



HAL
open science

Prise en charge des pathologies saisonnières en pharmacie d'officine : propositions de recommandation

Pierre Houvenaeghel

► To cite this version:

Pierre Houvenaeghel. Prise en charge des pathologies saisonnières en pharmacie d'officine : propositions de recommandation. Sciences pharmaceutiques. 2020. dumas-03166270

HAL Id: dumas-03166270

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03166270>

Submitted on 11 Mar 2021

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.

THÈSE
POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Soutenu Publiquement le 02 Juin 2020

Par Pierre HOUVENAEGHEL

PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES SAISONNIÈRES EN PHARMACIE D'OFFICINE :
PROPOSITIONS DE RECOMMANDATION

Directeur de thèse : Monsieur Jean-Marc CHILLON, Professeur universitaire

JURY

Président : Monsieur Jean-Marc CHILLON, Professeur universitaire

Membres : Monsieur Éric HOUSIEAUX, Professeur universitaire

Madame Faustine DIETRICH, Docteur en Pharmacie

Thèse n°

Listes des enseignants

Professeurs

BALTORA Sylvie
BAUDRIN Emmanuel
BRAZIER Michel
CHILLON Jean-Marc
DECOQ Guillaume
DEMAILLY Catherine
DUPRADEAU François-Yves
DUVERLIE Gilles
HOUSIEAUX Eric (Professeur associé)
KAMEL Saïd
LIABEUF-ESTEBANEZ Sophie
MENTAVERRI Romuald
MESNARD François
METZINGER Laurent
NAASSILA Mickaël
POPOVICI Théodora
SONNET Pascal

Maitre de conférences

AHOMADEGBE Jean-Charles
ANDRE Judith
ANTONIETTI Viviane
BECKER Jean-Paul
BIENAIME Christophe
BODEAU Sandra
BROCHOT Etienne
CEZARD Christine
CHABRERIE Olivier
CLOSSET-KOPP Deborah
DASSONVILLE-KLIMPT Alexandra
FLINIAUX Ophélie
FONTAINE Jean-Xavier
GUILLAUME Nicolas
HELLE François
KLIMP-DASSONVILLE Alexandre
LACOSTE Diane
LOHOU Elodie
MAIRESSE Gilles
MARCON Frédéric
MARY Aurélien
MOLINIE Roland
QUERO Anthony
SIX Isabelle
TERRIER-LENGLET Aurélie
TINCQ Jean-Claude (MCF associé)
VANLEMMENS Pierre
VILPOUX Catherine
ZAWADZKI Patricia

RÉSUMÉ

Mots clés : Conseil officinal, conseil pharmaceutique, dispensation protocolisée, pathologies saisonnières.

Le rapport du député Thomas MESNIER de 2018 intitulé « assurer le premier accès aux soins - organiser les soins non programmés dans les territoires » valorise la place que peut exercer le pharmacien d'officine dans la prise en charge ambulatoire des patients afin de diminuer le recours aux services d'accueil des urgences. Pour garantir partout sur le territoire national une même qualité de prise en charge, cette nouvelle mission sanitaire doit s'accompagner de protocoles de prise en charge. Ainsi reposant sur les recommandations des sociétés savantes nous avons établi des protocoles de prise en charge pour des pathologies saisonnières courantes en pharmacie d'officine : les allergies oculaires, la rhinite allergique, la grippe, la rhinopharyngite, l'angine/pharyngite et la gastroentérite. Après avoir transmis les clés pour la stratégie d'orientation diagnostique (identifier la symptomatologie, définir les différents types (s'ils existent) et réaliser un bilan d'extension), nous avons décliné la stratégie de prise en charge thérapeutique (recherche des critères de gravité, identification de l'arsenal thérapeutique symptomatique disponible à l'officine sans ordonnance et transmission des mesures préventives). La dispensation protocolisée (s'appliquant également aux infirmiers diplômés d'état) est rentrée en application en Mars 2020. Cependant les arbres décisionnels et les conditions d'application restreignent totalement son application. Il convient donc aux pharmaciens d'officine d'être en mesure de justifier pleinement leur place dans la prise en charge en ambulatoire des patients par l'application de critères de prise en charge promus directement par leur profession notamment par le conseil de l'ordre des pharmaciens.

SUMMARY

Seasonal pathologies Care in Pharmacy : proposals for recommendations

Key words : officinal council, pharmaceutical council, protocolized dispensation, seasonal pathologies

The 2018 report by the french deputy Thomas MESNIER entitled « Ensuring first access to care- Organizing unplanned care in the territories » values the rôle that the pharmacist can play in the patients care to reduce the use of emergency services. To guarantee the same quality of care throughout the national territory, this new mission must be supervised by protocols of care. Based on the recommendations of the health societies we have established protocols for seasonal pathologies care in pharmacy : eye allergies, allergic rhinitis, flu, rhinopharyngitis, angina/pharyngitis and gastroenteritis. After giving the keys for the diagnostic orientation strategy (identify the symptomatology, define the different types (if they exist) and carry out an extension assessment), we declined the strategy of therapeutic care (search for severity criteria, identification of the symptomatic therapeutic arsenal available without prescription and transmission of preventive measures). The protocolized dispensation (also applicable to nurses) came into effect in March 2020. However, the decision trees and the conditions of application totally restrict its application. For pharmacists to be able to fully justify their place in the patient care, they must criteria care promoted directly by their professions, in particular by the order of pharmacists.

Remerciements

Humilité, Humus : la terre, humilité : le retour à la terre, aux sources.

La notion de remerciements dans une thèse d'exercice renvoie indéniablement à cette notion d'humilité. Que serions aujourd'hui sans l'accompagnement des personnes qui nous sont chères et qui font aujourd'hui ce que nous sommes ?

A mon jury de thèse :

A mon directeur de thèse, le professeur Jean-Marc Chillon, Doyen de l'UFR de pharmacie d'Amiens qui a bien accepté d'encadrer ce travail. Je vous remercie pour le temps accordé malgré, j'en ai pleinement conscience, un emploi du temps chargé. Vous faites partie de ces professionnels de santé, dont le parcours et la profondeur d'esprit ne peuvent être que des exemples.

Au professeur Eric Housieaux, ancien président du conseil de l'ordre des pharmaciens de Picardie, responsable de la filière officine à l'UFR de pharmacie d'Amiens, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Vos connaissances, ainsi que l'attachement que vous portez à votre profession sont des valeurs que vous avez à cœur de transmettre. Cette transmission joue un rôle indéniable dans l'exercice de la profession de pharmacien pour beaucoup de vos étudiants et désormais confrères.

Au docteur Faustine Dietrich, pharmacien d'officine. Je vous remercie pour m'avoir fait l'honneur de faire partie de mon jury de thèse et pour votre temps accordé. Il est des rencontres qui marquent une vie et vous faites partie de ceux-là.

A ma famille

A mes parents, malgré les aléas de la vie qui vous ont séparés aujourd'hui, je vous remercie d'avoir mis tout en œuvre pour notre réussite scolaire et professionnelle. Papa je te remercie pour ton engagement professionnel et pour ce choix difficile que tu as fait de préférer ta famille à ta carrière. Maman je te remercie pour tout ce temps passé à t'occuper de nous dans les meilleures comme les situations les plus délicates.

A mon frère, que j'admire tout particulièrement. Tu es une personne que j'estime énormément et sache que personne ne remplacera jamais ce lien indéfectible, sanguin, fraternel qui nous unie.

A la femme qui occupe toutes mes pensées

Tu es devenue aujourd'hui ma raison de vivre. Tu me fais la joie de partager ma vie aujourd'hui et au combien je sais que ce choix peut être difficile. Je passerai le restant de mes jours à tout mettre en œuvre pour que nous puissions passer la meilleure des existences.

A la famille de ma petite amie

Je vous remercie pour m'avoir accepté dans votre tribu mais également pour votre ouverture d'esprit ainsi que votre formidable culture.

A mes amis

On dit souvent qu'on est riche que de ces amis. Je pense qu'on est plutôt riche d'avoir de bons amis, de vrais amis. Pas ces amis de réseaux sociaux, facebook, twitter, amis d'un soir. Je remercie donc Geoffrey, Pierre-Henri, Franck, Pierre, Thomas, Adrien, Stéphane et Romain pour ce lien d'amitié qui nous unis.

A mes camarades de promotion

J'ai une pensée également pour tous mes camarades de promotion, avec qui j'ai partagé ces nombreuses années sur les bancs de la fac.

A mes frères d'armes

A tous les réservistes opérationnels de la Gendarmerie Nationale que j'ai été amené à rencontrer depuis ces 6 années et à ceux que je rencontrerai. A vous qui mettez de côté vos familles, vos emplois pour participer quelques jours par an au service de la Gendarmerie Nationale et donc au service de la France et des français. Vous avez pour cet engagement toute ma considération. Ce lien qui nous uni est un lien fort que bon nombre de personnes ne seront jamais amenés à

rencontrer. Ces moments durs que nous avons vécu ensemble et ceux auxquels nous participerons ensemble doivent nous renforcer dans l'idée que la vie est courte, et qu'il faut toujours être en mesure de prendre du recul sur les événements.

Je remercierai plus particulièrement mon commandant de compagnie de réserve pour son temps accordé, pour son écoute, pour son humilité, pour sa transmission de savoir. Je remercierai également mes amis officiers avec lequel nous travaillons pour organiser la compagnie de réserve dont nous dépendons. Je remercierai ensuite les cadres, sous-officiers et militaires du rang qui composent cette compagnie. Pour les membres du deuxième peloton que je suis amené à commander vous avez toute mon attention.

A ces officiers d'active, sous-officiers d'active et militaires du rang, que j'ai pu rencontrer au cours de cette expérience, vous aurez toujours mon éternelle reconnaissance. Aux officiers que j'ai côtoyé et par déontologie je ne transmettrai pas vos noms, à cette profondeur d'esprit, à cette humilité auquel j'importe une attention toute particulière, à cette capacité de raisonnement tactique, opérationnelle et humain, vous avez fait de moi un Chef humain. Le choix d'avoir décidé de consacrer votre vie à protéger celle des autres est un choix au combien noble et dur. Pour beaucoup de citoyens, les gendarmes ce sont ces gens sur le bord des routes qui recherchent la moindre infraction pour verbaliser. Au combien la réalité est bien différente. Des gens aux grands cœurs, qui savent devant toute situation mettre tout en œuvre pour protéger la vie car c'est la finalité du gendarme : protéger l'HOMME.

La GENDARMERIE : Une véritable FORCE Humaine.

Quel lien entre la pharmacie et la Gendarmerie ? L'envie de défendre son prochain.

A mes collègues de travail

Mme GUEANT, Mr GINESTET, Mr GENGEMBRE père et fils, l'équipe de la pharmacie GENGEMBRE et feu la pharmacie GINESTET-GUEANT, vous avez tous su me transmettre volontairement ou non des éléments qui font qu'aujourd'hui la personne que je suis professionnellement. Ayez bien conscience que je vous remercie.

Aux patients des officines dans lequel j'ai été amené à exercer

Je terminerai ces remerciements par les patients et naturellement par Mme POINDRON. Bien souvent oublié des remerciements, il préfigure pour moi un élément crucial : sans patients, pas de pharmacien. Ces patients qui franchissent la porte de l'officine pour soigner un mal, pour

une prise en charge d'une pathologie chronique. Sachez que vous aurez toute mon attention au cours de ma carrière professionnelle.

Table des matières

Listes des abréviations	11
Listes des figures.....	13
Listes des tableaux.....	14
Introduction	15
1- Quelle place pour des recommandations dans la pratique officinale journalière ?	17
1.1-La pharmacie : une pratique règlementée	17
1.1.1-Principes d'exercice du pharmacien.....	17
1.1.2-La dispensation pharmaceutique.....	19
1.1.3- Produits de santé disponibles sans ordonnance au cours de la dispensation pharmaceutique.....	21
1.2-La pratique officinale gage de qualité	25
1.2.1-Démarche qualité : définition et enjeux	25
1.2.2-Les outils pratiques	27
1.2.2.1-Les initiatives du conseil de l'ordre des pharmaciens.....	27
1.2.2.2-Le développement professionnel continu	30
1.2.2.3-Le Dossier médical Partagé.....	31
1.3-Une démarche s'inscrivant dans l'ère du temps.....	31
1.3.1-Les nouvelles missions du pharmacien d'officine.....	31
1.3.2- Evolution de la rémunération : exemples.....	34
1.3.3-Du Selfcare à une dispensation protocolisée	36
1.3.3.1-La notion d'automédication et de Selfcare	36
1.3.3.2-Une approche d'inspiration étrangère	39
1.3.3.3-La dispensation protocolisée en France	41
2-Les pathologies saisonnières à l'officine.....	42
2.1-A prédominance allergique	42
2.1.1-Allergies oculaires	43
2.1.1.1-Structure de la surface oculaire	43
2.1.1.2- Les différentes allergies oculaires	45
2.1.1.3-Stratégie d'orientation diagnostique	46
2.1.1.4-Stratégie de prise en charge thérapeutique.....	50
2.1.1.5-Recommandations de prise en charge des allergies oculaires au comptoir des pharmacies d'officine	55
2.1.2-Rhinite allergique.....	58
2.1.2.1-Définition et classification.....	58
2.1.2.2- Epidémiologie	59
2.1.2.3-Stratégie d'orientation diagnostique	60

2.1.2.4-Stratégie de prise en charge thérapeutique.....	64
2.1.2.5-Recommandations de prise en charge des rhinites allergiques au comptoir des pharmacies d'officine	68
2.2-A prédominance infectieuse	70
2.2.1-Grippe	70
2.2.1.1-Définition.....	70
2.2.1.2-Epidémiologie	71
2.2.1.3-Stratégie d'orientation diagnostique	73
2.2.1.4-Stratégie de prise en charge thérapeutique.....	75
2.2.1.5-Recommandations de prise en charge de la grippe au comptoir des pharmacies d'officine.....	81
2.2.2-Rhinopharyngite.....	82
2.2.2.1-Définition.....	82
2.2.2.2-Epidémiologie	82
2.2.2.3-Stratégie d'orientation diagnostique	82
2.2.2.4-Stratégie de prise en charge thérapeutique.....	83
2.2.2.5-Recommandations de prise en charge des rhinopharyngites au comptoir des pharmacies d'officine	88
2.2.3-Angines et pharyngites.....	89
2.2.3.1-Définition.....	89
2.2.3.2-Epidémiologie	90
2.2.3.3-Stratégie d'orientation diagnostique	91
2.2.3.4-Stratégie de prise en charge thérapeutique.....	95
2.2.3.5-Recommandations de prise en charge des angines au comptoir des pharmacies d'officine.....	97
2.2.4-Gastroentérite.....	100
2.2.4.1-Définition et physiopathologie.....	100
2.2.4.2-Epidémiologie	100
2.2.4.3-Stratégie d'orientation diagnostique	101
2.2.4.4-Stratégie de prise en charge thérapeutique.....	103
2.2.4.5-Recommandations de prise en charge des gastroentérites au comptoir des pharmacies d'officine	107
Conclusion.....	109
Références bibliographiques.....	111
Annexe 1- Algorithme décisionnel de prise en charge de l'œil rouge au comptoir des officines (Le Henanf C, 2014)	115
Annexe 2-Score SFAR (Annesi-Maesano et al., 2004).....	116

Annexe 3- Recommandations de prise en charge de la vaccination contre la grippe dans les pharmacies d'officine	117
Annexe 4- Fiche d'aide à la dispensation des vasoconstricteurs par voie orale.....	119
Serment de Gallien	121

Listes des abréviations

AINS : Anti inflammatoire non stéroïdien

AFIPA : Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

ARIA : Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma

BPCO: Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

CA : Conjonctivite Allergique IgE médiée

CESPHARM : Comité d'Education Sanitaire et sociale de la PHARMacie française

CGP : Conjonctivite GigantoPapillaire

CI : Contre-Indication

CIRES : Cellules d'Intervention en REgion et Suivi des patients

CMH : Complexe Majeur d'Histocompatibilité

CMIT : Comité des Maladies Infectieuses et Tropicales

CNR : Centre National de Référence

COP : Conjonctivite OculoPalpébrale

CSP : Code de la Santé Publique

DP : Dossier Pharmaceutique

DMP : Dossier Médical Partagé

DPC : Développement Professionnel Continu

DMP : Dossier Médical Partagé

EBC : Epstein Barr Virus

EVA : Echelle Visuelle Analogique

GA : Gastroentérite Aigue

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HSV : Herpes Simplex Virus

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

KCA : KeratoConjonctivite Atopique

KCV : KératoConjonctivite Vernake

LFSS : Loi de Financement pour la Sécurité Sociale

MEDDISPAR : MEDicament à DISpensation PARTiculière

MNI : MonoNucléose Infectieuse
NFS : Numération Formule Sanguine
OMA : Otite Moyenne Aigue
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORL : Oto-Rhino-Laryngologiques
OSCOURS : Organisation de la Surveillance Cordonnées des URgenceS
OTC : Over The Counter
PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PMF : Prescription Médicale Facultative
RA : Rhinite Allergique
RAA : Rhumatisme Articulaire Aigu
RPG : RhinoPharynGite
SBA : Streptocoque Beta Hémolutique du Groupe A
SFO : Société Francaise d'Ophtalmologie
SFPL : Société Francaise de PneumoLogie
SFPC : Société Francaise de Pharmacie Clinique
SPF : Santé Publique France
SPILF : Société de Pathologie Infectieuse en Langue Francaise
SRO : Solutés de Réhydratation Orale
TDR : Test de Diagnostic Rapide
TROD : Test Rapides d'Orientation Diagnostique
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Listes des figures

Figure 1 Coupe sagittale du globe oculaire, Atlas d'histologie en microscopie optique (Yves Clermont et al).....	43
Figure 2 Hyperhémie conjonctivale, SFO 2015	56
Figure 3 Eczéma de contact , SFO 2015	56
Figure 4 Papilles géantes, SFO 2015.....	56
Figure 5 Lésions palpébrales eczématiformes typiques	56
Figure 6 Classification de la rhinite allergique selon le dernier consensus ARIA (SPLF 2010).	58
Figure 7 Classification des rhinites selon le consensus international de l'OMS (ARIA)	62
Figure 8 Schéma du cycle réplicatif des virus influenza de type A (Behillil et al., 2019)	70
Figure 9 Campagne de lutte contre la grippe 2020 Assurance Maladie	79

Listes des tableaux

Tableau 1 Démarche ACROPOLE CNOP 2013	29
Tableau 2 Signes fonctionnels des allergies oculaires d'après Surface Oculaire Rapport Sfo 2015., 2015).....	46
Tableau 3 Principaux allergènes responsables de RA(SFORL et al.,2019)	59
Tableau 4 Arguments du diagnostic des différentes étiologies de rhinite	62
Tableau 5 Manifestations et complications de la grippe (Sellers et al., 2017).....	75
Tableau 6 Médicaments en accès libre ayant pour indication le rhume (ANSM,2019).....	86
Tableau 7 Angines : types, étiologies, agents pathogènes.....	89
Tableau 8 Score de Mac Isaac	92

Introduction

En Mai 2018, le député Thomas Mesnier, député de Charente, indiquait dans son rapport intitulé « assurer le premier accès aux soins - organiser les soins non programmés dans les territoires » qu'une partie de l'augmentation de recours aux services hospitaliers d'accueil des urgences pourrait être prise en charge par la médecine ambulatoire et notamment par une communication renforcée entre les différents professionnels de santé (médecin, infirmier, masseur kinésithérapeute et pharmacien).

Ce rapport témoigne d'un besoin, que les syndicats de pharmacien revendiquent depuis plusieurs années s'appuyant notamment sur une étude IMS Health, de mettre en place un nouveau parcours de soin. Les syndicats de pharmacie proposent ainsi une dispensation sans prescription médicale par les pharmaciens pour certaines pathologies courantes (cystites, angines, allergies saisonnières, douleurs d'intensité modérée, ...) avec pour but une réduction des frais liés à ces pathologies pour la société.

Le 17 Octobre 2018, la députée Delphine Bagarry déposait dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) 2019 un amendement permettant aux pharmaciens d'officine de dispenser à titre expérimental certains médicaments à prescription médicale obligatoire dans le cadre de trois pathologies : la cystite, la conjonctivite et l'eczéma. Cette démarche reposait sur les exemples suisse et canadien.

Cet amendement a été rejeté.

Malgré ce rejet, la sollicitation du pharmacien dans la prise en charge des petites urgences entre de plus en plus dans les habitudes. Ainsi, pour près de 6 français sur 10, passer voir son pharmacien plutôt que son médecin est une pratique courante lorsqu'ils sont malades et 70 % des français sont favorables à la prescription pharmaceutique (Odoxa, 2018). Cette sollicitation repose sur certains atouts du pharmacien d'officine tels qu'une bonne crédibilité auprès du public en tant que professionnel de santé, son cursus scientifique mais également par le maillage officinal important conjugué à des plages horaires larges

Il semblerait donc qu'en dépit de l'avis de l'assemblée nationale et du parlement, que le peuple français soit en mesure de faire confiance à son pharmacien concernant la prise en charge de certaines pathologies.

S'appuyant sur le rapport du député Mesnier indiquant la nécessité d'instaurer des protocoles pour la prise en charge de certaines pathologies au comptoir des officines, cette thèse a pour vocation de présenter la prise en charge du patient dans une officine pour certaines pathologies saisonnières.

Cette prise en charge sera développée pour l'ensemble du parcours du patient, de son entrée à l'officine, à son échange avec le pharmacien et jusqu'à sa guérison en regard des dernières recommandations.

Nous développerons cet exercice en deux parties ; en répondant à la problématique suivante « quelle place pour des recommandations dans la pratique officinale journalière » d'une part puis d'autre part nous aborderons la prise en charge pour six pathologies : les allergies oculaires, la rhinite allergique, la grippe, la rhinopharyngite, l'angine/pharyngite et la gastroentérite.

1- Quelle place pour des recommandations dans la pratique officinale journalière ?

1.1-La pharmacie : une pratique règlementée

La profession de pharmacien sur le territoire français est régie par le code de la santé publique (CSP) dans la quatrième partie intitulée « professions de santé » au livre II : Profession de la Pharmacie. Le code de déontologie du pharmacien figure dans le CSP.

Nous nous limiterons à l'analyse des différentes parties du CSP nous permettant d'aborder au mieux la notion relative à la dispensation pharmaceutique des médicaments sans prescription médicale.

Nous n'aborderons pas la notion de commerce électronique de médicament sans ordonnance. En effet nous estimons que la prise en charge des pathologies saisonnières nécessite un contact direct, un échange verbal entre un pharmacien, professionnel de santé et un patient en vue de ne pas nuire à la qualité des conseils pharmaceutiques. L'essor de l'utilisation des moyens électroniques dans notre société ne doit pas interférer avec le contact entre les Hommes.

1.1.1-Principes d'exercice du pharmacien

Les pharmaciens contribuent à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale (Article R4235-2 du CSP), sans distinction entre les personnes (Article R.4235-6 du CSP), selon les pratiques conformes et actuelles (Article R4235-11 du CSP et Article R4021-1 à 8 du CSP) et avec neutralité (Article R4235-3 du CSP). Ils participent également à la préservation de la santé publique (Article R4235-10 du CSP) en formulant des conseils véridiques, loyaux et formulés avec tact et mesure (Article R.4235-30 du CSP).

Ils contribuent également aux conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes, effectuent les vaccinations dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de Santé (HAS) et peuvent dans le cadre de protocoles inscrits dans le cadre d'un exercice coordonné au sein des dispositifs mentionnés aux mêmes articles R. 1411-11-1, R. 1434-12, R. 6323-1 et R. 6323-3

du CSP, délivrer pour certaines pathologies, et dans le respect des recommandations de la HAS, des médicaments dont la liste est fixée par arrêté, pris après avis de la HAS (Article R5125-1-1 du CSP). Aujourd'hui cette liste n'est toujours pas parue au journal officiel.

Durant leur exercice les pharmaciens et les personnes légalement autorisées à les seconder doivent porter un insigne indiquant leur qualité (mortier pour les préparateurs et caducée pour les pharmaciens) (Article R5125-9 du CSP).

Les officines (dont la définition figure à l'Article R5125-1 du CSP) doivent également correspondre à un cahier des charges strict en lien avec le respect de la dignité professionnelle. D'un seul tenant et sans autres activités dans les locaux professionnels (Article R.4235-67 du CSP), les pharmacies doivent porter sur l'extérieur de façon lisible :

- le nom du ou des pharmaciens propriétaires, copropriétaires ou associés en exercice (Article R4235-52 du CSP) ;

- une croix grecque de couleur verte, lumineuse ou non (Article R.4235-53 du CSP) ;

- un caducée pharmaceutique de couleur verte constitué d'une coupe d'Hygie et un serpent d'Epidaure selon les recommandations officielles (Article R.4235-53 du CSP) ;

- des informations en vitrines ou emplacements dont l'exercice est licite en pharmacie (Article R.4235-59 du CSP).

A l'intérieur des pharmacies, il est également retrouvé une législation particulière. Ainsi tous les prix doivent être affichés conformément à la législation en vigueur (Article R.4235-65 du CSP). L'organisation de l'officine ne doit permettre aux patients d'avoir accès directement aux médicaments contenant des substances vénéneuses (Article R.4235-55 du CSP). Les espaces de dispensation doivent permettre le respect du secret professionnel (Article R.4235-55 du CSP) et le recueil des médicaments à usage humain non utilisés est obligatoire (Article R4211-4 du CSP).

Cette lourde législation participe directement à la qualité de l'acte de dispensation en ne banalisant pas le médicament comme un produit de consommation courante.

1.1.2-La dispensation pharmaceutique

« Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance lorsqu'elle existe, la préparation éventuelle des doses à administrer, la mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage du médicament. Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale. Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient. » (Article R.4235-48).

Un pharmacien qui commettrait une erreur au cours de l'acte de dispensation pourrait avoir trois sanctions : pénales, disciplinaire et civile (Berland-Benhaïm et al., 2011).

La responsabilité pénale sanctionne les infractions portées aux exigences déontologiques et professionnelles et pouvant être visées par un article du Code pénal. En espèce pour les pharmaciens la mise en danger de la vie d'autrui voire l'homicide involontaire sont les deux infractions pénales les plus recherchées. Un pharmacien peut également être poursuivi devant le conseil de l'ordre des pharmaciens lorsqu'il existe un manquement à un devoir professionnel et notamment le non-respect du code de déontologie pharmaceutique marquant ainsi la sanction disciplinaire. Enfin si un pharmacien cause un dommage et qu'il existe un lien de causalité entre une faute et l'apparition de ce dommage, sa responsabilité civile peut être engagée.

En outre un pharmacien, au cours d'une dispensation pharmaceutique sans ordonnance doit :

- connaître les clés d'orientation de diagnostic des différentes pathologies couramment rencontrées au comptoir afin de pouvoir prendre en charge les patients sans toutefois établir un diagnostic (Article R4235-63 du CSP) ;

- orienter si nécessaire à consulter un praticien qualifié (Article R.4235-62 du CSP) et donc à cet effet être en mesure de connaître les signes d'alarmes ;

- délivrer des médicaments autorisés (Article R.4235-47 du CSP) ;

- refuser la dispensation d'un médicament « lorsque l'intérêt du patient lui paraît l'exiger » (Article R.4235-61 du CSP). Cependant ce refus ne doit pas être basé sur des convictions personnelles du pharmacien mais sur un motif légitime (Article R. 121-11 du Code de la consommation)(Bahougne, 2017) ;

- inciter à une consommation raisonnée de médicaments (Article R.4235-64 du CSP) ;

- mettre à disposition du patient des informations et des conseils nécessaires au bon usage du médicament (Article R4235-48 du CSP). Les informations et conseils nécessaires au bon usage du médicament sont les indications thérapeutiques, la forme galénique d'administration, la posologie, les effets indésirables fréquemment retrouvés, la recherche des contre-indications et les signes cliniques orientant vers une consultation médicale malgré la prise d'un traitement.

En cas de poursuite, il appartient aux pharmaciens d'apporter la preuve qu'une information loyale, claire et appropriée a bien été délivrée aux patients. En pratique quotidienne cette tâche est complexe. Une idée relativement intéressante concernant la possibilité d'inclure dans le dossier pharmaceutique (DP) et pourquoi pas dans le dossier médical partagé (DMP) un écrit portant sur l'information donnée au patient sur les médicaments délivrés en indiquant la bonne compréhension de ce dernier sur les informations dispensées a été proposée (Berland-Benhaïm et al., 2011).

Les producteurs de spécialités pharmaceutiques jouent un rôle également dans l'acte de dispensation en ayant un devoir d'information envers le pharmacien d'officine et le consommateur (Siranyan and Locher, 2007).

En conclusion, la réglementation devenant complexe et évolutive, il convient aux pharmaciens d'avoir pleinement conscience qu'une dispensation avec ou sans ordonnance, engage leurs responsabilités. Ainsi devant une demande spontanée d'un patient, le pharmacien réalise une prise en charge symptomatique et doit d'être en mesure de connaître les limites de son art. De fait le maintien des connaissances scientifiques et la parfaite maîtrise du code de déontologie de la profession constituent le socle de base essentiel à la dispensation pharmaceutique sans ordonnance.

1.1.3- Produits de santé disponibles sans ordonnance au cours de la dispensation pharmaceutique

Lors de la dispensation pharmaceutique sans ordonnance le pharmacien d'officine peut choisir parmi des spécialités pharmaceutiques, des dispositifs médicaux et des compléments alimentaires. La taille de la structure d'exercice du pharmacien a un impact significatif sur son choix de produits de santé.

- **Les spécialités pharmaceutiques**

« On entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique. Sont notamment considérés comme des médicaments les produits diététiques qui renferment dans leur composition des substances chimiques ou biologiques ne constituant pas elles-mêmes des aliments, mais dont la présence confère à ces produits, soit des propriétés spéciales recherchées en thérapeutique diététique, soit des propriétés de repas d'épreuve. Les produits utilisés pour la désinfection des locaux et pour la prothèse dentaire ne sont pas considérés comme des médicaments. Lorsque, eu égard à l'ensemble de ses caractéristiques, un produit est susceptible de répondre à la fois à la définition du médicament prévue au premier alinéa et à celle d'autres catégories de produits régies par le droit communautaire ou national, il est, en cas de doute, considéré comme un médicament » (Article R5111-1 du CSP).

Les spécialités pharmaceutiques dites de prescription médicale facultative (PMF) sont les spécialités disponibles sans ordonnance pour une prise en charge symptomatique au comptoir des pathologies saisonnières par les pharmaciens d'officine mais également par les patients eux-mêmes.

Les médicaments à PMF sont différenciés en deux groupes :

- les médicaments dits « semi-éthiques », disponibles sans ordonnances, cependant remboursables sur prescription médicale, en accès derrière les comptoirs ;

- les médicaments dits d'automédication ou de médication officinale, disponibles sans ordonnance et non remboursables sur ordonnances, en accès derrière les comptoirs et/ou en libre accès (défini à l'article R5121-202 du CSP).

Il existe une différence législative sur ces deux groupes :

- les médicaments dits « semi-éthiques » répondent à l'ensemble des critères législatifs relatif aux médicaments remboursés. A la différence avec les médicaments dits d'automédication, il n'existe pas de listes de médicaments dits semi-éthiques ;

- les médicaments dits d'automédication comportent des réglementations supplémentaires à celle des médicaments remboursés. Ainsi, le directeur général de l'ANSM fixe la liste de médicaments dits de médication officinale que le pharmacien peut placer en libre accès. L'autorisation de mise sur le marché n'indique pas qu'ils sont soumis à prescription au titre d'une des catégories prévues à [l'article R. 5121-36](#) du CSP. Les indications thérapeutiques, la durée de traitement et les informations doivent figurer dans la notice, permettent leur utilisation, avec le conseil particulier du pharmacien d'officine prévu à [l'article R. 4235-48](#), sans qu'une prescription médicale n'ait été établie. Le contenu du conditionnement en poids, en volume ou en nombre d'unités de prise est adapté à la posologie et à la durée de traitement recommandées dans la notice. L'autorisation de mise sur le marché ou la décision d'enregistrement ne comporte pas d'interdiction ou de restriction en matière de publicité auprès du public.

- **Les dispositifs médicaux**

Un dispositif médical est défini comme « tout instrument, appareil, équipement, logiciel, matière ou tout autre article, utilisé seul ou en association, ainsi que tout accessoire y compris le logiciel destiné par le fabricant à être utilisé spécifiquement à des fins diagnostique et/ou thérapeutique, et nécessaire au bon fonctionnement de celui-ci. Ce dispositif médical est destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins de diagnostic, de prévention, de contrôle, de traitement ou d'atténuation d'une maladie ou d'un handicap ou d'une blessure d'étude ou de remplacement ou modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique et de maîtrise de la contraception » (Directive 2007/47/CE).

Ainsi l'action d'un dispositif médical n'est pas obtenue par un moyen pharmacologique, immunologique ou métabolique. (Article R.5211-1 du CSP).

Dans le cadre de la dispensation pharmaceutique sans ordonnance relative aux pathologies saisonnières, nous retrouverons parmi les dispositifs médicaux les marques « ombrelles », les gels hydroalcooliques, les masques de protection respiratoire destinés à la protection du porteur, et les tests d'orientation diagnostic.

Les gammes ombrelles :

Les gammes ombrelles reposent sur l'utilisation marketing de la notoriété d'une spécialité pharmaceutique pour développer des dispositifs médicaux répondant à un cahier des charges de mise sur le marché moins stricte vis-à-vis d'une spécialité pharmaceutique. Ainsi il convient aux pharmaciens d'officine d'être prudent quant à l'utilisation de ce genre de dispositifs médicaux. Nous citerons pour exemple la gamme ombrelle Toplexil phyto®, Phytosil® dérivé du Toplexil®, la gamme Hexa® dérivée de l'Hexaspray® et la gamme Actifed® dérivée de l'Actifed® Jour/Nuit.

La menace liée à l'utilisation de ces dispositifs médicaux en officine est multiple :

- participer à l'action de marketing de l'industrie pharmaceutique par l'utilisation de marques ombrelles permettant de surfer sur la notoriété d'une spécialité pharmaceutique pour produire des dispositifs médicaux n'ayant sur le point pharmacologique rien en commun avec ces dites spécialités mais partageant un même nom de « gamme » et un packaging similaire ;
- favoriser les surdosages ou les confusions d'utilisations.

L'ANSM a émis de nouvelles recommandations permettant de restreindre la commercialisation de ce genre de dispositif commercial en 2018.

Gels hydroalcooliques et masques de protection respiratoire

Les mesures barrières reposent sur l'utilisation de ces dispositifs médicaux.

Autotests de diagnostic ou tests d'orientation de diagnostic

Ces tests participent à la prévention secondaire en vue de diminuer la prévalence d'une maladie chez une personne ou dans une population.

- **Les compléments alimentaires**

« On entend par complément alimentaires les denrées alimentaires dont le but est de compléter le régime alimentaire normal et qui constituent une source concentrée de nutriments ou d'autres substances ayant un effet nutritionnel ou physiologique seuls ou combinés, commercialisés sous forme de doses, à savoir les formes de présentation telles que les gélules, les pastilles, les comprimés, les pilules et autres formes similaires, ainsi que les sachets de poudre, les ampoules de liquide, les flacons munis d'un compte-gouttes et les autres formes analogues de préparations liquides ou en poudres destinés à être prises en unités mesurées de faible quantité » (décret n°2006-352 du 20 mars 2006) .

Nous abordons la notion de complément alimentaire dans la mesure où la vitamine C n'est pas considérée comme un médicament (Cass. crim., 21 janvier 2014, n°13-80112) mais qu'elle est recommandée dans certaines pathologies saisonnières.

1.2-La pratique officinale gage de qualité

1.2.1-Démarche qualité : définition et enjeux

La démarche qualité est une « démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison 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. » (OMS)

En officine, cela revient à sécuriser l'ensemble de l'acte de dispensation pharmaceutique.

Le conseil de l'ordre des pharmaciens en a fait sa priorité. Elle permet de « réaffirmer la sécurité du patient au cœur des préoccupations de la profession en s'appuyant sur la confiance accordée aux pharmaciens et de soutenir le développement de nouvelles missions en officine dans le cadre des réformes de transformation du système de santé initiées par les pouvoirs publics » (Conseil national de l'ordre des pharmaciens, déploiement d'une démarche qualité à l'officine- Décembre 2018). Ainsi lors d'une dispensation sans ordonnance protocolisée, une démarche qualité est primordiale puisqu'elle participe au soin d'un patient avec des médicaments dont l'utilisation figure dans des recommandations médicales et à la récupération du temps accordé par les services médicaux à la prise en charge de ces pathologies souvent bénignes.

Le site <https://www.demarchequalityofficine.fr/> a été mis en place par le Haut Comité à la Qualité à l'Officine pour permettre aux pharmaciens d'avoir accès à toutes les informations relatives à la démarche qualité en pharmacie. Le référentiel qualité à l'officine y figure mais également une fiche d'aide à la dispensation de médicaments sans prescription et des autres produits de santé. Sous la forme d'un arbre décisionnel, 5 questions importantes participant à la sécurisation de l'acte de dispensation des médicaments sans ordonnance sont à poser :

- Pour qui ?
- Pour quoi ?
- Qu'avez-vous pris ?
- Avez-vous des traitements en cours ?
- Avez-vous des allergies / des contre-indications ?

A cet effet, « le pharmacien s'assure que le fonctionnement de son officine permet de garantir à tout moment la qualité et la sécurité de la dispensation en limitant autant que possible les risques liés à une erreur de délivrance, de prescription, des interactions médicamenteuses ou des contre-indications non détectées, des posologies inadaptées ou une inobservance du traitement. Le pharmacien recherche les situations qui peuvent générer un risque pour la santé des patients afin de prendre les mesures préventives nécessaires visant à limiter les risques identifiés. Les erreurs de dispensation signalées par un patient ou identifiées par une personne de l'équipe, donnent lieu à une analyse au sein de l'équipe officinale en vue d'éventuelles mesures préventives et correctives. L'analyse des erreurs et les mesures mises en place sont régulièrement évaluées par l'équipe en vue d'une amélioration continue de la qualité et de la sécurité ».

La non qualité peut avoir des répercussions sur le patient notamment en l'exposant à des risques significatifs pour sa santé (erreur de délivrance par exemple) et peuvent entraîner des coûts financiers estimés à 40 Milliards d'euros par an selon la caisse nationale d'assurance maladie.

Bien que non obligatoire mais vivement recommandé, la démarche qualité est obligatoire dans certains pays européens comme la suisse, le Danemark et le Portugal. Elle pourrait le devenir en France.

Nous allons ensuite voir les outils à la disposition des pharmaciens d'officine pour mettre en place une démarche qualité.

1.2.2-Les outils pratiques

1.2.2.1-Les initiatives du conseil de l'ordre des pharmaciens

Le Conseil de l'ordre des pharmaciens a mis en place des outils permettant d'assurer une qualité dans l'acte de dispensation pharmaceutique. Les sites Acqo.fr et eqo.fr et le référentiel qualité permettent de faciliter une mise en place d'une démarche de qualité à l'officine.

- **Acqo.fr**

Le site Acqo.fr, créé en 2011, permet aux officinaux de parfaire leurs connaissances sur l'accueil pharmaceutique des patients sans ordonnance. Il permet une auto évaluation via des quiz, réalisée de manière anonyme. Il est tourné vers trois thématiques : les mesures générales (réglementation, ...), le comportement (selon l'acropole (1.2.2.1.3) et les requêtes patient (sémiologie pratique).

- **Eqo.fr**

Le site eqo.fr permet d'accompagner le pharmacien dans les missions quotidiennes par la mise en place d'une démarche qualité ayant pour finalité la sécurisation de l'acte pharmaceutique. Il est organisé autour d'un questionnaire portant sur 7 thèmes : les bonnes pratiques de dispensation, l'assurance de la qualité, la dispensation des médicaments et des produits de santé, les locaux, matériels, achats et stocks, la gestion de l'officine et gestion des ressources humaines, la traçabilité (enregistrement et archivage), les actions de prévention, d'éducation pour la santé et les autres missions.

- **Référentiel qualité :**

Le référentiel qualité constitue la référence pour un pharmacien souhaitant mettre en place une démarche qualité à l'officine. Il est accessible sur le site <https://www.demarchequalityofficine.fr/referentiel>.

Le site internet meddispar pour MEDicament à DISpensation PARticulière, le comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française ou CESPARM, le dossier pharmaceutique, la démarche ACROPOLE, les bonnes pratiques de dispensation et de pharmacovigilance garantissent un acte de dispensation de qualité.

- **Meddispar**

Ce site, créé en 2005, en libre accès regroupe des spécialités pharmaceutiques nécessitant une surveillance et une attention particulière à l'officine (médicaments d'exception, substances vénéneuses, médicaments dérivés du sang,).

- **Le Cespharm**

Ce comité met en ligne un certain nombre d'outils pédagogiques en vue d'impliquer les pharmaciens dans les démarches de prévention, d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique des patients.

- **Le Dossier Pharmaceutique**

Le dossier pharmaceutique (DP) a été mis en œuvre depuis 2007 sous la responsabilité du conseil de l'ordre des pharmaciens. Il permet aux pharmaciens d'avoir accès à l'historique médicamenteux sur les quatre derniers mois et est consultable par les équipes officinales et par

les pharmacies hospitalières équipées. Il permet donc de sécuriser l'acte de dispensation. L'accord du patient à la création de ce DP est obligatoire. Autour de ce DP plusieurs autres DP ont été créés : les DP-vaccins permettant un historique sur 21 ans, les DP-rupture permettant d'assurer un suivi des spécialités en rupture d'approvisionnement, le DP-Alerte permettant un suivi des alertes sanitaires, le DP-Rappel pour le suivi des rappels et retraits de lots de médicaments, le DP-Suivi sanitaire permettant un suivi de la situation sanitaire en France.

- **L'ACROPOLE**

Le conseil de l'ordre des pharmaciens a également mis en place une démarche méthodologique en vue de garantir un accueil pharmaceutique des patients sans ordonnance de qualité (CNOP, 2013) (Tableau 1).

Tableau 1 Démarche ACROPOLE CNOP 2013

Accueillir	Par sa disponibilité le pharmacien doit mettre le client-patient dans de bonnes conditions par une prise en charge de qualité
Collecter	Avec son professionnalisme le pharmacien doit, auprès de son interlocuteur, recueillir les informations de sa requête
Rechercher	Pour compléter la demande, le pharmacien doit questionner le patient-client pour évaluer l'ensemble des facteurs à prendre en compte pour un acte pharmaceutique sécurisé
Ordonner	Il faut remettre en ordre les informations récoltées pour une vision précise de la situation
Préconiser	Après l'analyse précise de la situation il faut expliquer au client-patient la prise en charge pharmaceutique.
Optimiser	Le pharmacien doit expliquer les raisons pour justifier son choix pharmaceutique pour son patient-client
Libeller	Le pharmacien a l'obligation de détailler la posologie et les bonnes pratiques de prises du médicament
Entériner	C'est s'assurer de la bonne compréhension du patient-client pour une thérapeutique optimisée

- **Les bonnes pratiques de dispensation**

Les bonnes pratiques de dispensation couvrent tout le spectre pharmaceutique officinal en vue d'aborder une prise en charge globale de l'acte de dispensation. En effet elles couvrent le personnel (recrutement, missions, secret professionnel, gestion en ressources humaines), les locaux (aménagement), la dispensation (analyse de l'ordonnance ou d'une demande de médicament à prescription facultative, analyse pharmaceutique, le suivi et la réévaluation du traitement, le conseil pharmaceutique, la traçabilité, les règles de prescription, délivrance et prise en charge des différentes catégories de médicament et le suivi des effets indésirables) en pharmacie d'officine et sur internet.

- **Les bonnes pratiques de pharmacovigilance**

Le pharmacien dans le cadre de la dispensation d'un médicament hors prescription médicale devra également transmettre les effets indésirables suspectés d'être dus à un médicament soit au centre régional de pharmacovigilance dont il dépend géographiquement, soit via le site www.signalement-santé.gouv.fr.

1.2.2.2-Le développement professionnel continu

Le développement professionnel continu (DPC) a été introduit au CSP en 2009 (Article L4021-1 du CSP). Il permet aux patients d'avoir affaire à des professionnels de santé dont les connaissances sont régulièrement mises à jour. Le DPC permet l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Il concerne les médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthopédistes, pédicures-podologues, biologistes médicaux, paramédicaux.

Pour les pharmaciens c'est le conseil de l'ordre qui contrôle le suivi de l'obligation de DPC sur une période de 3 ans. Pour les pharmaciens inscrits à l'ordre, sur une période de 3 ans il doit participer au minimum à deux des trois actions parmi : formation continue, gestion des risques, analyse, évaluation et amélioration des pratiques professionnelles.

1.2.2.3-Le Dossier médical Partagé

Le dossier médical partagé (DMP) est un outil numérique permettant au patient d'avoir accès à toutes les données concernant sa santé de manière sécurisée. Le DMP est le carnet de santé connecté permettant de conserver les traitements, résultats d'examens, allergies.

1.3-Une démarche s'inscrivant dans l'ère du temps

1.3.1-Les nouvelles missions du pharmacien d'officine

Le déficit de toutes les branches de la sécurité sociale (retraite, famille, maladie et accidents du travail) est passé de -23.5% en 2009 à 0.9% en 2018. Une grande partie de cette réduction a été réalisée sur la partie médicaments. Ainsi la baisse du coût des médicaments liée en partie aux objectifs de réduction de dépense de l'assurance maladie a entraîné une véritable remise en question du métier de pharmacien. Pour pouvoir pérenniser l'activité officinale, le pharmacien doit être en mesure de faire évoluer sa rémunération et de pouvoir passer d'une rémunération à la boîte à une rémunération à l'acte.

Cette volonté de changement de mode de rémunération a aussi puisé ses racines auprès de l'analyse des systèmes étrangers et notamment québécois et suisse mais également dans la

surcharge d'activité des cabinets médicaux et services d'urgence pour certaines pathologies bénignes.

Le pharmacien doit donc désormais être reconnu pleinement comme un professionnel de santé et de nouvelles missions doivent pouvoir lui être confié. Plusieurs textes de loi ont profondément changé les missions et la rémunération des pharmaciens :

- **2009 : La loi HPST**

Les pharmaciens « contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L1411-11, participent à la coopération entre professionnels de santé, participent à la mission de service public de permanence des soins, concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisée par les autorités de santé, peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L.1161-1 à L1661-5 » (Article 38 de la loi HPST).

En pratique les pharmaciens peuvent désormais :

- réaliser des entretiens pharmaceutiques (sans notion de rémunération lors de la publication au journal officiel) ;

- participer à la prise en charge pluridisciplinaire via la fonction de pharmacien correspondant (après désignation par le médecin après accord du patient) qui permet aux officinaux de renouveler des traitements et d'ajuster des posologies via les bilans de médication. Dans la pratique réelle cette démarche est très peu appliquée. La notion de pharmacien référent est également mise en place. Un pharmacien référent peut exercer au profit d'un établissement de santé ne comportant pas de pharmacie à usage intérieur (notamment des EHPAD) (sans notion de rémunération lors de la publication au journal officiel) ;

- participer aux actions de veilles et de protection sanitaire notamment dans le cadre de la pharmacovigilance ;

- participer à des séances d'éducation thérapeutique.

- **2012 : la convention pharmaceutique**

Les pharmaciens touchent désormais une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) annuelle. Chaque année de nouveaux objectifs sont désignés. Elles concernent principalement les objectifs de pénétration des médicaments génériques. L'honoraire de dispensation apparaît indépendamment de la marge sur le médicament et est valorisé à 0.53 euros par boîte de médicament.

Les indemnités d'astreinte sont revalorisées (de 75 à 150 euros) ainsi que les honoraires de garde et d'urgences (8 euros pour la nuit, 5 euros pour les dimanches et jours fériés, et 2 euros pour les jours hors horaires d'ouvertures).

Les entretiens pharmaceutiques obtiennent une rémunération prise en charge par l'assurance maladie. Trois champs d'action sont définis : les patients sous anticoagulants oraux directs, les patients sous Anti-Vitamine K et les patients asthmatiques avec la prescription depuis au moins six mois d'au moins un corticoïde inhalé. La finalité de ces entretiens est d'accompagner les patients porteurs de ces pathologies chroniques en facilitant leur adhésion au traitement par une meilleure compréhension de ces derniers (effets indésirables, limites de l'automédication, suivi biologique, ...)

Les pharmaciens peuvent désormais réaliser des bilans de médication en dehors de leur rôle de pharmacien correspondant. Les patients doivent avoir entre 65 et 74 ans, être en affection longue durée et avoir au moins cinq molécules depuis au moins six mois. Les patients au-delà de 74 ans n'ont pas besoin d'être en ALD. La finalité de ces bilans de médication est de réaliser une analyse pharmaceutique des ordonnances des patients âgés afin de limiter au mieux l'utilisation des médicaments déconseillés chez les personnes âgées, mais également d'évaluer et de favoriser l'observance au traitement. Il faudra cependant attendre 2018 pour que ces bilans de médication soient remboursés.

- **Loi de financement de la sécurité Sociale (LFSS) de 2019**

La LFSS de 2019 permet aux pharmaciens d'officine de réaliser une campagne de vaccination. Deux régions tests ont ainsi permis, après une expérimentation, d'élargir le dispositif sur l'ensemble du territoire national. Les limites à ces actes sont :

- la volonté du pharmacien de participer à cette campagne ;
- l'inscription à l'ordre des pharmaciens ;
- le suivi d'une formation courte d'un jour ;
- la disposition d'un local adapté pour assurer la vaccination disposant d'une chaise, d'un poste informatique, d'un point d'eau pour le lavage des mains, une armoire réfrigérée pour le stockage des vaccins, du matériel nécessaire pour l'injection, d'une trousse de premier secours ainsi qu'une boîte DASRI pour l'élimination des déchets ;
- le suivi de l'arbre décisionnel et des recommandations de l'ARS.

- **Loi « Ma Santé 2022 »**

Cette loi insiste sur la nécessité de la participation des pharmaciens aux équipes de soins pluridisciplinaires et aux communautés professionnelles territoriales de santé et permet également aux pharmaciens de dispenser des médicaments à prescription obligatoire dans le cas de pathologies déterminées. La parution des arbres décisionnels n'a pas encore eu lieu.

1.3.2- Evolution de la rémunération : exemples

- **Les honoraires de dispensation**

Le pharmacien touche désormais un honoraire de dispensation sur les médicaments remboursés et dont l'évolution en termes de rémunération est annuelle. La finalité de cette

rémunération est de décloisonner le pharmacien d'une simple rémunération à la boîte et d'être en mesure de pallier à la baisse de la vente des spécialités pharmaceutiques sur ordonnance et remboursées.

L'honoraire de dispensation a été au cours du temps progressivement revalorisé pour atteindre en 2020 :

-1.02 euros TTC par boîte de médicament

-2.76 euros TTC pour les conditionnements trimestriels

-0.31 euros TTC par ordonnance de 5 lignes et plus

-0.51 euros TTC par honoraire de dispensation pour l'exécution de toute ordonnance

-1.58 euros TTC selon l'âge du patients (<3 ans et > 70 ans)

-3.57 euros TTC pour toute ordonnance spécifique comportant un ou plusieurs médicaments spécifiques tels que définis dans la convention nationale pharmaceutique

En plus de cet honoraire de dispensation le pharmacien touche une marge sur chaque boîte vendue. Cependant cette marge est progressivement diminuée.

- **La ROSP**

La ROSP concerne essentiellement la délivrance des médicaments génériques, mais également la rémunération des entretiens pharmaceutiques.

L'objectif pour l'assurance maladie est de diminuer le cout des médicaments sur le système de santé afin de donner un accès aux soins et aux thérapeutiques à tous, favorisant l'esprit d'innovation. Ainsi les industriels qui ont conscience que les médicaments dont le brevet tombera dans l'espace public leur rapporteront moins dans la mesure où ils seront génériquables, concentrent leur effort sur la recherche leur permettant de développer des nouvelles molécules protégées pendant les 10 ans de leur brevet.

Les bilans de médication et les entretiens pharmaceutiques permettent aux pharmaciens d'exercer réellement leur science en étant capable de proposer aux médecins des adaptations dans la prise en charge médicamenteuse de leur patient. Ils peuvent ainsi limiter l'impact des médicaments sur les catégories de patients les plus vulnérables : les patients âgés et les patients atteints de pathologies chroniques.

- **Mise à jour des cartes vitales**

Le pharmacien touche 384 euros annuellement pour disposer de matériel nécessaire aux services de télé mise à jour des cartes vitales, d'une aide de 129,31 euros TTC par semestre pour l'abonnement d'une ligne téléphonique nécessaire au service de mise à jour des cartes vitales et d'une aide annuelle dont le montant est variable en fonction du nombre de lecteur de carte vitale utilisable pour la mise à jour (de 689 euros à 1689 euros).

1.3.3-Du Selfcare à une dispensation protocolisée

1.3.3.1-La notion d'automédication et de Selfcare

Il existe deux notions essentielles à la prise en charge d'un patient sans ordonnance à la pharmacie pour des symptômes de pathologies dites saisonnières : l'automédication et la notion de Selfcare.

L'automédication peut être définie comme un comportement individuel consistant à se soigner soi-même, sans avis médical direct, par l'utilisation d'un médicament adapté au traitement d'un trouble bénin. Dans la mesure où cette démarche d'automédication sous-entend que le patient effectue une demande de lui-même au comptoir d'une officine, le pharmacien doit transmettre les informations essentielles à une bonne prise en charge. Le pharmacien exerce alors un rôle d'accompagnant. Dans le cadre de l'automédication, les moyens numériques sont souvent considérés comme source d'information et constituent souvent la base de l'autodiagnostic. Devant le manque de fiabilité d'un certains nombres de site internet il convient aux pharmaciens d'être toujours en mesure d'effectuer leur rôle de dernier maillon de contrôle de la libération des substances pharmaceutiques, compléments alimentaires ou dispositifs médicaux.

Le Selfcare est défini par la prise en charge d'un patient par un pharmacien d'officine en délivrant des spécialités pharmaceutiques non prescrites et non remboursées selon l'Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable (AFIPA).

Il serait envisageable que le terme automédication qui sous-entend une démarche de prise en charge par le patient lui-même, ainsi que le terme Self care (qui de par sa traduction de l'anglais en français sous-entend la même notion) ne soient plus utilisés.

L'utilisation du terme « dispensation pharmaceutique protocolisée » nous semble plus appropriée et reprendrait la définition du Selfcare selon l'AFIPA. Cependant cette définition pourra être amené à évoluer notamment si le pharmacien touche un honoraire de la part de l'assurance maladie.

Cette notion de dispensation pharmaceutique protocolisée renvoie à une notion de démarche qualité, incontournable dans la mesure où toute prise en charge au comptoir sans ordonnance engage la responsabilité du pharmacien (voir 1.1).

Le marché du Selfcare représente en France un marché de 3,7 Milliards d'euros et représenterai 10% des ventes en pharmacie (AFIPA, 2020), chaque français dépensant 33,50 euros de médicaments en PMF par an. Cependant la France se situe en dessous de la moyenne mondiale au regard de la consommation d'automédication par habitant.

Il convient d'avoir un regard critique sur ces données. En effet ces 10% de ventes de médicaments ne nécessitant pas d'ordonnance en pharmacie, ont-ils été conseillés par l'équipe officinale selon des symptômes évoqués par le patient ou ont-ils été délivrés suite à une demande spontanée du patient ? Il est impossible par l'extraction de données informatiques simple d'y associer le conseil ou non du pharmacien. Ainsi cette donnée numérique relative au selfcare n'est pas totalement juste puisqu'elle englobe directement l'automédication et le Selfcare mais a l'intérêt de quantifier l'importance économique de ce marché dans la pratique officinale.

D'après le baromètre du Selfcare sur 2019 le prix moyen d'un :

- médicament remboursé, disponible sans ordonnance est de 2,88 euros ;
- médicament non remboursé, disponible sans ordonnance est de 5,93 euros ;
- dispositif médical est de 9,33 euros ;
- complément alimentaire est de 14,07 euros.

Les trois principales « aires » concernant ces PMF sont les voies respiratoires, le confort digestif et l'antalgie. Ces trois thèmes font partie intégrante des pathologies saisonnières à l'officine.

Contrairement à d'autres pays européens, le marché de l'automédication en France stagne. L'AFIPA avance un manque de volonté politique à encourager l'automédication ou le Selfcare. Restons prudent avec cette notion de stagnation de marché et la volonté politique. En effet les épidémies de grippe et de gastro entérite ont été moins importantes que les années d'avant et la proposition de dispensation protocolisée témoigne d'un intérêt grandissant quant à la place du pharmacien en tant que professionnel de santé de premier recours.

Comme nous venons de le voir ce marché a un poids financier important tant pour l'industrie pharmaceutique que pour le pharmacien officinal. Cependant le pharmacien doit garder son indépendance dans son offre de soins. En effet, les conseils délivrés aux patients doivent rester objectifs et basés sur des données confirmées par la communauté scientifique. Ainsi lors de la visite d'un laboratoire pharmaceutique souhaitant proposer sa « nouveauté » il convient aux pharmaciens d'avoir un sens critique. Ce sens critique doit naturellement prévaloir sur toute remise exceptionnelle consentie à l'achat de cette « nouveauté » et cela bien évidemment en application du code de déontologie du pharmacien. Au comptoir ce sens critique peut être difficile devant l'afflux de demande engendré par la publicité. En effet la publicité pour les médicaments sans prescription médicale est autorisée.

Nous avons abordé précédemment la notion de gammes ombrelles. Il n'est pas rare de voir de la publicité pour ces dispositifs médicaux et d'avoir une demande spontanée de patients. Rappelons que ces dispositifs médicaux sont peu efficaces. Ainsi publicité ne rythme pas avec efficacité.

En France le pharmacien détient un monopole, il doit donc être en mesure de tirer de ce monopole une force et d'être en mesure de proposer aux patients des substances pharmaceutiques efficaces pour soigner les maux et non des dispositifs médicaux n'ayant par définition aucune action pharmacologique.

Il serait envisageable de mettre en place :

- la création d'un pôle par l'ANSM d'évaluation des médicaments disponibles en accès sans ordonnance sous couvert de l'académie nationale de pharmacie visant notamment à reconnaître la place de ces spécialités dans les recommandations ;

- la fin de la publicité destinée au public concernant les substances pharmaceutiques, dispositifs médicaux et compléments alimentaires disponibles sans ordonnance. Ces éléments ne doivent pas être considérés comme de simple produit de consommation.

1.3.3.2-Une approche d'inspiration étrangère

Le système officinal québécois et suisse présente des points communs avec le système français :

- langue commune ;
- cursus universitaire semblable ;
- une démarche d'innovation.

- **Le système québécois**

Le pharmacien québécois a vu son panel de compétences s'élargir avec l'arrivée de nouvelles missions depuis le 20 Juin 2015. Facturé 16 dollars canadiens il peut :

- prescrire, si le patient a déjà consulté un médecin par le passé pour les troubles suivants : acné mineure, dermatite atopique, aphtes buccaux, conjonctivite allergique, douleurs menstruelles, eczéma faible à modéré, érythème fessier, hémorroïdes, herpès labial, infection urinaire récente chez la femme, muguet consécutif à l'utilisation d'inhalateur corticostéroïde, rhinite allergique ou vaginite à levure des spécialités pharmaceutiques ;

- prescrire des médicaments pour 11 pathologies ne nécessitant pas de diagnostic sous couvert d'avoir suivi une formation.

Le pharmacien québécois peut également adapter l'ordonnance du médecin dans certains cadres notamment lors des ruptures de médicaments ou lors d'ajustement posologiques en vue d'atteindre les valeurs biologiques cibles. Il peut également prolonger une ordonnance pour une durée équivalente à la durée initiale de l'ordonnance sans pour autant dépasser la durée de douze mois pour le renouvellement

- **Le système suisse**

Le système NETCARE permet depuis 2014 aux pharmaciens, en utilisant des arbres décisionnels, de traiter des problèmes de santé de premier recours en utilisant des médicaments de la liste B. Au besoin le pharmacien peut contacter un service de téléconsultation.

Les pharmaciens suisses peuvent participer au dépistage du cancer de colon ou au test cardio test qui permet d'évaluer le risque de développement de pathologies cardiovasculaires.

Le pharmacien suisse peut dispenser les médicaments de la liste B qui peuvent être remis sur ordonnance médicale ou après conseil du pharmacien. Seule la liste A est interdite de dispensation sans ordonnance médicale.

Ces deux systèmes valorisent la place du pharmacien dans le parcours des patients notamment lors de la prise en charge des pathologies bénignes. A cet effet ils ont inspiré la notion de dispensation protocolisée en France.

1.3.3.3-La dispensation protocolisée en France

Très attendue par les pharmaciens, la dispensation protocolisée a suivi un véritable parcours du combattant notamment sur le point de vue législatif. Présentée en conseil des ministres par la ministre d'état, ministre de la santé et des solidarités, Agnès Buzyn, le 13 février 2019, ce n'est que le 8 mars 2020 qu'est paru la publication au journal officiel.

Désormais les pharmaciens d'officine pourront délivrer sans ordonnance et selon des arbres décisionnels établis par la HAS certains médicaments de prescription pour des pathologies bénignes. L'application de ces protocoles devrait pouvoir avoir lieu à compter du deuxième semestre 2020. Dans le cadre d'une intégration du pharmacien au sein d'une communauté professionnelle territoriale de santé et après accord du médecin et avoir suivi une formation, le pharmacien pourra prendre en charge les cystites et les douleurs aiguës de la gorge chez l'adulte. Le pharmacien pourra également en cas de rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) le remplacer après avoir informé le prescripteur.

La notion de pharmacien correspondant, introduit par la loi HPST se voit désormais également simplifiée. Le pharmacien pourra également renouveler des ordonnances et adapter des posologies des traitements chroniques sous couvert du médecin référent.

Cette thèse s'inscrit donc dans une démarche actuelle. Cette nouvelle pratique a pour finalité de dégager du temps pour les équipes médicales pour la prise en charge des pathologies chroniques mais également de limiter l'impact de certaines pathologies bénignes sur le budget de la sécurité sociale. La limite de cette pratique réside dans le respect des recommandations des sociétés savantes et des arbres décisionnels établis par la HAS qui n'ont pas encore été publiés. Le pharmacien devra donc être en mesure de connaître les limites de son art et de ces nouvelles missions qui lui seront confiées. Nous allons donc désormais aborder 6 pathologies saisonnières couramment rencontrées à l'officine.

2-Les pathologies saisonnières à l'officine

2.1-A prédominance allergique

L'allergie ou réaction d'hypersensibilité de type 1 selon la classification de Gell et Coombs (1963) est une réponse anormale, excessive, du système immunitaire à l'introduction d'une substance étrangère (allergène) chez un individu présentant un terrain génétiquement prédisposé.

Deux phases successives composent la réaction allergique :

-I^{ère} phase ou phase de sensibilisation, caractérisant le premier contact avec l'allergène. La cellule dendritique présente les peptides aux récepteurs T combinés aux molécules du complexe majeur d'histocompatibilité (CMH) de type II, synthèse des Immunoglobulines de type E (IgE) qui se fixent sur la surface des mastocytes et des basophiles ;

-II^{ème} phase ou phase effectrice caractérisant un nouveau contact avec l'allergène. Les IgE fixées à la surface des mastocytes et des basophiles reconnaissent l'allergène. Il s'ensuit la libération des médiateurs de l'inflammation (histamine, prostaglandines, leucotriènes, cytokines) responsable de l'expression des symptômes cliniques.

L'allergie est un problème de santé publique, altérant la qualité de vie (Palmares et al., 2010), qui affecte 20 % de la population à l'échelle planétaire dont la moitié d'entre eux présentent des manifestations cliniques (Petricek et al., 2006). Selon la théorie hygiéniste, l'amélioration des conditions socio-économiques entraînerait une baisse des contacts infectieux et augmenterait l'incidence des maladies liées à une dysimmunité comme l'allergie.

2.1.1-Allergies oculaires

2.1.1.1-Structure de la surface oculaire

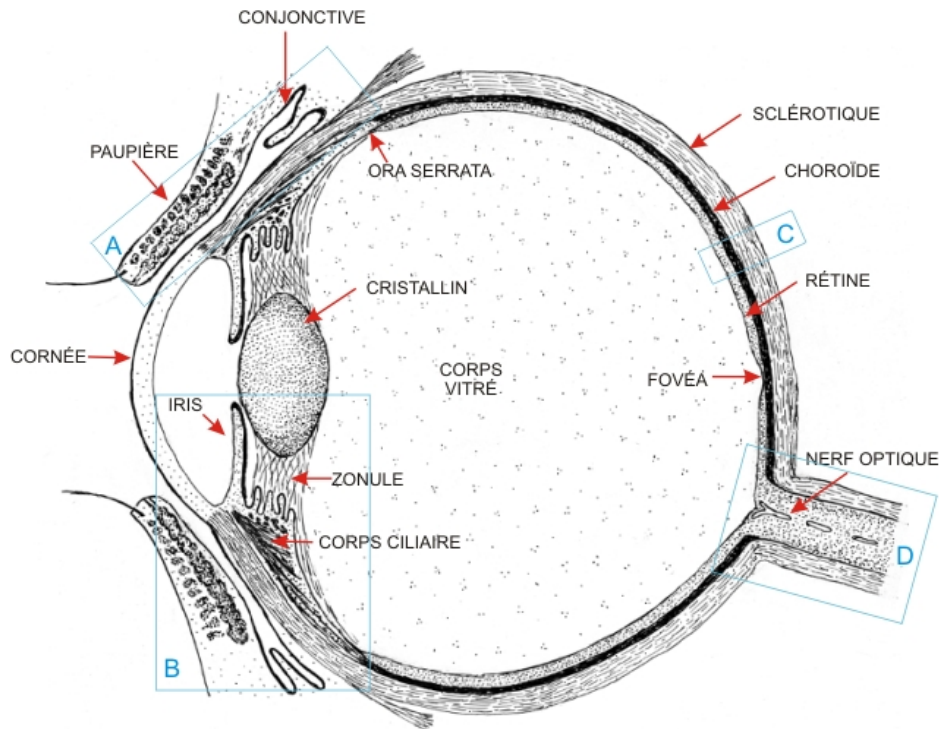


Figure 1 Coupe sagittale du globe oculaire, Atlas d'histologie en microscopie optique (Yves Clermont et al)

L'œil est l'organe de la vision, sens essentiel à l'être humain pour pouvoir se mouvoir et interagir avec son environnement. Il est organisé anatomiquement en trois enveloppes entourant le corps vitré appelées tunique externe (conjonctive, sclérotique, cornée), tunique moyenne (choroïde, iris, pupille, corps ciliaire, cristallin) et tunique interne (rétine, macula, tache aveugle, fovéa, nerf optique) (Figure 1).

La protection de cet organe est notamment assurée par la tunique externe également appelée surface oculaire, par une localisation dans une cavité osseuse (l'orbite) protégeant notamment des agressions mécaniques extérieures, et par un voile musculo membraneux (la paupière) permettant d'assurer une protection mécanique adaptative.

La surface oculaire est constituée par la conjonctive, la cornée et par le film lacrymal, sécrété par les glandes lacrymales. Elle assure une fonction de protection de l'œil contre les agressions externes, physiques et chimiques, la défense contre les micro-organismes, la pénétration des molécules nutritives ou thérapeutiques dans la cornée. Bien que la protection palpébrale et le lavage lacrymal éliminent la majeure partie des corps étrangers irritants, la protection immunologique de l'œil est primordiale pour lutter contre les allergènes (*Surface Oculaire Rapport Sfo 2015.*, 2015).

La protection immunologique et inflammatoire de la surface oculaire est représentée par la conjonctive, véritable « bouclier » de la cornée (disposant d'un faible réseau lymphatique). La protection immunologique est assurée de trois manières : par une population lymphocytaire essentiellement composée de lymphocytes T CD8⁺, par la présence abondante d'IgA, G et M (Smolin, 1989) et par des cellules de Langherans conjonctivales exprimant à leur surface des antigènes de classe 2 du CMH, les rendant potentiellement actives immunologiquement. La protection inflammatoire est assurée par l'épithélium sécrétant des chimiokines et des cytokines ayant un rôle dans l'amplification des réactions immunologiques et par des récepteurs H1, qui activés, entraînent la libération de cytokines inflammatoires.

Le film lacrymal composé de trois couches (couche lipidique, couche muqueuse, mucines) joue également un rôle important dans la défense de la surface oculaire par l'action :

- des IgA s'associant aux mucines ;
- d'un complexe protéino-enzymatique composé par du lysozyme, enzyme bactériolytique, dont la concentration diminue avec l'âge et l'état de sécheresse oculaire ;
- de la lactoferrine qui en se complexant au fer prive les bactéries de ce nutriment et active les Lymphocytes Natural Killer (NK) ;
- d'une flore microbienne commensale s'opposant à la prolifération de germes plus agressifs (Akpek, 2003).

2.1.1.2- Les différentes allergies oculaires

La nouvelle classification basée sur la physiopathologie regroupe la conjonctivite allergique IgE médiée (CA), l'allergie de contact oculopalpébrale (COP), la conjonctivite gigantomacillaire (CGP), la keratoconjonctivite vernale (KCV) et la keratoconjonctivite atopique (KCA) (Leonardi et al., 2012) :

- **CA**

La CA est l'allergie oculaire la plus fréquente avec un pic de prévalence chez les enfants et sujets jeunes. Les symptômes cliniques typiques de la conjonctivite reposent sur le larmoiement, le prurit, l'œil rouge, les brûlures oculaires, les yeux collés et la sensation de corps étranger plus ou moins importante. L'étiologie principale demeure le contact avec des allergènes spécifiques : acariens, moisissures, pollens, phanères d'animaux, sulfites, crustacées, médicaments et substances retrouvées dans l'environnement professionnel.

- **COP**

La COP est une dermatite de contact, ne présentant pas de mécanisme immunologique spécifique, associée souvent à un contact avec des résines plastiques ou des cosmétiques.

- **CGP**

La CGP est une anomalie inflammatoire, non infectieuse, survenant le plus souvent chez les porteurs de lentilles de contact, principalement souples, mais pouvant résulter d'autres facteurs étiologiques (prothèse oculaire, bulle de filtration, ...). Il est retrouvé des papilles de grande taille, une hyperémie conjonctivale, un excès de sécrétion muqueuse et une sensation de prurit ou de corps étranger.

- **KCV**

La KCV est une maladie inflammatoire chronique de la surface oculaire, relativement rare qui touche l'enfant et le jeune adulte.

- **KCA**

La KCA est une manifestation oculaire atopique rare, caractérisée par une atteinte inflammatoire conjonctivale sévère non infectieuse des paupières et de la cornée, chronique et bilatérale, survenant chez des patients porteurs d'une dermatite atopique.

2.1.1.3-Stratégie d'orientation diagnostique

L'interrogatoire reste le principal mode de recueil d'information pour le pharmacien afin d'orienter la prise en charge du patient. Cette prise en charge reposera sur l'analyse des signes fonctionnels (Figure 2), l'analyse du terrain et l'analyse des antécédents.

Tableau 2 Signes fonctionnels des allergies oculaires d'après Surface Oculaire Rapport Sfo 2015., 2015)

SIGNES FONCTIONNELS	
Clinique	Physiopathologie
Rougeur oculaire	
Sensations de grains de sables, de piqures, de brûlures	Symptômes évocateurs d'une atteinte épithéliale, conjonctivale et/ou cornéenne. Apparition brutale associées à des sécrétions mucopurulentes : conjonctivite infectieuse. Si évolution journalière : sécheresse oculaire Association à une douleur et photophobie : atteinte cornéenne.

Sensations de gênes oculaires et autres sensations associées (œil sec, lourd, gluant, cireux)	Manque de lubrification.
Larmoiement	Mécanisme reflexe à une agression directe Constant : persistance d'un corps étranger, infection, phases de recrudescence d'une atteinte allergique, exposition aux agressions (froid, air climatisé, vent Chronique : exploration des voies lacrymales
Accolement matinal des cils et sécrétions conjonctivales	Aspect d'une agression aiguë, deux étiologies possibles : -Sécrétions abondantes et cils collés avec apparition de manière brutale : infections bactériennes ; -Sécrétions séreuses, claires : infections virales ou chlamydiennes.
Prurit et gonflement des paupières	Signes évocateurs d'une composante allergique (notamment chronique)

La place du pharmacien dans la prise en charge des pathologies saisonnières oculaires est compliquée compte tenu de l'absence de spécificité des signes fonctionnels rapportés et des critères cliniques retrouvés lors de l'examen clinique. La complexité est d'autant plus importante qu'il n'existe pas une seule allergie oculaire mais, comme vu précédemment, 5 pathologies différentes d'allergie oculaire. Il convient donc pour les équipes officinales d'être en mesure de pouvoir différencier ces pathologies englobées dans la notion d'allergie oculaire pour pouvoir orienter au mieux la prise en charge pharmaceutique. Dans les 5 types d'allergies oculaires il est possible de retrouver des symptômes témoins d'une manifestation allergique : le prurit, la rougeur et le chémosis. Il existe ensuite des spécificités en fonction des différents types d'allergie.

- CA

Il est retrouvé une manifestation extra oculaire fréquente associée (rhinite) alors que l'atteinte ophtalmologique isolée est rare (- de 6 % des cas). La symptomatologie est d'apparition rapide et brutale survenant habituellement quelques minutes après le contact avec

l'allergène responsable. La recherche de signes ou de symptômes ORL est donc à effectuer pendant l'interrogatoire.

- **COP**

Il est retrouvé une éruption érythémateuse vésiculeuse et suintante évoluant vers des croûtes par dessiccation au niveau des paupières supérieures. Cependant ce tableau clinique peut s'associer à une conjonctivite dans le cadre d'une réaction iatrogène. Ainsi le diagnostic différentiel entre une conjonctivite allergique saisonnière et une COP peut au comptoir s'avérer complexe et nécessite encore une fois un interrogatoire minutieux recherchant notamment l'exposition à un allergène. Une étiologie professionnelle (résines plastiques, solvants), cosmétique voire médicamenteuse (collyres et pommades ophtalmologiques (Mughal and Kalavala, 2012)) est souvent retrouvée dans les COP. Les différentes modes de sensibilisation (par application directe, par application sur une zone proche des paupières, par transfert d'un autre site du tégument, par exposition à des gaz) nécessitent un bilan d'extension de recherche de symptomatologie clinique.

- **CGP**

La physiopathologie repose sur un traumatisme initial entraînant une réaction allergique et une altération de l'épithélium de surface. Le facteur étiologique principal est le port de lentilles de contact. Cependant il est également possible de retrouver comme facteur étiologique du matériel en lien avec une activité ophtalmologique (fils de suture, colle cyanoacrylate, keratopathie par bandelette). La symptomatologie de la CGP repose sur la présence de papilles de grande taille, d'une impression de sécrétion muqueuse présente au réveil au niveau de l'angle interne, d'un trouble visuel, ainsi que la visualisation d'une surcharge de dépôts sur lentille. L'atopie étant un facteur de risque d'apparition de CGP (Begley, 1990), il conviendra de rechercher un terrain atopique dans le cadre d'une symptomatologie de CGP. Le diagnostic différentiel avec les autres allergies oculaires reposera essentiellement sur la recherche du port de lentilles ou d'une intolérance progressive au port de lentille. En moyenne les signes

surviennent entre 18 et 20 mois après le port de lentilles souples et 9 à 11 ans avec les lentilles rigides (Donshik, 1994).

- **KCV :**

Cette forme sévère des pathologies allergies oculaires affecte généralement les enfants avant l'âge de 10 ans (Leonardi et al., 2012). La symptomatologie affecte la vie quotidienne des patients atteints de KCV avec un maximum de symptômes le matin au réveil, rendant ce dernier difficile et redouté de l'enfant. Il existe un impact relativement négatif sur la qualité de vie des enfants et des parents. Il est retrouvé une photophobie intense, des sécrétions épaisses imposant un rituel matinal pour les nettoyer, un prurit intense, une sensation de brûlure, une douleur, une sensation de présence d'un corps étranger et un larmolement. L'évolution par poussée suit un rythme saisonnier de février/mars à septembre/octobre. La photophobie intense peut faire redouter une kératite voire un ulcère de cornée.

- **KCA**

C'est la forme la plus sévère des allergies oculaires qui suit un pic d'apparition entre 30 et 50 ans. Elle se caractérise par une atteinte palpébrale, conjonctivales associée à une dermatose atopique locale ou à distance. C'est une manifestation oculaire de la maladie atopique. Les équipes officinales doivent savoir que toute pathologie inflammatoire de la surface oculaire associée à une dermatite atopique doit être considérée comme KCA jusqu'à preuve du contraire. (Donshik, 1988). La recherche des signes de gravité, photophobie et vision troublée, signant une atteinte cornéenne, est toujours à effectuer.

L'analyse du terrain revêt un caractère important d'autant plus que les différents types de pathologies de la surface oculaire varient en fonction de l'âge et du sexe des patients et de l'environnement. Des auteurs ont retrouvé des facteurs saisonniers d'apparition : en mars et en octobre pour la CGP (Begley, 1990) et pour la KCV (Bonini et al., 2000) par exemple.

2.1.1.4-Stratégie de prise en charge thérapeutique

Parmi les allergies oculaires, deux niveaux de prise en charge sont différenciés en fonction du risque pour la fonction visuelle avec les formes dites bénignes (regroupant CA, COP, CGP) et les formes dites sévères (regroupant KCV et KCA). La prise en charge multidisciplinaire par consultation avec un allergologue ne sera justifiée qu'en cas de formes invalidantes et/ou chroniques pour les formes bénignes, mais sera systématique pour les formes sévères. Dans les deux formes, bénignes et sévères, un schéma thérapeutique identique est retrouvé : recherche de signes de gravité, traitement symptomatique, mesures préventives. La persistance des symptômes malgré la prise d'un traitement symptomatique entraînera la nécessité d'une consultation médicale.

- **Recherche de signes de gravité**

Le risque pour la fonction visuelle est notamment la présence d'une ulcération cornéenne. Il est donc important de rechercher une symptomatologie clinique évocatrice d'ulcération cornéenne avec baisse d'acuité visuelle, vision floue. Ce point nécessite une sensibilisation accrue des équipes officinales. En effet dans le cas de symptômes cliniques évocateurs d'ulcération cornéenne, l'orientation vers une consultation médicale en urgence est primordiale. L'utilisation d'un algorithme décisionnel permettra aux équipes officinales de distinguer rapidement les allergies oculaires pouvant être prise en charge à l'officine et celle nécessitant une consultation médicale (Annexe1).

- **Traitement symptomatique :**

Ce traitement peut être mis en place dans tous les cas. Son but est de diminuer le relargage de l'histamine par les cellules mastocytaires et d'inhiber la réaction inflammatoire. Ce traitement symptomatique repose essentiellement sur un lavage oculaire de manière pluriquotidienne par des solutions de lavages oculaires, sans conservateur, et sur l'utilisation de

collyres antidégranulants mastocytaires ou antagoniste des récepteurs histaminiques H1 (antihistaminiques H1 ou anti H1) associés à un traitement antihistaminique par voie générale si besoin (en cas présence de symptômes généraux d'allergie). La persistance des symptômes, signant l'inefficacité de ces traitements nécessitera une consultation médicale pour établir soit un diagnostic différentiel, soit une prescription avec un corticoïde en usage local pour diminuer le chémosis. Cette corticothérapie locale devra être prescrite sur une courte durée avec une diminution progressive de la posologie et un relai par collyre anti allergique multi action.

Concernant le choix des traitements symptomatiques, l'utilisation des antidégranulants mastocytaires est généralement préventive et nécessite de recourir à plusieurs administrations journalières et à des associations médicamenteuses. L'effet thérapeutique des anti H1, apparait souvent entre 15 à 60 minutes après l'administration et s'étend à 24 h pour les anti H1 de deuxième génération. Les anti H1 diminuent fortement le larmoiement, la rhinorrhée et le prurit oculonasal. L'association des anti H1 d'action locale et par voie générale améliore la qualité de vie.

- **Traitements spécifiques aux différentes allergies oculaires :**

CA : en phase aigüe la durée de traitement sera de 15 jours et en phase chronique de 2 mois.

COP : la chronicité des symptômes nécessitera l'utilisation de gels lubrifiants à appliquer sur les paupières. La prise en charge du terrain atopique et des éventuelles manifestations allergiques systémiques est essentielle. Sur le plan professionnel, certaines formes sévères, compliquées d'une kérato-conjonctivite, peuvent justifier un reclassement professionnel (INRS). Le rôle du médecin du travail dans les entreprises à risque est primordial dans la mise en place d'actions de prévention.

CGP : l'utilisation des antidégranulants mastocytaires est à privilégier à distance du port des lentilles de contact (retrait de la lentille de contact, administration, attente de quelques minutes puis remise en place des lentilles de contact). La prise en charge de la conjonctivite géantopapillaire reposera sur la suppression du facteur causal (suture, lentilles de contact). Ainsi la modification des paramètres des lentilles de contact permet de résoudre le problème dans la plupart des cas. L'utilisation des produits d'entretien participant directement aux phénomènes allergiques amène indéniablement à l'encouragement de la prescription de lentilles de contact jetables journalières. Si le port de lentilles de contact journalières n'est pas possible le changement régulier des lentilles de contact est à privilégier (< à 3 semaines). Le système d'entretien est primordial dans la prise en charge de la CGP. L'utilisation de solutions d'entretien sans conservateurs et les consignes de massage des lentilles de contact doivent être rappelées. Le rinçage abondant au sérum physiologique lors de l'ablation de la lentille de contact permet d'éliminer l'ensemble des médiateurs de l'inflammation des culs de sac et peut être répété dans la journée. La prothèse oculaire doit être nettoyée chaque jour avec un savon doux puis rincée avec de l'eau stérile.

KCV : la mise en place d'un soutien psychologique et de séances d'éducation thérapeutique est nécessaire. En complément des traitements symptomatiques habituels, il est possible d'utiliser des compresses froides et des larmes artificielles. En cas d'échec des traitements entrepris l'utilisation d'AINS locaux ou de corticoïdes locaux nécessite une prise en charge médicale. La recherche de poussée inflammatoire, témoin possible d'une kératite dense ou d'un ulcère peut nécessiter un traitement immunosuppresseur par tacrolimus ou ciclosporine locale. Ce traitement est sur prescription médicale et témoigne de l'importance de la prise en charge globale et multidisciplinaire de la KCV.

KCA : En complément du traitement symptomatique habituel l'utilisation de substituts lacrymaux quotidiens est recommandée.

- **Spécialités disponibles pour soigner les allergies oculaires à l'officine (ANSM, 2019), (Vital Durand, 2018), (PERLEMUTER, 2019) :**

Anti H1 Per Os :

- Loratadine 10 mg en boîte de 7 comprimés (DOLIALLERGIE®, gamme générique conseil SANDOZ®...);
- Cétirizine 10 mg en boîte de 7 comprimés (ACTIFED® allergie, ALDIDREK®, gamme générique conseil SANDOZ®...);

Antidégranulants mastocytaires en collyre :

- Cromoglycate de sodium en flacon de 10 et 15 ml ou sous forme d'unidoses conditionnées en boîte de 10 ou 30 unités (ALAIRGIX®, OPHTACALMFREE, CROMORHINOL®, HUMEX®), ALLEGOCOMOD®, CROMABAK®, CROMADOSES®, CROMEDIL®, CROMOFREE®, MULTICROM® ;
- Acide spaglumique en flacon de 10mL (NAABAK®, NAAXIA®) ;

Anti H1 collyre :

- Lévocabastine en unidoses de 10 unités (ALLERGIFLASH®) ;

Hygiène des paupières :

- BLEPHACLEAN®, BLEPHAGEL®, CAMOLID®, ILAST CARE®, ILAST HYDRA®, NAVIBLEF®, OPTONE®, SVR TOPIALYSE®, URIAGE ISOFILL®, VYSEO BLEPHACURA®.

Les effets indésirables des collyres cités précédemment sont essentiellement les picotements, brûlures, larmoiement, et le prurit. La principale contre-indication de leur usage est l'hypersensibilité. La présence de benzalkonium est déconseillée avec l'usage de lentille de contact. L'utilisation de collyre n'en contenant pas ou l'utilisation de collyres sous conditionnement unidoses seront alors privilégiées. Pendant la grossesse, la lévocabastine est

contre indiqué (absence de données cliniques), tandis que le cromoglycate de sodium est autorisé et les anti H1 déconseillés. L'utilisation de collyre antiseptique dans cette indication ne fait l'objet d'aucune recommandation.

L'utilisation de loratadine ou de cétirizine reste à l'appréciation de l'équipe officinale. La principale différence réside essentiellement dans la posologie à adapter de la cétirizine chez les enfants entre 2 et 6 ans à une demi posologie adulte soit 5mg/J. Les équipes officinales doivent également être sensibilisées sur les effets indésirables de ces traitements à type de céphalées, somnolence, troubles digestifs. La polaramine, qui est non listé, ne doit pas être recommandée de par ses effets sédatifs. Les contre-indications des anti H1 doivent également faire partie de la prise en charge des patients au comptoir : insuffisance rénale (cétirizine), insuffisance hépatique sévère, risque de glaucome par fermeture de l'angle ou de rétention urinaire, grossesse, nourrisson.

- **Mesures préventives :**

La prévention de l'allergie repose sur l'éviction du ou des allergènes en causes. Cependant l'identification et l'éviction de l'allergène ne sont pas toujours évidentes à mettre en place.

Ainsi des mesures hygiéno-diététiques sont à conseiller :

- lavage oculaire fréquent notamment sous forme de lingettes nettoyantes afin d'éviter au maximum le dépôt des allergènes ;

- protection mécanique par le port de lunettes teintées ;

- lutte contre l'œil sec par des agents mouillants ;

- éviction des facteurs favorisants (climatisation, zone de contact probable avec un allergène, changement régulier de vêtements, prise de douche).

Les mesures hygiéno diététiques spécifiques de la KCV reposeront sur :

- l'éviction du frotage des yeux ;
- le port de lunettes de soleil ;
- le port d'une casquette avec visière ;
- le port de lunettes de piscine lors d'activité nautique ;
- le nettoyage fréquent des mains, du visage, et des cheveux permettant de réduire l'exposition allergénique.

Une surveillance ophtalmique biannuelle est également mise en place.

2.1.1.5-Recommandations de prise en charge des allergies oculaires au comptoir des pharmacies d'officine

A partir des données présentées dans ce chapitre, nous avons réalisé une fiche de recommandations de prise en charge des allergies oculaires destinée aux équipes officinales.

A cet effet, nous avons détaillé de manière structurée en quatre étapes la prise en charge :

- **1^{ère} étape** : recherche des limites du conseil officinal. Cette partie a pour but de borner la prise en charge en officine afin d'orienter au mieux les patients vers une consultation médicale ou non ;

- **2^{ème} étape** : caractérisation de l'allergie oculaire. Cette partie a pour but de présenter les différentes allergies oculaires ;

- **3^{ème} étape** : mise en place d'un traitement symptomatique. Cette partie a pour but de détailler la prise en charge selon la disponibilité des traitements en pharmacie d'officine ;

- **4^{ème} étape** : prévention. Avec la dispensation de conseils associés, les équipes officinales ne se positionnent donc plus comme des « vendeurs » mais comme de véritable professionnel de santé.

Prise en charge des allergies oculaires au comptoir des pharmacies d'officine





1^{ière} étape : Recherche des limites du conseil officinal

- **Consultation urgente nécessaire : présence de signes de gravité (recherche d'une ulcération cornéenne) :** baisse d'acuité visuelle, vision floue, douleur.
- **Consultation ophtalmologique nécessaire :** Persistance des symptômes de plus de deux jours sous traitement, forme chronique (>2 semaines), formes sévères (KCV, KCA).

2^{ème} étape : Caractérisation de l'allergie oculaire

- **Symptômes cliniques permanents :** prurit, rougeur, chémosis
- **Différenciation des allergies oculaires :**

Formes bénignes	CA	Recherche de symptômes ORL et/ou du contact avec un allergène spécifique : acariens, moisissures, pollens, phanères d'animaux, crustacées, médicaments ophtalmiques et substances retrouvées dans l'environnement professionnel.
	COP	Recherche d'un contact avec une résine plastique ou cosmétique et d'une éruption vésiculeuse et suintante évoluant vers des croûtes par dessiccation au niveau des paupières supérieures
	CGP	Recherche du port de lentilles de contact ou de prothèse oculaire et de papilles de grande taille
Formes sévères-Non prise en charge à l'officine	KCV	Recherche d'une symptomatologie invalidante du sujet (généralement jeune <10 ans) suivant généralement une évolution par poussée selon un rythme saisonnier de février mars à septembre octobre
	KCA	Recherche d'une dermatite atopique

Signe permanent	COP	CGP + KCV	KCA
 <p><i>Figure 2 Hyperhémie conjonctivale, SFO 2015</i></p>	 <p><i>Figure 3 Eczéma de contact, SFO 2015</i></p>	 <p><i>Figure 4 Papilles géantes, SFO 2015</i></p>	 <p><i>Figure 5 Lésions palpébrales eczématiformes typiques</i></p>

3^{ème} étape : Mise en place du traitement symptomatique

- **Traitement permanent :** Lavage oculaire de manière pluriquotidienne dans les deux yeux au sérum physiologique, utilisation de collyre anti H1 Lévocabastine 1gtte 2-4*/J pendant 5 Jours (CI : Grossesse) dans un premier temps puis de collyres antidégranulants mastocytaires à base de cromoglycate de sodium ou d'acide splagumique (en prévention) sous forme unidoses (à privilégier) 2 à 6 fois par jour pendant au maximum 15 jours et prise d'un traitement anti H1 par voie orale : loratadine 10 mg ou cetirizine 10 mg 1/J
- **Traitement spécifique**
 - COP : utilisation d'un gel lubrifiant à appliquer sur les paupières BLEPHACLEAN®, BLEPHAGEL®, CAMOLID®, ILAST CARE®, ILAST HYDRA®, NAVIBLEF®, OPTONE®, SVR TOPIALYSE, URIAGE ISOFILL, VYSEO BLEPHACURA
 - CGP : suppression du facteur causal

4^{ème} étape : Prévention

- Eviction, élimination et évitement de l'allergène
- Lavage oculaire fréquent, avec utilisation de lingettes nettoyantes
- Eviction des facteurs favorisants (climatisation, zone de contact probable avec un allergène, changement régulier de vêtements, prise de douche, tabac)
- Traitement spécifique pour la CGP : l'utilisation de lentilles de contact journalière ou utilisation d'une solution d'entretien, rappel des consignes de massage des lentilles de contact, nettoyage au sérum physiologique régulier des lentilles ou nettoyage de la prothèse oculaire avec un savon doux

2.1.2-Rhinite allergique

2.1.2.1-Définition et classification

La prise en charge médicale de la rhinite allergique (RA) en France repose sur les recommandations de la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF). La RA y est ainsi définie comme étant un ensemble de manifestations fonctionnelles nasales engendrées par le développement d'une inflammation IgE-dépendante de la muqueuse nasale en réponse à l'exposition à différents types d'allergènes (SPLF, 2010).

D'après cette définition, la RA est définie par deux paramètres :

- l'expression clinique d'une rhinite ;
- un constat immuno-allergique lié à une inflammation IgE-dépendante qui peut être rattaché à une exposition allergénique, permettant de différencier les RA des rhinites non allergiques (50% des rhinites ne sont pas allergiques).

Il existe deux classifications de la RA :

-l'ancienne classification, distinguant les rhinites allergiques saisonnières et per annuelles ;

-la nouvelle classification, n'excluant pas l'ancienne, distinguant les RA selon deux critères : la durée (intermittente (<4 semaines) ou persistantes (>4 semaines)), et l'intensité (légère ou sévère) caractérisée selon l'altération de la qualité de vie des patients.(SPLF, 2010), (Figure 6).

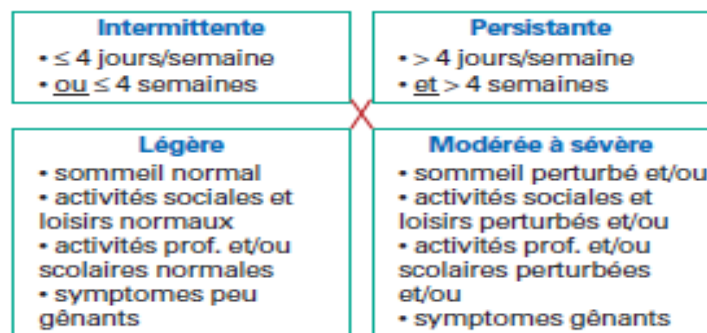


Figure 6 Classification de la rhinite allergique selon le dernier consensus ARIA (SPLF 2010).

2.1.2.2- Epidémiologie

La RA est une pathologie courante (Klossek et al., 2009) touchant environ un tiers de la population adulte, coûteuse dans sa prise en charge et dans son impact sur la productivité au travail et ayant un fort impact sur la qualité de vie (Bousquet et al., 2010).

Les pneumallergènes, responsables de la physiopathologie sont principalement des pollens d'arbres ou de plantes, acariens de la poussière de maison, des poils d'animaux et des moisissures. Ces allergènes ont un rôle dans le caractère per annuel ou saisonnier de la RA.

Tableau 3 Principaux allergènes responsables de RA(SFORL et al.,2019)

Allergènes	Période/nature	Sources allergéniques
Aéroportés	Per annuels (persistants)	Acariens Moisissures Blattes
	Saisonniers (intermittents)	Pollen d'arbres Graminées Herbacées

Le printemps correspond à la période de survenue de la RA dans 51 % des cas et près d'un patient sur cinq souffre de RA toute l'année (EBBO, 2012). Ce caractère saisonnier peut être en partie expliqué par la réunion des conditions optimales de croissance des acariens à l'extérieur des habitations (température >20 °C, humidité >50%) entre mai et septembre et par les différentes saisons de pollinisation. Une connaissance régionale de l'état de la pollinisation est intéressante dans la pratique clinique courante par consultation du site internet www.pollens.fr/accueil.php. La RA est également un facteur de comorbidité dans le cadre d'une pathologie asthmatique.

2.1.2.3-Stratégie d'orientation diagnostique

Les patients présentant des symptômes évocateurs d'une RA peuvent être pris en charge par une dispensation orientée par les équipes officinales (SPLF, 2010). A cet effet il convient aux équipes officinales de connaître parfaitement les éléments nécessaires au diagnostic de cette pathologie. Bien qu'au cours d'une consultation médicale le diagnostic de la RA repose essentiellement sur l'interrogatoire, l'examen clinique et sur un bilan allergologique (EBBO, 2012), les équipes officinales n'ont que l'interrogatoire pour prendre en charge une RA au comptoir. Notons que les radiographies standard n'ont aucun intérêt dans le cadre du bilan d'une rhinite allergique.

- **Première étape : identifier une symptomatologie de RA**

La symptomatologie de la RA est caractérisée par une triade symptomatique (96% des patients présentent deux symptômes ou plus (Schatz M, 2007)), non spécifique et associée :

- éternuement ;
- rhinorrhée (claire, bilatérale et non purulente) ;
- obstruction/congestion nasale.

La symptomatologie clinique est liée au rôle des fosses nasales comme premier filtre protecteur de tout l'appareil respiratoire. Elle est maximale le matin et le soir ou uniquement lors de l'exposition à des allergènes ou des polluants. Le caractère chronique de la RA peut entraîner l'apparition d'une symptomatologie après le contact à de faibles concentrations d'allergènes non spécifiques et/ou après le contact avec des doses de plus en faibles d'allergènes et est défini par une évolution supérieure à 12 semaines.

La symptomatologie clinique de la RA peut également associer des symptômes ORL et extra ORL. Ainsi il est possible de retrouver un prurit nasal, une asthénie, des céphalées et des

sensations de pesanteur de la face, des symptômes oculaires en cas de conjonctivite associée, de la toux ou de la dyspnée. En pratique clinique, le corps médical peut utiliser le score PAREO (Prurit, Anosmie, Rhinorrhée, Eternuements, Obstruction) ou le score SFAR (Score For Allergic Rhinitis). Le SFAR se réalise en 3 minutes avec une graduation de 0 à 16 points. Une RA est validée pour un score supérieur à 7 (valeur prédictive positive de 84% et valeur prédictive négative de 94%) (Annesi-Maesano et al., 2004) (Annexe 2).

Le rapport ARIA (Allergic rhinitis and its impact on asthma) promeut l'utilisation d'application mobile en se basant sur l'utilisation d'une échelle visuelle analogique (EVA) pour guider la prise en charge thérapeutique. Ainsi le logiciel MASK (Mobile Airways Sentinel network) et son application mobile gratuite Allergy diary permet aux médecins allergologues de disposer de patients-sentinelle capable d'annoncer l'arrivée des allergies saisonnières. Les patients, géolocalisés par leurs terminaux téléphoniques, renseignent leur symptomatologie, leurs traitements utilisés et informent sur la conséquence au quotidien de leur rhinite de manière hebdomadaire. Cette application mobile gratuite, conjuguée à la réalisation d'un score SFAR a toute sa place dans une prise charge à l'officine.

La connaissance des diagnostics différentiels des rhinites est également importante lors de la prise en charge : tumeur naso-sinusienne, pathologie infectieuse ou pathologie liée à des facteurs anatomiques ou traumatiques (déviation septale, anomalies turbinales). Ainsi toute symptomatologie atypique (douleur, saignement, caractère unilatéral de la rhinite, écoulement purulent) nécessitera de ce fait un bilan ORL.

- **Deuxième étape : définir le type de rhinite**

La rhinite possède six étiologies : allergique, infectieuse, professionnelle, médicamenteuse, hormonales, idiopathiques. Il convient ainsi d'interroger le patient, en vue de rechercher l'étiologie probable de la rhinite (Figure 7).

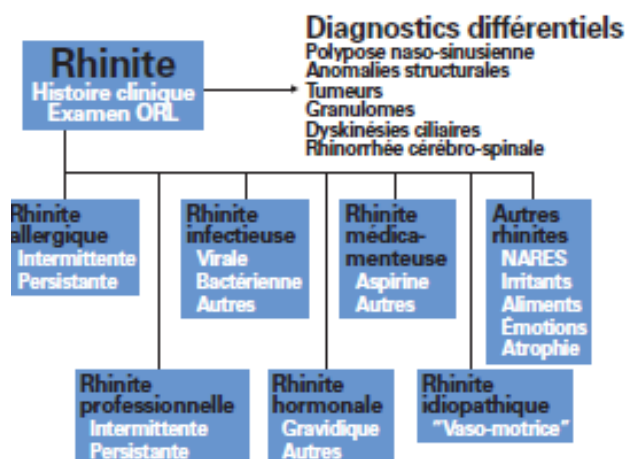


Figure 7 Classification des rhinites selon le consensus international de l'OMS (ARIA)

Tableau 4 Arguments du diagnostic des différentes étiologies de rhinite

Etiologie	Arguments du diagnostic
Allergique	Notion de terrain atopique familial, rhinorrhée claire, parallélisme avec le lien ou le contact et l'existence d'autres signes d'atopie (eczéma, asthme) et la persistance après l'âge de 4 ou 5 ans.
Infectieuse	Survenue en période hivernale, fièvre, adénopathies, caractère purulent des sécrétions.
Professionnelle	Symptomatologie clinique rythmée par le contact avec des agents présents sur le lieu de travail (Garnier et al., 2007). La rhinite professionnelle fait partie des maladies professionnelles.
Médicamenteuse	Contact avec un médicament possédant dans son RCP comme effet indésirable la rhinite : aspirine, AINS, anti hypertenseurs, médicaments indiqués dans la dysfonction érectile, et par abus l'usage des vasoconstricteurs nasaux (alpha sympathomimétiques)(Sauvage, 2016)
Hormonale	20-30 % des femmes enceintes rapportent cette symptomatologie en cours de grossesse (Sauvage, 2016)
Idiopathique	Dont la cause n'est pas retrouvée.

- **Troisième étape : réaliser un bilan d'extension**

-Rechercher une maladie asthmatique :

En vue de rechercher des symptômes en lien avec une maladie asthmatique les questions suivantes seront posées au patient :

- avez-vous déjà présenté un ou plusieurs épisodes de sifflements ?
- avez-vous déjà présenté des épisodes de toux nocturne ?
- avez-vous déjà présenté des sifflements ou une toux au cours des activités physiques ?
- avez-vous déjà ressenti une oppression dans la poitrine ?

Toute réponse positive à une seule de ces questions nécessitera un avis médical.

-Rechercher un terrain atopique :

La présence d'un terrain atopique familial est un facteur de risque d'en développer un chez un membre de la famille. Malgré la facilité du diagnostic d'une rhinite dans un contexte allergique, la prise en charge médicale est souvent nécessaire. En effet cette pathologie est récurrente. De ce fait malgré l'utilisation d'un traitement symptomatique, l'orientation médicale est recommandée. Il conviendra ainsi de réaliser une détermination d'une sensibilisation allergénique. Cette dernière étape est facilement réalisable par l'utilisation de prick test et autres test allergologiques afin de différencier les RA des rhinites non allergiques.

2.1.2.4-Stratégie de prise en charge thérapeutique

- **Recherche de critères de gravité**

- **RA persistante** : >4 jours par semaine et > 4 semaines ;

- **RA sévère** : il convient dans un premier temps aux équipes officinales de distinguer la sévérité de la RA par la caractérisation de l'altération de la qualité de vie dans la mesure où la RA peut avoir un retentissement important sur cette dernière (EBBO, 2012). Cet impact sur la qualité de vie du patient est directement lié à la symptomatologie et aux troubles du sommeil. Il est retrouvé une limitation des performances dans les activités quotidiennes. Cette altération de la qualité de vie définit une RA modérée à sévère. L'utilisation d'une EVA reflétant l'impact de la pathologique sur la qualité de vie du patient est en cours d'élaboration ;

- **Présence d'un facteur de comorbidité** : recherche d'un asthme ;

- **Présence de symptômes atypiques** : symptômes unilatéraux, obstruction nasale isolée, douleurs faciales, saignements de nez, rhinorrhée purulente, fièvre, orientant vers un diagnostic différentiel ;

- **Echec d'un premier traitement ou survenue d'effets indésirables** : face à un critère de gravité, l'orientation vers une consultation médicale est obligatoire.

- **Traitement symptomatique**

Son but est de diminuer le relargage de l'histamine par les cellules mastocytaires et d'inhiber la réaction inflammatoire. Seul les RA symptomatiques nécessitent un traitement. Ce traitement symptomatique repose essentiellement sur l'usage de trois familles médicamenteuses : les anti H1 de 2^{ème} génération, les glucocorticoïdes à usage local et les solutions pour irrigations nasales.

Les anti H1 de 2^{ème} génération :

Les anti H1 améliorent la qualité de vie. Il n'existe pas de différence d'efficacité clinique entre les anti-histaminiques. L'application par voie nasale est moins efficace en regard du respect des posologies. Les effets indésirables à type de sédation et les propriétés anti cholinergiques liées en partie au passage de la barrière hémato encéphalique des premiers anti H1 les rendent non utilisables dans le cadre d'une RA. Ainsi seuls les anti H1 de 2^{ème} génération doivent être recommandés dans une RA.

Les glucocorticoïdes à usage local

Ce sont les médicaments de référence dans la prise en charge des RA. On note une efficacité supérieure aux anti H1 sur les symptômes nasaux. La voie nasale permet d'éviter la survenue d'effets systémiques si les doses recommandées sont respectées. Il n'existe pas de différence d'efficacité clinique entre les corticoïdes locaux.(Wise et al., 2018)

Les solutions pour irrigations nasales

Ces solutions stériles d'une composition proche de l'eau de mer permettent de diminuer le temps de contact de l'allergène avec la muqueuse nasale et permettent son élimination.

L'usage de cromoglycate de sodium est possible mais son efficacité parait inférieure à celle des anti H1 et des corticoïdes locaux. Par ailleurs les effets indésirables induits par la pseudoéphédrine rendent son utilisation déconseillée.

- **Spécialités disponibles pour soigner les rhinites allergiques à l'officine (ANSM, 2019), (Vital Durand, 2018)**

Anti H1 Per Os :

- Loratadine 10 mg en boite de 7 comprimés (DOLIALLERGIE®, gamme générique conseil SANDOZ®...);
- Cétirizine 10 mg en boite de 7 comprimés (ACTIFED® allergie, ALDIDREK®, gamme générique conseil SANDOZ®...).

Glucocorticoïdes d'action locale :

- Béclo méthasone 50µg/dose en flacon pulvérisateur nasal (Humex® Rhume des foins).

Antidégrenulants mastocytaires :

- Cromoglycate de sodium en flacon pulvérisateur de 15 CROMORHINOL® ;
- Acide isopaglumique :RHINAAXIA® 6%.

Notons la présence dans la liste des médicaments en accès direct (ANSM) de trois spécialités n'ayant aucune recommandation dans la prise en charge de la RA et portant dans la rubrique indication la mention RA :

- Perubore® contenant des huiles essentielles de thym rouge, de lavande et de romarin
- Vicks inhaler®, camphre, lévomenthol

- Actifedesign® contenant du paracétamol/chlorphénamine/Acide ascorbique. Le paracétamol et l'acide ascorbique n'ont aucune place dans les recommandations. Notons cependant que la fatigue engendrée par une RA doit orienter vers une consultation médicale.

Pour l'usage des glucocorticoïdes les effets indésirables associés apparaissent principalement en début de traitement avec picotements, brûlures nasales et/ou éternuements, sécheresse nasale, épistaxis mineures, réactions allergiques. Chez l'enfant il faut éviter un traitement prolongé par risque de passage systémique pouvant entraîner une altération osseuse. A cet effet nous recommandons que les enfants ne soient pas pris en charge par les équipes officinales. Rappelons à toute fin utile que chez le sportif l'usage même local de corticoïdes ou de vasoconstricteurs sympathomimétiques peut induire une réaction positive des test pratiqués lors des contrôles anti dopage. Pour l'usage des anti H1, du cromoglycate sodique et de l'acide isospaglumique par les équipes officinales se reporter à la partie 2.1.2.4.

- **Mesures préventives :**

Toutes les recommandations portant sur l'éviction globale des allergènes n'ont aucune efficacité sur la symptomatologie de la RA. Ainsi l'usage de housse pour le matelas, le lavage des draps, l'utilisation d'acaricides, le lavage des moquettes, tapis n'a aucun intérêt si l'allergène n'est pas identifié. Le maître mot de la prévention de la RA reposera sur l'éviction personnalisée. Il est recommandé de mettre en place, chaque fois que cela est possible, une éviction la plus ciblée possible pour un patient donné, et particulièrement chez l'enfant.

En prévention primaire, l'allaitement maternel est fortement recommandé mais les régimes d'éviction ne le sont pas. Chez les travailleurs, un travail en étroite collaboration avec la médecine du travail doit avoir lieu avec notamment la sensibilisation au port des équipements de protection individuel. Le tabagisme passif et actif est à fortement déconseiller, chez les enfants et femmes enceintes notamment.

2.1.2.5-Recommandations de prise en charge des rhinites allergiques au comptoir des pharmacies d'officine

Prise en charge des rhinites allergiques (RA) au comptoir des pharmacies d'officine				
1^{ère} étape : Recherche des limites du conseil officinal				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence d'un critère de gravité (prise en charge à l'officine possible) <ul style="list-style-type: none"> -Chronicité de la RA : RA persistante (>4 jours par semaine et >4 semaines) -Altération de la qualité de vie : utilisation de l'échelle EVA, caractérisant ou non une RA sévère -Présence de symptômes atypiques (symptômes unilatéraux, obstruction nasale isolée, douleurs faciales, saignements de nez, rhinorrhée purulente, fièvre) -Terrain asthmatique (réalisation du questionnaire) -Terrain atopique (enquête familiale) -Age<15 ans ▪ Présence d'un critère de gravité : orientation médicale. 				
2^{ème} étape : Caractérisation de la rhinite allergique				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier la symptomatologie d'une RA : triade (éternuements, rhinorrhée claire, bilatérale et non purulente, obstruction/congestion nasale) dont l'intensité est maximale le matin et le soir ou au contact d'allergènes ou de polluants ▪ Réaliser le score SFAR : <ul style="list-style-type: none"> -Score<7 : diagnostic différentiel à réaliser par le corps médical (prise en charge symptomatique par lavage de nez uniquement) -Score>7 : prise en charge au comptoir ▪ Définir le type de rhinite (la RA sera prise en charge, les autres rhinites orienteront vers une consultation médicale) <ul style="list-style-type: none"> -Allergique : notion de terrain atopique familial-voir Score SFAR -Infectieuse : fièvre, adénopathies, caractère purulent des sécrétions -Professionnelle : symptomatologie clinique rythmée par le contact avec des agents présents sur le lieu de travail -Médicamenteuse : contact avec un médicament (aspirine, usage régulier de vasoconstricteurs nasaux, anti hypertenseurs, médicaments indiqués dans la dysfonction érectile) -Hormonale : personnes enceintes -Idiopathique 				
3^{ème} étape : Mise en place du traitement symptomatique				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le choix du traitement symptomatique reposera sur : 				
Classe thérapeutique	Dénomination commune internationale	Posologie	Contre-indication	Effets indésirables
Anti H1 2G	Loratadine Cetirizine	1/J	IR, IH, glaucome par fermeture de l'angle, rétention urinaire, grossesse	Troubles digestifs Hypersensibilité
Glucocorticoïdes d'action locale	Béclométhasone	1 pul 4*/J	Compétition sportive	Picotements, brûlures nasales, éternuements, sécheresse nasale, épistaxis mineurs, réactions allergiques

Spray à l'eau de mer-avant chaque pulvérisation de glucocorticoïdes		1 pulv6*/J		
4^{ème} étape : Prévention				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utiliser l'application MASK ▪ Recommander l'allaitement maternel et déconseiller le tabac 				
5^{ème} étape : Orientation médicale				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ De par son impact possible sur la qualité de vie, toute RA au comptoir des officines devra entraîner une orientation médicale avec un médecin généraliste qui orientera au besoin vers un allergologue pour identifier l'allergène responsable et mettre en place une éviction personnalisée. 				
ORIENTATION MEDICALE OBLIGATOIRE A LA FIN DE LA PRISE EN CHARGE SYMPTOMATIQUE				

2.2-A prédominance infectieuse

2.2.1-Grippe

2.2.1.1-Définition

La grippe est une infection virale aiguë, responsable d'épidémies saisonnières, de pandémies, causée par les myxovirus influenzae, virus enveloppés à ARN, de la famille des Orthomyxoviridae (CMIT, 2019).

Un virus grippal est composé d'une enveloppe lipidique où sont enchâssées deux glycoprotéines de surface : la neuraminidase et l'hémagglutinine. L'hémagglutinine permet au virus de se fixer aux cellules des voies respiratoires par le biais de récepteurs spécifiques. La neuraminidase permet la libération des nouveaux virions après leur réplication cellulaire. La réaction inflammatoire qui s'ensuit entraîne un terrain propice aux infections bactériennes, pouvant aller jusqu'à l'apparition d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë en quelques heures/jours.

Le cycle réplcatif du virus grippal est repris Figure 8.

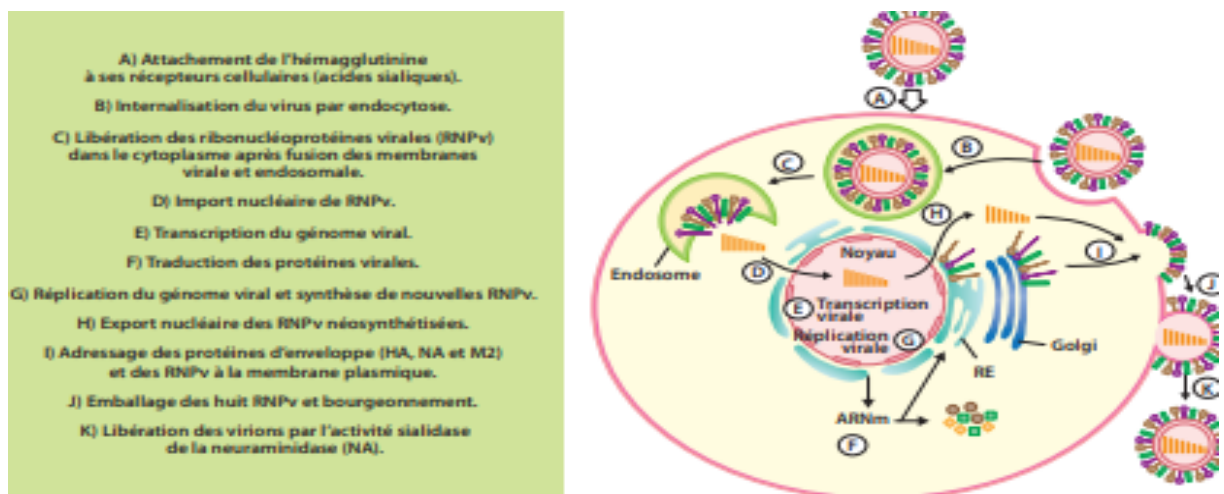


Figure 8 Schéma du cycle réplcatif des virus influenza de type A (Behillil et al., 2019)

2.2.1.2-Epidémiologie

A l'échelle mondiale deux vagues d'épidémie sont différenciées : la première a lieu dans l'hémisphère Nord de Novembre à Février et la seconde a lieu dans l'hémisphère Sud de Juin à Aout.

En France deux vagues d'épidémie sont également différenciées : la première est liée aux virus du genre A d'apparition brutale vers Novembre et la deuxième est liée aux virus du genre B et C vers le printemps.

La transmission est de deux types :

- directe, par voie respiratoire de manière interhumaine ;
- indirecte, par contact avec des objets contaminés par les sécrétions respiratoires.

La durée d'incubation est courte (48 heures en moyenne). Cette infection virale est très contagieuse : un sujet infecté est contagieux 1 jour avant et jusqu'à 6 jours après le début des symptômes. D'évolution souvent bénigne, la grippe peut également être mortelle. Ainsi pour la saison 2018-2019 ce sont 8100 décès qui sont attribués à la grippe .

Les myxovirus influenzae sont dotés d'une variabilité antigénique, permettant l'échappement à l'immunité humorale préexistante (Hay et al., 2001). Ainsi il suffit du changement d'au moins une hémagglutinine pour entraîner une pandémie. L'humanité a connu trois pandémies grippales : la grippe espagnole, responsable de 50 millions de morts entre 1918 et 1919, la grippe asiatique en 1957 et la grippe de Hong Kong en 1968.

Le risque d'apparition d'épidémies saisonnières, voire de pandémie, entraîne la nécessité de disposer d'un réseau de surveillance épidémiologique et virologique performant.

- **La surveillance épidémiologique**

Elle est organisée par Santé Publique France (SPF). Il existe quatre moyens de surveiller les épidémies saisonnières grippales :

- le réseau sentinelle, composé de médecins généralistes et de pédiatres, publie un bulletin hebdomadaire recensant le taux d'incidence de consultation pour syndromes grippaux ;

- le réseau d'organisation de la surveillance coordonnée des urgences (OSCOURS) recense les personnes consultant les services d'urgences pour des symptômes grippaux ;

- les cellules d'intervention en région et suivi des patients (CIRES) surveille les cas sévères de grippe admis en réanimation ;

- le réseau SOS médecins recense les patients consultant pour des symptômes grippaux.

Les pharmacies d'officine peuvent permettre de suivre l'état de vaccination à l'instant t de la population.(Pivette et al., 2017). Cependant aucun outil n'existe pour permettre aux pharmaciens d'officine de recenser les cas de grippe aux comptoirs. Ainsi sur la base d'un questionnaire clinique, les pharmaciens d'officine pourraient recenser le nombre de patients consultant pour une symptomatologie évocatrice de grippe.

- **La surveillance virologique**

Elle est organisée par le centre national de référence (CNR) des virus des infections respiratoires à l'institut Pasteur à Paris.

Les prélèvements sont effectués par les médecins du réseau sentinelle et sont envoyés au CNR. Le CNR détermine les caractéristiques antigéniques et génétiques, la sensibilité aux anti-viraux et l'adéquation avec les souches vaccinales. De façon hebdomadaire le CNR communique à SPF la synthèse de leurs travaux. L'OMS élabore ensuite la composition des vaccins grippaux.

Cette surveillance virologique conditionne l'efficacité vaccinale par la bonne adéquation entre les virus circulants et ceux qui composent le vaccin (Lina, 2019).

2.2.1.3-Stratégie d'orientation diagnostique

- **Première étape : identifier une symptomatologie grippale**

L'infection grippale est caractérisée par la succession de deux phases d'une durée d'environ une semaine, après une incubation de 48 h :

- phase d'invasion : d'intensité brutale avec apparition de frissons intenses, de fièvre, de céphalées et de myalgies avec possibilité de malaise général ;

- phase d'état : fièvre, tachycardie, frissons, rhinorrhée, dysphagie, toux sèche, myalgies, arthralgies, céphalées.

En pratique médicale la radiographie du thorax et la réalisation d'un diagnostic de certitude (en dehors d'une hospitalisation) n'ont qu'un intérêt limité.

Les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) peuvent être réalisés à l'officine dans un espace de confidentialité (arrêté du 11 juin 2013). Ils permettent de diagnostiquer les infections virales des virus influenza A ou B mais ne permettent pas de déterminer le sous type ou le lignage du virus. Ces tests sont rapides d'exécution et d'analyse, spécifique mais ne sont pas suffisamment sensible. Ils permettent d'obtenir une bonne valeur prédictive positive mais une faible valeur prédictive négative. Au comptoir des officines ces données se concrétisent par le fait qu'un test positif permet de déterminer que le patient est atteint par une infection grippale mais à contrario qu'un test négatif n'exclut pas suffisamment la possibilité que le patient ne soit pas infecté par une infection grippale. A cet effet les patients présentant un TROD négatif mais une symptomatologie évocatrice devons être contrôlés par un test moléculaire plus sensible. Disponibles dans différents laboratoires (Actim Influenza A et B de medix Biochemimca, Bionexia Influenza A+B de biomérieux) ces TROD sont un atout dans le dépistage de l'infection (Nougairède et al., 2010) mais ne peuvent pas être recommandés comme un test de diagnostic (Segondy, 2015).

- **Etablir un diagnostic différentiel**

Devant une syndrome pseudo grippal, en pratique clinique le diagnostic différentiel est compliqué dans la mesure où d'autres virus ont la même symptomatologie (virus respiratoire syncytial, adénovirus). Ainsi la détection directe sur écouvillonnage nasopharyngé a un rôle primordial dans la prise en charge.

- **Bilan d'extension**

Il existe deux types de complications de la grippe consistant en des répercussions respiratoires et extra respiratoires (Bessis, 2019) (Tableau 5).

Pour les complications respiratoires, deux parties sont différenciées :

- Basses :

- grippe maligne : souvent mortelle, elle est directement liée au virus lui-même et peut entraîner des séquelles respiratoires sévères en cas de survie. La recherche d'une dyspnée constitue le signal d'alerte ;
- pneumonies bactériennes secondaires : la phase d'invasion est identique à celui de la grippe. Cependant la phase d'état est caractérisée par une détérioration secondaire avec fièvre, dyspnée et toux productive. Le virus de la grippe n'est plus isolé dans cette deuxième partie. Elles sont fréquentes chez l'enfant de moins de 5 ans et chez les personnes de plus de 65 ans (McBean and Hebert, 2004) ;
- bronchite aiguë : complication respiratoire la plus fréquente.

-Hautes :

- otites moyennes aiguës ;
- sinusites.

Tableau 5 Manifestations et complications de la grippe (Sellers et al., 2017)

	Virale/inflammatoire précoce	Secondaires			
		Auto-immune/post-infectieuse	Décompensation d'une comorbidité	Surinfection bactérienne	Autres
Complications respiratoires	Otite séreuse		Décompensation d'une bronchopathie sous-jacente (asthme, BPCO, mucoviscidose...)	Otite moyenne aiguë	Aspergillose pulmonaire ou trachéobronchique invasive
Complications cardiaques	Rhinosinusite Laryngotrachéite Bronchite/bronchiolite Pneumopathie (virale nécrosante, organisée) Myocardite		Infarctus du myocarde	Sinusite Trachéite Bronchite Pneumopathie	Arythmie
Complications neurologiques	Péricardite, tamponnade Encéphalite/encéphalopathies précoces ANE (acute necrotizing encephalopathy) AESD (acute encephalopathy with biphasic seizures and late reduced diffusion) MERS (mild encephalitis with reversible splenic lesion) PRES (posterior reversible encephalopathy syndrome) AHLE (acute hemorrhagic leukoencephalopathy) Méningite à liquide clair	Encéphalopathie post-influenza Troubles de conscience, épilepsie, mouvements involontaires ADEM (acute disseminated encephalomyelitis) Syndrome de Guillain-Barré Myélite transverse	Insuffisance cardiaque Accidents vasculaires cérébraux		Syndrome de Reye Encéphalite léthargique, narcolepsie, syndrome parkinsonien ?
Complications oculaires	Conjonctivite Rétinopathie Uvéite Névrite optique			Conjonctivite bactérienne	
Complications hématologiques	Maladie thromboembolique				
Autres	Syndrome d'hémophagocytose (cas sévères) Purpura thrombotique-thrombocytopénique, syndrome hémolytique et urémique Myosite, rhabdomyolyse Insuffisance rénale, glomérulonéphrite, néphrite tubulo-interstitielle, Cytolyse hépatique, nécrose hépatique (cas sévères, rare)		Décompensation de diabète		

○

2.2.1.4-Stratégie de prise en charge thérapeutique

- Recherche de critères de gravité

Différents critères de gravité sont à rechercher dans le cadre de la grippe saisonnière :

- chez la femme enceinte la grippe présente un risque pour la mère (au troisième trimestre) et pour le fœtus (risque d'avortement spontané précoce et de prématurité au premier trimestre) ;

- chez l'enfant jusque 5 ans le diagnostic est compliqué devant une symptomatologie non spécifique ;

- sujets de plus de 65 ans avec facteur de risque ;

- personnes immunodéprimées ;

- grippe maligne (orientation en service d'urgences puis service de réanimation médicale) ;

- complication infectieuse, marqué notamment par la persistance de la fièvre au-delà de 5 jours et/ou absence de régression ou aggravation des symptômes.

- **Traitement symptomatique**

En pratique médicale le traitement antiviral spécifique repose sur l'administration des inhibiteurs de la neuraminidase (dont seul l'oseltamivir est actuellement disponible en France) de manière précoce et sans attendre le résultat du test de confirmation virologique du diagnostic.

D'après les recommandations du haut conseil de la santé publique (HCSP) du 9 Novembre 2012 leur utilisation est limitée à certaines personnes :

- **en usage curatif :**

- chez les personnes jugées à risque de complications, âgées de 1 an et plus, y compris les femmes enceintes, ciblées par la vaccination ;
- chez les personnes présentant une grippe grave d'emblée ou dont l'état général s'aggrave selon l'appréciation du médecin ;
- chez les personnes dont l'état justifie une hospitalisation pour grippe.

- **en usage préventif :**

- chez les personnes encore asymptomatiques mais jugées à risque très élevé de complications grippales par le médecin et en contact étroit avec un cas confirmé ou cliniquement typique de grippe ;

- **en usage prophylactique post-exposition, uniquement chez :**

- les personnes jugées à risque de complications âgées de 1 an et plus y compris les femmes enceintes, ciblées par la vaccination, après un contact étroit datant de moins de 48 heures avec un cas confirmé ou présentant une symptomatologie typique de grippe ;
- les collectivités de personnes à risque (ex : collectivités de personnes âgées).

En pharmacie d'officine, la prise en charge reposera sur des mesures symptomatiques : repos, hydratation, alimentation équilibré, antipyrétiques.

L'usage des antipyrétiques en cas de fièvre est limité à l'emploi du paracétamol dans un contexte d'infection courante selon les recommandations de l'ANSM. En effet, l'utilisation d'AINS augmente le risque d'infections sévères de la peau et des tissus mous, de sepsis, d'infections pleuro pulmonaires, d'infections neurologiques ou ORL compliquées, à l'origine d'hospitalisation, de séquelles voire de décès (CRPV Tours, 2019). Ainsi en pratique officinale, l'emploi des AINS sera proscrit.

En mesure associée à la prise en charge des états fébriles nous recommanderons (Vital Durand, 2018):

- le retrait des épaisseurs superflues de vêtements ;
- une supplémentation hydrique ;
- une température ambiante à 18-19 degré Celsius maximum.

- **Spécialités disponibles pour soigner les symptômes grippaux à l'officine (ANSM, 2019), (Vital Durand, 2018)**

Antipyrétique :

- Paracétamol, par voie orale ou rectale, disponible pour adulte en 500mg ou 1000 mg (DAFALGAN®, DOLIPRANE®, CLARADOL®,...)

- **Mesures préventives**

Dans le cadre de la prévention anti grippale il existe deux types de préventions : prévention collective et prévention individuelle.

- **Prévention collective**

Elle reposera sur des recommandations en matière d'hygiène, sur le port d'équipement de protection respiratoire et sur les réseaux de surveillance. Une campagne de communication annuelle réalisée par le ministère de la santé (Figure 9) rappelle les mesures d'hygiène en cas d'épidémie grippale : se couvrir la bouche et le nez en cas d'évacuation naso-pharyngée, puis se laver les mains, et enfin jeter son mouchoir à usage unique dans une poubelle recouverte d'un couvercle. Ces gestes sont dits gestes barrières.

Ces mesures ont pour finalité de limiter la contagiosité liée à la transmission contact et gouttelettes. Les virus grippaux sont capables de résister dans l'environnement de quelques heures à quelques jours (Thomas et al., 2008).

- **Précautions standard**

Elles sont appliquées à tous les patients et repose sur le bon respect du nettoyage des mains par une friction hydro alcoolique.

- **Précautions complémentaires dits de type « gouttelettes »**

Elles sont deux types :

- le port de protection individuelle (port d'un masque chirurgical à minima) pour les patients et soignants au contact des patients atteints d'une symptomatologie grippale, pouvant aller jusqu'au port par les soignants d'un masque FFP2, de lunettes de protection et de surblouses ;

- la bonne gestion de l'environnement du patient par le bionettoyage et l'aération fréquente des locaux.

La pratique du port d'un masque de protection est peu ancrée dans l'usage courant, bien qu'il le soit fortement dans les pays asiatiques.



Figure 9 Campagne de lutte contre la grippe 2020 Assurance Maladie

- Prévention individuelle

Elle repose sur la vaccination. L'effet final recherché étant de diminuer chez les populations à risque l'hospitalisation et les complications liées à l'infection. En France pour la population adulte la vaccination commence à l'automne par voie sous cutanée profonde (deltoïde, fosse sous-épineuse) (Mosnier et al., 2015). L'immunité apparaît entre deux à trois semaines après la vaccination et dure douze mois. La tolérance est bonne (réaction locale dans 10 % des cas, courbatures fébriles). Cinq pourcent des cas de réactions allergiques sont liées à une allergie à l'œuf. Ainsi l'allergie vraie aux protéines d'œufs et aux aminosides (présents à l'état de trace) constituent une contre-indication à la vaccination. Dans ce cas l'alternative est de réaliser la vaccination en milieu hospitalier pour prendre en charge au besoin tout risque anaphylactique. Les maladies infectieuses aiguës en évolution ou l'injection récente de gammaglobulines constituent une contre-indication temporaire à la vaccination (Lina, 2019).

La vaccination concerne les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes y compris enfant de moins d'un an et femmes enceintes, atteintes de certaines pathologies respiratoires, cardiaques,(...) les personnes séjournant dans un établissement de soins de suite ainsi que dans un établissement médico-social d'hébergement quel que soit leur âge, les femmes enceintes quelque soit le trimestre de grossesse et les personnes obèses (HCSP,2015).

La loi de financement pour la sécurité sociale (LFSS) de 2019 permet désormais aux pharmaciens d'officine de participer à la prévention anti grippale par la vaccination, après avoir suivi une formation. Les personnes pouvant être vaccinées sont les personnes majeures ciblées par les recommandations du HCSP à l'exception des personnes présentant une hypersensibilité aux vaccins par une vaccination antérieure ou une allergie sévère à l'ovalbumine (Annexe 3).

Cette nouvelle mission permet aux pharmaciens d'exercer pleinement leur rôle de professionnel de santé dans le cadre des préventions infectieuses virales. La finalité recherchée de cette politique est d'augmenter la couverture vaccinale anti grippale limitant ainsi le cout pour la société de cette infection.

2.2.1.5-Recommandations de prise en charge de la grippe au comptoir des pharmacies d'officine

Prise en charge de la symptomatologie grippale au comptoir des pharmacies d'officine				
1^{ère} étape : Recherche des limites du conseil officinal				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence d'un critère de gravité (prise en charge à l'officine possible) <ul style="list-style-type: none"> -Complications respiratoires : dyspnée , toux productive, -Complications extra respiratoires : atteintes cardiaques (tamponnade), oculaires (conjonctivites), purpura, atteintes neurologiques -Pathologies respiratoires : asthme, BPCO, mucoviscidose -Age>65 ans -Age<15ans -Femme enceinte -Personnes immunodéprimées -Persistance de la fièvre au-delà de 5 jours -Absence de régression ou aggravation des symptômes ▪ Présence d'un critère de gravité : orientation médicale. 				
2^{ème} étape : Caractérisation de la symptomatologie grippale				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier la symptomatologie non spécifique d'une infection grippale : ▪ -Phase d'invasion : d'intensité brutale avec apparition de frissons intenses, de fièvre, de céphalées et de myalgies avec possibilité de malaise général ▪ -Phase d'état : fièvre, tachycardie, frissons, rhinorrhée, dysphagie, toux sèche, myalgies, arthralgies, céphalées ▪ Durée d'incubation : 48 H ▪ Un sujet infecté est contagieux 1 jour avant et jusqu'à 6 jours après le début des symptômes ▪ TROD : Cher/ Sensible/Non spécifique : un intérêt quand il est positif. Si négatif : pas d'intérêt. Cout élevé, non pris en charge. 				
3^{ème} étape : Mise en place du traitement symptomatique				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le choix du traitement symptomatique reposera sur : <ul style="list-style-type: none"> -la prise d'un antipyrétique - une bonne hydratation -une alimentation équilibrée (pour éviter la fatigue) : on recommandera l'utilisation de vitamine C -la prise d'antitussifs dans le cas d'une toux non productive 				
Classe thérapeutique	Dénomination commune internationale	Posologie	Contre-indication	Effets indésirables
Antipyrétiques	Paracétamol	1g 3*/J	Hypersensibilité, Insuffisance hépatocellulaire	Réactions allergiques
Sirop anti tussif				
4^{ème} étape : Prévention				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Collective : Promouvoir les gestes barrières (iconographie), port d'un masque chirurgical pour les patients symptomatiques avec changement régulier ▪ Individuelle : Promouvoir la vaccination selon les recommandations du HCSP(2015) ▪ Recommander l'allaitement maternel et déconseiller le tabac 				
5^{ème} étape : Orientation médicale				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ De par son taux de mortalité important notamment chez les personnes âgées, tout signe de gravité devra orienter vers une consultation médicale. 				

2.2.2-Rhinopharyngite

2.2.2.1-Définition

La rhinopharyngite (RPG) est une infection virale caractérisée par une atteinte inflammatoire du pharynx et des cavités nasales.

Par transmission aérienne lors d'une toux ou d'un éternuement ou par contact direct manuporté, les virus entraînent une réaction inflammatoire locale, d'évolution spontanément favorable. Cependant ces réactions inflammatoires peuvent être le terrain de complications (otites moyennes aiguës (OMA) et sinusites).

2.2.2.2-Epidémiologie

Infection fréquente, avec une prédominance en automne et en hiver, elle touche avec une fréquence plus élevée les enfants (Berthélémy, 2013).

Il est recensé plus de 200 virus susceptibles d'entraîner une RPG, avec en particulier les rhinovirus, les coronavirus, les myxovirus, les adénovirus ou les virus para influenzae. Une primo infection ne protège pas d'une réinfestation avec le même virus ou un autre virus.

2.2.2.3-Stratégie d'orientation diagnostique

- **1^{ière} étape : Identifier une symptomatologie de rhinopharyngite**

Après une incubation courte (48-72 heures) on retrouve des symptômes non spécifiques et non constants :

- rhinorrhée ;
- éternuements ;
- obstruction nasale ;

- fièvre modérée ;

- toux.

La symptomatologie clinique se rapproche de celle de la RA. Ainsi en pratique officinale la distinction entre une RA et une RPG peut se faire essentiellement en faveur d'une RA sur la présence d'un terrain atopique, une exposition récente à un allergène, une rhinorrhée claire et abondante, des éternuements en salve et une conjonctivite associée (CMIT, 2019). En effet rappelons qu'un patient sur cinq a une RA toute l'année.

- **2^{ième} étape : Réaliser un bilan d'extension**

Le caractère purulent de l'écoulement n'est pas un témoin d'une complication bactérienne.

La présence d'une conjonctivite purulente associée à une RPG doit faire rechercher une OMA à *Haemophilus influenzae* chez les enfants.

2.2.2.4-Stratégie de prise en charge thérapeutique

- **Recherche des critères de gravité**

Les critères de gravité sont :

- **Persistance ou aggravation d'une fièvre** : Une fièvre avec une température supérieure à 39 degrés Celsius doit faire rechercher une complication (OMA ou sinusite) ou une autre maladie infectieuse (rougeole, ...). La fièvre ne dépasse pas généralement 4 jours ;

- **Persistance ou aggravation des symptômes** : plus de 10 jours sans amélioration nette ;

- **OMA** : Elle est caractérisée par une otalgie et une fièvre. L'examen clef du diagnostic est l'examen otoscopique ;

- **Sinusite** : Chez l'enfant de plus de 3 ans et chez l'adulte la complication est la sinusite maxillaire. Elle est caractérisée par une douleur localisée, une rhinorrhée purulente unilatérale et un échec des traitements symptomatiques après au moins 72 heures. La prise en charge médicale reposera sur une antibiothérapie ;

- **Patient asthmatique ou atteinte de BPCO, diabétique ou immunodéprimé ;**

- **Traitement symptomatique :**

Il est d'autant plus efficace qu'il est administré dès le début des symptômes. D'après les recommandations de la Société de pathologie infectieuse en langue française (SPILF), il repose sur le lavage des fosses nasales et l'utilisation d'antipyrétique en cas de fièvre.

Le but du lavage des fosses nasales est de drainer les sécrétions de la rhinorrhée pour éviter la congestion nasale. Le mouchage reste la meilleure méthode. Cependant les enfants ne sont pas en mesure d'effectuer correctement cette technique. Ainsi l'emploi de mouche bébé est préconisé. Afin d'aider le mouchage l'instillation de gouttes nasales peut être réalisée. Ces gouttes nasales doivent être stériles et isotoniques. L'emploi de sérum physiologique en unidose est la méthode la plus simple d'utilisation. Elle peut se faire 4 à 6 fois par jour. L'eau de mer ou l'emploi de solution contenant un agent fluidifiant comme le polysorbate ou des ammoniums quaternaires peut être intéressant en cas de sécrétions particulièrement visqueuses. Cependant les gouttes nasales contenant du soufre n'ont qu'un intérêt dans le traitement préventif des récurrences (Francois, 1997).

Pour l'usage des antipyrétiques voir au 2.2.1.4.

Les AINS et les corticoïdes n'ont aucune place dans le traitement des rhinopharyngites (CMIT, 2019).

Les vasoconstricteurs par voie générale ou par voie nasale sont déconseillés car leur rapport bénéfice risque est défavorable (risque cardio vasculaire par passage systémique). L'ANSM a publié le 30 Janvier 2020 une fiche à destination des pharmaciens concernant la dispensation des vasoconstricteurs par voie générale (Annexe 4). Ainsi en pratique officinale nous déconseillons l'emploi de ces médicaments.

L'antibiothérapie, après consultation médicale, est inutile et délétère.

Il est noté la présence dans une revue pharmaceutique de recommandation d'utilisation de produits n'ayant aucune recommandation médicale dans la prise en charge des RPG (Berthélémy, 2013).

Produits d'usage courant en pharmacie d'officine n'ayant aucune recommandation dans la prise en charge des RPG

- Antihistaminiques de 1^{ère} génération qui diminuent l'écoulement nasal mais qui présentent comme effets indésirables de la somnolence et des effets anti cholinergiques ;
- Décongestionnants par voie orale ;
- Vitamine C qui aide à lutter contre la fatigue, qui combat l'effet somnolent des antihistaminiques et qui réduit la durée et l'intensité des symptômes ;
- Goutte nasales à base d'antiseptique (hexamidine, ritioméтан, benzododécinium, benzalkonium) ou des principes actifs décongestionnants comme le camphre, l'huile essentielle de géranium, niaouli ou bergamote), des pulvérisations à bases de principes actifs soufrés, les inhalations à base d'huiles essentielles et de dérivés terpéniques ;
- **Inhalateurs de poches qui ne constituent d'après les auteurs en aucun cas un véritable traitement ;**
- **Homéopathie ;**
- **Aromathérapie avec le ravintsara, niaouli, le tea-tree, et l'eucalyptus radié ;**
- Spécialités additionnées de propolis pour augmenter les défenses immunitaires de l'organisme. Rappelons à cet effet qu'il existe aucune étude scientifique prouvant ces allégations de stimulant des défenses immunitaires.

Ainsi nous ne recommandons aucune utilisation de ces produits dans l'indication d'une RPG. Les médicaments portant pour indication le rhume (ANSM, 2019) n'ont aucune recommandation d'utilisation d'après la SPILF dans la prise en charge des RPG (Tableau4).

Tableau 6 Médicaments en accès libre ayant pour indication le rhume (ANSM,2019)

Nom du médicament	Substance active
ACTIFED ETATS GRIPPAUX,	Paracétamol/Acide ascorbique/ Maléate de Chlorphénamine
BALSOFUMINE MENTHOLEE 1 POUR CENT,	Baume du Pérou Teinture de benjoin Teinture d'eucalyptus Huile essentielle de lavande Huile essentielle de thym Lévomenthol
BALSOFUMINE SIMPLE	Baume du Pérou Teinture de benjoin Teinture d'eucalyptus Huile essentielle de lavande Huile essentielle de thym
DOLI ETAT GRIPPAL Paracetamol/ Vitamine C/ Phéniramine 500 mg/200 mg/25 mg,	Paracétamol Vitamine C Phéniramine
DOLIRHUME AUX HUILES ESSENTIELLES,	Baume du Pérou Teinture de benjoin Teinture d'eucalyptus Huile essentielle de lavande Huile essentielle de thym Lévomenthol
FERVEX ADULTES FRAMBOISE,	Paracétamol Acide ascorbique (vitamine C) Maléate de phéniramine
FERVEX ADULTES SANS SUCRE	Paracétamol Acide ascorbique (vitamine C) Maléate de phéniramine
FERVEX ADULTES	Paracétamol Acide ascorbique (vitamine C) Maléate de phéniramine
FERVEXRHUME	Paracétamol, Maléate de chlorphénamine
FERVEX ENFANTS SANS SUCRE	Paracétamol Acide ascorbique (vitamine C) Maléate de phéniramine
FLUSTIMEX	Paracétamol Chlorphénamine Acide ascorbique
HUMEXLIB ETAT GRIPPAL PARACETAMOL/VITAMINE C/PHENIRAMINE 500mg/200mg/25mg,	Paracétamol Vitamine C Phéniramine
HUMEXLIB ETAT GRIPPAL PARACETAMOL/VITAMINE C/PHENIRAMINE 500 mg/200 mg/25 mg	Paracétamol/ Acide ascorbique (Vitamine C)/ Maléate de phéniramine
HUMEXLIB PARACETAMOL CHLORPHENAMINE 500mg/4mg	Paracétamol / Chlorphénamine
PARACETAMOL/VITAMINE C/PHENIRAMINE MYLAN CONSEIL 500 mg/200 mg/25 mg,	Paracétamol Acide Ascorbique (Vitamine C) Maléate de phéniramine
PARACETAMOL/VITAMINE C/PHENIRAMINE SANDOZ CONSEIL 500 mg/200 mg/25 mg,	Paracétamol Acide Ascorbique (Vitamine C) Maléate de phéniramine
PARACETAMOL/VITAMINE C/PHENIRAMINE MYLAN CONSEIL SANS SUCRE 500 mg/200 mg/25 mg	Paracétamol Acide Ascorbique (Vitamine C) Maléate de phéniramine
VICKS VAPORUB	Camphre/ Lévomenthol/ Eucalyptus/ Thymol

- **Spécialités disponibles pour soigner les rhinopharyngites à l'officine (Vital Durand, 2018) :**

Antipyrétique :

-Paracétamol, par voie orale ou rectale, disponible pour adulte en 500mg ou 1000 mg (DAFALGAN®, DOLIPRANE®, CLARADOL®...)

- **Mesures préventives**

Les mesures préventives reposeront sur le respect des gestes barrières, sur l'utilisation de mouchoirs à usage unique, et sur les recommandations contre la fièvre (voir 2.2.1.4).

2.2.2.5-Recommandations de prise en charge des rhinopharyngites au comptoir des pharmacies d'officine

Prise en charge de la rhinopharyngite au comptoir des pharmacies d'officine

1^{ère} étape : Recherche des limites du conseil officinal

- **Absence d'un critère de gravité (prise en charge à l'officine possible)**
 - Otalgie associé à une fièvre : en faveur d'une OMA
 - Douleur spontanée localisée, rhinorrhée purulente unilatéral, échec des traitements symptomatiques après au moins 72 heures en faveur d'une sinusite
 - Pathologies respiratoires : asthme, BPCO, mucoviscidose
 - Age>65 ans
 - Age<15ans
 - Femme enceinte
 - Personnes immunodéprimées
 - Fièvre d'emblée supérieure à 39 degrés Celsius
 - Persistance de la fièvre au-delà de 4 jours
 - Absence de régression ou aggravation des symptômes plus de 10 jours sans amélioration nette
- **Présence d'un critère de gravité : orientation médicale.**

2^{ème} étape : Caractérisation de la symptomatologie de la rhinopharyngite

- **Identifier la symptomatologie non spécifique d'une rhinopharyngite : rhinorrhée, éternuements, obstruction nasale, fièvre modérée, toux**
- Eliminer une RA : absence de terrain atopique, d'exposition récente à un allergène, de rhinorrhée claire et abondante, d'éternuements en salve et de conjonctivite associée

3^{ème} étape : Mise en place du traitement symptomatique

- Le choix du traitement symptomatique reposera sur :
 - La prise d'un antipyrétique : paracétamol uniquement
 - Une bonne hydratation
 - Une alimentation équilibrée
 - Le respect des recommandations dans le cadre d'une fièvre : retrait des épaisseurs superflues de vêtements, température ambiante à 18-19 degré Celsius maximum

Classe thérapeutique	Dénomination commune internationale	Posologie	Contre-indication	Effets indésirables
Antipyrétiques	Paracétamol	1g 3*/J	Hypersensibilité, Insuffisance hépatocellulaire	Réactions allergiques
Spray à l'eau de mer		1 pulv6*/J		

4^{ème} étape : Prévention

- Collective : Promouvoir les gestes barrières (iconographie)

5^{ème} étape : Orientation médicale

- Elle se fera uniquement dans le cadre de l'aggravation des symptômes ou de la persistance d'une fièvre au-delà de 10 jours.

2.2.3-Angines et pharyngites

2.2.3.1-Définition

L'angine (ou amygdalite aiguë) est une inflammation aiguë touchant les amygdales palatines (CMIT, 2019).

Dans la pratique officinale, il convient de savoir qu'une symptomatologie clinique caractérisée par un mal de gorge peut relever d'une pharyngite (inflammation de l'oropharynx) ou d'une angine. Le diagnostic différentiel entre une pharyngite et une angine reposera sur une analyse de la cavité buccale avec l'apparition d'une inflammation de l'oropharynx pour la pharyngite et une inflammation des amygdales pour les angines.

Quatre différents types d'angines sont distingués (Tableau 7).

Tableau 7 Angines : types, étiologies, agents pathogènes

Types d'inflammation	Type d'étiologie	Agent pathogène
Pharyngite, angine Erythémateuse et érythématopultacée	Virale	Rhinovirus, coronavirus, Virus respiratoire syncytiale, Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
	Bactérienne	Streptocoque bêta hémolytique (SBA), <i>fusobactérium nécrophorum</i> , <i>neisseria gonorrhoeae</i>
Pseudo membraneuse	Virale	Ebstein Barr Virus (EBV)
	Bactérienne	<i>Corynébactérium diphtérieae</i>
Vésiculeuse	Virale	Coxsackie, échovirus, herpes simplex virus (HSV)
Ulcéro nécrotique	Bactérienne	Association fusospirillaire de Vincent <i>Treponema pallidum</i>
	Hématologique	Traitement onco hématologique ou étiologie immuno allergique
	Cancéreuse	Carcinome

2.2.3.2-Epidémiologie

Chaque année, ce sont 9 millions d'angines qui sont diagnostiquées en France dont 90 % d'angines érythématopultacées. En fonction de l'âge, les pharyngites et les angines présentent une étiologie virale dans 60 à 80 % des cas. La contamination s'effectue par voie aérienne.

- **Angine érythémateuse ou erythématopultacée**

Malgré une étiologie virale prédominante, le SBA ou *streptococcus pyogène* est retrouvé dans 10 à 25 % des cas chez les adultes et entre 25 à 40 % chez les enfants (Portier et al., 2001). Le risque d'angine à SBA est nul avant 3 ans, maximal entre 5 et 15 ans et exceptionnel après 45 ans. D'évolution favorable en quelques jours, même en l'absence de traitement elles peuvent donner lieu à des complications (phlegmon amygdalien, adénite suppurée, rhumatisme articulaire aigu) dont la prévention justifie une antibiothérapie. Il est retrouvé un pic en hiver et en début de printemps.

Neisseria gonorrhoeae et le VIH peuvent être également retrouvés comme agent pathogène.

- **Angine pseudo membraneuse**

Dans le cadre d'une infection par EBV, on retrouve souvent des adolescents ou adultes jeunes et des sujets non vaccinés dans le cadre d'une contamination par *corynebacterium diphtheriae*.

- **Angine vésiculeuse**

Les virus coxsackie et échovirus sont responsables d'épidémies chez l'enfant alors que le HSV est retrouvé chez l'enfant et l'adolescent ou chez des patients ayant des rapports sexuels oro génitaux

- **Angine ulcéro nécrotique**

L'association fusospirillaire est liée à une mauvaise hygiène buccodentaire, la syphilis à des rapports sexuels oro-génitaux, l'agranulocytose à des traitements oncohématologique et le carcinome épidermoïde à un terrain alcool tabagique ou des rapports oro-génitaux.

2.2.3.3-Stratégie d'orientation diagnostique

- **1^{ère} étape : Identifier une symptomatologie d'angine ou de pharyngite**

D'apparition brutale, il est retrouvé :

- fièvre d'intensité variable ;
- douleur constrictive spontanée de l'oropharynx ;
- modification de l'aspect de l'oropharynx.

Seul l'examen clinique de l'oropharynx permet d'établir un diagnostic d'angine en pratique médicale en permettant de visualiser la modification de l'aspect de l'oropharynx. Cependant de par le coût engendré pour la société des consultations annuelles ayant pour motif l'angine et s'inscrivant dans une démarche de prévention de l'antibiorésistance la proposition 10 (CROP, 2018) a permis aux pharmaciens d'officine de pouvoir réaliser ces tests. Ainsi désormais impliquées dans la prise en charge de ces pathologies les équipes officinales doivent avoir un bagage médical suffisamment important pour pouvoir pleinement jouer leur rôle dans ces nouvelles missions.

- 2^{ème} étape : définir le type d'inflammation

Pharyngites, angines érythémateuses et érythématopultacée

Il est retrouvé un oropharynx inflammatoire dans la pharyngite, des amygdales augmentées de volumes dans une angine érythémateuse, et un enduit blanchâtre punctiforme facilement décollable sur les amygdales dans une angine érythématopultacée. Cependant la distinction entre l'origine virale ou bactérienne est impossible devant les signes cliniques. La présence de signes ORL (toux, rhinorrhée, enrouement) signe très probablement une origine virale.

Le score clinique de MAC ISAAC (Tableau 8), adapté chez l'adulte, permet d'orienter l'étiologie :

- si le score <2, un traitement symptomatique est mis en place ;
- si le score est ≥ 2 , la réalisation d'un TROD est à effectuer.

Tableau 8 Score de Mac Isaac

Critères composant le score de Mac Isaac	Nombre de points attribués
Fièvre > 38°C	1
Absence de toux	1
Adénopathies cervicales sensibles	1
Atteinte amygdalienne (augmentation de volume, exsudat)	1
Age : 15-44 ans	0
≥ 45 ans	-1

Les TROD à SBA reposent sur la mise en évidence de la présence d'un antigène de paroi spécifique (antigène C) du SBA. Après un prélèvement par écouvillonnage des amygdales et la mise en contact avec différents réactifs, leur lecture s'effectue rapidement (5 minutes en moyenne). Un TROD négatif entraîne un traitement symptomatique, un TROD positif entraîne une antibiothérapie reposant sur l'amoxicilline en première intention (SPILF, 2011). Notons que la sensibilité des TROD diffère légèrement (Charlier-Bret et al., 2004) et qu'il conviendra

à l'assurance maladie de permettre aux officinaux d'acheter les TROD utilisés par les équipes médicales.

Angines pseudo membraneuses

La découverte d'un enduit blanc nacré ou grisâtre respectant la luette oriente vers une forme commune d'une angine ayant pour une étiologie le EBV responsable de la mononucléose infectieuse. Les formes atypiques ressemblent à une angine érythématopultacée. On peut également retrouver une éruption morbiliforme et une splénomégalie. Le diagnostic sera conforté en pratique médicale par l'apparition d'un syndrome mononucléosique sur une numération de la formule sanguine (NFS) et sera affirmé par la réalisation d'un test de recherche de la Mononucléose infectieuse ou une sérologie EBV.

Dans le cadre d'une angine ayant pour étiologie *Corynebacterium diphtheriae* il est retrouvé des fausses membranes saignant au décollement et envahissant la luette. Le diagnostic médical reposera sur une mise en évidence directe de la bactérie sur un prélèvement de gorge.

Angines vésiculeuses

Le Coxsackie A est responsable d'épidémies estivales chez les jeunes enfants. Le diagnostic repose sur la présence, en plus de la symptomatologie courante, de petites vésicules sur une muqueuse inflammatoire se rompant et laissant un enduit jaunâtre entourées d'un halo inflammatoire.

Angines ulcéreuses et ulcéronécrotiques

L'haleine fétide constitue un signe clinique d'orientation vers une angine de Vincent. Le diagnostic est réalisé sur un examen direct au laboratoire après un prélèvement de gorge.

Dans le cadre d'une infection à *Treponema pallidum*, les signes généraux sont absents et il est noté une adénopathie satellite unilatérale indolore.

De par la possibilité d'étiologie onco hématologique, la réalisation d'une NFS à la recherche d'une hémopathie ou d'une agranulocytose est systématique.

En conclusion il est retrouvé (François, 2017) :

- amygdales palatines rouges : angines érythémateuses ;
- amygdales recouvertes d'enduits blanchâtres sur fond rouge : angine érythémato-pultacée ;
- amygdales recouvertes d'une pseudo membrane : angine pseudo membraneuse ;
- amygdales recouvertes de vésicules : angine vésiculeuse ;
- amygdales ulcérées de manière uni ou bilatérale : angine ulcéro nécrotique.

- **3^{ème} étape : réaliser un bilan d'extension**

Dans le cadre du bilan d'extension il est nécessaire de :

- rechercher une primo infection à VIH, MNI ;
- rechercher une hémopathie : douleurs osseuses, signes d'insuffisance médullaire (pâleur, pétéchies, hémorragies cutanéomuqueuses, hépatosplénomégalie, adénopathies, altération de l'état général) ;
- rechercher un cancer amygdalien notamment devant tout ulcère oropharyngé trainant ;
- rechercher une étiologie non infectieuse : pemphigoïde bulleuse, maladie de Behcet, lupus, maladie de Kawasaki.

2.2.3.4-Stratégie de prise en charge thérapeutique

Recherche des critères de gravité

Les signes de complication des angines érythémateuse et érythémato pultacée (SBA) sont :

-complications toxiques : scarlatine (épidémie en cours, sujet jeune, angine aigue associé à un exanthème maculeux sans intervalle de peau saine dominant aux plis de flexion et choc toxique streptococcique (rechercher la symptomatologie clinique) ;

-phlegmon périamygdalien : fièvre élevée, douleur à la déglutition importante, otalgie, trismus à l'examen, tuméfaction du voile du palais avec œdème et refoulement de la luette dévie du coté sain, amygdale refoulée vers la ligne médiane. La prise en charge consistera en une hospitalisation, une antibiothérapie intraveineuse et une ponction ou drainage du phlegmon ;

-abcès retro pharyngée : fièvre, dysphagie douloureuse, dyspnée ;

-adénophlegmon : douleurs cervicales lancinantes, torticolis à la suite d'une angine ;

-cellulites cervicales et médiastinites ;

-atteinte articulaire, cardiaque, rénal, atteinte neurologique ;

-primo infection VIH (clinique) ;

-antécédent de rhumatisme articulaire aigu (RAA) ;

-age entre 5 et 25 ans associés à des épisodes multiples de RAA ou de voyages dans des zones d'endémie (Afrique, DOM-TOM) ou à certains facteurs environnementaux (conditions sociales, économiques, promiscuité).

- **Traitement symptomatique :**

En pratique officinale, seul les pharyngites, angines érythémateuses et érythématopultacée non positive au Test de diagnostic rapide (TDR) pourraient être prise en charge. L'angine pseudo membraneuse à diphtérie ou à MNI, les angines vésiculeuses et ulcéreuses relèvent de la prise en charge médicale. Il convient ainsi aux équipes officinales de connaître la limite de leur prise en charge pour pouvoir orienter au mieux les patients.

Le traitement symptomatique repose sur l'utilisation d'antalgiques et d'antipyrétiques. Les AINS et les corticoïdes ne sont pas recommandés et peuvent être délétères en majorant le risque de complications locorégionales suppurées.

Il est noté une différence entre les recommandations de la SPILF et certaines recommandations émises dans des revues pharmaceutiques (Berthélémy, 2016). Ainsi ces dernières recommandent l'utilisation de produits, ne figurant pas dans les recommandations médicales :

- enzymes à visée anti-inflammatoire comme l'alpha-amylase ou le lysozyme ;

- les produits à usage local : pastilles (stimulant la succion) et collutoires contenant des antiseptiques (hexamidine, chlorhexidine, benzalkonium, biclotymol, amylnmétacrésol), des antiinflammatoires (enoxolone, lysozyme), des anesthésiques locaux (tetracaine, lidocaine, ambroxol). Ces produits ne doivent pas être utilisés plus de cinq jours pour éviter une perturbation de la flore microbienne buccale ;

- homéopathie.

L'usage de ces médicaments présente un bénéfice risque défavorable (Prescrire, 2004). A cet effet nous choisirons de ne pas les recommander. Notons également que l'ANSM a recommandé la fin de l'accès libre de certaines de ces spécialités (Maxilase® à base d'alpha amylase).

- **Spécialités disponibles pour soigner les rhinopharyngites à l'officine (Vital Durand, 2018) :**

Antipyrétique :

-Paracétamol, par voie orale ou rectale, disponible pour adulte en 500mg ou 1000 mg (DAFALGAN®, DOLIPRANE®, CLARADOL®...)

- **Conseil hygiéno-diététique (Berthélémy, 2016)**

Il est également possible de délivrer des conseils hygiéno-diététiques tels que :

- éviter l'exposition aux facteurs irritants comme le tabac ou la poussière ;
- éviter les brusques variations thermiques ;
- se couvrir la gorge (foulard, écharpe) ;
- humidifier l'air de la chambre à coucher ;
- avoir une alimentation saine et équilibrée

- **Mesures préventives**

Les gestes barrières constitueront les mesures préventives.

2.2.3.5-Recommandations de prise en charge des angines au comptoir des pharmacies d'officine

La fiche qui suit a pour vocation d'encadrer la prise en charge officinale. Elle permet de connaître les limites du conseil officinal, de pouvoir identifier les différents types d'angines, de connaître les process à appliquer pour pouvoir connaître les pharyngites ou angines pouvant être pris en charge au comptoir des officines, de pouvoir proposer des traitements recommandés selon les consensus médicaux et les conseils associés à leur délivrance.

Prise en charge des pharyngites et angines au comptoir des pharmacies d'officine

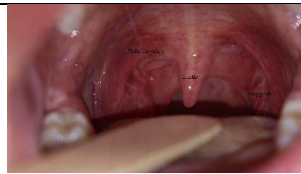
1^{ère} étape : Recherche des limites du conseil officinal

- **Absence d'un critère de gravité (prise en charge à l'officine possible)**
 - Age > 65 ans
 - Age < 15 ans
 - Femme enceinte
 - Personnes immunodéprimées
 - Persistance de la fièvre au-delà de 5 jours
 - Absence de régression ou aggravation des symptômes
 - Scarlatine : épidémie en cours, sujet jeune, angine aigue associé à un exanthème maculeux sans intervalle de peau saine dominant aux plis de flexion et choc toxique streptococcique (rechercher la symptomatologie clinique).
 - Phlegmon periamygdalen (tuméfaction du voile du palais, fièvre élevée), abcès retro pharyngée (dyspnée), adénophlegmon (douleurs cervicales lancinantes, torticolis à la suite d'une angine), cellulites cervicales et médiastinites
 - Rhumatisme articulaire aigu, atteinte rénale, atteinte neurologique, atteinte cardiaque
 - Primo infection VIH : notion de contagé
 - Antécédent de RAA et/ou Age entre 5 et 25 ans associés à des épisodes multiples de RAA ou de voyages dans des zones d'endémie (Afrique, DOM-TOM) ou à certains facteurs environnementaux (conditions sociales, économiques, promiscuité).
- **Présence d'un critère de gravité : orientation médicale.**

2^{ème} étape : Caractérisation de la symptomatologie d'une angine ou d'une pharyngite

- **Identifier la symptomatologie d'une angine ou d'une pharyngite :** fièvre d'intensité variable, douleur constrictive spontanée de l'oropharynx, modification de l'aspect de l'oropharynx
- **Savoir identifier un type d'angine et de pharyngite**

Amygdale normale



Pharyngite



Angine érythémateuse



Angine érythématopultacée



PRISE EN CHARGE OFFICINALE POSSIBLE (selon le TROD)

Angine pseudo membraneuse



Angine vésiculeuse



Angine ulcéro nécrotique



ORIENTATION MEDICALE

▪ **Réaliser le score de Mac Isaac :**

Critères composant le score de Mac Isaac	Nombre de points attribués
Fièvre > 38°C	1
Absence de toux	1
Adénopathies cervicales sensibles	1
Atteinte amygdalienne (augmentation de volume, exsudat)	1
Age : 15-44 ans	0
≥ 45 ans	-1

-Score <2 : mise en place d'un traitement symptomatique

-Score ≥2 , la réalisation d'un TROD est à effectuer. Si le résultat du TROD est négatif, traitement symptomatique, si il est positif : **orientation médicale**.

3^{ème} étape : Mise en place du traitement symptomatique si TROD négatif

- Le choix du traitement symptomatique reposera sur la prise d'un antipyrétique (paracétamol 1g3*/J) en veillant à l'absence de contre-indication, une bonne hydratation, une alimentation équilibrée (pour éviter la fatigue) : on recommandera l'utilisation de vitamine C

4^{ème} étape : réaliser un bilan d'extension

- Rechercher une primo infection à VIH (contexte à risque), MNI
- Rechercher une hémopathie : douleurs osseuses, signes d'insuffisance médullaire (pâleur, pétéchies, hémorragies cutanéomuqueuses, hépatosplénomégalie, adénopathies, altération de l'état général).
- Rechercher un cancer amygdalien notamment devant tout ulcère oropharyngé trainant.
- Rechercher une étiologie non infectieuse

5^{ème} étape : Prévention et mesure hygiéno-diététiques

- Collective : Promouvoir les gestes barrières (iconographie)
- Mesures hygiéno-diététiques : Eviter l'exposition aux facteurs irritants comme le tabac ou la poussière, les brusques variations thermiques, se couvrir la gorge (foulard, écharpe), humidifier l'air de la chambre à coucher, avoir une alimentation saine et équilibrée.

2.2.4-Gastroentérite

2.2.4.1-Définition et physiopathologie

La **Gastroentérite aiguë (GA)** est une inflammation liée à une infection simultanée des muqueuses intestinale et gastrique responsable de diarrhée, de douleurs abdominales et de vomissements, et dont l'étiologie est principalement virale (Ameli, 2019).

La diarrhée est définie par l'élimination de plus de 3 selles liquides par jour. La durée de persistance des symptômes caractérise deux types de diarrhée : une diarrhée est qualifiée d'aiguë lorsqu'elle dure moins de 2 semaines, et de chronique lorsqu'elle dure au-delà de 2 semaines.

Dans la mesure où il existe d'autres étiologies en dehors du caractère infectieux (médicamenteuse, toxique, endocriniennes, tumorales) il conviendra aux équipes officinales de se limiter à la prise en charge d'une diarrhée aiguë en l'absence de signes de gravité. Nous nous limiterons ici au syndrome gastroentérite dans un contexte épidémique hivernal. Notons également que le diagnostic de déshydratation chez l'enfant étant particulièrement compliqué dans une structure officinale, la prise en charge des GA chez cette population ne rentrera pas dans le champ des compétences des équipes officinales. Cependant après une étude montrant l'inadéquation dans certains officines entre les recommandations des sociétés savantes et la pratique courante officinale (Lapeyre-Mestre and Pin, 2004), il conviendra devant tout terrain diarrhéique chez un enfant, et afin de prévenir la principale complication de la GA qu'est la déshydratation de recommander systématiquement les sachets de réhydratation orale et ceux même avant une consultation médicale. Une perte de plus de 10% du poids de l'enfant est une urgence vitale nécessitant une réhydratation IV en milieu hospitalier.

2.2.4.2-Epidémiologie

La GA a principalement une étiologie virale, avec les calicivirus, les adénovirus, les astrovirus et les rotavirus. Les rotavirus constituent les virus les plus incriminés dans les GA (Parashar and Gibson, 2006), représentant au pic de l'épidémie près de 70 % du motif de consultation pour GA (Parez et al., 2012).

La transmission est oro-fécale directe ou indirecte. La phase d'incubation dure entre un à trois jours. La GA présente une forte contagiosité en lien avec un inoculum faible. Elle atteint les adultes mais plus fréquemment les enfants. Les virus responsables de GA sont résistants dans le milieu extérieur sur plusieurs semaines.

La GA est un motif fréquent de consultation en période épidémique ayant un coût important pour la société (Huet et al., 2008). En effet, il est noté un cout moyen de 34 euros pour une consultation de ville, 80 euros pour un passage aux urgences et 1270 euros pour une hospitalisation à la charge de l'assurance maladie. Chaque année la gastroentérite à rotavirus couterait à l'assurance maladie plusieurs dizaines de millions d'euros.

Bien que la GA soit d'évolution souvent favorable, il est retrouvé une morbidité importante chez les sujets fragiles (nourrissons, sujets âgés, immunodéprimés).

2.2.4.3-Stratégie d'orientation diagnostique

- **1^{ère} étape : Identifier une gastroentérite aigue sur un terrain**

Dans la mesure où il existe trois syndromes diarrhéiques, parmi lesquels figurent la gastroentérite aigue il convient aux équipes officinales d'être en mesure de différencier ces trois syndromes et de pouvoir identifier une gastroentérite aigue.

Le syndrome cholérique est caractérisé par une diarrhée aqueuse avec selles liquides profuses et apparition rapide de signes de déshydratation, absence de fièvre et +/- des vomissements

Le syndrome dysentérique est caractérisé par des selles afécales, glaireuses, sanglantes, douleurs abdominales, épreintes, présence de fièvre dans les infections bactériennes et absente dans le cas d'une amoebiose colique ;

Une GA sera caractérisée par un contexte épidémique (déclarée par SPF au travers de son bulletin hebdomadaire), la présence d'une diarrhée aiguë accompagnée systématiquement

de vomissements, l'absence de fièvre ou la présence de fièvre modérée, l'absence de ténésme ou de signes d'épreintes.

Au cours d'une prise en charge médicale dans le cadre de la GA, la coproculture et l'examen parasitologique des selles n'ont aucun intérêt. La recherche de virus dans les selles repose en pratique sur des techniques immunochromatographiques type ELISA (très sensible pour rotavirus, adénovirus, très peu sensible pour norovirus) et de plus en plus sur la biologie moléculaire (PCR). En médecine de ville il n'est pas recommandé que le diagnostic soit confirmé par la recherche du virus dans les selles.

Aujourd'hui de nombreux TROD sont disponibles pour la détection des rotavirus et des adénovirus (Adéno-Rota colo®, Combi-Strip®, Rapid Rota-Adénovirus®, ...). Dans le cas des gastro-entérites à rotavirus, ces TROD sont considérés comme des tests de diagnostic. Dans les infections à adénovirus, norovirus et astrovirus, les TDR présentent l'intérêt d'une bonne spécificité mais, en raison d'une sensibilité plus faible, un test négatif ne peut éliminer le diagnostic. D'un point de vue globale les TROD sont rapides, facilement réalisables en dehors d'un laboratoire mais nécessitent une réalisation rigoureuse.

- **2^{ième} étape : réaliser un bilan d'extension**

Un profil évolutif chronique sera en faveur d'une cause parasitaire ou d'un terrain immunodéprimé ou d'une étiologie non infectieuse. Il sera également possible de rechercher une origine alimentaire commune dans le cadre d'une toxi infection alimentaire collective. Il conviendra de ne pas oublier les autres étiologies possibles de diarrhée : médicamenteuse, toxique, endocriniennes, tumorales.

2.2.4.4-Stratégie de prise en charge thérapeutique

- **Recherche des critères de gravité :**

Dans le cadre d'une GA, les critères de gravité à rechercher sont :

- déshydratation aiguë : les signes de déshydratation extracellulaire précèdent ceux de la déshydratation intracellulaire. La déshydratation est la principale complication d'une gastroentérite (Clark and McKendrick, 2004). Les signes de déshydratation extracellulaire sont les suivants : pli cutané, cernes oculaire, dépression de la fontanelle chez le nourrisson, extrémités froides, marbrures collapsus. Les signes de déshydratation intracellulaire sont les suivants : soif, sécheresse des muqueuses, troubles de la vigilance pouvant aller jusqu'au coma ;

- syndrome pseudo occlusif caractérisé par la prise d'inhibiteur de la motricité intestinale dans les diarrhées invasives et chez le nourrisson ;

- fièvre : recherche de paludisme et de fièvre typhoïde ;

- prise d'antibiotique : recherche de clostridium difficile ;

- notion de retour de zone tropicale et notamment en zone d'endémie palustre ;

- chez le sujet de plus de 65 ans avec facteur de risque ;

- chez les personnes immunodéprimées.

- **Traitement symptomatique**

Le traitement symptomatique va avoir pour but de corriger la déshydratation et de réduire l'intensité et la durée de la diarrhée et des vomissements.

Corriger la déshydratation :

Par voie orale la réhydratation reposera sur un apport hydrique associant du glucose et des électrolytes ou sur des solutés de réhydratation orale, à administrer à volonté. Les boissons (eau sucrée, eau pure, sodas dont ceux à base de cola, boissons pour sportifs) sont inadaptées, car elles n'apportent pas suffisamment d'électrolytes (sodium) et/ou trop de sucres.

Réduire l'intensité et la durée de la diarrhée et des vomissements

Seul le racécadotril est à privilégier car il a une action anti sécrétoire. Les modificateurs de la motricité intestinale sont contre indiqués. Les pansements intestinaux n'ont pas d'intérêts démontrés. L'usage de probiotiques ne réduit la durée des diarrhées aqueuses que d'environ un jour (CMIT, 2019).

On retrouve dans une revue pharmaceutique de 2014 des médicaments pourtant soit contre indiqués soit non recommandés dans la prise en charge de la gastroentérite (Clere, 2014) : lopéramide, diosmectite, phloroglucinol et siméticone.

Il serait souhaitable, en cas de nausées et/ou de vomissements d'utiliser le métopimazine (Vogalib[®]), seule molécule utilisable en conseil officinal (CMIT, 2019).

Devant l'absence d'efficacité selon les recommandations médicales des probiotiques et d'absence de consensus, nous décidons de ne pas les recommander dans la prise en charge de la GA.

- **Spécialités disponibles**

Solutés de réhydratation orale (SRO)

-Adiaril[®], Fanolyte[®], Picolite[®], Alhydrate[®], GES[®] 45, Physiosalt[®], Viatol[®].

Les SRO doivent être reconstitués dans 200 mL d'eau faiblement minéralisée et consommés dans les 24 heures suivant leur reconstitution. En cas de vomissements, il convient de faire boire la solution bien fraîche (la laisser au réfrigérateur), au début toutes les 5 à 10 minutes, par petites gorgées, voire à la cuillère. En cas de situation isolée il est recommandé

également la fabrication d'un soluté de réhydratation orale en utilisant du COCA COLA ®500 ml + 500 ml d'eau + 1 cuillère à café de sel + 1 cuillère à café de jus de citron +/1 un sucre.

Antisécrétoire intestinal

-Racécadotril : (Diarfix®,Tiorfast®) dosé à 100 mg en format conseil à une posologie pour un adulte de 1 comprimé 3 */Jour avant les repas pendant au maximum 7 jours.

C'est un inhibiteur des enképhalinase agissant comme antisécrétoire intestinal pur. Il réduit le débit des selles d'au moins 30% et donc diminue le risque de déshydratation. Il peut présenter des rares effets de somnolence, n'est pas à utiliser chez la femme enceinte et est contre indiqué en cas d'antécédent d'angioedèmes avec un inhibiteur de l'enzyme de conversion, et en cas d'hypersensibilité au produit.

Antiémétique

-Metopimazine : Vogalib® 7.5 mg en comprimé per os. Posologie recommandée pour un adulte : 1 comprimé 2 à 4 fois par jour.

Antagoniste de la dopamine, le metopimazine présente des propriétés anticholinergiques limitées par un passage faible de la barrière hémato encéphalique. Les contre-indications à son utilisation sont l'hypersensibilité, le risque de glaucome par fermeture de l'angle, le risque de rétention urinaire par obstacle uréthro-prostatique. Les effets indésirables sont à types de rétention urinaire, constipation, troubles de l'accommodation, dyskinésies, hyperprolactinémies, gynécomastie, réactions cutanées allergiques. Chez la personne âgée ils entraînent une sédation et une hypotension. Son utilisation n'est pas au recommandée au-delà de deux jours sans avis médical.

- **Mesures préventives et hygiéno-diététiques :**

La prévention de la transmission (orofécale) de la gastroentérite repose sur trois notions (Centre National Référent des virus des gastroentérites, 2020) :

- **hygiène des mains** : afin de limiter la transmission féco orale par manu portage, un lavage fréquent des mains (au moins après chaque passage aux toilettes) à l'eau et au savon ou à l'aide d'une solution *hydroalcoolique* est recommandée. Le nettoyage des sanitaires à l'eau de javel est également recommandé. Il faudra également éviter les échanges avec les personnes atteintes (couverts, tétines, biberons) ;

- **hygiène des locaux et des surfaces** : les virus responsables de gastroentérique sont très résistants dans l'environnement. Le nettoyage des surfaces contaminées et des instruments nécessaires au nettoyage doit donc avoir lieu régulièrement avec de l'eau de javel à 2,6 % diluée au 1/5 avec respect d'un séchage de 10 min et de l'eau chaude. Les vêtements et linges de maison doivent être lavés en lave-linge à haute température ;

- **hygiène des zones de préparation des repas** : le lavage des mains et, le port de gants à usage unique doivent être fortement respectés notamment dans les collectivités ainsi que le régime d'éviction des personnels malades.

La vaccination antirotavirus n'est plus recommandée en France depuis le 21 avril 2015 après avis du HCSP. Le maintien de l'alimentation avec des aliments lest (carotte riz) permet de limiter l'asthénie et d'épaissir les selles. Sur avis médical, un arrêt de travail ne pouvant pas excéder 3 jours peut être mis en place.

2.2.4.5-Recommandations de prise en charge des gastroentérites au comptoir des pharmacies d'officine

Prise en charge de la gastroentérite aigue au comptoir des pharmacies d'officine
1^{ère} étape : Recherche des limites du conseil officinal
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence d'un critère de gravité (prise en charge à l'officine possible) <ul style="list-style-type: none"> -Age>65 ans -Age<15ans -Femme enceinte -Personnes immunodéprimées -Signes de déshydratation extracellulaire : pli cutané, cernes oculaire, dépression de la fontanelle chez le nourrisson, extrémités froides, marbrures collapsus -Signe de déshydratation intracellulaire : soif, sècheresse des muqueuses, troubles de la vigilance pouvant aller jusqu'au coma -Syndrome pseudo occlusif -Fièvre -Prise d'antibiotique -Notion de retour de zone tropicale et notamment en zone d'endémie palustre -Absence de régression ou aggravation des symptômes plus de 10 jours sans amélioration nette ▪ Présence d'un critère de gravité : orientation médicale.
2^{ème} étape : Caractérisation de la symptomatologie de la gastroentérite aigue
<p>Identifier la symptomatologie d'une gastroentérite aigue : diarrhée aiguë accompagnée de vomissements en absence de fièvre et d'épreintes dans un contexte épidémique (déclarée par SPF au travers de son bulletin hebdomadaire)</p> <p>L'usage des TDR est envisageable mais difficilement applicable en officine aujourd'hui</p>
3^{ème} étape : Mise en place du traitement symptomatique
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le choix du traitement symptomatique reposera sur : <ul style="list-style-type: none"> -Solutés de réhydratation orale : Adiaril®, Fanolyte®, Picolite®, Alhydrate®, GES® 45, Physiosalt®, Viatol : à reconstituer dans 200 ml d'eau faiblement minéralisée, stockés au réfrigérateur et consommé dans les 24 H suivant leur reconstitution et à consommer régulièrement. -Antisécrétoire intestinal : Racécadotril : (Diarfix®,Tiorfast®) dosé à 100 mg en format conseil à une posologie pour un adulte de 1 comprimé 3 */Jour avant les repas pendant au maximum 7 jours. Contre indiqué chez la femme enceinte, en cas d'hypersensibilité au médicament et avec un inhibiteur de l'enzyme de conversion -Antiémétique : métopimazine : Vogalib® 7.5 mg en comprimé per os. Posologie recommandée pour un adulte : 1 comprimé 2 à 4 fois par jour pendant au maximum 2 jours. Les contre-indications à son utilisation sont l'hypersensibilité, le risque de glaucome par fermeture de l'angle, le risque de rétention urinaire par obstacle uréthro-prostatique. Les effets indésirables sont à types de rétention urinaire, constipation, troubles de l'accommodation, dyskinésies, hyperprolactinémies, gynécomastie, réactions cutanées allergiques. au-delà de deux jours sans avis médical
4^{ème} étape : Prévention et mesures hygiéno-diététiques
<ul style="list-style-type: none"> -Hygiène des mains : à l'eau et au savon ou à l'aide d'une solution hydroalcoolique -Hygiène des locaux et des surfaces : le nettoyage des surfaces contaminées et des instruments nécessaires au nettoyage doit avoir lieu régulièrement avec de l'eau de javel à 2.6 % diluée au 1/5 avec respect d'un séchage de 10 min et de l'eau chaude. Les vêtements et linges de maison doivent être lavés en lave-linge à haute température. -Hygiène des zones de préparation des repas : Le lavage des mains, le port de gants à usage unique doit être fortement respecté notamment dans les collectivités ainsi que le régime d'éviction des personnels malades. <p>Le maintien de l'alimentation avec des aliments lest (carotte riz) permet de limiter l'asthénie et d'épaissir les selles.</p>

Sur avis médical, un arrêt de travail ne pouvant pas excéder 3 jours peut être mis en place notamment en cas de risque de contamination (travail en collectivités, en maison de retraite, en milieu médical.)

5^{ème} étape : Orientation médicale

- Elle se fera uniquement dans le cadre de l'aggravation des symptômes (vomissements > 3 jours) ou de la persistance d'une fièvre au-delà de 10 jours.

Un profil évolutif chronique sera en faveur d'une cause parasitaire ou d'un terrain immunodéprimé ou d'une étiologie non infectieuse. On pourra également rechercher une origine alimentaire commune dans le cadre d'une toxi infection alimentaire collective. Il conviendra de ne pas oublier les autres étiologies possibles de diarrhée : médicamenteuse, toxique, endocriniennes, tumorales.

Conclusion

La mise en place de la dispensation protocolisée à l'officine témoigne du regain d'intérêt témoigné par les autorités de santé dans la place et rôle du pharmacien en tant que professionnel de santé.

Cette thèse avait pour but d'établir des fiches d'aides à la prise en charge de certaines pathologies saisonnières dont figure la prise en charge de l'angine au sein de la dispensation protocolisée.

J'avais pleinement conscience au début de l'écriture de cette thèse des pathologies ciblées par la dispensation protocolisée. J'ai ainsi volontairement élargi ce champ à d'autres pathologies qui sont habituellement prises en charge au comptoir des officines.

J'ai voulu au travers de cette thèse renforcer ma vision du rôle du pharmacien dans la prise en charge des pathologies saisonnières en tant que professionnel assujetti au respect des recommandations des sociétés savantes et autorités médicales.

Ainsi j'avais véritablement à cœur ce sujet de thèse. Je l'ai volontairement tourné vers une prise en charge médicale, scientifique.

Le pharmacien, professionnel de santé, est depuis de nombreuses années la cible de la grande et moyenne distribution. Pour ne pas le citer, Michel Edouard Leclerc est véritablement enclin à faire de la pharmacie un marché comme un autre. De par la dualité entre la fonction de chef d'entreprise mais surtout celle de professionnel de santé, et c'est bien évidemment sur cette dernière que mon attention prédomine, le pharmacien doit être en mesure de se protéger et d'agir contre ses détracteurs. Cette thèse va dans ce sens.

J'aurai à cœur au cours de ma carrière de défendre ce rôle de professionnel de santé tant dans la qualité de l'accueil des patients, que dans la gestion managériale et professionnelle de l'officine afin de tourner l'officine vers un véritable « pôle » de santé.

La crise sanitaire liée au COVID19 que nous avons traversée a montré le rôle extrêmement important de l'officine dans la vie des français. Souvent le rare lieu encore ouvert, les pharmaciens ont su véritablement être des acteurs dans cet effort de « guerre ». Au confrère

que j'ai aidé durant cette période, j'espère avoir témoigné de ce lien de confraternité propre à la profession de pharmacien. Je vous souhaite une excellente continuation.

Au cours de ma carrière militaire, j'ai rencontré une personne, devenu un ami, qui tire de toutes ses expériences une conclusion et qui m'a transmis un jour une citation. Elle n'a fait que de me suivre tout au cours de mes études et je terminerai donc ce travail, par une citation fruit de mon esprit qui clôt ici une partie de ma vie, celle de mes études :

Toute fin n'est qu'un commencement

Références bibliographiques

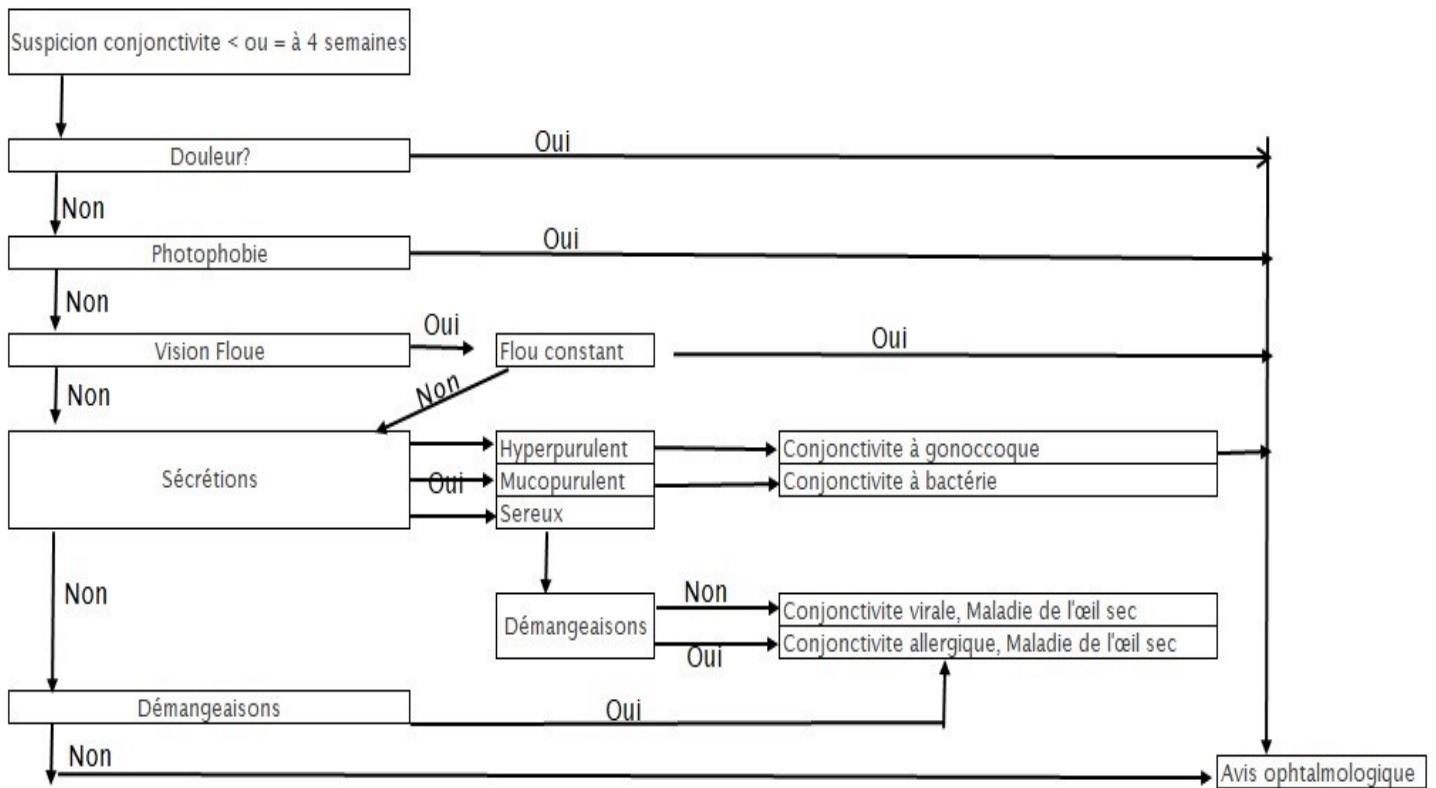
- AFIPA, 2020. Barometre du selfcare 2019.
- Akpek, E., 2003. Immune defense at the ocular surface. - PubMed - NCBI [WWW Document]. URL <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14631402> (accessed 7.7.19).
- Ameli, 2019. Reconnaître la gastro-entérite chez un adulte [WWW Document]. URL <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/gastro-enterite-adulte/reconnaitre-gastro-enterite> (accessed 2.4.20).
- Annesi-Maesano, I., Didier, A., Klossek, J.M., Chanal, I., Moreau, D., Bousquet, J., 2004. Le Score For Allergic Rhinitis (SFAR) – version française. *Revue Française d’Allergologie et d’Immunologie Clinique* 44, 396–399. <https://doi.org/10.1016/j.allerg.2003.09.015>
- ANSM, 2019. Liste des médicaments de médication officinale.
- Azari, A.A., Barney, N.P., 2013. A Systematic Review of Diagnosis and Treatment. *JAMA* 310, 1721–1729. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.280318>
- Bahougne, L., 2017. Le refus de vente à l’officine. *Actualités Pharmaceutiques* 56, 41–44. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2017.02.011>
- Begley, C., 1990. Association of giant papillary conjunctivitis with seasonal allergies. - PubMed - NCBI [WWW Document]. URL <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2320363> (accessed 7.9.19).
- Berland-Benhaïm, C., Pélissier-Alicot, A.-L., Léonetti, G., 2011. Non-respect des règles de dispensation des médicaments et responsabilité du pharmacien d’officine. *Médecine & Droit* 2011, 185–189. <https://doi.org/10.1016/j.meddro.2011.03.002>
- ls à un patient souffrant d’une angine. *Actualités Pharmaceutiques* 55, 35–38. <https://doi.org/10.1016/j.actBerthélémy, S., 2016. Conseipha.2016.01.007>
- Berthélémy, S., 2013. Conseils à un patient se plaignant d’un rhume. *Actualités Pharmaceutiques* 52, 45–48. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2013.01.017>
- Bessis, S., 2019. La grippe. *Médecine et Maladies Infectieuses* 49, S17–S24. [https://doi.org/10.1016/S0399-077X\(19\)30803-0](https://doi.org/10.1016/S0399-077X(19)30803-0)
- Bonini, S., Bonini, S., Lambiase, A., Marchi, S., Pasqualetti, P., Zuccaro, O., Rama, P., Magrini, L., Juhas, T., Bucci, M.G., 2000. Vernal keratoconjunctivitis revisited: a case series of 195 patients with long-term followup. *Ophthalmology* 107, 1157–1163.
- Bousquet, P.J., Bachert, C., Canonica, G.W., Casale, T.B., Mullol, J., Klossek, J.M., Zuberbier, T., Bousquet, J., 2010. Uncontrolled allergic rhinitis during treatment and its impact on quality of life: a cluster randomized trial. *J. Allergy Clin. Immunol.* 126, 666–668.e1–5. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2010.06.034>
- Centre National Référent des virus des gastroentérites, 2020. Mesures préventives relative aux virus responsables des gastro entérites.
- Charlier-Bret, N., Boucher, B., Poyart, C., Quesne, G., Bingen, E., Doit, C., Ho, C.T., Deschênes, M., Maisonneuve, P., 2004. Tests de diagnostic rapide des angines à streptocoque du groupe A : étude comparative de la sensibilité et de la praticabilité de 16 dispositifs médicaux de diagnostic in vitro dans le cadre d’un contrôle du marché effectué par l’Afssaps en juillet 2002. *Pathologie Biologie, NUMERO SPECIAL MICROBIOLOGIE - 1ere PARTIE* 52, 438–443. <https://doi.org/10.1016/j.patbio.2004.07.013>
- Clark, B., McKendrick, M., 2004. A review of viral gastroenteritis. *Curr. Opin. Infect. Dis.* 17, 461–469. <https://doi.org/10.1097/00001432-200410000-00011>
- Clere, N., 2014. Importance du conseil officinal dans la prise en charge de la gastroentérite aiguë virale Importance of the pharmacist’s advice in the treatment of acute viral

- gastroenteritis. *Actualités Pharmaceutiques* 53, 40–42.
<https://doi.org/10.1016/j.actpha.2014.10.008>
- CMIT, 2019. *E.Pilly Maladies infectieuses et tropicales*, 27 ième édition. ed. Alinéa plus.
- CNOP, 2013. *Bonnes pratiques de dispensation section A*.
- CROP, 2018. *Developper la prévention en France*.
- CRPV Tours, C.M., 2019. Infections bactériennes graves rapportées avec l'ibuprofène et le kétoprofène.
- Donshik, P.C., 1994. Giant papillary conjunctivitis. *Trans Am Ophthalmol Soc* 92, 687–744.
- Donshik, P.C., 1988. Allergic conjunctivitis. - PubMed - NCBI [WWW Document]. URL <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3053488> (accessed 7.10.19).
- EBBO, D., 2012. Observatoire de la prise en charge de la rhinite allergique par les médecins généralistes en France : l'étude ORA.
- François, M., 2017. Chapitre 12 - Angines et pharyngites, in: Fayoux, P., Couloigner, V. (Eds.), *ORL Chez L'enfant*. Elsevier Masson, Paris, pp. 87–94.
<https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74471-6.00012-5>
- François, M., 1997. Place des traitements non antibiotiques (généraux, locaux) dans la rhinopharyngite 5.
- Garnier, R., Villa, A., Chataigner, D., 2007. Rhinites professionnelles. *Rev Mal Respir* 16.
- Hay, A.J., Gregory, V., Douglas, A.R., Lin, Y.P., 2001. The evolution of human influenza viruses. *Philos. Trans. R. Soc. Lond., B, Biol. Sci.* 356, 1861–1870.
<https://doi.org/10.1098/rstb.2001.0999>
- Huet, F., Allaert, F.-A., Trancart, A., Miadi-Fargier, H., Trichard, M., LARGERON, N., 2008. Évaluation du coût de la prise en charge pédiatrique des gastroentérites aiguës à rotavirus. *Archives de Pédiatrie* 15, 1159–1166.
<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2008.04.009>
- INRS, n.d. Risques - INRS [WWW Document]. URL <http://www.inrs.fr/risques.html> (accessed 7.28.19).
- Klossek, J.-M., Annesi-Maesano, I., Pribil, C., Didier, A., 2009. Un tiers des adultes ont une rhinite allergique en France (enquête INSTANT). *La Presse Médicale, Transplantation hépatique* 38, 1220–1229. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2009.05.012>
- Lapeyre-Mestre, M., Pin, M., 2004. Prise en charge de la diarrhée aiguë du nourrisson : enquête sur le conseil pharmaceutique à l'officine dans la région Midi-Pyrénées. *Archives de Pédiatrie* 11, 898–902. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2004.01.006>
- Leonardi, A., Bogacka, E., Fauquert, J.L., Kowalski, M.L., Groblewska, A., Jedrzejczak-Czechowicz, M., Doan, S., Marmouz, F., Demoly, P., Delgado, L., 2012. Ocular allergy: recognizing and diagnosing hypersensitivity disorders of the ocular surface. *Allergy* 67, 1327–1337. <https://doi.org/10.1111/all.12009>
- Lina, B., 2019. Thérapeutique et vaccination antigrippale. *Actualités Pharmaceutiques* 58, 31–33. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2019.07.006>
- McBean, A.M., Hebert, P.L., 2004. New estimates of influenza-related pneumonia and influenza hospitalizations among the elderly. *Int. J. Infect. Dis.* 8, 227–235.
<https://doi.org/10.1016/j.ijid.2004.04.013>
- Mosnier, A., Caini, S., Daviaud, I., Bensoussan, J.-L., Stoll-Keller, F., Bui, T.T., Lina, B., Van der Werf, S., Cohen, J.M., on behalf of the GROG network, 2015. Ten influenza seasons in France: distribution and timing of influenza A and B circulation, 2003–2013. *BMC Infectious Diseases* 15, 357. <https://doi.org/10.1186/s12879-015-1056-z>
- Mughal, A.A., Kalavala, M., 2012. Contact dermatitis to ophthalmic solutions. *Clin. Exp. Dermatol.* 37, 593–597; quiz 597–598. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2230.2012.04398.x>

- Nougairede, A., Ninove, L., Zandotti, C., de Lamballerie, X., Gazin, C., Drancourt, M., La Scola, B., Raoult, D., Charrel, R.N., 2010. Point of Care Strategy for Rapid Diagnosis of Novel A/H1N1 Influenza Virus. *PLoS One* 5.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0009215>
- Odoxa, 2018. Le pharmacien prescripteur ? Les Français disent oui ! [WWW Document]. Odoxa. URL <http://www.odoxa.fr/sondage/pharmacien-prescripteur-francais-disent-oui/> (accessed 2.26.19).
- Palmares, J., Delgado, L., Cidade, M., Quadrado, M.J., Filipe, H.P., Season Study Group, 2010. Allergic conjunctivitis: a national cross-sectional study of clinical characteristics and quality of life. *Eur J Ophthalmol* 20, 257–264.
- Parashar, U., Gibson, C., 2006. Rotavirus and severe childhood diarrhea. *Emergy infectious disease* 12, 304–6.
- Parez, N., Mory, O., Pozzetto, B., Garbag-Chenon, A., Pillet, S., Texier, N., Téhard, B., 2012. Impact des gastroentérites à Rotavirus chez les enfants de moins de cinq ans hospitalisés ou consultant en services d'urgences en France. *Pathologie Biologie* 60, 275–281. <https://doi.org/10.1016/j.patbio.2011.04.002>
- PERLEMUTER, 2019. GUIDE THERAPEUTIQUE PERLEMUTER, 10 IEME. ed. ELSEVIER MASSON.
- Petricek, I., Prost, M., Popova, A., 2006. The differential diagnosis of red eye: a survey of medical practitioners from Eastern Europe and the Middle East. *Ophthalmologica* 220, 229–237. <https://doi.org/10.1159/000093076>
- Pivette, M., Auvigne, V., Guérin, P., Mueller, J.E., 2017. Suivi en quasi-temps réel de la vaccination contre la grippe chez les 65 ans et plus en France à partir des ventes de vaccins en pharmacie. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 65, 119–124. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2016.12.025>
- Portier, H., Peyramond, D., Boucot, I., Grappin, M., Boibieux, A., Pribil, C., 2001. Évaluation de l'applicabilité du consensus sur la prise en charge de l'angine chez l'adulte. *Médecine et Maladies Infectieuses* 31, 388–395. [https://doi.org/10.1016/S0399-077X\(01\)00209-8](https://doi.org/10.1016/S0399-077X(01)00209-8)
- Prescrire, 2004. Angine aiguë : soulager les symptômes [WWW Document]. URL <https://www.prescrire.org/fr/3/31/23468/0/NewsDetails.aspx?page=8> (accessed 2.3.20).
- Sauvage, J.P., 2016. Chapitre 10 - Rhinites, sinusites et rhinosinusites 21.
- Schatz M, 2007. A survey of the burden of allergic rhinitis in the USA. - PubMed - NCBI [WWW Document]. URL <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17927673> (accessed 1.16.20).
- Segondy, M., 2015. Les tests de diagnostic rapide des viroses respiratoires et des gastroentérites virales: intérêts et limites. *Revue Francophone des Laboratoires, Tests de Diagnostic Rapide en biologie 1. Applications en infectiologie* 2015, 45–50. [https://doi.org/10.1016/S1773-035X\(15\)30200-8](https://doi.org/10.1016/S1773-035X(15)30200-8)
- Siranyan, V., Locher, F., 2007. Le devoir d'information et de conseil du pharmacien d'officine: de l'exigence déontologique à l'obligation légale. *Médecine & Droit* 2007, 130–137. <https://doi.org/10.1016/j.meddro.2007.05.011>
- Smolin, G., 1989. Cellular response to inflammation at the limbus. *Eye (Lond)* 3 (Pt 2), 167–171. <https://doi.org/10.1038/eye.1989.24>
- SPLF, 2011. recommandation concernant l'antibiothérapie dans les infections respiratoires hautes.
- SPLF, 2010. Recommandations pour le diagnostic et la prise en charge de la rhinite allergique (épidémiologie et physiopathologie exclues) - Texte long. *Rev Mal Respir* 27.
- Surface Oculaire Rapport Sfo 2015., 2015. . Educa Books.

- Thomas, Y., Vogel, G., Wunderli, W., Suter, P., Witschi, M., Koch, D., Tapparel, C., Kaiser, L., 2008. Survival of Influenza Virus on Banknotes. *Applied and environmental microbiology* 74, 3002–7. <https://doi.org/10.1128/AEM.00076-08>
- Vital Durand, D., 2018. *Dorosz Guide pratique des médicaments*, Dorosz. Maloine.
- Wise, S.K., Lin, S.Y., Toskala, E., Orlandi, R.R., Akdis, C.A., Alt, J.A., Azar, A., Baroody, F.M., Bachert, C., Canonica, G.W., Chacko, T., Cingi, C., Ciprandi, G., Corey, J., Cox, L.S., Creticos, P.S., Custovic, A., Damask, C., DeConde, A., DelGaudio, J.M., Ebert, C.S., Eloy, J.A., Flanagan, C.E., Fokkens, W.J., Franzese, C., Gosepath, J., Halderman, A., Hamilton, R.G., Hoffman, H.J., Hohlfeld, J.M., Houser, S.M., Hwang, P.H., Incorvaia, C., Jarvis, D., Khalid, A.N., Kilpeläinen, M., Kingdom, T.T., Krouse, H., Larenas-Linnemann, D., Laury, A.M., Lee, S.E., Levy, J.M., Luong, A.U., Marple, B.F., McCoul, E.D., McMains, K.C., Melén, E., Mims, J.W., Moscato, G., Mullol, J., Nelson, H.S., Patadia, M., Pawankar, R., Pfaar, O., Platt, M.P., Reisacher, W., Rondón, C., Rudmik, L., Ryan, M., Sastre, J., Schlosser, R.J., Settipane, R.A., Sharma, H.P., Sheikh, A., Smith, T.L., Tantilipikorn, P., Tversky, J.R., Veling, M.C., Wang, D.Y., Westman, M., Wickman, M., Zacharek, M., 2018. International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Allergic Rhinitis. *International Forum of Allergy & Rhinology* 8, 108–352. <https://doi.org/10.1002/alr.22073>

Annexe 1- Algorithme décisionnel de prise en charge d'une conjonctivite (Azari and Barney, 2013)



Annexe 2-Score SFAR (Annesi-Maesano et al., 2004)

QUESTIONNAIRE MEDICAL
Cocher la case correspondant à votre choix

Nom du sujet (facultatif).....
Adresse (facultative).....

1. **Durant les 12 derniers mois**, alors que vous n'aviez pas (votre enfant n'avait pas) d'infection respiratoire (ni rhume, ni rhino-pharyngite, ni grippe...) avez-vous eu (votre enfant a-t-il eu) :

- des éternuements	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- le nez qui coule	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- le nez bouché	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- aucun de ces symptômes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

[]

Si vous n'avez pas de problèmes de nez passez à la question 6, autrement répondez aux questions qui suivent

2. **Durant les 12 derniers mois**, ces problèmes de nez étaient-ils accompagnés de larmoiements (pleurs) ou de démangeaisons (envie de se gratter) les yeux ?
Oui Non []

3. Pendant lequel ou lesquels de ces 12 derniers mois, avez-vous eu (votre enfant a-t-il eu) ces problèmes de nez (plusieurs réponses possibles) ? **Si aucun problème de nez, passez à la 6**

Janv. <input type="checkbox"/>	Fév. <input type="checkbox"/>	Mars <input type="checkbox"/>	Avril <input type="checkbox"/>	Mai <input type="checkbox"/>	Juin <input type="checkbox"/>
Juillet <input type="checkbox"/>	Août <input type="checkbox"/>	Sept. <input type="checkbox"/>	Oct. <input type="checkbox"/>	Nov. <input type="checkbox"/>	Déc. <input type="checkbox"/>

[] []

4. **Durant les 12 derniers mois**, ces problèmes de nez ont-ils gêné vos activités quotidiennes (les activités quotidiennes de votre enfant) ?

- Pas du tout <input type="checkbox"/>	- Modérément <input type="checkbox"/>
- Un peu <input type="checkbox"/>	- Beaucoup <input type="checkbox"/>

[]

5. Quels facteurs déclenchent ou augmentent habituellement ces problèmes de nez ?

- Acariens ou poussière de maison <input type="checkbox"/>
- Pollens <input type="checkbox"/>
- Animaux <input type="checkbox"/>
- Autre (préciser)..... <input type="checkbox"/>
- Aucun..... <input type="checkbox"/>

[]

6. Pensez-vous être allergique (que votre enfant soit allergique) ?
Oui Non []

7. Un bilan médical a-t-il déjà été fait pour savoir si vous étiez (si votre enfant était) allergique (tests cutanés, dosage des IgE...) ?
Oui Non []

Si vous avez répondu OUI, quels tests ont été faits

• Tests cutanés	Faits <input type="checkbox"/>	Non Faits <input type="checkbox"/>
• IgE spécifiques (RAST)	Faits <input type="checkbox"/>	Non faits <input type="checkbox"/>

Cochez le(s) allergène(s), pour lesquels les uns ou les autres sont positifs :

Acaréens <input type="checkbox"/>	Chats <input type="checkbox"/>
Pollens <input type="checkbox"/>	Moisissures <input type="checkbox"/>
Autre (spécifier)..... <input type="checkbox"/>	

• Phadiatop Positif Négatif Non Fait []

• Autre (spécifier)..... []

8. Est-ce qu'un docteur vous a déjà dit que vous êtes ou étiez (votre enfant est ou était) allergique (même en l'absence de tests cutanés, dosage d'IgE ou autre...) ?
Oui Non []

9. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert (votre enfant souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert) d'asthme ?
Oui Non []

10. Est-ce qu'un ou plusieurs membres de votre famille souffrent d'asthme, eczéma ou rhinite allergique ?
Oui Non []

Si OUI, remplissez le tableau suivant (en mettant une croix)

	Asthme	Eczéma	Rhinite allergique
Père du sujet interviewé			
Mère			
Frères			
Sœurs			

[] []

Votre âge (l'âge de votre enfant)ans [] []
 Votre sexe (le sexe de votre enfant) M F []
 Votre profession (pour les enfants étudiants précisez la classe) []
 Votre commune de résidence (indiquez le code postal si possible)
 [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Pays [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Calcul du score For Allergie Rhinitis (SFAR)

Items	Score (nombre de points)	Score cumulatif
• Symptômes du nez (question 1)	1 pour chaque symptôme	3
• Mois d'atteinte (question 3)	1 pour > 6 mois (rhinite pérennuelle)	
	1 pour la saison des pollens (rhinite saisonnière)	5
• Symptômes du nez accompagnés de problèmes aux yeux (rhinoconjonctivite) (question 2)	2	7
Facteurs déclenchants (question 5) :		
au moins un allergène parmi pollens, acariens, poussière	2 ^a	
au moins un allergène parmi <i>epithelia</i> , moisissures	1 ^b	9 ^c
• Perception individuelle d'allergie (= Pensez-vous être allergique ?) (question 6)	2	11
• Dépistage positif d'allergie (question 7)	2	13
• Diagnostic positif d'allergie (question 8)	1	14
• Histoire familiale positive d'allergie (question 10)	2	16
Total		16 points

^a Pollens et/ou acariens et/ou poussière déclenchent les symptômes = 2 points.

^b *Epithelia* et/ou moisissures déclenchent les symptômes = 1 point.

^c Pollens et/ou acariens et/ou poussière et/ou *epithelia* et/ou moisissures déclenchent les symptômes = 2 points en raison de la cross-réactivité, 2 points maximum.

RA suspectée si score >7

Annexe 3- Recommandations de prise en charge de la vaccination contre la grippe dans les pharmacies d'officine

VACCINATION ANTIGRIPPALE À L'OFFICINE

CHECK-LIST POUR DÉTERMINER L'ÉLIGIBILITÉ D'UNE PERSONNE À LA VACCINATION À L'OFFICINE

- Vérifier l'âge de la personne : elle doit être majeure (au moins 18 ans)**

- Vérifier que la personne relève de l'une des catégories suivantes :**
 - Personnes âgées de 65 ans et plus^a
 - Personnes souffrant de certaines pathologies chroniques^a (cf. liste détaillée page suivante)
 - Femmes enceintes, quel que soit le trimestre de la grossesse
 - Personnes obèses avec un IMC \geq 40 kg/m²
 - Entourage^b des nourrissons < 6 mois présentant des facteurs de risque de grippe grave : prématurés, enfants atteints de cardiopathie congénitale, de déficit immunitaire congénital, de pathologie pulmonaire, neurologique ou neuromusculaire ou d'une ALD
 - Entourage des personnes immunodéprimées
 - Personnes séjournant dans un établissement de soins de suite ainsi que dans un établissement médico-social d'hébergement
 - Professionnels de santé^a et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque de grippe sévère
 - Personnel navigant des bateaux de croisière et des avions
 - Personnel de l'industrie des voyages accompagnant les groupes de voyageurs

- Vérifier l'absence d'antécédents de réaction allergique sévère à l'ovalbumine ou à une vaccination antérieure**

- Vérifier l'absence de contre-indication au vaccin (RCP) : hypersensibilité à l'un des composants, maladie fébrile ou infection aiguë en cours**

^a Un bon de prise en charge de l'Assurance maladie est adressé par courrier aux sujets âgés \geq 65 ans, aux personnes souffrant de pathologies chroniques pour lesquelles la vaccination antigrippale est recommandée et aux professionnels de santé libéraux en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque de grippe sévère.

^b Comprend les personnes résidant sous le même toit, l'assistant maternel et tous les contacts réguliers du nourrisson.

LISTE DES PATHOLOGIES CHRONIQUES POUR LESQUELLES LA VACCINATION ANTIGRIPPALE EST RECOMMANDÉE [9]

- **Maladies respiratoires** : asthme, BPCO, insuffisances respiratoires chroniques obstructives ou restrictives, malformations des voies aériennes supérieures ou inférieures, malformations pulmonaires ou de la cage thoracique, bronchite chronique, bronchiectasies, hyperréactivité bronchique, dysplasies broncho-pulmonaires, mucoviscidose ;
- **Maladies cardiovasculaires** : cardiopathies congénitales cyanogènes ou avec une hypertension artérielle pulmonaire et/ou une insuffisance cardiaque, insuffisances cardiaques graves, valvulopathies graves, troubles du rythme graves justifiant un traitement au long cours, maladies des coronaires, antécédents d'accident vasculaire cérébral ;
- **Maladies neurologiques ou neuromusculaires** : formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie, poliomyélite, myasthénie, maladie de Charcot), paraplégies et tétraplégies avec atteinte diaphragmatique ;
- **Maladies rénales** : néphropathies chroniques graves, syndromes néphrotiques ;
- **Maladies hépatiques chroniques** avec ou sans cirrhose ;
- **Diabètes de type 1 et de type 2** ;
- **Drépanocytoses**, homozygotes et doubles hétérozygotes S/C, thalasso-drépanocytose ;
- **Déficits immunitaires primitifs ou acquis** (à l'exception des personnes qui reçoivent un traitement régulier par immunoglobulines) : pathologies oncologiques et hématologiques, transplantations d'organe et de cellules souches hématopoïétiques, déficits immunitaires héréditaires, maladies inflammatoires et/ou auto-immunes recevant un traitement immunosuppresseur, personnes infectées par le VIH quels que soient leur âge et leur statut immunovirologique.

Annexe 4- Fiche d'aide à la dispensation des vasoconstricteurs par voie orale.

FICHE D'AIDE À LA DISPENSATION DES VASOCONSTRICTEURS (VC) PAR VOIE ORALE

Le rhume guérit spontanément en 7 à 10 jours sans traitement :
sa prise en charge repose donc en première intention sur des mesures d'hygiène.

**Le traitement par un vasoconstricteur est à réserver en seconde intention
en cas de non soulagement des symptômes.**

QUESTIONS À POSER AU PATIENT AVANT TOUTE DISPENSATION D'UN VASOCONSTRICTEUR PAR VOIE ORALE, ET CONDUITE À TENIR EN FONCTION DU PROFIL

1. Quel âge avez-vous ?	SI MOINS DE 15 ANS, NE PAS DÉLIVRER DE VC PAR VOIE ORALE	
2. Souffrez-vous d'une des pathologies suivantes ?	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédent d'accident vasculaire cérébral ou facteur de risque d'accident vasculaire cérébral • Hypertension artérielle sévère ou mal équilibrée • Insuffisance coronarienne sévère • Antécédent de convulsions • Risque de glaucome par fermeture de l'angle • Risque de rétention urinaire liée à des troubles uréthro-prostatiques 	CONTRE-INDICATION DANGER, NE PAS DÉLIVRER DE VC
	<ul style="list-style-type: none"> • Maladies cardiovasculaires [hypertension artérielle...] • Troubles neurologiques tels que des hallucinations, des troubles du comportement, des agitations ou des insomnies • Hyperthyroïdie • Diabète 	AVIS MÉDICAL NÉCESSAIRE AVANT DE PRENDRE UN VC
3. Suivez-vous actuellement un autre traitement ?	<ul style="list-style-type: none"> • Un autre décongestionnant (oral ou nasal) 	CONTRE-INDICATION DANGER, NE PAS DÉLIVRER DE VC
	<ul style="list-style-type: none"> • Un alcaloïde de l'ergot de seigle • Un (MAO-A sélectif) 	AVIS MÉDICAL NÉCESSAIRE AVANT DE PRENDRE UN VC
4. Pour les femmes : êtes-vous enceinte ou allaitez-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> • Allaitement 	CONTRE-INDICATION DANGER POUR LE BÉBÉ - NE PAS DÉLIVRER DE VC
	<ul style="list-style-type: none"> • Grossesse 	AVIS MÉDICAL NÉCESSAIRE AVANT DE PRENDRE UN VC

INFORMATIONS À DONNER AU PATIENT AVANT DE DÉLIVRER UN VASOCONSTRICTEUR PAR VOIE ORALE



Expliquez le mode d'action et les risques associés

- ◆ Les vasoconstricteurs par voie orale sont indiqués dans le traitement des symptômes du rhume [en association avec le paracétamol ou l'ibuprofène], et dans le traitement des symptômes des rhinites allergiques [en association avec la cétirizine].
- ◆ Les vasoconstricteurs diminuent la sensation de nez bouché, par une action de vasoconstriction des vaisseaux sanguins entraînant une diminution du gonflement de la muqueuse nasale.
- ◆ **Les vasoconstricteurs agissent uniquement sur les symptômes. Ils ne réduisent pas la durée d'un rhume.**

Les risques associés sont les suivants :

- ◆ risque d'effets indésirables cardiovasculaires (hypertension artérielle, infarctus du myocarde)
- ◆ risque d'effets indésirables neurologiques (accidents vasculaires cérébraux hémorragiques ou ischémiques)
- ◆ convulsions, troubles du comportement
- ◆ risque de colites ischémiques
- ◆ risque de réactions cutanées graves



Rappelez les mesures d'hygiène

Reportez-vous à la fiche d'information pour les patients

SI LE PATIENT EST PRÊT À DÉBUTER UN TRAITEMENT :

- ◆ Rappelez la posologie et la durée du traitement : ne pas utiliser plus de 5 jours
- ◆ Alerte sur le risque d'association avec des spécialités qui contiennent un autre vasoconstricteur oral ou nasal et/ou du paracétamol, de l'ibuprofène ou de la cétirizine
- ◆ Rappelez qu'en l'absence d'amélioration des symptômes au bout de 5 jours, il convient d'aller consulter un médecin
- ◆ Inscrivez dans l'historique du patient ou son dossier pharmaceutique le VC délivré

MÉDICAMENTS CONCERNÉS

ACTIFED LP RHINITE ALLERGIQUE,
comprimé pelliculé à libération prolongée

ACTIFED RHUME, comprimé

ACTIFED RHUME JOUR ET NUIT, comprimé

DOLIRHUME PARACÉTAMOL ET PSEUDOÉPHÉDRINE
500 mg/30 mg, comprimé

DOLIRHUMEPRO PARACÉTAMOL,
PSEUDOÉPHÉDRINE ET DOXYLAMINE, comprimé

HUMEX RHUME, comprimé et gélule

NUROFEN RHUME, comprimé pelliculé

RHINADVIL RHUME IBUPROFÈNE/PSEUDOÉPHÉDRINE,
comprimé enrobé

RHINADVILCAPS RHUME IBUPROFÈNE/
PSEUDOÉPHÉDRINE 200 mg/30 mg, capsule molle

RHINUREFLEX, comprimé pelliculé

RHUMACRIP, comprimé



Pour déclarer tout effet indésirable :
www.signalement-sante.gouv.fr



Pour vous informer sur les médicaments :
<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>

Serment de Gallien

« Je jure, en présence des 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.

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 et méprisé de mes confrères si j'y manque. »

Pierre HOUVENAEGHEL

Prise en charge des pathologies saisonnières en pharmacie d'officine : propositions de recommandation

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie

Université de Picardie Jules Verne

UFR de Pharmacie 2020

RÉSUMÉ

Mots clés : Conseil officinal, conseil pharmaceutique, dispensation protocolisée, pathologies saisonnières.

Le rapport du député Thomas MESNIER de 2018 intitulé « assurer le premier accès aux soins - organiser les soins non programmés dans les territoires » valorise la place que peut exercer le pharmacien d'officine dans la prise en charge ambulatoire des patients afin de diminuer le recours aux services d'accueil des urgences. Pour garantir partout sur le territoire national une même qualité de prise en charge, cette nouvelle mission sanitaire doit s'accompagner de protocoles de prise en charge. Ainsi reposant sur les recommandations des sociétés savantes nous avons établi des protocoles de prise en charge pour des pathologies saisonnières courantes en pharmacie d'officine : les allergies oculaires, la rhinite allergique, la grippe, la rhinopharyngite, l'angine/pharyngite et la gastroentérite. Après avoir transmis les clés pour la stratégie d'orientation diagnostique (identifier la symptomatologie, définir les différents types (s'ils existent) et réaliser un bilan d'extension), nous avons décliné la stratégie de prise en charge thérapeutique (recherche des critères de gravité, identification de l'arsenal thérapeutique symptomatique disponible à l'officine sans ordonnance et transmission des mesures préventives). La dispensation protocolisée (s'appliquant également aux infirmiers diplômés d'état) est rentrée en application en Mars 2020. Cependant les arbres décisionnels et les conditions d'application restreignent totalement son application. Il convient donc aux pharmaciens d'officine d'être en mesure de justifier pleinement leur place dans la prise en charge en ambulatoire des patients par l'application de critères de prise en charge promus directement par leurs professions notamment par le conseil de l'ordre des pharmaciens.

SUMMARY

Key words : officinal council, pharmaceutical council, protocolized dispensation, seasonal pathologies

The 2018 report by the french deputy Thomas MESNIER entitled « Ensuring first access to care- Organizing unplanned care in the territories » values the rôle that the pharmacist can play in the patients care to reduce the use of emergency services. To guarantee the same quality of care throughout the national territory, this new mission must be supervised by protocols of care. Based on the recommendations of the health societies we have established protocols for seasonal pathologies care in pharmacy : eye allergies, allergic rhinitis, flu, rhinopharyngitis, angina/pharyngitis and gastroenteritis. After giving the keys for the diagnostic orientation strategy (identify the symptomatology, define the different types (if they exist) and carry out an extension assessment), we declined the strategy of therapeutic care (search for severity criteria, identification of the symptomatic therapeutic arsenal available without prescription and transmission of preventive measures). The protocolized dispensation (also applicable to nurses) came into effect in March 2020. However, the decision trees and the conditions of application totally restrict its application. For pharmacists to be able to fully justify their place in the patient care, they must criteria care promoted directly by their professions, in particular by the order of pharmacists.

JURY

Président : Monsieur Jean-Marc CHILLON, Professeur universitaire

Membres : Monsieur Éric HOUSIEAUX, Professeur universitaire

Madame Faustine DIETRICH, Docteur en Pharmacie