éducation. Dans cette strate, on aperçoit qu'une situation locative plus précaire, l'exposition à des conditions de travail plus dangereuses ainsi qu'un mauvais accès aux services créent des risques différents pour les personnes socialement désavantagées.

Le quatrième niveau « *conditions socio-économiques, culturelles et environnementales* » comprends les facteurs qui influencent la société dans son ensemble. Par exemple, la situation

économique du pays et les conditions d'accès au marché du travail ont une répercussion sur chacune des autres strates. De même, les croyances culturelles sur la place des femmes dans la société ou les représentations liées aux autres communautés peuvent influencer leur niveau de vie et position socioéconomique.

III.3.2/ Le modèle de Diderichsen et Hallqvist

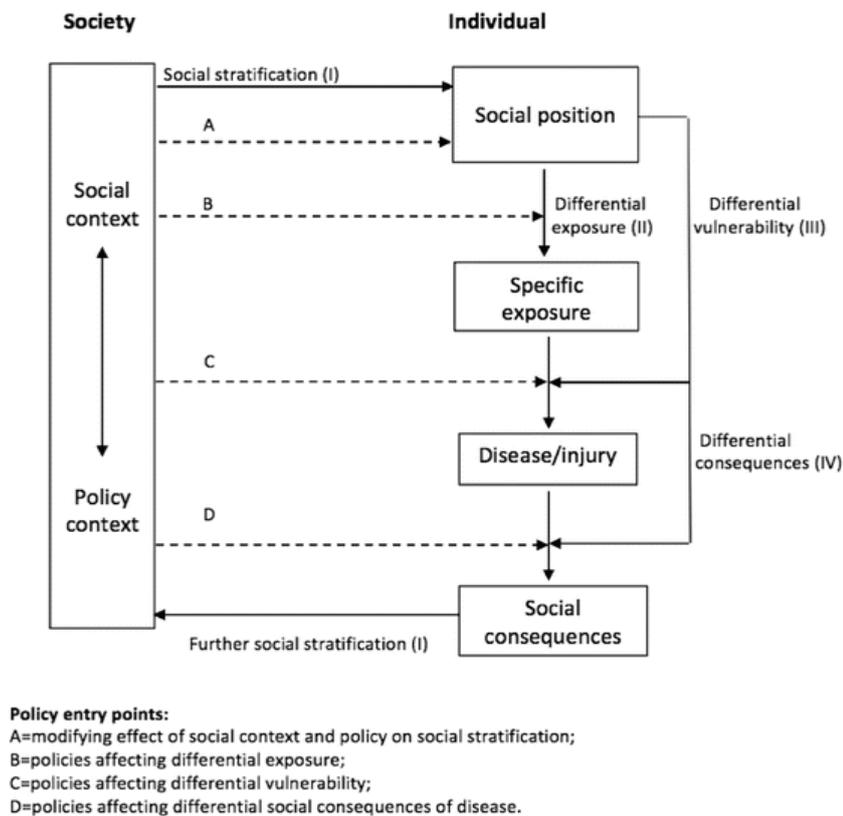


Figure 2 : Modèle de Diderichsen et Hallqvist (2001)

Le modèle de Diderichsen et Hallqvist créé en 2001 montre comment l'environnement social engendre une répartition sociale et comment celle-ci affecte la santé des individus.

La flèche I renvoie aux facteurs sociaux qui déterminent les positions sociales différenciées. Quant à la flèche II, elle indique comment la stratification sociale génère une exposition aux risques différenciés. Enfin, la flèche III explique comment ces expositions aux risques différenciés produisent une vulnérabilité qui aboutit à des états de santé différenciés.

III.3.3/ Le modèle de Mackenbach

Le modèle de Mackenbach, met l'accent sur les mécanismes qui induisent des inégalités par effet de sélection ou par relation de cause à effet en se basant sur l'approche du cycle de vie.

Cet effet de sélection est illustré par les flèches qui portent le numéro 1 qui montrent comment les problématiques de santé survenues dans l'enfance se répercutent sur la situation socioéconomique et sur l'état de santé une fois adulte.

Les relations entre la position socioéconomique et les problématiques de santé sont représentées par les flèches qui portent le numéro 2. Ces flèches impliquent trois groupes de déterminants intermédiaires : ceux liés au mode de vie, ceux de nature environnementale ainsi que les facteurs psychosociaux liés au stress.

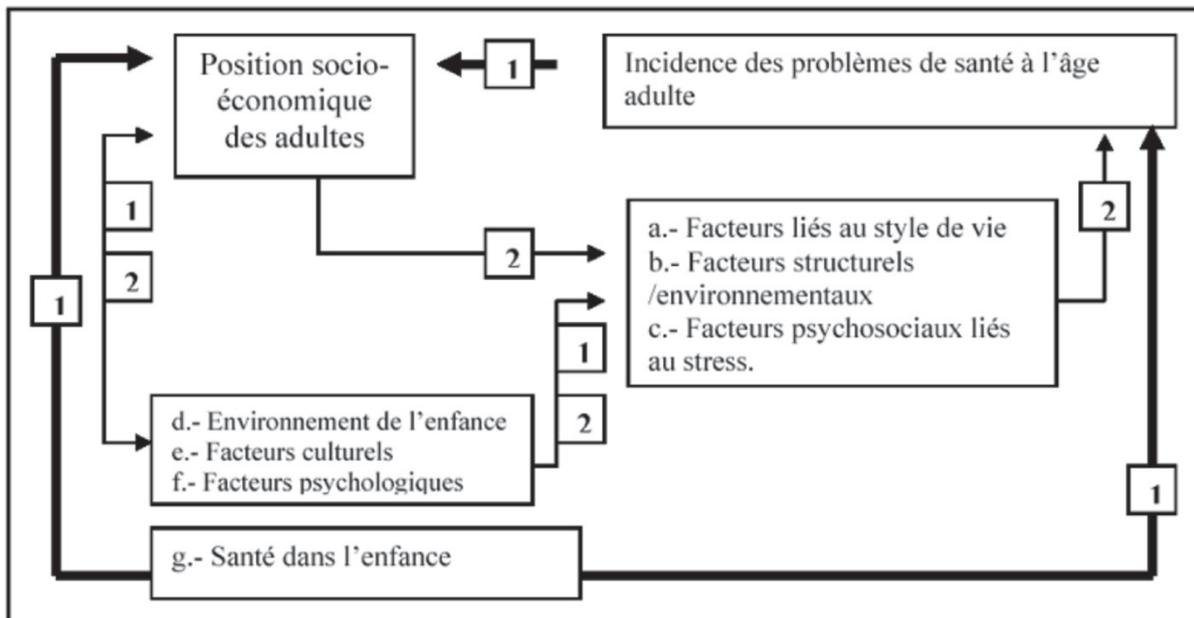


Figure 3 : Modèle de Mackenbach (1994)

III.3.4/ Le modèle de Pathway et la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (CDSS) de l'OMS

Le schéma ci-dessous représente les indicateurs pris en considération dans ce modèle

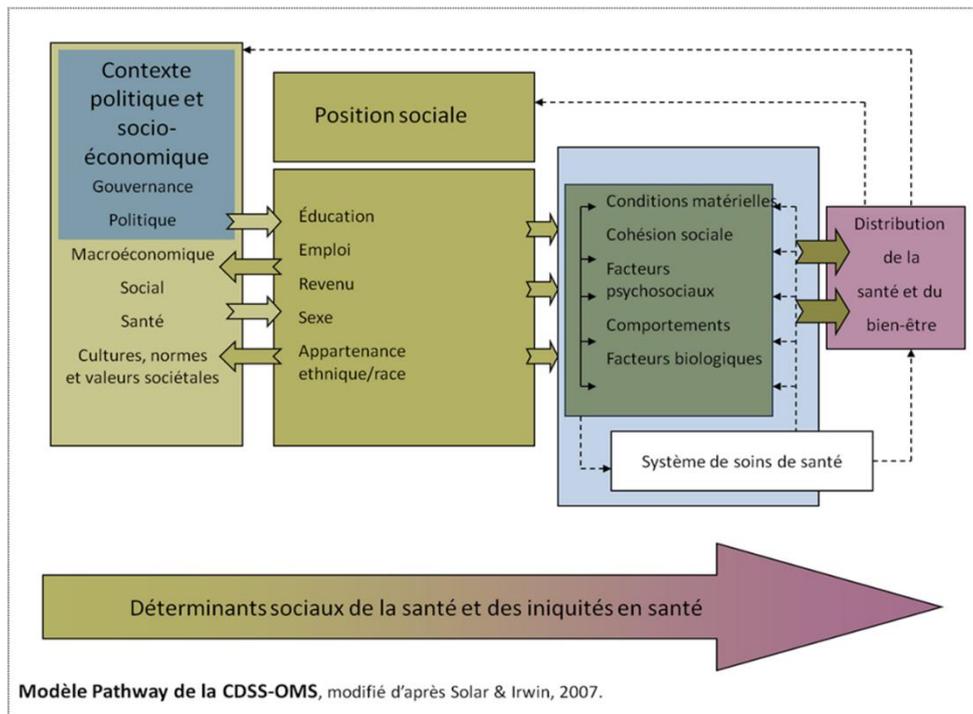


Figure 4 : Modèle de PATHWAY de la CDSS-OMS, modifié d'après Solar et Irwin (2007)

Le modèle Pathway de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (CDSS) différencie deux types de DSS.

Premièrement les déterminants structurels qui sont représentés par les causes des causes dans la partie de gauche « *contexte politique et socioéconomique* » et la « *position sociale* ».

Deuxièmement, les déterminants intermédiaires sont les conséquences des déterminants structurels et accentuent d'avantage les ISS, ils sont représentés dans la partie de droite.

Pour résumer, les variations d'expositions aux déterminants intermédiaires de la santé (conditions de vie matérielles, facteurs comportementaux et biologiques et facteurs psychosociaux), issus des déterminants structurels, produisent des vulnérabilités aux conditions compromettantes pour la santé.

Les déterminants structurels font également varier les conséquences en matière d'impacts sanitaires et économiques. Cela produit finalement des iniquités de santé et de bien-être.

De façon réciproque, la maladie peut influencer la position sociale occupée par un individu. Certaines épidémies peuvent de la même manière affecter le fonctionnement des institutions sociales, politiques et économiques, démontré par les flèches de feedback dans le modèle. (Solar & Irwin, 2011)

Le rapport final de la CDSS « *Comblé le fossé en une génération. Instauration l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux* »²⁰ rendu public en août 2008, formule trois principes d'actions :

- Améliorer les conditions de vie quotidienne, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.
- Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, c'est-à-dire les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidiennes, aux niveaux mondiaux, nationaux et locaux.
- Mesurer l'ampleur du problème, évaluer l'efficacité de l'action, étendre la base des connaissances, se doter d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et sensibiliser l'opinion aux questions de déterminants sociaux de la santé.

IV/ La Health Literacy (HL)

Nous venons d'aborder différents modèles qui ont permis d'intégrer le concept des déterminants de santé dans cette étude. Nous allons maintenant nous intéresser à la notion de Health Literacy (HL) qui estime que les capacités de chacun à comprendre et à appliquer les consignes de santé sont différentes selon la position sociale.

Il me semblait important de pouvoir définir ce concept afin que le pharmacien puisse être en mesure de pouvoir intervenir auprès de chacun en apportant des informations de santé plus ciblées et adaptées aux personnes concernées par une HL diminuée.

IV.1/ Définition

Le concept de HL apparaît au Canada au cours des années 1990. C'est un concept vaste qui propose plusieurs définitions. Selon l'OMS, la HL se définit comme « *les aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintient une bonne santé* »²⁸.

Cela « suppose un niveau de connaissance, de compétences personnelles et de confiance en soi qui permettent d'agir pour améliorer sa santé personnelle et la santé de sa communauté en changeant ses habitudes de vie et ses conditions de vie »²⁹.

IV.2/ Evolution du concept

Dans un premier temps, la HL était utilisée pour tout document de santé imprimé et écrit. Puis le concept de HL s'est ouvert à d'autres sources d'informations comme l'information orale. Elle est en lien avec ce que l'on appelle la « *health literacy clinique* » qui représente la relation soignant-soigné et la capacité du soigné à comprendre le soignant.

Le terme de HL s'est développé en ce que l'on nomme « *la publique HL* »³⁰. Ce concept s'étend aux groupes d'individus et communautés et correspond aux capacités des personnes à s'engager dans une démarche de prévention et de promotion à la santé.

La HL est plus complexe que la littératie générale, elle correspond aussi à savoir mobiliser des connaissances mathématiques, à interpréter et analyser des données chiffrées, tableaux ou graphiques³¹.

Selon l'approche intersectorielle pour améliorer la littératie en santé des Canadiens et Canadiennes : Une personne ayant un bon niveau de littératie en santé doit être en mesure de :

- « *Comprendre et exécuter des directives en matière d'auto-soins, notamment l'administration de traitements curatifs médicaux quotidiens complexes,*
- *Planifier son mode de vie et y apporter les modifications nécessaires pour améliorer sa santé,*
- *Prendre des décisions adéquates et éclairées en matière de santé,*
- *Savoir comment et quand avoir accès à des soins de santé, au besoin,*
- *Partager avec d'autres des activités favorisant la santé*
- *Faire face aux problèmes de santé dans son milieu et la société en général »*³²

IV.3/ La HL et les Inégalités Sociales de Santé

La HL peut être représentée comme un déterminant de santé au sens large qui englobe l'individu et son environnement. Elle est également la résultante d'autres déterminants de santé fonctionnels très variés³³.

Le concept de HL permet de visualiser à un instant T le niveau de compétence d'une personne pour appréhender ses capacités en santé. De cette manière, il peut être défini comme un indicateur d'évaluation. Dans le cas où la personne le maîtrise, on pourra estimer que sa HL est haute. A contrario, celui qui n'a pas les moyens pour comprendre ses problèmes de santé de façon autonome aura un niveau de HL plus bas.

Cette évaluation peut se faire par l'aide d'un questionnaire, l'OCDE propose dans son programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes le questionnaire « *l'évolution des compétences des adultes* »³⁴

IV.4/ La HL en France

Selon une récente étude de l'OCDE en 2012³⁵ menée dans 24 pays, les compétences en littératie des Français se situent parmi les plus basses des pays ayant participé à l'évaluation. Ainsi, les inégalités sociales impactent le niveau de littératie beaucoup plus fortement que dans la moyenne des autres pays.

Les différences de compétence en littératie entre les personnes nées en France et celles nées à l'étranger sont plus marquées que dans la moyenne des pays participant à l'évaluation et, la progression des compétences avec la durée de résidence dans le pays semble plus faible qu'ailleurs.

IV.5/ Conséquence de la HL

Nous venons de voir que le niveau de littératie des personnes et des populations est associé à l'état de santé global. Les personnes affectées par un faible niveau de littératie présentent des risques particuliers en santé du fait de leurs difficultés à comprendre les informations, quel que soit leur mode de diffusion³³.

Il apparaît aussi qu'un faible niveau de littératie impacte de manière négative les comportements de santé ainsi que l'utilisation des services de santé et de prévention. Il existerait donc un lien entre un bas niveau de littératie et une participation plus faible à des activités de prévention.

Enfin, d'autres effets néfastes ont pu être observés chez les patients présentant une basse HL^{36,37} : une relation avec les soignants moins facilitée, une compréhension limitée des diagnostics ou prescriptions, des effets indésirables augmentés, une autonomie limitée dans la gestion des maladies chroniques ou encore des hospitalisations augmentées.

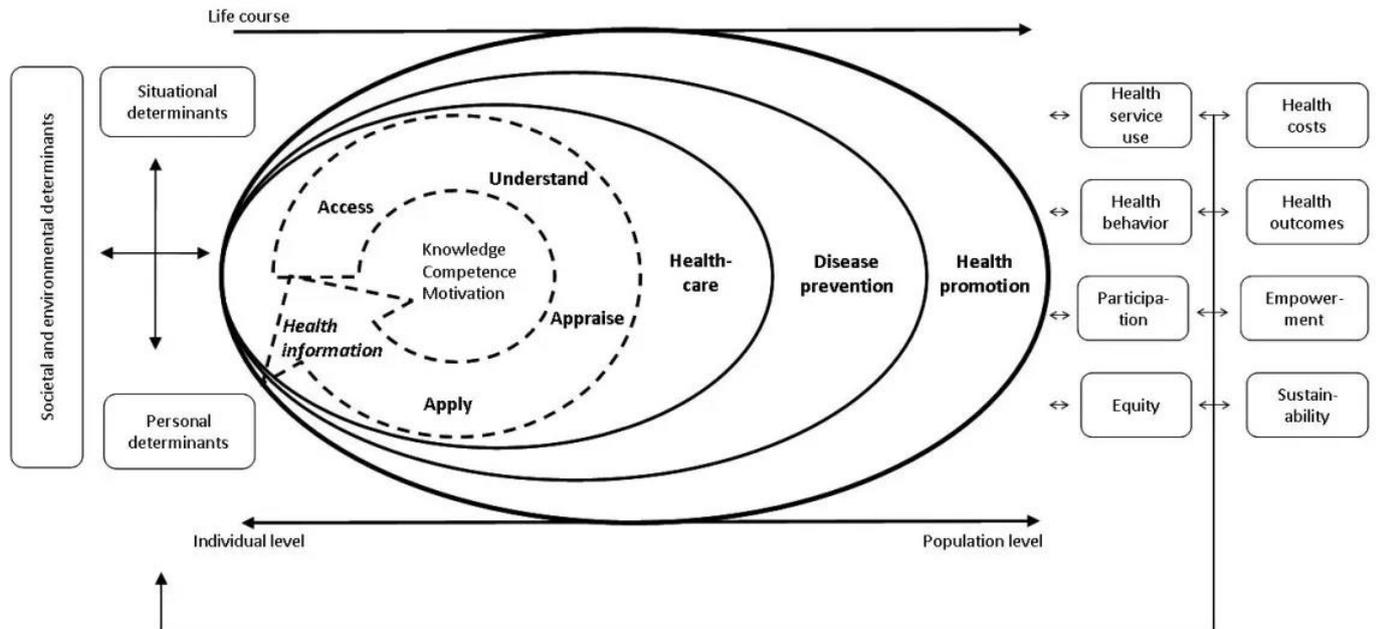


Figure 5 : Modèle conceptuel de littératie en santé de Sørensen et al. (2012)

Le modèle réunit les principales dimensions de la littératie en santé. Elles sont représentées par la forme ovale concentrique. Il présente également les facteurs proximaux et distaux qui ont une incidence sur la littératie en santé. Dans ce concept, la promotion de la santé intervient comme une solution pour augmenter le niveau de HL des populations et donc réduire les ISS. Le pharmacien d'officine pourra y contribuer par des missions de prévention et de promotion de la santé de façon ciblée. Nous aborderons certains exemples plus concrets ultérieurement.

Partie II : Analyse du contexte sanitaire français

Dans cette partie, il est question d'identifier le contexte sanitaire en France et notamment dans les Bouches-du-Rhône. En parallèle, il s'agit de comprendre de quelle manière les ISS sont présentés dans notre pays ainsi que les moyens mis en œuvre pour participer à leur réduction.

I/ Le système de santé français

En 2000, la France possède l'un des systèmes de santé les plus performants dans le monde selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)³⁸.

En 2017, l'espérance de vie des français est de 82,4 ans. Depuis 1970, elle a progressé de 10 ans dans tous les pays de l'OCDE (pays développés) pour atteindre 80,6 ans en moyenne. La France est placée à la sixième place en termes d'espérance de vie la plus élevée, le Japon restant en tête avec 83,9 ans. Grâce à notre système de sécurité sociale et aux différents couvertures complémentaires, les dépenses de santé restant à la charge des français sont les plus faibles (7%) parmi les pays de l'OCDE³.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le système de santé est « *l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé* »³⁹. Toujours selon l'OMS, le système de santé a pour objectif de :

- Fournir à toute la population, quelles que soient ses caractéristiques culturelles, sociales, économiques ou géographiques, tous les services de santé qu'elle requiert
- S'assurer que ces services sont de la meilleure qualité possible
- Utiliser au mieux les ressources disponibles, satisfaire la population et les professionnels, tout en étant administrable d'une façon efficace et capable d'évoluer en fonction des besoins de santé et des techniques.

I.1/ L'organisation du système de santé français

Nous allons maintenant présenter l'organisation du système de santé français à l'échelle nationale, régionale et locale afin d'identifier le contexte sanitaire actuel.

Le système de santé est piloté par les pouvoirs publics, parmi lesquels sont présents les ministères chargés de la santé et des affaires sociales, garants d'une cohérence dans la prise en charge médicale des patients. On trouve aussi l'assurance maladie qui couvre le risque maladie

et professionnel et assure le remboursement des dépenses de santé. Le système de santé est composé de quatre acteurs illustrés dans le schéma ci-dessous.

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ EN FRANCE

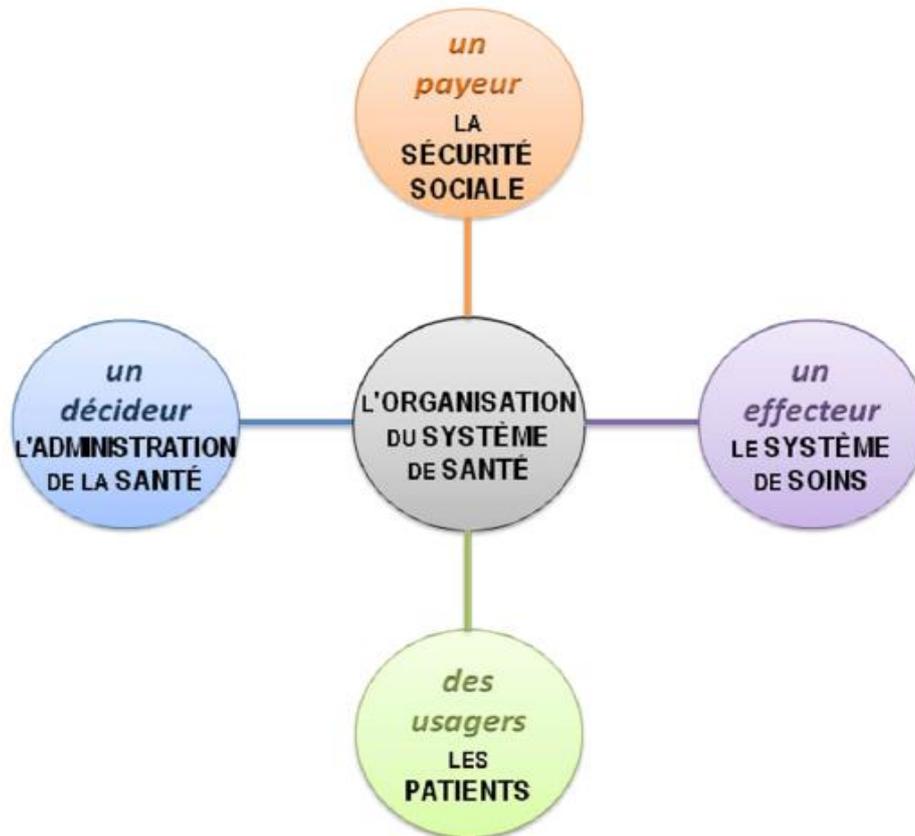


Figure 6 : Schéma représentatif de l'organisation du système de santé en France

- Le décideur représenté principalement par l'Etat et son ministère pour piloter et contrôler le système de santé
- Le financeur représenté par la Sécurité Sociale
- Le demandeur représenté par le patient.
- L'offre qui représente les différents acteurs de santé intervenants en milieu hospitalier ou ambulatoire

Dans cette partie, nous aborderons le système de santé français afin de comprendre le rôle et les capacités d'intervention de chacun dans la réduction des ISS.

Premièrement, nous présenterons le rôle du Ministère des solidarités et de la Santé, garant des politiques sanitaires de notre pays. Puis nous aborderons les missions des acteurs régionaux et

locaux qui nous permettrons d'obtenir une vision globale et hiérarchisée de l'organisation sanitaire.

1.1.1/ Le ministère des solidarités et de la santé

Le ministère des solidarités et de la santé est chargé de plusieurs missions d'ordre sanitaire et sociale. Au niveau sanitaire, il est garant de l'organisation de la prévention et des soins, on lui confère une autorité sur l'organisation des professions médicales, paramédicales et de la fonction publique hospitalière. Il a un rôle en matière de recherche et de promotion de l'innovation dans le domaine de la santé. Enfin, il établit les règles relatives aux régimes et à la gestion des organismes de sécurité sociale ainsi qu'aux organismes complémentaires.

Sur le plan social, il participe à la mise en place de la politique de développement de l'économie sociale et solidaire et il crée des programmes de lutte contre la pauvreté. Enfin, il participe, en lien avec certains ministères, à l'action du Gouvernement en matière de minima sociaux, d'insertion économique et sociale, et d'innovation sociale⁴⁰.

Les directions du ministère :

- La Direction Générale de la Santé (DGS)
- La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)
- La Direction Générale de la cohésion sociale
- La Direction de la Sécurité sociale
- La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- L'Inspection Générale des Affaires Sociales
- La Haute Autorité de Santé (HAS)

J'ai choisi de présenter plus particulièrement les directions ayant une influence directe ou indirecte dans les missions du pharmacien et/ou dans la réduction des ISS.

○ Direction Générale de la Santé (DGS)⁴¹ :

La DGS a été créée en 1956 après la fusion de la direction de l'hygiène publique et celle de l'hygiène sociale, elle a 4 grands objectifs. Nous allons présenter plus particulièrement celui qui s'attache aux ISS.

En effet, la DGS est garante de la déontologie, de la transparence et de l'accès à des soins de qualité pour tous. Pour cela elle agit pour réduire les inégalités sociales et territoriales en matière

de santé. Elle défend les droits des personnes malades et des usagers, encourage leur participation à la politique de santé et à son fonctionnement, assure le respect des règles de déontologie et la prévention des conflits d'intérêts. Enfin, en dehors de l'aspect sécuritaire, la DGS est responsable de la qualité des pratiques professionnelles, des recherches biomédicales et des produits de santé et assure leur prise en charge par l'assurance maladie.

- La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)⁴² :

La DGOS s'attache à quatre plans d'actions :

- La promotion d'une approche globale, décloisonnée, équilibrée de l'offre des soins délivrés quelque-soit le lieu d'exercice.
- Définir la réponse sanitaire la plus adaptée aux besoins de prise en charge, notamment en identifiant les complémentarités et en encourageant la coordination des acteurs pour améliorer les parcours de santé des patients.
- Renforcer la qualité et la sécurité de l'offre de soins, le tout en respectant l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM).
- Développer l'information sur les droits en matière de santé et donner une plus grande place aux usagers dans la mise en œuvre de l'offre de soins.

On remarque d'après les missions du ministère de la santé et de ses directions une volonté d'offrir des soins de qualité et adaptées à tous. Malgré cela, des études montrent que les inégalités sociales de santé se renforcent, comment peut-on expliquer ce phénomène ? Comment agir efficacement contre les ISS ? Les nombreux rapports parus sur les ISS proposent différentes solutions. Ici, mon objectif est tout d'abord de recenser et visualiser les efforts faits dans le domaine sanitaire en termes de qualité des soins. Pour cela nous allons explorer l'organisation de l'offre de soins aux niveaux régionaux et locaux.

I.2/ Les institutions régionales

Lutter contre les inégalités, améliorer la répartition locale de l'offre de soins et médico-sociale, adapter les réponses aux spécificités et aux besoins locaux sont autant d'objectifs que les services régionaux s'attachent à mettre en place.

1.2.1/ L'Agence Régionale de Santé⁴³

Les Agences Régionales de Santé (ARS) assurent la coordination de la prévention des soins et de l'accompagnement. Elles veillent à une gestion cohérente des ressources pour permettre un accès égal de tous à une prise en charge continue, de qualité et sécurisée.

Pour se faire, les ARS déclinent les politiques nationales et les adaptent aux spécificités régionales par le biais de programmes de santé composés de schémas régionaux de prévention, de schémas régionaux d'organisation des soins de ville et hospitaliers, ainsi que de schémas régionaux d'organisation médico-sociale pour les personnes âgées ou dépendantes, handicapées, en situation de précarité.

Ainsi, les ARS participent à l'identification des besoins des patients et accompagnent les professionnels de santé dans leurs demandes.

1.2.2/ Les Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS)⁴³

En complément des ARS, les DRJSCS portent l'ensemble des politiques publiques en matière sociale, sportive, de jeunesse, d'éducation populaire et de vie associative au service des populations les plus vulnérables, dans une logique de promotion sociale.

Sur le champ social, les DRJSCS activent l'ensemble des leviers pour garantir plusieurs objectifs : la prévention et la lutte contre les exclusions, la protection des populations vulnérables (enfants, personnes en situation de précarité, âgées ou dépendantes), l'inclusion sociale des personnes handicapées, les actions sociales de la politique de la ville, la lutte contre les discriminations et la promotion de l'égalité des chances, la formation des professions sociales et de santé non médicales.

1.2.3/ Les autres acteurs au niveau régional

Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) ainsi que les Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) sont des acteurs essentiels du déploiement régional des politiques de sécurité sociale.

1.2.4/ Les différents acteurs au niveau local⁴³

La prise en charge sanitaire et médico-sociale doit se mettre en œuvre au plus près des usagers c'est pourquoi plusieurs acteurs se déclinent au niveau local.

Comme nous l'avons abordé plus haut, les structures, les établissements et les professionnels s'organisent, sous la supervision des ARS, pour permettre une prise en charge globale. Cette prise en charge ne pourrait avoir lieu sans un renforcement des permanences de soin de ville ainsi que sans une coordination entre chacun des acteurs.

Au niveau local, il existe différentes structures ambulatoires au sein desquelles des professionnels libéraux et salariés exercent regroupant médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues...

Aux côtés de l'offre ambulatoire, nous trouvons des établissements hospitaliers, répartis en plusieurs catégories qui sont les hôpitaux publics, les cliniques privées à but lucratif et les établissements privés d'intérêt collectif. Au niveau de la prise en charge d'urgence, des services sont répartis sur tout le territoire tels que les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) pour la régulation et les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) pour les interventions.

Enfin, il existe également des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et des structures pour personnes handicapées. Chacun d'entre eux proposent un accompagnement et une prise en charge à destination des publics en situation de précarité, d'exclusion, de handicap ou de dépendance.

Ces dernières années, des alternatives à l'hospitalisation se sont développées, au bénéfice des patients. Parmi ces alternatives :

- « *La chirurgie ambulatoire pour raccourcir les délais de prise en charge à 12h;*
- *La télémédecine (téléconsultation, télé-expertise ou télésurveillance) ;*
- *L'hospitalisation à domicile (HAD) pour maintenir, sous certaines conditions, le confort de vie des patients et de leurs proches ;*
- *Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;*
- *L'accueil temporaire en EHPAD pour améliorer la qualité de vie des personnes et soulager les proches aidants ; »⁴³*

Cette complémentarité entre les différents professionnels de santé permet aux patients de bénéficier d'un accès à des soins de proximité et de qualité. Les patients ont la possibilité de choisir leur médecin traitant, leur établissement de santé ou leur structure d'hébergement.

I.3/ Stratégie nationale 2018-2022¹³

La stratégie nationale santé 2018-2022 détermine le cadre de la politique de santé défini par le gouvernement. Elle propose des stratégies d'actions d'après les analyses réalisées par le haut conseil de la santé publique sur la santé de la population.

Il me semble intéressant d'approfondir quelques axes définis dans la stratégie et d'identifier la place des ISS dans notre politique de santé publique actuelle.

Les quatre axes développés sont :

- Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé
- Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé
- Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers.

Les deux premiers axes occupent un rôle assez direct sur la réduction des ISS. En effet, le premier axe préconise la promotion des comportements favorables à la santé.

D'après la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé « *Art. L. 1411-1-2.-Les actions de promotion de la santé reposent sur la concertation et la coordination de l'ensemble des politiques publiques pour favoriser à la fois le développement des compétences individuelles et la création d'environnements physiques, sociaux et économiques favorables à la santé. Des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé sont favorisées. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé* »⁴⁴.

Plus précisément ce plan incite à la promotion d'une alimentation saine, d'une activité physique régulière, contre les pratiques addictives, la prévention sexuelle, la perte d'autonomie et les règles d'hygiène. Ce premier plan permet aux pharmaciens d'agir notamment par la prévention, d'apporter des conseils favorisant une meilleure santé pour la population et d'agir sur le versant comportemental des ISS.

On aperçoit que le deuxième axe du plan est consacré aux inégalités sociales de santé en ciblant l'approche sur un meilleur accès aux soins et en proposant des actions pour améliorer la couverture maladie des personnes afin d'éviter le renoncement aux soins (notamment pour les soins dentaires, les équipements d'optique et les audioprothèses).

Ce deuxième axe met en avant la nécessité d'orienter les personnes en difficulté vers les bons interlocuteurs et d'aider au repérage des personnes les plus fragiles, deux compétences sur lesquelles le pharmacien peut agir.

A ce-jour, les ISS sont véritablement ancrées dans l'approche des pouvoirs publics via les objectifs de nos institutions et directions sanitaires, notamment par la stratégie nationale santé 2018-2022 qui, comme nous avons pu le constater, donne une importance particulière aux ISS.

II/ Analyse territoriale

Le département des Bouches-du-Rhône étant mon lieu de résidence, j'ai souhaité introduire quelques données quantitatives qui permettent de comprendre le contexte médico-social, en guide d'exemple.

Le département des Bouches-du-Rhône est, nous le verrons, très marqué par les ISS. Les conclusions de cette analyse permettront d'identifier de quelle manière les dispositifs, acteurs et moyens permettront de réduire les ISS et de positionner le pharmacien dans son domaine d'intervention, en complément des acteurs déjà présents.

II.1/ Analyse et données du contexte dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur

II.1.1/ La pauvreté en région PACA

D'après l'INSEE⁴⁵, en 2014, 17,5% des habitants de Provence-Alpes-Côte d'Azur vivent sous le seuil de pauvreté.

Au niveau national, le taux de pauvreté s'établit à 14,7 %. La région PACA est la 3ème région la plus touchée par la pauvreté, après les Hauts-de-France et la Corse.

Concernant Marseille, le 3^{ème} arrondissement de la ville est le plus pauvre de France métropolitaine (51,3% des habitants vivent sous le seuil de pauvreté) et cinq arrondissements dont le 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}, 14^{ème} et 15^{ème} figurent parmi les lieux les plus pauvres de France métropolitaine.

En région PACA, au deuxième trimestre 2017, 10,8% de la population active est bénéficiaire des allocations chômage. La région PACA compte 128 quartiers prioritaires de la politique de la ville soit 9.9 % des quartiers prioritaires de la France. En d'autres termes, un quartier prioritaire de la politique de la ville sur dix est situé en région PACA et la ville de Marseille compte à elle seule la moitié de leurs habitants.

D'autant plus, les quartiers de la politique de la ville de la région sont parmi les plus pauvres de France métropolitaine. Dans ces territoires, seulement la moitié des ménages bénéficient d'un logement du parc social. L'insertion professionnelle des habitants est particulièrement difficile. Les personnes étrangères, les jeunes et les familles monoparentales y sont surreprésentés.

II.2/ Pauvreté et inégalités sociales dans les Bouches du Rhône

II.2.1/ La pauvreté dans les Bouches-du-Rhône

D'après l'observatoire régional de la santé PACA⁴⁶, en 2014, les habitants des Bouches-du-Rhône attestaient d'un revenu annuel moyen de 20 164€ similaire à celui des habitants de la région PACA qui s'est établi autour de 20 094 euros. Plus d'un foyer sur deux n'était pas imposable dans le département des Bouches-du-Rhône.

En 2015, 19,7 % disposait de bas revenus dans le département, il s'agit du second chiffre le plus élevé de la région PACA, derrière le Vaucluse (20,9 %). Concernant les jeunes, en 2014, le taux de pauvreté des moins de 30 ans atteignait 27,1 % dans le département alors qu'il était de 25,2 % dans la région et de 22,8% en France.

II.2.2/ Inégalités sociales dans les Bouches du Rhône

Les inégalités sociales sont particulièrement visibles dans les Bouches-du-Rhône car les foyers les plus modestes vivent avec un niveau de vie très faible tandis que les revenus des plus aisés sont supérieurs à la moyenne régionale. Ces écarts de revenu particulièrement marqués dans la commune de Marseille, mais également visibles à Aix-en-Provence, Tarascon ou Arles sont à l'origine des inégalités sociales de santé.

Concernant la composition familiale des ménages, en 2014, le département des Bouches-du-Rhône comptait environ 83 000 familles monoparentales, indicatif un peu plus élevé que dans la région (27,5 %) mais bien plus élevé qu'en France (23,3 %). Parmi ces familles, deux sur trois vivaient sous le seuil de pauvreté.

II.3/ L'indice de désavantage social, miroir des inégalités sociales dans la région

L'ARS a défini un Indice de Désavantage Social (IDS) composé des indicateurs suivants :

- le niveau de revenu médian,
- le taux de chômage,
- la part de non diplômés chez les 15 ans et plus,
- la proportion de logements en location,
- la part de familles monoparentales.

Indice de désavantage social par espace de santé de proximité en 2008

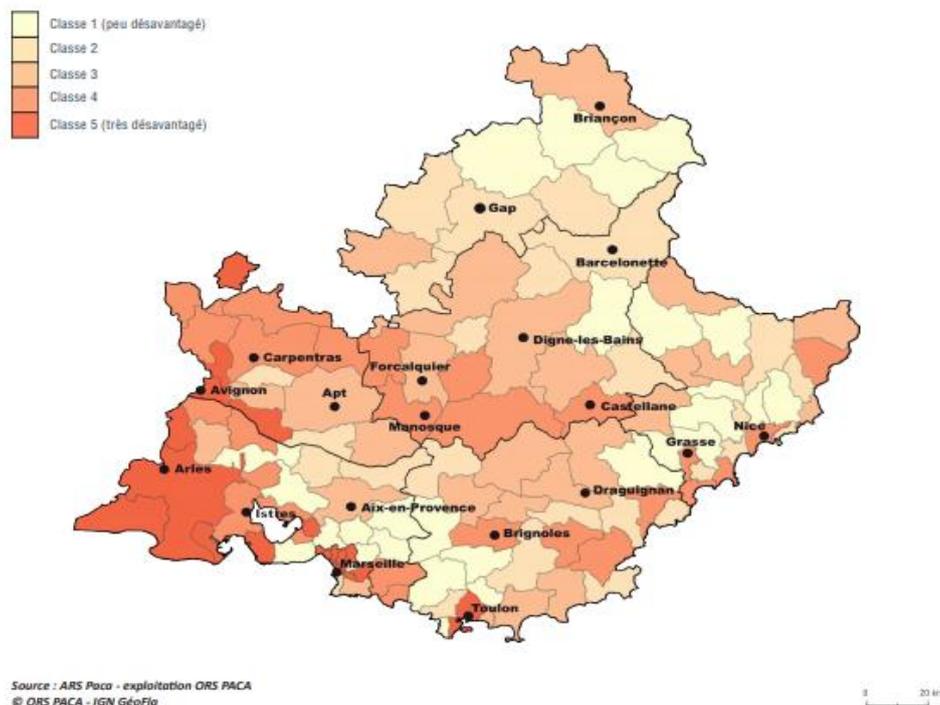


Figure 7 : Indice de désavantage social, ARS Paca (2008)

L'exploitation de ces indicateurs regroupés en 5 classes, de la plus favorisée (IDS 1) à la plus défavorisée (IDS 5), a permis d'identifier les territoires plus vulnérables sur le plan social.

La carte présentée ci-dessous révèle que les territoires les plus défavorisés sont situés dans le Vaucluse, dans la ville de Marseille ainsi que dans le Nord-Ouest du département des Bouches du Rhône.

II.4/ Les populations les plus démunies

Le Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) dans la région PACA⁴⁷ estime que les populations les moins favorisées de la région sont les familles monoparentales, les populations immigrées, les personnes sans domicile fixe, les personnes en situation de prostitution, les personnes sous-main de justice et les travailleurs saisonniers. Il me semblait alors important de pouvoir apporter quelques données sur ces différents publics.

II.4.1/ Les familles monoparentales

Dans la région PACA, si l'on concentre l'analyse sur les familles bénéficiant de bas revenus, une famille sur deux est monoparentale contrairement aux familles à hauts revenus où les couples représentent la plus importante typologie de composition familiale.

II.4.2/ Les populations immigrées

En région PACA, durant l'année 2014, on trouve 518 037 personnes immigrées dont 51% de femmes ce qui représente près de 10% de la population régionale.

Les départements des Bouches-du-Rhône, du Vaucluse et des Alpes maritimes affichent des taux plus élevés d'immigration que les autres départements de la région et de la moyenne nationale française. Les personnes immigrées en PACA sont principalement originaires du bassin méditerranéen (Algérie, Maroc, Tunisie, Italie et Espagne).

La population immigrée est davantage sensibilisée par le chômage que l'ensemble de la population générale. En effet, sur le plan national ainsi que dans la région PACA, le taux de chômage est supérieur à celui des personnes non immigrées.

Avec des revenus plus faibles et des situations locatives souvent précaires, les inégalités entre les personnes immigrées et le reste de la population sont importantes. On observe que ces populations sont caractérisées par une fragilité sur le plan médical avec des pathologies fréquentes au niveau articulaire et des pathologies chroniques telles que le diabète et l'hypertension. On retrouve aussi des difficultés sur le plan psychique, l'isolement, la malnutrition et le tabagisme. De même, les conditions de travail difficiles peuvent favoriser l'apparition de certains symptômes. Enfin, le système de santé français reste inadapté à ces populations qui se trouvent dans une démarche de soins, discontinus, tardifs et souvent dans l'urgence.

II.4.3/ Les personnes sans domicile fixe

En France ainsi que dans l'ensemble des pays d'Europe, on constate une augmentation du nombre de personne victime de mal logement ou d'absence de logement. Sur la période de 2001 à 2011, l'INSEE a permis de mettre en avant une augmentation de 50% des personnes sans domicile fréquentant des services de soins.

Les problématiques de logement (insalubrité, mal-logement, absence de logement) ont des répercussions considérables sur l'état de santé. Ce public est particulièrement touché pas des addictions, des troubles psychologiques et une dentition dégradée⁴⁸.

II.4.4/ Les personnes en situation de prostitution

La région PACA est caractérisée par la présence de différentes formes de prostitution. Quatre départements concentrent la majeure partie de l'activité prostitutionnelle dont celui des Bouches du Rhône. La prostitution est pratiquée essentiellement par des femmes à hauteur de 85 % et par une majorité de personne d'origine étrangère, 93%⁴⁹.

Les risques sanitaires liés à la prostitution sont connus, tels que le VIH, l'hépatite et autres maladies sexuellement transmissibles. D'autres pathologies sont sur-représentées chez ce public telles que les troubles psychiques, alimentaires, infections broncho-pulmonaires et addictions aux psychoactifs. Ces pathologies ne sont pas nécessairement liées à la prostitution, mais plus largement aux conditions socio-environnementales de ce public⁵⁰.

II.4.5/ Les populations sous-main de justice

Le terme Personnes Placées Sous-Main de Justice (PPSMJ) désigne les personnes faisant l'objet d'une mesure de justice (privative de liberté ou non).

La région PACA est une importante région pénitentiaire. Au 1^{er} décembre 2017, la région PACA comptait 7 236 personnes détenues pour 5 748 places opérationnelles au sein de 13 établissements pénitentiaires dont une Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale et une Unité Hospitalière Spécialement Aménagée qui sont les unités de recours pour l'inter région pénitentiaire PACA-Corse et adossées à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille.

La région PACA est de ce fait concernée par les problématiques sanitaires liées à l'incarcération. En effet, cette population, touchée par des facteurs de risque tels que la marginalité, les difficultés d'accès aux soins, mais aussi par des pathologies préexistantes induit des problèmes sanitaires particuliers (troubles psychologiques et psychiatriques,

problématiques d'addictions, pathologies bucco-dentaires et pathologies infectieuses). De plus, le public sous-main de justice est également impacté par le non-recours aux soins par méconnaissance ainsi que par manque de confiance.

Après avoir enquêté auprès d'une quinzaine de PPSMJ via l'outil d'un questionnaire semi-directif, il apparaît que ce public n'identifie pas l'officine comme étant un lieu de conseil et de prévention mais principalement comme un lieu de délivrance. Nous pouvons donc supposer qu'un travail est à construire pour aller vers ce public.

II.4.6/ Les travailleurs saisonniers

Un emploi saisonnier peut se présenter sous des formes très diverses qui peuvent être à l'origine d'une situation précaire et instable. Le poids du tourisme en PACA favorise les emplois saisonniers dans les secteurs de l'hôtellerie et de la restauration. Les postes exercés par les saisonniers sont le plus souvent peu qualifiés.

De nombreux saisonniers présentent des points de vulnérabilité pour leur santé. Les problèmes sanitaires les plus courants chez cette population sont la fatigue et parfois le surmenage, les troubles de l'humeur (anxiété, dépression) ainsi que les infections et les problèmes rhumatologiques.

Partie III : La pharmacie : les prérequis

Où se situe le pharmacien et comment peut-il contribuer à réduire les ISS ? Quelle est sa légitimité à intervenir contre les ISS ? Quels sont ses moyens ?

L'objectif de cette partie est de présenter les compétences du pharmacien et de s'interroger sur sa place dans l'offre de soins.

Dans un premier temps, nous allons faire une analyse démographique de la pharmacie d'officine pour visualiser la répartition des pharmacies dans le système de soins en France. Puis, nous présenterons succinctement les missions et compétences du pharmacien afin d'appréhender son rôle dans la réduction des ISS et justifier son intervention avec l'appui de son code de déontologie.

I/ Démographie de la pharmacie d'officine en France

D'après l'enquête démographique 2018 de l'ordre des pharmaciens⁵¹, il y a actuellement 74 043 pharmaciens qui exercent en France tous secteurs confondus. Environ 72,7 % d'entre eux, titulaires et adjoints confondus travaillent dans les 21 192 pharmacies d'officines réparties dans toute la France. On admet que l'accessibilité des pharmacies d'officine est en moyenne inférieure à 15 minutes de route pour tous les français. Concernant la répartition des pharmaciens dans les officines, on observe en moyenne 2,6 pharmaciens par officine et 83,3 pharmaciens pour 100 000 habitants.

Ces chiffres sont encadrés par les articles L.5125-3 du code de la santé publique⁵², dont les objectifs étaient de répondre à un besoin de proximité et de service par la mise en place des règles de transfert, de regroupement et de création des officines et, d'autres part, d'un maillage étroit défini sur tout le territoire. Ces chiffres attestent également de la disponibilité (accueil sans rdv, 7j/7, 24h/24) et de l'accessibilité des pharmacies. En effet, on recense le chiffre important de 4 millions de personnes qui franchissent chaque jour les portes des officines.

Ce maillage étroit des pharmacies d'officine dans nos territoires et leur accessibilité gratuite et sans rendez-vous place le pharmacien au cœur de la prise en charge ambulatoire, notamment en termes d'orientation, de conseils et de préventions. Cette proximité avec la population permet au pharmacien d'avoir une influence dans la prise en charge des ISS.

Quelques exemples de dispositifs mis en place en officine permettront d'appuyer ce constat. En effet, en 2018, l'opération Pharmatrod en officine a été organisée par le service de Rétrocession APHM afin de profiter de l'accessibilité des pharmacies d'officine pour effectuer un dépistage combiné des maladies virales chroniques par des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD). L'objectif était de promouvoir les actions de dépistage au sein de la population. Plus récemment, la vaccination contre la grippe saisonnière en officine mise en place depuis le 15 octobre 2019 jusqu'au 31 janvier 2020 fait suite à la volonté des services publique de s'investir auprès d'un maximum de personnes.

II/ L'ordre national des pharmaciens⁵³

L'ordre national des pharmaciens est l'institution qui regroupe l'ensemble des pharmaciens exerçant en France métropolitaine ou dans les départements et collectivités d'Outre-mer.

L'ordre est chargé par la loi de remplir des missions de service public fixées par le code de la santé publique (CSP) (article L.4231-1 du CSP)⁵⁴. Il est garant du respect des devoirs professionnels énoncés dans le code de la santé publique.

Pour cela, l'ordre a créé les devoirs déontologiques figurant dans le code de déontologie des pharmaciens (article [R.4235-1 à R.4235-77](#) du CSP) et exerce ce contrôle par la tenue des chambres de disciplines. Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la pharmacie.

L'ordre national des pharmaciens répartie les pharmaciens en 7 sections selon leurs orientation et poste professionnel. Dans la pharmacie d'officine, deux sections sont représentées, la section A et la section D.

La section A regroupe les pharmaciens titulaires, soit les propriétaires ou copropriétaires d'une officine. Ceux-ci sont 27 586 et représentent 36.8 % des pharmaciens.

La section D regroupe les pharmaciens adjoints exerçant en officine, remplaçants de titulaires d'officine ou gérants après décès, pharmaciens mutualistes et, généralement tous les pharmaciens non-susceptibles de faire partie de l'une des autres sections à l'exception des pharmaciens fonctionnaires mentionnés à l'article L. 4222-7 du CSP⁵⁵. Ceux-ci sont 26 558 et représentent 35.9 % des pharmaciens.

La majorité des pharmaciens exercent en officine, 72.7 % des pharmaciens contribuent à l'offre de soins ambulatoire. L'analyse démographique des pharmacies d'officine permet de constater qu'elles ont les moyens (par leur quantité et leur répartition équilibrée) de s'intéresser aux questions d'ISS.

III/ Les missions du pharmacien d'officine

Le pharmacien est un professionnel de santé publique dont le rôle est réaffirmé par la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009. Selon l'article 38 de la loi⁵⁶ et l'article L. 5125-1-1A du CSP⁵⁷, le pharmacien d'officine contribue aux soins de premiers recours :

- Prévention, dépistage, diagnostic, traitement et suivi des patients
- La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social
- L'éducation pour la santé.

De ce fait, il participe à la coopération entre professionnels de santé, à la mission de service public de permanence des soins et concourt aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé. En parallèle, le pharmacien peut exercer d'autres missions dites facultatives :

- Il peut participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement du patient
- Il peut assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement sans service de pharmacie à usage intérieur (PUI).
- Il peut être désigné comme correspondant au sein de l'équipe de soins par le patient et avec accord du médecin, il peut dans ce cadre renouveler des traitements chroniques, ajuster des posologies et effectuer des bilans de médications destinés à en optimiser les effets.

Ces missions permettent au pharmacien d'officine d'occuper une position centrale dans la prise en charge sanitaire et médico-sociale de la population. Elles permettent aux pharmaciens d'intervenir de façon ciblée en proposant différents services permettant d'améliorer la prise en charge des personnes. Par exemple, en plus de la dispensation de l'ordonnance, le pharmacien peut proposer à un patient diabétique un TROD de l'angine s'il présente des symptômes d'angine, il peut l'orienter vers le médecin généraliste ou encore lui suggérer de s'investir dans un centrée sur les facteurs à l'origine des ISS.

De plus, le pharmacien étant le dernier professionnel dans la chaîne de soin avant l'administration du médicament, occupe une place pivot. L'archivage des documents du patient

dans le logiciel d'aide à la dispensation et dans le dossier pharmaceutique/médicale lui permet de pouvoir consulter les informations des autres professionnels de santé et ainsi d'avoir une vision globale du parcours de soins du patient pour mieux appréhender ses difficultés et besoins.

IV/ Les règles déontologiques

Le pharmacien doit exercer sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine, pour cela le pharmacien doit suivre des règles de déontologie organisées par le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens qui est le défenseur de la légalité et de la moralité professionnelle d'après l'article L.4231-2 du CSP⁵⁸.

Le code de déontologie publié sous la forme d'un décret sous l'avis du Conseil d'État et de l'Autorité de la concurrence, précise les règles éthiques et morales ainsi que les devoirs, auxquels le professionnel doit se référer dans son exercice en veillant à conformer chacun de ses actes à l'intérêt général et à celui des patients ainsi qu'à la dignité de sa profession.

L'éthique professionnelle est liée à la déontologie qui se définit comme un ensemble de règles et de devoirs professionnels destinées à encadrer l'exercice d'une profession soumise à de fortes exigences éthiques.

L'éthique personnelle peut se définir quant à elle comme un « *ensemble de principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un* »⁵⁹. C'est une réflexion basée sur une valeur qui, à la frontière de la morale, anime le comportement d'un individu. L'individu doit, dans le cadre de sa vie personnelle, déterminer la moralité de ses actions. Au travers de son éthique personnelle, propre à chaque individu, l'individu adoptera la conduite la plus appropriée et se décline dans le contexte professionnel. L'éthique professionnelle est le prolongement du serment de GALIEN.

Claude GALIEN, médecin grec de l'Antiquité, est considéré comme le dernier des grands médecins créateurs de l'Antiquité gréco-romaine avec Hippocrate, un des principaux fondateurs des grands principes de base sur lesquels reposent la médecine européenne. Considéré comme le père de la pharmacie, il visite de nombreux endroits pour se procurer des substances végétales, animales ou minérales utilisées comme remède, puis les assemblent pour créer des remèdes complexes.

Ainsi, découle le serment de GALIEN qui régit l'engagement et l'éthique de la profession de pharmacien.

« (...) *Je jure :*

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ;

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ;

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque »⁶⁰

Il est important d'énumérer quelques-unes de ces règles déontologiques qui protègent l'intérêt des patients et encadre le positionnement du pharmacien. Le respect de cette déontologie favorisera ainsi la création d'une relation de confiance indispensable pour intervenir sur les questions sanitaires et sociales globales liées aux ISS.

IV.1/ La confidentialité

L'article R.5125-9⁶¹ du CSP indique les prérequis que doit avoir l'aménagement de l'officine.

- L'aménagement doit permettre un dialogue discret entre patient et professionnel à l'abri des tiers.
- La zone de dispensation doit compter des comptoirs individuels, distants, en nombre suffisant et adaptés aux personnes handicapées.
- L'existence d'une ligne de courtoisie permet de distancer les patients qui attendent.
- L'officine doit avoir un espace de confidentialité qui est obligatoire selon la convention entre pharmaciens et Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Cet espace, qui doit porter une signalétique, permet d'assurer l'isolement du patient pour l'essayage de produit ou bien pour effectuer des missions de pharmacie clinique.

IV.2/ Le secret professionnel

D'après l'article R4235-5⁶² du code de la santé publique, le pharmacien doit garantir au patient le secret des confidences que celui-ci lui a confié à l'occasion de son activité professionnelle. Cette obligation perdure même après le décès du patient. De même, les pharmaciens ont la charge de vérifier que leurs collaborateurs, employés de façon permanente ou occasionnelle ainsi que les stagiaires respectent cette obligation.

Le secret professionnel recouvre l'ensemble des informations venues à la connaissance du pharmacien, c'est-à-dire tant ce qui lui a été confié par le patient que ce qu'il a vu, entendu ou constaté concernant la santé mais aussi la vie privée de celui-ci. Ce secret peut être déduit de la prescription médicale ou de la nature des médicaments dispensés. En revanche, deux ou plusieurs professionnels de santé qui ont en commun la prise en charge d'un patient peuvent, sans risquer de violer le secret professionnel, échanger des informations le concernant sauf opposition de sa part. Le secret professionnel protège le patient, garantit son intégrité, il permet de créer un environnement favorable à une relation de confiance indispensable aux missions de la pharmacie. Cependant, le secret professionnel est inopposable aux patients qui ont le droit fondamental d'être informés de leur état de santé.

La violation du secret professionnel est réprimée par le Code pénal en son article 226-13 « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* »⁶³.

En revanche, d'après l'article 226-14 du Code pénal, la levée du secret professionnel n'est possible que si la loi l'autorise ou l'impose notamment en cas de sévices subies par un mineur⁶⁴. A défaut, la non-dénonciation peut être assimilée à une non-assistance à personne en danger. Pour assurer sa propre défense, un professionnel de santé dont sa responsabilité est mise en cause peut révéler des informations couvertes par le secret professionnel, à condition que les faits soient en lien avec le litige.

Le secret professionnel et la confidentialité apparaissent comme primordial au respect de l'intégrité et de la vie privée du patient. Ils peuvent également être utilisés comme un outil permettant de favoriser la confiance du patient afin qu'il soit en mesure de confier les informations nécessaires permettant de proposer un conseil adapté et efficace. Cette relation de confiance apparaît comme un réel enjeu au regard d'un public présentant une certaine méfiance à l'égard du système ou des acteurs de santé.

IV.3/ Le principe de dévouement

D'après l'article R.4235-6 CSP : « *Le pharmacien doit faire preuve du même dévouement envers toutes les personnes qui ont recours à son art* »⁶⁵. Le pharmacien doit, sans opérer d'inégalité de traitement, dispenser aux patients la même qualité de soins et de prestations, sous réserve des caractéristiques liées à l'âge, au sexe ou autre critère subjectif. Ce principe de dévouement permet de mettre de côté les convictions personnelles du professionnel de santé et ainsi d'éviter toute discrimination dans le cadre de l'exercice.

Le pharmacien étant le seul à pouvoir effectuer la délivrance du médicament, l'enjeu du principe de dévouement est d'autant plus important car il protège le patient de toute influence négative ou positive en raison de son profil et encadre une égalité de traitement identique à chacun.

V/ La qualité dans les officines

La qualité garantit l'amélioration du service selon une organisation bien précise. Elle permet d'éviter tout malentendu au sein de l'équipe en clarifiant les besoins et les devoirs de chacun selon leurs missions. De plus elle permet d'améliorer son service rendu et d'éviter tout conflit gestionnaire avec le patient qui pourrait nuire à la relation soignant-soigné et ainsi perdre une certaine crédibilité dans la prise en charge médico-sociale qui perturbera les actions visant à réduire les ISS.

Elle permet un gain de temps sur le long terme afin que l'équipe officinale puisse réaliser ses missions obligatoires et puisse élargir son champ de compétence, notamment par la prise en compte du contexte social de la personne dans sa prise en charge pharmaceutique.

La définition de la qualité reconnue internationalement est celle de la norme ISO 9001 mise à jour en 2008, « *la qualité se définit comme l'aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences, les exigences étant des besoins ou attentes formulés, habituellement implicites ou imposés* ». ⁶⁶ En santé, on peut citer celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) « *délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ».

Cette définition définit les moyens à mettre en œuvre, la façon de les utiliser et les résultats auxquels il faut arriver.

V.1/ La démarche qualité

Selon MICAELLI Éric, formateur en démarche qualité la démarche qualité est une technique de management et d'aide à la décision mise en œuvre par les organismes privés et publics qui permet d'analyser et d'améliorer l'organisation interne et les processus métiers qui concourent à la réalisation des produits et services⁶⁷.

L'objectif de cette démarche est d'aboutir à la satisfaction des clients ou des usagers au regard de leurs exigences, besoins et attentes. La démarche qualité met en œuvre, un certain nombre de techniques d'analyses qui permettent d'identifier et de résoudre les difficultés liées à l'organisation.

Un manuel qualité est disponible, il représente le référentiel pour tous les acteurs internes et externes. La mise à jour et l'amélioration de ce manuel implique tous les acteurs depuis la direction.

A l'officine, l'objectif de la démarche qualité est de s'assurer que les actions offrent aux patients la meilleure qualité de soins possible. Dans le cadre de la lutte contre les ISS, il peut s'agir de mettre en place une procédure d'accueil des personnes, une procédure d'orientation afin de savoir quand et comment en oriente une personne vers un soins, un dispositif ou un confrère.

V.2/ Le Système Management Qualité (SMQ)

La démarche qualité repose sur le système management de la qualité, elle demande un engagement de la direction et de l'ensemble de l'équipe. Elle représente l'ensemble des moyens humains, matériels, documentaires et organisationnels qui permettent au responsable d'établir et de mettre en œuvre la politique qualité et de faire fonctionner la démarche qualité au sein de son entreprise.

L'objectif du SMQ est l'organisation de l'entreprise pour qu'elle soit en mesure :

- De garantir à ses clients la qualité de ses produits et de ses services
- Accroître la satisfaction des clients

V.3/ L'Organisation Internationale de Normalisation (ISO)

L'Organisation Internationale de Normalisation (ISO) est une fédération d'organismes de normalisation nationaux qui proposent des méthodes de gestion de la qualité en se basant sur deux grands principes :

- L'orientation client
- L'approche processus

La norme ISO 9001 présente les exigences organisationnelles requises pour la maîtrise d'un système de management de la qualité.

L'application des principes de management de la qualité définis par la norme ISO 9001, permet d'obtenir une certification qui garantit à l'entreprise un SMQ qui va satisfaire les clients. En effet, son organisation interne va permettre de réaliser un produit conforme aux exigences des clients.

Elle constitue pour tous ses partenaires un engagement sérieux et un professionnalisme. Elle peut alors représenter un avantage concurrentiel et/ou commercial.

Les principes du Système de Management de la Qualité sont identiques quelle que soit l'activité de l'entreprise. Cette norme est non spécifique d'une activité. La norme ne suggère pas d'outils et ne précise pas les processus à identifier.

On distingue dans la famille de la norme ISO 9000 3 textes complémentaires :

- ISO 9000 : SMQ – Concepts et vocabulaires
- ISO 9004 : SMQ – Conseils pour l'amélioration de la qualité
- ISO 9001 : SMQ – Exigences

La norme ISO 9001 encadre les exigences organisationnelles requises pour la maîtrise d'un SMQ. Elle permet de créer une base à la certification de conformité de l'organisme. Les autres normes de la série 9000 : vocabulaire (ISO 9000), lignes directrices (ISO 9004), ne contiennent pas d'exigences, et ne peuvent pas servir de base à la certification.

V.4/ La certification

La certification permet d'attester, par l'intermédiaire d'un tiers certificateur après réalisation d'un audit, de l'aptitude d'un organisme à fournir un service, un produit ou un système conforme aux exigences des clients et aux exigences réglementaires. La certification est basée sur les processus permettant d'obtenir un produit ou un service et non sur le produit/service lui-même.

Il existe deux types d'audit :

- L'audit interne consiste en l'évaluation du système qualité par un membre de l'entreprise formé ou un auditeur mandaté par l'entreprise pour vérifier que le système de management de la qualité est bien conforme aux exigences de la norme ISO 9001 et aux autres exigences réglementaires. Selon la norme ISO 19011, l'audit interne est un « *processus méthodique indépendant et documenté permettant d'obtenir des preuves d'audit et de les évaluer de manière objective pour déterminer dans quelle mesure les critères d'audit sont satisfaits* »⁶⁸.
- L'audit externe consiste en l'évaluation du système qualité par un auditeur d'un organisme certificateur qui vérifie la conformité du système afin de prononcer, ou non, la certification de l'entreprise.

Les exigences y sont relatives à quatre grands niveaux :

- Responsabilité de la direction : Exigences d'actes de la part de la direction en tant que premier acteur et permanent de la démarche
- Système qualité : Exigences de traçabilité permettant la sauvegarde des acquis.
- Processus : Exigences relatives à l'identification et à la gestion des processus contribuant à la satisfaction des parties intéressées.
- Amélioration continue : Exigences de mesure et enregistrement de la performance à tous les niveaux, engagement d'actions de progrès efficaces. (Capacité de l'organisme à accroître la satisfaction des clients)

V.5/ L'approche processus

On peut définir un processus comme un ensemble de moyens et d'activités qui transforment des éléments entrants en éléments sortants. L'approche processus c'est l'identification et le management méthodiques des processus utilisés dans un organisme, et plus particulièrement, les interactions de ces processus.

Un processus englobe plusieurs autres processus qui doivent être correctement réalisés afin de pouvoir obtenir l'élément sortant attendu. Chaque sous processus demande un mode opératoire efficace pour aboutir au résultat attendu.

Le système qualité permet d'identifier les sous processus et les modes opératoires nécessaires à la réalisation de nos objectifs tout en faisant preuve de questionnement. La boucle de la

qualité, appelée aussi roue de Deeming, est une méthode séquentielle de conduite et d'amélioration de projet qui permet d'exécuter un travail de manière efficace et permanente.

Elle se décompose en quatre étapes successives : Plan/Do/Check/Act

- Plan : Après avoir analysé la situation, il est nécessaire de définir les objectifs à atteindre et établir un plan d'action qualité qui va fixer la façon dont on va les atteindre
- Do : Mettre en application ce qui a été planifié
- Check : Vérifier que les objectifs visés sont atteints. Sinon mesurer l'écart, comprendre ce qui s'est passé.
- Act : Il s'agit de prendre des mesures correctives pour arriver au résultat et s'assurer que cet acquis demeurera stable. Il s'agira de réagir en cas de problème et ainsi repasser à la phase « plan ».

La roue de Deeming ne s'arrête jamais, elle prévoit une amélioration continue et permanente.

Cette méthodologie demande à tous les acteurs de l'officine de savoir :

- Ce que l'on veut faire ?
- Comment le faire ?
- Quand le faire ?
- Qui va le faire ?
- Avec quels moyens (matériels et humains à mettre en œuvre)
- Comment mesurer les résultats en vue de satisfaire les exigences ?
- Qui en a les responsabilités ?

V.6/ Systeme documentaire

Conformément aux exigences de la norme ISO 9001 : 2000, « *Chaque entreprise doit établir, documenter, mettre en œuvre et entretenir un système de management de la qualité et en améliorer en permanence l'efficacité* »⁶⁹. Les exigences relatives à la documentation du système de management de la qualité sont aussi décrites dans la norme ISO 9001 : 2000.

D'après cette norme, le système documentaire doit comprendre :

- « - *L'expression documentée de la politique qualité et des objectifs qualité*
- *Un manuel qualité*
- *Les procédures documentées et exigées par la présente norme internationale*

- Les documents nécessaires à l'organisme pour assurer la planification, le fonctionnement et la maîtrise efficaces de ses processus Les enregistrements exigées par la présente norme internationale »⁶⁹.

Le système documentaire, permet d'assurer la transmission des informations au sein de l'équipe, afin d'assurer une meilleure reproductibilité des activités officinales quel que soit le professionnel qui l'exécute. Il maintient ainsi de manière constante un certain niveau de qualité, tout en épargnant au personnel les aléas de la transmission orale.

Ce document pourrait suggérer les différents dispositifs d'accès aux soins et outils à disposition du pharmacien afin qu'il soit en possession d'une référence sur laquelle il peut s'appuyer en cas de doute.

V.7/ Outils utiles en officine

V.7.1/ Pharmacien responsable assurance qualité (PRAQ)⁷⁰

A l'officine, le titulaire peut désigner un Pharmacien Responsable Assurance Qualité (PRAQ), qui devra s'assurer de mettre en œuvre la politique qualité de l'officine, d'élaborer et approuver le respect des procédures. Ce pharmacien supervise les audits internes et externes et conçoit le système documentaire de l'assurance qualité. Il assure également le suivi des anomalies, la mise en œuvre des actions correctives et préventives ainsi que le suivi des indicateurs qualité.

V.7.2/ L'Évaluation Qualité Officine (EQO)⁷¹

L'EQO est un site internet réalisé par le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens (CNOP) avec la participation des organisations représentatives de la profession, de l'inspection de la pharmacie et de pharmaciens universitaires.

Il a été conçu pour accompagner le pharmacien d'officine et son équipe dans leur démarche de qualité auprès des patients. Depuis décembre 2007, ce site internet est ouvert et met à disposition du pharmacien et de l'équipe officinale un questionnaire d'évaluation de la qualité à l'officine.

Ce questionnaire représente un outil d'autoévaluation simple et rapide qui, en une quinzaine de minutes, permet à chaque consultant de situer la qualité de ses procédures par rapport à ses confrères dans 6 domaines du métier officinal :

- La gestion de l'officine et des ressources humaines
- Les locaux, matériels, achats et stocks
- Les actions de prévention et d'éducation pour la santé

- L'assurance de la qualité
- L'enregistrement et archivage
- La dispensation des médicaments et produits de santé

V.7.3/ AcQO⁷²

L'AcQO est un site internet publié par l'ordre des pharmaciens et qui permet au pharmacien d'être accompagné dans l'amélioration de l'accueil pharmaceutique des patients sans ordonnance.

Ce site recommande :

- Des mesures générales (choix du référencement, la documentation nécessaire, les locaux, le matériel, l'affichage des prix, etc.).
- Le comportement à adopter face au patient.
- Les requêtes des patients.

Des évaluations personnalisées et anonymes sont proposées sous forme de nombreux tests et quiz, pour permettre une évaluation des connaissances.

III.5.8/ Enquêtes de satisfaction :

Il s'agit d'une enquête à destination du patient pour mieux identifier ses besoins et aider l'officine à s'améliorer. L'enquête pourrait être réalisée sur une période de l'année, sur un format papier ou numérique. Voici quelques propositions de questions :

- Etes- vous satisfait de l'accueil qui vous est réservé chez votre pharmacien ?
- Etes-vous satisfait de la durée d'attente ?
- Au-delà que quelle durée trouvez-vous le temps d'attente inacceptable ?
- Etes-vous satisfait de la confidentialité ?
- Etes-vous satisfait des conseils qui vous sont délivrés ?
- Trouvez-vous facilement les produits souhaités ?
- Etes-vous satisfait du choix des produits ?
- Revenez-vous souvent chercher un produit manquant ?
- Avez-vous des suggestions ou remarques à faire à votre pharmacien ?

Partie IV : Les dispositifs d'accès aux soins, les compétences et outils du pharmacien

D'après l'analyse des ISS et de leurs déterminants de santé effectuée plus haut, le pharmacien peut agir sur trois axes : l'accès aux droits, la promotion de la santé et la lutte contre les discriminations.

Nous allons présenter d'une part les dispositifs sur lesquels il pourra s'appuyer, puis les coopérations qu'il devra envisager avec les autres acteurs dans le but est de favoriser l'accès aux soins et aux droits. Pour favoriser la promotion de la santé, nous nous intéresserons également aux missions de pharmacie clinique et de prévention. Enfin, nous présenterons les techniques de communication et l'importance de prendre en compte l'environnement social ainsi que les difficultés des patients pour lutter contre les discriminations.

I/ Les dispositifs d'accès aux soins

I.1/ Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 Juillet 1998 vise à « *garantir l'accès effectif aux droits fondamentaux, et en particulier à la Santé* »⁷³.

Cette loi a mis en place dans toutes les régions le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) qui permet d'améliorer l'accès aux soins des personnes les plus défavorisées en engageant de nombreux projets.

Suite à l'analyse des besoins d'un territoire, c'est le préfet de région qui est chargé d'élaborer le PRAPS. Ses modalités de fonctionnement sont définies dans la circulaire du 17 Décembre 1998.

Le PRAPS a pour mission générale de repérer et évaluer le risque de précarité et de proposer une prise en charge en ambulatoire tout en garantissant l'accès aux droits sociaux et en permettant le retour au système de droit commun.

Les PRAPS peuvent intervenir de plusieurs manières, il peut s'agir de permanence d'accueil, d'écoute et d'identification des besoins au cours desquelles le public bénéficiaire reçoit des informations sur ses droits. Les PRAPS ont également un rôle préventif et permettent la création d'un réseau étroit entre plusieurs collaborateurs dont l'objectif est de garantir une meilleure prise en charge des personnes.

I.2/ Les permanences d'accès aux soins de santé

C'est la circulaire du 17 décembre 1998 relative à la lutte contre l'exclusion qui définit la mission de la PASS. En effet, elle caractérise la PASS comme « *une permanence hospitalière médico-sociale dont l'objectif est le repérage, la prise en charge médicale et sociale, la facilitation des accès effectifs aux droits, et l'intégration dans un réseau sanitaire et social des personnes en difficulté* »⁷⁴.

Les PASS sont implantées au sein des hôpitaux et sont en lien avec les partenaires sociaux et médicaux. Elles permettent un accueil inconditionnel et un accompagnement dans l'accès à la santé des personnes sans couverture maladie ou bénéficiant d'une couverture partielle en facilitant les démarches visant à la reconnaissance de leurs droits. Leurs missions s'inscrivent dans le PRAPS défini plus haut.

Ce sont les directeurs des établissements de santé qui donnent les moyens aux PASS, sous le contrôle de l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui vérifie l'adéquation entre l'activité réalisée et les dotations. Nous pouvons donc constater que les PASS améliorent l'accès aux soins des plus démunis en milieu hospitalier.

I.3/ La PUMA et la CMUC-C

La Couverture Maladie Universelle (CMU) a été créée en 1999, ce dispositif permettait d'assurer une couverture médicale aux personnes dont les ressources étaient faibles, prenant en charge les dépenses de santé du patient.

La CMU-C, quant à elle, ouvre droit à la prise en charge du ticket modérateur, des participations forfaitaires, du forfait journalier en cas d'hospitalisation et des dépassements de tarifs, dans la limite de plafonds, pour les lunettes, les prothèses dentaires et auditives et certains dispositifs médicaux.

Il existe trois principales conditions pour bénéficier de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) :

- Résider en France de façon stable depuis plus de 3 mois ;
- Être en situation régulière ;
- Percevoir des ressources inférieures à un plafond fixé selon la composition du foyer.

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la Protection Universelle Maladie (PUMA) remplace la CMU. L'objectif de ce changement était de moderniser et simplifier les ouvertures de droits, afin de

garantir un droit au remboursement des soins de manière continue. La PUMA garantit à toute personne travaillant ou résidant en France de manière stable et régulière un droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.

Quant à la CMUC, depuis le 1^{er} novembre 2019, le dispositif a été remplacé par la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), ce nouveau droit fusionne la CMUC et l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS). L'ACS permettait de bénéficier d'une réduction sur le coût d'une complémentaire santé pour toutes les personnes dont les ressources ne dépassant pas un certain plafond, lui-même supérieur au plafond fixé pour l'attribution de la CMU-C.

I.4/ La Complémentaire santé solidaire (CSS)⁷⁵

La Complémentaire Santé Solidaire (CSS) permet de bénéficier d'une complémentaire qui couvre la prise en charge du ticket modérateur :

- Chez le médecin, le dentiste, l'infirmier, le kinésithérapeute, l'hôpital, etc. ;
- Sur les médicaments
- Sur les dispositifs médicaux, comme les pansements, les cannes ou les fauteuils roulants
- Sur la plupart des lunettes, des prothèses dentaires ou des prothèses auditives.

Selon la situation du bénéficiaire il n'aura pas de cotisation à effectuer ou 30 euros mensuel à cotiser au maximum.

I.5/ L'Aide Médical de l'Etat (AME)⁷⁶

L'AME permet aux personnes étrangères en situation irrégulière d'avoir accès aux soins, sous des conditions de résidence et de ressources. Il existe 3 conditions à remplir pour bénéficier de l'AME :

- Justifier son identité
- Résider en France depuis plus de 3 mois.
- Avoir des ressources ne dépassant pas un certain plafond.

I.6/ Le tiers payant⁷⁷

C'est un système qui permet aux bénéficiaires de l'assurance maladie et dans certaines conditions d'avoir une dispense des frais médicaux de façon obligatoire (bénéficiaire de la CSS, l'AME, atteint d'une Affection Longue Durée (ALD)). En officine, le tiers payant s'applique en générale à tous les bénéficiaires de l'assurance maladie sous présentation de la carte vitale.

I.7/ Les Ateliers Santé Ville (ASV)

Créés en 1999 par le Comité interministériel des Villes, les Ateliers Santé Ville (ASV) sont inscrits dans une logique de santé publique, ils agissent sur les déterminants de santé au niveau des individus, ainsi que sur les facteurs environnementaux. La participation des institutions, des professionnels et des habitants est indispensable à ces ateliers.

On compte à ce jour plus de 250 ASV couvrant ainsi la quasi-totalité des quartiers définis comme étant prioritaires par la Politique de la Ville sur le territoire national.

Parmi les thèmes abordés dans ces ateliers on retrouve la nutrition, l'activité physique, l'hygiène buccodentaire, les compétences psychosociales des enfants, l'accès aux soins, la santé sexuelle, les conduites addictives, la médiation santé, l'accès aux droits ainsi que la santé mentale qui bénéficie d'un Atelier Santé Ville spécifique.

Le référentiel national de 2012 définit la création des Ateliers Santé Ville comme « *une démarche d'ingénierie de projet, de coordination d'acteurs et de programmation d'actions-santé au service de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Elle s'applique dans un cadre partenarial au profit des habitants des quartiers prioritaires de la Politique de la Ville* »⁷⁸.

Pour étayer mes propos, j'ai tenté à plusieurs reprises d'entrer en contact avec les acteurs organisant les ASV sur mon territoire ainsi qu'avec les services de la politique de la ville pilotant ce type d'action. Malheureusement ces derniers n'ont pas répondu à mes demandes. En revanche, cette absence de réponse peut être analysée de différentes manières. Je retiendrai l'hypothèse selon laquelle un travail en coordination entre les ASV et les professionnels de l'officine ne semble pas être courant et peut engendrer des réticences à co-construire autour de ce sujet.

I.8/ La Plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS)

L'objectif de la PFIDASS est multiple, il permet de :

- Repérer, parmi les assurés du régime général, les assurés renonçant aux soins et identifier les raisons ;
- Proposer à ces mêmes personnes un accompagnement global leur permettant d'être actrice de leur santé ;

Les modalités de fonctionnement du dispositif :

La première étape du programme vise à contrôler le dossier administratif de l'assuré(e), ceci permet d'avoir une vision globale de sa situation. Dans un second temps, une prise de contact est passée afin de mettre en œuvre le plan d'accompagnement qui sera adapté selon les besoins de l'assuré. Ce plan se définit autour de trois paliers d'accompagnement :

Palier 1 : Ce palier s'adresse aux personnes dont le renoncement relève uniquement d'une problématique d'accès aux droits de l'Assurance Maladie.

Exemples d'actions proposées : instruction des dossiers CMUC – ACS, commande de la carte Vitale, déclaration de médecin traitant etc.

Palier 2 : Ce palier s'adresse aux assurés dont le renoncement relève d'une difficulté d'accès aux droits ajouté à un besoin d'accompagnement dans la compréhension des droits, dans les démarches à accomplir ou dans l'orientation vers le système de soins.

Exemples d'actions proposées : Informations relatives aux structures de soins existantes, à la tarification des soins, aide au choix d'un organisme complémentaire, transmission d'information sur les dispositifs de prévention etc.

Palier 3 : En plus des deux premiers paliers, le renoncement relève ici d'une problématique financière qui ne peut être résolue par l'accès aux droits.

Exemples d'actions proposées : L'aide au choix de la structure de soins appropriée aux capacités financières des personnes, identification des organismes susceptibles d'apporter une aide financière etc.

La procédure de signalement :

A l'origine le dispositif PFIDASS fonctionnait exclusivement sur signalement des services de l'Assurance Maladie mais il s'étend progressivement aux professionnels du secteur social et de la santé, préalablement formés à cette démarche pour devenir « détecteur ».

Le signalement se fait par le biais d'un formulaire (disponible dans chaque CPAM) rempli avec l'accord de la personne concernée, il doit être adressé à la CPAM du département en question.

Une fois réception du signalement, les agents de l'Assurance Maladie vont se rapprocher de l'assuré et, avec son accord, lui proposer un accompagnement adapté à ses besoins.

I.9/ Plateforme territoriale d'appui

Identifiée par un numéro de téléphone, la plateforme territoriale d'appui est une équipe pluridisciplinaire qui soutient les professionnels de santé faisant face à une situation complexe dans la prise en charge ou l'accompagnement d'une personne, quel que soit son âge, sa pathologie ou son handicap. Notamment, la plateforme peut aider à l'orientation des personnes vers les dispositifs adaptés à leurs situations.

I.10/ Le dispositif Personne Agée En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA)⁷⁹

Suite à l'augmentation des personnes vieillissantes en France, le ministère des affaires sociales a mis en place depuis 2014, dans certains territoires expérimentaux, le PAERPA parcours de santé des aînés. Ce dispositif, qui s'adresse aux personnes âgées de 75 ans, a pour objectif de préserver tant que possible l'autonomie des personnes âgées en les maintenant le plus longtemps possible dans leur cadre de vie habituel.

Cette action est rendue possible en optimisant la coordination des professionnels sanitaires sociaux et médico-sociaux et agissant en amont de la perte d'autonomie par un repérage des principaux facteurs d'hospitalisation évitables :

- La dépression
- Les chutes
- Les problèmes liés à la prise des médicaments

Le lien facilité du public vieillissant vers la pharmacie, peut permettre au pharmacien d'être un acteur privilégié pour évaluer ces symptômes. Dans ce cadre-là, il pourra orienter son patient vers le dispositif.

Ce dispositif s'articule autour de 5 actions clés :

- Renforcer le maintien à domicile
- Améliorer la coordination des intervenants et des interventions
- Sécuriser la sortie d'hôpital
- Éviter les hospitalisations inutiles
- Mieux utiliser les médicaments

Initialement, neuf territoires pilotes avaient été retenus dans le cadre du dispositif Paerpa. Depuis 2016, l'initiative a été étendue à l'ensemble des régions françaises. Cette extension s'inscrit dans le cadre du Pacte Territoire Santé 2.

I.11/ Outils numériques

Le pharmacien peut également orienter les patients utilisant le numérique vers les procédures dématérialisées utilisables sur les sources « <https://www.service-public.fr> » et « <https://www.ameli.fr> » afin d'améliorer l'information sur leurs droits et leur garantir une meilleure autonomie.

Améliepro est une plateforme qui permet au professionnel de santé d'avoir accès à des services permettant de suivre le paiement du tiers-payant, d'échanger de manière sécurisée avec la sécurité sociale, réaliser des missions d'accompagnement et faciliter certaines démarches pour les patients.

Outre l'amélioration de l'accès aux soins, le pharmacien doit favoriser la promotion de la santé chez les personnes en situation de précarité. Pour cela, nous aborderons la notion d'empowerment, notion étroitement liée à la HL ainsi qu'aux ISS, qui permet de favoriser l'autonomie du patient au regard de sa santé.

II/ Les compétences et outils à disposition du pharmacien

II.1/ L'empowerment

La notion d'empowerment arrive en France dans les années 2000 mais elle fait l'objet de nombreuses publications anglo-saxonne depuis les années 1980 dans des champs aussi différents que ceux de l'action sociale, de l'éducation, du développement international, la santé etc. L'empowerment articule deux dimensions, celle du pouvoir, qui constitue la racine du mot, et celle du processus d'apprentissage pour y accéder.

En santé, l'empowerment traduit la démarche d'un patient qui souhaite connaître sa maladie, qui est capable de maintenir et prendre en charge sa santé de façon autonome. Ce processus peut être fait individuellement ou bien en collectif, c'est le cas des associations pour malades qui accompagnent les patients vers plus d'autonomie et de connaissance. L'empowerment des patients est ainsi considéré comme favorable à la réduction des ISS.

En santé l'empowerment peut se présenter de plusieurs façons :

- Soit le patient cherche à s'émanciper de toute relation avec les professionnels de santé et favorisera son choix plutôt que celui des professionnels
- Soit le patient cherche à faire preuve de curiosité et d'intérêt pour sa santé et, dans ce cas, il pourra être capable de gérer sa santé quotidiennement, savoir réagir correctement en cas d'urgence et participera aux choix thérapeutiques avec les professionnels de santé.

Le deuxième modèle permet au professionnel de santé d'être acteur de l'empowerment en se positionnant comme accompagnateur pour le patient, il sera basé sur une collaboration et un échange d'information permettant de trouver un compromis qui rendra les interactions positives et bénéfiques pour la santé du patient.

Pour faciliter le processus d'empowerment des patients, les pharmaciens ont un rôle éducatif notamment dans la prise en charge des maladies chroniques. En effet, dans cette situation, la prise de médicament se fera durant l'intégralité de la vie du patient et ses connaissances thérapeutiques permettront de favoriser son niveau d'autonomie. Parallèlement, si le patient comprend son traitement, il sera plus facile pour lui de l'accepter et d'être en capacité de moduler les prises selon ses besoins sans augmenter les risques. Enfin, il sera en mesure de réagir si un problème survient en étant alerté et concerné par les effets indésirables.

L'Empowerment intervient ici comme une solution pour combattre les ISS, en augmentant la compréhension des soins et les aptitudes à se prendre en charge, cela favorise l'observance, l'arrêt des comportements à risque et la confiance envers les professionnels de santé, points qui sont apparus comme étant problématiques chez les personnes victimes des ISS.

II.2/ La prévention

Dans cette partie nous allons explorer de quelle manière la promotion de la santé peut participer à réduire les ISS et de quelle manière le pharmacien peut-il agir en favorisant des actions de prévention. Enfin, nous nous intéresserons à sa manière d'interagir et de s'adapter à chaque patient.

La prévention est un outil fondamental pour modifier les comportements afin de garantir une meilleure santé. Le pharmacien participe au partage des messages de prévention et doit connaître les différentes façons de les communiquer afin de rendre son message efficient.

En effet, selon les capacités des patients à entendre et comprendre les messages de prévention, ces messages auront un impact différent. Cependant leurs capacités sont étroitement liées à la HL car, comme nous avons pu le voir, il est prouvé que plus on descend l'ascenseur social, plus la HL est basse. Ainsi, le risque sera de favoriser les inégalités de santé si les messages ne sont pas adaptés à la population ciblée mais, à contrario, de réduire les ISS si les messages le sont.

Selon l'OMS « *la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ». La prévention a pour objectif de maintenir la bonne santé d'une population ou d'un individu. L'OMS répartit la prévention en trois catégories :

- La prévention primaire qui agit en amont d'une maladie pour en diminuer l'incidence, comme par exemple la vaccination et les actions contre les facteurs de risque ;
- La prévention secondaire qui agit au tout début de l'apparition d'une maladie pour en diminuer la prévalence comme par exemple les actions de dépistage ;
- La prévention tertiaire qui correspond à toutes les actions qui contribuent à éviter les complications ou les rechutes.

A l'inverse de l'OMS qui établit une classification selon la gravité et l'étape d'apparition d'une maladie, RS. Gordon établit en 1982 une classification de la prévention en 3 parties selon les populations cibles :

- La prévention universelle est destinée à l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé
- La prévention sélective s'exerce en direction de sous-groupes de population spécifiques
- La prévention ciblée qui est destinée non seulement aux sous-groupes de population mais aussi et surtout aux populations présentant des facteurs de risque spécifiques.

D'après Geoffrey ROSE, épidémiologiste britannique, la prévention doit être une action réalisée sur toute la population pour avoir un effet sur la santé publique représentatif. En effet il considère que lorsque l'on agit sur la population entière on diminue la moyenne du risque dans une population⁸⁰.

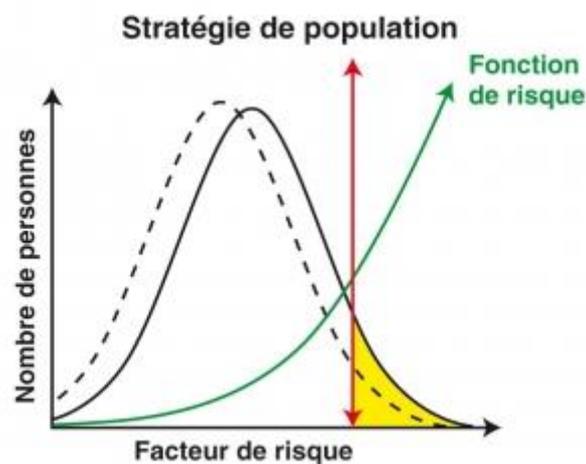


Figure 8 : Exemple graphique de la prévention populationnel

Cette approche de la prévention, très prisée par la santé publique car elle permet de réduire un risque sur un grand nombre de personnes à moindre coût, a ses limites. En effet en s'appuyant sur les données présentées ci-dessous sur la diminution du tabac après avoir mis en place des stratégies de prévention populationnelles, on remarque que cette approche augmente les inégalités sociales de santé. Effectivement, la diminution des fumeurs est plus importante chez les personnes ayant effectué des études supérieures que celles ayant un diplôme moins élevé. La même situation se retrouve entre les travailleurs et les chômeurs⁸¹.

Tableau

Facteurs associés au tabagisme quotidien en France en 2016 et 2017

	2016 N=14 521			2017 N=24 965		
	%	OR	IC95%	%	OR	IC95%
Sexe	***			***		
Homme (réf.) (n=11 574)	33,0	1		29,8	1	
Femme (n=13 710)	26,0	0,7***	[0,7-0,8]	24,2	0,8***	[0,7-0,8]
Âge	***			***		
18-24 ans (réf.) (n=2 272)	36,7	1		32,1	1	
25-34 ans (n=3 709)	37,3	1,1	[0,9-1,3]	36,5	1,3**	[1,1-1,5]
35-44 ans (n=4 386)	35,7	0,9	[0,8-1,1]	32,0	1,0	[0,8-1,1]
45-54 ans (n=5 003)	32,6	0,8**	[0,6-0,9]	30,6	0,8*	[0,7-1,0]
55-64 ans (n=5 261)	22,4	0,4***	[0,4-0,5]	20,6	0,5***	[0,4-0,6]
65-75 ans (n=4 653)	10,4	0,2***	[0,2-0,3]	9,5	0,2***	[0,2-0,3]
Diplôme	***			***		
Aucun diplôme (réf.) (n=1 608)	41,0	1		36,3	1	
<Bac (n=7 991)	31,7	0,7**	[0,6-0,9]	29,3	0,8*	[0,7-1,0]
Bac (n=5 415)	29,2	0,6***	[0,5-0,7]	27,6	0,6***	[0,5-0,7]
>Bac (n=10 209)	21,1	0,4***	[0,3-0,5]	19,8	0,5***	[0,4-0,5]
Revenu par unité de consommation	***			***		
1 ^{er} tercile (réf.) (n=7 237)	38,8	1		34,0	1	
2 ^e tercile (n=8 259)	28,5	0,9*	[0,8-1,0]	26,4	0,9**	[0,8-1,0]
3 ^e tercile (n=8 604)	21,0	0,8***	[0,7-0,9]	19,5	0,8***	[0,7-0,9]
Refus de répondre (n=1 184)	22,8	0,6**	[0,4-0,8]	22,2	0,6***	[0,5-0,7]
Situation professionnelle	***			***		
Travail (réf.) (n=14 369)	30,6	1		29,0	1	
Chômage (n=1 814)	49,7	1,7***	[1,5-2,0]	43,5	1,5***	[1,3-1,7]
Inactif (n=9 101)	21,7	1	[0,8-1,1]	19,3	0,9	[0,8-1,1]
PCS de l'individu ou du référent du foyer	***			***		
Agriculteur, artisan, commerçant, chef d'entreprise (n=1 972)	26,1	1,2	[1,0-1,5]	26,8	1,5***	[1,3-1,8]
Cadre et profession intellectuelle supérieure (réf.) (n=4 604)	17,9	1		15,9	1	
Profession intermédiaire (n=7 050)	24,7	1,3***	[1,1-1,5]	23,9	1,4***	[1,2-1,6]
Employé (n=6 865)	30,0	1,3**	[1,1-1,6]	27,4	1,4***	[1,2-1,6]
Ouvrier (n=4 532)	40,6	1,6***	[1,3-1,9]	36,4	1,7***	[1,4-1,9]

Sources : Baromètres santé 2016 et 2017, Santé publique France.

*** p<0,001 ; ** p<0,01 ; * p<0,05.

OR : odds ratio ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

PCS : catégorie socio-professionnelle.

Figure 9 : Facteurs associés au tabagisme quotidien en France en 2016-2017

En 2003, Jean-Louis San Marco, professeur de santé publique, distingue la prévention en 3 sous ensemble assez similaires à la classification de RS. Gordon mais en ajustant les préventions ciblées autour du malade :

- La prévention universelle dirigée vers l'ensemble de la population quelle que soit l'état de santé
- La prévention orientée qui porte sur les sujets à risque et tente d'éviter la survenue de la maladie dont ils sont menacés ;

- La prévention ciblée est appliquée aux personnes malades, elle aide à gérer leur traitement de façon à en améliorer le résultat, elle correspond à l'éducation thérapeutique actuelle.

Le pharmacien ne doit pas hésiter à transmettre les conseils et diffuser les messages, d'autant plus auprès des personnes en difficulté sociale où la diffusion simple du message ne suffit pas toujours à faire changer les comportements.

Ce constat demande au pharmacien d'adopter différentes stratégies et de s'appuyer sur les éléments de préoccupation des personnes pour les convaincre de suivre le conseil donné.

II.3/ La communication

J'ai souhaité aborder cette partie car la communication occupe un rôle essentiel dans la prise en charge du patient, elle représente ce que l'on renvoie à notre interlocuteur et ce que l'on reçoit de lui, soigner sa communication permet d'améliorer la relation de soin.

Le sentiment d'exclusion des personnes victimes des ISS peut constituer un frein à la relation (amenant vers le non-recours aux soins par exemple), c'est pourquoi une communication plus adaptée et plus empathique, pourrait permettre de créer une relation de confiance bénéfique à la relation thérapeutique.

Enfin, nous verrons de quelle manière la communication peut se présenter comme un outil permettant au professionnel de santé d'agir sur le versant psychosocial des ISS en combattant les représentations, les jugements, et les rejets de l'autre.

II.3.1/ Le schéma techniciste de la communication :

Nous allons dans un premier temps aborder le schéma techniciste de la communication pour comprendre ses mécanismes et les facteurs qui interviennent durant l'échange. Dans les années 1945-1950, Claude Elwood Shannon ingénieur et Warren Weaver mathématicien américain ont mis en place un schéma pour décrire le système de communication, en premier lieu pour expliquer le circuit réalisé dans le cadre de l'industrie du téléphone et du télégraphe de l'époque.

Ce schéma a été complété par Norbert Wiener mathématicien américain et est transposable à tout système de communication. Il met en évidence un émetteur, un codage, un canal, un décodage, un destinataire, le feed back et le bruit.

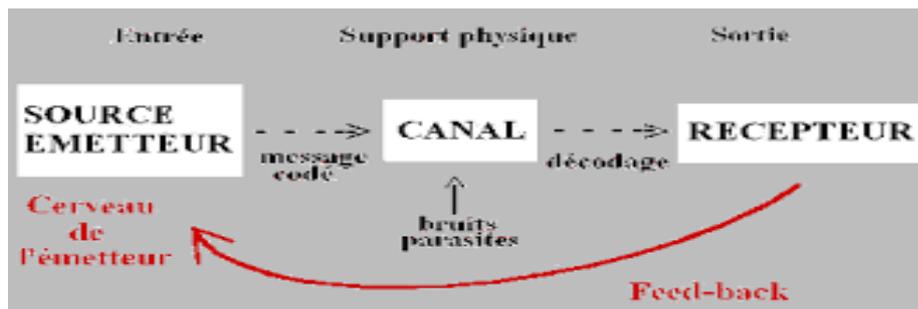


Figure 10 : Schéma techniciste de la communication

L'émetteur représente la source de l'information. Il procède à un codage de cette information en l'adaptant avec un langage compréhensible pour le destinataire et véhicule l'information grâce à un support matériel appelé canal. Le destinataire devient le récepteur en décodant l'information transmise.

Plus précisément, le canal représente le moyen par lequel sera diffusé le message. Il existe en effet différents types de canaux : presse écrite radio, télévision, internet, téléphone...

Le feed-back a pour but de confirmer la compréhension du message par le récepteur. Ainsi l'émetteur pourra adapter sa communication en conséquence et éventuellement utiliser l'outil de la reformulation pour s'assurer que le message soit compris. Cette étape du feed-back pourra se traduire par le biais de la communication non verbale (gestes – mimiques – attitudes) ou verbale (spontané, sollicité).

II.3.2/ D'autres modèles de communication

Le modèle d'Aristote :

Aristote, philosophe grec, a établi un modèle de communication orale qu'il a baptisé rhétorique. Dans ce modèle, le mécanisme repose sur trois éléments :

- L'éthos : Il s'agit du style que doit adopter l'émetteur pour capter l'attention de son/ses récepteur(s)
- Le logos : Il s'agit de la logique, le raisonnement et l'argumentation
- Le pathos : Ceci représente la sensibilité des récepteurs.

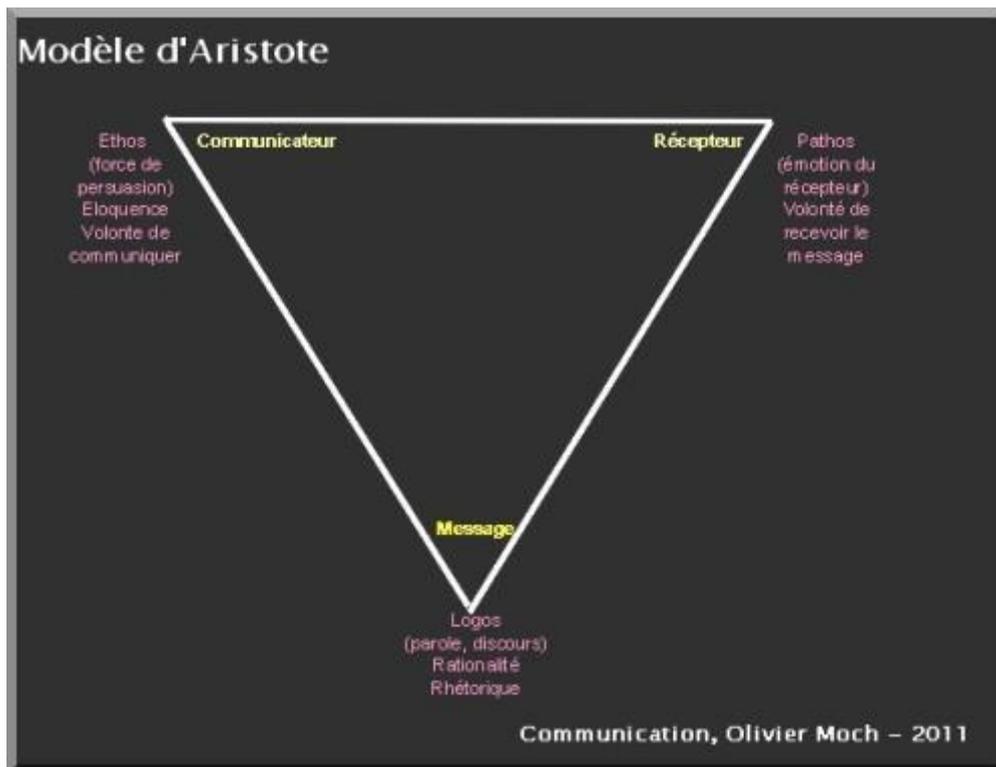


Figure 11 : modèle d'Aristote, paru dans *Communication*, Olivier Moch (2011)

Dans le modèle d'Aristote, c'est le récepteur qui détermine l'objet et la fin de la communication, si l'objet ne lui convient pas, il mettra un terme à la relation. Il est l'élément majeur du processus de communication.

Si l'on transpose cette analyse à un système de communication en pharmacie, on comprend rapidement que si l'on n'est pas attentif aux préoccupations ou bien à l'état émotionnel du patient, l'information que l'on voudra lui transmettre ne sera pas entendue.

Le modèle de K.Berlo :

David K. Berlo, théoricien de la communication, a mis en évidence un autre aspect, celui de la psychologie dans le système de communication.

Son modèle englobe la source, le message, le canal et le récepteur mais selon lui, la communication est influencée par des éléments extérieurs à chaque niveau de la relation.

Le savoir, la catégorie sociale, les compétences et la culture de l'émetteur et du récepteur, peuvent influencer la façon dont le message sera traité.

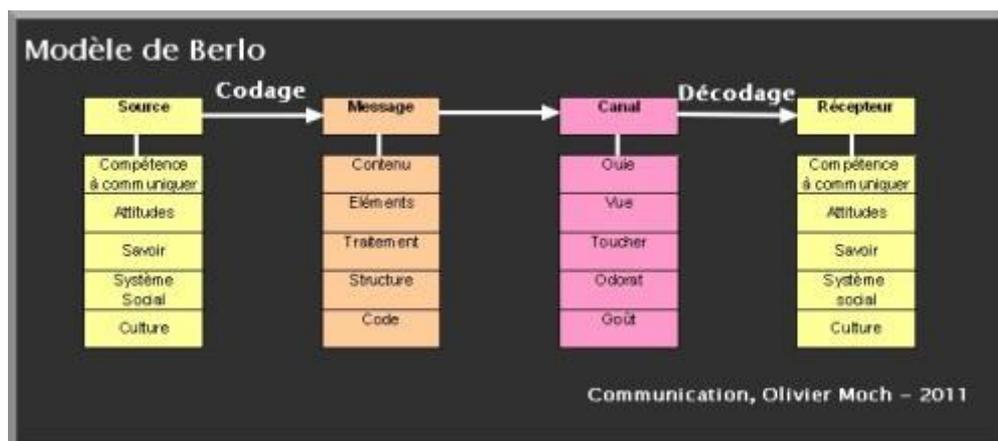


Figure 12 : Modèle de Berlo, paru dans Communication, Olivier Moch (2011)

Ce modèle est peut-être plus complet car il tient compte de la personnalité de la source et du récepteur, de ses connaissances, compétences, de leur environnement. Dans le cas d'un échange entre un pharmacien et son patient, cela implique l'analyse de l'interlocuteur pour pouvoir prendre en compte son niveau de compréhension et pouvoir ainsi adapter son message. Prenons l'exemple d'une personne venant se faire dispenser son traitement, si le pharmacien s'adresse à elle en utilisant un vocabulaire scientifique qui lui est inconnu le risque sera qu'il n'applique pas les consignes nécessaires.

Le modèle de Mehrabian définissant la règle des 7-38-55 :

Dans cette partie, nous nous intéressons aux autres formes de communication, telle que la communication non verbale qui correspond à tous les éléments qui interviennent dans le processus d'émission et de réception d'un message.

Le professeur Albert Mehrabian énonce la « règle des 7-38-55 », selon lui, dans le processus de communication 7% de la communication est verbale et implique le sens même des mots, 38% de la communication est vocale (le timbre de voix, le débit de parole etc) et 55% de la communication est visuelle (les attitudes du corps, les expressions faciales etc).

Toujours d'après le professeur Mehrabian, 93% de notre communication n'est donc pas en rapport direct avec les mots que nous employons.

Ainsi, le pharmacien doit être en capacité, d'une part de décrypter les signaux émis par le patient, et d'autre part, de maîtriser sa propre attitude afin qu'elle soit cohérente avec le message qu'il souhaite transmettre et qu'elle participe à l'efficacité de sa communication.

II.3.3/ Techniques et attitudes favorisant la communication

Selon Carl Rogers la communication doit comprendre 3 dimensions qui sont l'empathie, la congruence et la considération positive du soignant vers le soigné. Pour lui c'est « *la capacité que peut avoir un soignant à amener toute personne en difficulté à mobiliser ses ressources pour mieux vivre une situation* ».

Si on transporte cette idée à l'exercice des fonctions du pharmacien, l'objectif serait alors d'aider le patient à développer ses capacités d'autonomie pour mieux vivre sa maladie. Cette vision de la relation soignant-soigné est contraire au modèle de la médecine paternaliste qui mettait le patient au service du soignant et toute responsabilité d'échec sur le patient. Pour accompagner un patient dans la gestion de son traitement et en général dans l'amélioration de son état de santé nous disions plus haut que le pharmacien devra comprendre l'environnement et les comportements de son patient. Ce recueil d'information peut se faire par le biais d'un entretien qui ne doit apparaître comme un interrogatoire qui mettrait le pharmacien dans le rôle du dominant et le patient dans celui du dominé. Il ne s'agit pas non plus d'une simple conversation sans objectif qui inverserait la relation. L'objectif ici est bien de trouver le juste équilibre entre expression du patient et apports du pharmacien. Pour trouver ce juste équilibre, le pharmacien utilise des techniques d'écoute et de reformulation.

L'écoute active :

Il existe plusieurs formes d'écoute, celle que le pharmacien adoptera sera l'écoute active. Il s'agit d'une écoute centrée sur l'autre dans laquelle le professionnel montre sa disponibilité auprès de son patient, celle que Carl Rogers nomme la congruence.

Cette écoute représente la capacité du professionnel à être correctement en contact avec la complexité des sentiments et des pensées qui sont en train de circuler en lui tandis qu'il cherchera à suivre les pensées et les sentiments de son interlocuteur.

L'écoute active demande alors au pharmacien de ne pas être figé, il doit montrer des signes verbaux ou non verbaux pour attester de sa compréhension du message.

Pour aider la personne à s'exprimer le pharmacien aura recours aux questions ouvertes qui permettent le développement, la réflexion et la précision du discours du patient. Elles permettent de recueillir des données tout en laissant au patient la capacité d'utiliser ses propres mots et d'exprimer ses propres valeurs et sentiments.

Les questions ouvertes permettent au pharmacien de contrôler l'échange en l'amenant vers un entretien plutôt qu'un interrogatoire, et permet de rebondir sur les éléments importants afin de recentrer vers les objectifs visés.

La considération positive inconditionnelle :

La considération positive inconditionnelle c'est l'acceptation totale et inconditionnelle du patient tel qu'il apparaît à lui-même dans le présent. Elle ne dépend en aucune façon de critères moraux, éthiques ou sociaux. Elle énonce un positionnement de non-jugement à toute circonstance.

La compréhension empathique :

La compréhension empathique est issue de la préoccupation du pharmacien pour le monde perceptif et subjectif du client. Dans le cadre de la profession du pharmacien, cette posture lui permettra de percevoir l'environnement du patient en veillant à ne pas se laisser submerger par celui-ci. Le pharmacien devra ainsi faire abstraction de tous ses propres préjugés et valeurs pour écouter et comprendre son interlocuteur. Pour vérifier que les informations obtenues soient bonnes, le pharmacien pourra utiliser des compétences présentes dans l'entretien motivationnel telles que la reformulation ou encore la synthèse.

Essayer de comprendre le patient ne signifie pas être d'accord avec, le but est d'essayer de l'amener vers des objectifs de soins. L'empathie est un savoir que le pharmacien doit maîtriser afin de permettre au patient de se sentir compris, sans jugement, contrôle ou évaluation de ce qu'il dit ou fait. Ce sentiment augmentera l'estime du patient et améliorera la qualité de la communication.

La reformulation :

C'est une traduction de la notion de « feed-back » employée au travers du modèle techniciste de la communication.

Selon Carl Rogers, il est préférable d'orienter un entretien de manière non directive au cours duquel le « meneur » utilisera des techniques de reformulation afin que la personne puisse préciser ou bien réfléchir sur son discours. C'est une technique qui aide l'autre à s'exprimer, à se valoriser et à clarifier sa situation tout en apportant de la considération à son interlocuteur.

Le transfert dans la relation :

Dans une relation de soin, il est important de ne pas mélanger ses expériences et ses émotions avec celles de l'autre, c'est ce que l'on appelle le « transfert ». Il faut savoir se délaisser de ses comportements narcissiques pour mettre à profit l'attention sur l'autre, ceci est un prérequis indispensable pour adopter une posture empathique et non jugeante.

Pour cela, il est important de connaître qui l'on est, être conscient de ses qualités et défauts mais également de ses propres expériences afin de pouvoir anticiper ses réactions. Se connaître permet finalement de pouvoir contrôler ses émotions et son comportement.

II.3.4/ Les freins à la communication lors d'un échange au comptoir d'une officine

Le pharmacien d'officine positionné au comptoir est confronté à de nombreux freins à la communication et à la création d'une relation de confiance.

- La confidentialité : le comptoir étant un espace public, l'intimité des échanges est difficilement garantie malgré l'existence d'une distance réglementaire, de ce fait la pudeur de certains patients peut mettre à mal l'échange d'information nécessaire à la bonne prise en charge de leurs demandes.
- Le temps d'attente : un temps d'attente trop long peut constituer un facteur de stress ou de nervosité qui limitera l'efficacité de la communication avant même que celle-ci ne débute.
- Le contrôle de la prescription : le pharmacien a un rôle de contrôle et doit décider de la délivrance des médicaments prescrits, si une contre-indication absolue existe le pharmacien a le droit de refuser la délivrance ce qui peut représenter une source de conflit entre le patient et le pharmacien.
- La position physique peut être aussi prise en compte, au comptoir les interlocuteurs sont debout face à face, ce qui peut limiter la durée et la qualité des échanges. Un entretien dans un bureau fermé, peut limiter les différents freins évoqués ci-dessus en garantissant un environnement plus confidentiel et donc plus agréable pour le patient. Du côté du pharmacien, il pourra peut-être mieux appréhender son patient et s'adapter davantage à son niveau de connaissance. Cependant, le bruit, l'éclairage, la température, les interruptions par le personnel ou les appels téléphoniques sont autant d'éléments capables de perturber également un entretien.

D'autres freins peuvent être évoqués notamment dans la relation pharmacien - patient en situation de précarité. En effet un bénéficiaire de la CMU-C se trouvant en rupture de droit ne pourra pas prétendre au tiers payant et cela pourra représenter une incompréhension et mener à un conflit dégradant la relation. Aussi, la prescription de produits non remboursés ou avec dépassement est parfois source de situation conflictuelle, le pharmacien aura donc un rôle essentiel d'explication sur les différentes bases de remboursement.

Ces situations, en plus d'altérer la relation soignant-soigné, apportent au patient des difficultés supplémentaires car elles favorisent la mauvaise observance du traitement.

La pharmacie d'officine étant une entreprise qui doit respecter une trésorerie ainsi qu'un certain niveau de rentabilité, ne pourra pas se permettre d'intervenir financièrement sur ces cas typiques. En effet, l'objectif n'est pas de mettre à mal l'entreprise mais de trouver un équilibre entre la lutte contre les inégalités et la stabilité de l'officine. C'est pour cette raison qu'une communication efficiente ajoutée à une posture empathique, permettront de limiter ces sources d'incompréhensions.

Dans la partie suivante, je présenterai la pharmacie clinique, pratique qui correspond à une nouvelle manière de prendre en charge le patient.

II.4/ La pharmacie clinique

La pharmacie clinique tend à devenir la pharmacie de demain, ici l'objectif est de montrer comment la pharmacie clinique, dans sa mise en forme et ses missions, soutient le pharmacien dans la lutte contre les ISS. Pour accompagner mon raisonnement et pour comprendre la complexité et les difficultés que peut rencontrer une personne atteinte d'une ALD, j'illustrerai mes exemples par le diabète de type II, maladie chronique qui touche sensiblement les populations en situation de précarité⁸².

II.4.1/ Historique

Le concept de pharmacie clinique a pris naissance aux États-Unis dans les années 60, elle a été définie pour la première fois en 1961 par Charles Walton comme « *l'utilisation optimale du jugement et des connaissances pharmaceutiques et biomédicales du pharmacien, dans le but d'améliorer l'efficacité, la sécurité, l'économie et la précision selon lesquelles les médicaments doivent être utilisés dans le traitement des patients* »⁸³.

La Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) a été créée en 1983 et propose la définition suivante : « *La pharmacie clinique est une discipline de santé centrée sur le patient, dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soins. Pour cela, les actes de pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé. Le pharmacien exerce en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants* »⁸⁴.

La pharmacie clinique situe alors le patient au centre de la démarche et s'exerce dans un cadre de coopération interprofessionnelle.

La pharmacie clinique apparaît en France comme discipline dans le cursus des étudiants hospitalo-universitaire à partir de 1985. C'est dans les Pharmacies à Usages Intérieur (PUI) que l'exercice de la pharmacie clinique est facilité grâce à l'ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016⁸⁵ et de la mise en application de l'article 204 de la loi de modernisation de notre système de santé, 2016-41⁸⁶ qui transforme les missions des pharmaciens exerçant en PUI. En effet, elle favorise les missions de pharmacie clinique des pharmaciens en permettant des échanges plus facilités d'information clinique entre professionnels, sous réserve du consentement du patient.

A l'officine, la loi HPST de 2009 représente une grande avancée vers l'exercice de la pharmacie clinique en permettant au pharmacien d'être désigné comme pharmacien correspondant par le patient au sein d'une équipe de soins. En 2012, l'avenant 1 à la convention nationale du 4 mai 2012⁸⁷ organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie donne naissance à d'autres missions de pharmacie clinique dans l'exercice officinale en introduisant dans un premier temps les entretiens pour le suivi des patients sous antivitamines K (AVK), puis, en 2014, le suivi des patients asthmatiques. Plus récemment, en 2018, et toujours dans le même objectif, c'est le bilan partagé de médication qui a été élaboré.

II.4.2/ Les étapes de la pharmacie clinique

La Société Française de la Pharmacie Clinique (SFPC) a proposé un modèle de pharmacie clinique axé sur 3 prestations pharmaceutique, la dispensation, le bilan de médication et le plan pharmaceutique personnalisé.

Chaque prestation est soumise à un ou plusieurs actes pharmaceutiques.

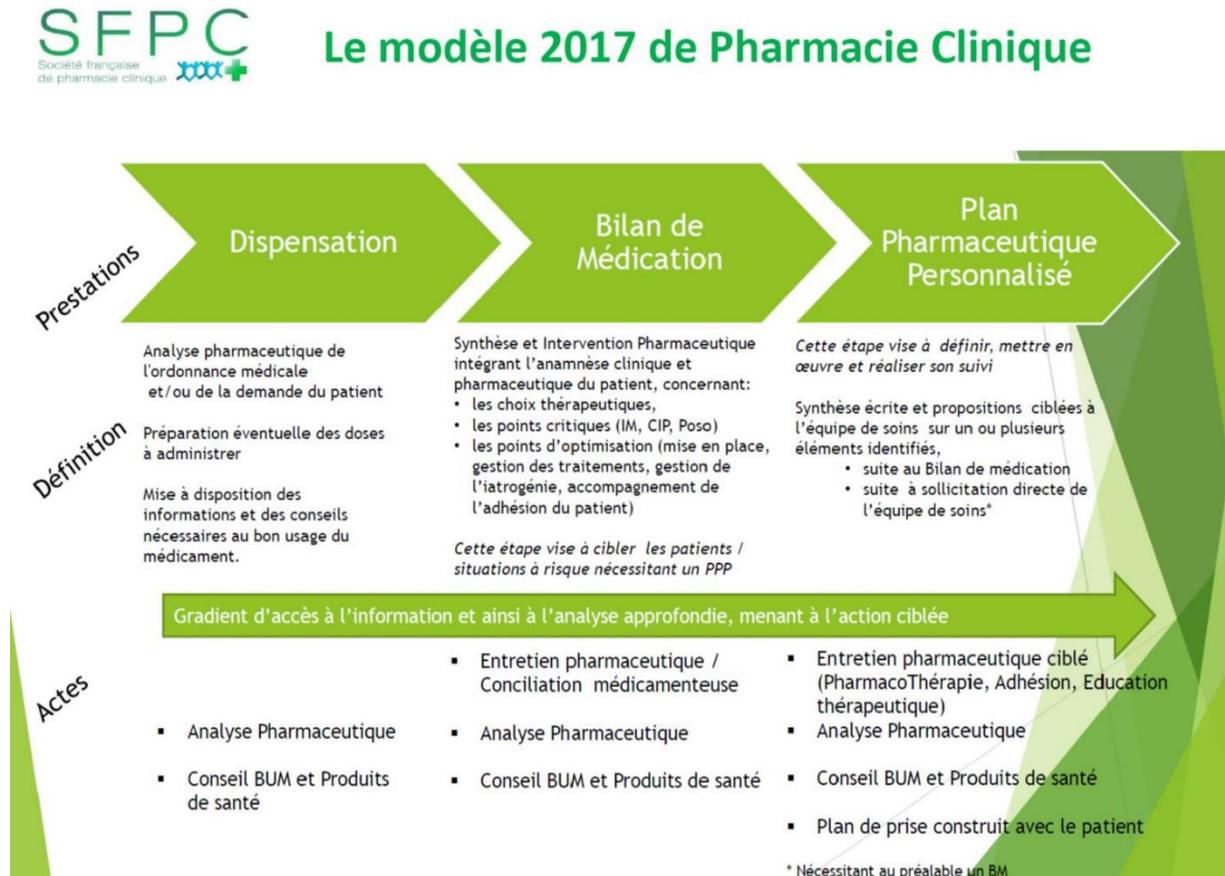


Figure 13 : Modèle de Pharmacie clinique, SFPC (2017)

II.4.3/ La dispensation

La première étape du processus de pharmacie clinique commence par la dispensation. Cette démarche représente la principale mission du pharmacien, définie par l'article R. 4235-48 du code de la santé publique (CSP) : « *Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation, associant à sa délivrance l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ; la préparation éventuelle des doses à administrer et la mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage des produits de santé. 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, apporter un soutien au patient*⁸⁸ ».

Le pharmacien, par l'acte de dispensation, va au-delà de la simple délivrance et mobilise ses compétences pour apporter un conseil adapté au patient. A l'officine cet acte est réalisé au comptoir. Le pharmacien doit respecter en toutes circonstances les bonnes pratiques de dispensation des médicaments prévues par l'article L. 5121-5 du code de la santé publique⁸⁹.

II.4.4/ Le bilan de médication

La seconde étape dans le processus de pharmacie clinique représente le bilan de médication (BM). L'objectif d'un bilan de médication est de trouver, avec le patient, un accord concernant son traitement, en prenant le soin d'améliorer l'impact clinique des médicaments, de réduire les difficultés thérapeutiques et de diminuer les éventuels surcoûts existants. Ce BM implique une analyse complète des médicaments du patient et de l'ensemble de ses traitements. Le bilan de médication requiert l'accès à une information complète concernant le patient, dont les données cliniques, biologiques et son traitement. Il a pour but d'optimiser la prise en charge thérapeutique en mettant en place le suivi des traitements, la gestion des risques iatrogéniques et l'accompagnement du patient dans l'adhésion à son traitement. Le BM demande le recrutement du patient dans le respect d'un cadre législatif. Les patients éligibles doivent être âgés de plus de 75 ans avec plus de 5 médicaments prescrits pendant plus de 6 mois. Il peut également s'agir de patients âgés de plus de 65 ans avec une ALD.

Après avoir expliqué au patient l'objectif et l'intérêt du bilan partagé de médication et à la suite de l'obtention de son accord, le pharmacien procède au recueil des données.

Le bilan partagé de médication s'appuie sur une recherche active d'informations sur les produits administrés au patient et l'établissement d'une liste de médicaments pris ou à prendre comprenant l'automédication. Il s'agit-là d'entreprendre une première étape de conciliation médicamenteuse⁹⁰ qui peut être enrichie des antécédents médicamenteux pour prendre en compte le contexte médical dans sa globalité. Le BM nécessite donc un accès aux données biologiques afin de permettre au pharmacien d'appréhender le meilleur traitement possible selon les besoins du patient. Cette collecte d'information pourra se faire soit via la consultation du Dossier Médical Partagé (DMP), soit directement auprès du médecin traitant.

Pour obtenir de nouvelles sources d'informations et afin de mieux comprendre le contexte du patient, le pharmacien doit réaliser un entretien avec celui-ci. Le jour de l'entretien, il est souhaitable que le patient apporte des documents qui permettront un recueil d'information (telles que les dernières ordonnances, les derniers bilans de biologie, les boîtes de médicaments,

le pilulier, les comptes rendus d'hospitalisation éventuels, le carnet de vaccination et la carte vitale pour consultation du dossier pharmaceutique si cela n'a pas été réalisé en amont).

L'entretien structuré avec le patient est conduit à l'aide d'un questionnaire dont la trame est validée par la SFPC. Il a plusieurs objectifs :

- L'évaluation de la compréhension du patient sur son traitement
- L'évaluation des besoins d'information sur le médicament du patient
- L'évaluation de l'observance du traitement
- L'évaluation des effets indésirables et leurs prises en charge

Le questionnaire est organisé en cinq parties :

- 1) Noms et coordonnées des personnels de santé
- 2) Données socio-démographiques,
- 3) Pathologies associées,
- 4) Traitements et posologie,
- 5) Gestion des médicaments par le patient et adhésion thérapeutique.

La première partie a pour objectif de recueillir les noms des professionnels de santé qui prennent en charge le patient afin de pouvoir échanger avec eux. La seconde partie recueille les données identitaires et sociales du patient : sexe, âge, situation locative (domicile, foyer logement, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), situation familiale (célibataire, concubinage etc.) et éventuelles aides mises en place à domicile (infirmières, aide-ménagère, portage des repas, téléalarme). L'objectif est de comprendre le contexte environnemental et social du patient afin de s'assurer qu'il ait accès aux différentes aides dont il pourrait disposer. La troisième partie concerne les antécédents et comorbidités du patient.

La quatrième partie se présente sous la forme d'un tableau répertoriant l'ensemble des traitements prescrits au patient, complétés de ceux pris en automédication. Cette dernière partie permet d'avoir une visibilité sur les traitements pris par le patient et facilite la visualisation des interactions et difficultés thérapeutiques pouvant apparaître. La cinquième partie est destinée à évaluer l'adhésion et la gestion des traitements par le patient. L'adhésion s'évalue grâce au « score de Girerd », méthode qui consiste en la réalisation d'un questionnaire dont l'objectif est d'évaluer le niveau d'observance du patient à ses traitements. Les questions en lien avec la gestion du traitement concernent l'utilisation des outils d'aide à la prise des médicaments, le recours à une aide extérieure ou encore les difficultés liées à l'administration des médicaments, notamment ceux ayant une forme galénique inadaptée.

L'évaluation et l'analyse pharmaceutique clinique

Après avoir recensé toutes les informations nécessaires, le pharmacien réalise de manière autonome une analyse pharmaceutique dont l'objectif est d'optimiser les prescriptions médicamenteuses. Ainsi, le pharmacien disposera d'éléments pour mettre en évidence des prescriptions potentiellement inappropriées (telles que la sur-prescription ou la prescription d'un médicament inapproprié ou qui ne respecte pas l'équilibre du bénéfice et des risques ou encore la sous-prescription qui correspond à la non-prescription d'un médicament qui aurait dû être faite).

Après cette étape, le pharmacien rédige ses conclusions et recommandations qu'il transmettra au patient ainsi qu'au médecin traitant. Cette transmission sera faite dans le respect du partage d'information à caractère secret. Après réception des conclusions du bilan partagé de médication, le médecin doit évaluer la pertinence des interventions pharmaceutiques afin d'apporter ou non des modifications thérapeutiques.

Le patient pourra être tenu informé de cet échange d'information entre son médecin et son pharmacien à l'occasion d'un entretien conseil. A ce moment-là, le pharmacien pourra également délivrer les conseils adaptés ainsi que des outils qui lui permettront de gérer son traitement avec le plus d'autonomie possible. Un bilan partagé de médication annuel ou une rencontre de suivi anticipée pourra être proposé au patient.

Ainsi, l'outil « *bilan partagé de médication* » de la SFPC se décline en deux versions dont l'une spécifiquement consacrée au suivi d'un bilan initial. Ce travail pourra aboutir à la formalisation d'un suivi pharmaceutique au travers d'un Plan Pharmaceutique Personnalisé (PPP).

II.4.5/ Le Plan Pharmaceutique Personnalisé (PPP)

Le PPP est consécutif à la réalisation de la conciliation des traitements (bilan médicamenteux) et au Bilan de Médication Partagé (BMP), il est réalisé lorsque le pharmacien recense des situations à risque et/ou quand pharmacien et patients décident d'une conduite à tenir pour améliorer le BUM et l'adhésion du patient à son traitement. Il tient compte de l'analyse des données du dossier patient, de l'expertise pharmaceutique clinique, du contenu de l'entretien pharmaceutique approfondi avec le patient dont la synthèse permet d'identifier les situations à risque et les préconisations pour les éviter.

En résumé, la pharmacie clinique a pour objectif d'améliorer la prise en charge médicale et pharmaceutique du patient. Elle apporte une approche plus adaptée et centrée sur le patient que peut l'être la pharmacie de comptoir. Elle peut permettre au pharmacien d'avoir accès à des

informations plus larges et orientées vers le contexte social de la personne. L'intérêt du recueil de ces informations c'est la globalité de la prise en charge qu'elles permettent d'apporter au patient. Pour exemple, j'ai choisi de présenter le travail réalisé lors de mon cursus universitaire qui consiste en la réalisation de la conciliation médicamenteuse et qui, dans le cadre des ISS, a permis de démontrer que les personnes en situation de précarité, présentaient un parcours de soin moins structuré.

II.4.6/ Résumé du travail effectué au cours de l'année 2017 au sein du Centre Hospitalier Edouard Toulouse

Lors de la cinquième année de formation, j'ai réalisé un stage au sein du Centre Hospitalier Edouard Toulouse situé à Marseille. Il s'agit d'un établissement hébergeant des personnes présentant des problématiques de santé mentale dans lequel j'ai réalisé une étude sur la conciliation médicamenteuse, abordée plus haut dans la réalisation du processus de pharmacie clinique.

L'étude a permis de mettre en avant que la réalisation de la conciliation médicamenteuse fût difficile compte tenu du profil des patients qui se trouvaient dans un environnement social instable et avaient un parcours de soins qui ne permettait pas de recueillir les sources nécessaires à la réalisation de l'étape. En revanche, cette recherche a permis de mettre en évidence la nécessité d'une meilleure prise en charge pour coordonner leur parcours.

Le résumé de cette étude est disponible en annexe. J'ai choisi de l'intégrer dans ma thèse afin de mettre en avant les conclusions retenues. En effet, la coordination des acteurs de soin dans leur partage d'information apparaissait nécessaire pour le recueil de données et la poursuite de la prise en charge du patient. Les pharmacies de ville sont apparues comme des acteurs principaux dans le recueil des données et comme des relais appréciables dans la continuité de la prise en charge du patient à sa sortie d'hospitalisation.

A travers cette conclusion, on peut donc admettre que la pharmacie de ville peut s'intégrer dans la lutte contre les ISS en participant à une meilleure coordination avec ses partenaires afin de garantir une continuité de prise en charge du dossier des patients les plus fragiles et de renforcer leurs accessibilités aux soins. La pharmacie clinique s'intègre alors dans un échange d'information transversal entre la ville et l'hôpital.

En conclusion, le BM et le PPP permettent d'obtenir des informations sur l'environnement social du patient afin d'explorer les difficultés rencontrées ce qui semble indispensable pour agir contre les ISS. De plus, la sécurisation de l'ordonnance permet d'améliorer la prise en charge pharmaceutique tout en profitant d'un échange pluridisciplinaire afin d'optimiser les soins. Il en découle un meilleur rapport bénéfice-risque important à maîtriser et bénéfique pour réduire les ISS d'ordre sanitaire.

II.5/ L'éducation thérapeutique

Le programme d'éducation thérapeutique est un outil d'intervention pour les professionnels de santé auprès de leurs patients dont les objectifs sont selon la Haute Autorité de Santé (HAS)⁹¹ :

- Favoriser l'autonomie des patients, permettre aux patients l'appropriation du savoir et des compétences d'auto-soins afin de les rendre acteur de leurs soins.
- Améliorer leurs compétences psycho-sociales pour leur permettre de s'adapter à leurs maladies ou autre circonstance afin de profiter d'une qualité de vie optimale.

Ces objectifs s'inscrivent pleinement dans la réduction des ISS en rendant le patient acteur de sa santé, favorisant la réduction des comportements à risque à l'origine des ISS et en apportant des éléments de bonne conduite. Cela augmente la HL et encourage l'empowerment des patients.

L'éducation thérapeutique est réglementée via l'article 84 de la loi HPST qui l'inscrit dans le code de la santé publique. Pour être exercé et autorisé le programme d'éducation thérapeutique doit répondre aux exigences précisées dans les décrets et arrêtés suivants :

- Le décret du 2/08/2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique.
- L'arrêté du 2/08/2010 relatif au cahier des charges des programmes d'ETP et à la composition du dossier de demande d'autorisation.
- Le décret du 2/08/2010 et l'arrêté du 2/08/2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP
- Le décret du 31/05/2013 et l'arrêté du 31/05/2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique.
- Le décret du 31/08/2010 relatif aux programmes d'apprentissage.

II.5.1/ Les quatre étapes du programme :

Le programme d'éducation thérapeutique se met en place en 4 étapes. Premièrement, par la réalisation d'un bilan éducatif partagé, il s'agit d'un diagnostic qui comprend un contrat éducatif accepté par le patient qui en devient sa propriété. Ce bilan est réalisé au cours d'un entretien individuel dont le but est d'identifier le niveau de connaissance du patient. C'est ici que l'on explore les 5 dimensions pour faire émerger des besoins que nous aborderons ultérieurement.

Dans un second temps, il s'agit de réaliser un programme personnalisé qui définit des priorités d'apprentissage en fonction des besoins recensés et de réaliser une planification et une mise en œuvre des séances. A cette étape, les outils et objectifs de chaque atelier et entretien sont programmés.

Dans un dernier temps, une évaluation individuelle est réalisée, elle permet de mettre en évidence éventuellement d'autres besoins afin de renouveler un autre programme d'éducation thérapeutique, elle est donc réalisée par cycle.

Chez le patient atteint d'une maladie chronique, l'objectif d'un programme d'éducation thérapeutique sera de lui permettre d'acquérir des compétences d'auto-soins ainsi que des compétences psycho-sociales.

II.5.2/ Les compétences d'auto-soins :

Le pharmacien doit s'assurer que le patient ait des connaissances sémiologiques et qu'il soit en capacité de soulager ses symptômes. Par exemple, dans le diabète de type II, le patient doit être capable de reconnaître les signes d'hypoglycémie et de réagir en ingérant 3 carrés de sucre.

L'objectif du programme sera aussi centré sur l'acquisition des connaissances biologiques sur la maladie dont le patient est atteint afin qu'il soit en capacité de savoir dans quel contexte réaliser une autosurveillance ou une automesure ainsi que d'interpréter les résultats. Dans le cas du diabète de type II le patient doit savoir interpréter l'hémoglobine glyquée et savoir que c'est un indicateur fiable de l'hyperglycémie dans l'organisme dans les 3 mois et que l'objectif est d'atteindre une HBA1C inférieure à 7%. Si besoin le patient diabétique peut être amené à faire des automesures de sa tension. Dans ce cas, il faudra s'assurer qu'il connaisse les valeurs de tension acceptable, inférieures à 130/90 chez le diabétique et qu'il sache comment réaliser ses mesures selon la règle des 3 : 3 mesures de suite avec 2 minutes d'intervalle matin et soir, 3 jours consécutifs. L'autre objectif sera de lui apporter une meilleure connaissance de son traitement afin qu'il soit en mesure d'adapter les doses, savoir dans quel cas initier la prise d'un

médicament et comment réaliser les gestes techniques. Par exemple si un patient diabétique oublie sa prise de biguanide pendant le repas, il ne faudra pas la prendre en dehors, ni la rattraper au prochain repas.

II.5.3/ Les capacités psycho-sociales :

Selon l’OMS, les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne.

Dans un programme d’ETP, l’objectif est d’augmenter le niveau de confiance du patient en lui apportant des éléments favorisant la gestion de ses émotions. La finalité recherchée ici est de lui permettre de prendre les bonnes décisions et résoudre ses problèmes. Pour atteindre ces objectifs, le pharmacien devra explorer 5 dimensions :

- La dimension socio-professionnelle qui correspond à la profession et aux activités : elle permet d’explorer le contexte de vie du patient tout en gardant le lien entre sa maladie et son traitement.
- La dimension cognitive qui correspond aux savoirs du patient : ce sont ses connaissances, représentations, croyances relatives à la maladie et au traitement.
- La dimension biomédicale : il s’agit de comprendre comment le patient vit sa maladie, ses pathologies et ses symptômes. Cette dimension englobe l’ensemble des difficultés du patient, et pas seulement ceux liés à sa maladie chronique.
- La dimension psycho-affective : il s’agit d’avoir un aperçu de l’environnement familial, amical, conjugal afin d’évaluer les sources de soutien potentiels dont le patient dispose pour faire face aux situations causées par la maladie.
- La dimension de soin : elle correspond à ce que le patient projette, ses projets et priorités de santé, priorités d’apprentissage, en lien avec son projet de vie. Cette dimension permet de repérer en quoi le savoir, le savoir-faire, et le savoir-être pourraient répondre à ses attentes et selon quelles priorités. Il faut que les projets de vie et d’apprentissage du patient soient en phase.

II.5.4/ Formalités administratives et réglementaires du programme d'ETP :

Le programme d'ETP doit obtenir une autorisation de l'ARS selon les conditions précisées aux décret n°2010-904 pour pouvoir être réalisé. La demande d'autorisation est soumise au DG de l'ARS concernée. Si l'autorisation est acceptée, elle est valable 4 ans.

L'éducation thérapeutique s'adresse à toute personne ayant une maladie chronique, quelle que soit son âge, la maladie et son stade. Elle peut aussi intégrer l'entourage du patient pour l'impliquer dans la gestion de sa maladie.

Le programme d'ETP intervient dans une ou plusieurs des trente affections de longue durée exonérant du ticket modérateur, ainsi que l'asthme et les maladies rares ou autres problèmes de santé considérés comme prioritaires au niveau régional.

L'ETP doit faire intervenir et être coordonnée par au moins deux professionnels de santé différents dont obligatoirement un médecin. L'ETP est dispensé par un professionnel de santé et peut être assuré avec l'appui d'autres professionnels, de membres d'associations agréées et d'organismes œuvrant dans le champ de la promotion de santé, la prévention ou l'éducation pour la santé. Au moins un intervenant doit être qualifié d'une formation d'au moins 40 heures d'enseignements théoriques et pratiques qui peuvent être obtenues dans le cadre de la formation initiale, du développement professionnel continue ou qualifiée d'une expérience d'au moins 2 ans dans un programme d'ETP.

Selon l'OMS l'objectif de ces formations est d'apporter des « *compétences relationnelles, pédagogiques et d'animation, méthodologiques et organisationnelles, biomédicales et de soins pouvant être partagées au sein d'une équipe pluridisciplinaire* »⁹².

Pour aider le pharmacien à explorer et travailler sur les capacités psycho-sociales, il doit comprendre et connaître les mécanismes vécus par un patient atteint d'une maladie chronique passe. Cette connaissance permet au pharmacien d'avoir une écoute empathique et une intervention efficace, primordiale pour créer une relation de confiance et réduire les discriminations engendrant les ISS.

II.6/ Connaitre le patient et le processus de la maladie :

II.6.1/ *Devenir malade : l'aspect psychosocial*

Dans cette partie, il est question de comprendre le processus ressenti par le patient, de la reconnaissance des symptômes jusqu'à l'acceptation de sa maladie et de savoir comment le pharmacien peut se positionner afin de soutenir et orienter les patients dans leur processus de soins. Nous nous attacherons à prendre en compte les mécanismes psychologiques et normes culturelles qui peuvent altérer la démarche de soin et être un facteur d'ISS. En effet pour faire passer son message le pharmacien doit comprendre dans quelle situation se trouve la personne malade pour avoir une approche non-jugeante et empathique, approche indispensable pour créer la relation de confiance nécessaire à la bonne prise en charge.

Reconnaître la maladie est un parcours incertain, soumis à des rechutes où l'interprétation de ce qui nous arrive est subjective et régulée par des facteurs psychosociaux. La temporalité de la personne dans l'acceptation de sa maladie doit être respectée par les professionnels de santé qui l'entourent, dont le pharmacien. Le malade doit passer plusieurs étapes avant d'être pris en charge. Ces étapes peuvent être plus ou moins longues selon chacun et peuvent aboutir à des retards de prise en charge. Chacune de ces étapes est composée d'un ensemble complexe de contraintes psychosociales. On parlera ainsi des représentations, des normes, de l'environnement social, du rapport au système de santé, du contexte culturel et religieux.

Reconnaître les symptômes

Premièrement, le patient doit avoir la capacité de percevoir et d'interpréter les symptômes pour aboutir éventuellement à une consultation chez le médecin. La consultation permettra d'établir un diagnostic et une prescription dont l'objectif est de soigner le patient.

L'identification des symptômes est un processus complexe de décodage soumis à des influences externes et internes. Par exemple, si je tousse, est ce que je vais devoir consulter ou pas ? Qu'est-ce que je décède de ce symptôme. Les mauvaises interprétations conduisent à des retards thérapeutiques, voire à des conduites morbides. Dans le cas d'infarctus, le temps qui s'écoule entre la reconnaissance des signes de gravité et l'appel des secours est imputable au temps que met la personne ou son entourage à interrompre ses activités en cours et admettre qu'il s'agit d'une urgence faisant appel à de l'aide médical⁹³.

Dans cette étape d'identification, rentre également en compte un phénomène de filtrage culturel ou d'influence sociale qui va conditionner la perception des symptômes, leur interprétation et les actions qui en découleront. En effet, ZBOROWSKI en 1952⁹⁴ et ZOLA en 1966-1973⁹⁵

indique que l'expression de la plainte liée à la douleur est différente selon les cultures, il a donc bien articulation entre le culturel et le rapport de la maladie.

Interpréter des symptômes comme signes de maladies :

Le passage de la perception à la reconnaissance d'un symptôme est variable selon le caractère inhabituel ou familier de celui-ci. On consulte plus souvent quand le symptôme est inhabituel. Par exemple, chez les patients qui souffrent d'asthme, la toux est tellement présente dans leur quotidien, qu'ils ne la perçoivent même plus. La toux est devenue un symptôme habituel donc il n'est plus un signe d'une éventuelle maladie.

Traditionnellement, dans les pays occidentaux, les mères encouragent leur conjoint et enfant à consulter mais retardent facilement leur propre accès aux soins. En effet, CORRAZE dit que la famille est bien souvent le premier recours : « *c'est la famille qui va donner, dans beaucoup de circonstances, aux phénomènes psychologiques le statut de symptômes* »⁹⁶.

De même, on consulte bien souvent en premier instance, une personne que l'on pense légitime et en qui on a confiance.

Selon BISHOP (1991), les stéréotypes de maladies représentent un ensemble de symptômes clairement identifiés par une population comme signes de maladies. Par exemple, le rhume, l'écoulement nasale, la fatigue signifie une grippe. A l'inverse, une maladie peu stéréotypée est moins favorable aux auto-diagnostic. Nous pouvons donc constater qu'il existe des freins à la démarche de consultation chez son médecin, dans ce cas les personnes s'orientent généralement vers la pharmacie pour obtenir un premier conseil. L'enjeu du pharmacien sera de donner les informations qui aideront le patient à aller consulter lorsqu'il l'estime nécessaire.

Ces freins à la consultation sont un obstacle à la réduction des ISS dans la mesure où les personnes vulnérables, notamment les populations issues de l'immigration qui ont un autre rapport à la maladie ou à la reconnaissance de leur symptôme, ne consulte que dans l'urgence, alors qu'une prise en charge plus précoce aurait été plus bénéfique.

L'impact de la maladie chronique sur l'organisation identitaire et le processus d'appropriation:

« *L'identité est un système de représentations, d'images et de sentiments à partir desquels la personne (ou un groupe) se définit, se reconnaît, et est définie et reconnue par les autres* »⁹⁷ ».

La maladie chronique a un impact sur l'organisation identitaire, elle remet en question l'identité personnelle et sociale du patient en bousculant l'estime qu'il a de lui (sentiment d'incapacité,

d'être une charge pour l'entourage) estime de soi, image de soi. L'identité sociale est également mise à mal car le quotidien est restreint par l'appréhension du regard des autres et la perte de ses attributs sociaux.

Comment le patient va-t-il pouvoir accepter sa maladie et apprendre à vivre avec malgré l'impact négatif de celle-ci ? Plusieurs phases sont observées dans l'appropriation de la maladie :

- Phase de déni : Il s'agit d'un mécanisme de défense qui vise à minimiser l'impact de la maladie
- Phase d'inquiétude : Le patient a peur de l'apparition des symptômes et de la perte de contrôle
- Phase de choc : Le patient vit un sentiment d'injustice et se demande pourquoi c'est tombé sur lui.
- Phase de colère : Le patient aura tendance à rejeter le diagnostic établi.
- Phase de dénégation : Il s'agit d'un autre mécanisme de défense qui consiste à éviter l'anxiété provoquée par les changements inhérents à la maladie.
- Phase d'anxiété : Elle est provoquée par les conséquences de la maladie.
- Phase d'appropriation ou de résignation acquise.

II.6.2/ Les croyances de santé, quels sont les risques sur la prise en charge et comment le pharmacien peut-il agir là-dessus ?

Les croyances de santé sont les pensées que les patients ont intégré vis-à-vis de leur maladie. Les croyances peuvent être des représentations, théories populaires, théories naïves, implicites. Elles désignent l'ensemble des convictions, attitudes, idées vis-à-vis de soi-même, de ses comportements, de ceux des autres et de son environnement. C'est une construction de la réalité singulière qui dépend de l'expérience, de la culture, de la religion, de la tradition, de l'éducation de chacun.

Les professionnels aussi peuvent être sous l'emprise de certaines croyances qui peuvent engendrer une stigmatisation et discrimination du patient. En effet, MARY DOUGLAS⁹⁸ montre que les soignants font appel à des catégorisations en attribuant des caractéristiques aux patients. Par exemple, les asthmatiques sont sensibles et émotifs ou encore les toxicomanes ne sont pas capables de prendre une trithérapie. De même, DANY et AL., 2012 ; TARQUINIO et FISHER, 1999 disent que le professionnel de santé a des attentes particulières envers son patient, il espère que celui-ci sera assidu dans la prise de son traitement, qu'il ait un esprit combatif vis-à-vis de sa maladie et qu'il l'accepte⁹⁸.

Les croyances peuvent aboutir à des conceptions différentes de la maladie selon la culture. Par exemple, pour expliquer la survenue d'une maladie certains vont intégrer une justification magique ou une approche biomédicale. Chaque individu voudra construire un récit autour de sa maladie qui peut aller contre l'interprétation professionnelle de santé, ce qui risque d'altérer la prise en charge. La difficulté ici est de proposer les soins tout en respectant l'univers du patient.

Certaines croyances, perceptions et attitudes jouent un rôle fondamental dans l'adoption de comportements. En effet, prenons l'exemple de la prise de médicament, S Fainzang, anthropologue, montre que le rapport aux médicaments (efficacité, effets secondaires, dépendance) est influencé par la culture religieuse⁹⁸.

Si l'on prend pour exemple les croyances des personnes en situation d'exclusion sociale, celles-ci peuvent être plus intenses, plus intégrées et ainsi constituer un écart plus prononcé avec celles des professionnels de santé. Ainsi le non-jugement, la bienveillance et la communication du pharmacien seront d'autant plus appréciés pour ne pas induire de difficulté supplémentaire.

II.6.3/ Valoriser le changement pour favoriser les comportements visant une meilleure santé

Le changement est un processus complexe qui suppose des risques de rechute. Ici, il est question de distinguer les modèles psychologiques mis en place dans le changement comportemental pour comprendre et savoir comment accompagner le patient dans sa démarche.

II.6.3.1/ Le modèle « Health Belief Model » (HBM)⁹⁹

Ce modèle permet de comprendre les raisons pour lesquelles une personne va adhérer et respecter son traitement. Il repose sur 4 croyances : les 2 premières relatives à la maladie et à la santé ; les 2 autres relatives aux traitements. Le modèle postule que pour que le patient soit en mesure d'accepter le traitement, les 4 croyances doivent être favorables :

- Être persuadé d'être atteint par la maladie
- Croire que la maladie et ses conséquences sont graves
- Croire que le traitement est bénéfique
- Croire que les bienfaits du traitement sont plus importants que ses désavantages (effets secondaires, contraintes, coûts ...)

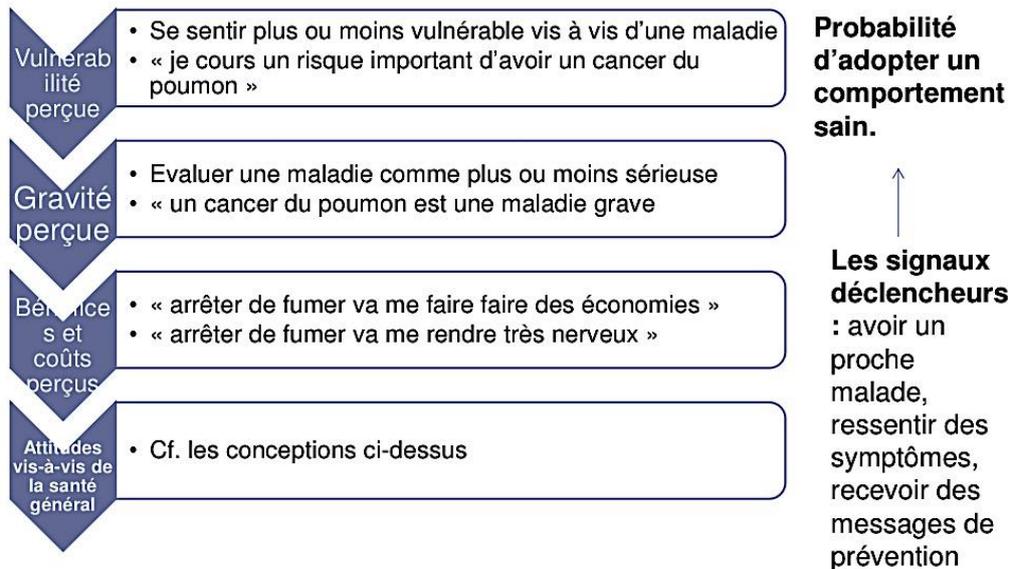


Figure 14 : Modèle HBM, Rosentock (1966,1974)

Les représentations varient en fonction :

- De variables sociodémographiques (âge, sexe, catégorie sociale, etc.)
- De caractéristiques psychosociales individuelles (personnalité, caractéristiques cognitives, sentiment d'auto-efficacité à gérer des situations stressantes, estime de soi, etc.).

En plus des croyances, les raisons qui vont pousser au changement sont aussi soumises à une approche processuelle (transaction entre l'individu et son environnement) et une approche contextuelle (normes du groupe : représentations sociales, pression normative)

II.6.3.2/ La théorie de la cognition sociale

Selon Bandura psychologue canadien en 1977¹⁰⁰¹ l'auto-efficacité perçue favorise l'adoption de certains comportements. Toujours selon Bandura le sentiment d'auto-efficacité constitue la croyance qu'a un individu en sa capacité de réaliser une tâche. Plus grand est le sentiment d'auto-efficacité, plus élevés sont les objectifs qu'il s'impose et son engagement pour les réaliser.

Exemples :

- Attentes d'auto-efficacité : « je pourrais m'arrêter de fumer si je voulais »
- Attentes vis-à-vis des conséquences du comportement : « fumer peut provoquer un cancer du poumon »
- Motifs liés aux renforcements : « fumer réduit l'anxiété »

- Attentes normatives : « mes amis pensent que je devrais m'arrêter de fumer »

L'auto-efficacité est une notion importante qui joue une influence sur le système de motivation. Le pharmacien peut aider le patient à ressentir ce sentiment en ayant recours aux techniques d'entretien motivationnel.

II.6.3.3/ Théorie du comportement planifié

Selon Ajzen et Fishbein en 1991¹⁰¹, c'est l'intention le meilleur prédicteur des comportements.

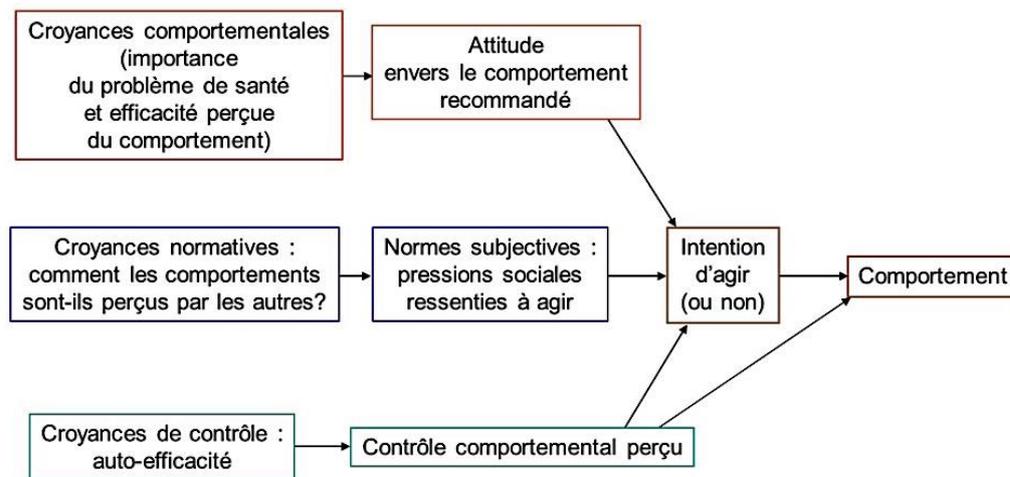


Figure 15 : Illustration de la théorie du comportement planifié

Cette théorie tente d'expliquer les comportements à partir de leur lien avec les attitudes, le sentiment d'auto-efficacité et les normes sociales. Elle estime que le comportement humain, pour être efficace, doit avant tout être décidé et pour cela, trois types de facteurs apparaissent déterminants :

- La désirabilité du comportement et de ses conséquences, c'est l'attitude adoptée par rapport au comportement (qu'est-ce que je pense du fait d'arrêter de fumer ?)
- La considération de l'influence et de l'opinion des proches sur le comportement, ce sont les normes sociales (mon entourage me dit que je dois arrêter de fumer)
- Les croyances sur la capacité du sujet à réussir le comportement, c'est l'auto-efficacité, (est ce que je suis capable ?)

Ces éléments sont également sous l'influence d'autres questions : « *est-ce que fumer est vraiment un problème pour moi ?* », « *qu'est-ce que ça renvoie aux autres de fumer ou d'arrêter de fumer ?* », « *suis-je capable de réaliser ce comportement ?* »

II.6.3.4/ Le modèle d'action de santé de Schwarzer (HAPA)¹⁰²

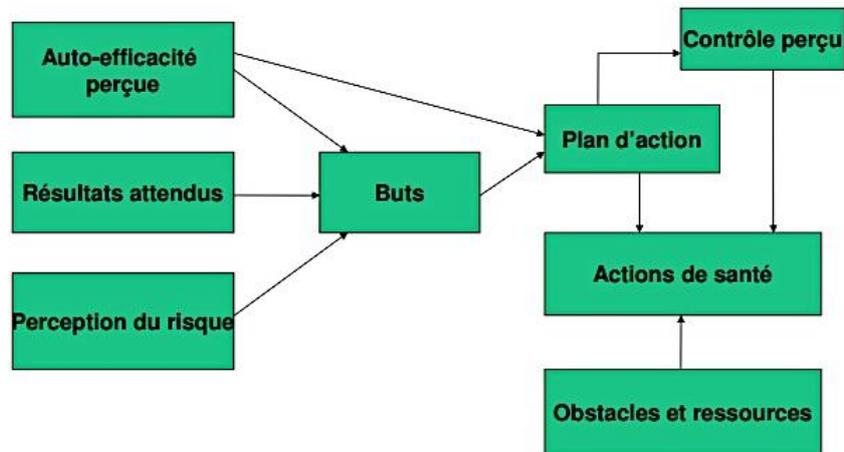


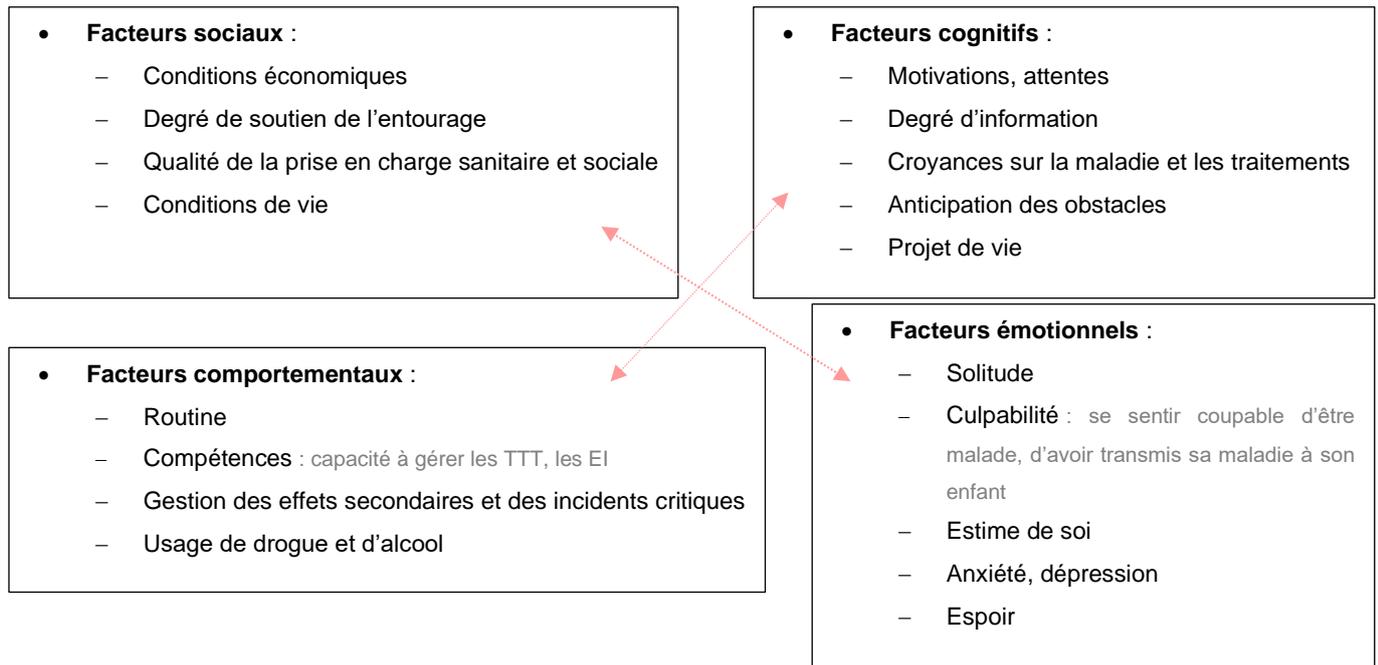
Figure 16 : Illustration du modèle de schwarzer

Le modèle de Schwarzer est plus récent, il privilégie le sentiment de contrôle et la planification et met l'accent sur la notion d'objectif. Ces buts sont mis en lumière par :

- L'auto-efficacité perçue : « est-ce que je suis capable ? »
- Les résultats attendus : « quelle conséquence pour moi si j'arrête de fumer ? »
- La notion de risque : « est-ce que je perçois un risque ? ».

Le patient planifie son comportement, il passe par des actions de santé qui s'évaluent par les obstacles et les ressources perçues : « quels vont être les nouveaux obstacles ? », « de quelles ressources je dispose ? », « quand je vais me retrouver avec mes amis fumeurs, comment est-ce que cela va se passer ? ». Ce sentiment de contrôle et de planification induit peut-être moins d'instabilité pour le patient vis-à-vis du changement qui l'attend.

II.6.3.5/ Changer les comportements : les facteurs en jeu



II.6.3.6/ Les étapes du changement

Le patient va passer par plusieurs états avant d'adopter un nouveau comportement :

- Non implication : « ça ne me concerne pas »
- Réflexion : « je sais, je dois »
- Décision de changer : « je veux, je peux »
- Action : « je fais »
- Maintien : « je continue »
- Intégration : « je n'y pense même plus »
- Rechute : « je n'y arrive pas »

Pour accompagner le patient dans ce processus le pharmacien pourra mettre en évidence l'importance du problème, sans pour autant chercher à convaincre. Il pourra aussi mettre le patient face à ses ambivalences : « *vous dites que vous ne voulez pas arrêter de fumer, et à la fois vous avez peur du cancer du poumon* ». Il sera également important d'encourager le patient à poursuivre ses efforts en valorisant les actions déjà entreprises.

II.6.3.7/ Le travail de groupe

Quand les systèmes de pensées des interlocuteurs sont en adéquation, l'adhésion du patient est plus facile à obtenir mais est-ce qu'il va pour autant modifier son comportement ? Le changement nécessite un travail de construction – déconstruction – reconstruction.

Selon Kurt Lewin il est plus efficace de réduire les résistances au changement que d'augmenter les arguments en faveur d'un nouveau comportement. L'expérience de Kurt Lewin, psychologue américain d'origine allemande, montre que la résistance au changement est liée à l'attachement des individus à la norme du groupe. Il estime que les processus de changements les plus efficaces sont ceux portés par le groupe¹⁰³. LEWIN a mis en évidence certains aspects positifs du groupe en montrant qu'en situation de groupe on partage une même norme.

Partie V : Exemples d'interventions réalisables à l'officine :

Comment le pharmacien d'officine peut-il concrètement agir sur les déterminants des ISS ? Comment peut-il s'approprier cette posture ? A partir des constats observés plus haut, nous avons pu identifier que le pharmacien peut agir à différents niveaux pour lutter contre les facteurs de risques des ISS.

Ici, nous allons proposer plusieurs interventions possibles en officine. Les actions supposées auront pour objectif d'apporter des informations sanitaires visant à accompagner vers une attitude plus respectueuse de sa santé. En parallèle, elles auront pour objectif de favoriser un meilleur accès aux soins en suscitant l'intérêt des patients pour leur santé.

Comme vu précédemment, le pharmacien pourra s'appuyer sur ses missions de pharmacie clinique, missions centrées sur le patient qui permettront d'apporter aux patients les moyens et l'autonomie suffisante pour gérer leur maladie, notamment par la réalisation d'un programme d'éducation thérapeutique. En parallèle, la réalisation d'un BM chez les personnes âgées, population vulnérable physio-pathologiquement mais aussi socialement par une précarité parfois économique et familiale et un isolement social davantage prononcé, permettra d'engager un suivi, de vérifier l'adhésion thérapeutique du patient et d'améliorer sa prise en charge.

I.1/ Sortir du comptoir pour promouvoir

Au quotidien, le pharmacien d'officine est essentiellement positionné derrière le comptoir, or, il s'avère que cette place peut constituer un frein à la relation avec le patient pour les différentes raisons évoquées plus haut. Aller vers le patient, en étant à l'origine de la transmission du conseil, pourrait constituer un levier permettant de promouvoir des actions peu connues.

I.1.1/ Exemple d'un stand sur le pied du diabète

La réalisation d'un stand et d'une fiche conseil ou d'une brochure d'information par l'équipe officinale pourrait être un outil de communication favorisant le niveau d'information et d'autonomie du patient tout en lui permettant de s'inscrire dans une démarche de prévention. Aussi, l'information écrite permettrait au patient de garder les conseils à son domicile. Toutefois, pour être efficient, ces documents devront être accompagnés d'un message oral pour appuyer sur les points importants de chaque information donnée et ne pas introduire de situation d'exclusion pour les personnes victimes d'illettrisme.

Dans ce stand, certains produits conseils pourraient être proposés aux patients afin de répondre aux pathologies tout en valorisant l'aspect commercial.

En effet, si l'on prend pour exemple le diabète de type II, l'hypoglycémie, le risque infectieux, le pied du diabétique, les micro et microangiopathie, sont autant de sujets pouvant être déployés.

Le pied du diabète est la résultante de plusieurs complications. L'hyperglycémie engendre une sécheresse des muqueuses et de la peau qui, au niveau du pied, facilite l'apparition de durillon, cors etc. Le diabète crée aussi des complications d'ordre neuropathique qui engendrent une baisse de la sensation de douleurs, de chaleurs et de blessures. Ces complications, associées à une sensibilité accrue des diabétiques aux infections et, avec l'association d'un AOMI engendre un risque de gangrène ulcéré. Tout cela rend la personne diabétique vulnérable aux complications du pied, qui représente le premier facteur d'amputation en France.

Ce dynamisme crée autour d'un sujet de santé peut se projeter sur les produits parapharmaceutiques de l'officine, l'objectif sera alors de promouvoir des produits adaptés aux besoins des patients. Selon les capacités de l'officine un effort sur le prix peut être appliqué pour faciliter l'accès des produits à chacun.

I.2/ Actions contre les comportements néfastes pour la santé

Nous avons pu constater que certains comportements néfastes pour la santé sont plus présents chez certaines populations, notamment les plus défavorisées. La malnutrition, les addictions, les comportements sexuels à risque, sont autant de risques sur lesquels le pharmacien peut agir en prévenant et en promouvant les bons comportements tout en associant des conseils.

I.2.1/ Périmètre d'intervention concernant la malnutrition.

La malnutrition étant un facteur pouvant augmenter le risque d'obésité ainsi que d'autres pathologies métaboliques comme le diabète, le pharmacien peut agir par le biais d'action d'éducation et d'accompagnement au sein de l'officine.

Par exemple, il pourra informer les personnes sur les différents programmes d'accès à l'alimentation saine existants sur le territoire (panier de légume bio pour les plus précaires, etc.).

Le pharmacien pourra également valoriser un partenaire ou une association notamment pour communiquer des informations ou soutenir un projet comme, par exemple, la création d'un espace vert avec jardin botanique dans un quartier prioritaire où des légumes pourraient être cultivés et consommés par la population.

Dans un but éducatif et selon les besoins de chacun, il sera important de sensibiliser les parents aux bonnes pratiques alimentaires afin qu'ils soient en mesure d'appliquer et de transmettre des pratiques alimentaires adaptées à leurs enfants. Dans ce cadre-là, le Programme national nutrition santé 4 (PNNS4) pourra être utilisé comme un outil d'appui technique et théorique au professionnel de santé dans l'élaboration de sa transmission.

1.2.2/ Actions visant à réduire les addictions et le dopage

Le pharmacien doit prévenir les risques qu'engendre ces substances et promouvoir les bonnes conduites. Concernant l'arrêt du tabac, le pharmacien a la possibilité d'accompagner le patient au travers de la réalisation d'entretien d'aide à l'arrêt du tabac, entretien au cours duquel il utilisera des compétences propres à l'entretien motivationnel, tout en informant le patient sur les différents traitements nicotiques substitutifs ainsi que leurs prises en charge et en délivrant les conseils associés. Pour appuyer son intervention, le pharmacien pourra agir durant la campagne « *mois sans tabac* » réalisée en novembre mais encore durant la journée mondiale du tabac le 31 mai ou tout simplement durant la dispensation d'ordonnance dans les situations où le tabac occupe un rôle néfaste sur la pathologie traitée.

Concernant la consommation de produit par voie intraveineuse, le pharmacien devra proposer l'utilisation de seringue stérile type steribox dont l'objectif premier est de préserver la santé et réduire le risque d'infection transmissible comme le sida (VIH), l'hépatite B, C et A et apporter des conseils d'hygiène lors des injections (ne pas partager sa seringue, le jeter après utilisation etc.). Selon les besoins du territoire dans lequel est implanté la pharmacie, des actions plus développées pourraient être organisées tel qu'un stand de prévention.

1.2.3/ Actions de prévention envers les adolescents et leurs sexualités

Les pratiques sexuelles à risque sont une source de préoccupation sanitaire qui peuvent entraîner des maladies sexuellement transmissibles qui vont de la simple infection urinaire aux infections non curables (telles que le VIH, le papillomavirus humain (HPV), l'herpès (HSV) et l'hépatite B). Au regard de ces conséquences qui peuvent influencer un parcours de vie, il semble important que le pharmacien puisse avoir une vigilance particulière en promouvant des actions de prévention notamment chez les publics les plus à risque tels que les adolescents. L'utilisation de mesures de prévention permettrait de lever le tabou de ceux qui n'osent pas demander de l'aide tout en informant sur les risques sanitaires pour ceux qui n'en sont pas

conscient et permettrait enfin de promouvoir les différents modèles de contraception possibles et existants, en vente à la pharmacie.

I.3/ Les transitions générationnelles au cœur des ISS : Les interventions possibles de la part du pharmacien

Le pharmacien intervient auprès de tout public, du nourrisson au plus âgé, il doit être en capacité d'agir durant les transitions ayant lieu durant le passage d'une tranche d'âge à une autre. En effet, ces transitions impliquent des changements de comportement et des vulnérabilités différentes pouvant être à l'origine des ISS.

Ainsi, le pharmacien devra porter une attention particulière chez la femme enceinte, les nouveaux nés, les enfants, le jeune adulte, les parents, les personnes âgées et les populations en grande précarité.

Premièrement nous allons voir les différentes interventions visant à agir en amont de la formation des inégalités de santé, c'est-à-dire toute intervention visant à favoriser l'intégrité de la femme enceinte, du nourrisson et de l'enfant.

I.3.1/ La femme enceinte et le nouveau-né

Le pharmacien sera susceptible d'être en lien de manière régulière avec la femme enceinte durant sa grossesse. Dans ce cadre-là, il pourra l'accompagner et prendre en charge les symptômes courants en apportant un conseil et en lui délivrant les produits adaptés. Aussi, certains médicaments pouvant être dangereux pour la conception, le pharmacien sera dans le devoir de sensibiliser les femmes enceintes aux dangers d'une auto-médication sans avis médical.

En parallèle, le pharmacien aura un rôle de promotion d'une alimentation saine, équilibrée et diversifiée, alimentation qui influencera le comportement alimentaire de l'enfant. Le pharmacien devra avoir une attention particulière aux habitudes alimentaires ainsi qu'aux risques sanitaires et infectieux que cela peut engendrer (la toxoplasmose, la salmonellose, la listériose). Dans ce cadre, le pharmacien donnera des conseils adaptés pour réduire ces risques. Concernant les femmes enceintes consommant des produits stupéfiants ou tabac, l'objectif sera de les sensibiliser sur les risques pour le fœtus et ainsi les accompagner et les orienter vers une démarche d'arrêt.

A l'arrivée du nourrisson, le pharmacien pourra prendre en charge les pathologies les plus courantes chez le nourrisson qui sont d'ordre dermatologique, digestif en préconisant une orientation vers le médecin si besoin. Enfin, il sera en capacité de promouvoir la diversification alimentaire primordiale pour une alimentation plus saine à l'âge adulte.

1.3.2/ L'enfant et l'adolescent

Chez l'enfant, il sera important de le sensibiliser aux bienfaits d'une activité physique indispensable au bien-être psychologique et physiologique¹⁰⁴. Aussi, la promotion d'une alimentation équilibrée. Enfin, chez l'adolescent, comme vu précédemment, il faudra être vigilant à le sensibiliser aux comportements à risque (addictions, pratiques sexuelles etc...).

Chez ces deux tranches d'âge, donner les informations via des modes de communication adaptés faisant preuve de pédagogie pourront favoriser une meilleure transmission du message.

1.3.3/ La personne âgée

La personne âgée est souvent caractérisée par une poly morbidité et une polymédication. Le pharmacien devra alors avoir une attention particulière sur les interactions médicamenteuses et les contres indications possibles avec les différentes pathologies.

A cet âge, l'objectif n'est pas forcément de promouvoir un comportement plus sain, mais de trouver un compromis entre l'observance et les habitudes de la personne âgée. Il s'agira aussi de pouvoir favoriser le maintien à domicile et l'autonomie de la personne âgée par des actions pédagogiques sur les traitements et l'accès aux matériels médicaux.

1.3.4/ Public en situation de précarité

Les personnes en situation de précarité sont évidemment présentes parmi l'ensemble des tranches d'âges abordées ci-dessus et peuvent être destinataires des différentes actions déployées jusqu'à présent. En revanche, comme nous avons pu le voir, des spécificités leur sont propres et nécessitent une prise en charge adaptée à leurs difficultés.

La première difficulté que nous avons pu constater est celle de la communication (mauvaise maîtrise de la langue française, bas niveau de HL) mais également celle de la relation aux soins (confiance, non recours aux soins).

Au-delà de l'utilisation de nouvelles techniques de communication comme par exemple le langage non verbal, le pharmacien d'officine pourra adapter sa relation afin de favoriser une prise en charge sanitaire de ce public.

Par exemple, chez certaines populations victime d'une grande précarisation comme les personnes sans domicile fixe (SDF), le pharmacien d'officine pourra proposer un service de stockage, notamment pour les médicaments de la chaîne de froid. Aussi, les personnes SDF étant sujet au vol, une copie de leur document d'identité (pièce d'identité, carte vitale, carte de mutuelle) pourront être conservés à la pharmacie.

Enfin, les personnes SDF se présentant souvent à l'officine pour leurs animaux de compagnie, l'enjeu sera de créer durant cette venue une relation suffisamment sécurisante afin que le propriétaire puisse, à l'avenir, se rendre à l'officine pour prendre en charge sa propre santé.

En résumé, les tableaux situés ci-dessous, répartissent l'ensemble des interventions possibles par le pharmacien, selon la catégorie du public ciblé et résumant l'importance des mesures de prévention selon les différentes tranches d'âges.

	Population générale	ALD	Personne âgée	Situation Précaire
Promotion de la santé	×	×	×	×
BM			×	
Education thérapeutique		×	×	×
Orientation	×	×	×	×

Tableau 1 : Interventions possibles auprès des différentes populations

Légende : × Signifie les interventions possibles

	Femme enceinte	Nourrisson	Enfant	Adolescent	Adulte
Alimentation	××	××	××	×	×
Sport	×		××	××	×
Addiction	××			××	××
Pratique sexuelle	×			××	×
Hygiène	××	××	××	××	××

Tableau 2 : Importances apportées à certaines mesures de santé à chaque grande étape physiologique du parcours de vie

Légende : ×× : point crucial × : point important

Conclusion

La France fait partie des pays où les inégalités sociales de santé sont les plus élevées parmi l'Europe occidentale contrastant avec l'amélioration du niveau moyen de l'état de santé. L'engagement des politiques publiques durant ces dernières années au regard des inégalités de santé et de leurs déterminants sociaux sont encourageants mais ne peuvent être efficaces que si les professionnels de terrain se saisissent et organisent un maillage autour du sujet. Le pharmacien de par son positionnement, son influence et ses compétences dans l'offre de soins a le pouvoir de participer à la réduction des ISS.

Au cours de cette thèse, nous avons mis en évidence combien les inégalités sociales, économiques, territoriales, ainsi que les caractéristiques propres des patients impactent leur prise en charge sanitaire. Nous avons également mis en évidence que le pharmacien pouvait se positionner comme étant un acteur de proximité pouvant adapter ses interventions, par la mobilisation de ressources, par un discours adapté à chaque patient, en raison de son immersion localisée et sa connaissance des patients.

Ainsi, il est apparu que l'acceptation des soins et l'adhésion aux traitements est un sujet multifactoriel qui appelle une réponse personnalisée reposant sur la mise en relation entre les besoins du patient et les ressources médico- sociales de proximité.

Pour répondre à cela le pharmacien devra user de sa capacité à comprendre et gérer les besoins du patient, il devra analyser les aptitudes du patient et l'accompagner à prendre en charge sa pathologie par des actions pédagogiques visant son autonomie.

Nous avons constaté que l'accès aux soins et aux droits était étroitement lié. Dans ce contexte-là, le pharmacien devra maîtriser les ressources disponibles et être force d'initiative au sein de son officine afin de promouvoir des interventions innovantes, en mesure de pouvoir participer à la réduction des ISS.

C'est dans ce concept d'universalité proportionnel que le pharmacien pourra promouvoir des actions de santé pour tous mais sera également en mesure de s'adapter à la singularité de chacun afin de garantir un accès aux soins efficient et adapté.

Bibliographie

1. Potvin L, Jones CM, Moquet M-J, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis (Paris): Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2012.
2. OMS | Déterminants sociaux de la santé [Internet]. [cité 18 juill 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/social_determinants/fr/
3. Panorama-de-la-santé-2017-Principaux-résultats-FRANCE.pdf [Internet]. [cité 11 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.oecd.org/france/Panorama-de-la-sant%C3%A9-2017-Principaux-r%C3%A9sultats-FRANCE.pdf>
4. Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers – Les inégalités sociales face à la mort | Insee [Internet]. [cité 2 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908110?sommaire=1893101>
5. Villermé LRA du texte. De la mortalité dans les divers quartiers de la ville de Paris / Louis René Villermé [Internet]. 1830 [cité 17 oct 2018]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k81421x>
6. Chadwick's Report on Sanitary Conditions [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.victorianweb.org/history/chadwick2.html>
7. Count EW. Rudolf Virchow: Doctor, Statesman, Anthropologist. By Erwin H. Ackerknecht. ix + 304 pp.; 3 illu. University of Wisconsin Press, Madison, Wis. 1953. American Journal of Physical Anthropology. 1954;12(4):623-7.
8. Inequalities in health. The Black Report: a summary and comment. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7118327>
9. PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA. :6.
10. Conseil exécutif 69. Stratégie de la santé pour tous en l'an 2000 : préparation sous sa forme définitive du plan d'action pour la mise en œuvre de la stratégie: rapport du Directeur général. 1981 [cité 20 sept 2019]; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/161263>
11. Emmanuelle Cambois. Les inégalités sociales de santé. Population. 2001;56(3):481-2.
12. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806 août 9, 2004.
13. DICOM_Lisa.C. La stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 14 oct 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>
14. OMS | Constitution de l'OMS: ses principes [Internet]. [cité 19 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/about/mission/fr/>

15. Mesure du bien-être et définition d'objectifs à cet égard : une initiative du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe [Internet]. 2017 [cité 7 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/measurement-of-and-target-setting-for-well-being-an-initiative-by-the-who-regional-office-for-europe>
16. Rapport-WRESINSKI.pdf [Internet]. [cité 5 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf>
17. Définition pour PAUVRETÉ subst. fém. — Le Trésor de la langue française informatisé [Internet]. [cité 20 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.le-tresor-de-la-langue.fr/definition/pauvrete>
18. française LD. Le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2007-2008 [Internet]. [cité 15 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000261/index.shtml>
19. Définition - Pauvreté monétaire / Seuil de pauvreté / Seuil de pauvreté | Insee [Internet]. [cité 11 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1653>
20. OMS | Commission des déterminants sociaux de la santé - rapport final [Internet]. WHO. [cité 15 nov 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/
21. Franceries F. P. Bourdieu, dir., La misère du monde. Politix Revue des sciences sociales du politique. 1994;7(25):160-6.
22. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. International Journal of Epidemiology. août 2001;30(4):668-77.
23. Krieger N. Methods for the Scientific Study of Discrimination and Health: An Ecosocial Approach. American Journal of Public Health. mai 2012;102(5):936-44.
24. Iillsley R. Social Class Selection and Class Differences in Relation to Stillbirths and Infant Deaths. Br Med J. 24 déc 1955;2(4955):1520-4.
25. Link BG, Phelan J. Social Conditions As Fundamental Causes of Disease. Journal of Health and Social Behavior. 1995;80-94.
26. Link BG, Northridge ME, Phelan JC, Ganz ML. Social epidemiology and the fundamental cause concept: on the structuring of effective cancer screens by socioeconomic status. Milbank Q. 1998;76(3):375-402, 304-5.
27. Ben-Shlomo Y, Kuh D. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. Int J Epidemiol. avr 2002;31(2):285-93.
28. WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf [Internet]. [cité 9 nov 2019]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf
29. Gillis D. Developing Personal Skills: :30.

30. Public health literacy defined. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 9 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19362698>
31. Littératie en santé au Canada : Une question de bien-être. :41.
32. examples_f.pdf [Internet]. [cité 9 nov 2019]. Disponible sur: https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/healthlit/examples_f.pdf
33. (PDF) Literacy and Health Research in Canada: Where Have We Been and Where Should We Go? [Internet]. [cité 9 nov 2019]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/7680588_Literacy_and_Health_Research_in_Canada_Where_Have_We_Been_and_Where_Should_We_Go
34. Évaluation des compétences des adultes (PIAAC) - OCDE [Internet]. [cité 28 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.oecd.org/fr/competences/piaac/>
35. Country note - France (FR).pdf [Internet]. [cité 4 oct 2019]. Disponible sur: [http://www.oecd.org/skills/piaac/Country%20note%20-%20France%20\(FR\).pdf](http://www.oecd.org/skills/piaac/Country%20note%20-%20France%20(FR).pdf)
36. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 19 juill 2011;155(2):97-107.
37. Easton P, Entwistle VA, Williams B. Health in the « hidden population » of people with low literacy. A systematic review of the literature. *BMC Public Health.* déc 2010;10(1):459.
38. whr00_fr.pdf [Internet]. [cité 14 oct 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_fr.pdf?ua=1
39. OMS | À propos des systèmes de santé [Internet]. WHO. [cité 11 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.who.int/healthsystems/about/fr/>
40. Admin S. Missions du ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 [cité 25 sept 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/missions-du-ministere/article/missions-du-ministere-des-solidarite-et-de-la-sante>
41. DICOM_Anne.G. DGS (Direction Générale de la Santé) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2014 [cité 25 sept 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/organisation/directions/article/dgs-direction-generale-de-la-sante>
42. DGOS. DGOS (Direction générale de l'offre de soins) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2014 [cité 25 sept 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/organisation/directions/article/dgos-direction-generale-de-l-offre-de-soins>
43. Admin S. Système de santé, médico-social et social [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016 [cité 24 sept 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>

44. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
45. 17 % des habitants vivent sous le seuil de pauvreté en 2012 - Insee Analyses Provence-Alpes-Côte d'Azur - 16 [Internet]. [cité 18 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285915>
46. portrait_bouches-du-rhone_orspaca.pdf [Internet]. [cité 18 mars 2019]. Disponible sur: http://www.sirsepaca.org/pdf/Portraits_territoires_PACA/portrait_bouches-du-rhone_orspaca.pdf
47. PRAPS VF_pour consultation_13.03.2018.pdf [Internet]. [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2018-03/PRAPS%20VF_pour%20consultation_13.03.2018.pdf
48. La santé précaire des sans domicile [Internet]. Centre d'observation de la société. [cité 2 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.observationsociete.fr/revenus/pauvrete/la-sante-precaire-des-sans-domicile.html>
49. Les chiffres clés de la prostitution [Internet]. Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/les-chiffres-cles-de-la-prostitution/>
50. Prostitutions : les enjeux sanitaires - IGAS - Inspection générale des affaires sociales [Internet]. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article291&fbclid=IwAR3i7CuF93uhRmYC4IWdNUX8NhTCsBbt0jsxNjBi6vI_Gx_qLzmlYNRljmY
51. LA-DEMOGRAPHIE-2018-brochures-regionales-PROVENCE-ALPES-COTE-D-AZUR.pdf [Internet]. [cité 26 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/399986/1888733/version/3/file/LA-DEMOGRAPHIE-2018-brochures-regionales-PROVENCE-ALPES-COTE-D-AZUR.pdf>
52. Code de la santé publique - Article L5125-3. Code de la santé publique.
53. Qu'est-ce que l'Ordre - Qui sommes nous - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 16 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Qui-sommes-nous/Qu-est-ce-que-l-Ordre>
54. Code de la santé publique - Article L4231-1. Code de la santé publique.
55. Code de la santé publique - Article L4222-7. Code de la santé publique.
56. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 38 | Legifrance [Internet]. [cité 16 nov 2018]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_38
57. Code de la santé publique - Article L5125-1-1 A. Code de la santé publique.
58. Code de la santé publique - Article L4231-2. Code de la santé publique.

59. Larousse É. Définitions : éthique - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 21 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9thique/31389>
60. Serment de Galien - Les pharmaciens - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 21 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Comment-devenir-pharmacien/Serment-de-Galien>
61. Code de la santé publique - Article R5125-9. Code de la santé publique.
62. Code de la santé publique - Article R4235-5. Code de la santé publique.
63. Code pénal - Article 226-13. Code pénal.
64. Code pénal - Article 226-14. Code pénal.
65. Code de la santé publique - Article R4235-6. Code de la santé publique.
66. ISO 9001:2015(fr), Systèmes de management de la qualité — Exigences [Internet]. [cité 15 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.iso.org/obp/ui/fr/#iso:std:iso:9001:ed-5:v2:fr>
67. MICAELLI E. demarche_qualite. 2010;33.
68. ISO 19011:2018(fr), Lignes directrices pour l'audit des systèmes de management [Internet]. [cité 3 août 2019]. Disponible sur: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:19011:ed-3:v1:fr>
69. ISO 9000:2015(fr), Systèmes de management de la qualité — Principes essentiels et vocabulaire [Internet]. [cité 15 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9000:ed-4:v2:fr>
70. Pharmacien responsable assurance qualité - Le pharmacien - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 19 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Le-metier-du-pharmacien/Fiches-metiers/Industrie/Pharmacien-responsable-assurance-qualite>
71. [cité 19 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.eqo.fr/Accueil>
72. Recommandations APPSO+ [Internet]. [cité 21 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.acqo.fr/>
73. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.
74. Bulletin Officiel n°99/1 [Internet]. [cité 15 sept 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-01/a0010045.htm>
75. La Complémentaire santé solidaire en bref | ameli.fr | Assuré [Internet]. [cité 9 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/bouches-du-rhone/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/complementaire-sante-solidaire>

76. En situation irrégulière - AME | ameli.fr | Assuré [Internet]. [cité 30 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/bouches-du-rhone/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame>
77. Tiers payant | service-public.fr [Internet]. [cité 9 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F167>
78. ste_20120004_0100_0097.pdf [Internet]. [cité 15 sept 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0097.pdf
79. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Le dispositif Paerpa [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 24 mars 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
80. Rose's Strategy of Preventive Medicine - Oxford Scholarship [Internet]. [cité 30 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780192630971.001.0001/acprof-9780192630971>
81. Pasquereau A. LA CONSOMMATION DE TABAC EN FRANCE : PREMIERS RÉSULTATS DU BAROMÈTRE SANTÉ 2017 / TOBACCO CONSUMPTION IN FRANCE: PRELIMINARY RESULTS FROM THE 2017 HEALTH BAROMETER. :9.
82. [cité 9 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/documents/magazines-revues/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-14-novembre-2017-n-27-28-journee-mondiale-du-diabete-2017>
83. Clinique ANEDDP, Limat S, Dupuis A, Fagnoni P, Demoré B, Fernandez C, et al. Pharmacie clinique et thérapeutique. Elsevier Health Sciences; 2018. 1283 p.
84. Présentation [Internet]. [cité 14 sept 2019]. Disponible sur: <http://sfpc.eu/fr/la-sfpc/presentation.html>
85. Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur.
86. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
87. Avenants [Internet]. [cité 21 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-referance/textes-conventionnels/avenants>
88. Code de la santé publique - Article R4235-48. Code de la santé publique.
89. Code de la santé publique - Article L5121-5. Code de la santé publique.
90. Nice CRC. SFPC Mémo Conciliation des traitements médicamenteux. :18.
91. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation: Juin 2007. Obes. mars 2009;4(1):39-43.

92. Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.
93. Parcours de santé - Michel Morin - Google Livres [Internet]. [cité 9 nov 2019]. Disponible sur:
<https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=hYSFNiKzE40C&oi=fnd&pg=PT5&ots=ALCTHsrZkg&sig=a8ThtQpOvxxk7i31xgEkSRsh9CIo#v=onepage&q&f=false>
94. Peacock S, Patel S. Cultural Influences on Pain. *Rev Pain*. mars 2008;1(2):6-9.
95. Zola IK. Pathways to the doctor—From person to patient. *Social Science & Medicine* (1967). 1 sept 1973;7(9):677-89.
96. Gratiot-Alphandéry H. Jacques Corraze, *Psychologie et médecine*, Paris, puf, 1992, 206 p. *Enfance*. 1993;46(2):214-5.
97. 202.pdf [Internet]. [cité 9 nov 2019]. Disponible sur:
<http://www.pierretap.com/pdfs/202.pdf>
98. Lamouroux. Aspect psycho-sociaux de la maladie-cours UE2 Education thérapeutique.
99. Janz N, Becker MH. The Health Belief Model: a decade later. *Health education quarterly*. 1984;11(1):1-47.
100. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Advances in Behaviour Research and Therapy*. 1 janv 1978;1(4):139-61.
101. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1 déc 1991;50(2):179-211.
102. Schwarzer R, Lippke S, Luszczynska A. Mechanisms of Health Behavior Change in Persons With Chronic Illness or Disability: The Health Action Process Approach (HAPA). *Rehabilitation psychology*. 1 août 2011;56:161-70.
103. Lewin K. *The Dynamics of Group Action*. 1944;7.
104. Biddle S, Goudas M. Sport, activité physique et santé chez l'enfant. *Enfance*. 1994;47(2):135-44.
105. BENOIST Y. *Les sans-logis face à l'ethnocentrisme médical*. L'Harmattan; 2009. 156 p.
106. PAUGAM S. La disqualification sociale [Internet]. [cité 15 nov 2018]. Disponible sur:
https://www.puf.com/content/La_disqualification_sociale
107. Wable T. *La communication à l'officine*. Les Editions Le Moniteur des pharmacies. france; 2018. 176 p. (Pro-officina).

Annexes

BILAN DE MEDICATION



Nom :

Né(e) le :

Prénom :

Age :

Poids (kg) :

Sexe : F M

Mode de vie : Seul(e)
 Avec conjoint
 Avec famille
 Autre:

Lieu de vie : Domicile (habitation individuelle)
 Domicile (habitation collective)
 Foyer logement
 EHPAD
 Autre:

Date de l'entretien :

Contexte: Sortie d'hospitalisation
 A la demande du médecin traitant
 Doute sur l'observance
 Polymédication
 Autre :

Visite : Bilan initial
 Réévaluation n°.....

Aides existantes :

Aide-ménagère	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
IDE	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Portage des repas	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Téléalarme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Autre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

Précisez :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

.....
.....

Nom et coordonnées du (des) médecin(s) spécialiste(s) :

.....
.....

Nom et coordonnées de l'infirmier(e) à domicile :

.....
.....

Nom et coordonnées de l'aidant principal :

.....
.....

Antécédents et Comorbidités

Pathologies cardiovasculaires :

HTA	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Hypercholestérolémie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Fibrillation auriculaire ou flutter	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
IDM ou insuffisance coronarienne	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Artériopathie des membres inférieurs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
AVC avec ou sans séquelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Accident Ischémique Transitoire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

Pathologies psychiatriques :

Dépression	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Trouble bipolaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Trouble psychotique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

Pathologies neurologiques :

Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Démence	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

Autres pathologies :

Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Cancer en cours d'évolution	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Pathologie pulmonaire chronique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Dysthyroïdie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
UGD < 2 mois et/ou RGO symptomatique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Ostéoporose fracturaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Maladie de système (Horton, PR, Goujerot)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

Autres pathologies ? (précisez)

.....
.....

Autres :

Chute au cours des 3 derniers mois	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Plainte du sommeil	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Somnolence en journée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Perte de poids de + de 4.5 kg dans l'année	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Perte d'appétit	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

Traitements médicamenteux

DCI / Dosage			Posologie Moment de prise			Indication			Date de début du traitement (jjmmaaaa)	Biologie ou éléments d'efficacité ou d'effets indésirables en lien avec le médicament
	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON		
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										

Nombre de médicaments :

Allergies médicamenteuses : oui non ne sait pas

Si oui, précisez :

.....
.....

Vaccinations :

Etes-vous à jour des vaccinations suivantes ?

Grippe oui non ne sait pas

Tétanos oui non ne sait pas

Pneumocoque oui non ne sait pas

Gestion globale du traitement :

Utilisez-vous un pilulier ? oui non

Si oui, est-ce vous qui le préparez ? oui non

Allez-vous chercher vous-mêmes vos médicaments à la pharmacie ? oui non non applicable

Gérez-vous la prise de vos traitements seuls ? oui non non applicable

Prescription des médicaments :

Les horaires de prise de vos médicaments sont-ils adaptés à votre mode de vie ?

oui non ne sait pas

Si non, précisez :

.....
.....

Pensez-vous que vous prenez trop de médicaments ? oui non ne sait pas

Gestion du stock de médicaments :

Vous arrive-t-il de manquer de médicaments ? oui non ne sait pas

Avez-vous au contraire un stock de médicaments excédentaire ? oui non ne sait pas

Possédez-vous un stock de médicaments en commun avec vos proches ? oui non non applicable

Préparation et prise des médicaments :

Avez-vous des difficultés liées à la forme de certains de vos médicaments (comprimés à avaler, gouttes à compter ?) oui non ne sait pas

Si oui, quel(s) médicament(s) vous posent problème et pourquoi ?

.....
.....
.....

Si oui, ces difficultés sont-elles expliquées par

Un déficit moteur à la main prédominante oui non

Un déficit visuel retentissant sur la vie quotidienne oui non

Y-a-t-il des médicaments que vous écrasez ou des gélules que vous ouvrez ?

oui non non applicable

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....
.....
.....

Vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments ?

oui non non applicable

Si oui, lesquels et pourquoi ?

.....
.....
.....

Pendant les 2 dernières semaines, y a-t-il eu des jours où vous n'avez pas pris vos médicaments ?

oui non

Lorsque vous voyagez ou vous quittez votre domicile, vous arrive-t-il d'oublier d'emporter vos médicaments ?

oui non

Avez-vous pris vos médicaments hier ?

oui non

Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de prendre vos médicaments ?

oui non

Si vous vous sentez plus mal en prenant vos médicaments, arrêtez-vous de les prendre ?

oui non

Avez-vous des difficultés pour vous rappeler qu'il faut prendre vos médicaments chaque jour ?

oui non

Utilité des médicaments :

Pensez-vous que certains de vos médicaments ne sont pas utiles ?

oui non ne sait pas

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....
.....
.....

Effets secondaires :

Pensez-vous avoir déjà eu des effets secondaires suite à la prise de médicaments ?

oui non ne sait pas

Si oui, quel(s) effet(s) secondaire(s) avec quel(s) médicament(s) ?

.....
.....
.....

Suivi du traitement :

Si certains de vos médicaments nécessitent un suivi par prise de sang, rencontrez-vous des difficultés à la faire ? oui non non applicable

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....
.....

Automédication :

Avez-vous parfois recours à la prise de médicaments sans prescription ? oui non ne sait pas

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....
.....

Avez-vous déjà diminué ou augmenté les doses de certains médicaments de votre propre initiative ?

oui non ne sait pas

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....
.....

Autre :

Avez-vous des besoins particuliers ou des interrogations concernant vos médicaments non abordés lors de cet entretien?

.....
.....

Perception du traitement :

Pensez-vous que les médicaments peuvent améliorer votre santé ? oui non non applicable

Interventions pharmaceutiques transmises au médecin généraliste

	<u>Interventions pharmaceutiques destinées au médecin</u>	<u>Interventions pharmaceutiques destinées au patient</u>	<u>IP acceptée par le médecin</u>	
			oui	non
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

RESUME DU POSTER

Conciliation des traitements médicamenteux à l'admission : les causes de non-conciliation dans un service de psychiatrie adulte

Nom et Prénom : FAIRWEATHER Aaron

Service : PHARMACIE Hôpital : CENTRE HOSPITALIER EDOUARD-TOULOUSE

Chef de Service : Dr HONORE Stéphanie

Tuteur(s) : LAGUIN.S, LO PRESTI.C, BAMBINA.E, AGHAZARIAN.V

Introduction – objectifs du travail : La Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM) est un processus formalisé qui permet d'assurer la continuité du traitement du patient, afin de sécuriser sa prise en charge médicamenteuse. Cette démarche a été mise en place à l'admission en collaboration des équipes de la PUI et des consultations somatiques, sur une unité d'admission adulte. L'objectif de notre travail est de recenser les patients non conciliables et de mettre en évidence les causes de non-conciliation afin de mettre en place des actions d'amélioration.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective des patients admis dans un service de psychiatrie adulte entre Mars et Décembre 2017 ayant bénéficié d'une démarche de Conciliation Médicamenteuse à l'Admission (CMA). Les patients sont considérés comme conciliables lorsqu'au moins 3 sources ont été recueillies afin de rédiger le Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO).

Résultats –Discussion : Cent quatre patients ont été inclus dans l'étude soit environ 3 patients/semaine représentés par 68 % d'hommes et 32 % de femmes d'âge moyen $41,5 \pm 13,5$ ans. Un BMO a pu être rédigé à partir d'au moins 3 sources pour 60 patients, ainsi 58 % ont été conciliables. Pour les 42 % des patients n'ayant pu être conciliés, on observe moins de lignes de traitement prescrit (6,7 lignes de traitement/patient contre 7,5 pour les patients conciliés), éventuellement lié à un moindre nombre de lignes de traitement somatique (1,2 ligne contre 2,2 chez les patients conciliés). Cette différence pourrait s'expliquer par la difficulté pour ces patients à accéder aux filières de santé. En effet, 46 % des patients non conciliables n'avaient pas de pharmacien d'officine référent et 43 % n'avaient pas de médecin traitant, 20 % n'étaient pas présents au service au moment de l'entretien (fugue), 18 % d'entre

eux n'étaient pas interrogeables (sédation trop importante, troubles psychiatriques incompatibles ou refus de communiquer), et 16 % ne connaissaient pas leur traitement. Enfin pour 27 %, nous n'avons pas eu de retour des professionnels de santé sollicités.

Conclusion : Près de la moitié des patients a été considérée comme non conciliable par manque de sources d'informations nécessaires à la réalisation du BMO, résultats similaires à ceux retrouvés dans un autre établissement psychiatrique¹. Ils restent néanmoins nettement supérieurs à ceux mis en évidence dans une étude réalisée en chirurgie orthopédique (8 %).² Les patients hospitalisés dans notre établissement sont souvent issus d'une population désinsérée socialement, très souvent à l'écart des filières de suivi médical somatique (absence de médecin traitant, de pharmacien d'officine référent). La création d'un parcours de soin intégrant médecin traitant et pharmacien référent, associé à une sensibilisation des centres médicaux psychologiques (CMP), acteurs privilégiés dans la prise en charge des patients, devrait favoriser la mise à disposition de nouvelles sources nécessaires.

De plus, l'accès au dossier pharmaceutique dont le déploiement est prévu courant 2018 sur le CHET devrait permettre de fournir une source supplémentaire. Enfin, à partir de Mars 2018, la CMA sera complétée par une conciliation médicamenteuse à la sortie. La prescription de sortie, intégrée au dossier patient informatisé sera une nouvelle source disponible en cas de ré-hospitalisation.

1. S.Mouffak et al. Quelles difficultés peut-on rencontrer lors de la conciliation médicamenteuse en psychiatrie et comment les contourner ? Le pharmacien hospitalier et clinicien Volume 49, issue 2, juin 2014.

2. Jean-Baptiste Gay et al. Conciliation médicamenteuse en chirurgie orthopédique : quid des patients non conciliables ? SNPHPU Sept

2015

PNNS 4 : nouvelles recommandations alimentaires pour les adultes



"Prenez plaisir à manger : privilégiez la variété, prenez le temps de manger et de déguster"



AUGMENTER



Au moins 5 fruits et légumes par jour, par exemple 3 portions de légumes et 2 fruits

Frais, surgelés ou en conserve !
Bio et de saison de préférence

1 verre de jus de fruit pressé max car trop de sucre



www.queidansmonassiette.fr
T. FIOLET

Le Fait Maison

Naturellement riches en fibres

Au moins 2 fois par semaine des légumes secs

Ex: lentilles, haricots, pois chiches
Peut remplacer la viande mais à associer avec des céréales



Au moins 30 minutes d'activités physiques dynamiques par jour

dans les activités du quotidien et les loisirs et activités sportives



Petite poignée par jour de fruits à coque

Riches en oméga 3 : noix, noisettes, amandes et pistaches non salées, etc.



ALLER VERS

Riches en oméga 3

2 fois par semaine du poisson, dont un poisson gras

Frais, surgelés ou en conserve !
Bio et de saison de préférence
Varier les espèces : sardines, maquereau, hareng, saumon...



Au moins un féculent complet par jour

Les produits complets sont + riches en fibres



Privilégiez les huiles de colza, de noix et d'olive

Les matières grasses ajoutées - huile, beurre et margarine - peuvent être consommées tous les jours en petites quantités.
Colza, noix : riches en oméga 3



2 produits laitiers par jour

Pour varier les plaisirs, alternez entre yaourt, lait, fromage blanc et fromages. Variez les types de fromages. Sauf les desserts lactés, la crème fraîche et du beurre



RÉDUIRE

Limiter les boissons sucrées, les aliments gras, sucrés, salés et ultra-transformés

Limiter les produits NutriScore classés en D et E



Alcool : maximum 2 verres par jour et pas tous les jours



**Réduire sa consommation de sel
Limiter la charcuterie à 150 g par semaine**

Privilégier la volaille, et limiter les autres viandes (porc, boeuf, veau, mouton, agneau, abats) à 500 g par semaine

Alterner dans la semaine la viande, la volaille, le poisson, les oeufs, les légumes secs.



Ne restez pas assis trop longtemps : prenez le temps de marcher un peu toutes les 2h



SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence de mes maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

- ❖ *D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.*
- ❖ *D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.*
- ❖ *De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.*
- ❖ *En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.*

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre, méprisé de mes confrères, si j'y manque.