

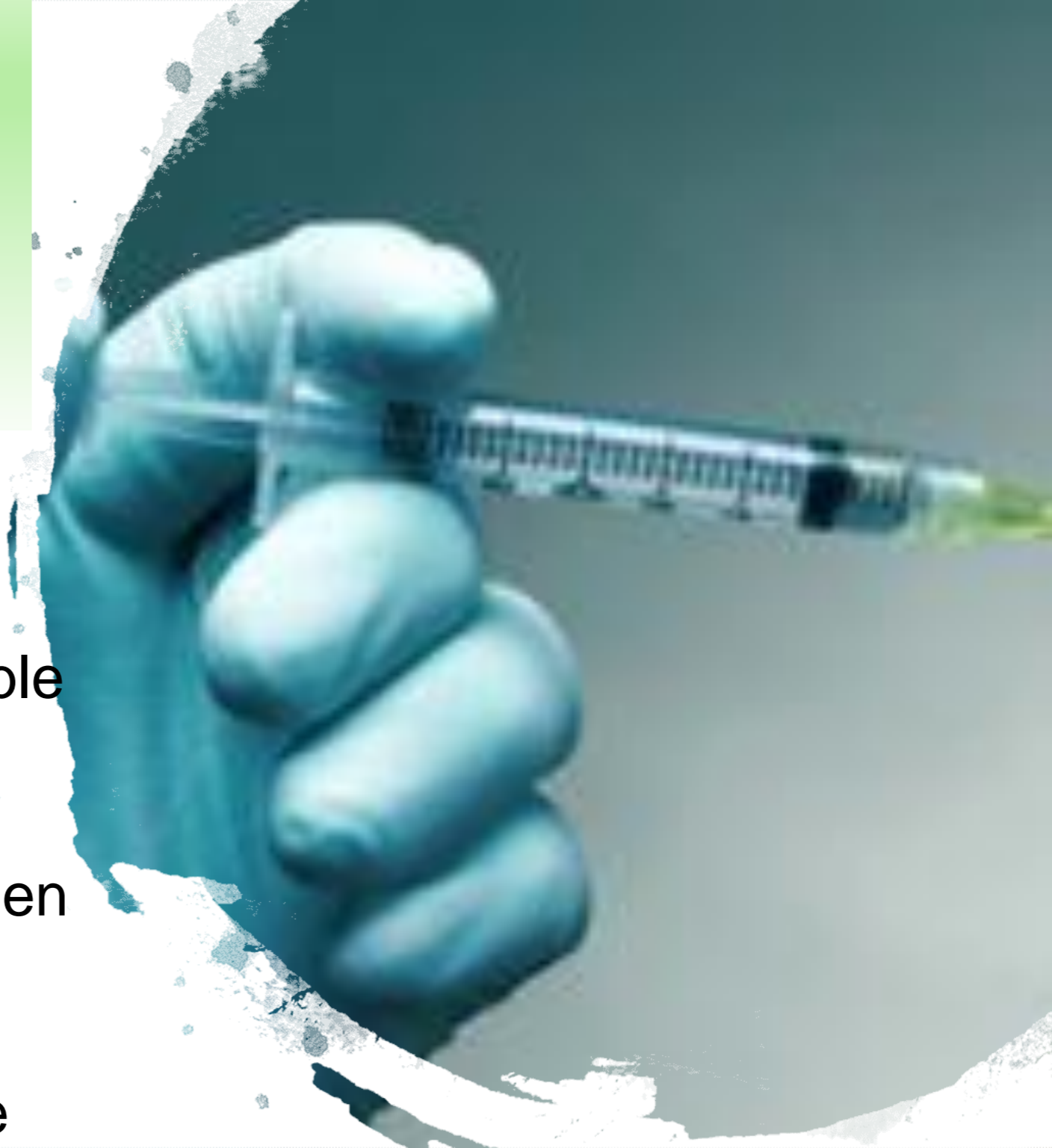


Vaccination contre la grippe en officine

Vaccination en pharmacie

- Vaccination en pharmacie possible depuis 2015.
- Surtout la grippe (35'000 en CH en 2019) et FSME (40'500)
- Autorisation de vacciner délivrée par les cantons

Source: *pharmasuisse*



Vaccination en pharmacie

- **Prix?**

Afin de préserver la libre concurrence, pharmaSuisse indique uniquement un prix de référence (env. 30 CHF)

- **Remboursement par l'AOS?**

Non pour l'acte de vaccination, en revanche si le vaccin est prescrit par un médecin, ce dernier est remboursé.



Conditions à remplir

1. Le pharmacien doit avoir suivi une formation complémentaire spécifique:

→ Certificat de formation complémentaire FPH
vaccination et prélèvements sanguins

2. Le pharmacien doit disposer d'une autorisation cantonale



Source: *pharmasuisse*



Certificat de formation complémentaire FPH vaccination et prélèvements sanguins

Il faut suivre les 3 cours suivants:

- **Cours vaccination** (1 journée en présentiel + 1.5 jours en elearning)
- **Cours techniques d'injection et prélèvements sanguins** (2 journées en présentiel + demi journée en elearning.)
- **Cours de réanimation BLS-AED** cours complet certifié SRC (1 journée en présentiel.)

Certificat de formation complémentaire FPH vaccination et prélèvements sanguins

Une fois le certificat obtenu, obligation de formation continue
chaque 2 ans:

- 1 journée REFRESH BLS-AED
- 1 journée REFRESH vaccination ou techniques d'injection

Autorisation de vacciner délivrée par le canton de Genève

1. Certificat complémentaire FPH

2. Conditions concernant les locaux

- Le local est un espace fermé qui doit garantir la confidentialité
- Le local doit disposer d'un lit ou chaise inclinable, en cas de malaise
- L'adrénaline doit être disponible
- Un plan de nettoyage doit être mis en place.
- Du matériel spécifique à l'élimination des déchets doit être disponible.

3. Conditions relatives à la documentation

- Le pharmacien doit s'appuyer sur les directives et algorithmes reconnus par pharماسuisse
- Le pharmacien doit fournir les conseils et mises en garde nécessaires.
- Tout est documenté dans le dossier patient.
- Le questionnaire doit être signé par le patient.

Source: directive dgs.004 .001

Qui peut-on vacciner en pharmacie?

On peut vacciner :

- Personnes dès 16 ans
- Personnes en bonne santé



On ne peut PAS vacciner:

- personnes allergiques aux œufs ou à un composant de vaccins
- femmes enceintes
- patients avec un déficit immunitaire, maladie immunitaire, avec risque accru de saignement (héréditaire)
- patients sous traitement anticoagulant (sauf aspirine), cortisone (20 mg par jour ou plus, resp. prednisone ou équiv.) ou qui inhibe les défenses immunitaires
- patient souffrant de maladies cardiaque, pulmonaires, diabète etc

→ Dans ces cas-là, on dirige le patient vers son médecin de famille ou un centre médical.



Source: pharmasuisse

Consentement éclairé (1/2)

Avant chaque vaccination, on rappelle au patient les points suivants:

- **les réactions au site d'injection** (douleur, rougeur, prurit) sont **fréquentes** et disparaissent après 2 jours
- **les réactions systémiques** (fièvre, douleurs musculaires, sensation de malaise), sont observées **chez env. 5%** des pers. Vaccinées et durent rarement plus de deux jours
- **les effets indésirables sévères** (urticaire, œdème, asthme, état de choc) sont **extrêmement rares**. Le de causalité entre une paralysie (**syndr. Barré**) et le vaccin contre la grippe n'a pas clairement établi. Fréquence: 1 cas / 1 million



personnes vaccinées

Source: *pharmasuisse*

Consentement éclairé (2/2)

Après avoir donné les informations précédentes au patient, et informé sur le prix de la vaccination, le patient signe le formulaire. Le document est conservé durant 10 ans au minimum



Grippe

Questionnaire de triage pour la vaccination contre la grippe par le pharmacien

Date:

Numéro de dossier
(de la plateforme en ligne)

Informations concernant la vaccination contre la grippe

La vaccination contre la grippe est recommandée aux (prière de cocher ce qui convient):

- personnes à partir de 65 ans
- personnes qui, dans le cadre de leurs activités professionnelles ou privées, sont en contact régulier avec des personnes à risque accru de complications ou des nourrissons de moins de six mois
- membres de professions médicales, personnel de crèches, homes pour personnes âgées, etc.
- personnes qui désirent limiter leur risque d'infection grippale
- personnes souffrant de maladies chroniques spécifiques (voir plan de vaccination)

A Coordonnées du client

Nom: Prénom:

Date de naissance: Numéro de client:

Adresse:

NPA: Lieu:

Numéro de téléphone: E-mail:

B Anamnèse

Critères d'exclusion temporaire

Si «oui» → reporter la vaccination

- | | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Vous sentez-vous mal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous eu de la fièvre ces dernières 48 heures? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Critères d'exclusion

S'il est répondu par «oui» à au moins une question munie d'une «★» → risque vaccinal particulier (consultation médicale recommandée)

- | | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Est-ce que vous êtes allergique: | | |
| → aux œufs?* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → à des médicaments? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → à l'un des composants du vaccin?* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Est-ce que vous avez déjà eu par le passé une réaction sérieuse pendant ou après une vaccination?* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Est-ce que vous êtes enceinte?* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Est-ce que vous souffrez de déficience immunitaire ou d'une maladie immunitaire?* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Est-ce que vous avez un risque accru de saignement (p. ex. héréditaire)?* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Est-ce que vous prenez régulièrement des médicaments? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Est-ce que vous prenez régulièrement: | | |
| → un médicament anticoagulant (sauf l'aspirine)?* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → de la cortisone (≥20 mg/j, resp. prednisone ou équivalent)?* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → un médicament qui inhibe les défenses immunitaires?* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → d'autres médicaments, lesquels? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Est-ce que vous êtes actuellement sous contrôle médical régulier? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous êtes-vous déjà évanoui/e lors d'une vaccination ou d'un prélèvement sanguin ou avez-vous eu des nausées? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Prescription médicale | | |
| Ordonnance disponible pour la vaccination?
(p. ex. en cas de risque vaccinal particulier ou pour les cantons qui autorisent uniquement la vaccination sur ordonnance) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | OUI | NON |
|--|--------------------------|--|
| Pathologies sous-jacentes
Veuillez respecter les prescriptions cantonales; informations facultatives | | |
| Est-ce que vous souffrez d'une affection ou d'une maladie chronique?
Si oui, laquelle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hypertension | | <input type="checkbox"/> Trouble de la fonction thyroïdienne |
| <input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire | | <input type="checkbox"/> Maladie gastro-intestinale |
| <input type="checkbox"/> Maladie des poumons
(p. ex. asthme, BPCO) | | <input type="checkbox"/> Maladie inflammatoire |
| <input type="checkbox"/> Troubles du métabolisme (p. ex. diabète, hyperlipidémie) | | <input type="checkbox"/> Maladie du système nerveux central |
| <input type="checkbox"/> Autre maladie, à savoir: | | |

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| C Informations complémentaires concernant la vaccination contre la grippe
Informations facultatives | | |
| Est-ce que c'est la première fois que vous vous faites vacciner contre la grippe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D Informations concernant les effets indésirables et accord du client

- Les réactions au site d'injection (douleur, rougeur, prurit) sont fréquentes et disparaissent généralement après deux jours.
- Les réactions systémiques (fièvre, douleurs musculaires, sensation de malaise) sont observées chez environ 5 % des personnes vaccinées; elles durent rarement plus de deux jours.
- Les effets indésirables sévères (urticaire, œdèmes, asthme, état de choc) sont extrêmement rares. Le rapport de causalité entre une paralysie (syndrome de Guillain-Barré, SGB) et le vaccin contre la grippe n'a pas pu être clairement établi. Sa fréquence est estimée à un cas sur un million de personnes vaccinées.

Si vous souffrez de symptômes qui vous préoccupent, veuillez nous en informer immédiatement ou en informer un médecin.

- J'ai pris connaissance des informations mentionnées ci-dessus et je confirme avoir été informé également du prix de la vaccination. Toutes les questions que j'avais ont été abordées au préalable avec le pharmacien/ médecin. Je n'ai aucune autre question. Par ma signature, j'accepte d'être vacciné.**

- J'accepte que mes données soient traitées de façon anonyme à des fins statistiques.**

Par ma signature, j'atteste que toutes les données saisies dans le questionnaire sont complètes et véridiques.

Lieu/date: Signature du client:

E Données concernant l'acte de vaccination

- Vaccination administrée**
 - Saisie dans le dossier électronique de vaccination, y compris numéro de lot du vaccin
 - Saisie dans le carnet de vaccination, y compris numéro de lot du vaccin
 - Saisie dans le carnet de vaccination/le dossier électronique de vaccination non souhaitée

Nom du vaccin: Numéro de lot du vaccin:

Remarques concernant la vaccination:

Exemple du formulaire de vaccination contre la grippe

Vaccination contre la grippe

Dans la pratique, la plupart des personnes qu'on vaccine n'ont pas de médecin de famille, sont relativement jeunes, avec des franchises élevées.

