



HAL
open science

Evolution des représentations sociales des étudiants en sante sur leur public cible dans le cadre de leur service sanitaire

Sybile Belpois

► **To cite this version:**

Sybile Belpois. Evolution des représentations sociales des étudiants en sante sur leur public cible dans le cadre de leur service sanitaire. Sciences pharmaceutiques. 2024. dumas-04552300

HAL Id: dumas-04552300

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04552300>

Submitted on 19 Apr 2024

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

EVOLUTION DES REPRESENTATIONS SOCIALES DES ETUDIANTS EN SANTE SUR LEUR PUBLIC CIBLE DANS LE CADRE DE LEUR SERVICE SANITAIRE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement
le : 17/04/2024
pour obtenir le Diplôme d'État de

DOCTEUR EN PHARMACIE

PAR

Sybile BELPOIS

Née le 17 Janvier 2000 à Besançon (25)

Président :	Xavier BERTRAND	Professeur des Universités Doyen de Pharmacie Praticien Hospitalier
Directeur de thèse :	Virginie NERICH	Professeur des Universités Praticien Hospitalier
Juges :	Virginie NERICH	Professeur des Universités Praticien Hospitalier
	Marc PUDLO	Maitre de conférences des Universités
	Cynthia MORGNY	Directrice de l'Observatoire Régional de la Santé
	Lara LE BOURVELLEC	Cadre de Santé



UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ
U.F.R. SCIENCES DE LA SANTE
BESANÇON

DIRECTEUR **P PROFESSEUR THIERRY MOULIN**

DIRECTEURS ADJOINTS **PROFESSEUR XAVIER BERTRAND** DOYEN PHARMACIE
PROFESSEUR MALIKA BOUHADDI DIRECTEUR DES ÉTUDES

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE **MME CAROLE COINTEAU**

DÉPARTEMENT MÉDECINE

PROFESSEUR Emmanuel HAFFEN DIRECTEUR DES ÉTUDES
PROFESSEUR JEAN-PAUL FEUGEAS ASSESSEUR 1ER CYCLE
PROFESSEUR MARIE-FRANCE SERONDE ASSESSEURS 2ÈME CYCLE
PROFESSEUR CATHERINE CHIROUZE ASSESSEURS 3ÈME CYCLE
PROFESSEUR THIBAUT DESMETTRE COORDINATEUR MÉDECINE
PROFESSEUR BENOIT DE BILLY COORDINATEUR CHIRURGIE
PROFESSEUR BENOIT DINET COORDINATEUR MÉDECINE GÉNÉRALE

DÉPARTEMENT PHARMACIE

PROFESSEUR XAVIER BERTRAND DOYEN PHARMACIE
PROFESSEUR LHASSANE ISMAILI DIRECTEUR DES ÉTUDES
PROFESSEUR SAMUEL LIMAT COORDINATEURS 3È CYCLE
PROFESSEUR VIRGINIE NERICH

DÉPARTEMENT MAÏEUTIQUE

BÉATRICE LIEGEON VAN EIS (SAGE-FEMME) COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES

DÉPARTEMENT ODONTOLOGIE

DOCTEUR EDOUARD EUVRARD (PAST) COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
DOCTEUR SOPHIE PECHOUX (PAST)
PROFESSEUR CHRISTOPHE MEYER

DÉPARTEMENT SCIENCES DES MÉTIERS DE LA RÉÉDUCATION : ORTHOPHONIE

ALAIN DEVEVEY (MCF) COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
PROFESSEUR ELOI MAGNIN

DÉPARTEMENT SCIENCES DES MÉTIERS DE LA RÉÉDUCATION : KINÉSITHÉRAPIE

CHRISTOPHE DINET (KINÉSITHÉRAPIE - BESANÇON) COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
ALEXANDRE KUBICKI (KINÉSITHÉRAPIE - MONTBÉLAIRD) (MCF)
YOSHIMASA SAGAWA (MCF)

DÉPARTEMENT SCIENCES DES MÉTIERS DE LA RÉÉDUCATION : ERGOTHÉRAPIE/PSYCHOMOTRICITE

GAELE BLERVAQUE (MAST) COORDINATRICES PÉDAGOGIQUES
JULIE LAPREVOTTE (MAST)

DÉPARTEMENT SCIENCES INFIRMIERES

ALINE CHASSAGNE (MCF)	COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
CHRISTINE MEYER (SOINS INFIRMIÈRS IFSI)	
DOCTEUR ANTOINE THIERY-VUILLEMIN (MCU-PH)	
PROFESSEUR FABRICE VUILLIER	COORDINATEUR PEDAGOGIQUE IPA

DÉPARTEMENT DE PÉDAGOGIE

PROFESSEUR CLÉMENT PRATI	RESPONSABLE
PROFESSEUR SÉBASTIEN PILI-FLOURY	CENTRE DE SIMULATION
PROFESSEUR BENOIT DINET	
DOCTEUR FRANK VERHOEVEN	
STÉPHANIE PARIS (MAÏEUTIQUE)	
MARC PUDLO (PHARMACIE)	
ALAIN DEVEVEY (RÉÉDUCATION)	
VÉRONIQUE GRATTARD (RÉÉDUCATION)	
LAURENCE GANDON (INFIRMIER)	

RELATIONS HUMAINES DE L'UFR

PROFESSEUR SYLVIE NEZELOF	ASSESEUR
---------------------------	----------

COMMISSION SCIENTIFIQUE DE L'UFR

PROFESSEUR VIRGINIE WESTEEL	ASSESEUR RECHERCHE - PRÉSIDENTE
PROFESSEUR FRÉDÉRIC AUBER	VICE-PRÉSIDENT

CHARGÉS DE MISSIONS

FORMATION CONTINUE COORDINATEURS

MME SYLVIE BOBILLIER-CHAUMONT
DEVAUX (MCF)

HISTOIRE DE LA MÉDECINE COORDINATEURS

DOCTEUR PHILIPPE MERCET

RELATIONS INTERNATIONALES COORDINATEURS

DOCTEUR SOPHIE BOROT (MCU-PH)

DOCTEUR OLEG BLAGOSKLONOV (MCU-PH)

ALUMNI-USB COORDINATEUR

PROFESSEUR GILLES CAPELLIER

PROFESSEUR GABRIEL CAMELOT (EMERITE) PRÉSIDENT HONORAIRE

MÉDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Olivier	ADOTEVI	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	AUBER	CHIRURGIE INFANTILE
M.	François	AUBIN	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
M.	Sébastien	AUBRY	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE (DISPONIBILITE)
M.	Jamal	BAMOULID	IMMUNOLOGIE
Mme	Cindy	BARNIG	PNEUMOLOGIE
Mme	Djamila	BENNABI	PSYCHIATRIE ADULTES
M.	Guillaume	BESCH	ANESTHESIE REANIMATION
M.	Frédéric	BIBEAU	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
Mme	Alessandra	BIONDI	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Christophe	BORG	CANCÉROLOGIE
M.	Hatem	BOULAHDOUR	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
Mme	Catherine	CHIROUZE	MALADIES INFECTIEUSES
M.	Romain	CHOPARD	CARDIOLOGIE
M	Sidney	CHOCRON	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
Mme	Cécile	COURIVAUD	NÉPHROLOGIE
M.	Siamak	DAVANI	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Benoît	DE BILLY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Eric	DECONINCK	HÉMATOLOGIE
M	Eric	DELABROUSSE	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Thibaut	DESMETTRE	MÉDECINE D'URGENCE (DISPONIBILITÉ)
M.	Vincent	DI MARTINO	HÉPATOLOGIE
M.	Didier	DUCLOUX	NÉPHROLOGIE
M.	Jean-Paul	FEUGEAS	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M	Patrick	GARBUIO	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
Mme	Anne-Sophie	GAUTHIER	OPHTALMOLOGIE
M.	Emmanuel	HAFFEN	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Georges	HERBEIN	VIROLOGIE
M.	Bruno	HEYD	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Didier	HOCQUET	HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
Mme	Katy	JEANNOT	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M	François	KLEINCLAUSS	UROLOGIE
M.	Paul	KUENTZ	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGÉNÉTIQUE
M.	Zaher	LAKKIS	CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE
M.	Daniel	LEPAGE	ANATOMIE
M.	Quentin	LEPILLER	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE, HYGIENE HOSPITALIERE
M.	Eloi	MAGNIN	NEUROLOGIE
Mme	Nadine	MAGY-BERTRAND	MEDECINE INTERNE
M.	Frédéric	MAUNY	BIostatistiques, INFORMATIQUE MÉDICALE
M.	Nicolas	MENEVEAU	CARDIOLOGIE
M.	Christophe	MEYER	CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE

M.	Fabrice	MICHEL	MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION (DISPONIBILITE)
Mme	Laurence	MILLON	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
M.	Nicolas	MOTTET	GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE
M.	Thierry	MOULIN	NEUROLOGIE
M	Sylvie	NEZELOF	PÉDOPSYCHIATRIE
M	Laurent	OBERT	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Andréas	PERROTTI	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
M.	Sébastien	PILI-FLOURY	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	Gaël	PITON	MÉDECINE INTENSIVE RÉANIMATION
M.	Clément	PRATI	RHUMATOLOGIE
M	Jean-Luc	PRETET	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Rajeev	RAMANAH	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
M.	Simon	RINCKENBACH	CHIRURGIE VASCULAIRE
M	Emmanuel	SAMAIN	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	François	SCHIELE	CARDIOLOGIE
Mme	Marie-France	SERONDE	CARDIOLOGIE
M	Laurent	TATU	ANATOMIE
M.	Laurent	TAVERNIER	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
M.	Thierry	THEVENOT	HÉPATOLOGIE
M.	Laurent	THINES	NEUROCHIRURGIE
M.	Gérard	THIRIEZ	PÉDIATRIE
M.	Pierre	TIBERGHIE	IMMUNOLOGIE
M.	Eric	TOUSSIROT	THÉRAPEUTIQUE
M.	Pierre	VANDEL	PSYCHIATRIE d'ADULTES (DISPONIBILITÉ)
M.	Fabrice	VUILLIER	ANATOMIE
Mme	Lauriane	VULLIEZ COADY	PEDO-PSYCHIATRIE
Mme	Lucine	VUITTON	GASTRO-ENTÉROLOGIE
Mme	Virginie	WESTEEL-KAULEK	PNEUMOLOGIE

PROFESSEURS EMÉRITES

M.	Jean-Luc	BRESSON	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M	Gilles	CAPELLIER	MÉDECINE INTENSIVE RÉANIMATION
M.	Jean-Luc	CHOPARD	MÉDECINE LÉGALE
M.	Alain	CZORNY	NEUROCHIRURGIE
M.	Bernard	DELBOSC	OPHTALMOLOGIE
M.	Gilles	DUMOULIN	PHYSIOLOGIE
M.	Dominique	FELLMANN	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M.	Georges	MANTION	CHIRURGIE GÉNÉRALE
Mme	Christiane	MOUGIN	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Bernard	PARRATTE	ANATOMIE
M.	Patrick	PLESIAT	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Christophe	ROUX	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Daniel	SECHTER	PSYCHIATRIE D'ADULTES
Mme	Dominique	VUITTON	IMMUNOLOGIE
M.	Daniel	WENDLING	RHUMATOLOGIE

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	Clotilde	AMIOT	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGÉNÉTIQUE
Mme	Anne-Pauline	BELLANGER	PARASITOLOGIE
M.	Matthieu	BEREAU	THÉRAPEUTIQUE
Mme	Sophie	BOROT	ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES
Mme	Malika	BOUHADDI	PHYSIOLOGIE
M.	Kévin	BOUILLER	MALADIES INFECTIEUSES (DÉLÉGATION MISSION D'ÉTUDE)
M.	Paul	CALAME	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Yann	CHAUSSY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Alain	COAQUETTE	VIROLOGIE
Mme	Elsa	CURTIT	CANCÉROLOGIE
M.	Etienne	DAGUINDAU	HEMATOLOGIE
M.	Maxime	DESMARETS	ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMISIE DE LA SANTÉ ET PREVENTION
Mme	Julie	GIUSTINIANI	PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE
M.	François	LOISEL	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
Mme	Tania	MARX	MÉDECINE D'URGENCE
Mme	Elisabeth	MEDEIROS	NEUROLOGIE
M	Patrice	MURET	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
Mme	Charlée	NARDIN	DERMATOLOGIE
M.	Fabien	PELLETIER	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
Mme	Isabelle	PLUVY	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHÉTIQUE (DÉLÉGATION MISSION D'ÉTUDE)
Mme	Anaïs	POTRON	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Zohair	SELMANI	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Antoine	THIERY-VUILLEMIN	CANCÉROLOGIE (DISPONIBILITÉ)
M.	Frank	VERHOEVEN	RHUMATOLOGIE
Mme.	Delphine	WEIL- VERHOEVEN	HEPATOLOGIE
M	Hadrien	WINISZEWSKI	MÉDECINE INTENSIVE-RÉANIMATION

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M.	Rémi	BARDET	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Francis	BERTHIER	PR associé ANESTHÉSIE-RÉANIMATION
Mme	Hélène	BIGEARD-JOUFFROY	MCF associé PARODONTOLOGIE
Mme	Anne-Lise	BOLOT	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Benoit	DINET	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Edouard	EUVRARD	PR associé CHIRURGIE ORALE (ODONTOLOGIE)
Mme	Catherine	GAY	PR associé GYNECOLOGIE-OBSTÉTRIQUE
M.	Abdo	KHOURY	PR associé Médecine d'urgence
Mme	Aurore	LEBEAU-JEUNET	MCF ASSOCIE MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Thierry	LEPETZ	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	José-Philippe	MORENO	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Sophie	PECHOUX	MCF associé DENTISTERIE RESTAURATRICE (ODONTOLOGIE)

M.	Jean-Michel	PERROT	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Thomas	RODRIGUEZ	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Christine	ROMAGNA	PR associé CHIRURGIE ORAL
Mme	Esther	SZWARC	MCF associé SANTÉ AU TRAVAIL

PHARMACIE

PROFESSEURS

M.	Xavier	BERTRAND	MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE
Mme	Céline	DEMOUGEOT	PHARMACOLOGIE
Mme	Francine	GARNACHE-OTTOU	HÉMATOLOGIE
Mme	Corine	GIRARD	PHARMACOGNOSIE
M.	Yann	GODET	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	GRENOUILLET	PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE
M.	Yves	GUILLAUME	CHIMIE ANALYTIQUE
M.	Lhassane	ISMAILI	CHIMIE ORGANIQUE
M.	Samuel	LIMAT	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Frédéric	LIRUSSI	PHARMACOLOGIE - TOXICOLOGIE
M.	Dominique	MEILLET	PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE
Mme	Virginie	NERICH	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Yann	PELLEQUER	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Bernard	REFOUVELET	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
M.	Philippe	SAAS	IMMUNOLOGIE (DISPONIBILITÉ)
Mme	Marie-Christine	WORONOFF-LEMSI	PHARMACIE CLINIQUE

PROFESSEUR EMÉRITE

Mme	Laurence	NICOD	BIOLOGIE CELLULAIRE
-----	----------	--------------	---------------------

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mme	Aurélie	BAGUET	BIOCHIMIE
M.	Arnaud	BEDUNEAU	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Laurent	BERMONT	BIOCHIMIE
M.	Oleg	BLAGOSKLONOV	BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
Mme	Oxana	BLAGOSKLONOV	GÉNÉTIQUE
Mme	Céline	BOUVIER-SLEKOVEC	HYGIÈNE PRÉVENTION RISQUES INFECTIEUX
M.	Eric	CAVALLI	CHIMIE PHYSIQUE ET MINÉRALE
Mme	Anne-Laure	CLAIRET	PHARMACIE
M.	Jean-Patrick	DASPET	BIOPHYSIQUE
Mme	Sylvie	SYLVIE BOBILLIER-CHAUMONT DEVAUX	PHYSIOLOGIE
Mme	Jeanne	GALAINÉ	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
Mme	Marie	KROEMER	SCIENCES DU MÉDICAMENT ET AUTRES PRODUITS DE SANTÉ
Mme	Isabelle	LASCOMBE	BIOCHIMIE / ISIFC
Mme	Carole	MIGUET ALFONSI	TOXICOLOGIE
M.	Johnny	MORETTO	PHYSIOLOGIE
M.	Brice	MOULARI	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Frédéric	MUYARD	PHARMACOGNOSIE
M.	Marc	PUDLO	CHIMIE THÉRAPEUTIQUE
M.	Florian	RENOSI	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
MME	Nathalie	RUDE	BIOMATHÉMATIQUES ET BIostatISTIQUES

M.	François	SENEJOUX	PHARMACOGNOSIE
Mme	Perle	TOTOSON	PHARMACOLOGIE

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M	Lionel	PAZART	PAST PHARMACIE SCIENCES DU MÉDICAMENT
Mme	Florence	VAN LANDUYT	PAST PHARMACIE CLINIQUE – OFFICINE

PROFESSIONS DE SANTÉ

Mme	Aline	CHASSAGNE	MAÎTRE DE CONFÉRENCES SCIENCES INFIRMIERES
M.	Alain	DEVEVEY	MAÎTRE DE CONFÉRENCES SCIENCES LANGAGE- ORTHOPHONIE
M.	Alexandre	KUBICKI	MAÎTRE DE CONFÉRENCES SCIENCES DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION - KINÉSITHÉRAPIE
M.	Yoshimasa	SAGAWA JUNIOR	MAÎTRE DE CONFÉRENCES SCIENCES DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION - KINÉSITHÉRAPIE
MME	Geneviève	MERELLE	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Sophie	SALTARELLI	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Christine	BRET-LEGRAND	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Alice	BOULLAUD	PROFESSEUR CERTIFIÉE - ERGOTHERAPIE
MME	Gaelle	BLERVAQUE	MAST ERGOTHÉRAPIE/PSYCHOMOTRICITE
MME	Julie	LAPREVOTTE	MAST ERGOTHÉRAPIE/PSYCHOMOTRICITE

AUTRES ENSEIGNANTS

MME	Lise	FIARDET	PROFESSEUR AGREGÉE ANGLAIS
MME	Vanessa	MARTIN	PROFESSEUR AGREGÉE ANGLAIS
M.	Nicolas	MICHAUD	PROFESSEUR AGRÉGÉ ANGLAIS
M.	Charles Dale	SANTANA	PROFESSEUR AGRÉGÉ ANGLAIS

REMERCIEMENTS

A mon Président de jury de thèse,

Professeur Xavier BERTRAND, Professeur des Universités, Doyen de Pharmacie

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence du jury de cette thèse.

Je vous prie de trouver dans ces quelques mots l'expression de toute ma gratitude et mon plus profond respect.

A ma Directrice de thèse et membre du jury,

Professeur Virginie NERICH, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail et de faire partie du jury de cette thèse. Je vous remercie pour vos conseils, votre disponibilité et votre patience. Merci pour le temps que vous m'avez accordé tout le long de ma thèse.

Veillez trouver dans ces quelques mots ma reconnaissance et considération à votre égard.

A mes juges,

Madame Cynthia MORGNY, Directrice de l'Observatoire Régional de la santé de BFC

Je vous remercie de faire partie du jury de cette thèse ainsi que de votre disponibilité et des conseils que vous m'avez donnés tout au long de cette thèse.

Veillez trouver dans ces quelques mots ma reconnaissance et considération à votre égard.

Monsieur Marc PUDLO, Maître de conférences des Universités

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse.

Veillez trouver dans ces quelques mots ma reconnaissance et considération à votre égard.

Madame Lara LE BOURVELLEC, Cadre de Santé

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse.

Veillez trouver dans ces quelques mots ma reconnaissance et considération à votre égard.

REMERCIEMENTS

A mes parents, merci pour tout ce que vous avez fait pour moi au cours de ces années. Votre soutien de tous les instants a été pour moi très important et m'a permis d'en arriver où je suis aujourd'hui. Maintenant, c'est un nouveau chapitre et j'espère que vous serez toujours là pour m'accompagner.

A mon frère Mathis, tu as un talent pour être fromager mais encore plus dans ton rôle de frère. Je te rejoins dans le cercle de la vie active. Ne t'en fais pas, je continuerai à te battre à la belote et à venir m'inviter à manger à ton domicile.

A ma Sista Besta Leelou, juste pour te faire rager je te mets en 2^{ème} position. Merci pour ta présence à la coloc et pour toutes ces sorties que nous avons faites ensemble. Maintenant, tu es la dernière à l'école et je sais que tu y arriveras. Tu n'as désormais plus qu'à casser la cloison pour faire ta suite au domicile.

A Benjamin, merci de ton soutien indéfectible et de tous le temps que tu m'as consacré pour cette thèse. La vie s'ouvre à nous avec plein de nouveaux projets à concrétiser. Et merci à toute ta famille pour le soutien et les encouragements prodigués durant ma scolarité.

A Méloé, sans doute l'une de mes plus belles rencontres durant toutes ces années. J'aime échanger avec toi ainsi que tous les moments que nous passons ensemble. Je suis même allé jusqu'à Lyon pour toi ! J'espère continuer à passer de merveilleux moments en ta compagnie et celle de Yann, bien qu'il ne cesse de me faire rager en m'envoyant des coquilles rouges !

A Morgane B., merci pour ta compagnie et tous les moments privilégiés que nous avons passé au cours de ces années. J'adore chaque instant passé en ta compagnie et je ne doute pas qu'il y en aura encore beaucoup d'autres. Je suis très contente de pouvoir te connaître.

A Morgane G., Laetitia, Amal, Tchiam, Michèle, ainsi que toutes les personnes que j'ai eu le plaisir de rencontrer et découvrir au cours de ces longues années, merci de m'avoir aidée à progresser au quotidien.

SERMENT DE GALIEN

« 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(e) 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(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque ».

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	3
LISTE DES ANNEXES	4
LISTE DES FIGURES	4
LISTE DES TABLEAUX	4
INTRODUCTION.....	5
PARTIE I : LE PHARMACIEN D’OFFICINE, ACTEUR DE LA PREVENTION	
PRIMAIRE ET PROMOTION DE LA SANTE.....	7
1. ACTEURS ET ENJEUX	9
2. ROLE DU PHARMACIEN D’OFFICINE	15
PARTIE II : REPRESENTATIONS SOCIALES DES ETUDIANTS EN SANTE SUR LEUR	
PUBLIC CIBLE DANS LE CADRE DE LEUR SERVICE SANITAIRE	29
1. RATIONNEL	31
2. MATERIEL ET METHODE	32
3. RESULTATS	34
4. DISCUSSION.....	38
CONCLUSION	40
BIBLIOGRAPHIE	41
ANNEXES	47
TABLE DES MATIERES	65

LISTE DES ABREVIATIONS

BTS : Brevet de technicien supérieur

CM2 : Cours moyens deuxième année

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SSES : Service Sanitaire des Etudiants en Santé

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Caractéristiques sociodémographiques des étudiants en santé	47
Annexe 2 : Caractéristiques générales des étudiants en santé et du public cible	49
Annexe 3 : Perception des étudiants en santé sur le public cible	52
Annexe 4 : Représentations sociales des étudiants en santé	55
Annexe 5 : Caractéristiques du service sanitaire selon les étudiants en santé	62

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Modèle des déterminants de Whitehead et Dahlgren (18).....	14
Figure 2 : Leviers pour le développement de la place du pharmacien dans le champ de la promotion de la santé (18).....	18
Figure 3 : Flowchart de sélection des étudiants	34

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Missions de pharmaciens dans la prévention primaire et promotion de la santé...	15
---	----

INTRODUCTION

En France, le système de santé est essentiellement axé sur le curatif (1). Depuis les années 1990, la santé publique présente comme volonté de faire basculer ce système vers un système préventif à l'aide de la prévention et l'éducation à la santé. Dans notre société, être en bonne santé est une part importante pour le développement social, économique, individuel sans oublier le plus important la qualité de vie (2). D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé se définit comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (3). De plus, elle est impactée par de nombreux facteurs (sociaux, économiques, comportementaux ou environnementaux) qui agissent de façon positive ou négative (4).

Les concepts de prévention primaire et promotion de la santé appellent au développement personnel et social de l'individu grâce à l'information et à l'éducation à la santé. Chaque action doit être adaptée aux besoins de la population ciblée et prendre en compte différents paramètres individuels pour permettre à la population d'agir sur sa santé. Tous les professionnels de santé ont un rôle à jouer dans ce changement et notamment le pharmacien d'officine. Au fil des années, ce dernier s'est vu attribuer de nouvelles missions dont le développement d'actions de prévention primaire et promotion de la santé.

La prévention primaire et la promotion de la santé s'inscrivent dans le cadre de la stratégie nationale 2018-2022 comme éléments majeurs de la « bonne santé ». Un des leviers de ces démarches est le service sanitaire des étudiants en santé (SSES). Ce dernier permet de sensibiliser au cours de leur formation les étudiants en santé à la prévention et à l'interprofessionalité pour réaliser des actions auprès de divers publics cibles. Néanmoins, tout individu possède une représentation sociale différente de chaque population en raison de son parcours personnel et social, de ses origines, valeurs et expériences.

Deux parties sont abordées dans cette thèse. La première partie traite de la prévention primaire et de la promotion de la santé ainsi que de la place des professionnels de santé. La seconde partie, sous forme d'étude, aborde l'évolution des représentations sociales des étudiants en santé sur leur public cible dans le cadre du SSES.

**PARTIE I : LE PHARMACIEN D'OFFICINE, ACTEUR DE
LA PREVENTION PRIMAIRE ET PROMOTION DE
LA SANTE**

1. Acteurs et enjeux

1.1. Définitions et caractérisations

La médecine du XX^{ème} siècle est connue pour son développement des soins notamment grâce aux progrès en termes d'hygiène ayant permis la disparition de nombreuses maladies (5). De plus, un réel intérêt se manifeste concernant les maladies provoquées par les comportements humains ou par l'environnement. Le XXI^{ème} siècle, quant à lui, est caractérisé par l'expansion de la prévention primaire et de la promotion de santé.

D'après l'OMS, la prévention se définit par « l'ensemble des mesures prises pour éviter la survenue d'un accident ou d'une maladie » (5). Elle se distingue en pratique selon trois niveaux :

- La prévention primaire correspond à une prise en compte de l'ensemble des facteurs de risques pouvant impacter négativement l'individu et nécessite la mise en place d'un diagnostic approfondi puis d'un plan d'action ;
- La prévention secondaire consiste à conduire des actions de dépistage et de suivi individuel et collectif afin de mettre en évidence le plus tôt possible la survenue de divers troubles et ainsi pouvoir y faire face précocement ;
- La prévention tertiaire est mise en place après la survenue d'un dommage et consiste à réaliser des actions destinées à en limiter les conséquences sur la personne (6).

Elle a pour objectif de stopper l'apparition ou la progression d'une maladie en diminuant ou réduisant les facteurs de risque, en limitant les complications, en organisant des dépistages ou encore en accompagnant la réintégration de personnes atteintes de maladie (7).

La prévention s'adresse à différentes populations :

- L'ensemble de la population correspond à une prévention « universelle »
- Les personnes considérées à risque dû à des facteurs familiaux ou environnementaux correspond à une prévention « sélective » ;
- Les personnes ayant des risques individuels et ayant les premiers symptômes de la maladie.

La promotion de la santé est un terme défini selon l’OMS comme un processus qui « a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l’améliorer » (8). Elle s’est construite afin de compléter l’éducation à la santé. Les interventions qui en découlent ont pour but d’atteindre les déterminants de santé, autrement dit les facteurs environnementaux et sociétaux associés à des caractéristiques individuelles et collectives agissant sur la santé des personnes. Ainsi, elle permet aux individus une meilleure compréhension de la santé et d’avoir plus de connaissances pour améliorer celle-ci (5). La promotion de la santé met également en lumière les conditions de vie depuis la naissance, le travail et ses conditions, le statut économique, l’environnement personnel, les systèmes de prévention ou bien encore la relation avec la santé (4). A ce jour, la promotion de la santé est au cœur de notre politique (9). Il s’agit d’une nouvelle façon d’appréhender la santé en permettant à la population de ne pas être passive mais de devenir un véritable protagoniste de sa santé. Cette démarche permet de responsabiliser la population ainsi qu’une prise de conscience que leurs actions peuvent entraîner un impact sur leur santé.

Que cela soit en matière de prévention primaire ou de promotion de la santé, l’individu joue un rôle important car il est au centre de l’amélioration de sa santé et engage sa responsabilité individuelle (7). Il mobilise les ressources à sa disposition ce qui lui permet d’obtenir une meilleure qualité de vie. La prévention primaire et la promotion de la santé prennent en compte le ressenti de la personne mais également son expérience et son envie d’apprendre (8). Ces deux concepts ne constituent pas simplement une action à réaliser mais toute une démarche où l’usager possède un rôle clé (10). C’est pourquoi les équipes de soins mettent tous les moyens nécessaires en place pour travailler et développer une démarche qui convient aussi bien aux patients qu’aux professionnels de santé. La considération de l’usager dans les actions de prévention primaire et de promotion de la santé est un point essentiel à la réussite de cette approche et permet aux usagers d’être entendus. Les usagers de ces démarches deviennent ainsi de véritables acteurs de leur santé au même titre que les professionnels de santé. De ce fait, il est important de retenir que les valeurs mises en avant sont l’équité sociale, la participation individuelle et communautaire, la coopération et le respect de la personne et de son environnement sous toutes ses dimensions (physiques, psychologiques, sociales, culturelles, etc.) (11).

1.2. Les professionnels

De nos jours, l'ensemble du corps médical et paramédical est amené à réaliser des actions de prévention primaire et promotion de la santé (12). Les acteurs sont :

- Les professions médicales et pharmaceutiques telles que les médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes ;
- Les auxiliaires médicaux tels que les infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes ;
- Le personnel de l'hôpital ;
- Les travailleurs sociaux, les salariés du secteur de l'éducation nationale, de l'animation et de la formation ainsi que de la recherche (8,13,14).

Tous ces acteurs agissent essentiellement sur les déterminants sociaux, environnementaux et éducatifs (14). Chaque professionnel a des modes d'exercices divers. Certains exercent dans les maisons de santé (MSP), dans les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), libéraux ou bien sont salariés (13). Ils travaillent dans des établissements publics ou privés comme les réseaux de santé pluridisciplinaires ou les structures de prévention (15). Tous ces éléments montrent une grande mixité des professionnels de santé et un brassage du savoir.

Toutefois, peu de personnes connaissent avec exactitude les acteurs de la prévention primaire et de la promotion de la santé. Ils sont même invisibles aux yeux du reste du personnel médical (15). Plusieurs raisons sont à l'origine de la difficulté des acteurs à s'intégrer dans la démarche :

- Les acteurs de la santé sont dispersés ce qui limite les interactions possibles entre eux ;
- Il peut régner une certaine concurrence entre eux selon la profession qui peut être source de tensions voire de conflits ;
- Le financement pour réaliser ces interventions représente un certain coût qui peut compliquer la participation des acteurs ;
- La connaissance et la visibilité de ce type d'actions sont peu connues chez les usagers ;
- L'absence de formation spécifique pour la réalisation des actions de prévention primaire et promotion de la santé.

Afin d'obtenir une offre de soins la plus adaptée et diversifiée pour l'utilisateur dans le domaine de la prévention primaire et promotion de la santé, la coordination des professionnels de santé

doit être la mieux organisée possible pour permettre un suivi individualisé mais aussi collectif (15). Si toutes ces actions sont réunies, l'action de prévention primaire et promotion de la santé est considérée comme étant de qualité sans aucune rupture dans la démarche. Pour obtenir cette continuité, chaque acteur doit être complémentaire de l'autre et agir en totale synergie. En effet, l'accompagnement de la population est réalisé par l'ensemble des professionnels de santé, ce qui constitue un objectif majeur dans la réforme du système de santé en terme d'organisations mais aussi de formations.

Les professionnels de santé possèdent un budget qui est attribué par chaque ministère pour mettre en œuvre une politique de prévention primaire et promotion de la santé (15). Ce budget est considéré comme un investissement pour la création de telles actions qui doivent être adaptées à chaque usager, durables et placer la santé de la population au cœur de celles-ci. Il sert également à la rémunération des professionnels coordinateurs, des instances mais aussi des différents acteurs impliqués permettant une accessibilité pour chaque usager de la démarche.

Ainsi, il existe un grand nombre de professionnels travaillant dans la prévention primaire et promotion de la santé. Chaque professionnel, notamment le corps médical, possède un rôle à jouer particulièrement dans l'inculcation et la transmission du savoir. En effet, il est important de retenir que chaque professionnel apporte un savoir différent qui se complète avec celui des autres acteurs. Cette façon de travailler permet d'avoir une action de prévention primaire et promotion de la santé la plus symbiotique possible.

1.3. Les usagers

La santé en France reste malgré tout satisfaisante du fait de l'allongement progressive (environ 3,5 mois par an) de l'espérance de vie des Français (5). Néanmoins, ces derniers accordent une certaine importance à leur santé et plus précisément à sa préservation. Le principal souhait des individus est l'amélioration et l'expansion de la prévention afin de prolonger leur vie mais aussi leur qualité de vie. Pour cela, les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé se sont orientés vers une approche plus globale de l'humain (7).

A ce jour, de nombreux usagers sont représentés dans les établissements de soins médico-sociaux mais aussi dans différentes instances locales, territoriales, régionales ou nationales (16). Cependant, cette diversité n'est pas retrouvée dans les structures de soins primaires telles que les MSP ou les CPTS. C'est notamment le cas à Besançon, plus exactement à la MSP du quartier Saint Claude dont la création a pour but de développer la démocratie sanitaire à l'échelle des soins de premiers recours. Cette MSP a permis la création d'un comité de représentants d'usagers avec l'aide d'une association d'usagers franc-comtois. Ce lieu permet la réunion d'une quinzaine de patients-citoyens afin de connaître leur ressenti ainsi que leurs attentes sur leur propre santé. Cette communauté a pu être créée grâce aux professionnels de santé qui possèdent une envie commune d'améliorer le programme de prévention primaire pour accroître l'adhésion et l'intérêt des patients. Ce projet a mis en évidence de nombreux points positifs :

- Augmentation de la motivation et développement de l'esprit d'initiative et critique des usagers ;
- Remise en cause des professionnels qui entraîne une amélioration de l'opinion public et de l'intérêt sur la santé ;
- Facilité d'accès au corps médical et autonomie dans le parcours de santé.

Malgré de nombreuses démarches mises en place comme cité précédemment, il ne faut pas oublier de prendre en compte les éléments impactant les acteurs et ralentissant la mise en place d'action de prévention primaire et promotion de la santé :

- Les inégalités sociales : la précarité ressort comme un critère majeur dans le développement des maladies. Le recours aux soins chez les personnes en précarité et chez les personnes aisées est appréhendé différemment concernant l'accessibilité aux offres de soins (consultations chez des spécialistes, mutuelles complémentaires, etc.). Les professionnels de santé mettent donc en œuvre des actions de prévention primaire et promotion de la santé pour réduire ces inégalités sociales et ainsi uniformiser et harmoniser l'accès aux soins ;
- Les inégalités dans l'accès aux soins : elles concernent majoritairement le fait de ne pas disposer aisément d'un accès aux soins. En effet, dans les zones rurales et péri-urbaines, l'implantation médicale tend à diminuer au détriment de l'accès aux soins. Les médecins possèdent une liberté d'installation ce qui entraîne la formation de déserts médicaux ;
- L'organisation des soins : les hôpitaux éprouvent des difficultés en raison du fonctionnement à flux tendu et du financement des établissements de santé. Tous ces financements ont tendance à vouloir mettre de côté les soins moins rentables au profit

d'autres plus rentables. De plus, la sécurité des soins n'est pas encore optimale avec une marge de progression telle que les événements indésirables entraînant un risque de décès ou encore les infections nosocomiales ;

- La perte de confiance des usagers : l'opinion publique a été grandement atteinte et diminuée notamment à cause de certains scandales sanitaires. L'affaire Mediator® en est l'illustre exemple à cause de professionnels de santé dépassés par la situation et en désaccord. Plus récemment, les affaires liées aux médicaments Lévothyrox® et Valsartan® ont entaché et renforcé la perte de confiance des usagers envers le système de santé car il s'agit de deux traitements très fréquemment rencontrés au sein de la population générale. Ces affaires ont touché directement une grande partie des usagers et entraîné une modification de leur routine quotidienne. Dans tous les cas, ces histoires engendrent de la part des usagers des remises en question allant jusqu'aux rejets de certaines politiques de santé tels que la vaccination comme il a été possible de l'observer pendant la pandémie du COVID-19 ;
- La dégradation de la relation avec les professionnels de santé : les usagers s'expriment sur le fait de ne pas se sentir écoutés auprès du corps médical notamment concernant leur peur ou leur appréhension. Cela entraîne un certain rejet de la part de la population lors de campagnes de prévention primaire ou de promotion de la santé (17).

Cependant, il ne faut pas oublier de prendre en compte l'utilisateur dans son ensemble. Il existe de nombreux critères qui font que chaque personne est unique tant par sa personnalité que par son environnement social, démographique et bien plus encore. La figure montre l'ensemble des facteurs qui ensemble influencent la santé des personnes (18).

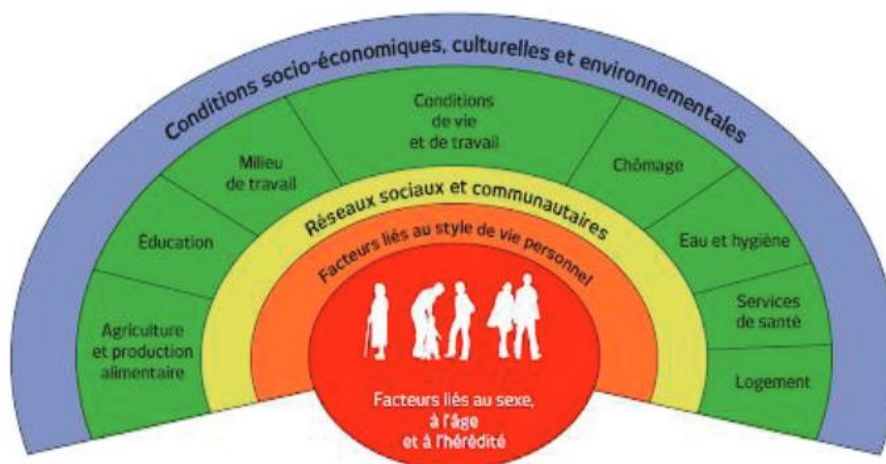


Figure 1 : Modèle des déterminants de Whitehead et Dahlgren (18)

2. Rôle du pharmacien d'officine

2.1. Retour d'expérience sur la prévention primaire et promotion de la santé

L'ordre national des pharmaciens propose le renforcement de la position du pharmacien notamment dans les actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire ainsi que dans la réalisation de la vaccination (19). Le rapport national des pharmaciens présente en 2018 un plan d'action pour renforcer le rôle des pharmaciens d'officine (20). En France, quatre millions de personnes se déplacent chaque jour à la pharmacie. Il présente une place toute particulière auprès de la population en raison de son positionnement géographique favorisant la proximité auprès des personnes. L'interprofessionnalité est également mise en avant lors des actions de prévention primaire et promotion de la santé pour assurer une intervention profitable à l'entièreté de la population.

Le pharmacien d'officine joue un rôle majeur dans différents domaines notamment concernant la prévention primaire et promotion de la santé. (Tableau I) (17).

Tableau I : Missions de pharmaciens dans la prévention primaire et promotion de la santé

Thématique des missions du pharmaciens	Sujets abordés
Nutrition et activité physique	Obésité, anémie
Prévention des cancers de la peau	Ecrans solaire, surveillance grains de beauté, chapeau
Bon usage et mésusage des médicaments	Antibiotique et résistance bactérienne, paracétamol
Prévention des conduites addictives	Tabac, alcool
Couverture vaccinale	Vaccination

Le pharmacien a tiré de nombreux enseignements suite à l'expansion des actions de prévention primaire et promotion de la santé (21). Il s'est rendu compte que le public ciblé, quel que soit sa profession, de son âge, de son sexe ou encore de son lieu d'habitation, souhaite approfondir ses connaissances sur les différentes thématiques abordées. Grâce à ces expériences, il peut définir de nouveaux sujets à traiter ou décider de réaliser le même en ajoutant ou non des données supplémentaires.

Lors d'actions de prévention primaire et promotion de la santé portant sur le tabagisme, de nombreuses démarches ont été mises en place comme l'interdiction de fumer dans les lieux publics, la mise en place d'avertissement sur les paquets de cigarettes, la hausse du prix d'un paquet ou bien encore toutes les campagnes de communication réalisées avec notamment le mois sans tabac (22). Grâce à tous ces éléments, le pharmacien constate un public plus averti sur les dangers liés au tabac. Malgré tout, les fumeurs souhaitant arrêter la cigarette n'ont pas diminué pour autant en raison d'une certaine appréhension du sevrage tabagique ainsi que d'une méconnaissance concernant la démarche d'arrêt du tabac. Pour s'adapter aux usagers, il est possible de réaliser des campagnes sur la crainte liée à l'arrêt ainsi que sur la dédramatisation du sevrage.

Les usagers présentent une certaine sensibilité à la démarche (23). En effet, ceux-ci apprécient les conseils personnalisés de la part du pharmacien lors de leur entrevue et sont intéressés à participer aux actions proposées.

Deux types de réflexions ont été mises en avant :

- Mettre en avant les attentes ainsi que les motivations de la population pour rendre les actions de prévention primaire et promotion de la santé plus attractives pour inciter davantage de personnes à se rendre dans les pharmacies ;
- Penser à la façon la plus adaptée permettant d'avoir la communication la plus optimale possible auprès des personnes (en pharmacie, sur leur site web et même sur les réseaux sociaux).

Le pharmacien d'officine effectue un bon retour sur les présentations et les formations que peuvent fournir les sociétés savantes (24), notamment celles qui offrent des échanges interprofessionnels avec les médecins permettant un renforcement de la collaboration. Toutes ces formations permettent de s'informer mais aussi de mieux conseiller et informer les personnes venant à l'officine.

Le pharmacien d'officine réalise de nombreux retours positifs concernant les actions de prévention primaire et promotion de la santé et espère avoir un rôle plus important pour les prochaines campagnes (24). L'incitation à la population est l'un de leur objectif principal à développer. De plus, l'amélioration de la clarté est un point à améliorer afin de mobiliser un

plus grand nombre de personnes s'intéressant aux actions de prévention primaire ou promotion de la santé.

2.2. Le développement de formations éducatives adaptées

Les professions de santé ont subi une réelle évolution ces dernières années tant sur leur profession que sur les missions effectuées (25). Dans son exercice au quotidien, la tâche du pharmacien est de maintenir et de faire évoluer ses connaissances tout le long de sa carrière professionnelle afin d'améliorer la qualité des soins apportées et de garantir un système de santé plus sûr pour la population (26). Pour donner envie au pharmacien d'officine de réaliser des actions de prévention primaire et de promotion de la santé, il est intéressant d'apporter une formation initiale puis continue (8).

La différence entre l'implication et la volonté du pharmacien d'officine d'être un véritable acteur de santé publique réside dans le fait que la formation initiale est incomplète (18). Les études en médecine possèdent un programme sur la santé publique qui est largement plus développé et approfondi que les études de pharmacie. Malgré cela, elles disposent tout de même d'un enseignement de vingt heures sur la santé publique traitant essentiellement de l'hygiène sociale (27). Les principaux thèmes abordés sont la caractérisation des aliments, les conséquences des traitements d'un point de vue sanitaire et nutritionnel, les différents comportements alimentaires contenant les risques et la prévention associée, l'alimentation chez les nourrissons, les enfants, les personnes âgées et les sportifs, la mise en place d'un régime alimentaire adapté en fonction de certaines pathologies.

Toutefois, ce manque d'enseignement ralentit le développement de la place du pharmacien dans le champ de la prévention primaire et de la promotion de la santé (18).

Depuis quelques années, le SSES est apparu dans les études de santé. Ce dispositif est un atout supplémentaire pour l'intégration de la prévention primaire et de la promotion de la santé dans les formations initiales (18). Ce programme est réalisé sur une courte durée correspondant à six semaines dans un parcours de six ans de formation pour les pharmaciens d'officine. Le SSES permet une nouvelle approche de la prévention primaire et promotion de la santé sans pour autant servir de réelle formation initiale des étudiants en pharmacie. Ils peuvent ensuite s'engager dans des formations supplémentaires si cela les intéresse. Comme pour toute filière,

les étudiants en pharmacie possèdent des formations spécialisées en santé publique du cursus licence, master et doctorat ainsi que d'autres plus spécifiques (28).

Les étudiants ayant fait un master 2 en santé publique formulent d'excellents retours sur ces formations (18). En effet, cette approche et les notions abordées ont permis à ces étudiants d'obtenir une certaine quantité de connaissances non spécifiques voir totalement différentes de leur filière. Ces formations supplémentaires enrichissent et élargissent la vision de la santé et permettent d'envisager la santé non pas du seul point de vue médical mais plutôt d'un point de vue humain et social. Les étudiants ont également pu se rendre compte des nombreux déterminants sociaux qui caractérisent la population. Ces formations montrent une nouvelle pratique de la pharmacie qui ne s'arrête pas simplement aux médicaments. Elles ouvrent à de nouvelles perspectives de formations pour changer certaines pratiques qui existent actuellement.

Afin de développer la place du pharmacien d'officine dans la prévention primaire et la promotion de la santé, trois leviers sur lesquels agir ont été identifiés: l'université, l'offre de formation et le milieu professionnel. Ces éléments sont détaillés dans la Figure 2.



Figure 2 : Leviers pour le développement de la place du pharmacien dans le champ de la promotion de la santé (18)

2.3. La posture du pharmacien d'officine

La communication reflète la base du métier de pharmacien d'officine. Elle permet d'appréhender au mieux les comportements ainsi que les représentations en santé de la population, afin d'adapter la prise en charge à chaque personne venant dans une pharmacie de ville (29). Le langage verbal comme non verbal est très important pour faire passer au mieux un message. Pour que la communication soit la meilleure possible, il faut prendre en compte différents facteurs interpersonnels qui ont une influence sur la communication verbale et non verbale : la personnalité , le style de communication , le but de la personne, l'état émotionnel (30). A tous ces critères s'ajoutent la représentation propre au patient des pathologies et des traitements existants.

Le pharmacien accompagne le patient de façon personnalisée lors de la dispensation du traitement et d'automédication (20). Il participe à la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique destinés aux patients favorables à cette démarche afin d'améliorer l'adhésion au traitement. Depuis la stratégie de santé mise en place en 2018-2022, il est plus inclus dans la prévention primaire et la promotion de la santé. Les objectifs recherchés sont nombreux, notamment de décharger l'emploi du temps des médecins et des infirmiers tout en améliorant la qualité des actes réalisés (augmentation de la couverture vaccinale, réalisation de tests d'orientation diagnostique, etc.). Il se distingue du fait de sa particularité à posséder des compétences dans la pluridisciplinarité en raison de la formation très diversifiée dont il est abreuvé, ainsi que par la manipulation de compétences pharmaceutiques et de santé publique au cours de l'exercice professionnel (18).

Le pharmacien est l'un des professionnels les plus impliqués dans la prévention primaire et la promotion de la santé grâce à sa position privilégiée auprès des patients, ce qui lui permet de faire le lien entre les autres déterminants de la santé tels que les services de santé mais aussi les réseaux sociaux et communautaires (18). Il constitue, d'après les institutions et les autres professionnels de santé, « un observateur privilégié de l'état de santé des populations ». Cette relation de confiance se tisse au fur et à mesure de la délivrance au comptoir lorsque les personnes discutent avec les pharmaciens.

Le pharmacien se retrouve confronté aux réactions mais aussi aux émotions des patients (18). Il doit ainsi essayer de comprendre la personne, puis d'adapter ses réponses tout au long du dialogue. De plus, une pratique où il place l'utilisateur au centre de la démarche de santé (comme par exemple lors de bilans partagés de médication) l'entraîne à rechercher des informations sur le patient ainsi que sur ces traitements. Les représentations d'une personne constituent le reflet de ses valeurs (29). Le pharmacien doit en tenir compte lors de ses interventions car chaque patient possède une histoire unique et donc des expériences multiples et différentes. Cependant, lors de discussions avec les personnes, il ne faut pas oublier de prendre en compte ses propres représentations car le dialogue passe par un double filtre.

Le contexte culturel est également un facteur à prendre en compte pour le pharmacien (30). Les habitudes de vie, les croyances ou encore la religion correspondent tous à des critères à prendre en considération lors d'échanges avec la population afin d'avoir la meilleure harmonie possible lors des actions de prévention primaire ou promotion de la santé. Le professionnel de santé doit aussi s'adapter au niveau de littératie du patient, c'est-à-dire l'aptitude à lire, à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie du quotidien afin que celui-ci puisse comprendre au mieux les discours qui lui sont proposés.

De nos jours, de plus en plus de personnes arrivent à l'officine avec des connaissances en santé. La population se renseigne davantage sur ce domaine, notamment via Internet ou les réseaux sociaux qui constituent une source intarissable d'informations (30). Toutefois, les pharmaciens d'officine et les autres professionnels de santé ne considèrent pas ces éléments comme une bonne source d'informations du fait de la qualité variable ou incertaine des informations qui y figurent. Cependant, il est constaté que les personnes utilisant internet ou les réseaux sociaux sont mieux préparées à discuter sur les risques qu'il est possible de rencontrer au quotidien. Ils se doivent de prendre en compte que ces foyers d'information entrent de plus en plus dans les mœurs de la société pour accéder facilement à des données concernant la santé.

Les patients pensent avoir un rôle passif et restreint lors d'actions de prévention primaire et de promotion de la santé mais également lorsqu'ils se présentent dans une pharmacie avec une ordonnance (30). Cependant, la volonté du professionnel de santé est que l'utilisateur s'investisse davantage et porte un intérêt à sa santé. Cette divergence de point de vue entraîne une certaine insatisfaction car cela limite les échanges qu'il peut avoir avec le patient. Ce dernier doit se

rendre compte de la place importante qu'il peut occuper dans sa santé afin de ne pas rester cantonné à un rôle passif et non actif.

Le pharmacien d'officine pense que la population aurait plus de réflexe à venir en pharmacie afin de pouvoir discuter si ceux-ci connaissaient toute l'étendue des missions du pharmacien d'officine (30). Cet élément est une source d'inquiétude en raison de la méconnaissance de la population mais aussi concernant l'interrogation quant à la mise en place de tous ces nouveaux projets. De plus, les pharmaciens, tout comme les usagers de la démarche, se trouvent confrontés à un réel problème lors de leur échange en officine : le manque de confidentialité qui empêche un échange plus approfondi. Il est également souligné que le manque de temps passé auprès de la personne ainsi que du professionnel possède un réel impact pour mener des actions de prévention primaire et de promotion de la santé.

2.4. Les actions de prévention primaire et promotion de la santé en officine

Le pharmacien d'officine bénéficie de missions définies par le Code de la Santé Publique par l'intermédiaire de l'article L. 5125-1-1A (31). Plusieurs entrent dans le domaine de la prévention et promotion de la santé comme : la contribution aux soins de premiers recours pour prévenir une aggravation de l'état des personnes concernées, la participation à la mission de service public à la permanence des soins, la coopération aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé, la participation à l'éducation thérapeutique des patients et leur accompagnement, le rôle du pharmacien référent pour les établissements médicaux-sociaux qui n'ont pas de pharmacie à usage intérieur, la prévention de la iatrogénie.

Plusieurs éléments témoignent du rôle privilégié qu'il a en matière de santé publique :

- Professionnel de santé de proximité ;
- Dernier maillon du circuit du médicament lors de la mise en place d'un traitement car il en est le dispensateur ;
- Impact important sur l'adhésion thérapeutique ainsi que sur le suivi du traitement ;
- Réalisation d'actions de prévention primaire ou de promotion de la santé où il met à contribution ses compétences professionnelles, le respect du patient, la capacité de motivation mais aussi l'écoute auprès du public ;

- Convaincre la population qu'il est possible d'éviter l'apparition de certaines maladies en prodiguant des conseils aux usagers, et ainsi de constituer un capital santé puis de réussir à le conserver tout au long de sa vie ;
- Mise en place de la vaccination et des actions de dépistage (31).

A côté de cela, il est important de ne pas oublier les actions de prévention et promotion de la santé qu'il a pour rôle de promouvoir : les addictions (tabac, alcool, cannabis et autres drogues), la promotion de l'activité physique et sportive, la lutte contre le dopage, le recours à la contraception d'urgence, la prévention des infections sexuellement transmissibles, les risques liés à la chaleur (31).

Pour intégrer dans les mœurs la prévention de ces thématiques, des campagnes nationales de prévention sont développées comme par exemple le mois sans tabac, mars bleu, octobre rose, ou encore la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière. L'utilisation d'affichage est fréquente ainsi que la diffusion d'information via de multiples supports de communication (campagne télévisée, journaux, réseaux sociaux, etc.) (31). De plus, des brochures d'information sont transmises aux usagers afin de renforcer le message de prévention. Tous ces outils sont confectionnés, fournis et validés par le ministère chargé de la santé, les agences sanitaires, les institutions ou encore les associations de patients. Dans cet objectif-là, le Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française met également à disposition de nombreux outils pour les usagers comme des brochures, des affiches ou des vidéos de sensibilisation.

Malgré tous ces moyens à disposition, il reste cependant un manque évident d'information mais aussi de la désinformation des usagers (31). Par exemple, dans le cadre de la vaccination, des ligues anti-vaccinales voient le jour là où dans notre pays une baisse de la couverture vaccinale est observée. Dans ces moments, le pharmacien peut intervenir en expliquant l'intérêt de la vaccination et les risques encourus suite à sa non réalisation. Il peut ainsi la conseiller plus facilement au public en présentant des arguments solides. Il a également comme possibilité de motiver et d'encourager cette démarche en réalisant le suivi des vaccinations (depuis la prise de rendez-vous jusqu'à la réalisation de l'acte) ainsi qu'en expliquant la nécessité de conserver son carnet de santé à vie.

Il possède également pour rôle de contribuer à l'information et à l'éducation des usagers en matière sanitaire et sociale (article R.4235-2 du Code de Santé Publique) (32). A travers la prévention primaire et la promotion de la santé, il distribue des informations scientifiquement validées aux différents publics concernés par l'intermédiaire d'un message adapté et accessible pour toute personne. A son échelle, le pharmacien doit collaborer avec les parents, les enseignants et les médecins scolaires afin d'améliorer et de promouvoir l'éducation à la santé dès l'enfance (31). Il est également un promoteur auprès des associations regroupant des enfants issus de milieux défavorisés et fréquemment déscolarisés.

Lors de la divulgation de l'arrêté du 28 novembre 2016, l'intervention pharmaceutique est citée dans les bonnes pratiques de dispensation des médicaments en officine (31). Le pharmacien peut entraîner une modification de la prescription suite à son analyse pharmaceutique lorsque celle-ci n'est pas conforme. Il joue un rôle important au niveau pharmaceutique, et peut intervenir dans ce cadre en réalisant de la prévention primaire par exemple en organisant des réunions de travail avec les prescripteurs de la zone géographique.

Depuis janvier 2022, un nouvel espace intitulé « mon espace santé » est apparu afin de pouvoir suivre au mieux l'historique du patient (12). Cet outil est utilisé pour la prévention car il permet de tracer notamment les allergies du patient, la redondance de certains médicaments ou d'ordonnances, les bilans sanguins ainsi que les contre-indications qui peuvent exister. Tous les professionnels de santé ont accès à cet outil et se doivent de l'alimenter afin de partager l'ensemble des informations concernant un patient donné afin qu'elles soient connues de tous. L'objectif est de faciliter la communication, mais aussi de prévenir des événements néfastes en agissant le plus tôt possible.

Le pharmacien d'officine a été également très largement sollicité au cours de la crise sanitaire du COVID-19 (12). En effet, celui-ci a dû répartir des masques à tous les autres professionnels de santé en 2019. Par la suite, il a aussi distribué des masques une partie de la population qualifiée « à risque » afin de faire face à l'épidémie. En 2020, il a pu promouvoir les solutions hydro-alcooliques qu'ils préparaient (en raison de la pénurie) afin de ralentir la propagation de l'épidémie. A tout ceci s'ajoutent la délivrance de masques au cas contacts, la réalisation de tests antigéniques et la vaccination. Ces éléments relèvent de la prévention primaire car tous deux ont pour objectif de faire respecter les gestes barrières.

A la suite de la crise sanitaire et des confinements successifs, une hausse de violences conjugales a été constatée par le ministre de l'intérieur (12). Le pharmacien a été mis dans la

boucle pour alimenter le réseau de déclarations pour ces victimes à l'officine. Pour cela, il donne un flyer donnant les numéros à contacter et peut également aider la personne qui le sollicite en cas de détresse en l'isolant. La crise sanitaire montre qu'il y a eu une réelle avancée dans les missions confiées au pharmacien, ainsi que sur l'image que lui attribue la population.

Depuis le mois d'août 2023, le pharmacien s'est vu attribuer la tâche de prescrire et d'injecter des vaccins à partir de 11 ans (33). En effet, les vaccins concernés sont ceux recommandés au calendrier vaccinal (hors vaccins vivants) ainsi que la grippe saisonnière et la COVID-19. Cette nouvelle mission montre une nouvelle fois le rôle évolutif du pharmacien d'officine.

Au fil du temps, le pharmacien d'officine s'est vu confier de nombreuses et de nouvelles missions. La crise sanitaire a démontré qu'elles ont été accomplies avec sérieux et professionnalisme. L'ensemble des exemples abordés montre que le pharmacien possède un réel rôle dans la prévention primaire et la promotion de la santé, et qu'il ne cesse d'augmenter au fil du temps.

2.5. Le développement d'interprofessionnalité

La coopération est un terme défini dans le code de Santé Publique (article L. 4011) comme étant un « un processus par lequel au moins deux professionnels de santé, volontaires, définissent ensemble leurs nouvelles modalités d'intervention auprès du patient, en maintenant la qualité et la sécurité des soins qui leur est due » (34). A ce jour, la pluriprofessionnalité est en fort développement en France et inclut majoritairement les médecins, les infirmiers, les kinésithérapeutes mais aussi les pharmaciens (35). Cependant, après une enquête réalisée auprès des pharmaciens, il est constaté que seulement 20% d'entre eux sont engagés dans une démarche de coopération. Ils restent très minoritaires avec en moyenne 2,4 pharmaciens dans les MSP d'après l'Ordre national des pharmaciens. Malgré cette sous-représentation, le pharmacien ne reste pas moins l'un des acteurs les plus présents du fait de son rôle actif et ce bien avant la création de ces structures.

La délégation des tâches est apparue dans les textes rédigés par la Haute autorité de santé en 2007 comme étant « l'action par laquelle le médecin confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche. La responsabilité du délégant (le médecin) reste

engagée du fait de la décision de déléguer, la responsabilité du délégué (le professionnel non médical) est engagée dans la réalisation de l'acte. » (34). Cette première mise en avant de la pluriprofessionnalité a permis la création de nouveaux métiers ainsi que le développement de nouvelles compétences chez certains professionnels de santé. Cette nouvelle façon de travailler permet l'amélioration des soins, de diminuer les tensions liées à la démographie professionnelle et d'améliorer le système de santé et les compétences professionnelles.

Le rôle du pharmacien d'officine a été renforcé dans le cadre de l'exercice coordonné et de la coopération interprofessionnelle avec la loi du 24 juillet 2019 (34). Cette loi concerne l'organisation et la transformation du système de santé et a directement impacté le métier de pharmacien. Grâce à celle-ci, les protocoles de coopération au sein d'une structure pluriprofessionnelle se sont fortement développés. Cette coopération grandissante a entraîné la création de la stratégie « Ma santé 2022 » par le gouvernement. Son objectif est de dégager du temps médical tout en répondant aux problèmes d'accès aux soins. Pour cela, plusieurs démarches ont été mises en avant comme : la nouvelle fonction d'assistant médical qui aide les médecins à suivre le parcours personnes, le développement de nouvelles missions pour certains professionnels de santé, l'émergence de professionnels du paramédical en pratiques avancées permettant la délégation par le médecin de certaines missions.

Pour garder un équilibre entre les différents corps de profession tout en développant la place du pharmacien dans cette démarche, il est nécessaire et indispensable de continuer à travailler en pluridisciplinarité (18). Grâce à cela, chaque professionnel de santé peut se forger son propre point de vue ce qui facilite un aboutissement plus complet de certaines démarches comme la prévention primaire et la promotion de la santé. Cela permet également d'avoir une vision la plus large possible de la santé des usagers. La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires de 2009 a étendu la place du pharmacien en l'intronisant comme « pharmacien correspondant » par le médecin en accord avec le patient (36).

Afin de pratiquer au mieux l'interprofessionnalité, les acteurs de la santé se sont regroupés dans différentes structures : les MSP, les centres de santé pluridisciplinaire et les CPTS. Les MSP sont au nombre d'un millier en France et regroupent 300 centres de santé polyvalents et quelque 500 réseaux de santé (35). Ces structures ont pour caractéristique d'être de proximité et rassemblent différents professionnels de santé. Elles permettent la réalisation de soins sans hébergement (37). Le pharmacien a pour rôle dans ces structures d'assurer la prévention

primaire et la promotion de la santé. Les centres de santé pluridisciplinaire sont comme les MSP, il s'agit de structures de proximité (37). Ces centres ont des caractéristiques similaires au MSP et les missions du pharmacien d'officine restent les mêmes. Les CPTS ont pour particularité d'être rattachées à une zone géographique et non pas sur un thème ou des professionnels comme cité précédemment. Elles sont constituées de corps médical, d'établissements de santé et d'acteurs médico-sociaux présents dans une aire bien délimitée. Leurs missions sont de lutter contre les déserts médicaux et d'accentuer les liens qui unissent l'hôpital et les différents professionnels de santé. Pour cela, elles facilitent l'accès à un médecin traitant pour l'ensemble des usagers, la prise en charge des soins non programmés ainsi que l'extension des actions de prévention primaire et de promotion de la santé sur l'ensemble du territoire. Au sein des CPTS, le pharmacien possède un rôle particulier car il participe aux actions de prévention, assure les premiers soins et participe au parcours de soins coordonné dans la zone géographique concernée.

Dans l'ensemble de ces établissements et structures, la pluriprofessionnalité règne et le pharmacien d'officine y tient un rôle important. Il se retrouve avec les autres professionnels de santé lors de réunions de concertation pluriprofessionnelle afin d'améliorer la prise en charge et le suivi de certains patients. Ils peuvent ensuite mettre en place des actions d'éducation thérapeutique mais aussi des protocoles de soins adaptés à la personne.

Toutefois, l'intégration du pharmacien est différente selon le territoire et les professionnels bien qu'il présente un avenir prometteur dans ces structures pluridisciplinaires (37). Ces difficultés peuvent s'expliquer en raison de la présence moindre du pharmacien dans ces structures par rapport aux autres professionnels de santé. Il exerce dans un lieu spécifique, souvent indépendant de la structure professionnelle, ce qui peut compliquer la possibilité de se libérer et interagir directement dans ces centres pluridisciplinaires. Bien que la tendance s'inverse, la formation de celui-ci est moins orientée vers l'aspect pluriprofessionnel que celle des autres professionnels de santé. Ceci peut accentuer les obstacles car il n'est pas assez familiarisé aux rôles du reste du corps médical, ce qui lui crée un travail supplémentaire afin de pallier à cette lacune.

En raison de toutes ces difficultés, l'intégration du pharmacien d'officine dans la coopération interprofessionnelle est encore fragile. Cependant, lorsque cette incorporation se passe bien, il montre qu'il peut participer et contribuer à des projets de santé publique tels que la prévention primaire et la promotion de la santé. De plus, les besoins actuels en matière de santé publique

ne cessent d'augmenter en raison de la population vieillissante. L'interprofessionnalité apparaît alors comme un moteur permettant de maintenir son capital santé (35). Dans les prochaines années, cette pratique tend à se développer voire à s'uniformiser afin de garantir la qualité de prise en charge des usagers. De même, l'incorporation du pharmacien risque de s'accroître en raison de l'importance de son rôle au sein de ces institutions. Il est d'ailleurs intéressant de souligner que pour que tout se passe bien, l'aide des autres professionnels de santé est indispensable afin de garantir et d'assurer au mieux cette interprofessionnalité.

**PARTIE II : REPRESENTATIONS SOCIALES DES
ETUDIANTS EN SANTE SUR LEUR PUBLIC CIBLE
DANS LE CADRE DE LEUR SERVICE SANITAIRE**

1. Rationnel

En France, la prévention en matière de santé s'appuie sur la sensibilisation et l'implication de chaque individu, ainsi que sur des professionnels formés. Elle repose également sur la promotion des conditions de vie et de travail favorables à un bon état de santé (38). D'après la stratégie nationale de santé de 2018-2022, la prévention primaire et promotion de la santé intervient avant l'apparition de maladie et a pour objectif d'empêcher la survenue et ainsi de réduire l'incidence et la mortalité évitable associée (39). Elle possède plusieurs objectifs :

- Initier tous les futurs professionnels de santé aux enjeux de la prévention primaire et de la promotion de la santé ;
- Assurer des actions de prévention et de promotion de la santé auprès de publics divers ;
- Lutter contre les inégalités territoriales et sociales en santé en veillant à déployer les interventions auprès des publics les plus fragiles ;
- Favoriser l'autonomie des étudiants dans le cadre d'une pédagogie par projet et renforcer le sens de leur engagement dans leurs études ;
- Favoriser l'interprofessionnalité et l'interdisciplinarité des étudiants en santé par la réalisation de projets en commun à plusieurs filières de formation (40).

Le SSES est un levier pour atteindre ces objectifs. Celui-ci permet aux étudiants en santé de différentes filières la préparation, la réalisation et l'évaluation d'une action de prévention primaire et promotion de la santé ainsi que de se former durant soixante demi-journées au sein de diverses structures d'accueil. De nombreux publics sont ciblés au cours de cette action pendant laquelle chaque étudiant est confronté à différentes représentations sociales (40). Celles-ci correspondent à un complexe sociocognitif, précisément structuré et régi par des règles qui lui sont propres, éloignées de la rationalité scientifique. Ces dernières découlent des expériences individuelles propres à chacun et permettent d'appréhender une situation ou le comportement d'un individu afin d'en déduire une signification précise. Elles guident les diverses actions et relations sociales en définissant un panel d'anticipations et de prévisions.

Ainsi, l'objectif principal de l'étude était d'étudier l'évolution des représentations sociales des étudiants en santé de Franche-Comté sur le public cible dans le cadre de leur service sanitaire. L'objectif secondaire était d'analyser les facteurs pouvant influencer lesdites représentations sociales, parmi lesquels le SSES.

2. Matériel et méthode

Pour répondre aux objectifs de la recherche, une enquête sous forme de questionnaire a été réalisée auprès des étudiants en santé francs-comtois.

2.1. Critères d'inclusion

Ont été inclus tous les étudiants en santé de médecine, de pharmacie, de soins infirmiers, de maïeutique et de masso-kinésithérapie de Franche-Comté concernés par le SSES au cours de l'année universitaire 2022-2023.

2.2. Questionnaire

2.2.1. Contenu

Un double questionnaire PRE (en amont de l'action de prévention primaire et promotion de la santé) et POST (au décours de l'action de prévention primaire et promotion de la santé) a été développé autour de plusieurs parties relatives :

- Aux informations personnelles de l'étudiant : sexe, appartenance sociale dont le critère boursier/non boursier et la profession des parents, contexte familial, expériences académiques, expériences professionnelles antérieures ;
- A la perception des publics cibles par les étudiants pouvant bénéficier d'une action de prévention primaire et de promotion de la santé dans le cadre du SSES : public attribué et la satisfaction à le rencontrer, contact fréquent pour chaque population de façon professionnelle et personnelle et émotion suscitée lors de ses rencontres ;
- A la perception des étudiants sur leur public ciblé par l'action de prévention primaire et de promotion de la santé dans le cadre du SSES : degré de satisfaction à réaliser une action de prévention primaire et promotion de la santé, capacité du public à recevoir une information éclairée, capacité à comprendre et intégrer de nouvelles informations, la nécessité d'adapter son langage, critères à prendre en compte pour réaliser l'action et rendant difficile la préparation ;

- Aux représentations sociales des étudiants concernant les différents publics cibles pouvant bénéficier d'une action de prévention primaire et de promotion de la santé dans le cadre du SSES : capacité du public à changer son comportement de santé, étude des représentations sociales sur différents comportements de santé en fonction du milieu social et facteurs pouvant impacter le comportement de santé des publics cibles ;
- A l'intérêt et la valeur ajoutée du SSES : démarche principale ainsi que la valeur véhiculée, l'émotion suscitée par le service sanitaire, les bénéfices apportés pour la future pratique professionnelle, l'amélioration de la perception du public cible ainsi que les représentations sociales.

Le questionnaire POST a été modifié à la marge suite à une pré-analyse des résultats du questionnaire PRE pour tenir compte notamment des difficultés de compréhension de certaines questions.

Les publics cibles concernés sont : les jeunes enfants de maternelles jusqu'au cours moyen deuxième année (CM2), les adolescents et jeunes adultes (6^{ème} jusqu'au brevet de technicien supérieur (BTS), université), les adultes, les personnes âgées et le personnel des maisons de santé. Une attention est portée aux différentes situations des publics afin de prendre en considération les situations de handicap, de précarité et de diversités culturelles et d'apprécier les perceptions des étudiants sur celles-ci.

2.2.2. Diffusion et collecte des données

Le double questionnaire électronique disponible *via* l'outil Cleanweb[®] a été présenté lors de la réunion de rentrée universitaire 2022-2023 aux étudiants en santé éligibles. La complétion électronique devait être réalisée sous dix jours après l'invitation. Les questionnaires PRE et POST ont été diffusés respectivement en octobre 2022 et avril 2023. Des relances individuelles ont été nécessaires lorsque le questionnaire n'était pas rempli dûment ou lorsque les informations communiquées étaient imprécises.

2.3. Analyse statistique

Les variables qualitatives ont été décrites par leur nombre et leur pourcentage [n, (%)]. Les variables quantitatives ont été comparées selon le test du Khi-2 ou le test exact de Fischer. Le seuil de significativité *p-value* a été fixé à 0,05. Un degré d'adhésion aux modalités proposées a été défini afin de mieux visualiser les réponses obtenues : élevé (70%), modéré (50 – 70%), faible (< 50%). L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SAS version 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

3. Résultats

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des étudiants en santé

Au total, 947 étudiants en santé ont été invité à répondre au double questionnaire et 913 ont répondu soit un taux de réponse de 96,4% avec un intervalle de confiance de [95,2 – 97,6].

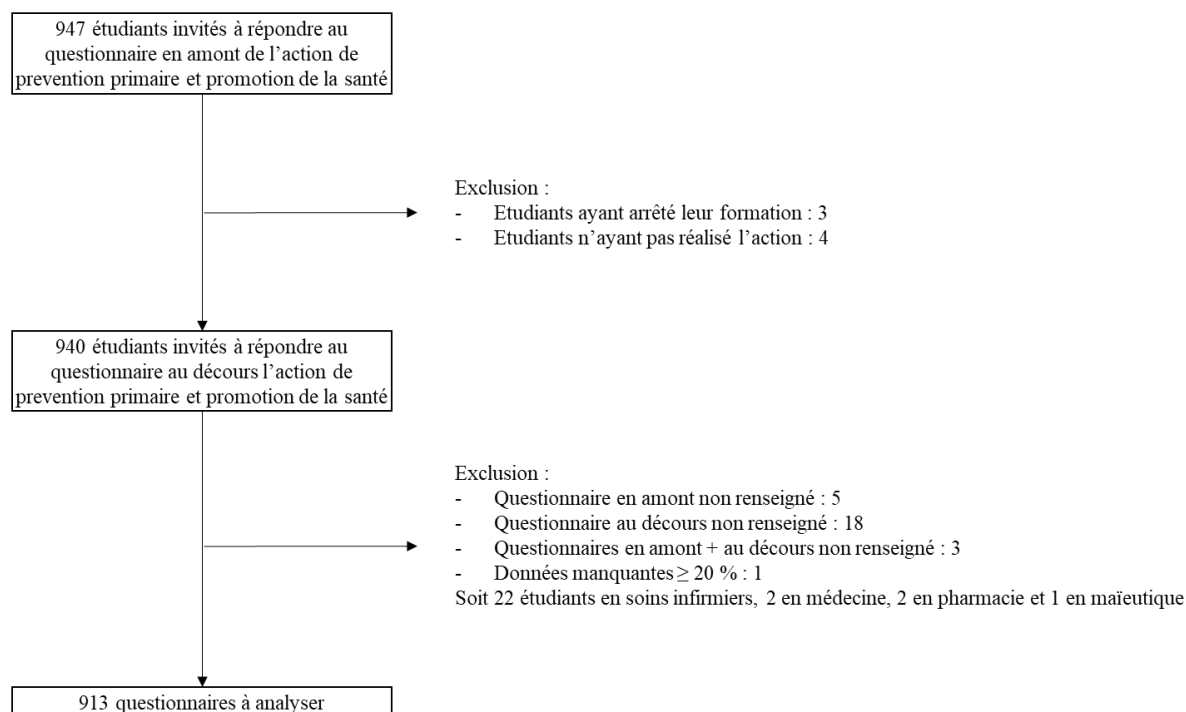


Figure 3 : *Flowchart* de sélection des étudiants

Les étudiants sont classés par filière : 54,1% (n = 494) en soins infirmiers, 25,5% (n = 233) en médecine, 9,9% (n = 90) en kinésithérapie, 7,7% (n = 70) en pharmacie et 2,8% (n = 26) en maïeutique (Annexe 1). Lors de leur adolescence, plus de trois quarts d'entre eux (n = 710) ont vécu dans un milieu semi- rural. Dans 8,4% (n = 168) des cas, les étudiants ont été scolarisés dans des établissements prioritaires et 32,9% (n = 300) des étudiants étaient boursiers lors de l'année universitaire 2022-2023. Une similitude est constatée entre la profession de la mère et du père avec une prédominance pour la catégorie socio-professionnelle « employé(e) et ouvrier(e) » (n = 447 ; 50,2% pour la mère et n = 374 ; 41,9% pour le père), suivie par « cadre et profession intellectuelle supérieure » (n = 185 ; 20,8% pour la mère et n = 244 ; 27,4% pour le père).

3.2. Caractéristiques générales des étudiants en santé et du public cible

Le public cible était principalement les jeunes enfants (n = 468 ; 51,3%) suivi par les adolescents et jeunes adultes (n = 295 ; 32,3%), les adultes (n = 20, 2,2%), les personnes âgées (n = 28 ; 3,1%), les personnes en situation de handicap (n = 23 ; 2,5%) et tous les âges réunis (n = 79 ; 8,6%) (Annexe 2). En amont de l'action de prévention primaire et promotion de la santé, 86% (n = 784) (*p-value* = 0,03) les étudiants en santé sont contents d'aller à leur rencontre avec une évolution des réponses au décours de cette démarche (n = 854 ; 93,9%) (*p-value* = 2.10^{-4}).

A titre personnel, les étudiants fréquentaient dans plus de 85% des cas des adultes (n = 889 ; 97,8%), des adolescents et jeunes adultes (n = 805 ; 88,8%) et des personnes âgées (n = 78 ; 86,7%). A titre professionnel, les étudiants déclaraient côtoyer plus de 75% du temps les adultes (n = 877 ; 96,4%), des personnes âgées (n = 845 ; 93,1%) et des personnes en situation de handicap (n = 689 ; 76,1%).

Lors des rencontres à titre personnel avec les différents publics, plus de 70% des étudiants déclaraient ressentir une émotion positive pour les jeunes enfants (n = 698 ; 80,8%) et les personnes âgées (n = 631 ; 71,7%). Concernant les rencontres à titre professionnel, plus de 65% des étudiants décrivaient une émotion positive pour les jeunes enfants (n = 618 ; 77,5%), les personnes âgées (n = 608 ; 69,7%) et les adultes (n = 584 ; 65,9%).

3.3. Perception des étudiants en santé sur le public cible

Dans 62,9% des cas (n = 574), les étudiants en santé estimaient que les publics cibles recevaient une information éclairée sur leur santé, 71,9% des publics cibles (n = 656) étaient en capacité de comprendre et d'intégrer pour 92,3% (n = 843) une nouvelle information concernant leur santé (Annexe 3). Le public nécessitait une adaptation du langage dans 94,4% des cas (n = 862).

Sauf exceptions, les étudiants en santé déclaraient en amont de l'action que l'âge (n = 900 ; 98,6%), l'entourage familial (n = 831 ; 91,0%) ainsi que l'habitude de vie (n = 882 ; 96,6%) étaient des critères à prendre en compte pour la réalisation de l'action de prévention primaire et promotion de la santé. Au décours de cette dernière, tous les critères évoluaient à la baisse notamment le lieu d'habitation (n = 530 ; 58,1% ; *p-value* < 10⁻⁴), le milieu social (n = 623 ; 68,2% ; *p-value* < 10⁻⁴), la culture (n = 578 ; 63,3% ; *p-value* < 10⁻⁴), l'entourage familial (n = 666 ; 72,9% ; *p-value* < 10⁻⁴) et amical (n = 495 ; 54,2% ; *p-value* < 10⁻⁴).

La pertinence d'une action auprès du public cible sur la thématique retenue était identifiée par les étudiants en santé comme le critère le plus difficile dans la préparation de l'action de prévention primaire et promotion de la santé (n = 290 ; 19,0%). Au décours de l'action, le travail en équipe interprofessionnelle avec des étudiants (n = 344 ; 22,9%) devenait le critère le plus contraignant pour les étudiants.

3.4. Représentations sociales des étudiants en santé

Plus de la moitié des étudiants en santé étaient d'avis que le public cible pouvait changer son comportement de santé, exceptés les jeunes enfants représentant 46,9% des étudiants en santé (n = 428) (Annexe 4). Au décours de l'action de prévention primaire et promotion de la santé, l'évolution la plus marquée était observée concernant les personnes âgées (n = 651 ; 71,4%) (*p-value* = 3.10⁻⁴).

Quelles que soient les filières en santé, 84,5% des étudiants en santé (n = 771) estimaient que la scolarisation dans un ou des établissements publics pendant les études était associée aux milieux aisés et défavorisés contrairement à la scolarisation dans un ou des établissements

privés associée au milieu aisé (n = 683 ; 74,8%) et à l'accès à la délinquance pour les enfants/adolescents assimilés au milieu défavorisé (n = 620 ; 67,9%).

Le facteur principal impactant le comportement de santé pour chaque public était : l'âge pour les jeunes enfants (n = 882 ; 96,7%) ; l'habitude de vie pour les adolescents et jeunes adultes (n = 871 ; 94,9%), les adultes (n = 879 ; 96,3%), les personnes âgées (n = 873 ; 95,6%) et l'entourage familial pour les personnes en situation de handicap (n = 866 ; 94,9%).

3.5. Caractéristiques du service sanitaire selon les étudiants en santé

Le SSES était considéré comme éducatif ou formatif par 58,7% et 20,6% des étudiants en santé respectivement (n = 536 et n = 188) (Annexe 5). La principale valeur véhiculée par le SSES était définie par le terme partage (n = 329 ; 36%).

Le SSES suscitait pour 29,4% des étudiants (n = 268) une émotion positive. Cette valeur évolue à 38,1% au décours de l'action (n = 348). En termes de bénéfice pour la future pratique professionnelle, les étudiants estimaient à 69,2% la part du SSES (n = 631) puis 63,4% au décours de l'action (n = 579) ($p\text{-value} < 10^{-4}$).

Le SSES permettait d'améliorer la perception des publics cibles dans plus de 70% des cas avec cependant une baisse de 41,6% pour les personnes en situation de handicap (n = 335) au décours de l'action ($p\text{-value} < 10^{-4}$). Il contribuait à une amélioration des représentations sociales de plus de 74% pour tous les publics avec une baisse de 43% pour les personnes en situation de handicap (n = 313) suite à la réalisation de l'action ($p\text{-value} < 10^{-4}$).

4. Discussion

Lors de l'année universitaire 2022-2023, le service sanitaire a concerné 913 étudiants en santé francs-comtois soit 494 étudiants en soins infirmiers, 233 en médecine, 90 en kinésithérapie, 70 en pharmacie et 26 en maïeutique. Les étudiants en santé ont été invités à participer à une recherche portant sur leurs représentations sociales concernant différents publics cibles allant des jeunes enfants aux personnes âgées et comprenant des personnes en situation de handicap et de précarité. Cette étude quantitative s'est démarquée d'autres travaux par le nombre d'étudiants, la multitude de publics cibles et la réalisation à l'échelle régionale (41). La plupart des autres travaux réalisés sont basés sur une analyse qualitative avec des entretiens semi-directifs (42).

Chaque étudiant en santé participant au service sanitaire est issu d'une des cinq filières. L'étude simultanée de l'ensemble des filières est considérée comme une singularité en comparaison d'autres travaux (43). De plus, l'étude des représentations sociales a permis de se distinguer des autres travaux étudiants le point de vue global de l'étudiant et de l'encadrant (44). Sur les 913 étudiants participants à l'étude, environ 80% sont issus de milieux ruraux et semi-ruraux. De plus, 40 à 50% ont eu des parents employés et ouvriers ce qui suggère des familles de classe moyenne.

L'analyse des représentations sociales a constitué le cœur de cette étude. Le SSES a permis de rapprocher les publics cibles et les étudiants en santé. Les adultes et sujets âgés ont représenté les personnes les plus rencontrées alors que les jeunes enfants sont ceux qui ont engendré la plus grande émotion positive. Ceci a illustré une certaine ouverture d'esprit des étudiants qui ont pu posséder des représentations positives sur des populations qu'ils n'ont pas rencontrées fréquemment. Dans tous les cas, il a existé une certaine appréhension à côtoyer les sujets âgés et personnes en situation de handicap certainement liée à une stigmatisation de ces populations. Néanmoins, l'action de prévention primaire et promotion de la santé a balayé cette idée avec une meilleure représentation des sujets âgés et personnes en situation de handicap évaluée par l'augmentation de la satisfaction à réaliser l'action auprès de ces publics cibles. D'ailleurs, les étudiants ont eu une représentation assez basse des publics concernant la faculté de recevoir une information éclairée et la capacité de comprendre de nouvelles informations. Au décours de l'action, cette représentation s'est inversée suite au contact avec les publics cibles. Ainsi, le SSES a constitué un moyen de voir et d'apprendre à connaître différemment les individus afin de faire évoluer ses représentations. Concernant les représentations sociales en lien avec les

milieux sociaux, une tendance générale s'est dégagée. En amont de l'action, une ségrégation des modalités a été observée : les étudiants les ont attribuées à un milieu social défini (aisé ou défavorisé) ce qui correspond aux « représentations usuelles de notre société ». Au décours, cette tendance n'est plus aussi marquée avec une augmentation de la réponse « les deux » pour la grande majorité des items. L'approche des différents milieux par le biais du SSES a constitué un moyen de changer les représentations des étudiants et de casser les barrières formatées depuis l'enfance. Les étudiants se sont également exprimés sur les facteurs pouvant impacter le comportement de santé des publics cibles en affirmant que toutes les modalités évoquées avaient un réel impact. Pour eux, ces critères ont été les mêmes que ceux à prendre en compte concernant la réalisation de l'action : l'âge, l'entourage familial, l'éducation reçue, les habitudes de vie et le milieu social. Dans une moindre mesure, la culture et les expériences professionnelles ou personnelles ont été à prendre en considération. Ils ont tous constitué des facteurs majeurs pouvant influencer les représentations sociales des étudiants. Néanmoins, toutes les modalités ont subi une évolution négative après réalisation de l'action ce qui peut s'expliquer par le fait qu'apprendre à découvrir des personnes a été un moyen de ne plus les stigmatiser.

Plusieurs éléments ont constitué des limites à cette étude. Les résultats observés en Franche-Comté ne peuvent être généralisés dans la mesure où le SSES est déployé différemment selon les régions. Lors du remplissage du double questionnaire, les étudiants en santé avaient dû répondre pour toutes les populations alors que leur action de prévention primaire et promotion de la santé portait sur un seul public cible. Les réponses portant sur les publics non ciblés par l'action de prévention primaire et promotion de la santé des étudiants ont été possiblement impactés du fait de ne pas les avoir rencontrés. Il serait intéressant de savoir si l'attribution d'un public non désiré impacterait les résultats.

Par ailleurs, l'inscription du SSES dans un cadre universitaire et obligatoire a probablement constitué un frein dans l'implication des étudiants lors de la préparation de l'action de prévention primaire et promotion de la santé. Cette limite a été accentuée par le fait de n'avoir que peu de temps de contact avec le public cible. De plus, en fonction des filières, le niveau de formation n'a pas été le même ce qui peut engendrer une approche différente vis-à-vis des publics et des autres étudiants. Ces différents points peuvent constituer une piste d'étude sur l'amélioration du SSES afin que les étudiants puissent en tirer un bénéfice supplémentaire.

CONCLUSION

L'étude réalisée a ainsi permis d'explorer l'évolution des représentations sociales des étudiants en santé francs-comtois au cours de leur année universitaire 2022-2023, ainsi que les facteurs pouvant les influencer comme l'âge, l'habitude vie et l'entourage familial. Ainsi, la préparation et la réalisation a permis de faire évoluer les représentations sociales des étudiants en santé.

Le service sanitaire de Franche-Comté est un dispositif interprofessionnel qui permet aux étudiants en santé de vivre un moment de partage et d'apprentissage illustrant un moment d'échange, de transmission et de convivialité. Il permet en outre aux étudiants d'explorer leurs représentations et de les faire évoluer.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fayard A, Marchand AC. Promotion & Education. SAGE Publications; 2008 [cité 1 mars 2024]. La place de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé dans le système de santé français. Disponible sur: <https://doi.org/10.1177/1025382308093995>
2. Organisation Mondiale de la Santé. Promotion de la santé - Charte d'Ottawa. 21 nov 1986;
3. Organisation Mondiale de la Santé. Définition de la santé selon l'OMS [Internet]. 2024 [cité 1 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/frequently-asked-questions>
4. Alla F. Traité de santé publique. 2016 [cité 1 mars 2024]. Les déterminants de la santé. Disponible sur: <https://www.cairn.info/traite-de-sante-publique--9782257206794-p-15.htm>
5. Tubiana M, Legrain M. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 2002 [cité 1 mars 2024]. Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système de santé français ? Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001407919343493>
6. Ministère de la transformation et de la santé publiques. Définitions et principes | Le portail de la fonction publique [Internet]. [cité 1 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.fonction-publique.gouv.fr/etre-agent-public/mon-quotidien-au-travail/sante-et-securite-au-travail/definitions-et-principes>
7. Shankland R, Lamboy B. Utilité des modèles théoriques pour la conception et l'évaluation de programmes en prévention et promotion de la santé. *Pratiques Psychologiques*. 1 juin 2011;p.153-172.
8. Romero-Portier C, Darlington E. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2022 [cité 1 mars 2024]. Comment promouvoir la participation dans les projets de promotion de la santé ? Les facteurs clés selon les professionnels. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0398762022003625>
9. Gouvernement Français. Projet Stratégie Nationale de Santé 2023-2033 [Internet]. 2023 [cité 1 mars 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/projet_sns.pdf

10. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2023 [cité 1 mars 2023]. Intégrer le retour d'expérience patient à l'équipe de soins. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/nouvelle-aquitaine/article/integrer-le-retour-d-experience-patient-a-l-equipe-de-soins>
11. Sandrin B. Santé Publique. Laxou: S.F.S.P.; 2013 [cité 1 mars 2024]. Éducation thérapeutique et promotion de la santé : quelle démarche éducative ? Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-HS2-page-125.htm>
12. Lucas J. Réflexions sur les missions de prévention du pharmacien d'officine [Internet]. 2022 [cité 1 mars 2024]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04042634>
13. Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale. Le système de santé en France [Internet]. 2021 [cité 1 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/systeme-de-sante-en-france.html#sante-publique>
14. Alla F, Cambon L. Santé Publique. Laxou: S.F.S.P.; 2018 [cité 1 mars 2024]. L'Hôpital, acteur de la promotion de la santé et de la prévention ? Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-1-page-5.htm>
15. Conférence Nationale de Santé. Renforcer et mobiliser les acteurs de la promotion de la santé et de la prévention [Internet]. 2018 [cité 1 mars 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_cns_psp_v_adoptee_280918_v_241018.pdf
16. Buffet S, Vuattoux P, Baudier F, Peseux Y, Magnin-Feysot C, Perrot JM. Santé Publique. 2014 [cité 23 févr 2024]. Mise en place d'un comité de représentants des usagers dans une maison de santé pluridisciplinaire. Constats, limites et perspectives. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-4-page-433.htm>
17. Gross O. L'engagement des patients au service du système de santé. Doin - John Libbey Eurotext; 2018. 164 p.
18. Payan C. Quelles évolutions du lien entre la pharmacie et la promotion de la sante ? Enquete qualitative aupres de jeunes pharmaciens ayant valide un master 2 en promotion de la sante et d un responsable de cette formation. 18 mars 2022;p.38.

19. Flajolet A. Rapport Flajolet La prévention : définitions et comparaisons [Internet]. 2008 [cité 1 mars 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
20. Bouchaud L, Bluze E, Dussart C, Massoubre B, Boulliat C. Annales Pharmaceutiques Françaises. 2022 [cité 1 mars 2024]. Le rôle du pharmacien en officine et en pharmacie hospitalière dans la prévention en santé publique en France. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003450922000116>
21. Routurier C. Le pharmacien en prévention: bilan des pratiques [Internet]. 2015 [cité 1 mars 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01243285/document>
22. Gouvernement Français. Programme nationale de réduction du tabagisme (Plan Cancer 2014-2019) [Internet]. 2014 [cité 1 mars 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnrt2014-2019.pdf>
23. Kozea Group. Patients : quel point de vue sur les campagnes de prévention en pharmacie ? [Internet]. 2022 [cité 1 mars 2024]. Disponible sur: https://kozea.fr/blog/2022-01-20_infographie-patients-quel-point-de-vue-sur-les-campagnes-de-prevention-en-pharmacie/
24. Cominetti F, Gervasoni JP. Campagne cardiovasculaire 2013-2016 du CIPRET Valais: Évaluation de la campagne 2013-2014. janv 2015 [cité 1 mars 2024]; Disponible sur: https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_852F57A28C11.P001/REF.pdf
25. Badran I, Slimano F, Depaquit J. Annales Pharmaceutiques Françaises. 2020 [cité 1 mars 2024]. Regards croisés sur la formation du pharmacien d'officine : le point de vue des pharmaciens d'officine, des enseignants et des étudiants en pharmacie. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003450920300109>
26. Barbier C. Analyse des besoins en formation continue du pharmacien d'officine. 2019;
27. Momas I. Annales Pharmaceutiques Françaises. 2009 [cité 1 mars 2024]. La santé publique et le pharmacien : des enjeux primordiaux de formation. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003450908001351>
28. Sarlon E. Les formations en santé publique. 2006;

29. Caddeo B. Communication pharmacien-patient à l'officine : situation actuelle et édition d'un guide pratique. 2017;
30. Vandesrasier A, Thoër C, Lussier MT. Communiquer. Revue de communication sociale et publique. 2016 [cité 1 mars 2024]. Vers une communication efficace en pharmacie : une approche par contextualisation de l'interaction pharmacien-patient. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/communiquer/1933>
31. Académie nationale de pharmacie. Prévention et promotion en santé place des pharmaciens et des biologistes médicaux. 2016.
32. Conseil National de l'ordre des pharmaciens. La prévention - Les fondamentaux [Internet]. 2022 [cité 1 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/pharmacien/mon-exercice-professionnel/la-prevention-les-fondamentaux>
33. Le Quotidien du Pharmacien [Internet]. [cité 1 mars 2024]. Le pharmacien enfin autorisé à prescrire les vaccins. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/exercice-pro/nouvelles-missions/le-pharmacien-enfin-autorise-prescrire-les-vaccins>
34. Bernardin M. Représentation des médecins généralistes sur la délégation de tâches médicales aux pharmaciens : étude qualitative auprès de médecins généralistes de Lorraine [Internet]. 2020 [cité 1 mars 2024]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298107>
35. Buttard A, Macé F, Morvan L, Peyron C. Pharmaciens et coordination des soins primaires en France : quels enjeux ? [Internet]. 2019 [cité 1 mars 2024]. Disponible sur: <https://hal.science/hal-02022686>
36. Michot P, Catala O, Supper I, Bouliou R, Zerbib Y, Colin C, et al. Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature [Internet]. Laxou: S.F.S.P.; 2013 [cité 1 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-3-page-331.htm>
37. Assurance Maladie. Les missions du pharmacien d'officine [Internet]. 2022 [cité 1 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/doubs/assure/sante/medicaments/missions-pharmacien>

38. Etienne JC, Corne C. Les enjeux de la prévention en matière de santé [Internet]. 2012 [cité 1 mars 2024]. Disponible sur: https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2012/2012_03_prevention_sante.pdf
39. Bourdillon F, Tubiana M. Traité de prévention. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2009. 421 p.
40. Gauche A. Exploration des représentations sociales des étudiants en santé francs-comtois sur leur public cible dans le cadre du service sanitaire 2019-2020. 2021.
41. Busi A, Boussat B, Rigaud M, Guyomard A, Seigneurin A, François P. Sante Publique (Vandoeuvre-Les-Nancy, France). 2020 [cité 1 mars 2024]. Bilan du service sanitaire 2018-2019 de l'Université Grenoble Alpes, inter-filière médecine, pharmacie, maïeutique, kinésithérapie. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35724208/>
42. Perez-Roux T. Recherche En Soins Infirmiers. 2021 [cité 1 mars 2024]. Étude d'un dispositif en interfiliarité dans le cadre du Service sanitaire des étudiants en santé : conception, mise en œuvre et perspectives. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35724008/>
43. Chapron A, Metten MA, Maury A, Prestel T, Bajoux E, Andres É, et al. Sante Publique (Vandoeuvre-Les-Nancy, France). 2021 [cité 1 mars 2024]. Service sanitaire des étudiants en santé : ancrer l'éducation pour la santé dans le cursus des étudiants. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35724088/>
44. Prigent O, Bureau A, Aromatario O, Cambon L. Global Health Promotion. 2022 [cité 1 mars 2024]. Impacts et mise en œuvre du service sanitaire des étudiants en santé (SSES) français : étude de cas dans deux académies françaises. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35081835/>

ANNEXES

Annexe 1 : Caractéristiques sociodémographiques des étudiants en santé

	Total	Filière de santé					<i>p-value</i>
		Soins infirmiers	Médecine	Kinésithérapie	Pharmacie	Maïeutique	
Effectif, n (%)	913 (100,0)	494 (54,1)	233 (25,5)	90 (9,9)	70 (7,7)	26 (2,8)	
Cadre de vie pendant l'adolescence*, n (%)							$< 10^{-4}$
Rural	367 (40,2)	214 (43,4)	73 (31,3)	44 (48,9)	22 (31,4)	14 (53,8)	
Semi-rural	343 (37,6)	154 (31,2)	103 (44,2)	39 (43,3)	37 (52,9)	10 (38,5)	
Urbain	202 (22,2)	125 (25,4)	57 (24,5)	7 (7,8)	11 (15,7)	2 (7,7)	
Etudes dans un établissement prioritaire*, n (%)	168 (18,4)	103 (20,9)	32 (13,7)	20 (22,2)	7 (10,0)	6 (23,1)	0,04
Profession de la mère*, n (%)							
Employée, ouvrière	447 (50,2)	303 (62,6)	68 (30,0)	36 (40,9)	27 (41,6)	13 (50,0)	
Profession intermédiaire	139 (15,6)	50 (10,3)	54 (23,8)	21 (23,9)	6 (9,3)	8 (30,8)	
Cadre, profession intellectuelle supérieure	185 (20,8)	44 (9,1)	88 (38,8)	22 (25,0)	26 (40,0)	5 (19,2)	
Chef d'entreprise, artisan, commerçante, agriculteur exploitant	38 (4,3)	24 (4,9)	9 (3,9)	4 (4,5)	1 (1,5)	0 (0,0)	
Retraitée, sans activité professionnelle, chômage	67 (7,4)	53 (11,0)	5 (2,2)	5 (5,7)	5 (5,1)	0 (0,0)	
Non applicable	14 (1,7)	10 (2,1)	3 (1,3)	0 (0,0)	1 (1,5)	0 (0,0)	
Profession du père*, n (%)							
Employé, ouvrier	374 (41,9)	247 (51,5)	74 (31,7)	21 (25,0)	25 (36,8)	7 (26,9)	
Profession intermédiaire	77 (8,6)	32 (6,7)	23 (9,9)	9 (10,7)	9 (13,2)	4 (15,4)	

Cadre, profession intellectuelle supérieure	244 (27,4)	77 (16,0)	99 (42,5)	38 (45,2)	21 (30,9)	9 (34,6)	
Chef d'entreprise, artisan, commerçant, agriculteur exploitant	134 (15,0)	79 (16,4)	25 (10,8)	13 (15,5)	11 (16,2)	6 (23,1)	
Retraitée, sans activité professionnelle, chômage	34 (3,7)	35 (5,2)	6 (2,5)	3 (3,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Non applicable	28 (3,1)	20 (4,2)	6 (2,6)	0 (0,0)	2 (2,9)	0 (0,0)	
Profession du représentant légal*, n (%)							
Employé, ouvrier	7 (70,0)	4 (66,7)	1 (100,0)	1 (33,4)	1 (50,0)	0 (0,0)	
Chef d'entreprise, artisan, commerçant, agriculteur exploitant	3 (30,0)	1 (16,7)	0 (0,0)	1 (33,3)	1 (50,0)	0 (0,0)	
Cadre, profession intellectuelle supérieure	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Profession intermédiaire	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Retraitée, sans activité professionnelle, chômage	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Boursier au cours de l'année universitaire*, n (%)	300 (32,9)	161 (32,7)	69 (29,7)	27 (30,0)	30 (42,9)	13 (50,0)	0,09

Abréviation : n = nombre

Légende : * = données manquantes ; % = pourcentage

Annexe 2 : Caractéristiques générales des étudiants en santé et du public cible

	Total	Filière de santé					<i>p-value</i>
		Soins infirmiers	Médecine	Kinésithérapie	Pharmacie	Maïeutique	
Effectif, n (%)	913 (100,0)	494 (54,1)	233 (25,5)	90 (9,9)	70 (7,7)	26 (2,8)	
Etudiants contents de leur rencontre (à venir) avec leur public, n (%)							
En amont de la 1 ^{ère} rencontre	784 (86,0)	436 (88,4)	186 (79,8)	77 (85,6)	61 (87,1)	24 (92,3)	0,03
Au décours de la rencontre	854 (93,9)	476 (96,8)	205 (88,4)	82 (91,9)	65 (92,9)	26 (100,0)	2.10 ⁻⁴
Public ciblé par l'action de prévention primaire ou de promotion de la santé, n (%)							0,83
Jeunes enfants	468 (51,3)	257 (52,0)	122 (52,4)	43 (47,8)	36 (51,4)	10 (38,5)	
Adolescents et jeunes adultes	295 (32,3)	156 (31,6)	71 (30,5)	31 (34,4)	24 (34,3)	13 (50,0)	
Adultes	20 (2,2)	10 (2,0)	6 (2,6)	2 (2,2)	1 (1,4)	1 (3,9)	
Personnes âgées	28 (3,1)	14 (2,8)	7 (3,0)	2 (2,2)	4 (5,7)	1 (3,9)	
Personnes en situation de handicap	23 (2,5)	9 (1,8)	8 (3,4)	4 (4,4)	1 (1,4)	1 (3,9)	
Tout public	79 (8,6)	48 (9,7)	19 (8,2)	8 (8,9)	4 (5,7)	0 (0,0)	
Jeunes enfants, n (%)							
Contact fréquent à titre personnel	556 (61,2)	334 (68,0)	125 (53,7)	43 (48,9)	36 (51,4)	18 (69,2)	<10 ⁻⁴
Emotion positive suscitée	698 (80,8)	382 (0,4)	172 (79,3)	69 (80,2)	52 (82,5)	23 (100,0)	
Contact fréquent à titre professionnel	320 (35,4)	165 (33,8)	78 (33,5)	39 (43,3)	30 (44,1)	8 (30,8)	0,21
Emotion positive suscitée	618 (77,5)	338 (78,8)	152 (73,8)	68 (79,1)	44 (77,2)	16 (84,1)	
Adolescents et jeunes adultes, n (%)							

Contact fréquent à titre personnel	805 (88,8)	430 (87,9)	214 (91,9)	77 (86,5)	60 (85,7)	24 (92,3)	0,41
Emotion positive suscitée	566 (58,6)	268 (56,4)	138 (59,7)	56 (63,6)	43 (62,3)	15 (62,5)	
Contact fréquent à titre professionnel	493 (67,3)	165 (57,5)	171 (73,4)	79 (87,8)	59 (86,8)	19 (73,1)	$<10^{-4}$
Emotion positive suscitée	525 (61,8)	279 (62,1)	134 (60,1)	61 (69,3)	41 (63,1)	10 (41,6)	
<hr/>							
Adultes, n (%)							
Contact fréquent à titre personnel	889 (97,8)	476 (97,1)	229 (98,3)	88 (97,8)	70 (100,0)	26 (100,0)	0,49
Emotion positive suscitée	566 (63,5)	287 (59,9)	153 (66,5)	62 (70,5)	46 (66,8)	18 (72,0)	
Contact fréquent à titre professionnel	877 (96,4)	473 (96,1)	221 (94,9)	90 (100,0)	67 (94,9)	26 (100,0)	0,21
Emotion positive suscitée	584 (65,9)	301 (63,1)	144 (63,2)	71 (79,7)	46 (68,7)	22 (88,0)	
<hr/>							
Personnes âgées, n (%)							
Contact fréquent à titre personnel	786 (86,7)	435 (89,0)	195 (83,7)	78 (86,7)	61 (87,1)	17 (65,4)	7.10^{-3}
Emotion positive suscitée	631 (71,7)	343 (72,2)	154 (68,1)	68 (76,4)	50 (74,6)	16 (69,6)	
Contact fréquent à titre professionnel	845 (93,1)	477 (97,0)	212 (90,9)	88 (97,8)	64 (94,1)	4 (16,0)	$<10^{-4}$
Emotion positive suscitée	608 (69,7)	337 (70,4)	137 (61,7)	69 (77,5)	52 (80,0)	13 (76,5)	
<hr/>							
Personne en situation de handicap, n (%)							
Contact fréquent à titre personnel	348 (38,4)	216 (44,4)	59 (25,3)	52 (57,8)	17 (24,3)	4 (15,4)	$<10^{-4}$
Emotion positive suscitée	513 (62,7)	289 (64,4)	119 (58,3)	60 (70,6)	37 (61,7)	8 (40,0)	
Contact fréquent à titre professionnel	689 (76,1)	392 (80,3)	156 (67,0)	88 (97,8)	45 (66,2)	8 (30,8)	$<10^{-4}$
Emotion positive suscitée	539 (63,3)	291 (63,3)	130 (60,7)	67 (74,5)	42 (67,7)	9 (36,0)	
<hr/>							
Personne en situation de précarité, n (%)							
Contact fréquent à titre personnel	264 (29,3)	158 (32,6)	61 (26,4)	20 (22,5)	18 (25,7)	7 (26,9)	0,2

Emotion positive suscitée	353 (46,1)	191 (45,5)	99 (51,3)	28 (37,3)	28 (48,3)	7 (35,0)	
Contact fréquent à titre professionnel	550 (61,1)	294 (60,4)	136 (58,9)	56 (63,6)	41 (58,9)	23 (88,5)	0,06
Emotion positive suscitée	398 (49,2)	212 (48,6)	107 (51,9)	39 (49,4)	31 (49,2)	9 (36,0)	

Abréviation : n = nombre

Légende : * = données manquantes ; % = pourcentage

Annexe 3 : Perception des étudiants en santé sur le public cible

Effectif, n (%)	Total															Filière de santé			<i>p-value</i>
	Soins infirmiers			Médecine			Kinésithérapie			Pharmacie			Maïeutique						
	T1	Δ	<i>p-value</i>	T1	Δ	<i>p-value</i>	T1	Δ	<i>p-value</i>	T1	Δ	<i>p-value</i>	T1	Δ	<i>p-value</i>	T1	Δ	<i>p-value</i>	
913 (100,0)				494 (54,1)			233 (25,5)			90 (9,9)			70 (7,7)			26 (2,8)			
Etudiants satisfait de réaliser une action auprès de leur public*, %																			
Jeunes enfants	95,1	+2,3		96,5	+2,3		91,8	+2,5		95,4	+4,6		94,4	0,0		100,0	0,0		
Adolescents et jeunes adultes	82,0	+11,6		84,6	+12,2		73,2	+11,3		80,7	+12,9		91,7	+4,1		84,6	+15,4		
Adultes	80,0	+20,0		80,0	+20,0		83,3	+16,7		100,0	0,0		0,0	+100,0		100,0	0,0		
Personnes âgées	60,7	+14,3		64,3	+19,0		71,4	0,0		0,0	0,0		50,0	+25,0		100,0	0,0		
Personnes en situation de handicap	52,2	+33,4		66,7	+33,3		12,5	+50,0		75,0	0,0		100,0	0,0		100,0	0,0		
Tout public	67,1	+14,7		70,8	+16,4		57,9	+19,9		75,0	-12,5		50,0	+25,0		0,0	0,0		
Le public reçoit une information éclairée sur sa santé*, %	62,9	+27,9	<10 ⁻⁴	69,6	+26,3	<10 ⁻⁴	57,1	+26,6	<10 ⁻⁴	55,6	+34,4	<10 ⁻⁴	48,6	+30,0	3.10 ⁻⁴	50,0	+40,0	2.10 ⁻³	0,10
Le public est toujours en capacité de comprendre de nouvelles informations*, %	71,9	+22,0	<10 ⁻⁴	75,7	+20,0	<10 ⁻⁴	64,0	+27,0	<10 ⁻⁴	71,1	+22,2	<10 ⁻⁴	70,0	+20,0	2.10 ⁻³	76,9	+19,3	0,06	0,14
Le public est en capacité d'intégrer de nouvelles informations, %	92,3	+4,3	<10 ⁻⁴	92,5	+5,1	9.10 ⁻³	90,1	+3,9	7.10 ⁻³	94,4	+2,3	0,16	95,7	+1,4	0,76	92,3	+7,7	0,16	7.10 ⁻³

Le public nécessite une adaptation du langage de la part de l'étudiant*, %	94,4	-0,1	0,91	94,3	+1,0	0,40	93,1	-1,7	0,45	95,6	+2,2	0,32	95,7	-1,4	0,66	100,0	-11,5	0,08	0,81
--	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------	-------	------	------

Critères à prendre en compte pour réaliser l'action, %

Age	98,6	-1,3	0,04	98,4	-0,6	0,44	97,9	-1,6	0,25	100,0	-4,4	0,045	100,0	-1,4	0,32	98,2	0,0	1,00	0,67
Lieu d'habitation	78,5	-20,4	<10 ⁻⁴	82,4	-23,7	<10 ⁻⁴	75,6	-16,4	<10 ⁻⁴	77,8	-20,0	2.10 ⁻³	65,7	-8,6	0,47	69,2	-11,5	0,26	0,08
Milieu social dans lequel ils évoluent	89,9	-21,7	<10 ⁻⁴	88,7	-17,0	<10 ⁻⁴	91,4	-25,3	<10 ⁻⁴	95,6	-26,7	<10 ⁻⁴	82,9	-28,6	2.10 ⁻⁴	100,0	-34,6	3.10 ⁻³	0,73
Entourage familial	91,0	-18,1	<10 ⁻⁴	90,9	-14,0	<10 ⁻⁴	92,2	-23,6	<10 ⁻⁴	92,2	-18,9	4.10 ⁻⁴	90,0	-24,3	4.10 ⁻⁴	80,8	-23,1	0,03	0,61
Entourage amical	72,2	-18,0	<10 ⁻⁴	73,3	-13,2	<10 ⁻⁴	69,1	-21,0	<10 ⁻⁴	80,0	-28,9	<10 ⁻⁴	53,3	-11,9	4.10 ⁻⁴	61,5	-19,2	0,10	0,74
Habitue de vie	96,6	-3,0	2.10 ⁻³	97,0	-2,3	0,18	96,1	-1,7	0,11	95,6	-2,3	0,48	98,6	-8,6	0,04	92,3	-15,4	0,16	0,12
Croyance	69,7	-10,9	<10 ⁻⁴	66,4	-7,3	6.10 ⁻³	68,7	-18,1	<10 ⁻⁴	90,0	-4,4	0,37	65,7	-17,1	0,03	80,8	-19,3	0,03	7.10 ⁻³
Culture	81,8	-18,5	<10 ⁻⁴	79,4	-11,5	<10 ⁻⁴	84,5	-24,0	<10 ⁻⁴	87,8	-24,5	2.10 ⁻³	80,0	-34,3	<10 ⁻⁴	88,6	-38,6	<10 ⁻⁴	0,34
Education reçue	91,0	-10,7	<10 ⁻⁴	90,5	-6,1	2.10 ⁻³	91,4	-14,1	<10 ⁻⁴	95,6	-17,8	3.10 ⁻⁴	90,0	-22,9	3.10 ⁻⁴	84,6	-11,5	0,08	0,03
Niveau d'étude	51,3	-12,6		42,0	-6,2		65,0	-15,0		56,3	-18,8		60,0	-40,0		66,7	-33,3		0,24
Expériences professionnelles ou personnelles	80,5	-5,4		82,7	+0,4		77,5	-17,1		74,5	+4,2		82,4	-14,8		81,3	-18,8		0,67

Critères qui rend difficile la préparation de l'action, %

Critère 1	16,4	+3,9		13,6	+5,9		18,4	+2,0		22,1	+1,5		19,3	+6,6		29,3	-18,7		
Critère 2	19,0	-0,4		20,1	-1,1		20,5	-0,6		11,7	+2,5		25,4	-10,2		14,6	+8,8		
Critère 3	13,9	+9,0		15,6	+8,7		11,3	+8,1		12,4	+11,2		13,2	+10,9		12,2	+11,2		
Critère 4	15,8	-2,0		14,6	-2,5		16,8	-1,1		18,6	-2,4		17,5	-1,4		17,1	+4,2		

Critère 5	15,6	-8,4	15,5	-8,4	15,0	-8,8	21,4	-9,9	13,2	-6,9	9,8	-3,4
Critère 6	10,5	0,0	11,1	+0,3	10,3	+0,5	8,3	-1,5	11,4	-1,6	7,3	-0,9
Critère 7	8,6	-2,2	9,6	-2,9	7,6	-0,1	5,5	-1,4	8,8	-6,1	9,8	-1,3

Abréviation : n = nombre

Légende : * = données manquantes ; Δ = évolution en aval de l'action de prévention ; % = pourcentage ; jaune = degré d'adhésion modéré (50-70% des étudiants sont d'accord avec la proposition) ; critère 1 = devoir adapter/vulgariser son langage auprès du public ciblé ; critère 2 = pertinence d'une action auprès du public ciblé sur la thématique retenue par la structure d'accueil ; critère 3 = travailler en équipe interprofessionnelle avec des étudiants ; critère 4 = travailler en équipe interprofessionnelle avec des étudiants, l'équipe de la structure d'accueil et le binôme de tuteurs de groupe ; critère 5 = manquer de connaissances sur la thématique retenue par la structure d'accueil ; critère 6 = la thématique retenue par la structure d'accueil ; critère 7 = avoir une représentation négative du public ciblé ; *p-value* = comparaison entre le questionnaire PRE et le questionnaire POST ; vert = degré d'adhésion élevé (70% ou plus des étudiants sont d'accord avec la proposition) ; rouge = degré d'adhésion faible (50% ou moins des étudiants sont d'accord avec la proposition)

Annexe 4 : Représentations sociales des étudiants en santé

	Total															Filière de santé		<i>p-value</i>	
				Soins infirmiers			Médecine			Kinésithérapie			Pharmacie			Maïeutique			
	Effectif, n (%)			913 (100,0)			494 (54,1)			233 (25,5)			90 (9,9)			70 (7,7)			26 (2,8)
	T1	Δ	<i>p-value</i>	T1	Δ	<i>p-value</i>	T1	Δ	<i>p-value</i>	T1	Δ	<i>p-value</i>	T1	Δ	<i>p-value</i>	T1	Δ	<i>p-value</i>	
Capacité du public à changer son comportement de santé selon les étudiants en santé, %																			
Jeunes enfants	46,9	+2,6	<10 ⁻⁴	52,4	+1,4	0,62	38,2	+3,9	<10 ⁻⁴	45,6	+7,7	7.10 ⁻³	35,7	+7,2	0,34	53,9	-15,4	0,21	0,52
Adolescents et jeunes adultes*	85,3	+3,4	<10 ⁻⁴	86,0	+4,7	0,01	84,1	+1,7	0,59	85,6	+2,2	0,62	82,9	+5,7	0,29	88,5	-7,7	0,32	0,45
Adultes*	89,8	+4,5	2.10 ⁻⁴	90,9	+2,8	0,09	88,0	+5,1	0,03	91,1	+6,7	0,04	90,0	+5,7	0,10	80,8	+19,2	0,03	0,10
Personnes âgées*	64,1	+7,3	3.10 ⁻⁴	67,6	+5,2	0,05	57,1	+10,7	7.10 ⁻³	66,7	+11,1	0,05	62,9	-1,5	0,83	57,7	+23,1	0,08	0,32
Personnes en situation de handicap*	62,6	0,0	<10 ⁻⁴	62,3	+1,6	<10 ⁻⁴	57,5	+0,9	0,01	78,7	-7,6	0,14	58,6	+2,8	0,02	69,2	-19,2	0,13	0,76
Représentations sociales des étudiants sur certains comportements de santé du public cible en fonction de leur milieu social, %																			
Acceptation de certains comportements défavorables																			<10 ⁻⁴
Milieu défavorisé	29,5	-5,7		27,9	-5,8		33,9	-5,6		30,0	-4,5		22,9	-1,5		34,6	-19,2		
Milieu aisé	7,8	-1,4		7,7	-1,8		10,3	-2,5		6,7	+2,2		4,3	-2,9		0,0	+7,7		
Les deux	52,3	+7,1		53,6	+8,7		48,9	+5,6		51,1	-1,1		57,1	+7,2		46,2	+19,2		
Aucun des deux	10,4	0,0		10,8	-1,1		6,9	+2,5		12,2	+3,4		15,7	-2,8		19,2	-7,7		
Accès facile à la délinquance pour les enfants/adolescents																			<10 ⁻⁴
Milieu défavorisé	67,9	-8,1		63,8	-12,4		76,8	-2,6		70,0	-7,8		58,6	+4,3		84,6	-11,5		

Milieu aisé	1,4	+0,9	1,2	+1,4	3,00	-0,4	0,0	+1,1	0,0	+1,4	0,0	0,0
Les deux	26,8	+6,4	30,8	+10,7	17,6	+1,3	26,7	+2,2	35,7	-4,3	11,5	+11,6
Aucun des deux	3,9	+0,8	4,2	+0,3	2,6	+1,7	3,3	+4,5	5,7	-1,4	3,9	0,0
Renvoi d'une mauvaise image de soi en public												<10 ⁻⁴
Milieu défavorisé	53,0	-0,3	51,8	-3,6	57,1	+7,3	54,4	-3,3	47,1	0,0	50,0	-3,9
Milieu aisé	2,7	-0,6	2,6	-0,2	3,4	-0,8	2,2	-1,1	2,9	-2,9	0,0	0,0
Les deux	32,1	+1,6	34,4	+4,3	27,5	-3,9	28,9	-7,8	35,7	-1,4	30,8	+3,9
Aucun des deux	12,2	-0,7	11,4	-0,7	12,0	-2,6	14,5	+1,1	14,3	+4,3	19,2	-7,7
Enfants sages sans problème de discipline pendant sa scolarité												<10 ⁻⁴
Milieu défavorisé	1,1	+0,8	1,0	+1,2	2,2	+0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Milieu aisé	34,6	-1,1	36,2	-5,6	35,6	+2,2	36,7	+1,1	24,3	+4,3	15,4	+44,6
Les deux	58,1	+2,5	56,3	+7,9	57,1	-1,3	56,7	-3,4	68,6	-1,5	76,9	-34,6
Aucun des deux	6,2	-2,2	6,5	-3,5	5,1	-1,3	6,6	+2,3	7,1	-2,8	7,7	0,0
Enfants appartenant à une bonne famille avec une bonne éducation												<10 ⁻⁴
Milieu défavorisé	1,0	+0,5	0,6	+1,4	2,2	-1,0	1,1	-1,1	0,0	0,0	0,0	+3,8
Milieu aisé	44,9	-4,3	42,3	-4,6	51,5	-2,1	46,7	-7,8	38,6	-8,6	46,2	+7,7
Les deux	50,5	+4,0	53,4	+4,5	43,4	+2,1	46,7	+6,6	58,6	+8,5	50,0	-11,5
Aucun des deux	3,6	-0,2	3,7	-1,3	3,0	+0,9	5,5	+2,3	2,8	0,0	3,8	0,0
Scolarisation dans un ou des établissements privés pendant les études												<10 ⁻⁴
Milieu défavorisé	0,8	+0,5	0,6	+0,8	0,9	+0,4	3,3	-2,2	0,0	0,0	0,0	+3,8
Milieu aisé	74,8	-6,7	70,9	-8,9	81,6	0,0	73,4	-3,4	75,7	-15,7	92,2	-11,4
Les deux	20,4	+7,8	24,7	+9,9	13,7	+1,3	20,0	+3,3	18,6	+18,5	3,9	+11,5

Aucun des deux	4,0	-1,6	3,8	-1,8	3,8	-1,7	3,3	+2,3	5,7	-2,8	3,9	-3,9	
Scolarisation dans un ou des établissements publics pendant les études													<10 ⁻⁴
Milieu défavorisé	9,9	-1,7	10,7	-2,6	7,3	+2,6	7,8	-2,2	14,3	-7,2	11,5	-3,7	
Milieu aisé	1,4	+0,9	1,6	+1,2	2,2	-0,5	0,0	+1,1	0,0	+1,4	0,0	+3,8	
Les deux	84,5	+2,5	83,0	+4,3	87,1	-1,7	87,8	+1,1	81,4	+5,8	84,6	+3,8	
Aucun des deux	4,2	-1,7	4,7	-2,9	3,4	-0,4	4,4	0,0	4,3	0,0	3,9	-3,9	
Manque d'encadrement des parents pendant l'enfance													<10 ⁻⁴
Milieu défavorisé	21,5	-3,9	22,3	-6,1	22,3	-0,8	20,0	-1,1	14,3	-1,4	23,1	-3,9	
Milieu aisé	2,1	+1,2	2,2	+1,2	3,0	+0,9	1,1	+1,1	0,0	+2,9	0,0	0,0	
Les deux	69,1	+3,1	47,4	+6,8	68,2	-0,8	70,0	-4,4	80,0	-1,4	73,1	+3,8	
Aucun des deux	7,3	-0,1	8,0	-2,5	6,5	+0,8	8,9	+4,4	5,7	0,0	3,8	0,0	
Manque de soutien des parents pendant l'enfance													<10 ⁻⁴
Milieu défavorisé	15,9	-0,6	14,6	-0,8	21,5	-1,3	15,6	-2,3	10,0	+1,4	7,7	+7,7	
Milieu aisé	5,0	-1,2	5,3	-0,9	5,2	-1,4	4,4	-4,4	2,9	+1,4	7,7	-3,8	
Les deux	71,7	-2,0	72,9	+3,4	66,5	+0,8	70,0	+1,1	80,0	0,0	80,7	-7,6	
Aucun des deux	7,4	-0,2	7,2	-1,7	6,8	+1,8	10,0	+5,6	7,1	-3,7	3,9	+3,9	

Facteurs pouvant impacter le comportement de santé des publics cibles, %

Jeunes enfants

Age*	96,7	-0,3	98,6	-1,4	95,7	-1,7	93,3	+4,5	98,6	-1,5	100,0	-3,8	0,48
Lieu d'habitation*	79,6	-3,3	79,1	-3,4	81,6	-1,3	83,3	-6,6	70,0	-4,3	84,6	-3,8	0,53
Milieu social dans lequel ils évoluent*	89,1	-3,8	87,6	-2,2	90,6	-1,3	93,3	-8,9	85,7	-8,6	100,0	-7,7	0,58

Entourage familial*	95,1	-2,8	94,1	-2,8	96,6	-1,3	97,8	-4,5	91,4	-2,8	100,0	-7,7	0,45
Entourage amical*	76,5	+2,5	77,1	+2,5	74,7	+3,8	80,0	+3,3	80,0	-5,7	61,5	+7,7	0,41
Habitudes de vie*	95,9	-1,4	96,8	-2,9	95,3	+0,8	94,4	+3,4	92,9	-1,5	100,0	-11,5	0,19
Croyance*	70,9	+1,5	69,0	+2,0	71,2	+1,3	77,8	+7,8	68,6	-1,5	88,5	-23,1	0,99
Culture*	79,8	+1,1	78,5	+0,7	81,1	+0,9	78,9	+6,7	81,4	-1,4	92,3	0,0	<10 ⁻⁴
Education reçue*	95,5	-1,2	94,3	-0,8	96,6	0,5	98,9	-2,2	94,3	-2,9	100,0	-7,7	0,23
Adolescents et jeunes adultes													
Age*	94,9	-0,3	95,5	0,0	91,9	0,0	97,8	0,0	94,3	-1,4	100,0	-3,8	0,07
Lieu d'habitation*	84,7	-1,9	84,2	-1,8	84,5	0,0	87,8	-6,7	82,9	-5,8	88,5	+7,7	0,61
Milieu social dans lequel ils évoluent*	90,7	-3,4	89,9	-3,3	90,1	-0,4	95,6	-5,6	90,0	-10,0	95,2	-7,7	<10 ⁻⁴
Entourage familial*	93,2	-2,6	92,7	-2,0	92,7	-2,1	95,6	-2,3	94,3	-8,6	96,2	-3,8	0,1
Entourage amical*	92,8	-1,3	91,3	0,0	95,3	-3,0	91,1	+5,6	94,3	-8,6	100,0	-15,4	0,21
Habitudes de vie*	97,2	-1,8	96,6	-2,1	97,0	-1,3	97,8	+1,1	98,6	-4,3	100,0	0,0	0,07
Croyance*	79,7	+1,4	78,1	-0,2	79,8	+3,5	84,4	+12,3	78,6	-6,0	96,2	-7,7	0,49
Culture*	84,5	-1,2	82,6	-2,0	86,7	-0,4	88,9	0,0	81,4	0,0	96,2	0,0	8.10 ⁻⁴
Education reçue*	93,3	-1,6	92,3	-0,8	94,0	-2,1	94,4	0,0	94,3	-4,3	100,0	-11,5	0,91

Expériences professionnelles et personnelles*	88,6	-0,1	88,2	+2,7	89,3	-1,7	85,6	+3,3	88,6	-7,2	100,0	-30,8	0,57
Adultes													
Age*	78,3	+3,3	83,8	+3,0	71,7	+3,4	76,7	+4,4	67,1	+4,3	69,2	0,0	0,03
Lieu d'habitation*	83,8	-0,7	83,4	+0,8	84,1	0,0	91,1	-6,7	74,3	0,0	84,5	-11,4	0,89
Milieu social dans lequel ils évoluent*	91,0	-3,8	88,9	-3,1	91,9	-0,5	96,7	-8,9	92,9	-12,9	100,0	-7,7	2.10 ⁻³
Entourage familial*	83,7	-1,5	83,4	+1,8	83,3	-4,3	88,9	-3,3	80,0	-7,1	84,6	-19,2	0,14
Entourage amical*	82,7	-0,3	81,4	+2,2	82,4	-1,3	90,0	-8,8	84,3	-2,9	80,7	-7,7	0,97
Habitudes de vie*	96,3	-0,6	95,3	-0,6	96,1	+0,9	100,0	-2,2	97,1	-2,8	100,0	0,0	0,74
Croyance*	84,2	-0,3	81,8	-0,8	87,1	0,0	90,0	+4,4	80,0	-2,9	96,2	-3,8	0,58
Culture*	86,2	0,0	84,4	-1,4	89,3	+1,3	87,8	+3,3	82,9	+2,8	96,2	-3,8	7.10 ⁻⁴
Education reçue*	85,5	+0,7	85,6	+1,7	85,4	-1,3	87,8	+4,4	84,3	-4,3	80,8	0,0	0,33
Niveau d'études*	77,7	-0,5	72,5	-0,6	87,1	+2,2	76,7	+5,5	77,1	-7,1	96,2	-23,1	
Expériences professionnelles et personnelles*	92,8	-0,1	91,3	+0,2	94,4	+0,9	93,3	-2,2	94,3	-1,4	100,0	-3,8	0,14
Personnes âgées													
Age*	82,6	+2,0	85,2	+2,5	79,4	-1,3	87,8	0,0	70,0	+14,3	76,9	-3,8	0,89
Lieu d'habitation*	84,7	-2,3	83,6	-3,8	86,7	+0,4	90,0	-3,3	81,4	-1,4	79,9	+3,8	0,06
Milieu social dans lequel ils évoluent*	88,7	-5,2	88,0	-6,8	89,3	-4,3	90,0	+2,2	87,1	-5,7	96,2	-7,7	6.10 ⁻³

Entourage familial*	88,4	-3,2	87,9	-1,3	88,8	-5,2	91,1	-2,2	87,1	-10,0	88,5	-3,8	0,11
Entourage amical*	75,5	-1,0	76,1	-2,0	74,3	+1,2	76,7	+5,5	72,9	-4,3	79,9	-29,9	0,06
Habitudes de vie*	95,6	-0,6	94,9	-0,6	96,6	-1,7	95,6	+3,3	97,1	-4,2	96,2	+3,8	0,18
Croyance*	85,1	+0,8	84,4	-1,6	85,4	+3,4	93,3	+2,3	77,1	+8,6	88,5	-3,8	0,78
Culture*	86,8	-1,4	86,4	-3,8	88,0	+1,3	87,8	+3,3	81,4	-1,4	92,3	+7,7	0,4
Education reçue*	81,7	-0,2	83,2	0,0	77,3	+2,1	86,7	+2,2	81,4	-8,5	86,7	-21,3	0,81
Niveau d'études*	70,8	-0,1	68,6	-2,3	76,4	+3,9	71,1	+5,6	64,3	+2,8	79,9	-22,2	
Expériences professionnelles et personnelles*	91,6	+0,1	90,7	0,0	91,0	+2,1	93,3	-1,1	94,3	-1,4	100, 0	-7,7	0,36
Personnes en situation de handicap													
Age*	79,7	+0,9	81,4	-0,2	74,7	+2,1	84,4	+3,4	81,4	+5,7	73,1	-11,6	0,11
Lieu d'habitation*	81,9	-1,4	78,3	+0,9	86,3	-3,3	91,1	-5,5	81,4	-4,3	80,8	-1,6	0,28
Milieu social dans lequel ils évoluent*	90,6	-5,2	87,6	-6,2	94,4	-2,1	93,3	0,0	91,4	-11,4	96,2	-7,7	< 10 ⁻⁴
Entourage familial*	94,9	-2,5	93,5	-1,8	97,0	-5,4	96,7	+1,1	92,9	-1,5	100, 0	-3,8	0,04
Entourage amical*	88,6	-2,1	86,2	-0,6	91,4	-3,8	90,0	+2,2	92,9	-10,0	92,3	-7,7	4.10 ⁻³
Habitudes de vie*	94,5	-1,0	93,9	-0,8	95,7	-1,7	93,3	+2,3	94,3	-1,4	100, 0	-7,7	0,32
Croyance*	77,9	+2,3	76,7	-0,4	78,5	+4,8	88,7	+4,6	70,0	+7,1	84,6	+3,8	0,69
Culture*	81,4	+0,6	80,2	-1,5	82,0	+2,6	88,7	0,0	77,1	+10,0	92,3	0,0	< 10 ⁻⁴
Education reçue*	88,9	-2,1	88,3	-4,7	90,1	-3,0	92,2	0,0	84,3	+7,1	92,3	0,0	2.10 ⁻³

Niveau d'études*	70,5	-1,1	66,6	-1,8	77,3	0,0	71,1	+2,2	70,0	+1,4	84,6	-15,4	
Expériences professionnelles et personnelles*	85,8	+1,5	83,4	+2,0	88,0	+2,6	87,8	+4,4	90,0	-5,7	92,3	-7,7	0,87

Abréviation : n = nombre

Légende : * = données manquantes ; Δ = évolution en aval de l'action de prévention ; % = pourcentage ; jaune = degré d'adhésion modéré (50-70% des étudiants sont d'accord avec la proposition) ; *p-value* = comparaison entre le questionnaire PRE et le questionnaire POST des étudiants ; vert = degré d'adhésion élevé (70% ou plus des étudiants sont d'accord avec la proposition) ; rouge = degré d'adhésion faible (50% ou moins des étudiants sont d'accord avec la proposition)

Annexe 5 : Caractéristiques du service sanitaire selon les étudiants en santé

	Total									Filière de santé				<i>p-value</i>			
	Soins infirmiers			Médecine			Kinésithérapie			Pharmacie		Maïeutique					
Effectif, n (%)	913 (100,0)			494 (54,1)			233 (25,5)			90 (9,9)		70 (7,7)		26 (2,8)			
	T1	Δ	<i>p-value</i>	T1	Δ	<i>p-value</i>	T1	Δ	<i>p-value</i>	T1	Δ	<i>p-value</i>	T1	Δ	<i>p-value</i>		
Démarche principale, %																0.62	
Educatif	58,7	-1,8		65,4	+0,4		48,0	-3,8		48,9	-5,6		58,6	-2,9		61,5	-11,5
Formatif	20,6	+1,0		17,0	+1,0		23,2	+1,3		33,3	+3,4		22,9	-4,3		15,4	+3,8
Accompagnement	14,2	-3,5		14,6	-4,3		13,7	-2,5		12,2	-5,5		12,8	+1,5		23,1	-3,8
Purement scolaire	5,3	+3,9		1,8	+2,9		13,3	+3,9		5,6	+7,7		4,3	+7,1		0,0	+3,8
Lâcher prise	0,2	+0,1		0,0	+0,6		0,8	-0,8		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0
Magistral	0,1	+0,5		0,0	0,0		0,0	+1,7		0,0	0,0		1,4	-1,4		0,0	+3,8
Principale valeur véhiculée, %																0.20	
Partage	36,0	-0,1		32,4	+5,3		33,1	-5,6		50,0	-14,3		45,7	0,0		57,6	-3,8
Apprentissage	16,4	+1,3		19,9	+0,8		14,6	+0,4		8,9	+4,4		7,2	+8,5		19,2	-11,5
Bienfaisance	10,3	-1,2		8,3	-1,2		14,6	-3,0		10,0	+4,4		10,0	+1,4		11,5	-11,5
Bien commun	9,9	-2,9		8,9	-2,4		11,6	-5,2		7,8	+3,3		15,7	-7,1		3,9	0,0
Réflexion	6,9	+0,5		8,7	-0,6		6,0	+2,2		3,3	+1,1		2,9	0,0		3,9	+3,9
Responsabilité	5,7	+1,4		6,7	-0,8		4,3	+7,3		5,6	+1,2		4,3	0,0		3,9	+3,9
Autonomie	4,4	+0,2		3,6	+0,3		4,7	+1,7		4,5	+1,2		10,0	5,7		0,0	0,0
Respect	3,4	-0,4		4,3	-1,5		2,1	+0,9		4,4	-2,2		1,4	+4,3		0,0	0,0

Egalité	2,6	-0,1		3,0	-0,4		3,9	0,0		0,0	+1,1		0,0	0,0		0,0	0,0		
Tolérance	2,1	+0,3		2,0	+2,2		2,6	-0,4		2,2	0,0		1,4	0,0		0,0	+7,7		
Amitié	0,9	-0,5		0,8	-0,4		0,8	-0,4		2,2	-2,2		0,0	0,0		0,0	+3,8		
Amusement	0,3	+1,0		0,6	+0,8		0,0	+1,3		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	+3,8		
Emotion positive suscitée par le service sanitaire, %	29,4	+8,7		30,4	+12,1		21,4	+6,9		39,0	+1,0		35,8	+2,8		30,8	+3,8		
Bénéfices apportés pour la future pratique professionnelle*, %	69,2	-5,8	10^{-3}	82,6	-3,6	0,12	50,2	-6,0	0,11	61,1	-14,4	0,02	52,9	-10,0	0,09	57,7	-3,8	0,71	$<10^{-4}$
Améliorations de la perception du public cible grâce au SSES, %																			
Jeunes enfants	78,3	-27,3	$<10^{-4}$	81,2	-22,1	$<10^{-4}$	74,7	-36,7	10^{-3}	78,9	-36,7	$<10^{-4}$	65,7	-28,6	3.10^{-4}	88,5	-53,9	5.10^{-4}	0,34
Adolescents et jeunes adultes	78,1	-32,0	$<10^{-4}$	82,8	-27,7	$<10^{-4}$	69,5	-33,4	$<10^{-4}$	80,0	-44,4	$<10^{-4}$	67,1	-35,7	$<10^{-4}$	88,5	-46,2	10^{-3}	0,04
Adultes	71,3	-32,4	$<10^{-4}$	78,5	-29,6	$<10^{-4}$	60,9	-29,9	$<10^{-4}$	68,9	-44,5	$<10^{-4}$	54,3	-34,3	$<10^{-4}$	80,8	-61,6	2.10^{-4}	0,03
Personnes âgées	70,7	-32,9	$<10^{-4}$	73,7	-26,7	$<10^{-4}$	65,2	-47,7	$<10^{-4}$	73,3	-47,7	$<10^{-4}$	58,6	-38,6	$<10^{-4}$	84,6	-57,7	3.10^{-4}	0,16
Personnes en situation de handicap	78,3	-41,6	$<10^{-4}$	81,0	-35,2	$<10^{-4}$	76,8	-47,6	$<10^{-4}$	74,4	-51,1	$<10^{-4}$	65,7	-47,1	$<10^{-4}$	88,5	-61,6	2.10^{-4}	0,11
Améliorations des représentations sociales des étudiants grâce au SSES, n (%)																			
Jeunes enfants	75,4	-29,8	$<10^{-4}$	78,7	-24,6	$<10^{-4}$	70,4	-40,5	$<10^{-4}$	77,8	-42,2	$<10^{-4}$	61,4	-31,4	$<10^{-4}$	84,6	-54,0	2.10^{-3}	0,22
Adolescents et jeunes adultes	77,7	-34,8	$<10^{-4}$	80,8	-29,2	$<10^{-4}$	71,2	-37,7	$<10^{-4}$	82,2	-47,8	$<10^{-4}$	64,3	-40,0	$<10^{-4}$	96,2	-53,9	5.10^{-4}	0,11
Adultes	75,6	-39,7	$<10^{-4}$	79,6	-33,6	$<10^{-4}$	68,2	-41,2	$<10^{-4}$	80,0	-58,9	$<10^{-4}$	60,0	-42,9	$<10^{-4}$	92,3	-65,4	$<10^{-4}$	0,16
Personnes âgées	74,6	-41,4	$<10^{-4}$	79,9	-37,8	$<10^{-4}$	72,1	-45,9	$<10^{-4}$	76,7	-57,8	$<10^{-4}$	60,0	-42,9	$<10^{-4}$	84,6	-65,4	$<10^{-4}$	0,27

Personnes en situation de handicap	77,3	-43,0	<10 ⁻⁴	79,6	-41,1	<10 ⁻⁴	68,6	-57,8	<10 ⁻⁴	76,7	-57,8	<10 ⁻⁴	68,6	-54,3	<10 ⁻⁴	84,6	-65,4	<10 ⁻⁴	0,33
------------------------------------	------	-------	-------------------	------	-------	-------------------	------	-------	-------------------	------	-------	-------------------	------	-------	-------------------	------	-------	-------------------	------

Abréviation : n = nombre

Légende : * = données manquantes ; Δ = évolution en aval de l'action de prévention ; % = pourcentage ; jaune = degré d'adhésion modéré (50-70% des étudiants sont d'accord avec la proposition) ; *p-value* = comparaison entre le questionnaire PRE et le questionnaire POST des étudiants ; vert = degré d'adhésion élevé (70% ou plus des étudiants sont d'accord avec la proposition) ; rouge = degré d'adhésion faible (50% ou moins des étudiants sont d'accord avec la proposition)

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	3
LISTE DES ANNEXES	4
LISTE DES FIGURES	4
LISTE DES TABLEAUX	4
INTRODUCTION.....	5
PARTIE I : LE PHARMACIEN D’OFFICINE, ACTEUR DE LA PREVENTION	
PRIMAIRE ET PROMOTION DE LA SANTE.....	7
1. ACTEURS ET ENJEUX.....	9
1.1. DEFINITIONS ET CARACTERISATIONS	9
1.2. LES PROFESSIONNELS	11
1.3. LES USAGERS.....	12
2. ROLE DU PHARMACIEN D’OFFICINE	15
2.1. RETOUR D’EXPERIENCE SUR LA PREVENTION PRIMAIRE ET PROMOTION DE LA SANTE	15
2.2. LE DEVELOPPEMENT DE FORMATIONS EDUCATIVES ADAPTEES.....	17
2.3. LA POSTURE DU PHARMACIEN D’OFFICINE.....	19
2.4. LES ACTIONS DE PREVENTION PRIMAIRE ET PROMOTION DE LA SANTE EN OFFICINE	21
2.5. LE DEVELOPPEMENT D’INTERPROFESSIONNALITE	24
PARTIE II : REPRESENTATIONS SOCIALES DES ETUDIANTS EN SANTE SUR LEUR	
PUBLIC CIBLE DANS LE CADRE DE LEUR SERVICE SANITAIRE	29
1. RATIONNEL.....	31
2. MATERIEL ET METHODE	32
2.1. CRITERES D’INCLUSION	32
2.2. QUESTIONNAIRE.....	32
2.2.1. Contenu	32
2.2.2. Diffusion et collecte des données.....	33
2.3. ANALYSE STATISTIQUE.....	34
3. RESULTATS	34
3.1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES ETUDIANTS EN SANTE	34
3.2. CARACTERISTIQUES GENERALES DES ETUDIANTS EN SANTE ET DU PUBLIC CIBLE....	35
3.3. PERCEPTION DES ETUDIANTS EN SANTE SUR LE PUBLIC CIBLE	36
3.4. REPRESENTATIONS SOCIALES DES ETUDIANTS EN SANTE.....	36

3.5. CARACTERISTIQUES DU SERVICE SANITAIRE SELON LES ETUDIANTS EN SANTE.....	37
4. DISCUSSION	38
CONCLUSION	40
BIBLIOGRAPHIE	41
ANNEXES	47
TABLE DES MATIERES	65

RÉSUMÉ

Nom – Prénom : BELPOIS Sybille

Thèse soutenue le : 17/04/2024

Titre de la thèse :

EVOLUTION DES REPRESENTATIONS SOCIALES DES ETUDIANTS EN SANTE SUR LEUR PUBLIC CIBLE
DANS LE CADRE LEUR SERVICE SANITAIRE

Résumé :

La prévention primaire et promotion de la santé s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale 2018-2022 comme un élément majeur de la « bonne santé ». Le service sanitaire des étudiants en santé (SSES) en est un levier. Ce dernier permet de sensibiliser au cours de leur formation les étudiants en santé en les invitant à préparer et réaliser des actions auprès de divers publics cibles et dans une démarche interprofessionnelle. Chaque étudiant a par ailleurs des représentations sociales sur ces publics en raison de son parcours personnel et social, de ses origines, valeurs et expériences.

Dans ce contexte, l'objectif principal de l'étude était d'étudier l'évolution des représentations sociales des étudiants en santé de Franche-Comté sur leur public cible. L'objectif secondaire était d'analyser les facteurs pouvant influencer lesdites représentations sociales, parmi lesquels le SSES. Pour répondre à ces objectifs, une enquête quantitative sous forme de questionnaire a été réalisée auprès des étudiants francs-comtois en médecine, pharmacie, soins infirmiers, maïeutique et masso-kinésithérapie au cours de l'année universitaire 2022-2023. Les éléments explorés étaient : caractéristiques, perception et représentations sociales des étudiants en santé ainsi que les caractéristiques du public et du SSES.

Au total, 913 étudiants en santé ont répondu au questionnaire dont 494 en soins infirmiers, 233 en médecine, 90 en masso-kinésithérapie, 70 en pharmacie et 26 en maïeutique. Selon les étudiants, l'âge ($n = 882$; 96,7%), l'entourage familial ($n = 866$; 94,9%) et l'habitude de vie ($n = 882$; 94,9%) des publics cibles ont été identifiés comme critères à prendre en compte pour réaliser l'action puisque pouvant impacter le comportement de santé des publics. Le SSES permettait d'améliorer la perception des publics cibles dans plus de 70% des cas avec cependant une baisse de 41,6% ($n = 335$) pour les personnes en situation de handicap au décours de l'action (p -value $< 10^{-4}$). Il contribuait à une amélioration des représentations sociales de plus de 74% pour tous les publics avec une baisse de 43% ($n = 313$) pour les personnes en situation de handicap suite à la réalisation de l'action (p -value $< 10^{-4}$). Ces résultats à affiner pourront s'intégrer dans la formation des futurs étudiants en santé concernés par le service sanitaire.

Mots clés : interprofessionnalité, prévention primaire, promotion de la santé, représentations sociales, service sanitaire des étudiants en santé

