

Redistribution



des prix ?

D'une façon générale, la plupart des prix faisant appel à candidatures ont vu le nombre de candidats en légère progression. Il en est ainsi des prix de thèse, du prix de l'internet de la région parisienne, voire même de certains prix s'inscrivant dans des domaines plus pointus. Néanmoins le nouveau Prix de l'Académie de la Santé publique et de l'Environnement n'a pu être décerné faute de candidats, ni celui du L'EEM Recherche, faute de candidatures recevables. Soulignons l'innovation de ce palmarès 2007 avec la mise en place de deux bourses pour des Pharmaciens Hospitaliers dotés par les Laboratoires Merck Sharp & Dohme-Chibret et décernées en partenariat respectif avec le SNPHPU et le SYNPREFH. Conscient de la nécessité d'améliorer cette situation, un groupe de travail a été créé pour mener une action auprès des écoles doctorales, des organismes et instituts de recherche, et établir le calendrier 2008. La composition des jurys fera également appel aux nouveaux élus et notamment aux Membres correspondants de l'Académie, de façon à leur permettre de participer activement à la vie de notre compagnie. L'Académie devra aussi établir des conventions pérennes avec les donateurs, et réévaluer les montants de certains prix. Enfin, pour une meilleure attractivité, il faudra redéfinir le profil de certains Prix et mettre en place des bourses d'étude.

CLAUDE MONNERET



Les académiciens en librairie

• J-L Guignard et F. Dupont :

« Botanique :
Systématique moléculaire »
(Marsion 2007)



actualité

De la consultation prénuptiale à la consultation préconceptionnelle



Force est de constater que la moitié des grossesses ont lieu, en France, en dehors du mariage. De plus, de nombreux couples ignorent, ou négligent, la consultation prénuptiale à laquelle ils ont droit. Les Pouvoirs publics envisagent donc de supprimer cette consultation qui a pourtant évité dans le passé bien des accidents dus notamment aux maladies infectieuses, comme la rubéole ou la toxoplasmose, responsables de graves anomalies embryofœtales. Mais, si rien ne remplace cet examen prénuptial, il faudra attendre le premier examen prénatal prévu avant le 3^e mois de grossesse pour informer la future mère des précautions à prendre afin de sauvegarder la vie et la santé de son enfant. Or, c'est dès les premières semaines de la gestation que l'embryon puis le fœtus courent les plus grands risques... Il est alors déjà trop tard pour éviter les accidents dus aux médicaments, à l'alimentation, aux infections, mais surtout pour enrayer les comportements à risque de la future mère. Le tabac, l'alcool, les drogues sont responsables, on le sait, de retards de croissance, d'hématomes rétro-placentaires, de grossesses extra-utérines. C'est aussi la principale cause de prématurité. Si le couple fume, il prend le risque que le nourrisson succombe à une mort subite. Or, près de 15 % des femmes continuent à fumer pendant leur grossesse !

Attendre la grossesse pour agir, c'est absurde.

Plus de 2 000 enfants sont victimes chaque année de malformations liées à la consommation d'alcool de leur mère. Indépendamment du Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), dû à une alcoolisation excessive (0,5 à 3 pour 1 000 naissances), une alcoolémie modérée suffit pour provoquer chez le jeune enfant, puis chez l'adolescent, des troubles du comportement, des difficultés d'apprentissage, des retards scolaires. On peut en dire autant du cannabis, de l'obésité, des risques infectieux. Il est donc indispensable que les jeunes qu'elles sont en âge de procréer et leur compagnon, ments et éventuellement de se tives avec moins de risques de consultation préconception-instaaurée systématiquement 15 ans et encouragée par les les enseignants dans les collè-particulière doit être portéee défavorisés trop souvent mar-de toute information sanitaire. Profitons-en, enfin, pour avancer au 1^{er} mois de grossesse la première visite prénatale et utilisons les 14 millions d'Euros d'économies que représente la suppression de la visite prénuptiale de 270 000 couples à réduire les inégalités devant la naissance.

CLAUDE DREXLER



La consultation préconceptionnelle, que nous voudrions voir instaaurée systématiquement par les jeunes filles à partir de 15 ans

carnet

Nouveaux élus 2007

• Membres titulaires
Jérôme BARRÉ (2^e)
Alain FEUILLU (3^e)
Jean-Louis PRUGNAUD (5^e)

• Membres correspondants nationaux
Patrice PROGNON (1^{er})

Michel BRAZIER (2^e)
Guy LALLEMENT (2^e)
Jacques LE BRAS (3^e)
Anne CARPENTIER (4^e)
Isabelle ADENOT (5^e)
Stéphane GIBAUD (5^e)
Patrick MAGALOFF (5^e)

• Décès
Guy DEYSSON
Alain THUILLIER
Loftali HAGHIGHIP

L'Observatoire

La Lettre de l'Académie nationale de pharmacie

NUMÉRO 4 || www.acadpharm.org - 4, avenue de l'Observatoire
75270 PARIS cedex 06

éditorial



Chaque nouveau président se pose, lorsqu'il se prépare à l'exercice de son mandat, la même question que ses prédécesseurs : comment trouver, dans la conduite de l'Académie, le meilleur équilibre possible entre la nécessaire continuité et le désir de donner des impulsions nouvelles ? La continuité, elle s'impose pour deux raisons majeures : d'un côté, par respect pour les actions entreprises ou poursuivies par les prédécesseurs ; d'autre part, en raison de la courte durée, au demeurant tout-à-fait pertinente, de nos mandats présidentiels annuels, qui fait que les principales évolutions s'étaient généralement sur deux ou plusieurs mandats. Le progrès, l'amélioration, sont tout aussi nécessaires. Le nouveau président a pu identifier, dans son expérience antérieure, les points sur lesquels les efforts doivent être entrepris ou poursuivis. C'est sur ces deux modes combinés, continuité et progrès, que doit se développer notre action en 2008, selon quatre axes principaux :

- continuer à assurer une veille active dans nos domaines fondamentaux (médicament, biologie et santé publique) afin d'identifier les sujets devant donner lieu à une prise de position académique ;
 - développer une réflexion prospective, à mener de concert entre les membres les plus expérimentés (anciens présidents), l'équipe en place aux affaires (le Bureau) et ceux qui sont l'avenir de l'Académie (présidents de sections). Tous ces acteurs sont membres du Conseil et c'est bien à cette instance que va revenir l'essentiel de cette réflexion prospective.
 - sur la base de ces diverses activités, veille, élaboration de prises de position et réflexion prospective, communiquer encore et encore, en interne et en externe.
 - entretenir et améliorer la reconnaissance de l'Académie, fruit de notre compétence et de notre indépendance, par des prises de position pertinentes et une communication de qualité. C'est par cette reconnaissance que passe l'obtention, le maintien ou l'accroissement des soutiens dont nous avons besoin pour assurer l'avenir de notre Compagnie.
- Bonne année 2008 à vous tous et à vos familles !

CLAUDE SANTINI

interview

Questions à Roselyne Bachelot

Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports

Quels sont les sujets sur lesquels vous pensez que l'Académie nationale de Pharmacie devra réfléchir dans le cadre de votre politique de santé publique ?

A mon sens, l'Académie de Pharmacie doit préserver sa capacité d'autosaisine et sa liberté de pensée. Son avis apporte un éclairage particulièrement intéressant sur les questions de santé publique actuelles, et puisque vous me le demandez, je me permettrai de citer bien sûr les trois grands chantiers présidentiels que sont la maladie d'Alzheimer, les soins palliatifs et le cancer. Je souhaite connaître sur ces différents sujets la position des pharmaciens et je serai très attentive à leurs propositions. Elles ne peuvent que nourrir les débats, favoriser les échanges et la construction de notre réflexion.

Quelle vision avez-vous de l'évolution du métier de pharmacien d'officine dans son rôle d'acteur de santé ? Etes-vous favorable à un développement de son action vers de nouvelles compétences (soins de proximité, médicaments innovants, risques sanitaires, suivi pharmaceutique...)?

Le métier de pharmacien est d'une grande richesse, c'est avant tout un professionnel de santé et il est essentiel que ce rôle soit pleinement reconnu. Ses missions sont nombreuses : l'analyse de l'ordonnance, la vigilance sur les contre-indications, les interactions médicamenteuses, le bon usage, l'observance, le conseil pharmaceutique, l'information ou encore la prévention, autant de points sur lesquels les pharmaciens apportent un éclairage, une expertise indispensable. Le pharmacien assure ainsi un lien de proximité avec le public. Sans toutefois perdre de vue ces missions fondamentales, il doit pouvoir, selon ses motivations et sa formation, s'orienter et se spécialiser, afin d'agir le plus efficacement possible au service de la santé des patients et la santé publique en général.

Le pharmacien par son conseil est garant vis-à-vis du patient de la qualité et de la sécurité du traitement délivré. Comment voyez-vous l'évolution de « l'automédication » et celle de la délivrance de médicaments à prescription facultative ?

Le médicament n'est pas un produit comme les autres. Il est et doit rester, pour la protection de la santé de la population, identifié comme étant un produit spécifique, dont le potentiel de soulagement ou de guérison est toujours, quel qu'il soit, assorti de risques. Le rapport bénéfices-risques inhérent à chaque association médicament/patient doit être optimisé par l'accompagnement et les conseils d'un professionnel spécialisé, dont la responsabilité personnelle est pleinement engagée. C'est dans ces conditions que l'on peut s'assurer de la qualité des soins prescrits. J'ai décidé, dans le cadre d'un plan global proposé aux organisations syndicales et à l'Ordre des Pharmaciens, de permettre la mise à disposition de médicaments de prescription facultative devant le comptoir, en valorisant le conseil pharmaceutique associé. Les conditions et les modalités de mise en œuvre seront bien entendu définies avec la profession, l'Ordre et les agences sanitaires pour faire en sorte que cette transparence, assortie d'un renforcement du rôle du pharmacien et d'une valorisation de son conseil, réponde à l'intérêt des patients et aux exigences de protection de la santé publique.

A SUIVRE PAGE 2

Séance solennelle

Michel CORMIER, Directeur de la Section des Etablissements de l'AIERES, présente « L'Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur (AIERES) : ses missions et son organisation ».

Un hommage est rendu au Professeur Robert César MOREAU (Président 1988, Président de la Commission Européenne de Pharmacopée) par un de ses élèves, le Professeur Jean-Paul FOURNIER.

AIERES

interview

SURTE

La biologie médicale telle qu'elle est pratiquée en France est une biologie de qualité et de proximité. Sans nier la nécessité de regrouper quelques petits laboratoires, comment réagissez-vous à la pression faite au niveau européen pour que des non-biologistes puissent devenir propriétaires de LAM avec le risque de voir se créer une biologie industrielle au détriment de la qualité ?

Disposer d'une biologie médicale de qualité et de proximité est en effet essentiel dans le cadre d'une politique d'amélioration continue de la qualité des soins. Les biologistes, en France, ont été pionniers dans la mise en œuvre de procédures d'assurance qualité, au travers du GBEA, le Guide de Bonne Exécution des Analyses et du Contrôle national de qualité. Mais, comme dans beaucoup de domaines, en particulier médicaux, les connaissances, les méthodes, les besoins évoluent. La profession doit s'adapter et se remettre en question régulièrement pour répondre de façon optimale à ces changements. La France, par la réponse apportée à la Commission, a réaffirmé sa volonté de maintenir les règles de propriété actuelles. Mais, plusieurs rapports récents, dont celui de l'IGAS en 2006, ont montré la nécessité d'une remise à plat de l'organisation de la biologie en France. Je m'y suis attelée dès mon arrivée au Ministère. La réflexion, en concertation avec la profession, sera menée sous le pilotage direct de mon cabinet, pour permettre d'engager ensemble les mesures adaptées aux exigences actuelles de qualité et répondant de façon équitable aux besoins de l'ensemble de la population.

agenda

L'ANNEE ACADEMIQUE 2008

Séances thématiques

23 janvier

Perspectives dans la recherche de la maladie d'Alzheimer

20 février

Rythmes biologiques et thérapeutiques

19 mars

Séance délocalisée à Amiens

23 avril

Chaine pharmacologique de Sécurité sanitaire

18 juin

Les lymphomes : épidémiologie et traitement

24 septembre

Chiralité et médicament

15 octobre

Les vaccins

19 novembre

Séance bi académique

Lectures

6 février

Biodiversité marine et médicaments

5 mars

Syndrôme de Gilles de la Tourette : un nouveau modèle expérimental

2 avril

Les biosimilaires, génériques des produits issus des biotechnologies

4 mai

Rôle et place de la pharmacologie de sécurité dans le développement des médicaments

2 juillet

Les maladies génétiques

dossier



Cannabis et sécurité dans l'entreprise

Une pandémie silencieuse

15 à 20 % des accidents mortels du travail seraient liés à l'usage d'alcool, de psychotropes ou de stupéfiants. Le plan gouvernemental « Santé au travail 2005-2009 » intègre au sein de ses objectifs les conduites addictives, mais aucun texte législatif pertinent n'engage les entreprises à une action de prévention efficace. De nombreux freins, économiques, éthiques, techniques et réglementaires s'opposent par ailleurs au dépistage systématique des conduites addictives en entreprise. Le travailleur doit être prévenu des examens médicaux qu'il aura à subir et les tests de dépistage immunochimiques doivent être complétés par l'identification formelle des produits en cause par des techniques coûteuses recourant en particulier à la spectrométrie de masse. Par ailleurs, pour être efficaces, ces opérations doivent se circonscrire dans des délais limités pour qu'une décision opportune d'aptitude ou d'inaptitude soit prise. Le médecin du travail demeure le rouage majeur dans la prévention des risques induits par ces conduites.

Une expérience à suivre

L'expérience conduite par la SNCF depuis 2004 concernant 226 000 dossiers d'agents exerçant des « fonctions de sécurité ferroviaire » a donné lieu à 6 812 dépistages positifs (2,9 %), dont 61,3 % de produits antitussifs opiacés licites et 29,6 % de cannabis (0,87 % de l'ensemble des dossiers) qui représente donc l'usage illicite de loin le plus fréquent (91,2 %). Les opiacés illicites, les dérivés cocaïniques et les amphétamines ou apparentés représentent 4,6 % des dépistages positifs (0,13 % de la totalité des dossiers). Dans un contexte bien compris des agents et de tous les opérateurs de l'entreprise, le suivi des personnels au cours des 4 dernières années montre qu'une action d'information suivie et un dépistage réalisés dans des conditions appropriées - locaux et méthodologie adaptés - dans le respect strict du secret médical, ont conduit à une réduction progressive de 50 % du nombre de consommateurs détectés : 1,3 % en 2004, 1,02 % en 2005, 0,76 % en 2006 et 0,66 % en 2007.

IAN RICORDEL

questions d'expert



Le dopage entre recherche et procédure

Le dopage a pour buts, variables selon le type de sport, d'accroître les capacités de transfert et d'utilisation de l'oxygène par l'organisme (EPO, Transfusions sanguines...), d'augmenter la masse et la force musculaire (anabolisants stéroïdiens, GH, bêta2-agonistes...), de stimuler et de reculer la sensation de fatigue (amphétamines, narcotiques...), d'accélérer les processus de récupération (insuline, glucocorticoïdes, testostérone...), de masquer l'acte frauduleux (protéinés, diurétiques...). Un grand nombre de substances sont, à l'heure actuelle, détectables principalement dans l'urine mais aussi dans le sang et les phanères. Malheureusement, des difficultés d'ordre scientifique et réglementaire subsistent. Par exemple : la fenêtre de détection de certains produits est très brève (48h pour l'EPO) à cause d'une courte demi vie biologique ; la distinction entre hormone naturelle ou recombinante est incertaine (c'est le cas de la GH) ; certains produits ne sont pas recherchés soit parce que leur présence illégale sur le marché n'est pas connue (cas de la THG en 2003) ou bien que, selon le code mondial anti-dopage, leur recherche n'est pas licite pendant les périodes « hors compétition » c'est-à-dire d'entraînement (stimulants, narcotiques, glucocorticoïdes !). Le système des autorisations pour usage thérapeutique (AUT) ajoute à la confusion en permettant au sportif d'utiliser des substances prohibées sous la foi d'un dossier médical.

Arrêter la course au dopage ?

Par ailleurs, les protocoles de dopage deviennent de plus en plus sophistiqués car établis par des véritables « professionnels » qui connaissent parfaitement les effets des médicaments, leur pharmacocinétique et les possibilités d'association. Enfin, de nouvelles substances et méthodes apparaissent, issues de l'avancée des connaissances dans le domaine des neurosciences (molécules à actions de plus en plus sélectives) et du génie génétique (hormones recombinantes issues de cultures de cellules humaines telle la Dynépro ; techniques de thérapies cellulaires et/ou géniques telle que l'ECT [Encapsulated cells therapy] ou les transferts de gène *in vivo*). Dans ces conditions, il convient de mettre au point des méthodes de détection indirecte du dopage dont les signatures biologiques et cliniques devront être formellement identifiées, démonstration scientifique devant être faite que les anomalies constatées ne peuvent être attachées qu'à un acte de dopage hors de toute autre cause. Cette impérieuse assurance ne peut être que le résultat d'un véritable processus de recherche, faite de quoi une longue période d'actions procédurales risque de s'ouvrir.

MICHEL RIEU

profession pharmacien



Transplantation

Gérer les immunosuppresseurs

La transplantation d'organe ne se résume pas au don d'organe. Après la greffe, l'histoire continue. Le patient, qui a déjà subi les affres de l'attente, doit affronter un autre parcours du combattant, du fait des traitements inhérents à l'immunosuppression à vie, responsables d'effets indésirables nombreux, parfois invalidants : néphrotoxicité, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, toxicité neurologique, diabète ou intolérance au glucose, pneumopathie, etc... Ces traitements induisent une spirale médicamenteuse parfois insupportable avec des taux de survie du greffon ou du patient à 5 ans de 80 %, certes, pour le rein, mais de 48 % seulement pour le poumon. Il existe donc tout un champ d'améliorations qui passe par une avancée des connaissances et un meilleur usage des nombreux médicaments disponibles.

Réduire la toxicité sans risquer le rejet

L'arsenal thérapeutique a été profondément élargi ces dernières années et a permis d'optimiser l'immunosuppression en utilisant des associations thérapeutiques efficaces, qui ont diminué le risque immunologique et limité les toxicités des médicaments. L'espérance de vie des patients greffés s'est sensiblement allongée. Mais, malgré les progrès considérables et les ajustements de doses des immunosuppresseurs, il n'existe pas à ce jour de procédure permettant d'induire un état de tolérance stable vis-à-vis des antigènes du greffon.

Personnaliser les traitements

On doit tendre vers un suivi personnalisé des patients, l'adaptation des doses étant essentielle non seulement pour limiter la toxicité des immunosuppresseurs, mais aussi pour éviter le « gaspillage » des greffons, quand le traitement immunosuppresseur n'a pas suffi à empêcher de réaction immunitaire de rejet. La difficulté majeure dans la prise en charge du patient transplanté est désormais de trouver un juste équilibre : il faut une immunosuppression efficace pour prévenir les rejets du greffon tout en limitant l'apparition d'infections ou de néoplasie. Or, le suivi de ces traitements repose le plus souvent sur un dosage sanguin isolé du médicament. En raison de la grande variabilité génétique et métabolique entre individus, seul un suivi biologique personnalisé permettra de les adapter au mieux. C'est l'espoir de la pharmacogénétique. Il faut aussi compter sur la nouvelle recherche des facteurs prédictifs de la toxicité. Pour le moment, l'optimisation thérapeutique consiste à choisir, pour chaque patient, la meilleure combinaison de médicaments et les meilleures doses. Ainsi, depuis 2005, une optimisation thérapeutique par estimation bayésienne est mise à la disposition des services de transplantation français et étrangers par internet. L'individualisation des traitements a ainsi permis de réduire de 50% l'impregnation de ciclosporine chez les patients greffés rénaux stables.

En attendant le Dossier Pharmaceutique

Le pharmacien est au cœur du suivi biologique des traitements immunosuppresseurs, de la détection des effets indésirables et des interactions médicamenteuses. A lui de surveiller les médicaments et ceux censés en « corriger » les effets indésirables, mais aussi les autres types de produits, y compris d'automédication. Nombre de médicaments immunosuppresseurs étant désormais disponibles en ville, c'est au pharmacien d'office de garantir le « bon usage du médicament », sachant qu'en France plus de 30 000 personnes vivent avec un organe transplanté. Il va donc être essentiel de sensibiliser les officinaux à la transplantation !

MICHEL GERMAN



La consultation

pharmaceutique

une éducation thérapeutique des patients chroniques

L'amélioration des techniques médicales et chirurgicales permet la survie des patients au prix de traitements « à vie ». C'est le cas des greffes. Or, le premier facteur d'échec des greffes au-delà de trois ans est attribué à la mauvaise observance thérapeutique des patients. Pour les rendre observants et autonomes vis-à-vis de leur traitement, il faut qu'ils aient acquis une connaissance maîtrisée de leur maladie et une bonne compréhension de leur traitement et des effets secondaires liés à ce traitement. Le traitement immuno-suppresseur s'avère souvent très contraignant et difficile à supporter. Un effort coordonné des différents partenaires d'une équipe médicale peut favoriser l'adhérence des patients, contrôler les effets indésirables et rentabiliser le système médical. Depuis quelques années, les expériences d'éducation thérapeutique se sont multipliées à travers la France et des pharmaciens ont pris part à ce développement en y apportant leur compétence. L'éducation thérapeutique a donné satisfaction aux médecins et aux patients et a été très largement plébiscitée par les associations de patients qui ont relayé l'intérêt de telles pratiques auprès des autorités de santé. La consultation pharmaceutique des greffés hépatiques, mise en œuvre à l'hôpital de la Croix-Rouge, à Lyon, depuis 1999, démontre ainsi que Le pharmacien est un acteur qui représente pour le corps médical une source de savoir. Cependant, il lui manque une formation en communication et en techniques relationnelles pour contribuer plus efficacement à l'amélioration de l'observance, à l'optimisation thérapeutique et à une diminution de l'iatrogénie chez les patients atteints de maladies chroniques.

MARIE-THÈSE BRANDON

mise au point

De l'autodiagnostic

à l'automédication

Les académies prennent acte des changements de comportements, en particulier du développement d'Internet, qui ne permet plus aujourd'hui d'identifier ni de valider les sources de l'information sur la santé. Par ailleurs, le patient est devenu un partenaire à part entière de la gestion de sa santé. Dans ces conditions, la nouvelle relation du patient avec son médecin et son pharmacien modifie les données de la prise en charge. Mais, comment accompagner cette modernité sans pour autant hypothéquer la santé des Français ?



Les recommandations insistent sur la formation professionnelle, avec une plus grande pluridisciplinarité entre professionnels de santé et le souci constant de mettre en pratique le bon usage du médicament. Il faudrait surtout que le Dossier Médical Personnel (DMP) soit effectivement accessible à tous les professionnels de santé et qu'une complémentarité soit instaurée entre DMP et Dossier Pharmaceutique (DP), dans le respect de la confidentialité des données individuelles. Enfin, l'autodiagnostic et l'automédication comportent des risques dont il faut informer largement les populations, surtout celles qui refusent systématiquement le conseil du pharmacien. C'est pourquoi les académies réaffirment que les professionnels de la santé restent les seuls garants de la qualité du diagnostic, de la prescription et de la dispensation.

« Les principales classes thérapeutiques de l'automédication n'utilisent que des médicaments en principe bien tolérés dans leurs conditions normales d'emploi... Au Royaume-uni, le paracétamol est la première cause d'intoxication par médicament... De même, aux États-Unis, on dénombre 100 décès et 13 000 visites aux urgences chaque année pour des surdosages de paracétamol non intentionnels. La prévention de ce type d'accident doit avoir trois relais, le médecin traitant, le pharmacien d'officine et l'industriel fabricant. »

Séance commune Académie nationale de Médecine et Académie nationale de Pharmacie, en présence du Conseil National de l'Ordre des Médecins et du Conseil National des Pharmaciens, ainsi que de la Haute autorité de la santé - 6 novembre 2007.