



HAL
open science

Vers un suivi pharmaceutique personnalisé des patients diabétiques de type 2 à l'officine

Laura Veneziani

► **To cite this version:**

| Laura Veneziani. Vers un suivi pharmaceutique personnalisé des patients diabétiques de type 2 à l'officine. Sciences pharmaceutiques. 2012. dumas-00693190

HAL Id: dumas-00693190

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00693190>

Submitted on 2 May 2012

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.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2012

N°

**VERS UN SUIVI PHARMACEUTIQUE PERSONNALISE DES
PATIENTS DIABETIQUES DE TYPE 2 A L'OFFICINE**

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN
PHARMACIE

DIPLÔME D'ETAT

LAURA VENEZIANI

Née le 24 mai 1987 à MONTELMAR (26)

**THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE
PHARMACIE DE GRENOBLE**

Le : 25 avril 2012

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean CALOP

Membres

Directeur de thèse : Madame le Docteur Magalie BAUDRANT BOGA

Madame le Docteur Elisabeth EMIN-RICHARD

Monsieur le Docteur Pascal AGOSTINI

Monsieur le Docteur Eric LE MOUËL

*La Faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation
aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs
auteurs.*



UFR
DE PHARMACIE
DE GRENOBLE



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Domaine de la Merci 38706 LA TRONCHE CEDEX – France

Directeur de L'UFR : **M. Pr. Christophe RIBUOT**
Vice-doyen et Directeur des Etudes : **Mme Delphine ALDEBERT**

Année 2011-2012

PROFESSEURS A L'UFR DE PHARMACIE (n = 18)

BAKRI	Aziz	Pharmacie Galénique et Industrielle, Formulation et Procédés Pharmaceutiques (TIMC-IMAG)
BOUMENDJEL	Ahcène	Chimie Organique (D.P.M.)
BURMEISTER	Wim	Biophysique (U.V.H.C.I.)
CALOP	Jean	Pharmacie Clinique (TIMC-IMAG, PU-PH)
CORNET	Murielle	Parasitologie – Mycologie Médicale (LAPM, PU-PH)
DANEL	Vincent	Toxicologie (SMUR SAMU / PU-PH)
DECOUT	Jean-Luc	Chimie Inorganique (D.P.M.)
DROUET	Christian	Immunologie Médicale (TIMC-IMAG)
DROUET	Emmanuel	Microbiologie (U.V.H.C.I.)
FAURE	Patrice	Biochimie (HP2/PU-PH)
GODIN-RIBUOT	Diane	Physiologie - Pharmacologie (HP2)
GRILLOT	Renée	Parasitologie – Mycologie Médicale (LAPM, PU-PH) (Eméritat)
LENORMAND	Jean-Luc	Ingénierie Cellulaire, Biothérapies (THEREX, TIMC, IMAG)
MOSSUZ	Pascal	Hématologie (PU-PH)
PEYRIN	Eric	Chimie Analytique (D.P.M.)
SEVE	Michel	Biochimie - Biotechnologie (IAB, PU-PH)
RIBUOT	Christophe	Physiologie – Pharmacologie (HP2)
WOUESSIDJEW	Denis	Pharmacotechnie (D.P.M.)

PROFESSEURS ASSOCIES (PAST) (n = 3)

BELLET	Béatrice	Pharmacie Clinique
RIEU	Isabelle	Qualitologie (Praticien Attaché – CHU)
TROUILLER	Patrice	Santé Publique (Praticien Hospitalier – CHU)



UFR
DE PHARMACIE
DE GRENOBLE



ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIB : Centre d'Innovation en Biologie
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
IAB : Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Oncogenèse et Ontogenèse »
IBS : Institut de Biologie Structurale
JR : Jean Roget
LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes
LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
PAST : Professeur Associé à Temps Partiel
PRAG : Professeur Agrégé
TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation et de Cognition
UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

Dernière mise à jour : 05-09-11



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Domaine de la Merci 38706 LA TRONCHE CEDEX – France

Directeur de L'UFR : **M. Pr. Christophe RIBUOT**
Vice-doyen et Directeur des Etudes : **Mme Delphine ALDEBERT**

Année 2011-2012

MAITRES DE CONFERENCES DE PHARMACIE (n = 35)

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie – Mycologie (L.A.P.M)
ALLENET	Benoît	Pharmacie Clinique (ThEMAS TIMC-IMAG / MCU-PH)
BATANDIER	Cécile	Nutrition et Physiologie (L.B.F.A)
BOURGOIN	Sandrine	Biochimie – Biotechnologie (IAB)
BRETON	Jean	Biologie Moléculaire / Biochimie (L.C.I.B – LAN)
BRIANCON – MARJOLLET	Anne	Physiologie Pharmacologie (HP2)
BUDAYOVA SPANO	Monika	Biophysique (I.B.S)
CAVAILLES	Pierre	Biologie Cellulaire et génétique (L.A.P.M)
CHOISNARD	Luc	Pharmacotechnie (D.P.M)
DELETRAZ – DELPORTE	Martine	Droit Pharmaceutique
DEMEILLIERS	Christine	Biochimie (L.B.F.A)
DURMORT – MEUNIER	Claire	Biotechnologies (I.B.S)
GEZE	Annabelle	Pharmacotechnie (D.P.M)
GERMI	Raphaëlle	Microbiologie (U.V.H.C.I / MCU-PH)
GILLY	Catherine	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
GROSSET	Catherine	Chimie Analytique (D.P.M)
GUIEU	Valérie	Chimie Analytique (D.P.M)
HININGER – FAVIER	Isabelle	Biochimie (L.B.F.A)
JOYEUX – FAURE	Marie	Physiologie – Pharmacologie (HP2)
KHALEF	Nawel	Pharmacie Galénique (TIMC-IMAG)
KRIVOBOK	Serge	Biologie Végétale et Botanique (L.C.B.M)
MOUHAMADOU	Bello	Cryptogamie, Mycologie Générale (L.E.C.A)
MORAND	Jean-Marc	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
MELO DE LIMA	Christelle	Biostatistiques (L.E.C.A)
NICOLLE	Edwige	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
PERES	Basile	Pharmacognosie (D.P.M)
PEUCHMAUR	Marine	Chimie Organique (D.P.M)

PINEL	Claudine	Parasitologie – Mycologie Médicale (GIN / MCU-PH)
RACHIDI	Walid	Biochimie (L.C.I.B)
RAVEL	Anne	Chimie Analytique (D.P.M)
RAVELET	Corinne	Chimie Analytique (D.P.M)
SOUARD	Florence	Pharmacognosie (D.P.M)
TARBOURIECH	Nicolas	Biophysique (U.V.H.C.I)
VANHAVERBEKE	Cécile	Chimie Organique (D.P.M)
VILLET	Annick	Chimie Analytique (VP Form Adjoint UJF, D.P.M)

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES (AHU) (n = 2)

BUSSER	Benoît	Biochimie (IAB, AHU-Biochimie)
VAN NOOLEN	Laëtitia	Biochimie (HP2, AHU-Biochimie)

ENSEIGNANTS ANGLAIS (n = 3)

FITE	Andrée	Professeur Certifié
GOUBIER	Laurence	Professeur Certifié

ATER (n = 6)

BIROS Camille	ATER	Anglais Master ISM (JR)
DEFENDI Frédérica	ATER	Immunologie Médicale (GREPI-TIMC)
EL BAKKALI Abdellatif	ATER	Pharmacie Galénique (Therex/TIMC, La serve)
HENRI Marion	ATER	Physiologie (HP2, LER)
NGO TOM Esther	½ ATER	Pharmacologie (HP2, LER)
REGENT Myriam	½ ATER	Biochimie Biotechnologie (IAB)

MONITEURS ET DOCTORANTS CONTRACTUELS (n = 8)

BOUCHET	Audrey	(01-10-2009 au 30-09-2012)	Biotechnologie (GIN, ESRF)
CAVAREC	Fanny	(01-10-2011 au 30-09-2014)	Laboratoire HP2 (JR)
FAVIER	Mathieu	(01-10-2009 au 30-09-2012)	Laboratoire HP2 (JR)
GRAS	Emmanuelle	(01-10-2010 au 30-09-2013)	Laboratoire HP2 (JR)
HAUDECOEUR	Romain	(01-10-2008 au 30-09-2011)	Chimie Thérapeutique (DPM)
LESART	Anne-Cécile	(01-10-2009 au 30-09-2013)	Informatique C2i
POULAIN	Laureline	(01-10-2009 au 30-09-2012)	Laboratoire HP2 (JR)
THOMAS	Amandine	(01-10-2011 au 30-09-2014)	Laboratoire HP2 (JR)



UFR
DE PHARMACIE
DE GRENOBLE



ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIB : Centre d'Innovation en Biologie
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
IAB : Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Oncogenèse et Ontogenèse »
IBS : Institut de Biologie Structurale
JR : Jean Roget
LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes
LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
PAST : Professeur Associé à Temps Partiel
PRAG : Professeur Agrégé
TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation et de Cognition
UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

Dernière mise à jour : 08/09/2011

« C'est une chose qui me tient au cœur. Pour moi, le médecin qui ne peut pas s'appuyer sur un pharmacien de premier ordre est un général qui va à la bataille sans artillerie. »

Jules Romains, *KNOCK ou le triomphe de la médecine*, acte II,
scène 3

REMERCIEMENTS

A ma directrice de thèse,

Je remercie Mme Magalie BAUDRANT BOGA d'avoir accepté d'encadrer cette thèse. Ses remarques et ses conseils ont constitué pour moi une aide précieuse dans l'élaboration de ce travail.

Au président du jury,

Mes sincères remerciements vont à Mr Jean CALOP pour m'avoir fait l'honneur de présider le jury de thèse.

Aux différents professionnels que j'ai rencontrés,

Je tiens à remercier tous les professionnels de santé qui m'ont apporté leur aide au cours de ce travail. Ces moments d'échange et de réflexion que nous avons partagés ont été extrêmement enrichissants, tant pour mon travail de thèse que pour le futur exercice de ma profession.

- L'équipe du réseau Dromardiab : Mme Véronique VALLES VIDAL, infirmière, directeur du réseau Dromardiab ; Mme Elisabeth EMIN-RICHARD, diabétologue ; Mme Karine TOURALBE, pharmacien d'officine ; Mme Patricia CHAULET ; Mme Françoise LABORDE.

- Mr Pascal AGOSTINI, pharmacien d'officine

- Mr Eric LE MOUËL et Mr Mathieu GUILHOT, médecins généralistes

- L'équipe du secteur d'Education diabétique et nutritionnelle du CHU de Grenoble

Je remercie tout particulièrement Mme Elisabeth EMIN-RICHARD, Mr Pascal AGOSTINI et Mr Eric LE MOUËL d'avoir eu la gentillesse d'accepter de juger ce travail de thèse.

Aux patients,

Je remercie tous les patients qui, en m'accordant leur temps et leur confiance, ont rendu cette expérimentation possible.

A l'équipe officinale de la pharmacie Agostini de Charmes-sur-Rhône,

Marion, Françoise, Emilie et Suzy : merci pour votre aide et votre soutien.

A ma famille,

Merci pour votre amour, votre soutien, votre écoute et votre dévouement durant toutes ces années (et particulièrement ces derniers mois).

A mes amies,

Amandine, Aurélie, Céline, Charlotte, Claire, Ombeline, Rhian, Stéphanie, merci pour tous les moments que nous avons partagés durant toutes ces années.

A Guillaume,

Je te remercie pour ton soutien et ton aide, pour tes réflexions pertinentes et ton engagement à toute épreuve.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX.....	16
LISTE DES FIGURES.....	19
ABREVIATIONS.....	21
INTRODUCTION.....	23
1. Rappels sur le diabète de type 2.....	25
1.1. Définition du diabète.....	25
1.2. Prévalence.....	27
1.3. Complications du diabète.....	28
1.3.1. Les complications microvasculaires.....	28
1.3.2. Les complications macrovasculaires.....	28
2. Prise en charge du diabète de type 2.....	29
2.1. Diététique et hygiène de vie.....	29
2.2. Traitement médicamenteux du diabète de type 2.....	29
2.2.1. Les antidiabétiques oraux.....	31
2.2.2. Les médicaments injectables.....	32
2.2.2.1. Les incrétines ou analogues du GLP-1.....	32
2.2.2.2. Les insulines.....	33
2.3. Education thérapeutique.....	34
2.3.1. Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique.....	34
2.3.2. Etapes de la démarche d'éducation thérapeutique du patient.....	36
2.3.3. Mise en œuvre pratique de l'éducation thérapeutique.....	37
2.3.4. Exemple d'une démarche d'éducation thérapeutique : le réseau Dromardiab..	40
3. Place du pharmacien d'officine dans la prise en charge du patient diabétique de type 2.....	42
3.1. L'exemple du Canada.....	42
3.1.1. Objectifs de la consultation pharmaceutique.....	43
3.1.2. Avantages de la consultation pharmaceutique.....	43
3.1.3. Organisation de la consultation pharmaceutique.....	44
3.1.4. Application possible des consultations pharmaceutiques à la prise en charge du diabète.....	47
3.2. L'exemple de l'Australie.....	48
3.3. L'exemple de la Norvège.....	50
3.4. L'exemple du Royaume-Uni.....	51
3.5. Et en France ?.....	54
3.5.1. Cadre législatif.....	54
3.5.2. Le dépistage.....	55
3.5.3. Education thérapeutique et actions d'accompagnement des patients.....	56
3.5.3.1. Rôles du pharmacien.....	10 56
3.5.3.2. Exemples d'actions entreprises.....	57

4. Une proposition de suivi pharmaceutique personnalisé des patients diabétiques de type 2 à l'officine.....	63
---	-----------

MATERIELS ET METHODES.....	65
-----------------------------------	-----------

1. Elaboration d'une proposition de suivi pharmaceutique personnalisé des patients diabétiques de type 2 à l'officine.....	66
---	-----------

1.1. Première proposition de modélisation du suivi pharmaceutique / confrontation de cette proposition aux acteurs du parcours de soins du patient diabétique de type 2 au sein du territoire.....	67
---	-----------

1.1.1. Première proposition : approche du patient en deux temps.....	67
--	----

1.1.1.1. Première rencontre avec le patient.....	67
--	----

1.1.1.2. Entretien privé entre le pharmacien et le patient.....	68
---	----

1.1.2. Différents outils ont été créés afin d'opérationnaliser cette proposition de suivi pharmaceutique personnalisé.....	69
--	----

1.1.2.1. Elaboration de la première version du livret d'entretien pharmaceutique.....	70
---	----

1.1.2.2. Elaboration de livrets d'information abordant différentes thématiques du diabète.....	73
--	----

1.1.3. Confrontation de la proposition initiale à différents professionnels de santé du réseau Dromardiab.....	79
--	----

1.2. Evolution de la proposition initiale.....	80
---	-----------

1.2.1. Modifications apportées au livret d'entretien pharmaceutique.....	80
--	----

1.2.2. Principales modifications apportées aux livrets d'information.....	84
---	----

1.3. Version finale du modèle de suivi pharmaceutique personnalisé des patients diabétiques de type 2 à l'officine.....	85
--	-----------

1.3.1. Versions finales des outils élaborés.....	85
--	----

1.3.2. Modélisation finale du suivi pharmaceutique personnalisé des patients diabétiques de type 2 à l'officine.....	86
--	----

1.3.2.1. Première rencontre avec le patient : au comptoir.....	86
--	----

1.3.2.2. Entretien en privé avec le patient.....	88
--	----

2. Description de la mise en place du suivi pharmaceutique personnalisé des patients diabétiques de type 2 dans une officine.....	95
--	-----------

2.1. Description de l'officine où le modèle de suivi pharmaceutique des patients diabétiques de type 2 a été testé.....	95
--	-----------

2.2. Modalités de la mise en place du suivi pharmaceutique personnalisé des patients diabétiques de type 2 à l'officine.....	96
---	-----------

2.2.1. Durée.....	96
-------------------	----

2.2.2. Lieux.....	96
-------------------	----

2.2.3. Acteurs.....	96
---------------------	----

2.2.4. Enregistrement des entretiens.....	96
---	----

2.2.5. Communication avec les médecins généralistes.....	96
--	----

2.3. Critères évalués.....	97
-----------------------------------	-----------

RESULTATS.....	98
1. Adhésion des patients diabétiques de type 2 de l'officine à la proposition d'un suivi pharmaceutique personnalisé.....	99
1.1. Décision du patient devant la proposition d'un suivi pharmaceutique personnalisé.....	99
1.2. Implication des proches : personnes présentes durant les entretiens.....	100
1.3. Réactions des patients par rapport aux entretiens.....	101
1.4. Profil général des patients à qui le suivi pharmaceutique personnalisé a été proposé.....	102
2. Typologie des entretiens.....	103
2.1. Durée des entretiens.....	103
2.2. Lieux des entretiens.....	104
3. Description de la population ayant accepté le suivi.....	104
3.1. Sexe.....	104
3.2. Age.....	105
3.3. Ancienneté du diabète.....	105
3.4. Suivi médical, éducatif et accompagnement.....	106
3.5. Suivi biologique.....	107
3.5.1. Hémoglobine glyquée.....	107
3.5.2. Clairance de la créatinine.....	109
3.6. Habitudes de vie.....	110
3.7. Traitements médicamenteux.....	111
3.7.1. Nombre de médicaments par ordonnance.....	111
3.7.2. Délivrance de nouveaux traitements.....	111
3.7.3. Indications des traitements.....	112
3.7.4. Traitements antidiabétiques.....	113
4. Analyse des besoins des patients.....	115
4.1. Besoins identifiés par le pharmacien.....	115
4.1.1. Automédication.....	115
4.1.2. Connaissance du traitement.....	116
4.1.3. Expériences antérieures avec les médicaments.....	117
4.1.3.1. Effets indésirables dus aux médicaments.....	117
4.1.3.2. Allergies médicamenteuses.....	118
4.1.3.3. Gestion des médicaments.....	119
4.1.3.4. Evaluation de l'observance.....	119
4.1.4. Conseils diététiques.....	120
4.1.5. Conseils podologiques.....	121
4.1.6. Autosurveillance glycémique.....	122
4.1.7. Insulinothérapie.....	125
4.2. Besoins exprimés par les patients.....	127
4.2.1. Préoccupations exprimées par les patients.....	127
4.2.2. Réactions des patients par rapport au diabète.....	129
4.2.3. Suivi médical.....	132
4.2.4. Suivi biologique.....	133
4.2.5. Alimentation.....	135
4.2.6. Activité physique.....	138

4.2.7. Automédication.....	139
4.2.8. Connaissance des traitements.....	139
4.2.9. Gestion des médicaments.....	140
4.2.10. Observance.....	142
4.2.11. Insulinothérapie.....	144
4.2.12. Hypoglycémies.....	145
4.2.13. Hyperglycémies.....	148
4.2.14. Soins des pieds.....	148
4.2.15. Autosurveillance glycémique.....	151
5. Propositions d'interventions adaptées aux besoins des patients.....	155
5.1. Médicaments.....	155
5.1.1. Méconnaissance des indications.....	155
5.1.2. Introduction de nouveaux médicaments antidiabétiques.....	156
5.1.3. Effets indésirables.....	157
5.1.4. Gestion des médicaments.....	158
5.1.5. Automédication.....	159
5.2. Soins des pieds.....	159
5.2.1. Manque d'informations sur les soins des pieds et sur les signes de neuropathies chez les personnes diabétiques.....	159
5.2.2. Affections des pieds : présence de corne, crevasses, mycoses, ongles incarnés.....	160
5.2.3. Examen, entretien des pieds.....	160
5.3. Autosurveillance glycémique.....	160
5.3.1. Maîtrise de la technique.....	160
5.3.2. Méconnaissance des objectifs glycémiques.....	161
5.3.3. Matériel non adapté aux capacités du patient.....	161
5.4. Hypoglycémies.....	162
5.4.1. Méconnaissance des valeurs de glycémie définissant une hypoglycémie.....	162
5.4.2. Méconnaissance du risque d'hypoglycémie engendré par le traitement antidiabétique.....	163
5.4.3. Absence de mesure de la glycémie en cas d'apparition de symptômes d'hypoglycémie.....	163
5.5. Insulinothérapie.....	164
5.6. Hémoglobine glyquée.....	165
5.7. Alimentation.....	165

DISCUSSION.....	168
1. Identification des besoins des patients : enseignements pour le pharmacien concernant le suivi pharmaceutique.....	169
1.1. Profil des patients ayant participé à l'étude.....	169
1.2. Analyse des besoins des patients diabétiques de type 2.....	172
1.2.1. Sécurisation du patient face à des situations et/ou des comportements à risques.....	173
1.2.1.1. Risques liés à l'automédication.....	173
1.2.1.2. Risques liés aux allergies médicamenteuses.....	174
1.2.1.3. Risques liés à la survenue d'effets indésirables dus aux médicaments et conséquences potentielles.....	174
1.2.1.4. Risques liés à un défaut d'adhésion au traitement médicamenteux.....	175
1.2.2. Transmission d'informations et expérimentation des gestes techniques relatifs aux différents aspects de la prise en charge du diabète, quelle que soit l'ancienneté de la pathologie.....	177
1.2.2.1. Demandes d'informations de la part des patients.....	177
1.2.2.2. Thématiques nécessitant une transmission d'informations et/ou une expérimentation de certains gestes techniques.....	180
1.2.3. Identification et prise en compte des difficultés vécues par les patients...	186
1.2.3.1. Craintes exprimées par les patients.....	186
1.2.3.2. Contraintes liées aux comportements de santé induits par la prise en charge du diabète.....	187
1.2.3.3. Facteurs individuels susceptibles d'avoir un impact négatif sur la prise en charge du diabète.....	188
2. Rôles du pharmacien.....	190
2.1. Sécurisation du patient face à des situations et/ou des comportements à risques.....	190
2.1.1. Validation des points critiques de l'ordonnance.....	190
2.1.2. Automédication.....	191
2.1.3. Evénements indésirables liés aux médicaments.....	192
2.1.4. Observance.....	193
2.1.5. Génériques.....	195
2.2. Transmission d'informations et expérimentation des gestes techniques relatifs aux différents aspects de la prise en charge du diabète, quelle que soit l'ancienneté de la pathologie.....	196
2.2.1. Demandes d'informations spécifiques de la part des patients.....	196
2.2.1.1. L'alimentation : thème sur lequel les patients sont le plus en demande d'informations.....	196
2.2.1.2. Orientation du patient vers des sources d'information et/ou d'éducation pertinentes.....	197
2.2.2. Thématiques nécessitant une transmission d'informations et/ou une expérimentation de certains gestes techniques.....	198
2.2.2.1. Autosurveillance glycémique et insulinothérapie.....	198
2.2.2.2. Soins des pieds.....	202

2.3. Identification et prise en compte des difficultés vécues par les patients.....	203
2.3.1. Compréhension des préoccupations des patients.....	203
2.3.2. Gestion des situations de crise.....	204
2.3.3. Proposition de stratégies destinées à favoriser la gestion des médicaments au quotidien.....	204
2.3.3.1. Plan de prise.....	205
2.3.3.2. Semainier.....	206
2.3.3.3. Astuces de prise.....	209
3. Mise en pratique d'une proposition de suivi pharmaceutique des patients diabétiques de type 2 à l'officine : quelle faisabilité ?.....	210
3.1. Adhésion des patients au suivi pharmaceutique.....	210
3.2. Organisation du suivi pharmaceutique.....	213
3.2.1. Forme du suivi pharmaceutique.....	213
3.2.2. Où réaliser le suivi pharmaceutique.....	214
3.2.3. Evaluation des outils proposés : enseignements de l'expérimentation.....	215
3.2.4. Conditions nécessaires à la réalisation du suivi pharmaceutique.....	218
4. Relations interprofessionnelles.....	219
4.1. Communication d'informations concernant un patient entre les différents professionnels de santé : dans quel cadre ?.....	219
4.2. Mise en place d'une communication médecin-pharmacien : quels outils utiliser ?.....	221
4.2.1. Compte-rendu de l'entretien pharmaceutique.....	221
4.2.2. Ordonnance.....	222
4.2.3. Plan de prise.....	223
5. Synthèse de la discussion.....	225
CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....	231
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	234
TABLE DES ANNEXES.....	249

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Critères diagnostiques du diabète (OMS, 1999).....	25
Tableau 2 : Causes, circonstances d'apparition et traitement des diabètes de type 1 et 2	26
Tableau 3 : Escalade thérapeutique dans le traitement du diabète de type 2	29
Tableau 4 : Etapes thérapeutiques dans le traitement du diabète de type 2	30
Tableau 5 : Traitement médicamenteux du diabète de type 2 : antidiabétiques oraux... 31	31
Tableau 6 : Traitement médicamenteux du diabète de type 2 : associations d'antidiabétiques oraux	31
Tableau 7 : Traitement médicamenteux du diabète de type 2 : analogues du GLP-1.....	32
Tableau 8 : Traitement médicamenteux du diabète de type 2 : insulines.....	33
Tableau 9 : Exemple d'organisation d'un programme d'éducation thérapeutique destiné aux patients diabétiques de type 2 au CHU de Grenoble	37
Tableau 10 : Réseaux Diabète en Rhône-Alpes	38
Tableau 11 : Avantages de la consultation pharmaceutique pour le patient et le pharmacien	43
Tableau 12 : Eléments à aborder lors de la consultation pharmaceutique en cas de nouvelle ordonnance	45
Tableau 13 : Eléments à aborder lors de la consultation pharmaceutique en cas de renouvellement d'ordonnance.....	46
Tableau 14 : Evaluation de l'observance : autoquestionnaire de Morisky adapté par X. Girerd⁴³	71
Tableau 15 : Références utilisées pour l'élaboration du livret d'entretien pharmaceutique.....	72
Tableau 16 : Sexe des patients à qui le suivi pharmaceutique a été proposé.....	102

Tableau 17 : Durées des entretiens ($n_1 = 20$ patients).....	103
Tableau 18 : Répartition du sexe des patients ayant accepté le suivi, et comparaison avec l'étude Entred 2007	104
Tableau 19 : Âge des patients ayant accepté le suivi, et comparaison avec l'étude Entred 2007.....	105
Tableau 20 : Ancienneté du diabète chez les patients ayant accepté le suivi, et comparaison avec l'étude Entred 2007.....	105
Tableau 21 : Professionnels de santé et ressources consultés par les patients ayant accepté le suivi, et comparaison avec l'étude Entred 2007	106
Tableau 22 : Taux d'hémoglobine glyquée observés chez les patients ayant accepté le suivi, et comparaison avec l'étude Entred 2007	107
Tableau 23 : Distribution des taux d'Hb1Ac chez les patients ayant accepté le suivi, et comparaison avec l'enquête Diabasis 2007-2008.....	107
Tableau 24 : Clairances de la créatinine relevées chez les patients ayant accepté le suivi ($n_1 = 20$ patients).....	109
Tableau 25 : Activité professionnelle des patients ayant accepté le suivi ($n_1 = 20$ patients)	110
Tableau 26 : Tabagisme des patients ayant accepté le suivi ($n_1 = 20$ patients).....	110
Tableau 27 : Nombre de médicaments par ordonnance pour les patients ayant accepté le suivi ($n_1 = 20$ patients).....	111
Tableau 28 : Indications des médicaments figurant sur les ordonnances des patients..	112
Tableau 29 : Stratégies thérapeutiques concernant les traitements antidiabétiques observées chez les patients et comparaison avec l'étude Entred 2007	113
Tableau 30 : Médicaments antidiabétiques figurant sur les ordonnances des patients ($n_1 = 20$ patients).....	114

Tableau 31 : Patients n'ayant qu'une connaissance partielle des indications de leurs médicaments : classes thérapeutiques sur lesquelles porte cette méconnaissance (n₃ = 8 patients).....	117
Tableau 32 : Effets iatrogènes des médicaments antidiabétiques rapportés par les patients (n₁ = 20 patients)	118
Tableau 33 : Réponses des patients aux questions du test d'évaluation de l'observance de X. Girerd (n₁ = 20 patients)	119
Tableau 34 : Suivi diététique des patients (n₁ = 20 patients).....	121
Tableau 35 : Suivi podologique des patients (n₁ = 20 patients).....	122
Tableau 36 : Problématiques liées à l'autosurveillance glycémique, mais ne concernant pas la maîtrise de la technique (n₄ = 13 patients)	125
Tableau 37 : Causes de non maîtrise de la technique d'injection de l'insuline (n₆ = 6 patients).....	126
Tableau 38 : Problématiques mises en évidence et propositions d'interventions pharmaceutiques	167
Tableau 39 : Actions possibles du pharmacien d'officine par rapport aux problématiques des patients diabétiques de type 2 identifiées lors des entretiens	227
Tableau 40 : Faisabilité du suivi pharmaceutique personnalisé : points forts et limites mis en évidence lors de l'expérimentation, et propositions d'améliorations	229

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Etapes de la démarche d'éducation thérapeutique du patient	36
Figure 2 : Secteur d'activité du réseau Dromardiab	41
Figure 3 : Protocole du suivi pharmaceutique personnalisé des patients diabétiques de type 2 à l'officine	94
Figure 4 : Choix du patient devant la proposition d'un suivi pharmaceutique personnalisé à l'officine (n = 27 patients)	99
Figure 5 : Personnes avec qui se sont déroulés les entretiens (n₁ = 20 patients)	100
Figure 6 : Répartition des durées des entretiens (n₁ = 20 patients)	103
Figure 7 : Réponse des patients ayant accepté le suivi à la question : « votre résultat d'Hb1Ac vous semble-t-il correct ? » (n₁ = 20 patients)	108
Figure 8 : Connaissance par les patients des indications de leurs traitements (n₁ = 20 patients)	116
Figure 9 : Personne gérant les médicaments du patient (n₁ = 20 patients)	119
Figure 10 : Profil d'observance des patients (n₁ = 20 patients)	120
Figure 11 : Pratique de l'autosurveillance glycémique (n₁ = 20 patients)	122
Figure 12 : Historique des mesures effectuées (n₄ = 13 patients)	123
Figure 13 : Maîtrise de la technique d'autosurveillance glycémique (n₄ = 13 patients)	123
Figure 14 : Causes de non maîtrise de la technique d'autosurveillance glycémique (n₅ = 6 patients)	124
Figure 15 : Maîtrise de la technique d'injection par les patients sous insulinothérapie (n₆ = 6 patients)	125
Figure 16 : Exemple d'un semainier : PILBOX Classic[®]	207
Figure 17 : Exemple d'un pilulier journalier : PILBOX Daily[®]	208
Figure 18 : Exemple d'un semainier modulaire : PILBOX Liberty[®]	208

Figure 19 : Optimisation du suivi pharmaceutique suite aux apports de l'expérience . 229

ABREVIATIONS

AFD : Association Française des Diabétiques

AFSSAPS : Association Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

ALFEDIAM : Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques

APhC : Association des Pharmaciens du Canada

CAM : Médecines Complémentaires et Alternatives

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DPP-4 : Dipeptidyl peptidase-4

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ENTRED : Echantillon National Témoin Représentatif des Personnes Diabétiques

g/l : gramme par litre

GLP-1 : Glucagon-like peptide-1

HAS : Haute Autorité de Santé

HbA1c : Hémoglobine glyquée

HGPO : Hyperglycémie Provoquée Orale

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IMC : Indice de Masse Corporelle

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

Insuline NPH : Insuline Protamine Isophane

kg : kilogramme

ml/min : millilitre par minute

mmol/l : millimole par litre

MUR : Medicine Use Review

NHS : National Health Service

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Réseau DIAMIP : Réseau Diabète Midi-Pyrénées

RESIC 38 : Réseau des Insuffisants Cardiaques de l'Isère

RPC : Revue des Pharmaciens du Canada

UEDP : Unité Educative du Diabète de Proximité

UKPDS : United Kingdom Prospective Diabetes Study

γ-GT : Gamma-Glutamyl-Transpeptidases

Introduction

Depuis plus de dix ans, la prévalence du diabète traité est en constante augmentation. Cette croissance est surtout due à la progression du surpoids et de l'obésité, à l'intensification du dépistage et au vieillissement de la population¹. Les progrès en matière de traitements ont permis l'amélioration de l'espérance de vie des patients, ce qui fait du diabète un modèle de pathologie chronique.

L'étude Entred 2007 a montré qu'après l'hôpital, la pharmacie représente le deuxième poste de dépenses de l'Assurance Maladie concernant les remboursements versés aux personnes traitées pour diabète, avec 3.4 milliards d'euros, soit le quart des dépenses². Le diabète de type 2 concerne 3 % de la population française, soit 2.2 millions de personnes. De ce fait, les patients diabétiques de type 2 constituent une part importante de la clientèle des pharmacies d'officine.

Par ailleurs, depuis plusieurs années, le métier de pharmacien a été appelé à évoluer, avec l'apparition de nouvelles missions, qui ont été définies sur le plan législatif en 2009 par la loi HPST³. Cette loi introduit notamment les notions de « coopération entre professionnels de santé », de « participation à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients », ou encore de « pharmaciens correspondants » pour les patients atteints de pathologies chroniques. Ces nouvelles missions amènent de nombreuses interrogations : Quelle application dans la pratique courante de l'officine ? Quelle sera alors la place du pharmacien dans la prise en charge des pathologies chroniques ?

Dans ce contexte, le diabète de type 2 constitue un modèle de pathologie chronique particulièrement intéressant pour mener une réflexion autour de l'intégration de ces nouvelles missions dans la pratique courante de l'officine.

Après avoir effectué quelques rappels concernant le diabète de type 2 et sa prise en charge, nous discuterons de la place du pharmacien d'officine dans cette prise en charge. Pour cela, nous étudierons des exemples d'actions nationales et internationales menées par les pharmaciens d'officine. Enfin, à partir de ces expériences, nous proposerons d'élaborer puis de tester un suivi pharmaceutique personnalisé des patients diabétiques de type 2 à l'officine.

1. Rappels sur le diabète de type 2

1.1. Définition du diabète

Le diabète est une affection métabolique caractérisée par la présence d'une hyperglycémie chronique. Celle-ci résulte d'une déficience de sécrétion d'insuline, d'anomalies de l'action de l'insuline sur les tissus cibles, ou de l'association des deux⁴.

Le diagnostic du diabète se base donc sur la mesure de la glycémie⁴ :

- Soit réalisée à jeun
- Soit réalisée deux heures après l'ingestion de 75 grammes de glucose (test d'hyperglycémie provoquée orale ou HGPO).

Selon les critères diagnostiques du diabète redéfinis par l'OMS en 1999, le diagnostic de diabète peut être établi de trois façons différentes :

Présence de symptômes de diabète (polyurie, polydipsie, amaigrissement)	Glycémie sur plasma veineux
Oui	$\geq 2,00$ g/L (11.1 mmol/l)
Non	Effectuée à jeun ≥ 1.26 g/L (7.0 mmol/l) à deux reprises
Non	Effectuée à deux heures de l'HGPO $\geq 2,00$ g/L (11.1 mmol/l) à deux reprises

Tableau 1 : Critères diagnostiques du diabète (OMS, 1999)

Il existe deux types de diabètes, comme le montre le tableau ci-dessous :

	Diabète de type 1	Diabète de type 2
Causes	Destruction auto-immune des cellules β des îlots de Langerhans, situées dans le pancréas, et responsables de la sécrétion de l'insuline	Altération de l'insulinosécrétion et de l'insulinosensibilité
Circonstances d'apparition	<ul style="list-style-type: none"> - Généralement avant 30 ans - Début brutal - Syndrome cardinal : polyurie, polydipsie, polyphagie, amaigrissement, asthénie, cétonurie, glycosurie, en relation avec une hyperglycémie massive 	<ul style="list-style-type: none"> - Contexte d'hérédité familiale - Sujets de plus de 40 ans - Surpoids - Souvent asymptomatique (diagnostic fortuit) - Pathologies associées : hypertension artérielle, dyslipidémie
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> - Insulinothérapie - Diététique 	<ul style="list-style-type: none"> - Mesures hygiéno-diététiques (alimentation équilibrée, activité physique) - Associées éventuellement à un traitement médicamenteux

Tableau 2 : Causes, circonstances d'apparition et traitement des diabètes de type 1 et 2

D'après : Site de l'Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques. Tableau du diabète. <http://www.alfediam.org/patients/tabdiabete.asp>. Dernière consultation le 17/01/2012⁵.

1.2.Prévalence

Le diabète est une pathologie qui progresse : en effet, sa prévalence augmente annuellement de 5,7 % par an⁶. Ainsi, entre 2000 et 2009, le taux de prévalence du diabète a progressé de 2.6 à 4.4 %, passant de 1.6 à 2.9 millions de diabétiques traités¹.

Le diabète de type 1 représente un peu plus de 6 % des cas, soit environ 120 000 patients en France⁴.

Le diabète de type 2 est le plus fréquent : il représente 92 % des cas, soit 2,2 millions de personnes. La prévalence du diabète de type 2 diagnostiqué est proche de 3 % dans la population française. Cependant, il existe de nombreuses personnes diabétiques de type 2 qui ne sont pas dépistées et diagnostiquées.

1.3. Complications du diabète

Il existe deux types de complications dues au diabète⁴.

1.3.1. Les complications microvasculaires

Les complications microvasculaires atteignent la rétine, le rein et le nerf périphérique.

Rétinopathie : le diabète représente la première cause de cécité chez les sujets de moins de 65 ans dans les pays occidentaux⁴.

Néphropathie : la néphropathie diabétique peut conduire à l'insuffisance rénale chronique terminale, qui conduit le patient à la dialyse ou à la greffe rénale⁴.

Neuropathie périphérique : les neuropathies périphériques sont fréquentes. La plupart sont asymptomatiques et découvertes par examen systématique. Elles peuvent parfois entraîner des douleurs nocturnes invalidantes. La neuropathie diabétique prédispose aux plaies du pied⁴.

1.3.2. Les complications macrovasculaires

Les complications macrovasculaires sont caractérisées par la survenue de complications cardio-vasculaires, comprenant les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux.

Les complications cardio-vasculaires représentent la principale cause de décès des patients atteints de diabète de type 2 : la morbidité et la mortalité cardio-vasculaires y sont multipliées par un facteur de 2 à 3 chez l'homme et de 4 à 5 chez la femme. Environ 20 % des accidents vasculaires cérébraux surviennent chez des personnes diabétiques⁴.

2. Prise en charge du diabète de type 2

2.1. Diététique et hygiène de vie

Le traitement initial du diabète de type 2 consiste en une modification des habitudes de vie⁴ : alimentation et activité physique. Ainsi, la lutte contre la sédentarité, de même qu'une alimentation équilibrée, sont les bases indispensables de la prise en charge du diabète de type 2. Ces comportements devront être poursuivis, même en cas d'instauration d'un traitement médicamenteux.

2.2. Traitement médicamenteux du diabète de type 2

Les recommandations portant sur le traitement médicamenteux du diabète de type 2 ont été actualisées en 2006 par l'AFSSAPS et l'HAS⁴.

Seuil de prescription	Stratégie thérapeutique	Objectif
HbA1c > 6 %	Etape 1 Mesures hygiéno-diététiques (MHD)	HbA1c < 6 %
<i>Si malgré étape 1</i> HbA1c > 6% (à la phase précoce du diabète) <i>Si malgré étape 1,</i> HbA1c > 6,5%	Etape 2 MONOTHERAPIE+MHD : Metformine voire IAG MONOTHERAPIE au choix + MHD Metformine ou IAG ou SU ou Glinides	maintenir l'HbA1c < 6.5 %
<i>Si malgré étape 2,</i> HbA1c > 6.5 %	Etape 3 BITHERAPIE + MHD	ramener l'HbA1c < 6.5 %
<i>Si malgré étape 3,</i> HbA1c > 7 %	Etape 4 TRITHERAPIE + MHD ou INSULINE ± ADO + MHD	ramener l'HbA1c < 7 %
<i>Si malgré étape 4,</i> HbA1c > 8 %	INSULINE ± ADO + MHD Etape 5 INSULINE FRACTIONNEE + MHD	ramener l'HbA1c < 7 %

ADO = antidiabétiques oraux. IAG = Inhibiteurs des alpha-glucosidases, SU = sulfamides hypoglycémiant, insuline + ADO = mise à l'insuline : intermédiaire ou lente le soir ; insuline fractionnée : > 1 injection / J soit 2 à 4 / J. MHD = mesures hygiéno-diététiques

Tableau 3 : Escalade thérapeutique dans le traitement du diabète de type 2

D'après : HAS, AFSSAPS. Traitement médicamenteux du diabète de type 2 (actualisation). Recommandation de bonne pratique. Novembre 2006⁴.

Etapes thérapeutiques	Traitements
Etape 1 Mesures hygiéno-diététiques (MHD)	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction des graisses alimentaires, des sucres raffinés et de l'alcool - Intervention d'un diététicien et éducation si nécessaire - Activité physique : 3 h par semaine au moins
Etape 2 Monothérapie initiale + MHD hiérarchisé selon le rapport bénéfice/risque :	<ul style="list-style-type: none"> - Metformine en 1^{ère} intention : seuil de prescription 6% - IAG* : si metformine mal tolérée ou contre-indiquée et hyperglycémie post-prandiale - seuil de prescription 6% - Insulinosécréteurs : si hyperglycémie plus marquée et patient à risque d'hypoglycémie plus faible - seuil de prescription 6,5%
Etape 3 Bithérapie + MHD hiérarchisé selon le rapport bénéfice/risque	<ul style="list-style-type: none"> - Metformine + insulinosécréteurs en 1^{ère} intention: hyperglycémie plus marquée et patient à risque hypoglycémique plus faible - Metformine + glitazone : si obésité androïde mais moindre recul pour évaluer le rapport bénéfice/risque - Insulinosécréteurs + glitazone si intolérance ou Contre-Indication de la metformine - Metformine + IAG - Insulinosécréteurs + IAG : si glycémie post-prandiale élevée mais moindre efficacité
Etape 4 HbA1c >7% malgré bithérapie et MHD	<p style="text-align: center;">Trithérapie : metformine + insulinosécréteurs + glitazone ou Insuline + metformine +/- autres ADO* sauf glitazone</p>
Etape 5 HbA1c > 8 % malgré trithérapie et MHD	<p style="text-align: center;">Insulinothérapie + metformine +/- autres ADO sauf glitazone</p>

IAG : inhibiteurs des alphaglucosidases
ADO : antidiabétiques oraux

Tableau 4 : Etapes thérapeutiques dans le traitement du diabète de type 2

D'après : HAS, AFSSAPS. Traitement médicamenteux du diabète de type 2 (actualisation). Recommandation de bonne pratique. Novembre 2006⁴.

A ces recommandations doivent néanmoins s'ajouter : l'apparition de nouvelles classes thérapeutiques : les inhibiteurs de la dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4) et les analogues du Glucagon-Like Peptide-1 (GLP-1) ; la suppression de la classe des glitazones, dont le dernier représentant, la pioglitazone, a été retiré du marché en juillet 2011. La pioglitazone a en effet été associée à une faible augmentation du risque de cancer de la vessie⁷. Quant à la rosiglitazone, elle a été associée à une augmentation du risque cardio-vasculaire⁸.

2.2.1. Les antidiabétiques oraux

Classe	Molécules	Spécialités
Biguanides	Metformine	GLUCOPHAGE [®] , STAGID [®]
Sulfamides hypoglycémiant	Gliclazide	DIAMICRON [®]
	Glimepiride	AMAREL [®]
	Glibenclamide	DAONIL [®]
	Glipizide	GLIBENESE [®]
Glinides	Repaglinide	NOVONORM [®]
Inhibiteurs des alpha-glucosidases	Acarbose	GLUCOR [®]
	Miglitol	DIASTABOL [®]
Gliptines (inhibiteurs des DPP-4)	Sitagliptine	JANUVIA [®] , XELEVIA [®]
	Vildagliptine	GALVUS [®]
	Saxagliptine	ONGLYZA [®]

Tableau 5 : Traitement médicamenteux du diabète de type 2 : antidiabétiques oraux

Ces antidiabétiques oraux existent également sous forme d'associations, par exemple :

Associations	Spécialités
Metformine + sulfamide hypoglycémiant	GLUCOVANCE [®] (Metformine + glibenclamide)
Metformine + inhibiteur des DPP-4	EUCREAS [®] (Metformine + vildagliptine)
	JANUMET [®] , VELMETIA [®] (Metformine + sitagliptine)

Tableau 6 : Traitement médicamenteux du diabète de type 2 : associations d'antidiabétiques oraux

2.2.2. Les médicaments injectables

2.2.2.1. Les incrétines ou analogues du GLP-1

Classe	Molécules	Spécialités
Incrétines	Exenatide	BYETTA®
(analogues du GLP-1)	Liraglutide	VICTOZA®

Tableau 7 : Traitement médicamenteux du diabète de type 2 : analogues du GLP-1

2.2.2.2. Les insulines

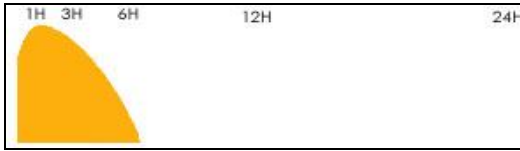
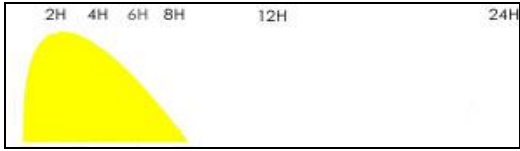
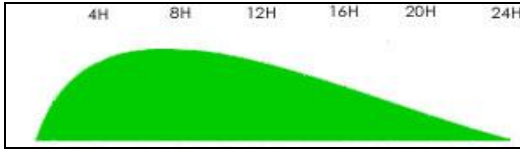

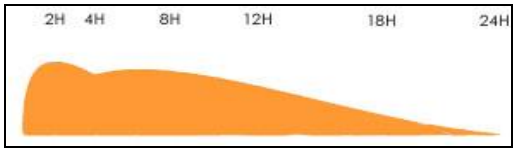
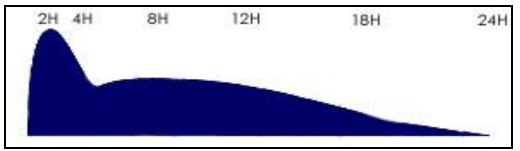
Type d'insuline	Exemples	Profil d'action
Insulines ultra rapides : analogues rapides	HUMALOG® NOVORAPID® APIDRA®	
Insulines rapides	ACTRAPID® UMULINE RAPIDE® INSUMAN RAPIDE®	
Insulines intermédiaires (NPH) ou lentes	INSULATARD® INSUMAN BASALE® UMULINE NPH®	
Insulines ultra-lentes : analogues lents	LANTUS® LEVEMIR®	
Mélange insuline ultra rapide + insuline intermédiaire	NOVOMIX® HUMALOGMIX®	
Mélange insuline rapide + insuline intermédiaire	MIXTARD® UMULINE PROFIL® INSUMAN COMB®	

Tableau 8 : Traitement médicamenteux du diabète de type 2 : insulines

2.3. Education thérapeutique

L'annonce d'une maladie chronique comme le diabète a un impact psychosocial et émotionnel important sur la vie du patient. Cela lui demandera d'apprendre à adapter certaines de ses habitudes, d'acquérir différentes compétences et d'intégrer sa maladie à son quotidien. Par conséquent, il est important de proposer une offre d'éducation thérapeutique au patient dès le diagnostic et tout au long de son parcours de vie avec sa maladie. L'éducation thérapeutique doit être mise en œuvre par des professionnels médicaux et paramédicaux formés à cette activité.

2.3.1. Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique

Selon la définition du rapport OMS-Europe, l'éducation thérapeutique est définie ainsi : *« Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. ».*

Les finalités de l'éducation thérapeutique sont tout d'abord l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'autosoins⁹. Dans le cadre du diabète, il peut s'agir de :

- Savoir réaliser l'autosurveillance glycémique et savoir réagir face aux résultats
- Réaliser les injections d'insuline ; adapter les doses d'insuline
- Modifier le mode de vie : équilibre alimentaire, activité physique
- Prévenir les complications évitables (exemple : soin de ses pieds)

- Résoudre les problèmes occasionnés par la pathologie ou ses traitements au quotidien (par exemple savoir comment détecter une hypoglycémie et comment réagir en conséquence)

L'éducation thérapeutique a également pour but la mobilisation et l'acquisition de compétences d'adaptation, qui s'appuient sur le vécu et les expériences antérieures des patients :

- Se connaître soi-même, avoir confiance en soi
- Parvenir à gérer ses émotions
- Prendre des décisions, résoudre des problèmes
- Se fixer des objectifs
- Communiquer avec les autres

Par ailleurs, le Code de la Santé Publique définit les actions d'accompagnement du patient¹⁰ :

« Les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie ».

Ces mesures sont réalisées par exemple par les associations de patients. Elles ont pour but d'aider le patient et son entourage. Elles apportent un soutien à la motivation du patient. Elles aident également le patient à identifier les ressources dont il peut avoir besoin face à des événements, des difficultés liées à sa maladie et à sa prise en charge.

2.3.2. Etapes de la démarche d'éducation thérapeutique du patient

La HAS, en collaboration avec l'INPES, a élaboré un guide méthodologique relatif à l'éducation thérapeutique. Ce guide définit une démarche éducative en quatre étapes¹¹, comme le montre le schéma ci-après.

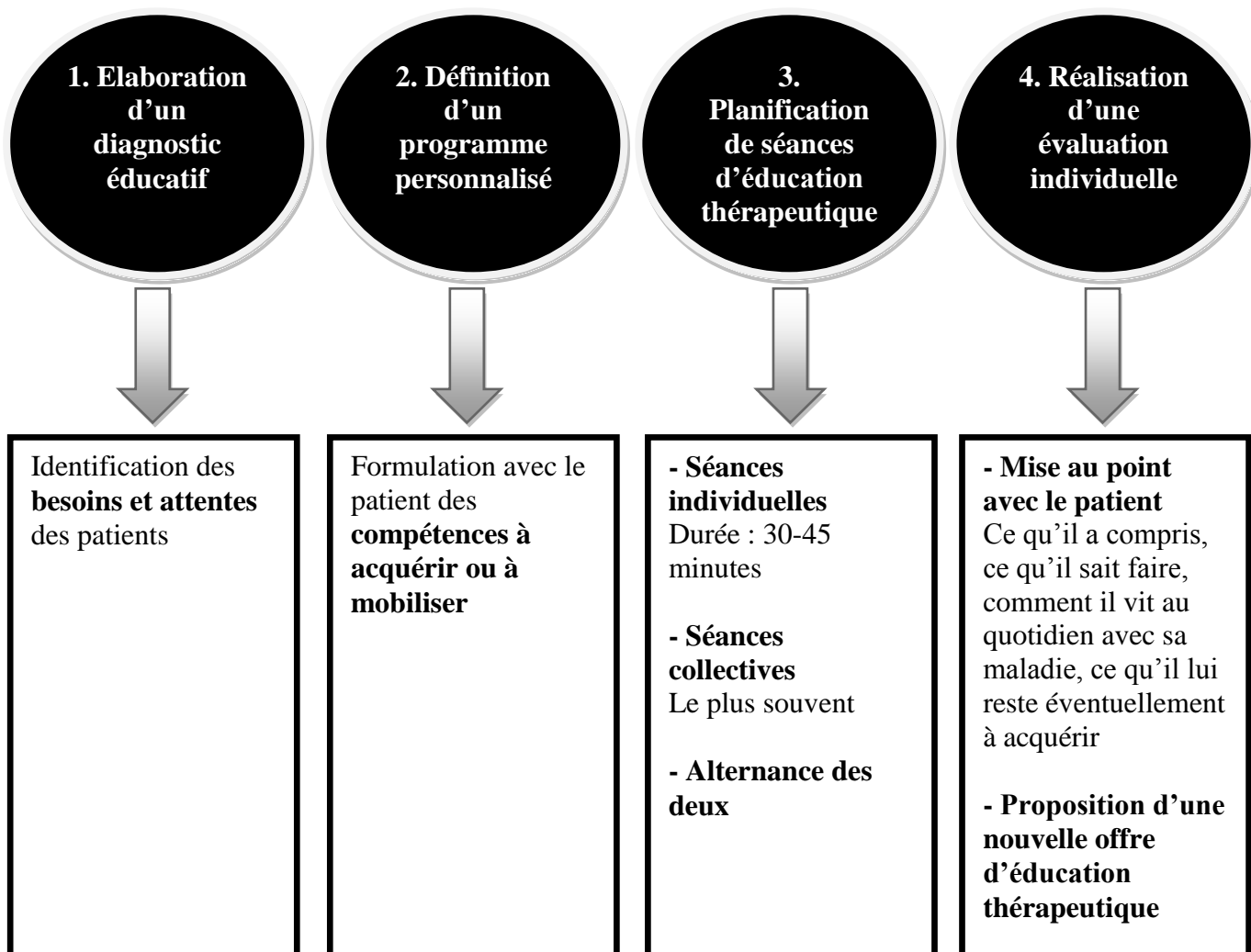


Figure 1: Etapes de la démarche d'éducation thérapeutique du patient

2.3.3. Mise en œuvre pratique de l'éducation thérapeutique

En 2008, un rapport présenté à Mme Bachelot¹² révélait que l'activité d'éducation thérapeutique était davantage centrée sur l'hôpital.

Par exemple, le service endocrino-diabétologie du CHU de Grenoble comprend un secteur d'« Education diabétique et nutritionnelle ». Il s'agit d'une unité ambulatoire et/ou d'hospitalisation courte (deux à cinq jours). Son but est d'enseigner aux patients diabétiques les bases et la pratique de leur traitement, et d'accroître leur autonomie dans leur vie quotidienne. Dans le cadre de ce projet d'expérimentation d'un suivi pharmaceutique des patients diabétiques de type 2 à l'officine, une phase d'observation d'une offre d'éducation thérapeutique sur trois jours à l'hôpital a été réalisée en mars 2011. Le programme de cette session se présentait sous forme de séances collectives réunissant cinq patients. Il était organisé de la manière suivante :

Séances	Jour 1	Jour 2	Jour 3
Matin	<u>Thèmes abordés</u> Mécanismes du diabète Principes du traitement <u>Intervenant</u> Diététicienne	<u>Thèmes abordés</u> Diététique <u>Intervenant</u> Diététicienne	<u>Thèmes abordés</u> Autosurveillance glycémique Hémoglobine glyquée Hyperglycémies et recherche d'une cétonurie <u>Intervenant</u> Infirmière
Après-midi	<u>Thèmes abordés</u> Diététique <u>Intervenant</u> Diététicienne	<u>Thèmes abordés</u> Diététique <u>Intervenant</u> Diététicienne	<u>Thèmes abordés</u> Activité physique <u>Intervenant</u> Educatrice spécialisée en activité physique adaptée

Tableau 9 : Exemple d'organisation d'un programme d'éducation thérapeutique destiné aux patients diabétiques de type 2 au CHU de Grenoble

En ville, l'éducation thérapeutique est principalement dispensée par le tissu associatif soignant ou patient : maisons du diabète, réseaux, associations de patients¹³.

Les maisons du diabète sont des associations loi 1901. Elles fonctionnent comme centres d'accueil et d'information et centres d'éducation et de formation. Ce sont des structures paramédicales qui reposent principalement sur des intervenants infirmiers et diététiciens¹³.

Les réseaux offrent une prise en charge coordonnée des soins centrée sur le patient¹⁴. Ils sont animés dans une zone géographique donnée par un groupe coordonné et pluridisciplinaire de professionnels de santé : médecins généralistes ou spécialistes, pharmaciens, infirmiers, pédicures-podologues, diététiciens...

La région Rhône-Alpes compte cinq réseaux Diabète¹⁵ :

Réseau	Siège
DEDICAS	Saint Etienne (Loire)
DIALOGS	Lyon (Rhône)
DROMARDIAB	Valence (Drôme)
RESEAU 3 LACS ET MONTAGNE	Pringy (Haute-Savoie)
SAVEDIAB	Chambéry (Savoie)

Tableau 10 : Réseaux Diabète en Rhône-Alpes

Certaines associations proposent également une offre éducative. C'est le cas de ProxYDiab 38. Située en Isère, cette association loi 1901 constitue une Unité Educative du Diabète de Proximité (UEDP). L'un des objectifs de cette structure est d'offrir au plus grand nombre de patients diabétiques de type 2 du bassin grenoblois une prestation éducative de proximité¹⁶. La population ciblée est en effet constituée de patients diabétiques de type 2 « non compliqués » (au maximum une injection d'insuline), qui ne sont pas pris en charge par le secteur d'éducation thérapeutique du service de diabétologie de l'hôpital en raison de ses capacités d'accueil. ProxYDiab 38 est donc localisé en dehors d'un centre hospitalier ou d'un réseau. Cette structure s'appuie sur une équipe multi-professionnelle, formée au diabète et à l'éducation thérapeutique. Elle propose aux patients, en ambulatoire, le programme suivant :

A. 1^{er} bilan éducatif partagé

Réalisé entre le patient et un membre de l'équipe. But : identification des besoins du patient.

B. Possibilité pour le patient d'assister à trois ateliers de groupe

Thèmes : mécanismes du diabète et traitements antidiabétiques ; diététique ; activité physique.

C. 2^{ème} bilan éducatif partagé

Buts : mise au point sur les objectifs éducatifs du patient ; si besoin proposition au patient d'ateliers de « renforcements ».

D. Possibilité pour le patient d'assister à des ateliers de « renforcements » dans les domaines qu'il a choisis

Thèmes : suivi, autosurveillance glycémique ; diététique ; activité physique adaptée

E. 3^{ème} bilan éducatif partagé

Buts : synthèse de l'ensemble du parcours ; établissement d'objectifs sur lesquels le patient souhaite s'engager au quotidien ; planification du suivi du patient.

F. Transmission d'un compte-rendu de la prise en charge au patient, à son médecin traitant, aux médecins spécialistes (diabétologue, néphrologue)

G. Suivi téléphonique à 6 mois et 1 an

Depuis son implantation, cette structure a adapté son offre en déclinant différents types d'ateliers thématiques que le patient peut choisir à la carte en fonction de ses besoins identifiés et de ses objectifs éducatifs.

2.3.4. Exemple d'une démarche d'éducation thérapeutique : le réseau Dromardiab¹⁷

Le réseau Dromardiab a été créé en janvier 2003 par une association loi 1901, dont le siège est situé à Valence (Drôme). Le réseau est financé et contrôlé par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie.

L'un des objectifs du réseau est de favoriser l'accès des patients diabétiques à l'éducation thérapeutique. Pour ce faire, lors de l'inclusion, le médecin généraliste (et/ou le diabétologue) et l'infirmière habituelle du patient (ou s'il n'en connaît pas, une infirmière du secteur formée par le réseau) évaluent ses besoins. Le réseau propose aux patients des séances individuelles et/ou collectives d'éducation.

Dans le cadre de ce projet d'expérimentation de suivi pharmaceutique personnalisé, une observation de deux ateliers d'éducation en groupe se déroulant sur une demi-journée a été réalisée. Le premier atelier était axé sur les mécanismes du diabète et l'alimentation. Le second était consacré aux soins des pieds.

Pour bénéficier du réseau, les patients doivent remplir les critères suivants :

- Être diabétique de type 1 ou 2
- Avoir entre 18 et 75 ans
- Résider dans le secteur d'activité du réseau



Figure 2 : Secteur d'activité du réseau Dromardiab

D'après : http://ns358441.ovh.net/~dromardi/images/stories/carte_reseau.pdf. Dernière consultation le 21-03-2012.

Le patient répondant aux critères précédents et ayant accepté l'offre proposée par le réseau signe une charte et un document d'information. Par la suite, le réseau propose un plan d'aide personnalisé au médecin du patient, qui le présente à ce dernier. Le médecin remet également au patient un classeur de suivi. Il contient des fiches de suivi personnalisées que remplit chaque professionnel de santé impliqué dans la prise en charge du patient, et qui sont consultables par les autres soignants. Grâce au réseau, le patient peut également, sous certaines conditions, bénéficier d'actes qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie : séances de diététique, consultation préventive de podologie, soins dentaires...

Pour accompagner les patients inclus dans le réseau, les professionnels de santé sont invités à suivre une formation au fonctionnement du réseau. A ce jour, plus de deux cents médecins, infirmières, diététiciennes, podologues, pharmaciens et biologistes ont été formés. Après avoir signé une charte et une convention, ils figurent dans un annuaire du réseau, dont la diffusion est interne. Le réseau cherche ainsi à coordonner l'ensemble de ces professionnels. Il décrit les rôles de chacun au sein de la structure, diffuse des protocoles et référentiels communs à tous les acteurs, et définit la circulation des patients dans le réseau.

3. Place du pharmacien d'officine dans la prise en charge du patient diabétique de type 2

Le diabète représente un modèle de pathologie chronique, nécessitant une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.

Quel rôle peut y jouer le pharmacien d'officine ?

Pour tenter de répondre à cette question, une recherche bibliographique a, dans un premier temps, été effectuée, afin de synthétiser des exemples d'actions et d'expériences nationales et internationales menées par les pharmaciens d'officine.

3.1. L'exemple du Canada

Dans le contexte actuel de l'évolution du métier de pharmacien, il apparaît que la relation du pharmacien avec son patient va bien au-delà de la simple remise d'informations sur le médicament. La relation du pharmacien avec son patient implique un processus de communication permettant d'assurer le succès du traitement, et de le rendre encore plus efficace. Ce processus considéré dans son ensemble définit, au Canada, la consultation pharmaceutique.

La consultation pharmaceutique s'inscrit dans le cadre des soins pharmaceutiques, dont la définition retenue par l'Ordre des pharmaciens du Québec est : « l'ensemble des actes et services que le pharmacien doit procurer à un patient, afin d'améliorer sa qualité de vie par l'atteinte d'objectifs pharmacothérapeutiques de nature préventive, curative ou palliative »¹⁸. Les pharmacies d'officine canadiennes peuvent entre autres proposer les services suivants : contrôle des dispositifs médicaux comme les lecteurs de glycémie ; programmes éducatifs réalisés au sein de l'officine ; visites à domicile¹⁹. La consultation pharmaceutique constitue plus exactement le volet communication des soins pharmaceutiques.

Afin de proposer une démarche structurée d'intervention auprès des patients, l'Ordre des pharmaciens du Québec a publié en 1998 un guide pratique de la communication pharmacien-patient²⁰.

3.1.1. Objectifs de la consultation pharmaceutique

Le guide de communication pharmacien-patient définit tout d'abord les objectifs de la consultation pharmaceutique²⁰ :

- Assurer l'usage approprié du médicament
- Comprendre les besoins et les objectifs du patient
- Faire comprendre au patient son traitement
- Etablir un partenariat (objectifs thérapeutiques et suivi)

3.1.2. Avantages de la consultation pharmaceutique

La consultation pharmaceutique peut apporter les avantages suivants²⁰ :

Pour le patient	Pour le pharmacien
Eviter les erreurs liées aux médicaments	Avantages professionnels
Diminuer les risques de problèmes liés à la pharmacothérapie	Contribuer à diminuer ou éviter les problèmes potentiels ou réels liés à la pharmacothérapie
Etre rassuré par rapport aux effets indésirables d'un médicament (savoir les gérer)	Améliorer le bien-être et la santé des patients
Améliorer les résultats thérapeutiques	Avantages économiques
Améliorer l'observance	Fidéliser les patients
Eviter les dangers de l'automédication	Réduire les pertes de revenus provoquées par les ordonnances non exécutées, en s'assurant que le patient suivra son traitement
Responsabiliser le patient face à son état et à son traitement	

Tableau 11 : Avantages de la consultation pharmaceutique pour le patient et le pharmacien

3.1.3. Organisation de la consultation pharmaceutique

Le guide de la communication pharmacien-patient propose une consultation pharmaceutique en quatre étapes²⁰:

- Un préambule, qui amorce la consultation en établissant une relation de confiance
- Une collecte de données permettant d'établir l'histoire pharmacothérapeutique du patient
- Une étape de conseils, regroupant tous les éléments que le patient devrait connaître
- Une conclusion, qui permet au pharmacien de vérifier si le patient a bien compris

Trois niveaux sont également distingués dans la consultation pharmaceutique : fondamental, intermédiaire, enrichi²⁰.

Le niveau fondamental réunit les éléments indispensables à une consultation pharmaceutique efficace et réussie. Une fois ce minimum respecté, le pharmacien peut toujours choisir, auprès de certains patients, s'il le juge utile, d'approfondir la consultation pharmaceutique.

La consultation pharmaceutique s'applique aussi bien aux nouvelles ordonnances qu'aux renouvellements. Les éléments requis pour la consultation diffèrent donc selon le type d'ordonnance.

Nouvelle ordonnance

Le tableau ci-après définit les éléments à aborder lors de la consultation pharmaceutique en cas de nouvelle ordonnance²⁰.

On remarque que selon ce tableau, pour effectuer une consultation pharmaceutique réussie, il faut aborder l'ensemble des éléments correspondant au niveau fondamental.

Nouvelle ordonnance			
Étapes de la consultation	Niveau fondamental	Niveau intermédiaire	Niveau enrichi
Préambule	<ul style="list-style-type: none"> - Se présenter et s'identifier - Demander à qui le médicament est destiné - Revoir le dossier pharmacologique - Utiliser l'aire de confidentialité 		<ul style="list-style-type: none"> - Expliquer le but et la durée de la consultation
Histoire pharmaco-thérapeutique ou collecte de l'information pertinente	<ul style="list-style-type: none"> - Allergies - Grossesse / allaitement - Poids (s'il s'agit d'un enfant) - Autres médicaments <p>Outils :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dossier pharmacologique 	<ul style="list-style-type: none"> - Maladies chroniques - Poids adulte, si nécessaire <p>Outils :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dossier pharmacologique 	<ul style="list-style-type: none"> - Habitudes de vie - Poids, taille - Surface corporelle, si nécessaire - Vaccins - Maladies iatrogéniques - Connaissances du patient sur sa maladie et son traitement - Peurs ou problèmes relatifs à la maladie et au traitement <p>Outils :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dossier pharmacologique - Questionnaire validé pour vérifier l'observance
Conseils : quoi dire ? Quoi entendre ?	<ul style="list-style-type: none"> - Nom du médicament - Indications - Méthode optimale de prise et horaire d'administration - Mode d'utilisation - Effets indésirables principaux, identifiables et évitables - Précautions particulières, s'il y a lieu - Résultats attendus 	<ul style="list-style-type: none"> - Directives en cas d'oubli d'une dose - Durée du traitement - Que faire si l'état s'aggrave ? - Après combien de temps faut-il s'inquiéter s'il n'y a pas d'amélioration ? - Conditions et durée de conservation - Directives spéciales pour l'administration et la préparation - Manipulation du produit et élimination <p>Outils :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Feuillet d'information 	<p>Conseils adaptés à la condition particulière du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les effets du médicament ? - Technique de monitoring du traitement - Renseignements au sujet des renouvellements - Mesures non pharmacologiques et préventives (facteurs de risques tel tabagisme, obésité, etc) - Critique des mythes et des préjugés, s'il y a lieu <p>Outils :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Information écrite personnalisée - Horaire d'administration adapté au rythme de vie - Piluliers hebdomadaires
Conclusion	<ul style="list-style-type: none"> - Vérifier si le patient a compris le traitement 		<ul style="list-style-type: none"> - Résumer les éléments clés de l'information - Préciser certaines questions ou inquiétudes - Aider le patient à planifier le suivi - Offrir sa disponibilité

Tableau 12 : Éléments à aborder lors de la consultation pharmaceutique en cas de nouvelle ordonnance

Renouvellement

Le renouvellement des ordonnances requiert moins d'éléments au niveau de la consultation pharmaceutique, mais exige plus de travail pour identifier et résoudre les problèmes, de même que pour le monitoring et le suivi des patients.

Le tableau ci-dessous définit les éléments à aborder lors du renouvellement²⁰.

Renouvellement			
Étapes de la consultation pharmaceutique	Niveau fondamental	Niveau intermédiaire	Niveau enrichi
Préambule	<ul style="list-style-type: none"> - Revoir le dossier pharmacologique - Utiliser l'aire de confidentialité 		<ul style="list-style-type: none"> - Expliquer le but et la durée de la consultation
Histoire pharmacothérapeutique ou collecte de l'information pertinente	<ul style="list-style-type: none"> - Mise à jour 	<ul style="list-style-type: none"> - Revoir les données annuellement 	
Conseils : quoi dire ? Quoi entendre ?	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi périodique pour certains types de médicaments et de clientèles visant à vérifier les 7 éléments du niveau fondamental - Evaluation de l'efficacité - Evaluation de la toxicité - Identification et résolution de problèmes liés au traitement - Détection de l'inobservance 	<ul style="list-style-type: none"> - Mesures de monitoring du traitement (prise de tension artérielle, glycémie, cholestérol). 	<ul style="list-style-type: none"> - Mesures de monitoring plus complètes comme par exemple identification des problèmes potentiels reliés au traitement et interventions appropriées - Approche structurée pour résoudre des problèmes d'inobservance - Mise en place d'un programme de suivi automatique des renouvellements - Vérification de l'atteinte des objectifs thérapeutiques - Renforcement des mesures non pharmacologiques et préventives
Conclusion	<ul style="list-style-type: none"> - Vérifier si le patient a compris le traitement 		

Tableau 13 : Éléments à aborder lors de la consultation pharmaceutique en cas de renouvellement d'ordonnance

D'après : Fagnan D. Comprendre et faire comprendre, le défi de l'an 2000 : guide pratique de la communication pharmacien-patient. Ordre des pharmaciens du Québec 1998. http://www.opq.org/fr/media/docs/guides-normes/guide_comm_pharm_patient.pdf²⁰.

3.1.4. Application possible des consultations pharmaceutiques à la prise en charge du diabète

Ces modèles de consultations pharmaceutiques révèlent le rôle important que peut jouer le pharmacien d'officine dans la prise en charge d'une pathologie chronique telle que le diabète. L'ensemble des éléments abordés lors de ces consultations pourrait permettre non seulement de s'assurer que le patient est en mesure de prendre ses médicaments de façon appropriée et de reconnaître et éviter certains effets indésirables liés à son traitement ; mais également d'avoir une appréciation de son vécu par rapport à sa pathologie et à ses traitements, et donc de sa motivation à atteindre les objectifs thérapeutiques.

Une telle entreprise nécessite cependant pour le professionnel de santé de disposer de connaissances actualisées afin de toujours fournir au patient l'information la plus pertinente possible. Dans ce cadre, l'Association des Pharmaciens du Canada (APhC) a élaboré en 2009 « La stratégie sur le diabète destinée aux pharmaciens »²¹. Cette stratégie est destinée à former les pharmaciens sur cette pathologie chronique et à leur offrir des outils leur permettant d'améliorer les soins qu'ils prodiguent aux patients diabétiques.

Parmi les éléments de cette stratégie, figure un cours de formation continue de l'APhC intitulé « Prise en charge pratico-pratique du diabète – une ordonnance à l'intention des pharmaciens ». Ce programme fournit aux pharmaciens des outils et des renseignements destinés à leur permettre d'améliorer la prise en charge des patients diabétiques. Ce programme, agréé par le Conseil canadien de l'éducation permanente en pharmacie, est composé de dix modules.

Toujours dans le cadre de la stratégie sur le diabète destinée aux pharmaciens, la Revue des pharmaciens du Canada (RPC) a publié en mars 2009 un supplément sur le diabète²². Ce supplément contient le résumé des recommandations destinées aux pharmaciens concernant la prise en charge et le suivi des patients diabétiques.

3.2.L'exemple de l'Australie

Depuis 2001, l'Australie a mis en place une possibilité de consultation pharmaceutique sur prescription médicale^{14,23}.

Ce dispositif est centré sur la collaboration du médecin traitant et du pharmacien d'officine dans l'intérêt du patient, définissant ainsi l'« Home Medication Review » ou la « Prise en charge médico-pharmaceutique ».

Un médecin généraliste, décelant un problème concernant son traitement chez un patient ambulatoire, peut donc prescrire à celui-ci, avec son accord, une consultation pharmaceutique qui sera effectuée à son domicile. Le pharmacien effectuant la visite est choisi par le patient. Au cours d'un entretien, le pharmacien identifie les difficultés rencontrées par le patient. A l'issue de cet entretien, le pharmacien rédige un rapport adressé au médecin prescripteur, dans lequel il lui relate d'une part les problèmes rencontrés par le patient, et d'autre part ses propositions pour les résoudre. Après concertation avec le pharmacien, le médecin retient les propositions les plus pertinentes et établit un plan d'action pour les mettre en œuvre avec l'accord du patient.

Afin de pouvoir exercer une prise en charge médico-pharmaceutique, un pharmacien doit bénéficier d'une accréditation et travailler en liaison avec un pharmacien titulaire d'officine autorisé à traiter ces prescriptions, ou l'être lui-même.

Les consultations réalisées au domicile du patient offrent notamment aux soignants une appréciation de la place des médicaments dans la vie quotidienne des patients. Ceci revêt une importance particulière lors de l'évaluation de l'automédication et des problèmes d'observance. 35 000 visites ont été réalisées entre octobre 2001 et octobre 2003 : elles ont révélé que la consultation pharmaceutique concourt à une simplification des traitements et à une amélioration de l'observance²³.

Le médecin généraliste et le pharmacien effectuant la prise en charge médico-pharmaceutique sont rémunérés. Cependant, d'importantes économies sont réalisées, notamment grâce à la simplification des traitements qui diminue le coût des traitements médicamenteux. Ces économies permettent de couvrir le coût de l'opération.

La prise en charge médico-pharmaceutique est assurée par le système de soins, une fois par an, et sous certaines conditions : patients polymédiqués, présentant des effets

indésirables dus aux traitements, en échec thérapeutique, présentant des difficultés d'observance ou d'utilisation de certains dispositifs, recevant des médicaments à marge thérapeutique étroite ou nécessitant un suivi thérapeutique,... Cette prise en charge est donc particulièrement adaptée aux patients diabétiques : en effet ceux-ci sont atteints d'une pathologie chronique. En plus de leur diabète, ils sont souvent traités dans le cadre de la prévention du risque cardio-vasculaire, ou de survenue de complications liées au diabète ; la prise de certains traitements antidiabétiques expose à des effets indésirables tels que l'hypoglycémie ; l'autosurveillance glycémique ou l'insulinothérapie nécessitent la maîtrise des techniques d'utilisation de certains dispositifs.

3.3.L'exemple de la Norvège

En Norvège a été publié en 2001 « The Norwegian diabetes declaration for pharmacies » conjointement par la Norwegian Diabetes Association, la Norwegian Pharmacy Association et l'Interest Group Diabetes in the Pharmacy (groupe d'intérêt indépendant sur la prise en charge du diabète en pharmacie). Ce texte émet des recommandations concernant le rôle du pharmacien dans la prévention et le traitement du diabète²⁴ :

- Collaborer avec les services de santé et la Norwegian Diabetes Association, tant au niveau national que local, pour prévenir et traiter le diabète
- Disposer de lignes directrices et de procédures pour le travail en pharmacie, incluant également le développement de compétences ainsi que la mise à jour des connaissances sur le diabète
- Donner des conseils sur le bon usage du médicament, s'assurer que les médicaments sont utilisés conformément à la prescription, s'assurer que les patients comprennent le but de leur traitement
- Suivre les patients qui utilisent des médicaments, identifier les problèmes relatifs aux médicaments et les résoudre en coopération avec le médecin prescripteur
- Donner des conseils quant au choix et à l'utilisation de dispositifs médicaux utilisés par les diabétiques
- Donner des conseils sur la technique d'autosurveillance glycémique et l'interprétation des résultats
- Renforcer la motivation du patient diabétique à suivre son traitement, l'aider à mieux faire face à la maladie
- Encourager les personnes à risque à consulter un médecin
- Informer le patient de l'importance du mode de vie dans le développement du diabète et la prévention des complications
- Inciter les patients diabétiques à rejoindre la Norwegian Diabetes Association, utiliser les sources d'information de l'association

Cependant, une étude a montré le peu de succès de ce document auprès des pharmaciens d'officine²⁵. En effet, la majorité a déclaré ne pas avoir lu la déclaration sur le diabète. Cependant, l'étude a aussi montré que malgré cela, la plupart des pharmacies avaient déjà mis en œuvre d'elles-mêmes plusieurs de ses recommandations. Des recherches supplémentaires sont néanmoins nécessaires afin d'évaluer les éventuels bénéfices de ces actions sur les patients diabétiques.

3.4.L'exemple du Royaume-Uni

Depuis 2005, il existe de nouveaux types de contrats entre les pharmacies et le National Health Service (NHS), le système de santé publique du Royaume-Uni¹⁴.

Les services pharmaceutiques sont ainsi divisés en trois catégories : services essentiels, services avancés, services renforcés^{26, 27, 28, 29}.

- **Les services essentiels (essential services)** sont définis par les services qui doivent être normalement délivrés par toutes les pharmacies d'officine. Ils comprennent notamment : la dispensation des médicaments, le renouvellement des dispensations ; la promotion de la santé (diffusion de messages de santé publique) ; des conseils hygiéno-diététiques pour les patients diabétiques, coronariens, fumeurs ou en surpoids ; un dispositif de récupération des médicaments périmés ou inutilisés ramenés par les patients à la pharmacie.
- **Les services avancés (advanced services)** nécessitent une accréditation pour le pharmacien qui les propose, et impliquent certaines exigences concernant les locaux, comme par exemple des espaces de confidentialité permettant la tenue d'une consultation privée entre le patient et le pharmacien. Ces services permettent de faire le point régulièrement avec le patient sur ses traitements médicamenteux. Le principal objectif de ces services est que le patient puisse utiliser ses médicaments de manière plus efficace.
- **Les services renforcés (enhanced services)** sont définis localement par les Primary Care Trust (qui font partie du National Health Service). Ces services sont développés en fonction des besoins de la population locale. Les plus communs sont la supervision de l'administration de la méthadone et les programmes de soutien pour le sevrage tabagique.

Dans le cadre de la prise en charge du diabète à l'officine, différents services peuvent ainsi être proposés³⁰.

- **Prise en charge des patients diabétiques : services essentiels**

Ces services peuvent être représentés par des campagnes de santé publique sur le diabète, des conseils hygiéno-diététiques destinés aux patients présentant une prescription de médicaments antidiabétiques (contrôle du poids, sevrage tabagique, ...), des conseils relatifs à l'automédication.

- **Medicine Use Review (MUR)**

Ce service permet de faire avec le patient un bilan concernant le bon usage de ses médicaments.

Le service MUR standard est défini comme un service avancé (advanced service). Il vise à améliorer les connaissances du patient vis-à-vis de son traitement. Les services entrant dans le cadre du MUR consistent en un entretien privé entre le pharmacien et le patient, généralement dans l'espace de confidentialité de l'officine. Ces consultations peuvent être instaurées à l'initiative du pharmacien pour les patients polymédiqués et atteints de pathologies chroniques, au rythme de une par an. A l'issue de chaque consultation, le pharmacien rédige un rapport qui sera communiqué au médecin traitant, le patient en conservant une copie. Les interventions possibles dans le cadre du service MUR standard incluent des conseils sur l'usage des médicaments (prescrits ou non) dans le but d'optimiser l'adhésion. Il peut également s'agir de prodiguer des conseils concernant les effets indésirables des médicaments, de discuter avec le patient des problèmes pratiques qu'il rencontre avec ses médicaments au quotidien (approvisionnement, prise), ou encore éventuellement d'identifier les médicaments que le patient a décidé de ne plus prendre de lui-même. Enfin le pharmacien peut suggérer des améliorations concernant le côté pratique du traitement médicamenteux ; par exemple, si pour une prise le médecin a prescrit de multiples doses d'un faible dosage, le pharmacien peut proposer leur remplacement par un dosage plus fort, qui diminuera le nombre de doses à administrer.

Le service MUR + est défini comme un service renforcé (enhanced service). Les interventions entrant dans le cadre du MUR + peuvent être décidées au niveau local suite à une concertation entre les Primary Care Trust, les pharmaciens d'officine et les médecins prescripteurs. Il peut s'agir d'identifier les patients qui ont des difficultés à utiliser les dispositifs d'autosurveillance glycémique, d'émettre des recommandations pour permettre un contrôle plus étroit des facteurs de risque modifiables comme la pression artérielle et le cholestérol.

- **Aider les patients diabétiques à gérer leur traitement de manière plus efficace**

Ces services visent, en accord avec les médecins généralistes, à sécuriser l'usage des médicaments et optimiser leur efficacité. Par le biais d'un entretien en privé entre le pharmacien et le patient, ces services ont pour but d'améliorer l'adhésion du patient d'une part en lui offrant la possibilité d'exprimer son ressenti face à ses médicaments (difficultés, questions) ; d'autre part en lui permettant d'améliorer ses connaissances sur sa maladie et son traitement. Ainsi le pharmacien peut identifier les difficultés du patient et lui proposer conseils et soutien, ou l'orienter vers d'autres professionnels de santé. De plus, le pharmacien peut intervenir auprès du médecin prescripteur afin d'optimiser le traitement : recommandation pour l'introduction de nouveaux traitements (statines, aspirine...), identification des effets indésirables ...

- **Soins des pieds**

Par le biais de ce service, le pharmacien peut identifier les patients à risque, prodiguer des conseils relatifs aux soins des pieds, et orienter les patients vers les professionnels de santé appropriés.

- **Prescription**

Au Royaume-Uni, les pharmaciens peuvent rédiger des ordonnances. Ils peuvent être "prescripteurs complémentaires" depuis 1994, en partenariat/volontariat avec des médecins. Depuis 2006, les pharmaciens peuvent être également prescripteurs indépendants, notamment pour la tension artérielle, le diabète, la lutte contre le tabagisme. Les pharmaciens doivent recevoir une formation et une accréditation ; ils sont ensuite inscrits sur un registre national.

Les pharmaciens peuvent donc prescrire des traitements, ajuster des posologies, discuter des options de traitement avec le patient, surveiller la réponse du patient au traitement.

Afin de dispenser ces services, les pharmaciens d'officine doivent s'appuyer sur des directives et des guides validés (notamment par les Primary Care Trust ou les réseaux diabète locaux). Le Department of Health met également à disposition des pharmaciens des ressources éducationnelles, notamment dans le domaine de la Santé Publique (conseils hygiéno-diététiques)³¹.

3.5. Et en France ?

3.5.1. Cadre législatif

En 2009, l'article 38 de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), définit les missions du pharmacien d'officine³.

1° Contribuent aux soins de premier recours

Définis à l'article 36 de la loi HPST :

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

2° Participent à la coopération entre professionnels de santé

3° Participent à la mission de service public de la permanence des soins

4° Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé

5° Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients

6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur

7° Peuvent, dans le cadre des coopérations entre professionnels de santé, être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets

8° Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes

NB : les conditions d'application des 7° et 8° seront fixées par un décret en Conseil d'Etat.

Si cette loi reconnaît officiellement certaines activités qui étaient déjà assurées quotidiennement par les pharmaciens d'officine (comme le conseil pharmaceutique), elle introduit également de nouvelles missions. Dans ce cadre, quel peut être le rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge du patient diabétique ? Nous allons tenter d'explorer cette question au travers d'exemples d'actions entreprises en France.

3.5.2. Le dépistage

La loi HPST inscrit le pharmacien dans les soins de premier recours, parmi lesquels figure le dépistage. En ce sens, le rapport Rioli préconise la mise en place d'un rendez-vous santé à l'officine, qui serait proposé à des personnes en bonne santé, ne consultant que rarement leur médecin³². Le rapporteur propose notamment l'instauration de tests de dépistage du diabète. L'objectif de ces rendez-vous serait d'éviter les retards au diagnostic par défaut de dépistage de pathologies lourdes.

Ainsi, plusieurs groupements de pharmacies d'officine proposent aux patients des actions de dépistage, tels Giropharm, Giphar, PHR³³.

Une étude nationale visant à évaluer la faisabilité d'un co-dépistage diabète et maladies rénales dans les pharmacies d'officine a également été menée d'octobre 2008 à février 2009³⁴. Ce dépistage était proposé aux patients non traités pour diabète, ou non connus comme porteurs d'une maladie rénale, et présentant les facteurs de risques suivants : âge supérieur à 65 ans, hypertension, antécédents familiaux de diabète ou de pathologie rénale. Le test s'effectuait par l'intermédiaire d'une glycémie capillaire et d'une bandelette urinaire. En cas de résultat positif, le patient était orienté vers son médecin traitant. Ensuite, le patient effectuait une seconde visite à l'officine, afin de confirmer ou non le dépistage. Sur 3 568 patients inclus : 404 personnes diabétiques méconnues ont été dépistées sur la glycémie capillaire ; 391 patients présentaient une protéinurie ou une hématurie. Mais seuls 110 patients ont vu leur médecin traitant et sont revenus à l'officine. Au final, 51 cas de diabète et 12 cas de maladies rénales ont été confirmés. Si cette étude a montré l'intérêt d'associer les pharmaciens d'officine aux plans de dépistage, elle a également mis en évidence la nécessité de renforcer la communication entre médecins et pharmaciens.

3.5.3. Education thérapeutique et actions d'accompagnement des patients

3.5.3.1. Rôles du pharmacien

L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le cadre de la coopération entre les professionnels de santé³². En effet, pour être pertinentes et efficaces, les actions entreprises par le pharmacien doivent intégrer une logique multi-professionnelle³⁵.

Les compétences du pharmacien lui permettent de s'impliquer à de nombreux niveaux^{35,36} :

- **Expliquer et informer le patient sur sa pathologie et ses traitements**

La compréhension de sa situation est un des déterminants de l'adhésion du patient au projet thérapeutique. Dans ce sens, le pharmacien est à même de renforcer et clarifier les messages émanant des différents professionnels de santé déjà rencontrés par le patient dans son parcours de soins. Il s'agit notamment de faire le point avec le patient sur ses représentations de la maladie et des médicaments, de lui transmettre des informations concernant par exemple le rôle des médicaments, leurs intérêts (balance bénéfique / risque), et la gestion de leurs effets indésirables (reconnaissance des signes, conduite à tenir). Il est également important de discuter avec le patient des comportements d'automédication, et d'identifier des ressources (propres au patient et/ou extérieures) pouvant l'aider à intégrer sa maladie et sa prise en charge dans sa vie quotidienne.

- **Aider le patient à organiser la prise de ses médicaments dans sa vie quotidienne**

Afin de permettre au patient de gérer de façon pratique la prise de ses médicaments, il est nécessaire d'échanger avec lui à propos de son organisation au quotidien, de ses activités journalières, et d'élaborer un plan de prise adapté à ses habitudes de vie.

Il est également important que le patient apprenne à réagir de façon adéquate à des situations particulières : départ en vacances, oubli de prises, panne d'insuline, sorties, invitations...

- **Accompagner le patient dans la manipulation des formes et dispositifs médicamenteux (stylos injecteurs, lecteurs de glycémie...)**

Lors de la dispensation, il est indispensable dans un premier temps d'aider le patient dans l'apprentissage de l'utilisation du dispositif ; puis de réévaluer régulièrement la manipulation des techniques, afin de vérifier l'intégration de la compétence.

- **Intervenir dans la gestion des crises**

Outre son expertise dans le domaine du médicament, le pharmacien exerce un rôle de soutien social prépondérant. Représentant le premier recours aux soins, il est à même, de par sa disponibilité et une écoute attentive, de détecter des situations difficiles vécues par le patient : perte d'efficacité des thérapeutiques, survenue d'effets indésirables, perte de motivation, dépression, perte de confiance en soi, événements de vie déstabilisateurs vis-à-vis de son adhésion à la prise en charge thérapeutique de sa maladie... Il peut ainsi concourir à une gestion précoce de ces crises : conseils d'urgence, orientation, renforcements motivationnels, soutien, suivi des actions que le patient va tenter de mettre en place pour agir face à ces crises...

3.5.3.2. Exemples d'actions entreprises

- **Dans les pharmacies d'officine**

De nombreuses actions mettent en évidence l'implication du pharmacien d'officine dans l'éducation thérapeutique et les actions d'accompagnement du patient, notamment au sein des réseaux diabète et des groupements de pharmaciens.

➤ **Exemple du réseau Paris Diabète**

Dans le cadre d'une coordination de soins pluridisciplinaires de qualité, un « suivi pharmaceutique » a été conçu par des pharmaciens d'officine adhérents du réseau³⁷. Ce programme d'éducation thérapeutique comprend un bilan initial et trois suivis trimestriels. Le bilan initial constitue la phase de diagnostic éducatif. Il a pour objectif d'évaluer les connaissances du patient quant à sa maladie, son traitement, sa gestion au quotidien. Les données du bilan initial et des suivis sont transcrites sur une fiche spécifique (Annexe 1). En fonction des réponses, le pharmacien détermine la nécessité ou non d'entreprendre des interventions éducatives : un contrat d'éducation est alors conclu avec le patient. Le pharmacien programme ensuite les interventions éducatives, qui auront lieu au cours des trois mois suivants. Ces actions sont réalisées individuellement avec le patient³⁸. Elles portent principalement sur la connaissance des traitements et des objectifs thérapeutiques (hémoglobine glyquée), l'organisation et le suivi du traitement (compétences gestuelles : techniques d'autosurveillance glycémique, d'injection d'insuline), et l'amélioration de l'observance. Par exemple, s'il a été identifié un manque de connaissances en lien avec les médicaments, que ce manque est ressenti par le patient comme une difficulté, et que cela a un impact sur son comportement, il peut être décidé de mettre en œuvre une action éducative. Pour ce faire le pharmacien peut, en utilisant l'ordonnance et les boîtes de médicaments, aider le patient à distinguer ses différents traitements (tri des boîtes par indication).

L'évaluation des compétences acquises par le patient est effectuée lors de trois bilans de suivi trimestriel. Grâce au travail en réseau, le pharmacien peut à tout moment réorienter le patient, suivant ses attentes et les demandes identifiées au cours du diagnostic éducatif, vers les professionnels les plus compétents. La fiche de suivi du pharmacien figure ensuite dans un cahier de liaison remis à chaque patient³⁹. Ce cahier réunit l'ensemble des fiches d'inclusion, de suivi, de traitement et de bilan élaborées par les différents professionnels de santé auxquels le patient a recours. Il constitue donc un outil de communication entre les intervenants. Le partage d'informations peut également prendre la forme de rencontres portant sur des dossiers de patients et réunissant les professionnels concernés.

➤ **Exemple du réseau Dromardiab**

Lorsqu'un de leurs patients est inclus dans le réseau, les pharmaciens proposent et réalisent avec son accord un suivi pharmaceutique. Celui-ci prend la forme d'un entretien annuel entre le pharmacien et le patient, au cours duquel le pharmacien remplit une fiche de suivi. L'objectif de cet entretien est de faire le point notamment sur : le suivi biologique, l'autosurveillance glycémique, le traitement médicamenteux (représentations du traitement, expériences d'effets indésirables, connaissance du traitement, évaluation de l'observance). La fiche de suivi du pharmacien est ensuite placée dans le classeur de suivi du patient, lequel est consultable par tous les soignants impliqués dans la prise en charge.

➤ **Exemple du groupement Pharmactiv⁴⁰**

Depuis janvier 2009, le groupement Pharmactiv propose aux patients diabétiques de type 2 un suivi personnalisé à l'officine. Le groupement organise tout d'abord une demi-journée de formation dans les officines souhaitant proposer ce suivi personnalisé à leurs patients. Ce suivi est ensuite proposé au patient lors de la dispensation ou du renouvellement du traitement. Si le patient est intéressé, un rendez-vous de suivi est fixé.

Déroulement d'un rendez-vous de suivi

- **Renseignement de la « fiche de suivi patient »**
- **Mesure de la glycémie, de la tension artérielle, du poids, calcul de l'IMC**
- **Mise au point concernant les traitements en cours (diabète et pathologies associées)**
- **Validation de la bonne utilisation des outils de mesure (lecteur de glycémie, autopiqueur) et de la bonne fréquence de l'autosurveillance**
- **Edition de la courbe de glycémie du patient et explication de cette courbe**
- **Discussion autour des habitudes alimentaires du patient ; identification des problématiques éventuelles**
- **Avec l'accord du patient, fixation de un ou deux objectifs à atteindre d'ici au prochain rendez-vous dans deux mois**

Les entretiens se déroulent dans un espace confidentiel clos, et durent en moyenne 15-20 minutes.

A l'issue de l'entretien, sont remis au patient :

- La fiche de suivi : elle constitue le compte-rendu de l'entretien
- Les objectifs fixés conjointement par le patient et le pharmacien

Néanmoins, cette initiative n'établit pas de lien avec les autres professionnels de santé. Le patient peut seulement, s'il le souhaite, montrer le compte-rendu du rendez-vous à son médecin traitant ou à son diabétologue.

En novembre 2010, 120 pharmacies appartenant au réseau Pharmactiv avaient suivi la formation nécessaire pour proposer ce suivi personnalisé. Aucune étude d'évaluation de ces suivis n'est disponible à ce jour.

- **Au sein de l'hôpital**

- **Exemple du CHU de Grenoble**

Au CHU de Grenoble, dix à douze internes en pharmacie et quatre-vingt quatorze externes (étudiants en pharmacie en cinquième année hospitalo-universitaire) sont affectés dans les services cliniques⁴¹.

Ils réalisent des conciliations médicamenteuses à l'entrée des patients dans le service, et, pour certains patients, des observations pharmaceutiques. Ces observations se construisent par l'intermédiaire de données recueillies d'une part dans le dossier médical et auprès des professionnels de santé hospitaliers et ambulatoires ; d'autre part au travers d'un entretien avec le patient et/ou son entourage⁴².

Dans le service de diabétologie, ces données ont été transcrites dans un premier temps sur une fiche intitulée : « Evaluation pharmaco-thérapeutique à l'entrée des patients hospitalisés en diabétologie » (Annexe 2). Elles sont actuellement colligées dans un dossier informatisé appelé « GULPER », qui reprend les mêmes critères.

L'observation pharmaceutique se divise en deux temps :

Partie 1 : Evaluation et mise en sécurité du patient par rapport aux thérapeutiques

L'objectif de cette première partie est de sécuriser l'hospitalisation du patient concernant sa thérapeutique médicamenteuse.

Pour ce faire, dans un premier temps, le dossier médical du patient permet de récolter des informations sur son état de santé : pathologies chroniques, antécédents médicaux, présence de complications liées au diabète, facteurs de risque cardio-vasculaire, antécédents familiaux de diabète, bilan biologique à l'entrée.

Ensuite, il s'agit de procéder à l'évaluation des traitements médicamenteux. Au moyen de l'ordonnance la plus récente, on établit les objectifs thérapeutiques. L'entretien avec le patient permet d'avoir une appréciation de l'usage de l'automédication et des comportements concernant les médecines alternatives et complémentaires.

Par ailleurs l'entretien permet de récolter des informations sur les habitudes de vie du patient : lieu de vie, activité professionnelle, activité physique, alimentation, allergies non médicamenteuses, tabac, alcool.

Enfin, le patient est questionné sur ses expériences antérieures avec les médicaments : a-t-il présenté des effets indésirables ou des allergies à certains médicaments ? Une évaluation de l'observance médicamenteuse est réalisée en utilisant les items de l'autoquestionnaire de Morisky, adapté par X. Girerd⁴³.

Cette première partie permet donc la sécurisation du patient. L'analyse de l'ordonnance en rapport avec les données du dossier médical et celles recueillies auprès du patient permet de vérifier l'adéquation du traitement à la physiopathologie du patient : traitement de l'ensemble des problèmes de santé, présence de traitements non indiqués, présence de contre-indications physiopathologiques par rapports à certains médicaments, redondance de certains traitements, interactions médicamenteuses, posologies.

L'entretien avec le patient permet d'explorer les causes iatrogènes de l'hospitalisation comme un mésusage des médicaments, la survenue d'un effet indésirable, une mauvaise observance, un plan de prise inadapté, une automédication abusive, une surveillance biologique inadaptée, une méconnaissance du traitement...

Partie 2 : optimisation thérapeutique

Cette partie de l'entretien permet d'effectuer un bilan éducatif. Elle consiste en l'exploration des déterminants des comportements de santé du patient, selon le modèle Savoir Vouloir Pouvoir⁴⁴.

L'exploration du Savoir consiste à mettre en évidence les connaissances, les représentations, les croyances du patient par rapport à sa maladie et ses médicaments.

Dans la partie Pouvoir, on cherche à évaluer quels sont les éléments pratiques dans la vie du patient qui vont favoriser ou faire obstacle à la bonne prise en charge de la pathologie : limitations (cognitives, visuelles, auditives), gestion des médicaments au quotidien (utilisation d'un pilulier, astuces de prise, savoir-faire concernant les gestes techniques à réaliser), accès aux soins (médecin, pharmacien, infirmier, laboratoire d'analyses médicales...).

Enfin, la partie Vouloir permet de déterminer la motivation du patient à adhérer à la prise en charge, et les ressources internes ou externes qui pourront être des points d'ancrage pour lui et les soignants dans la prise en charge au long cours de sa maladie.

Au terme de cette seconde partie, un bilan des actions à entreprendre est effectué (avec les soignants et le patient selon le type d'intervention), permettant de répondre aux problématiques identifiées lors de l'entretien.

4. Une proposition de suivi pharmaceutique personnalisé des patients diabétiques de type 2 à l'officine

Les exemples précédents nous ont montré qu'à l'officine, de nombreuses actions sont possibles pour optimiser la prise en charge des patients diabétiques de type 2. Ces différentes interventions pourraient constituer un socle à une démarche d'éducation thérapeutique. Cependant, la France manque d'expérience en regard des autres pays cités, et les interventions mises en place n'ont pas encore été bien évaluées. De même, les liens avec les autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient ne sont pas suffisamment développés et définis. A partir des apprentissages des différentes expériences décrites précédemment, nous proposons d'élaborer puis de tester un suivi pharmaceutique personnalisé des patients diabétiques de type 2 à l'officine.

Ce suivi pharmaceutique intègre tout d'abord une démarche de sécurisation du patient, comme cela apparaît dans les exemples de consultations pharmaceutiques que nous avons évoqués (au Canada et au CHU de Grenoble). Ce suivi adopte de plus une posture éducative, en offrant des propositions d'interventions adaptées aux besoins exprimés par les patients. Il s'agit ensuite de tester ce suivi dans une officine, afin d'évaluer sa faisabilité, et de réfléchir à son intégration dans un maillage pluriprofessionnel.

Objectifs de ce travail

- **Proposer un modèle de suivi pharmaceutique personnalisé des patients diabétiques de type 2, à partir de l'analyse des données de la littérature et des expériences nationales**
- **Confronter cette proposition à l'avis de différents professionnels du parcours de soins des patients diabétiques de type 2 (collaboration avec le réseau diabète Dromardiab)**
- **Créer des outils utiles au suivi proposé**
- **Mettre en place et tester ce suivi au sein d'une officine de village**
- **Evaluer les besoins des patients diabétiques de type 2 à l'officine, et explorer comment le pharmacien d'officine peut répondre à ces besoins**
- **Evaluer la faisabilité de cette proposition intégrée à l'organisation de l'activité d'une officine**
- **Réfléchir aux modalités d'interactions avec les professionnels du territoire impliqués dans la prise en charge des patients diabétiques de type 2, dans un but d'intégration de la démarche dans une collaboration multiprofessionnelle**

Matériels et méthodes

1. Elaboration d'une proposition de suivi pharmaceutique personnalisé des patients diabétiques de type 2 à l'officine

Le premier temps de ce travail consiste à structurer une proposition de suivi pharmaceutique personnalisé. L'analyse des données issues de la littérature et des expériences nationales a conduit à élaborer ce suivi pharmaceutique sous forme d'entretiens privés entre le pharmacien et le patient.

Modalités de réalisation des entretiens entre le pharmacien et le patient

Le suivi pharmaceutique est proposé au comptoir aux patients diabétiques de type 2. Les entretiens ont lieu dans un espace privé (espace de confidentialité de l'officine, ou domicile du patient). Ces entretiens sont divisés en deux temps.

- Tout d'abord, l'échange est mené de façon à ce que le patient puisse s'exprimer sur différentes thématiques relatives à son quotidien. Les problématiques mises en évidence permettront d'identifier les besoins des patients, exprimés ou non. En effet, les patients peuvent verbaliser certaines de leurs difficultés. Mais certaines problématiques peuvent être observées par le pharmacien sans qu'elles soient perçues par le patient ; elles sont le plus souvent relatives à la mise en sécurité du patient.
- Dans un second temps, face aux problèmes exprimés par le patient ou identifiés par le pharmacien, les actions à entreprendre sont explorées.

Le suivi pharmaceutique élaboré ne prévoit, pour le moment, qu'un seul entretien avec le patient. Cependant, la notion de suivi implique la réalisation de plusieurs entrevues. Cela permet par exemple de faire le point sur ce que le patient a retenu et compris des entretiens précédents, sur ses objectifs, mais aussi de soutenir la motivation et d'identifier de nouveaux besoins. Le modèle proposé structure donc en réalité le premier temps de ce suivi.

1.1.Première proposition de modélisation du suivi pharmaceutique / confrontation de cette proposition aux acteurs du parcours de soins du patient diabétique de type 2 au sein du territoire

1.1.1. Première proposition : approche du patient en deux temps

1.1.1.1. Première rencontre avec le patient

L'objectif de la première rencontre était tout d'abord de cerner les besoins des patients diabétiques de type 2, notamment en termes d'informations sur leur diabète et sur les différentes stratégies thérapeutiques de sa prise en charge.

Des livrets d'information reprenant différentes thématiques ont été construits : la compréhension du diabète, le suivi du diabète, les traitements médicamenteux, l'activité physique, l'alimentation, les soins des pieds, l'autosurveillance glycémique, la gestion des hypoglycémies, la gestion des hyperglycémies, l'insulinothérapie.

Le scénario était le suivant : il s'agissait de proposer ce suivi à tous les patients diabétiques de type 2 se présentant au comptoir. L'ordonnance était utilisée comme outil de médiation pour débiter l'interaction. Après avoir demandé à qui l'ordonnance était destinée, présenté le but de ce suivi et recueilli le consentement du patient, une fiche reprenant les différents thèmes des livrets d'information était présentée au patient, pendant que le pharmacien s'occupait de réaliser la « cueillette » des médicaments de l'ordonnance. Pendant ce temps, le patient pouvait cocher les thèmes sur lesquels il souhaitait échanger avec son pharmacien, avoir des informations spécifiques. Des livrets d'information correspondant à ces thèmes étaient ensuite présentés au patient, et parcourus avec le pharmacien. Un rendez-vous pour un entretien privé était enfin proposé au patient afin de faire le point avec lui sur son diabète, les difficultés qu'il rencontre au quotidien... Les livrets d'information ne constituaient, dans le modèle initial, qu'un premier contact, un outil d'accroche destiné à susciter l'intérêt du patient, à lui permettre d'exprimer ses besoins et ses demandes auprès de son pharmacien.

1.1.1.2. Entretien privé entre le pharmacien et le patient

Cet entretien a été construit en se basant : sur le modèle des consultations pharmaceutiques québécoises, telles qu'elles sont décrites dans le Guide Pratique de la Communication Pharmacien-Patient établi par l'Ordre des Pharmaciens du Québec²⁰ ; et sur le modèle des observations pharmaceutiques pratiquées au CHU de Grenoble par les internes et les externes en pharmacie au sein du service de Diabétologie (Annexe 2).

Il s'agissait notamment :

- **De revenir sur l'histoire pharmaco-thérapeutique du patient**

Renseignements généraux, pathologies chroniques, traitements en cours (prescrits ou non), expériences antérieures du patient avec les médicaments (iatrogénie, allergies médicamenteuses, gestion de la prise des médicaments, évaluation de l'observance), habitudes de vie du patient (activité professionnelle, allergies non médicamenteuses, tabac, alcool).

- **De comprendre les problématiques du patient**

Cette partie de l'entretien se déroulait de façon non directive. Le point d'accroche pouvait soit être une question ouverte, soit s'appuyer sur le point de vue du patient par rapport aux livrets d'information qui lui avaient été donnés lors de la première interaction. Il s'agissait de permettre au patient de s'exprimer sur ce que ces livrets avaient pu lui apporter, de savoir s'il y avait des informations sur lesquelles il voulait revenir, s'il souhaitait approfondir un thème en particulier, ou s'il désirait de nouveaux livrets d'information sur un autre thème. A travers cet entretien, les patients pouvaient exprimer leurs besoins.

La première question de l'entretien pouvait se présenter de la manière suivante : « Je vois que vous aviez souhaité vous informer sur (*nom des thèmes choisis lors de la première rencontre*) ; qu'avez-vous pensé des livrets d'information que nous vous avons donnés : les informations qu'ils contiennent vous ont-elles servies, est-ce que cela vous a amené à vous poser d'autres questions ? ».

- **De proposer des interventions adaptées aux problématiques identifiées et retenues avec le patient**

Les éléments abordés lors de cette étape étaient en lien avec les attentes exprimées par le patient et/ou les besoins perçus par le pharmacien. En effet, si une problématique potentiellement dangereuse pour le patient était identifiée par le pharmacien mais n'était pas perçue et/ou exprimée par le patient, le pharmacien devait intervenir dans un premier temps pour essayer de faire prendre conscience au patient de l'existence de cette problématique, de ses risques, afin de négocier avec lui des possibilités d'actions (objectifs de sécurité).

Selon le nombre d'attentes, une ou deux étaient choisies avec le patient et abordées dans la seconde partie de l'entretien.

- **De vérifier en fin d'entretien si le patient avait bien compris l'ensemble des points abordés au cours de l'échange, si cet échange répondait à ses besoins et ses attentes, et s'il souhaitait qu'une nouvelle rencontre soit organisée**

1.1.2. Différents outils ont été créés afin d'opérationnaliser cette proposition de suivi pharmaceutique personnalisé

Cette démarche a débuté avec la construction d'un document devant servir à la fois de guide et de support à l'entretien. Ce document, intitulé « Livret d'entretien pharmaceutique », définissait le contenu de la consultation. Les données recueillies lors de l'entretien avec le patient étaient ensuite notées dans ce livret.

Des outils à utiliser si nécessaire dans la partie « Interventions adaptées aux problématiques du patient » ont également été élaborés. Ces outils prenaient la forme de livrets d'information reprenant différentes thématiques du diabète de type 2.

1.1.2.1. Elaboration de la première version du livret d'entretien pharmaceutique

La première version du livret d'entretien pharmaceutique était divisée en deux parties. Cette version est disponible en Annexe 3.

- **Histoire pharmaco-thérapeutique**

Cette première partie se présentait sous forme de différents items à explorer avec le patient :

- **Recueillir des renseignements généraux sur le patient**

Nom, prénom, sexe, date de naissance

- **Demander au patient quelles sont ses pathologies chroniques**

- **Faire le point avec le patient sur les traitements qu'il prend**

- Les médicaments sur ordonnance : première délivrance ou renouvellement

- L'automédication : médicaments pris sans ordonnance, phytothérapie...

- **Revenir sur les expériences antérieures du patient avec les médicaments**

- Vécus d'effets indésirables

- Allergies médicamenteuses

- Gestion des médicaments (est-ce que le patient prépare lui-même ses médicaments, utilise un pilulier...)

- Evaluation de l'observance (utilisation de l'autoquestionnaire de Morisky adapté par X. Girerd⁴³)

Cet autoquestionnaire se présente sous la forme de cinq questions auxquelles le patient répond par « Oui » ou par « Non ». Le nombre total de « Oui » permet d'apprécier le profil d'observance du patient.

Hier avez-vous oublié de prendre vos médicaments ?	OUI	NON	Aucun OUI : bonne observance 1 ou 2 OUI : minime problème d'observance 3 OUI ou plus : problème d'observance
Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicaments ?	OUI	NON	
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que votre mémoire vous fait défaut ?	OUI	NON	
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	OUI	NON	
Pensez vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	OUI	NON	
Profil d'observance			

Tableau 14 : Evaluation de l'observance : autoquestionnaire de Morisky adapté par X. Girerd⁴³

- **Explorer les habitudes de vie du patient**

- Activité professionnelle
- Allergies non médicamenteuses
- Tabac, alcool

Pour cette première partie, certaines exigences du Guide Pratique de la Communication Pharmacien-Patient établi par l'Ordre des Pharmaciens du Québec²⁰ (niveau fondamental, intermédiaire, avancé) ont été reprises. Certains items sont issus de la fiche « Evaluation pharmaco-thérapeutique à l'entrée des patients hospitalisés en service de diabétologie » utilisée lors des observations pharmaceutiques au CHU de Grenoble.

Le tableau ci-dessous indique la référence de chaque item présent dans la première partie de l'entretien.

Source Item		Exigences du Guide Pratique de la Communication Pharmacien-Patient ²⁰			Fiche utilisée au CHU de Grenoble « Evaluation pharmacothérapeutique à l'entrée des patients hospitalisés en service de diabétologie »
		Niveau fondamental	Niveau intermédiaire	Niveau enrichi	
Renseignements généraux (nom, prénom, sexe, date de naissance)					X
Pathologies chroniques			X		X
Traitements en cours	Ordonnance la plus récente ; 1 ^{ère} délivrance ou non	X			X
	Automédication				X
Expériences antérieures avec les médicaments	Effets iatrogènes			X	X
	Allergies médicamenteuses	X			X
	Gestion des médicaments				X
	Evaluation de l'observance				X
Habitudes de vie	Activité professionnelle			X	X
	Allergies non médicamenteuses	X			X
	Tabac, alcool			X	X

Tableau 15 : Références utilisées pour l'élaboration du livret d'entretien pharmaceutique

- **Besoins du patient**

Cette seconde partie, sous forme de pages de notes, permettait de retranscrire les problématiques exprimées par le patient lors de l'entretien.

1.1.2.2. Elaboration de livrets d'information abordant différentes thématiques du diabète

- **Les thématiques abordées sont les suivantes**

- Qu'est-ce que le diabète ?
- Le suivi du diabète de type 2 : les glycémies, les prises de sang, les professionnels de santé à consulter ...
- L'alimentation
- L'activité physique
- Les médicaments du diabète de type 2 (comment ils agissent, à quel moment les prendre, quels sont les effets indésirables possibles, que faire en cas d'oubli de prise d'un médicament)
- Le traitement par insuline : pourquoi de l'insuline, différences entre les insulines, comment s'administrer l'insuline ?
- L'autosurveillance glycémique : pourquoi et comment mesurer soi-même sa glycémie
- L'hypoglycémie : quels sont les signes de l'hypoglycémie, et comment la gérer
- L'hyperglycémie : quels sont les signes de l'hyperglycémie, et comment la gérer
- Les soins des pieds : pourquoi surveiller ses pieds et comment les garder en bonne santé

- **Ces livrets ont été élaborés à l'aide de différentes sources**

Tout d'abord, plusieurs documents destinés aux personnes diabétiques ont été consultés sur différents sites internet : le site de l'Association Française des Diabétiques, le site de l'Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques, et le site de BD Diabète. De plus, les fiches aide-mémoire pour les patients ayant participé à des séances d'éducation thérapeutique en groupe et mises à disposition par le Réseau Diabète Midi-Pyrénées (DIAMIP) sur son site, ainsi que les recommandations officielles émises par la HAS ou l'AFSSAPS, ont été utilisées comme sources d'informations. Enfin, les observations réalisées et les données recueillies lors de séances d'éducation thérapeutique suivies au CHU de Grenoble et au sein du réseau Dromardiab ont été intégrées dans les livrets.

- **Présentation des livrets**

Lors de la réalisation des livrets, il a été prêté une attention particulière à la présentation. En effet, celle-ci doit donner envie de lire le livret. L'agencement du texte et le choix des couleurs ont donc été particulièrement travaillés. Des images destinées à améliorer la compréhension du texte par le patient ont été rajoutées^{45, 46, 47, 48}.

Livret « Mieux comprendre le diabète » ^{4, 49, 50, 51, 52, 53, 54}

L'objectif de ce livret est d'aborder des généralités sur le diabète avec le patient, afin de travailler sur sa connaissance de la maladie :

- **Définitions essentielles**

Qu'est-ce que la glycémie, à quoi sert le glucose, qu'est-ce que l'insuline ?

- **Définition et mécanismes du diabète**

Définition du diabète, diagnostic, différences entre le diabète de type 1 et le diabète de type 2, mécanismes du diabète.

Pour faciliter la compréhension du patient, les mécanismes du diabète ont été présentés sous forme de schéma. L'insuline y est figurée par une clé permettant d'ouvrir la porte des cellules afin d'y faire entrer le glucose.

- **Conséquences du diabète**

- **Prise en charge globale du diabète de type 2**

En effet, les trois piliers du traitement du diabète de type 2 sont : alimentation équilibrée, activité physique et médicaments.

Livret « Le suivi du diabète de type 2 » ^{4, 54, 55, 56, 57, 58}

L'objectif de ce livret est de faire le point sur le suivi clinique et biologique du diabète de type 2. Ce livret rappelle notamment les analyses biologiques à réaliser ainsi que les professionnels de santé à consulter.

Livret « L'alimentation » ^{4, 59, 60}

Le but de ce livret est de rappeler quelques notions de base concernant l'équilibre alimentaire. Les données recueillies lors d'observations de séances d'éducation au CHU de Grenoble et au sein du réseau Dromardiab à Valence ont également été retenues dans l'élaboration de ce livret.

Livret « L'activité physique »^{4, 61, 62}

L'objectif de ce livret est de rappeler quelques notions essentielles concernant l'activité physique. Les données recueillies lors d'observations de séances d'éducation au CHU de Grenoble et au sein du réseau Dromardiab à Valence ont également été retenues dans l'élaboration de ce livret.

Livret « Les médicaments du diabète de type 2 »^{4, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72}

Ce livret concerne les antidiabétiques oraux. Pour le constituer, une « fiche médicament » a été réalisée pour chaque famille d'antidiabétiques oraux.

Ce livret comporte donc cinq fiches :

- Une fiche pour les biguanides : metformine
- Une fiche pour les sulfamides hypoglycémiants : gliclazide, glimepiride, glibenclamide, glipizide
- Une fiche pour les glinides : repaglinide
- Une fiche pour les inhibiteurs de l' α -glucosidase : acarbose
- Une fiche pour les gliptines : sitagliptine, vildagliptine, saxagliptine

Au besoin, le patient recevra donc la (les) fiche(s) correspondant au(x) médicament(s) qu'il prend. Le but est de résumer sur la fiche les caractéristiques essentielles du médicament, les données importantes à connaître pour le patient. Ces fiches sont destinées à favoriser le bon usage du médicament.

Elles reprennent donc :

- Le mode d'action du médicament
- Les modalités de prise du médicament
- Les effets indésirables possibles et la façon de les gérer
- La conduite à tenir en cas d'oubli de prise

Livret « L'insulinothérapie »^{4, 73, 74, 75, 76, 77, 78}

Ce livret a pour objectif de faire le point sur le traitement par insuline.

Tout d'abord, le livret revient sur les différents types d'insuline, puis sur la technique d'injection de l'insuline : lieux d'injection, étapes de l'injection avec un stylo injecteur. Enfin quelques conseils sont proposés, notamment sur la conservation de l'insuline.

Livret « L'autosurveillance glycémique »^{57, 73, 79, 80, 81, 82}

Le but de ce livret est tout d'abord de faire un point sur l'autosurveillance glycémique : définition, objectifs, fréquence, rappel des glycémies pré et post-prandiales usuelles.

Un rappel du matériel nécessaire à l'autosurveillance glycémique a de plus été effectué. Ceci pourrait permettre une amélioration de la communication pharmacien-patient notamment lors de la délivrance, en s'accordant sur les mots utilisés pour désigner les différents dispositifs.

Puis les étapes de la mesure de la glycémie ont été détaillées, ainsi que quelques conseils concernant les unités de mesure de la glycémie, la conservation et l'entretien du matériel. L'objectif est de favoriser le bon usage des dispositifs médicaux utilisés dans le cadre de l'autosurveillance glycémique.

Livret « Gestion des hypoglycémies »^{4, 64, 83, 84, 85}

L'objectif de ce livret est d'apprendre au patient à prévenir, reconnaître et gérer les hypoglycémies. Pour cela, ce livret aborde :

- Les causes des hypoglycémies
- Les symptômes des hypoglycémies
- La conduite à tenir en cas d'hypoglycémie
- Des conseils pour éviter les hypoglycémies

Livret « Gestion des hyperglycémies »^{86, 87, 88}

L'objectif de ce livret est d'apprendre au patient à gérer les situations où la glycémie est supérieure à 2.50 g/l. Pour cela, ce livret aborde :

- Les causes des hyperglycémies
- Les symptômes des hyperglycémies
- La conduite à tenir en cas d'hyperglycémie
- Des conseils pour éviter les hyperglycémies

Livret « Soins des pieds »^{55, 89, 90, 91}

L'objectif de ce livret est de faire le point sur la surveillance des pieds chez les personnes diabétiques.

Pour cela, ce livret revient tout d'abord sur les raisons pour lesquelles le patient diabétique doit être attentif au soin de ses pieds. Puis sont exposés des conseils pratiques pour prendre soin de ses pieds au quotidien. Enfin est abordée la conduite à tenir en cas de blessure au pied.

1.1.3. Confrontation de la proposition initiale à différents professionnels de santé du réseau Dromardiab

Tout d'abord, trois entretiens ont été organisés avec le médecin diabétologue du réseau Dromardiab. Le but était d'échanger sur la proposition de suivi pharmaceutique en termes de contenu et de forme. Il s'agissait aussi d'envisager l'intégration de cette démarche dans le territoire et de réfléchir aux modalités de communication interprofessionnelle entre les acteurs du parcours de soins des patients. La proposition initiale a par la suite été soumise à d'autres membres du réseau, comme la directrice du réseau Dromardiab, qui exerce la profession d'infirmière. Le premier point qui est ressorti a concerné la remise des livrets d'information à la première rencontre, dans le but « d'accrocher » le patient. La transmission de supports écrits sans accompagnement spécifique constitue en effet un risque. Le patient peut par exemple prendre peur face aux informations contenues dans ces documents, ou mal comprendre les termes utilisés. De plus, les livrets jugés de qualité sur le plan de la forme et du contenu semblaient trop riches d'informations pour être transmis tels quels. Au contraire, la proposition d'un entretien pharmaceutique paraissait vraiment intéressante. Cette proposition de suivi faisait, de plus, écho à un travail en cours au sein du réseau sur une fiche de suivi pharmaceutique non encore validée, et qui présentait de nombreuses similitudes avec le livret d'entretien pharmaceutique proposé. Effectuer un travail autour de l'entretien entre le pharmacien et le patient, et, par conséquent, optimiser le support utilisé pour cet entretien (fiche de suivi pharmaceutique ou livret d'entretien pharmaceutique), présentait donc un réel intérêt pour les professionnels du réseau Dromardiab. Le médecin diabétologue du réseau a souligné également l'importance du rôle du pharmacien concernant l'autosurveillance glycémique, l'insulinothérapie, et le soin des pieds. Enfin, il a évoqué l'intérêt de recueillir durant cette phase d'expérimentation les attentes des patients vis-à-vis de leur pharmacien d'officine, et ce qu'ils sont prêts à partager avec lui.

Deux entrevues ont également été réalisées plus particulièrement avec l'un des pharmaciens d'officine du réseau ayant participé à l'élaboration du projet de fiche de suivi pharmaceutique. Il s'agissait d'affiner l'élaboration du livret d'entretien pharmaceutique et de valider celui-ci. A cette occasion, certains éléments du projet de fiche de suivi pharmaceutique des pharmaciens du réseau ont été introduits dans le livret d'entretien pharmaceutique.

1.2. Evolution de la proposition initiale

Suite aux retours des différents professionnels de santé du réseau (diabétologue, infirmier diplômé d'état, pharmacien d'officine, pharmacien hospitalier dans un CHU), la première modélisation du suivi pharmaceutique a été modifiée. La consultation pharmaceutique a été positionnée au centre de la proposition de suivi : il a été décidé de la proposer dès la première rencontre avec le patient. Les livrets d'information concernant les différentes thématiques du diabète sont dans cette nouvelle approche utilisés comme outils de synthèse des informations échangées avec les patients. Ces livrets ont été relus par l'ensemble des acteurs rencontrés au sein du réseau (médecin, pharmacien, IDE) afin d'harmoniser les informations données au sein du réseau et dans le cadre de l'officine, et ainsi garantir une cohérence pour les patients sur le territoire.

Les entretiens avec les professionnels de santé du réseau ont donc donné lieu à différentes modifications :

- Au niveau du livret d'entretien pharmaceutique
- Au niveau des livrets d'information

1.2.1. Modifications apportées au livret d'entretien pharmaceutique

➤ Introduction du thème « Suivi médical »

Il s'agissait de relever les noms des personnels soignants : médecin traitant, infirmier(e), diabétologue.

De plus il a paru important de noter si le patient faisait partie d'une association de patients ou d'un réseau.

➤ **Introduction du thème « Suivi biologique »**

Il est important que le pharmacien dispose des résultats de l'hémoglobine glyquée et de la clairance de la créatinine. Cette dernière est en effet indispensable à la validation de la posologie de certains médicaments, dont la metformine.

Il a donc été décidé de suggérer au patient de se présenter à l'entretien muni de ses dernières analyses, en lui expliquant l'intérêt de ces données pour le pharmacien.

Enfin, un item propose de demander au patient ce qu'il pense des résultats. Cela permettra d'avoir une première évaluation des connaissances des patients concernant leurs résultats biologiques et plus particulièrement le suivi biologique du diabète.

➤ **Introduction du thème « Connaissance du traitement »**

Il s'agissait de déterminer dans quelle mesure le patient connaissait les indications de ses médicaments.

- Connaît les indications des médicaments
- Connaît certaines indications
- Ne connaît pas les indications des médicaments

Par la suite, il a été discuté de l'intérêt de bien distinguer la connaissance des médicaments antidiabétiques de celle des autres médicaments. Afin de simplifier le recueil et l'interprétation des données, il a donc été décidé de relever la connaissance ou non de l'indication médicament par médicament, sous forme de tableau.

➤ **Introduction du thème « Conseils diététiques »**

Il s'agissait de relever :

- Si le patient était suivi par une diététicienne
- Les habitudes alimentaires du patient
- Les préoccupations du patient

Le pharmacien pouvait ensuite rédiger un avis pharmaceutique, et orienter ou non le patient vers une diététicienne.

➤ **Introduction du thème « Conseils podologiques »**

Il s'agissait de relever :

- Si le patient était suivi par un podologue
- Comment le patient prenait soin de ses pieds
- Les préoccupations du patient

Le pharmacien pouvait ensuite rédiger un avis pharmaceutique, et orienter ou non le patient vers un podologue ou son médecin traitant.

Concernant ces deux thèmes « Conseils diététiques » et « Conseils podologiques », il a par la suite été décidé de simplifier le recueil, en relevant uniquement le suivi éventuel par une diététicienne et un podologue, et les difficultés rencontrées.

➤ **Introduction du thème « Autosurveillance glycémique »**

Il s'agissait dans un premier temps de relever :

- La fréquence des contrôles, l'identité de la personne effectuant ce contrôle
- Les références et dates d'acquisition du lecteur et de l'autopiqueur

Ensuite, les items « Recueil des glycémies dans un carnet de surveillance » et « Maîtrise de la technique de mesure de la glycémie capillaire » ont été ajoutés, ainsi qu'un recueil des éventuelles difficultés rencontrées par le patient. Il apparaissait effectivement du ressort du pharmacien d'officine d'évaluer la maîtrise de la technique d'autosurveillance^{35, 36}.

➤ **Introduction du thème « Patient traité par insuline »**

Il appartient au pharmacien d'évaluer la maîtrise de la technique d'injection de l'insuline^{35, 36} et de relever les difficultés éventuellement rencontrées par les patients. Il est également important de noter qui réalise les injections (le patient lui-même, un proche, un infirmier, ...).

➤ **Modification du thème « Expériences antérieures avec les médicaments »**

Pour la question des effets indésirables dus aux médicaments, il est apparu plus intéressant de reprendre la présentation du projet de fiche de suivi pharmaceutique des pharmaciens du réseau. En effet un tableau recensant la date, le médicament en cause, l'effet décrit et l'avis pharmaceutique semblait plus pertinent qu'un recueil de données brutes.

➤ **Modification des titres des parties**

Les titres des deux parties « Histoire pharmacothérapeutique » et « Besoins des patients » ont été modifiés afin de bien définir les deux temps de l'entretien.

La première partie « Histoire pharmacothérapeutique » est renommée « Observation pharmaceutique » et correspond à la première partie de l'entretien « Compréhension des problématiques du patient ».

La seconde partie « Besoins des patients » est renommée « Interventions adaptées aux problématiques du patient ». Elle constitue le second temps de l'entretien, durant lequel le pharmacien propose des interventions adaptées aux besoins et/ou attentes du patient. Les problématiques retenues avec le patient, les interventions réalisées et les outils utilisés seront notés dans un tableau.

1.2.2. Principales modifications apportées aux livrets d'information

➤ Livret « Mieux comprendre le diabète »

Initialement, il était prévu de présenter les conséquences du diabète. Cependant, après discussion avec les professionnels de santé du réseau, il a été retenu de ne pas conserver cette partie sur le livret car elle peut être potentiellement anxiogène pour les patients. Les complications seront abordées en fonction des besoins des patients durant l'entretien, et l'information sera notée si le patient le demande sur le livret « Mieux comprendre le diabète ».

➤ Livret « Le suivi du diabète de type 2 »

Il a été décidé de présenter le suivi clinique du diabète de type 2 sous la forme d'un schéma représentant un corps humain et synthétisant les différents points à surveiller. Il a également été convenu de souligner le rôle central du médecin traitant dans le suivi du diabète de type 2 : c'est en effet lui qui entre autres prescrit les analyses biologiques et oriente le patient vers les différents spécialistes.

➤ Livret « Les médicaments du diabète de type 2 »

Concernant la rubrique « Effets indésirables », la nécessité de consulter un médecin ou un pharmacien en cas d'apparition de ces effets a été mentionnée.

1.3. Version finale du modèle de suivi pharmaceutique personnalisé des diabétiques de type 2 à l'officine

1.3.1. Versions finales des outils élaborés

Les versions finales du livret d'entretien pharmaceutique et des livrets d'information sont présentées dans les différentes annexes.

Livret d'entretien pharmaceutique..... Annexe 4

Livrets d'information sur le diabète

« Mieux comprendre le diabète »..... Annexe 5

« Le suivi du diabète de type 2 »..... Annexe 6

« L'alimentation »..... Annexe 7

« L'activité physique »..... Annexe 8

« Les médicaments du diabète de type 2 »..... Annexe 9

« L'autosurveillance glycémique »..... Annexe 10

« Gestion des hypoglycémies »..... Annexe 11

« Gestion des hyperglycémies »..... Annexe 12

« Soins des pieds »..... Annexe 13

« L'insulinothérapie »..... Annexe 14

1.3.2. Modélisation finale du suivi pharmaceutique personnalisé des patients diabétiques de type 2 à l'officine

Le modèle élaboré suit la démarche suivante.

1.3.2.1. Première rencontre avec le patient : au comptoir

Etapas

- **Proposer à chaque ordonnance de patient diabétique de type 2 ce suivi personnalisé**
 - **Demander à qui l'ordonnance est destinée**
 - **Revoir le dossier pharmacologique** (consultation du dossier pharmaceutique)
 - **Se présenter, expliquer le but de la démarche, recueillir l'accord du patient**

La présentation se fait de manière orale :

« Je suis étudiante en 6^{ème} et dernière année de pharmacie. Afin d'obtenir mon diplôme de pharmacien, je réalise un travail de thèse sur le thème du diabète. Le but de mon travail est de tester avec vous ce que pourrait faire le pharmacien pour vous aider dans la prise en charge de votre diabète au quotidien. Pour ce faire, je vous propose de vous rencontrer en privé pour un entretien d'une demi-heure environ. Au cours de cet entretien nous pourrions discuter ensemble de la gestion de votre diabète, de son traitement au quotidien, des questions que vous pouvez éventuellement vous poser. »

○ **Remplir une fiche patient**

Il s'agit de renseigner :

- **Le profil du patient** : nom, prénom, sexe, âge
- **La personne venue chercher les médicaments** : le patient, son conjoint, un enfant, un autre membre de la famille, ou une autre personne
- **Les médicaments figurant sur l'ordonnance, leur nombre, renouvellement ou première délivrance**
- **La décision du patient** : acceptation, refus (dans ce cas, recueil des raisons du refus)

Lors de la première rencontre avec le patient, l'outil « Fiche patient » (Annexe 15) est utilisé.

Cas où la personne qui se présente à l'officine n'est pas celle à qui est destinée l'ordonnance

Dans le cas où la personne qui se présente n'est pas celle à qui est destinée l'ordonnance (mandataire), le suivi est décrit. Le mandataire est ensuite chargé de demander au patient s'il serait intéressé par un entretien privé.

Dans le cas où le mandataire est un proche du patient (conjoint, enfant) qui s'implique dans sa prise en charge, la participation de cette personne dans le projet est envisagée. Cela peut se produire par exemple si le patient ne peut s'impliquer lui-même dans sa prise en charge (déficit cognitif...), si le patient et ce proche souhaitent être présents ensemble à ce moment ou si le patient préfère que ce soit cette personne seule qui participe.

1.3.2.2. Entretien en privé avec le patient

Thématiques à aborder au cours de l'entretien

Les thématiques à aborder sont celles du livret d'entretien pharmaceutique, qui sert de fil conducteur.

- **Renseignements généraux sur le patient**

Il s'agit de relever les nom, prénom, sexe, date de naissance (peut être rempli avant l'entretien avec le patient), ancienneté du diabète.

- **Suivi médical du patient**

Nous recueillons les données suivantes : médecin traitant, infirmier(e), diabétologue, appartenance à une association de patients ou un réseau.

- **Pathologies chroniques du patient**

- **Suivi biologique**

Nous notons les derniers résultats de l'hémoglobine glyquée et de la clairance de la créatinine. Pour recueillir ces données, il est demandé au patient de venir à l'entretien avec ses dernières analyses. Il est aussi demandé au patient si ses résultats lui semblent corrects.

- **Habitudes de vie du patient**

Nous discutons avec le patient de ses habitudes de vie : activité professionnelle, activités (loisirs, ...), allergies non médicamenteuses, tabac, alcool.

- **Traitements médicamenteux**

- Les médicaments sur ordonnance : relevé de l'ordonnance la plus récente ; pour chaque médicament, on indique s'il s'agit de la première délivrance ou d'un renouvellement (peut être rempli à l'avance, après la première rencontre avec le patient)
- L'automédication : médicaments pris sans ordonnance, phytothérapie, homéopathie...

○ **Connaissance du traitement**

Pour ce faire, l'ordonnance est utilisée comme outil. Il est demandé au patient de citer les indications des médicaments figurant sur sa prescription. Cela nous permet d'évaluer si le patient sait quels sont ses médicaments antidiabétiques, quels sont ses médicaments anti-hypertenseurs...

Cette connaissance des indications est répertoriée sous forme de tableau : pour chaque médicament figurant sur l'ordonnance, il s'agit de cocher la case « oui » ou « non » dans la colonne « connaissance de l'indication ».

○ **Expériences antérieures du patient avec les médicaments**

On note :

- Les effets indésirables dus aux médicaments (iatrogènes) : abordés sous forme de tableau répertoriant la date, le médicament en cause, l'effet décrit et un avis pharmaceutique
- Les allergies médicamenteuses
- La gestion des médicaments au quotidien (est-ce que le patient prépare lui-même ses médicaments, utilise-t-il un pilulier ?)
- L'évaluation de l'observance

○ **Conseils diététiques**

Il s'agit de savoir si le patient est suivi par une diététicienne et de noter les problématiques éventuellement mises en évidence.

○ **Conseils podologiques**

Il s'agit de savoir si le patient est suivi par un podologue et de noter les problématiques éventuellement mises en évidence.

○ **Autosurveillance glycémique (si le patient dispose d'un lecteur de glycémie)**

Il s'agit de connaître la fréquence de l'autosurveillance, la personne effectuant cette autosurveillance, les références et dates d'acquisition des lecteurs de glycémie et des autopièdes, et de savoir si le patient reporte ses glycémies dans un carnet d'autosurveillance.

Il est demandé au patient de se présenter à l'entretien avec son lecteur s'il en possède un. Cela nous permet d'évaluer la maîtrise de la technique de mesure de la glycémie capillaire et de noter les éventuelles difficultés rencontrées par le patient.

○ **Insulinothérapie (si le patient est traité par insuline)**

Il s'agit de définir par qui sont réalisées les injections, si la technique d'injection est maîtrisée, et quelles sont les éventuelles difficultés rencontrées par le patient.

Organisation de l'entretien

L'entretien est organisé en deux temps.

○ **Compréhension des problématiques du patient**

• **Mode opératoire – technique de communication**

L'entretien est mené de façon semi-directive (ou entretien guidé). L'entretien semi-directif combine attitude non directive pour favoriser l'exploration de la pensée dans un climat de confiance et projet directif pour obtenir des informations sur des points définis à l'avance⁹². Le livret d'entretien pharmaceutique tient donc lieu de guide d'entretien. En effet, il répertorie les thèmes à explorer au cours de l'entretien.

La pratique de l'entretien entre le pharmacien et le patient se base sur l'utilisation de la technique d'écoute active, fondée sur la théorie centrée sur la personne de Carl Rogers, thérapeute rattaché au courant humaniste^{93, 94}. Cette posture d'écouter, témoignant respect, empathie et attention au patient, permet de créer un environnement sécurisant propice à la libération de la parole et à l'installation d'un lien de confiance. L'écoute active est constituée de trois phases :

- L'écoute active : tandis que la personne en difficulté parle, son interlocuteur l'écoute sans l'interrompre. L'émetteur peut ainsi aller jusqu'au bout de son expression.
- La reformulation : quand la personne a fini de parler, son interlocuteur reformule ce qu'il a compris de façon neutre, sans émettre de jugement. L'écouter vérifie ainsi qu'il a bien compris ce qu'a voulu dire la personne ; l'émetteur peut quant à lui se rendre compte que son message a bien été interprété.
- Le reflet du sentiment : l'écouter exprime le sentiment qu'il perçoit chez la personne, qui peut ainsi se rendre compte qu'elle a été entendue dans ses émotions.

L'émetteur prend en considération le fait qu'on l'a écouté et compris sans le juger. Il est donc dans de meilleures dispositions pour écouter de la même manière le récepteur qui l'a écouté et qui va pouvoir maintenant s'exprimer à son tour. Ainsi, le développement chez le récepteur d'attitudes comme l'acceptation, l'empathie, le respect, déclenchent chez l'émetteur le processus d'actualisation de soi, de croissance personnelle⁹⁴.

L'idée est donc d'aborder l'entretien par une question ouverte : « De quoi voudriez-vous parler ? », « Quelles sont vos questions / préoccupations au sujet de la prise en charge de votre diabète ? ». Il s'agit ainsi d'amener le patient à exprimer de lui-même ses préoccupations, ses besoins. Cela permet au pharmacien d'avoir une idée des problématiques qu'un patient diabétique désire aborder avec son pharmacien d'officine.

Pour la suite, le guide n'est pas un cadre rigide. Il ne s'agit donc pas de compléter les thématiques du livret d'entretien pharmaceutique dans l'ordre, mais plutôt au rythme du patient, des problématiques qu'il aborde spontanément. Le seul point important est que toutes les thématiques soient abordées avant de terminer l'entretien. Ainsi, si une thématique n'est pas abordée spontanément par le patient, elle le sera par la personne qui dirige l'entretien, au moyen d'une question d'ordre général, en faisant de préférence un lien avec le discours antérieur. Cette première partie nous permet ainsi de savoir ce que le patient a à dire sur chaque thématique, quelles sont ses préoccupations, son quotidien, les difficultés qu'il rencontre...

Les différentes thématiques abordées peuvent également permettre au pharmacien d'identifier des problématiques qui ne seraient pas perçues ou exprimées comme telles par le patient, mais qui pourraient avoir un impact sur la santé de celui-ci. Par exemple : interaction entre automédication et traitement médicamenteux, difficultés d'adhésion au traitement médicamenteux, mauvaise maîtrise des techniques d'autosurveillance glycémique ou d'insulinothérapie,...

- **Outils utilisés**

Afin de renseigner les diverses thématiques abordées au cours de l'échange, un livret d'entretien pharmaceutique a été conçu (Annexe 4). Il s'agit de remplir les pages 1 à 4 du livret. Les pages 5 et 6 sont consacrées à la retranscription des aspects qualitatifs de l'entretien. Il s'agit des verbatims du patient comme ses expressions concernant son vécu, ses représentations, ses émotions, ses réactions face à différents événements ... l'objectif étant de recueillir le maximum de données.

- **Interventions adaptées aux problématiques identifiées et retenues avec le patient**

- **Mode opératoire**

Les éléments abordés sont en lien avec les attentes exprimées par les patients ou les problématiques détectées par le pharmacien en première partie d'entretien.

Selon leur nombre, une ou deux sont choisies avec le patient et abordées dans la seconde partie de l'entretien.

A l'issue de cette partie de l'entretien, il convient de réaliser un premier point sur ce que le patient a compris à l'aide de questions courtes portant sur les éléments que l'on a abordés avec lui.

- **Outils utilisés**

Pour cette étape, les problématiques retenues avec le patient, les interventions réalisées et les outils utilisés sont retranscrits page 7 du livret d'entretien pharmaceutique.

Différentes techniques et outils peuvent être utilisés pour commencer à apporter quelques notions au patient.

Une explication orale est envisagée systématiquement, au cours de laquelle il est demandé au patient de reformuler pour évaluer sa compréhension, en associant ou non une remise de supports écrits ou d'outils :

- Livrets d'information élaborés *ad hoc*, concernant plusieurs thèmes du diabète
- Ordonnance, boîtes de médicaments, dispositifs d'autosurveillance glycémique...
- Plan de prise du traitement (Annexe 16)

Ce dernier outil est utilisé dans les services de soins par les internes et externes en pharmacie du CHU de Grenoble. Il se présente sous forme de tableau répertoriant pour chaque médicament du patient le rôle du médicament, le moment de la prise (détaillant les horaires adaptés au mode de vie du patient et aux contraintes pharmacocinétiques potentielles du médicament), ainsi que des conseils éventuellement associés à la prise de ce médicament.

Ce plan de prise peut être utilisé par exemple quand il existe des problématiques organisationnelles de gestion des médicaments, ou un besoin de compréhension du rôle des médicaments pouvant diminuer l'adhésion du patient à ses traitements médicamenteux.

En résumé

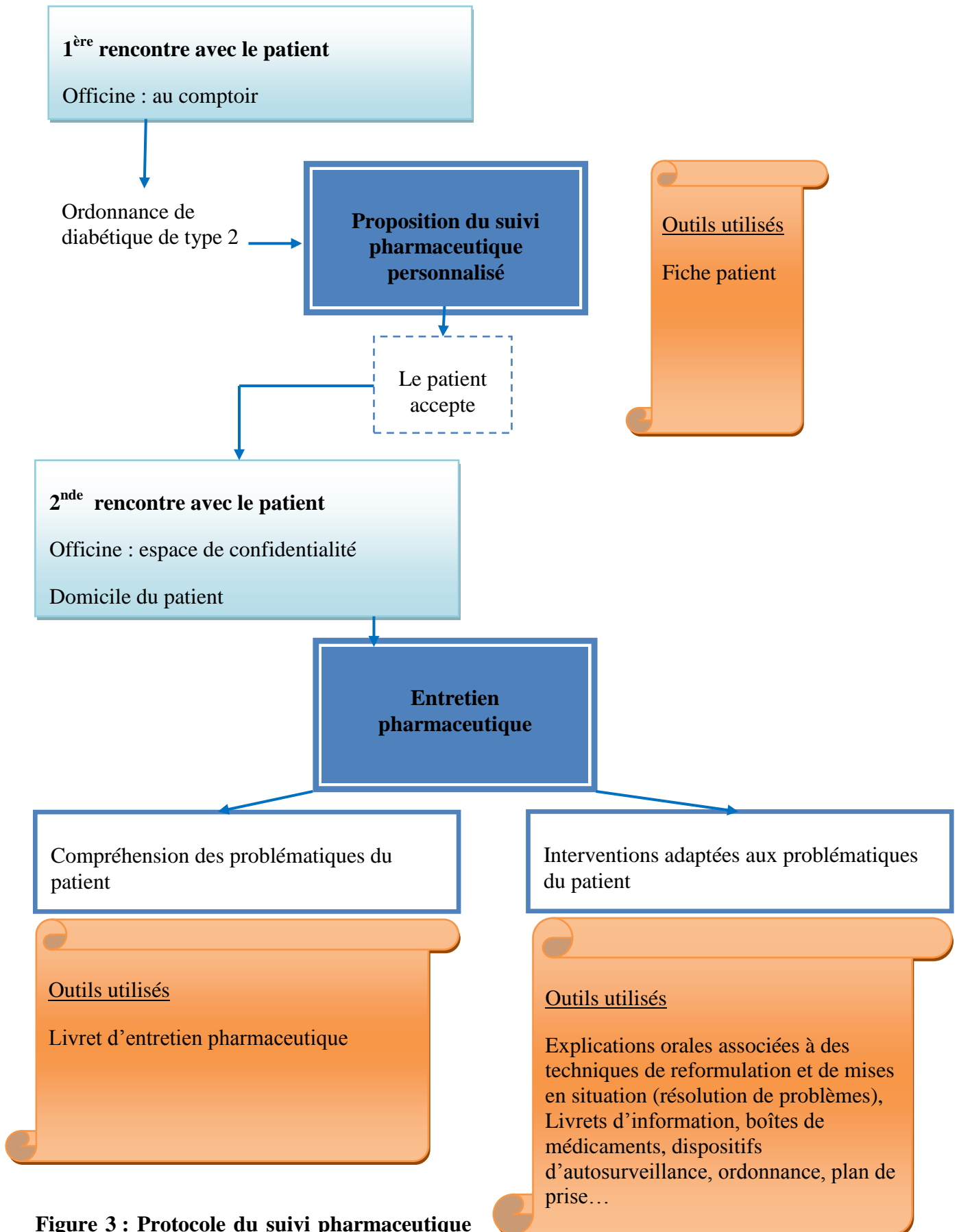


Figure 3 : Protocole du suivi pharmaceutique personnalisé des patients diabétiques de type 2 à l'officine

2. Description de la mise en place du suivi pharmaceutique personnalisé des diabétiques de type 2 dans une officine

Une fois le modèle de suivi construit et validé par l'équipe pharmaceutique et les soignants du réseau Dromardiab, une phase de test de ce suivi a été envisagée.

2.1. Description de l'officine où le modèle de suivi pharmaceutique des patients diabétiques de type 2 a été testé

L'officine dans laquelle a été réalisée l'expérimentation se situe à Charmes-sur-Rhône, en Ardèche. Au recensement de 2008, cette commune proche de Valence comptait 2 384 habitants (source : INSEE)⁹⁵. Elle est située dans le secteur d'activité du réseau Dromardiab. Cette officine se situe donc au sein d'un village proche d'un réseau diabète.

La commune compte deux médecins généralistes, trois cabinets infirmiers, deux dentistes, une pharmacie. La pharmacie est située dans un espace de santé regroupant dans le même bâtiment un cabinet infirmier, un centre de kinésithérapie et une diététicienne. L'équipe officinale est composée du pharmacien titulaire ; d'une pharmacienne adjointe ; de deux préparatrices ; d'une rayonniste.

La fréquentation de l'officine est d'en moyenne 140 patients par jour. La majorité des actes est constituée par l'exécution d'ordonnances.

2.2. Modalités de la mise en place du suivi pharmaceutique personnalisé des patients diabétiques de type 2 à l'officine

2.2.1. Durée

Le suivi pharmaceutique personnalisé a été proposé aux patients de l'officine : du 07/06/2011 au 29/06/2011, puis du 11/07/2011 au 05/08/2011, soit durant sept semaines au total.

2.2.2. Lieux

Le suivi pharmaceutique a été proposé aux patients diabétiques de type 2 au comptoir de l'officine, lorsqu'ils venaient chercher leurs médicaments. Les entretiens sur prise de rendez-vous ont ensuite eu lieu soit au sein de l'officine dans un espace de confidentialité, soit au domicile du patient.

2.2.3. Acteurs

Le suivi pharmaceutique a été réalisé lors de cette phase d'expérimentation pilote par l'étudiant chercheur. L'ensemble des membres de l'équipe officinale a participé à la proposition du suivi aux patients.

2.2.4. Enregistrement des entretiens

Afin d'être dégagé des contraintes liées à la prise de notes, les entretiens ont été enregistrés au moyen d'un dictaphone après recueil au préalable du consentement du patient.

2.2.5. Communication avec les médecins généralistes

Avant la phase de test du suivi pharmaceutique à l'officine, le projet a été expliqué aux deux médecins généralistes de la ville. L'un d'eux a souligné l'importance du retour au médecin des problématiques liées au comportement d'observance du patient.

2.3. Critères évalués

Différents critères ont été évalués au cours de cette phase de test du modèle de suivi pharmaceutique personnalisé des patients diabétiques de type 2 à l'officine.

- **Adhésion des patients à la proposition d'un suivi pharmaceutique personnalisé**

- **Typologie des entretiens (durée, lieu)**

- **Description de la population des patients ayant participé à l'étude**

- **Analyse des besoins des patients par l'intermédiaire :**
 - ✓ Des problématiques identifiées par le pharmacien
 - ✓ Des problématiques exprimées par les patients

- **Propositions d'interventions adaptées aux besoins des patients**

Résultats

1. Adhésion des patients diabétiques de type 2 de l'officine à la proposition d'un suivi pharmaceutique personnalisé

1.1. Décision du patient devant la proposition d'un suivi pharmaceutique personnalisé

Le suivi pharmaceutique personnalisé a été proposé à 27 patients diabétiques de type 2. Sur 27 patients, 20 ont accepté et 7 ont refusé le suivi. 20 entretiens pharmaceutiques ont donc été réalisés.

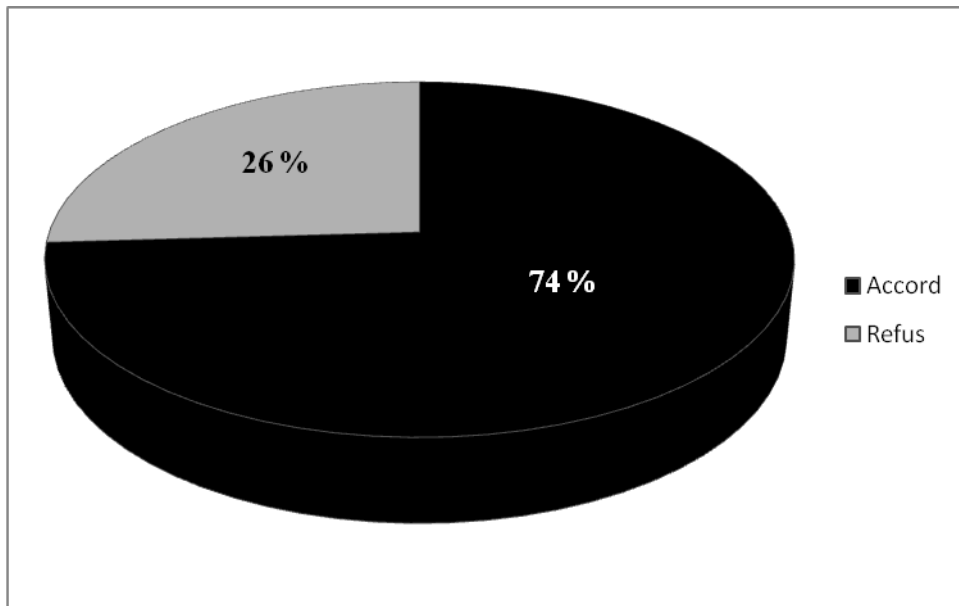


Figure 4 : Choix du patient devant la proposition d'un suivi pharmaceutique personnalisé à l'officine (n = 27 patients)

Les motifs de refus invoqués par les patients étaient les suivants :

- **4 patients (soit 57 % des patients ayant refusé le suivi pharmaceutique) ont dit « n'avoir qu'un petit diabète », « passer juste la limite »**

Parmi ceux-ci, un patient a ajouté que son principal problème était de perdre du poids ; un autre a exprimé le fait que le diabète n'était pas un sujet qui le préoccupait.

- **2 patients (soit 29 % des patients ayant refusé le suivi pharmaceutique) ont dit « ne pas être intéressés »**

- **1 patient (soit 14 % des patients ayant refusé le suivi) aurait eu des questions, mais ne se sentait pas capable de s'exprimer en privé (aurait préféré une séance collective)**

1.2. Implication des proches : personnes présentes durant les entretiens

Dans seize cas sur vingt, l'entretien a eu lieu avec le patient seul. Dans trois cas, le patient était accompagné par son conjoint. Un patient s'est présenté à la pharmacie avec sa conjointe en raison de l'implication de celle-ci dans la gestion de ses traitements. Pour les deux autres, l'entretien s'étant déroulé à domicile, les conjoints étaient présents. Dans un cas, l'entretien a eu lieu uniquement avec le conjoint, qui gère les traitements de son épouse. Il est également lui-même diabétique de type 1.

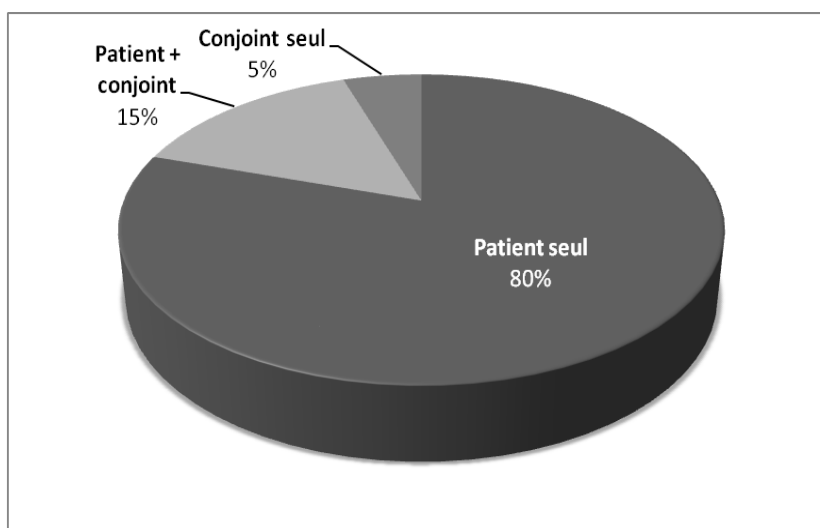


Figure 5 : Personnes avec qui se sont déroulés les entretiens (n₁ = 20 patients)

1.3. Réactions des patients par rapport aux entretiens

Les patients ont surtout réagi aux interventions pharmaceutiques réalisées au cours de l'entretien.

Certains patients ont émis des remarques concernant l'utilité pour eux d'un entretien avec un pharmacien. Ils ont paru apprécier l'apport de connaissances et d'informations, qui leur a permis « d'apprendre des choses qu'ils ignoraient ». Les patients relèvent aussi l'importance de pouvoir échanger avec un soignant expert.

« Ça aide toujours car en parler avec quelqu'un qui connaît, ça apporte ».

« Merci pour votre accueil, pour les choses que je ne savais pas et que vous m'avez apprises ».

« Je me posais la question de savoir si on parlait comme ça, ou si j'étais à côté d'un médecin, comme on aborde les conseils. Il y a des médecins qui n'en disent pas autant que vous... C'est bien ce que vous faites ».

« J'ai appris beaucoup de choses. C'est bénéfique pour moi ».

Cependant, certains patients ont exprimé des difficultés concernant la mise en pratique des connaissances apprises.

« J'ai compris ce que vous m'avez expliqué, mais dans la vie de tous les jours ce n'est pas facile à suivre ».

« Il y a des choses qui me serviront, mais pas tout ».

Ce résultat montre la difficulté d'adopter des comportements au quotidien en lien avec la prise en charge de sa maladie, et que les connaissances et les savoir-faire ne suffisent pas pour développer des compétences d'auto-soins et d'adaptation au quotidien. Ceci met en évidence l'importance pour les professionnels de santé de se positionner au cœur d'une démarche éducative et motivationnelle, de créer un partenariat avec les patients pour instaurer un suivi personnalisé sur le long terme.

De plus, un patient a donné son avis concernant le rôle du pharmacien :

« Je ne demande rien au pharmacien concernant mes pathologies, car je suis suivi par un grand nombre de médecins. Il m'est difficile de demander conseil au pharmacien dans ces

domaines. Pour moi, le pharmacien est là pour gérer les petits soucis, les choses qui sortent de la maladie : fournir un pilulier, ou un produit pour enlever l'adhésif des patchs ; apporter des conseils pour mon chien. Il aide pour les trucs spéciaux. Son rôle relationnel est important : je le vois plus souvent que mon médecin généraliste ».

1.4. Profil général des patients à qui le suivi pharmaceutique personnalisé a été proposé

Le suivi a été proposé à 14 hommes et 13 femmes. La moyenne d'âge de l'ensemble des patients était de 70 ans.

	Hommes	Femmes
Ensemble des patients (n = 27)	14 (52 %)	13 (48 %)
Patients ayant accepté le suivi (n₁ = 20)	10 (50 %)	10 (50 %)
Patients ayant refusé le suivi (n₂ = 7)	4 (57 %)	3 (43 %)

Tableau 16 : Sexe des patients à qui le suivi pharmaceutique a été proposé

Dans 81 % des cas, le patient est venu en personne chercher ses médicaments. Dans 15 % des cas il s'agissait du conjoint, et dans 4 % des cas d'un voisin. Le suivi a davantage été accepté lorsqu'il était proposé directement aux patients ou à leur conjoint.

En moyenne, les ordonnances des patients contenaient 7.8 médicaments ; 1.9 étaient des antidiabétiques. Les patients ayant accepté le suivi présentaient en moyenne 7.9 médicaments par ordonnance, contre 7.5 pour les patients l'ayant refusé. Enfin, les patients ayant accepté le suivi avaient en moyenne 2.1 médicaments antidiabétiques sur leur ordonnance, contre 1.4 pour les patients l'ayant refusé.

Le modèle de suivi pharmaceutique personnalisé a pu être testé auprès de vingt patients. Vingt entretiens pharmaceutiques ont donc été réalisés. Un exemple de livret d'entretien pharmaceutique complété suite à une entrevue avec une patiente est proposé en Annexe 17.

2. Typologie des entretiens

2.1. Durée des entretiens

	Moyenne	Médiane	Extrême -	Extrême +
Durée des entretiens	49 minutes	45 minutes	22 minutes	90 minutes

Tableau 17 : Durées des entretiens ($n_1 = 20$ patients)

Sur vingt entretiens : quatre ont duré entre 15 et 30 minutes ; six entre 30 et 45 minutes ; six entre 45 et 60 minutes ; deux entre 1 heure et 1 heure 15 minutes ; deux entre 1 heure 15 minutes et 1 heure 30 minutes.

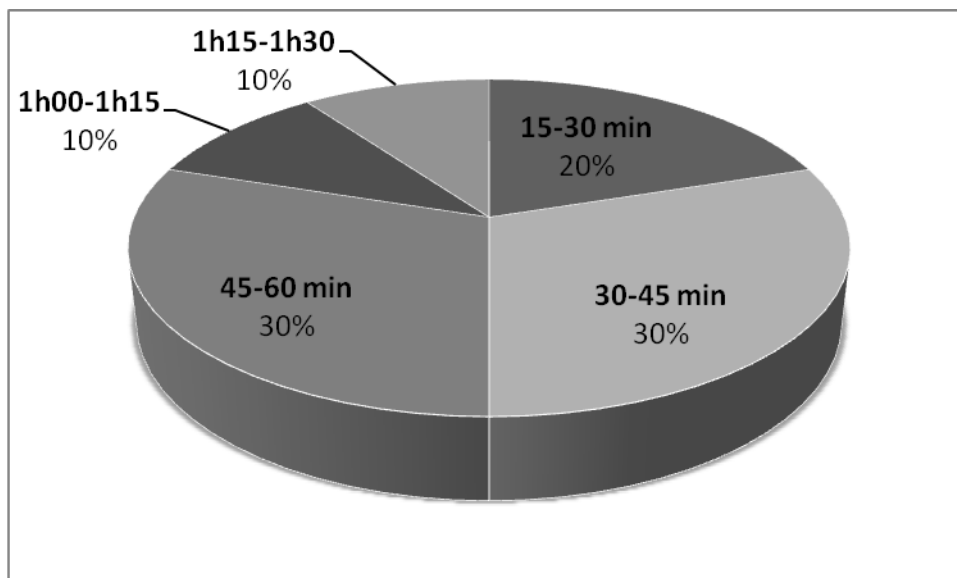


Figure 6 : Répartition des durées des entretiens ($n_1 = 20$ patients)

2.2.Lieux des entretiens

Sur vingt entretiens, dix-sept (soit 85 %) ont eu lieu au sein de l'officine, dans un espace de confidentialité ; trois (soit 15 %) ont eu lieu au domicile des patients, à leur demande. Les raisons de cette requête étaient variées : préférence du patient, difficultés à se déplacer.

3. Description de la population ayant accepté le suivi

Les thématiques figurant au début du livret d'entretien pharmaceutique ont permis d'établir le profil des patients ayant participé aux entretiens : sexe, âge, ancienneté du diabète, suivi médical, suivi biologique, habitudes de vie, traitements médicamenteux. Les données recueillies ont été comparées quand cela était possible aux résultats de l'étude Entred 2007-2010, qui portait notamment sur la description des caractéristiques des patients diabétiques de type 2⁹⁶.

3.1.Sexe

	Patients ayant accepté le suivi (n₁ = 20)	Entred 2007
Sexe ratio (H/F)	50 %	54 %

Tableau 18 : Répartition du sexe des patients ayant accepté le suivi, et comparaison avec l'étude Entred 2007

3.2. Âge

	Patients ayant accepté le suivi (n ₁ = 20)				Entred 2007
	Moyenne	Médiane	Extrême -	Extrême +	
Âge	69 ans	70 ans	45 ans	84 ans	Âge moyen : 65 ans

Tableau 19 : Âge des patients ayant accepté le suivi, et comparaison avec l'étude Entred 2007

3.3. Ancienneté du diabète

La majorité des patients présentent un diabète ancien (ancienneté moyenne supérieure à celle retrouvée dans l'étude Entred 2007).

	Patients ayant accepté le suivi (n ₁ = 20)				Entred 2007
	Moyenne	Médiane	Extrême -	Extrême +	
Ancienneté du diabète	15 ans	11.5 ans	7 mois	40 ans	Ancienneté moyenne du diabète : 11 ans

Tableau 20 : Ancienneté du diabète chez les patients ayant accepté le suivi, et comparaison avec l'étude Entred 2007

3.4. Suivi médical, éducatif et accompagnement

Sur les vingt patients, tous ont déclaré consulter un médecin généraliste ; seulement quatre ont déclaré consulter actuellement un diabétologue.

Professionnels de santé consultés	Patients ayant accepté le suivi (n₁ = 20)	Entred 2007 (sur 1 an)
Médecin généraliste	100 % 20 patients	90 %
Diabétologue	20 % 4 patients	10 %
Infirmier	15 % 3 patients	26 %
Association de patients diabétiques	5 % 1 patient	-
Réseau diabète	0 %	2.5 %

Tableau 21 : Professionnels de santé et ressources consultés par les patients ayant accepté le suivi, et comparaison avec l'étude Entred 2007

3.5. Suivi biologique

3.5.1. Hémoglobine glyquée

Les taux d'hémoglobine glyquée observés chez les patients sont les suivants :

	Patients ayant accepté le suivi (n ₁ = 20)				Entred 2007
	Moyenne	Médiane	Extrême -	Extrême +	
Taux d'HbA1c	7.6 %	7.2 %	5.9 %	10.8 %	Taux d'HbA1c moyen : 7.1 %

Tableau 22 : Taux d'hémoglobine glyquée observés chez les patients ayant accepté le suivi, et comparaison avec l'étude Entred 2007

Les taux d'hémoglobine glyquée observés chez les patients sont ainsi répartis :

Taux d'HbA1c	< 7 %	Entre 7.0 et 7.9 %	≥ 8.0 %	Pas de référence
Patients ayant accepté le suivi (n₁ = 20)	6 patients 30 %	7 patients 35 %	7 patients 35 %	0 patient
Diabasis 2007-2008	45 %	22 %	12 %	20 %

Tableau 23 : Distribution des taux d'Hb1Ac chez les patients ayant accepté le suivi, et comparaison avec l'enquête Diabasis 2007-2008⁹⁷

A la question « Votre résultat d'hémoglobine glyquée vous semble-t-il correct ? », huit patients ont répondu « non », tandis que sept ont répondu « oui ». Par ailleurs, cinq patients ont répondu qu'ils ne savaient pas.

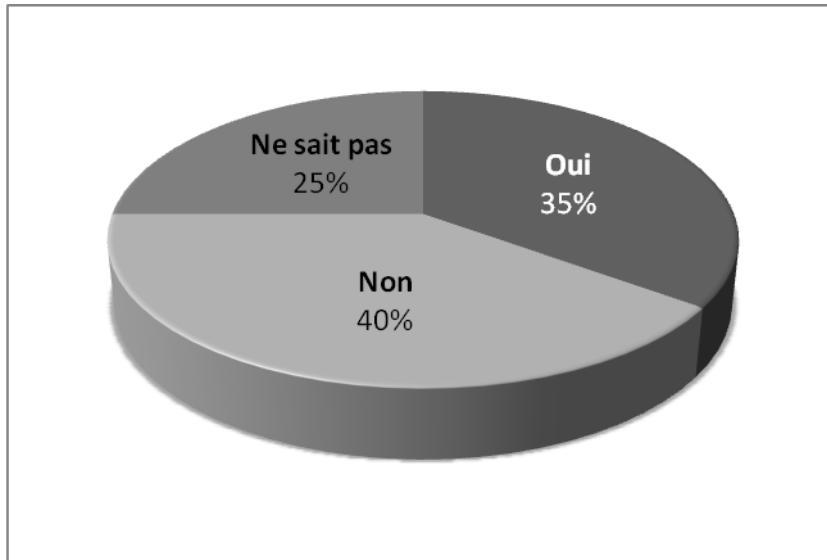


Figure 7 : Réponse des patients ayant accepté le suivi à la question : « votre résultat d'Hb1Ac vous semble-t-il correct ? » ($n_1 = 20$ patients)

Les patients ayant répondu « oui » ont une hémoglobine glyquée moyenne de 6.8 %, contre 8.4 % pour ceux ayant répondu « non » et 7.6 % pour ceux ayant répondu « Je ne sais pas ».

3.5.2. Clairance de la créatinine

Clairance de la créatinine (ml/min)	Fonction rénale	Nombre de patients
> 90	Normale	1 (5 %)
90 - 60	Insuffisance rénale débutante	7 (35 %)
60 - 30	Insuffisance rénale modérée	4 (20 %)
30 - 15	Insuffisance rénale sévère	0
< 15	Insuffisance rénale terminale	0
Non renseigné	-	8 (40 %)

Tableau 24 : Clairances de la créatinine relevées chez les patients ayant accepté le suivi (n₁ = 20 patients)

Parmi les quatre patients ayant une clairance comprise entre 30 et 60 ml/min

- Pour trois patients les clairances sont situées entre 55 et 59 ml/min.
- Pour un patient la valeur de la clairance est de 34 ml/min.

Ces quatre patients sont traités par metformine.

3.6.Habitudes de vie

Les patients ayant accepté le suivi sont en grande majorité retraités.

Activité professionnelle	Nombre de patients	Proportion
Retraité	18	90 %
Exerçant une activité professionnelle	1	5 %
Demandeur d'emploi	1	5 %

Tableau 25 : Activité professionnelle des patients ayant accepté le suivi ($n_1 = 20$ patients)

Tabagisme	Nombre de patients	Proportion
Non fumeurs	18	90 %
Tabagisme actif ou sévère depuis moins de 3 ans	2	10 %

Tableau 26 : Tabagisme des patients ayant accepté le suivi ($n_1 = 20$ patients)

3.7. Traitements médicamenteux

3.7.1. Nombre de médicaments par ordonnance

Patients ayant accepté le suivi ($n_1 = 20$)				
	Moyenne	Médiane	Extrême -	Extrême +
Nombre total de médicaments par ordonnance	7.9	7.5	4	15
Nombre d'antidiabétiques par ordonnance	2.1	2	1	4

Tableau 27 : Nombre de médicaments par ordonnance pour les patients ayant accepté le suivi ($n_1 = 20$ patients)

3.7.2. Délivrance de nouveaux traitements

Lors de la rencontre initiale, des médicaments faisaient l'objet d'une première délivrance pour sept patients sur vingt (35 %). Pour quatre d'entre eux, il s'agissait de l'introduction de nouveaux traitements antidiabétiques.

3.7.3. Indications des traitements

Concernant les indications des traitements figurant sur les ordonnances : dix-neuf patients, soit 95 %, sont traités pour des pathologies cardio-vasculaires ; dix-sept, soit 85 %, pour une dyslipidémie.

Pathologies	Nombre de patients	Proportion
Pathologies cardio-vasculaires	19	95 %
Dyslipidémie	17	85 %
Troubles anxieux / dépressifs	4	20 %
Douleurs neuropathiques (jambes)	2	10 %
Pieds : onychomycose, intertrigo	2	10 %
Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI)	1	5 %
Autres pathologies (exemples : arthrose, hypothyroïdie, glaucome...)	14	70 %

Tableau 28 : Indications des médicaments figurant sur les ordonnances des patients

(n₁ = 20 patients)

3.7.4. Traitements antidiabétiques

- Stratégies thérapeutiques concernant le traitement antidiabétique

		Patients ayant accepté le suivi (n₁ = 20 patients)	Entred 2007
Antidiabétiques oraux seuls	Monothérapie	20 % 4 patients	43 %
	Bithérapie	30 % 6 patients	29 %
	Tri- ou quadrithérapie	20 % 4 patients	8 %
Antidiabétiques oraux + insuline		30 % 6 patients	10 %
Insuline seule		0 patient	7 %

Tableau 29 : Stratégies thérapeutiques concernant les traitements antidiabétiques observées chez les patients et comparaison avec l'étude Entred 2007

○ Classes d'antidiabétiques prescrites

Antidiabétiques	Nombre de patients	Proportion
Metformine	20	100 %
Inhibiteurs de la DPP-4	8	40 %
Sulfamides hypoglycémiants	6	30 %
Insuline	6	30 %
Repaglinide	3	15 %
Inhibiteurs de l'alpha-glucosidase	1	5 %
Analogues du GLP-1	1	5 %

Tableau 30 : Médicaments antidiabétiques figurant sur les ordonnances des patients (n₁ = 20 patients)

4. Analyse des besoins des patients

4.1. Besoins identifiés par le pharmacien

Les thématiques abordées par la suite dans le livret d'entretien pharmaceutique concernent différents aspects de la vie quotidienne des patients diabétiques : automédication, connaissance du traitement, expériences antérieures avec les médicaments, conseils diététiques, conseils podologiques, autosurveillance glycémique, insulinothérapie. L'écoute attentive des patients permet au pharmacien de détecter certaines problématiques. Il s'agit ici des observations du professionnel de santé : les problèmes mis en évidence ne sont pas exprimés en tant que tels par les patients.

Au cours de cette partie, le pharmacien va identifier d'une part des besoins d'intervention pharmaceutique liés à la mise en sécurité du patient et à l'optimisation de la prise en charge ; d'autre part des besoins d'apprentissage du patient.

4.1.1. Automédication

Onze patients (soit 55 %) ont déclaré prendre des médicaments autres que ceux prescrits sur l'ordonnance. Dans deux cas sur onze (soit 18 %), des interactions médicamenteuses nécessitant des précautions d'emploi ont été détectées.

Un patient sous ramipril a dit prendre quelquefois de l'aspirine en cas de douleurs au genou. Cela entraîne une augmentation du risque d'insuffisance rénale aiguë chez le patient déshydraté.

Une patiente a déclaré prendre en automédication des « oméga 3 » et des « pilules pour le cholestérol » dont elle ne se rappelait pas la composition. Le risque est une redondance entre ces deux produits. Il faut également prendre garde au risque de toxicité de ces produits, selon le mode d'approvisionnement de la patiente (produits achetés sur internet notamment).

4.1.2. Connaissance du traitement

Neuf patients sur vingt connaissent les indications de tous les médicaments figurant sur leur ordonnance ; huit ignorent l'indication de certains de leurs médicaments ; trois ne connaissent aucune indication.

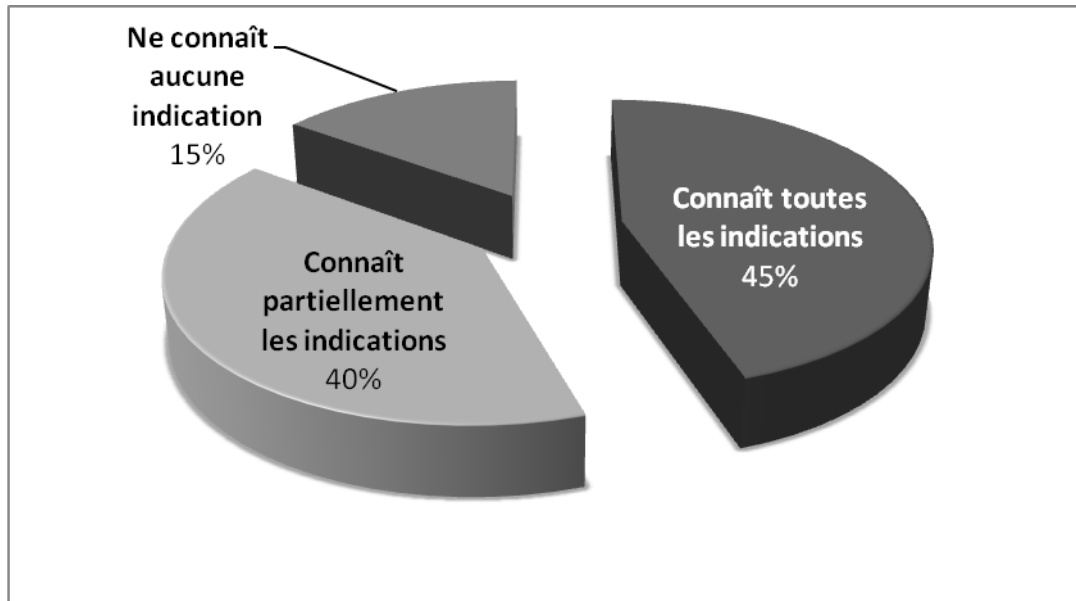


Figure 8 : Connaissance par les patients des indications de leurs traitements ($n_1 = 20$ patients)

En ce qui concerne les patients n'ayant qu'une connaissance partielle des indications de leurs médicaments (soit huit patients) : pour six d'entre eux (soit 75 %), cette méconnaissance porte sur les médicaments traitant les pathologies cardio-vasculaires. Cinq (soit 63 %) ne reconnaissent pas les médicaments hypolipémiants. En revanche, tous ces patients connaissent leurs traitements antidiabétiques.

Pathologies	Nombre de patients	Proportion
Pathologies cardio-vasculaires	6	75 %
Dyslipidémies	5	63 %
Troubles anxieux / dépressifs	1	13 %
Autres	1	13 %
Antidiabétiques	0	0 %

Tableau 31 : Patients n'ayant qu'une connaissance partielle des indications de leurs médicaments : classes thérapeutiques sur lesquelles porte cette méconnaissance (n₃ = 8 patients)

4.1.3. Expériences antérieures avec les médicaments

4.1.3.1. Effets indésirables dus aux médicaments

Dix patients sur vingt (soit 50 %) ont déclaré avoir déjà présenté des effets indésirables dus aux médicaments.

Huit patients sur vingt (soit 40 %) ont évoqué des effets iatrogènes avec leurs traitements antidiabétiques antérieurs et actuels. Ces huit patients ont rapporté présenter ou avoir présenté des troubles digestifs. Parmi ces patients, six étaient traités par metformine.

Effets indésirables rapportés	Médicaments en cause - Soit identifiés par les patients - Soit identifiés par le pharmacien en se basant sur les effets décrits par les patients et les médicaments présents sur l'ordonnance	Nombre de patients concernés	Proportion
Troubles digestifs (diarrhées, maux de ventre, ballonnements)	Metformine	8	40 %
	Acarbose (GLUCOR [®])		
	Exenatide (BYETTA [®])		
Hypoglycémies	Glibenclamide (GLUCOVANCE [®])	3	15 %
	Repaglinide (NOVONORM [®])		
	Insuline (LANTUS [®] , NOVORAPID [®] , NOVOMIX [®])		
Prise de poids	Pioglitazone (ACTOS [®])	1	5 %
	Insuline (LANTUS [®])		
Augmentation de la pression artérielle	Insuline (LEVEMIR [®])	1	5 %

Tableau 32 : Effets iatrogènes des médicaments antidiabétiques rapportés par les patients (n₁ = 20 patients)

4.1.3.2. Allergies médicamenteuses

Deux patients (soit 10 %) ont déclaré avoir présenté des allergies à des médicaments : un patient a rapporté un bronchospasme sous celocurine ; un autre a dit être allergique à la pénicilline et aux produits de contraste iodés.

4.1.3.3. Gestion des médicaments

Dix-huit patients gèrent eux-mêmes la préparation et la prise de leurs médicaments. Pour les deux autres, il s'agit du conjoint, et ce pour diverses raisons : problèmes de vue ; patient qui ne se rappelle plus s'il a pris ses médicaments...

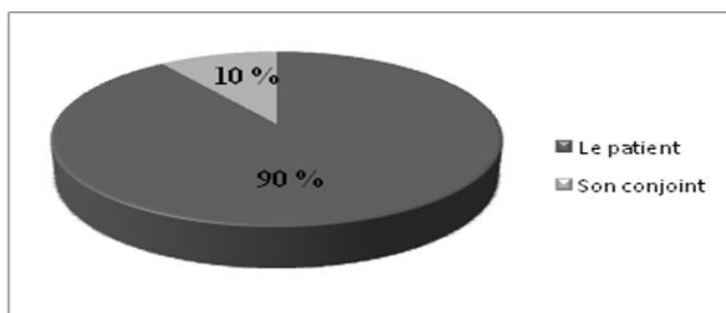


Figure 9 : Personne gérant les médicaments du patient ($n_1 = 20$ patients)

4.1.3.4. Evaluation de l'observance

Les réponses des patients aux questions du test d'évaluation de l'observance de X. Girerd sont regroupées dans le tableau suivant :

Question	Oui	Non
Hier avez-vous oublié de prendre vos médicaments ?	1 (5 %)	19 (95 %)
Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicaments ?	2 (10 %)	18 (90 %)
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que votre mémoire vous fait défaut ?	2 (10 %)	18 (90 %)
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que vous avez l'impression qu'il vous fait plus de mal que de bien ?	5 (25 %)	15 (75 %)
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	10 (50 %)	10 (50 %)

Tableau 33 : Réponses des patients aux questions du test d'évaluation de l'observance de X. Girerd ($n_1 = 20$ patients)

Ces réponses permettent de déterminer le profil d'observance des patients : ainsi six présentent une « bonne observance », tandis que quatorze présentent un « minime problème d'observance ». En revanche, selon nos résultats, aucun patient ne révèle de « problème d'observance ».

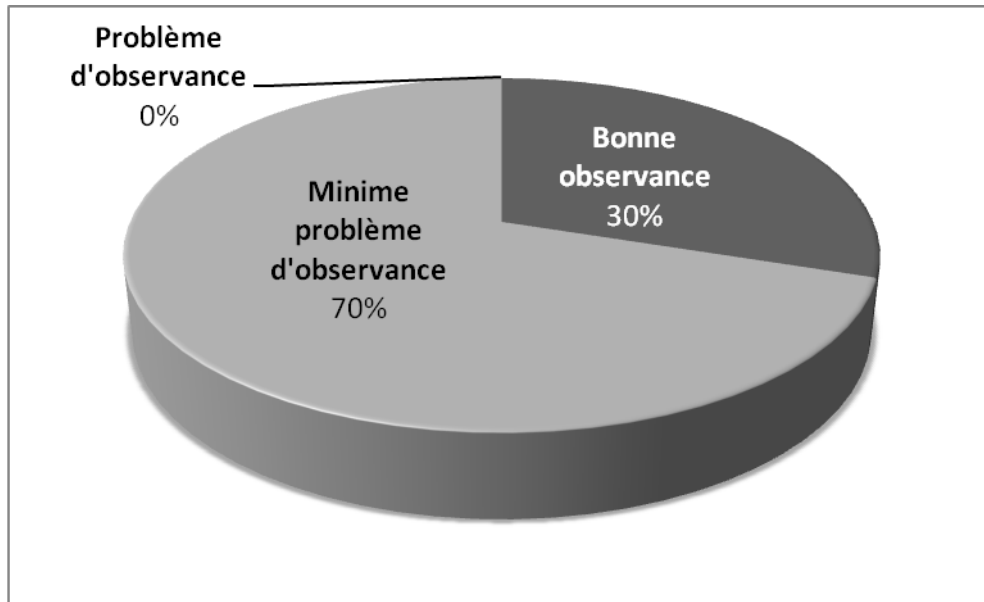


Figure 10 : Profil d'observance des patients ($n_1 = 20$ patients)

4.1.4. Conseils diététiques

Aucun des patients n'est actuellement suivi par une diététicienne. Cependant, treize d'entre eux ont dit avoir déjà bénéficié de conseils diététiques. Ces conseils ont été prodigués par des diététiciens, des diabétologues/endocrinologues ou des médecins généralistes, en cabinet ou dans le cadre d'hospitalisations, de stages à l'hôpital ou de cures d'amaigrissement destinées aux personnes diabétiques.

Chez six patients, une ou des problématique(s) liée(s) à l'alimentation ont été identifiées. Ces problématiques seront développées ultérieurement, lors de l'étude des besoins exprimés par les patients.

	Nombre de patients	Proportion
Patients suivis par une diététicienne	0	0 %
Patients ayant déjà bénéficié de conseils diététiques	13	65 %
Patients présentant des problématiques liées à l'alimentation	6	30 %

Tableau 34 : Suivi diététique des patients (n₁ = 20 patients)

Les problématiques liées à l'alimentation concernent :

- ➔ 31 % des patients ayant bénéficié de conseils diététiques (4 patients sur 13)
- ➔ 29 % des patients n'ayant pas bénéficié de conseils diététiques (2 patients sur 7)

4.1.5. Conseils podologiques

Neuf patients ont déclaré être actuellement suivis par un podologue. Quinze patients ont déjà bénéficié de conseils relatifs aux soins des pieds chez les personnes diabétiques.

Chez treize patients, une ou des problématique(s) relative(s) aux pieds ont été identifiées. Ces problématiques seront développées ultérieurement, lors de l'étude des besoins exprimés par les patients.

	Nombre de patients	Proportion
Patients suivis par un podologue	9	45 %
Patients ayant bénéficié de conseils podologiques	15	75 %
Patients présentant des problématiques relatives aux pieds	13	65 %

Tableau 35 : Suivi podologique des patients ($n_1 = 20$ patients)

Les problématiques relatives aux pieds concernent :

- ➔ 67 % des patients ayant bénéficié de conseils podologiques (10 patients sur 15)
- ➔ 60 % des patients n'ayant pas bénéficié de conseils podologiques (3 patients sur 5)

4.1.6. Autosurveillance glycémique

Treize patients sur vingt effectuent une autosurveillance glycémique. Dans tous les cas, c'est le patient qui effectue les mesures de la glycémie.

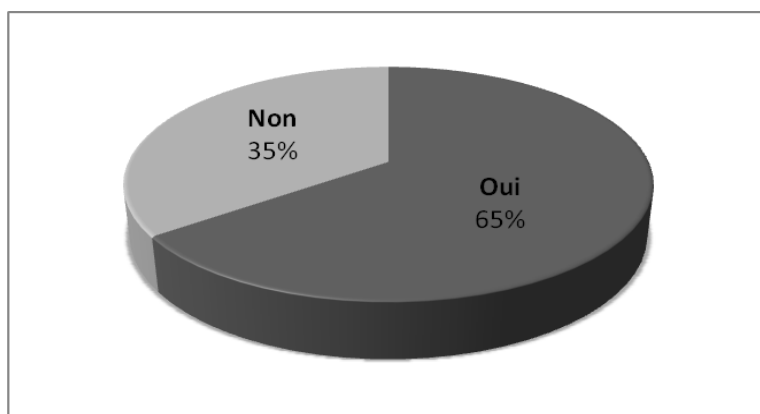


Figure 11 : Pratique de l'autosurveillance glycémique ($n_1 = 20$ patients)

Afin d'établir un historique des mesures : huit patients sur treize effectuant l'autosurveillance glycémique reportent les valeurs dans un carnet ; deux préfèrent utiliser la mémoire de leur lecteur de glycémie ; trois ne retranscrivent pas leurs mesures.

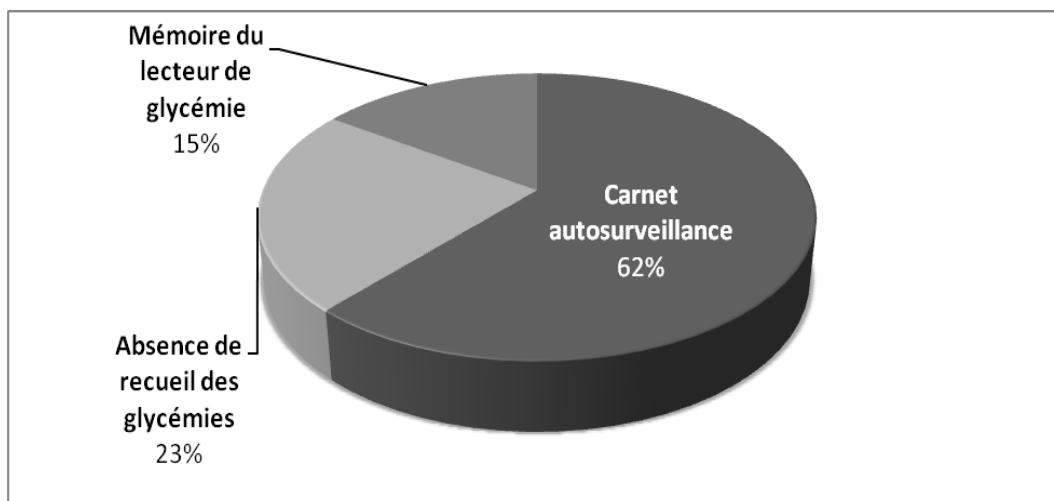


Figure 12 : Historique des mesures effectuées ($n_4 = 13$ patients)

Sur treize patients effectuant l'autosurveillance glycémique : sept en maîtrisent la technique, six ne la maîtrisent pas.

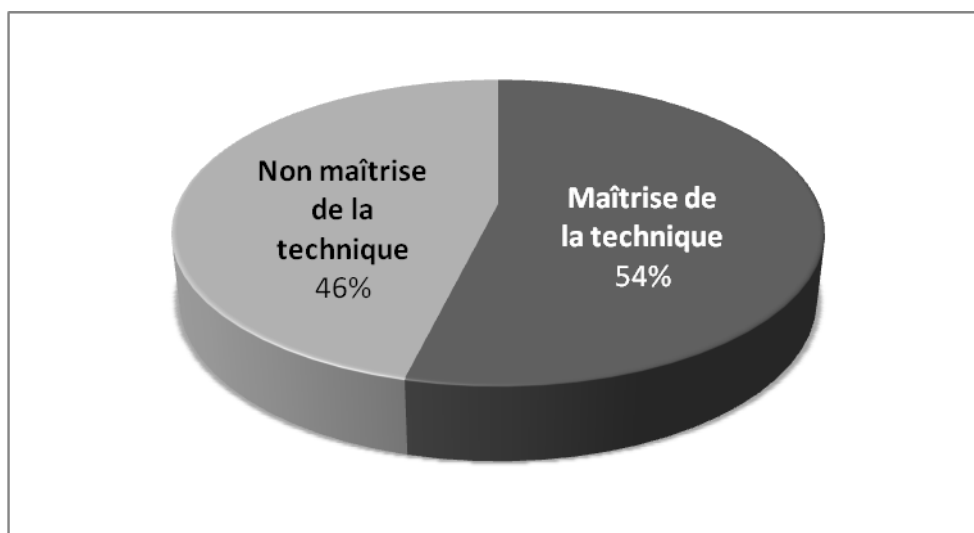


Figure 13 : Maîtrise de la technique d'autosurveillance glycémique ($n_4 = 13$ patients)

Les causes de non maîtrise de la technique d'autosurveillance glycémique sont les suivantes : cinq patients sur les six ne maîtrisant pas la technique ne piquent pas les doigts aux endroits appropriés ; deux patients laissent la lancette usagée sur l'autopiqueur ; deux ne se lavent pas les mains avant d'effectuer le contrôle ; un n'a pas compris le fonctionnement de l'autopiqueur et ne parvient donc pas à l'utiliser.

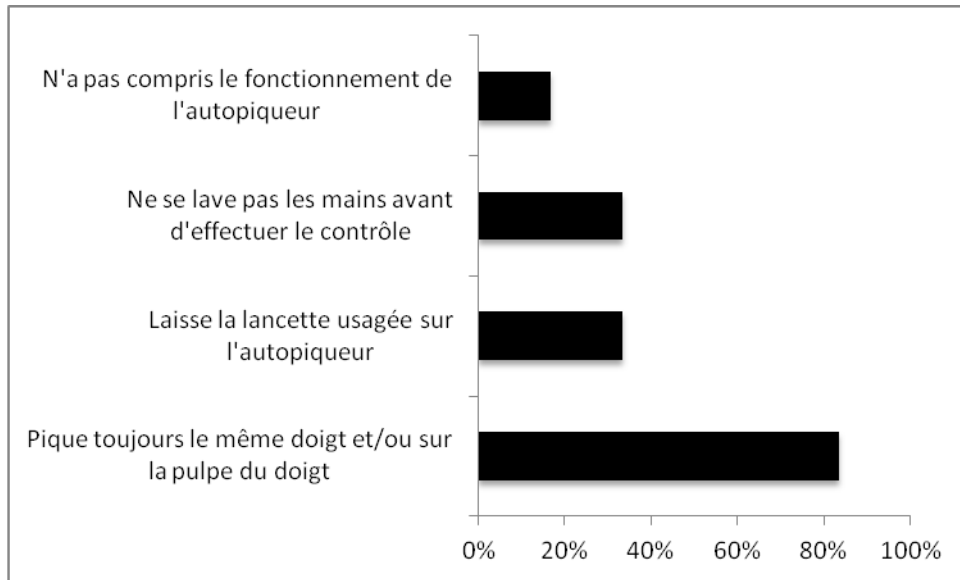


Figure 14 : Causes de non maîtrise de la technique d'autosurveillance glycémique (n₅ = 6 patients)

Par ailleurs, une ou plusieurs problématique(s) ont été identifiées chez six patients sur les treize effectuant l'autosurveillance glycémique (soit 46 %). Ces problématiques n'affectent pas la maîtrise de la technique en elle-même.

Problématiques	Nombre de patients	Proportion
Le patient ne connaît pas ses objectifs glycémiques	3	23 %
Le patient ne connaît pas les valeurs définissant une hypoglycémie	3	23 %
Le patient ne mesure pas sa glycémie en cas d'apparition de symptômes d'hypoglycémie	1	8 %
Le lecteur prescrit n'est pas adapté aux capacités du patient (ex : capacités visuelles)	1	8 %

Tableau 36 : Problématiques liées à l'autosurveillance glycémique, mais ne concernant pas la maîtrise de la technique (n₄ = 13 patients)

4.1.7. Insulinothérapie

Six patients sur vingt sont traités par insuline, soit 30 %. Dans tous les cas, les injections sont effectuées par le patient. Deux patients maîtrisent la technique d'injection, tandis que quatre ne la maîtrisent pas.

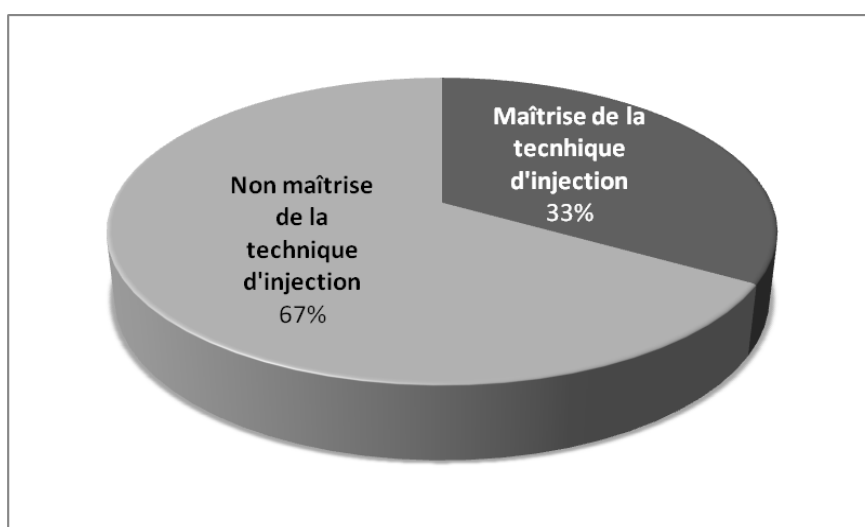


Figure 15 : Maîtrise de la technique d'injection par les patients sous insulinothérapie (n₆ = 6 patients)

Les problématiques identifiées sont les suivantes :

Problématiques	Nombre de patients	Proportion
Le site d'injection est inadéquat par rapport au type d'insuline	3	50 %
Le patient ne réalise pas de purge de l'aiguille avant l'injection	2	33 %
Le patient ne maintient pas l'aiguille enfoncée dans la peau pendant 10 secondes	2	33 %
Le patient réutilise les aiguilles usagées	1	17 %
Le patient ne retire pas l'aiguille usagée du stylo à la fin de l'injection	1	17 %

Tableau 37 : Causes de non maîtrise de la technique d'injection de l'insuline ($n_6 = 6$ patients)

4.2. Besoins exprimés par les patients

Les réactions des patients face à différentes thématiques ont permis de mettre en évidence le vécu des patients face à leur pathologie chronique, leurs préoccupations, leurs difficultés. Les problématiques relevées ici sont celles exprimées par les patients eux-mêmes.

4.2.1. Préoccupations exprimées par les patients

○ Préoccupations liées au diabète

- **Glycémies élevées**

Trois patients s'inquiétaient de la valeur élevée de leurs glycémies.

« Mes glycémies augmentent ces derniers temps. Ce matin, j'étais à 0.80 g/l. J'ai appelé mon médecin, il m'a dit que c'était dû au stress, parce que mon mari est malade ».

- **Complications du diabète**

Pour trois patients, les complications du diabète ont un impact important sur leur qualité de vie. Ainsi un patient souffrant depuis sept mois de plaies aux pieds a du mal à se chauffer et à se déplacer. Une patiente est au chômage depuis quatre ans en raison de troubles de la vue liés à une rétinopathie diabétique ; elle est reconnue en tant que travailleur handicapé, mais ne trouve pas d'emploi correspondant à ses compétences.

- **Médicaments**

- ✓ Effets indésirables

Quatre patients étaient préoccupés par les effets indésirables de leurs traitements. Ainsi une patiente était contrariée par les troubles digestifs déclenchés par un médicament introduit récemment, VELMETIA[®] (metformine – sitagliptine). Cette association avait été prescrite deux mois auparavant, la patiente prenant jusque là ces principes actifs séparément (STAGID[®] et XELEVIA[®]). Cependant, la patiente a déclaré : *« Je ne le digère pas aussi bien que les autres : ça me fait un poids sur l'estomac, les comprimés sont plus gros »*. Elle a répété plusieurs fois au cours de l'entretien *« Ce médicament ne me convient pas très bien »*.

Les trois autres patients redoutaient les effets indésirables potentiels de leurs médicaments. Ainsi, suite au retrait du marché d'ACTOS[®] (pioglitazone) et à l'établissement par l'AFSSAPS d'une liste de médicaments sous surveillance, certains patients prenant ou ayant pris ces traitements ont exprimé des inquiétudes : « *J'ai un souci avec BYETTA[®], car c'est un médicament sous surveillance. Ma diabétologue m'a dit que c'est parce que c'est un nouveau traitement* ». Une autre patiente se disait « *très sensible aux effets indésirables des médicaments* ». Cette peur des effets indésirables avait une influence sur son adhésion au traitement : « *Si j'ai mal, j'arrête* ». La patiente avait donc arrêté d'elle-même un hypolipémiant un mois plus tôt en raison de douleurs musculaires. Son médecin venait par ailleurs de lui prescrire deux nouveaux médicaments : un antidiabétique, STAGID[®] (metformine) ; et un hypolipémiant, la pravastatine. Mais elle avait lu que les deux pouvaient provoquer des troubles digestifs et des douleurs musculaires : « *Le médecin m'a dit que si ça m'arrive, il faut arrêter. Mais comment je saurais quel est le médicament responsable si je les démarre en même temps ? Je ne prends plus l'EZETROL[®] depuis un mois et je n'ai pas beaucoup de cholestérol, je vais donc commencer par le STAGID[®]. Si je ne le supporte pas, je le verrai très vite. Mais dans la notice ils disent de ne pas arrêter et d'attendre dix jours... Je n'en ai pas parlé au médecin, il est trop pressé* ».

✓ Insulinothérapie

Deux patients ont exprimé leur crainte de passer à l'insuline : « *J'ai peur d'avoir de l'insuline. Tant que c'est des médicaments, ça va...* ».

Un patient chez qui l'on venait d'introduire une insulinothérapie redoutait pour sa part que la quantité d'insuline délivrée pour le mois ne soit pas suffisante. En effet, la pharmacie a délivré la quantité correspondant à la posologie indiquée sur l'ordonnance ; or le patient a reçu pour consigne d'adapter les doses à ses glycémies. Ainsi, ayant dû augmenter la posologie, il craignait de manquer d'insuline.

✓ Nombre de médicaments

Un patient dont l'ordonnance comptait quinze médicaments a expliqué qu'à chacune de ses visites chez le médecin, il essayait de se faire retirer des médicaments, mais qu'on lui répondait que ce n'était pas possible. Il a dit refuser de prendre plus de médicaments.

- **Alimentation**

Une patiente s'est dite désemparée face aux problèmes liés à l'alimentation : « *Je ne sais plus trop quoi faire avec l'alimentation. Je pense que c'est ce qui fait que mon diabète n'est pas bien équilibré. Je ne pense pas cuisiner mal. Je n'arrive pas à suivre les recommandations de la diététicienne chez moi* ».

- **Autres préoccupations non liées au diabète mais pouvant avoir des répercussions sur la prise en charge du diabète par le patient**

- **Autres problèmes de santé**

Plusieurs patients étaient davantage préoccupés par leurs autres pathologies : augmentation inexplicquée des γ -GT dans un bilan biologique, douleurs articulaires, fatigue, perte d'équilibre. « *Jusqu'à maintenant je n'avais pas trop de problèmes, c'est juste maintenant que je ne tiens plus debout* ». Le conjoint d'une patiente souffrant de dégénérescence maculaire liée à l'âge a indiqué : « *Ce qui la gêne le plus dans sa vie de tous les jours ce n'est pas le diabète, c'est incontestablement la vue* ».

- **Problèmes personnels**

Deux patients ont signalé que des problèmes d'ordre familiaux (maladie, décès) avaient eu un impact sur la prise en charge de leur diabète.

« *Mon frère est malade... alors j'ai un peu oublié mes pieds* ».

4.2.2. Réactions des patients par rapport au diabète

- **Antécédents familiaux de diabète**

La moitié des patients ont évoqué des antécédents familiaux de diabète, avec parfois l'idée d'hérédité : « *Nous, on est diabétiques de famille : mon père, mes frères, ma tante* ». Certains patients nous ont également fait partager leurs croyances sur la transmission du diabète : « *On m'a dit que ça sautait une génération* » ; « *C'est vrai que ce sont les mères qui transmettent le diabète ? C'est ce que j'avais entendu* ».

○ **Intérêt pour acquérir de nouvelles connaissances sur le diabète**

Certains patients ont affiché une volonté de s'informer ; ils ont dit consulter des revues, internet, les notices des médicaments : « *Je connais tout sur le diabète. Dès qu'il m'arrive quelque chose, je m'informe* » ; « *Je suis abonné à une revue pour diabétiques. Je veux me soigner, approfondir les choses* ». Un patient a même plusieurs fois demandé à son médecin d'essayer de nouveaux traitements quand ils étaient mis sur le marché.

Un patient a reproché à son médecin de ne pas lui fournir assez d'explications : « *J'ai un très bon médecin, mais il ne parle pas assez. Nous, on n'y connaît rien. Si on ne nous explique pas, comment voulez-vous que l'on se soigne ?* ».

Un patient refuse formellement d'essayer de s'informer sur le diabète : « *Je l'ai chopé mais je ne veux même pas savoir. On va se battre contre lui mais bon... il y a pire* ».

○ **Attitude face à la pathologie chronique**

Quelques patients se sont interrogés sur l'aspect inéluctable de la maladie : est-il possible de l'empêcher, la guérir : « *Je ne sais pas, peut-être que les médecins auraient dû plus insister sur le diabète. Je ne sais pas si ça peut se guérir, si on peut amener le pancréas à produire plus d'insuline* ».

Certains patients réagissent avec fatalité face à une pathologie qu'ils savent définitive : « *Maintenant, je suis diabétique pour la vie* » ; « *Le STAGID® c'est foutu, je l'aurai tout le temps. Peut-être que je vais diminuer à un comprimé par jour au lieu de deux ?* » ; « *J'ai envie de me battre, mais sans plus. Beaucoup de gens dans ma famille sont partis à 60 ans. A 36 ans, mon père se piquait. Tout ce qu'il a fait le reste de sa vie, ça a servi à quoi ? A 63 ans, il a basculé dans les escaliers à cause du diabète* ». Un patient souffrant depuis plusieurs mois de plaies aux pieds a déclaré : « *J'ai eu de la chance, jusqu'à présent je ne me soignais que pour le diabète, ça ne m'handicapait pas. Maintenant, il est normal qu'à 78 ans je sois embêté* ».

D'autres patients disent ne pas se considérer comme des malades : « *Je ne me sens pas spécialement malade, à part mes douleurs et des vertiges de temps en temps quand j'ai faim. Le reste ça va, je ne suis pas à plaindre par rapport à d'autres. Tant que je peux faire de la moto...* ». Une patiente dit être traitée pour du « *diabète préventif* », lié au stress car son mari

est malade. Certains patients quant à eux disent ne pas se sentir incommodés par le diabète : « *Ça ne me pose pas de problème particulier le diabète, si ce n'est qu'il ne faut pas oublier ses cachets* ».

Il est également arrivé que des patients considèrent que bien d'autres maladies sont « plus graves » que le diabète, et qu'ils n'ont pas lieu de se plaindre : « *Quand je vois certaines personnes ce qu'elles se chopent... Le diabète c'est de la rigolade à côté. Il y en a qui se plaignent, ça me fatigue. Il ne faut pas se plaindre, il faut vivre avec et puis c'est tout* ».

Enfin quelques patients ont insisté sur l'importance de la relation avec les soignants dans la gestion de leur pathologie chronique. Le soutien des proches joue également un rôle capital. « *Je n'ai pas de problème, car je suis très entouré par les médecins spécialistes : le diabétologue, le cardiologue, le néphrologue, le pneumologue. Ils se concertent entre eux* ».

○ **Complications du diabète**

Plusieurs patients ont évoqué l'absence de symptômes, ainsi que les complications du diabète au niveau oculaire, cardio-vasculaire : « *Ma mère a souffert du diabète, mais je ne m'en étais jamais trop méfié. C'est venu sournoisement et subitement. On ne s'en méfie pas, on ne sent rien et on est vite embêté. J'ai eu des taux très élevés et je ne sentais rien, alors que c'est dangereux pour les yeux, la cicatrisation...* » ; « *Ça bouche les artères le diabète. De toute façon quand on a le diabète on a tout : tension, cholestérol... ça va tout ensemble* ».

○ **Ce qui influe sur l'équilibre du diabète**

De nombreux patients ont parlé de l'influence de la perte de poids sur l'équilibre du diabète : « *Vous savez, le diabète c'est aussi le poids. Si vous perdez du poids, vous le voyez sur le diabète* ». Certains ont aussi invoqué le stress : « *Les diabétiques doivent avoir une vie saine, tranquille* ».

4.2.3. Suivi médical

○ Consultation d'un diabétologue

Trois patients ont déclaré qu'ils ne consultaient un diabétologue que lorsque leur diabète était déséquilibré ; sinon « *on laisse le généraliste s'en occuper* ».

L'épouse d'un patient dont le diabète est déséquilibré s'est étonnée : « *il n'a jamais vu de diabétologue, alors que ça fait 40 ans qu'il est diabétique* ».

Deux autres patients ont évoqué les obstacles à la consultation du diabétologue : lettre préalable du médecin traitant ; raisons géographiques.

Enfin un patient a déclaré ne plus vouloir consulter de diabétologue car après en avoir consulté plusieurs, il pense « *qu'ils ne servent à rien* ».

○ Appartenance à un réseau ou une association de patients diabétiques

Un seul patient a déclaré appartenir à une association de patients (AFD Diabète 26-07), car il aime s'informer.

Deux patients ont dit en avoir entendu parler mais ne jamais y être allés. Un patient était sceptique : « *Moi je n'y crois pas trop à ces associations, car il n'y a pas deux diabétiques qui soient les mêmes* ».

Trois patients ont dit ne pas se sentir concernés, ne pas en ressentir le besoin : « *Mon diabète n'est pas tellement élevé* » ; « *Je ne me pique pas à l'insuline tous les jours, je n'ai pas de pompe* » ; « *Je n'ai pas de problème. Je pense que si on y va c'est qu'on a un problème, qu'on se sent isolé. [...] Moi je ne me sens pas isolée à cause du diabète, on est des milliers. Ce n'est pas parce que je vais voir un autre diabétique dans le réseau que ça va me consoler* ».

Un dernier patient a déclaré que cela ne l'intéressait pas : « *Je ne veux pas parler du diabète. Je l'ai, je me soigne, et on ne va pas s'éterniser là-dessus. Je ne veux pas entendre d'autres gens qui ont le même problème que moi* ».

4.2.4. Suivi biologique

○ **Appréciation par les patients de la valeur de leur hémoglobine glyquée**

De nombreux patients ont émis des commentaires quant à la valeur de leur hémoglobine glyquée. Certains expliquaient ce que cette valeur représentait pour eux, si elle leur paraissait correcte ou non : « *Ma dernière hémoglobine glyquée est mauvaise : 8.9 %* ». D'autres ont rapporté l'opinion des soignants par rapport à leur résultat. Il s'agissait le plus souvent de l'avis du médecin traitant, du diabétologue, du laboratoire d'analyses médicales : « *J'étais à 8 % il y a trois mois. Ça commence à être un peu haut, mon médecin me dit de faire attention* » ; « *J'ai 7.3 %. Ils m'ont dit au labo que c'était très bon* ». Enfin quelques patients ont parlé des valeurs cibles d'hémoglobine glyquée, comparant parfois leur résultat à ces dernières : « *Je ne dois pas dépasser 6.5 %* » ; « *6.7 %, ça me semble correct. L'endocrinologue veut que ce soit inférieur à 7 %, il dit que dans ce cas le diabète est équilibré* ». Cependant il arrivait que l'on n'ait jamais défini d'objectif aux patients en termes d'hémoglobine glyquée. Ils disaient alors se fier aux interprétations inscrites sur la feuille de résultats d'analyses, ou à ce que d'autres personnes leur avaient dit : « *Mon amie diabétique m'a dit de vérifier « l'hémoglobine glyquée ». Elle m'a dit qu'il fallait être inférieur à 8 ou 9 %* ».

Certains patients ont expliqué pourquoi selon eux leurs derniers résultats n'étaient pas corrects : « *C'était bon au début, mais la dernière de mai 2011 est mauvaise (8 %), mais je sais pourquoi. J'ai négligé mon diabète à cause de problèmes familiaux. Maintenant, je me suis repris* » ; « *Pour moi si ce n'est pas bon, c'est que j'ai négligé mon régime. J'ai mangé trop de sucre, j'ai été stressée et angoissée* ».

○ **Difficultés rencontrées par les patients par rapport au suivi biologique**

Quatre patients ne savent pas ce qu'il faut regarder dans leurs résultats d'analyses biologiques pour suivre l'équilibre du diabète : « *Qu'est-ce qu'on m'avait dit déjà ? La créatinine ?* ». Un patient a dit se fier à la glycémie veineuse, tout en sachant que le diabétologue suivait l'hémoglobine glyquée.

Deux patients, tout en sachant qu'il fallait suivre l'hémoglobine glyquée, ont exprimé des difficultés quant à l'interprétation des résultats. L'un deux s'est avoué perdu devant la

présentation des résultats sur la feuille d'analyses : « *Maintenant, on ne comprend plus rien car c'est en pourcentage. Avant, c'était bien indiqué en grammes par litres* ». Ce patient savait qu'il devait regarder l'hémoglobine glyquée, mais ce résultat « ne lui parlait pas ». Un autre patient s'interrogeait sur la cible à atteindre devant les avis divergents de ses soignants : « *Les infirmiers me disaient qu'il fallait que je tombe en dessous de 7 %. Mais mon médecin me dit que non, parce qu'à cette valeur je risque l'accident, et qu'il faut que je reste à 7 %. Et toi, tu en dis quoi ?* ».

Certains patients ont dit être préoccupés par des valeurs élevées d'hémoglobine glyquée. Un patient était désespéré : « *Je ne sais plus quoi faire* ». D'autres en redoutaient les conséquences : « *Mon médecin dit que c'est un peu haut. Il veut me passer à l'insuline. Je ne suis pas très pour* ».

○ **Représentations des patients concernant l'hémoglobine glyquée**

Deux patients ont corrélié l'autosurveillance glycémique et l'hémoglobine glyquée. Pour le premier, « *l'important ce n'est pas le suivi des glycémies mais l'hémoglobine glyquée* ». L'autre a déclaré : « *Ma dernière hémoglobine glyquée n'était pas terrible (7.8 %). Mais la prochaine sera bonne car mes glycémies sont bonnes. Une diabétologue m'a dit que chaque diabétique est différent. Certains ont une hémoglobine glyquée haute alors que leurs glycémies sont bonnes tous les jours* ».

Quelques patients ont également abordé la conduite qu'ils adoptent devant leurs résultats : certains appellent leur médecin ; d'autres attendent le prochain rendez-vous, même si l'hémoglobine glyquée est mauvaise. Cela témoigne de l'importance que chacun accorde à ce résultat.

4.2.5. Alimentation

Les patients se sont montrés très prolixes au sujet de l'alimentation. Ils ont abondamment décrit leurs habitudes alimentaires.

○ Difficultés rencontrées par les patients

• Contrainte

Les patients ont souvent parlé de l'alimentation comme d'une chose contraignante, difficile à suivre au quotidien : « Ça m'embête. Faire un régime strict, après on s'en lasse. » ; « Je me prive quand même » ; « Ça se passe bien mais c'est très dur à suivre au quotidien ».

• Mode de vie

Certains patients ont évoqué des contraintes organisationnelles. En effet, il n'est pas toujours facile de concilier alimentation équilibrée et mode de vie (travail notamment) : « J'avais l'habitude de faire les 3/8, donc je ne mange pas à midi. Je grignote, je ne mange que si j'ai faim : du pain, des légumes en boîte, rarement de la viande » ; « J'ai un problème avec la cuisine : je m'occupe de mes petits-enfants, je mange beaucoup de gâteaux ».

• Appétit, gourmandise

De nombreux patients ont exprimé des difficultés d'une part à mettre en place une alimentation équilibrée face à la sensation de faim et à la gourmandise, et d'autre part à la maintenir dans le temps.

Certains patients ont évoqué la sensation de faim permanente et l'impact de la gourmandise : « Mon problème, c'est que j'ai toujours faim. Je bois trois litres d'eau gazeuse par jour pour éviter de trop manger » ; « Mon mari est gourmand, c'est pour ça que les dernières analyses ne sont pas bonnes. Il ne fait pas attention, il mange de la confiture ».

La perte de poids en lien avec l'alimentation est un sujet de préoccupation pour quelques patients. Certains se sont dits désemparés : « Je pèse 140 kg alors que je ne mange presque pas » ; « J'ai fait des cures d'amaigrissement destinées aux personnes diabétiques. Ça donne de bons résultats mais une fois chez moi je reprends tout le poids perdu. Je n'arrive pas à m'y tenir. J'ai du mal à gérer. On mange de trop grosses quantités. On cuisine peut-être mal, même si je ne pense pas cuisiner mal. Je n'utilise pas trop de graisses. Je ne sais pas ce qui se passe, on est peut-être gourmands ».

○ Représentations des patients

• Le sucre

La majorité des patients ont évoqué « le sucre ». Les patients en ont parlé comme d'un aliment à éviter, à surveiller : « *J'ai complètement supprimé le sucre. Je n'en mets pas dans les salades de fruits* » ; « *Je ne sucre pas le thé, le café, je ne mange pratiquement pas de gâteaux* ».

• Le gras

Pour certains patients, « le gras » était également un élément à surveiller : « *Je ne mange pas beaucoup de viande ; de la charcuterie de temps en temps, mais beaucoup moins qu'avant* ».

• Les féculents

Les avis divergeaient davantage en ce qui concerne les féculents. Certains patients pensent que les féculents sont déconseillés pour les diabétiques : « *Je mange peu de féculents à cause du diabète* ». D'autres patients les jugent nécessaires pour la satiété : « *Je dois manger dans un repas une part de féculents pour ne pas avoir faim entre les repas* » ; ou pour éviter les hypoglycémies : « *Avec l'insuline, il faut des féculents* ». De nombreux patients les incluent dans la composition de leurs menus habituels : « *Je mange des féculents tous les midis* ».

• Les fruits et légumes

Les légumes ont fréquemment été associés à une alimentation saine ; de nombreux patients ont dit en consommer beaucoup : « *L'été, on mange beaucoup de légumes. C'est bon pour la santé ça* ».

Les patients ont été plus mitigés concernant les fruits. Ces derniers ont également été associés à une alimentation saine, mais très souvent aussi au sucre, ce qui en fait aux yeux de certains un aliment à limiter : « *Il ne faut pas manger trop de fruits* » ; « *On m'a dit de faire attention aux fruits sucrés, comme les cerises* » ; « *Je pensais que les fruits étaient interdits sauf le melon et les fraises* ».

- **Les quantités**

Pour certains patients, l'équilibre alimentaire se traduit également en termes de quantités : « *Pour moi, il est important de ne pas manger beaucoup si on n'a pas d'activité* » ; « *On mange de trop grosses quantités* ».

- **Les permis et les interdits**

De nombreux patients imaginent que l'alimentation se traduit en termes d'aliments autorisés ou interdits. En ce sens, ils ont souvent employé des tournures impératives : « *ce qu'il ne faut pas manger* » ; « *ce qu'on peut faire / ne pas faire* ». Ils parlaient également en termes définitifs : « *j'ai supprimé* » ; « *j'ai arrêté* ».

- **Diététiciens et conseils diététiques**

- **Opinions des patients concernant les diététiciens**

De nombreux patients ont émis des remarques négatives au sujet des diététiciens : « *J'ai consulté un diététicien sur les conseils de mon cardiologue suite à une prise de poids. Mais j'ai arrêté il y a un an. Ils prennent les gens pour des imbéciles, ils ne font que tout calculer sur leur ordinateur* » ; « *Je n'ai pas confiance du tout dans les diététiciens. Chaque personne est différente. Le médecin que j'avais avant était contre* ».

- **Intérêt des patients pour les conseils diététiques**

Plusieurs patients se sont dits intéressés par des explications sur l'alimentation. Certains ont avoué ne pas avoir reçu d'informations satisfaisantes, et souhaiter davantage de conseils pratiques pour organiser leurs repas : « *Je suis allée consulter une diabétologue en pensant qu'elle allait me prescrire un régime précis. J'aurais aimé avoir des consignes précises pour l'alimentation, mais je ne suis pas trop motivée pour voir des diététiciens* ».

D'autres patients ont estimé ne pas en ressentir le besoin : « *Jusqu'à présent je n'avais pas trop de problèmes* » ; « *Je n'ai pas l'impression d'en avoir besoin... j'ai l'impression de manger équilibré* ».

Enfin, un patient a déclaré : « *Ça m'aurait intéressé, mais je sais que je ne vais pas le suivre ; ce serait une perte de temps* ».

○ **Organisation des repas**

De nombreux patients ont évoqué les bases sur lesquelles ils organisent leur alimentation en tant que personnes diabétiques. La plupart de ces patients se fient aux conseils qu'ils ont reçus d'un diététicien, de leur diabétologue ou de leur médecin traitant. D'autres ont dit suivre des conseils trouvés dans des livres. Un patient vivant seul a quant à lui décidé de prendre ses repas chez un traiteur : « *Avant, je me faisais à manger. Ce n'était peut-être pas toujours équilibré* ».

○ **Relation entre équilibre du diabète et alimentation**

Certains patients ont attribué le bon équilibre de leur diabète à leur alimentation : « *Pour arriver là, je peux vous dire qu'il faut faire gaffe à ce que vous mangez, buvez* » ; « *Je vois que mon régime est bon car mon diabète est équilibré* ».

D'autres ont remarqué les effets de leur mode d'alimentation sur leurs glycémies capillaires : « *Les sucres lents (pâtes, pommes de terre) ne font pas beaucoup d'effet* » ; « *J'ai remarqué que quand on mange gras, les glycémies sont plus élevées ; je fais donc attention au gras* ».

4.2.6. Activité physique

○ **Difficultés rencontrées par les patients dans la pratique d'une activité physique**

La majorité des patients abordant le thème de l'activité physique ont relaté les obstacles à la pratique :

- Douleurs aux jambes, aux pieds : « *Tous les médecins disent qu'il faut marcher mais je ne peux pas, j'ai trop mal aux pieds* ».
- Manque de temps : « *Je marche une fois par semaine avec une voisine, mais pendant les vacances j'ai mes petits-enfants, donc j'ai plus de mal* ».

- **Effet de l'activité physique**

D'autres patients ont remarqué l'effet de l'activité physique sur leurs glycémies : « *J'ai diminué mes doses d'insuline depuis que je fais mes travaux* ».

- **Activités pratiquées par les patients**

Enfin certains patients ont évoqué les activités qu'ils ont mises en œuvre : « *J'ai mon jardin, je promène mon chien* ».

4.2.7. Automédication

Onze patients ont déclaré prendre des traitements autres que ceux prescrits par le médecin. Il s'agit le plus souvent de traitements contre les douleurs : antalgiques (paracétamol, aspirine), pommade anti-inflammatoire. Quelques patients ont dit prendre des médicaments homéopathiques, ou des compléments alimentaires pour la vision, la prévention des infections urinaires, les douleurs articulaires, la fatigue.

Deux patients ont parlé d'automédication pour prendre en charge des pathologies pour lesquelles ils reçoivent déjà un traitement médicamenteux. Ainsi un patient a dit prendre de la gemmothérapie pour son diabète. La gemmothérapie est une médecine non conventionnelle utilisant des tissus embryonnaires de végétaux en croissance, comme les bourgeons. Le patient a trouvé par hasard sur une foire une fiole contenant des bourgeons de noyer, sur le conditionnement de laquelle était écrit : « insuffisance pancréatique, diabète, bronchite chronique, problèmes dermatologiques ». Une patiente a quant à elle déclaré prendre « des pilules pour le cholestérol » dont elle ne se rappelait pas la composition. Elle consommait de plus des compléments alimentaires à base d'oméga 3.

4.2.8. Connaissance des traitements

- **Difficultés liées à la substitution**

Quatre patients ont exprimé les difficultés induites par la substitution des princeps par des médicaments génériques. Ces derniers constituent en effet une source de confusion pour les patients : changement de nom (les patients n'associant pas le nom du princeps avec la

dénomination commune internationale), changement de forme et de couleur de la boîte, des comprimés...

Le conjoint d'une patiente souffrant de problèmes de vue s'est exprimé ainsi : « *Je prépare ses médicaments en même temps que les miens, elle aurait trop de mal à reconnaître les boîtes. De plus, les boîtes changent tout le temps avec les génériques. Ce n'est pas facile pour les personnes qui ont des problèmes de vue, d'âge, qui se fient à la forme et à la couleur des boîtes* ».

○ Réactions par rapport à la connaissance des indications des médicaments

Un patient a déclaré qu'il n'était pas important de connaître les indications des médicaments. Un autre a dit ne pas s'être interrogé : « *Je n'ai pas demandé au médecin, je prends les médicaments parce qu'on me le dit* ». Enfin, deux patients ne connaissant aucune indication ont évoqué le fait qu'ils n'accordaient aucune importance aux noms des médicaments : « *Je ne lis pas les noms des médicaments, j'ai la flemme, j'ai les cachets, je les prends* » ; « *Moi les noms... ça me passe un peu au-dessus de la tête ces médicaments* ». Ce résultat met en évidence le fait que pour certains patients la connaissance de l'action de leurs médicaments n'est ni un besoin ni un facteur ayant un impact sur leur adhésion au traitement médicamenteux.

4.2.9. Gestion des médicaments

○ Organisation de la préparation des médicaments

Sept patients utilisent un semainier (soit 35 % des patients). Huit autres ont décrit d'autres moyens (soit 40 % des patients) : mettre ses médicaments dans une boîte ; préparer ses médicaments pour la semaine dans des gobelets (un gobelet par médicament) ; préparer ses médicaments dans des tubes d'aspirine vides que l'on emmène au travail.

Des outils d'aide à la gestion de la prise des médicaments sont donc souvent utilisés par les patients, que ce soit sous la forme d'un semainier ou d'autres supports. Cependant, les semainiers font l'objet de représentations : certains patients considèrent par exemple que cette aide est davantage destinée aux personnes âgées, ou ayant beaucoup de médicaments : « *Je ne*

suis pas encore vieille pour préparer mes médicaments à la semaine ! Je ne prends pas beaucoup de médicaments ».

○ **Organisation de la prise des médicaments**

Afin de ne pas oublier de prendre leur traitement, six patients (soit 30 %) ont décrit une organisation particulière. Ainsi certains établissent un plan de prise, sortent toujours leurs médicaments au moment des repas, les prennent tous au même moment de la journée, ou trouvent des astuces pour vérifier qu'ils ont bien pris leurs médicaments.

« Je prends tout le matin, avant le petit déjeuner, même CRESTOR[®] ; d'ailleurs je n'avais jamais remarqué qu'il était marqué le soir. Comme ça je n'oublie pas. Déjà parfois j'oublie le STAGID[®] parce que je le prends après le repas pour éviter les brûlures d'estomac ; j'oublierais le CRESTOR[®] si je devais le prendre le soir ».

« Je prends mes médicaments avant le repas pour être sûr de ne pas oublier. Il n'y a que le STAGID[®] que je prends après le repas. Je le mets donc devant mon petit déjeuner, puis je me fais l'insuline. Si j'oublie le STAGID[®], il reste sur la table, je m'en aperçois et je le prends. C'est ma méthode pour ne pas oublier mes médicaments ».

Deux patients (soit 10 %) parlent de la prise de leurs médicaments comme d'un « automatisme », d'une « habitude », sans stratégies de prises spécifiques.

○ **Difficultés dans la gestion des médicaments**

Trois patients (soit 15 %) ont exprimé des difficultés dans la gestion de leurs médicaments. Une patiente a déclaré « se tromper », et « prendre des médicaments le matin au lieu du soir ». Les deux autres patients ont délégué à leur conjoint la gestion des médicaments car ils « n'y pensent pas », « ne savent plus s'ils les ont pris ». Les problèmes de vue et la substitution des princeps par des génériques perturbent également certains patients pour la préparation de leurs traitements.

4.2.10. Observance

○ Oubli

En général, les patients ont déclaré « ne pas trop oublier », ou « oublier de temps en temps ». Certains ont donné la fréquence d'oubli : « *maximum une fois par semaine* » ; « *trois ou quatre fois par mois* ».

L'oubli est très fréquemment associé à des sorties, quand le patient n'est pas chez lui, surtout à midi ou le soir : « *En principe, je n'oublie pas trop... maximum une fois par semaine. Mais si à midi je sors, je peux oublier le médicament de midi* ».

Certains patients ont évoqué leurs stratégies en cas d'oubli : « *Je n'oublie pas, ou très peu, c'est plus le soir si on sort. Si je rentre tard et que je ne les ai pas pris avant de partir ou que je ne les ai pas emmenés, je ne les prends pas. Mais je me fais ma piqûre d'insuline* ».

○ Arrêt des médicaments

Certains patients ont déclaré ne jamais arrêter de prendre un médicament de leur propre initiative. Ils ont évoqué la discipline, le fait de suivre les recommandations du médecin : « *Je suis disciplinée, je ne regarde pas la notice. Le médecin me l'a donné, alors je le prends* » ; « *Ça fait partie d'une culture. Ou on respecte ce qu'on nous dit, ou on fait comme d'autres, qui pensent que s'ils arrêtent trois jours ça ne fera rien. Nous, on respecte ce que dit le médecin. On fait partie des gens sérieux* ».

D'autres ont déclaré avoir déjà arrêté d'eux-mêmes des médicaments. Ils ont évoqué deux raisons principales.

- Les effets indésirables des médicaments : « *Au début du traitement par GLUCOR[®], j'avais des diarrhées. Selon ce que je faisais, je ne le prenais pas pour ne pas être dérangée* ».

- Le rejet de la maladie : « *En 2006, j'ai arrêté tous mes traitements pendant une semaine. Je n'arrivais pas à accepter la maladie. Je me disais qu'avec un régime sévère j'allais y arriver. Je voulais faire voir aux médecins que je pouvais me passer de médicaments. J'ai fini à l'hôpital au bout d'une semaine* ».

○ **Pannes de médicaments**

Certains patients ont dit essayer d'éviter d'être en rupture de médicaments, car ils en redoutent les conséquences : « *On a vu des gens faire des malaises à cause de ça* ».

D'autres ont déclaré « être souvent en panne de médicaments ». Certains pensent qu'il n'est pas grave de ne pas prendre le traitement pendant un jour : « *Ce week-end je me suis laissée prendre, je n'en avais plus samedi. J'ai sauté le diabète dimanche et j'ai repris lundi. Ce n'est pas un jour qui va...* ». Deux patients sous insulinothérapie ont fait la différence en termes de conséquences entre les antidiabétiques oraux et l'insuline. Pour eux, ne pas prendre les traitements oraux pour un jour ne porte pas à conséquence ; en revanche il est indispensable de ne jamais arrêter l'insuline : « *Un week-end, je suis tombé en panne de médicaments. Je pouvais ne pas prendre mes comprimés un jour, mais j'étais inquiet pour l'insuline. J'ai donc fait le tour des pharmacies de garde* ».

Les patients gèrent ces situations de différentes manières : demande d'avance de médicaments à la pharmacie, pharmacie de garde, sauts de prises. Ils peuvent également adapter les posologies : « *L'été dernier, je n'avais pas prévu assez de médicaments pour mes vacances. Pendant trois jours, j'ai pris un EUCREAS[®] par jour au lieu de deux* ».

○ **Nombre de médicaments**

La moitié des patients pensent qu'ils ont trop de médicaments. Si certains déclarent « *qu'on s'y fait* », d'autres jugent la polymédication pesante dans leur vie quotidienne : « *Ça commence à être très lourd pour moi. J'ai des traitements pour la tension, le cœur, le diabète...* ».

4.2.11. Insulinothérapie

○ Réactions des patients face à l'insulinothérapie

• Patients n'étant pas sous insulinothérapie

Cinq patients ont exprimé leur ressenti face à cette dernière. La plupart du temps, il s'agit de patients dont le diabète n'est pas équilibré, et chez qui le médecin a envisagé cette possibilité thérapeutique.

Les réactions des patients sont en majorité négatives : ainsi deux patients ont exprimé leur refus face à une éventuelle insulinothérapie ; un patient a exprimé sa « peur d'avoir de l'insuline » ; un autre a déclaré « qu'il aurait des problèmes s'il devait se piquer à l'insuline », en raison de la contrainte que cela impose. Le dernier patient s'est montré résigné en disant que « s'il faut le faire, il le fera ».

• Patients sous insulinothérapie

Deux patients ont évoqué des avantages du traitement par insuline. Ils parlent d'un traitement efficace, qui n'est pas trop contraignant, et que les personnes diabétiques ont tort de redouter.

« Ils ont peur de la piqûre... Moi je trouve qu'avec la piqûre, on a quand même moins de diabète. Une petite piqûre comme ça, on la sent à peine. Moi je préfère faire ma piqûre le soir. Mon frère n'en a pas, et le matin il a beaucoup de diabète. »

Trois patients ont exprimé les difficultés qu'ils rencontraient face à l'insulinothérapie. Un patient a parlé d'une contrainte lorsque l'on part en voyage, car « *il faut tenir l'insuline au frais tant qu'elle n'est pas ouverte* ». Deux patients ont fait part d'une appréhension au moment de réaliser les injections dans les cuisses car il leur arrive de toucher des varices. Enfin un patient a relaté un vécu d'effets indésirables induits par l'insuline : « *LEVEMIR® a provoqué une augmentation de la pression artérielle ; LANTUS® une prise de poids* ».

○ Technique d'injection

La technique d'injection a été abordée avec les patients sous insulinothérapie.

Les patients évoquent le plus souvent le lieu de l'injection. Ainsi trois patients sous LANTUS® déclarent que « les injections d'insuline, on peut les faire n'importe où : ventre, cuisses, bras... ».

Par ailleurs, un patient a parlé des aiguilles : « *Des fois je n'ai plus assez d'aiguilles, je réutilise l'ancienne. Une infirmière m'a dit de ne pas le faire car l'aiguille peut se tordre mais bon...* ».

○ **Adaptation posologique**

Trois patients ont expliqué comment ils adaptent les doses d'insuline en fonction de leurs glycémies.

« *Si je fais des hypoglycémies plus de deux jours consécutifs, je diminue de 2 unités mes doses d'insuline. Si j'ai plus de 1.40 – 1.50 g/l pendant trois jours, j'augmente mes doses de 2 unités* ».

4.2.12. Hypoglycémies

Cette thématique a été abordée par des patients prenant des traitements pouvant entraîner des hypoglycémies : insuline, sulfamides hypoglycémifiants, repaglinide.

○ **Circonstances d'apparition**

Les patients faisant des hypoglycémies ont décrit les situations pouvant les déclencher : « *Quand je fais des efforts* » ; « *De temps en temps vers midi, si je n'ai mangé que deux biscottes le matin* ». D'autres ont remarqué que les hypoglycémies surviennent toujours au même moment de la journée : « *Toujours à la même heure : vers 11h30-midi ou dans la nuit* ».

Certains patients présentant des traitements à risque d'hypoglycémie ne semblaient pas informés de cette situation. Ainsi un patient nouvellement sous insulinothérapie a demandé : « *J'avais entendu dire qu'avec l'insuline, il faut toujours avoir du sucre sur soi* ». On ne lui avait pas expliqué la notion d'hypoglycémie. De même, une patiente sous sulfamides

hypoglycémiant a exprimé le fait qu'on ne lui avait jamais parlé du risque d'hypoglycémie, mais qu'elle l'avait lu sur les notices des médicaments.

○ **Symptômes**

Les patients décrivent les symptômes qu'ils ressentent en cas d'hypoglycémie : transpiration, fatigue, faim, tremblements, palpitations, vertiges, salivation.

Un patient cependant a rapporté avoir des glycémies très basses le matin depuis l'introduction d'un sulfamide hypoglycémiant, et ne ressentir aucun symptôme. Ainsi le matin à jeun sa glycémie est souvent inférieure à 0.70 g/l. *« Mon médecin a craint les hypoglycémies, mais je ne ressens pas de malaise, même à 0.60 g/l ».*

○ **Valeurs glycémiques**

Les patients ont parlé des valeurs à partir desquelles ils se considèrent en hypoglycémie : *« Pour moi, on est en hypoglycémie à partir de 0.65 g/l. Je tombe bas, je suis déjà tombé à 0.41 g/l »* ; *« Je suis descendu à 0.60 g/l »* ; *« Une fois j'étais à 0.87 – 0.98 g/l. C'est presque en hypo ».*

Une patiente a expliqué pourquoi elle ressentait les symptômes de l'hypoglycémie alors que ses glycémies ne sont pas trop basses : *« Des fois, je tombe à 0.80 g/l. Je sais que ce n'est pas considéré comme une hypoglycémie ; jusqu'à 0.65 g/l, c'est bon. Mais comme je suis souvent à 2 g/l, à ces taux-là je ne suis pas habituée et je me sens mal. C'est le diabétologue qui me l'a expliqué. Même à 1 g/l je commence à avoir des faiblesses ».*

Une autre patiente, sachant que ses traitements pouvaient déclencher des hypoglycémies, a dit *« se surveiller pour voir si ça ne baisse pas trop ».* Cependant, cette patiente manquait de points de repère car son médecin n'avait pas défini avec elle ses objectifs glycémiques, et elle ne connaissait pas la valeur définissant une hypoglycémie. Elle considérait donc qu'une hypoglycémie, *« c'est quand on est au-dessous de la normale »* et, pour les valeurs normales, se fiait aux valeurs de glycémie qu'elle avait l'habitude d'avoir : *« Je regarde si c'est plus haut ou plus bas ».*

○ Gestion des hypoglycémies

Les patients ont décrit comment ils se resucrent en cas d'hypoglycémie : « *Je bois un jus de fruits, je mange un sucre ou un fruit* » ; « *Je bois un verre de limonade* », « *Je prends un yaourt avec de la confiture* », « *Je prends un biscuit ou un demi-verre de soda* ».

Certains ont dit contrôler leur glycémie quand ils ressentent des symptômes, afin de vérifier qu'ils sont bien en hypoglycémie. Par exemple, une patiente a déclaré : « *En cas de faiblesse, je mange du sucre, des gâteaux, ou je bois un verre de jus d'orange. Mais je contrôle ma glycémie avant parce que j'ai remarqué que j'ai les mêmes symptômes quand je suis en hypo ou en hyperglycémie* ».

Cependant d'autres patients, quand ils ressentent les symptômes de l'hypoglycémie, se resucrent sans effectuer de contrôle : « *La nuit, je me réveille trempé de sueur. Je ne regarde pas ma glycémie, je prends une brique de jus d'orange et deux biscuits à la noix de coco. Dix minutes après, ça va mieux* ».

Plusieurs patients ont dit avoir toujours du sucre sur eux en cas d'hypoglycémie. Une patiente a déclaré que bien qu'elle essayait de conserver du sucre sur elle, elle n'en avait pas toujours.

Deux patients ont abordé le sujet du GLUCAGEN[®]. L'un disait en avoir toujours sur lui quand il sortait. Une patiente par contre a déclaré : « *Si vous descendez à moins de 0.40 g/l, vous prenez du GLUCAGEN[®]. Ça ne m'est encore jamais arrivé. Si ça devait arriver, j'appellerais les urgences. Mon mari ne sait pas faire l'injection, il a peur de la seringue* ».

Enfin, certains patients ont évoqué des difficultés à gérer les hypoglycémies dans la vie quotidienne. Ainsi un patient sous insulinothérapie a dit jardiner souvent dans un endroit isolé. Or le jardinage représente une activité physique risquant d'entraîner une hypoglycémie, donc la nécessité de pouvoir contrôler sa glycémie. Cependant le patient a souligné : « *Oui mais le problème c'est que le lecteur, je ne l'emmène pas avec moi quand je sors...* ».

4.2.13. Hyperglycémies (glycémies supérieures à 2.50 g/l)

○ Valeurs de glycémie

Quelques patients ont déclaré avoir souvent ou parfois des glycémies supérieures à 2.50 g/l : « *Je fais souvent des hyperglycémies. Je peux monter jusqu'à 4 g/l* ». Par contre, un patient s'est demandé à partir de quelle valeur on pouvait parler d'hyperglycémie.

○ Conduite à tenir en cas d'hyperglycémie

Seulement deux patients contrôlent la présence d'acétone en cas de glycémies très élevées : « *Si je suis supérieur à 3 g/l* ». Une patiente utilise des bandelettes urinaires : « *S'il y a de l'acétone, je vais aux urgences* ». L'autre patient effectue un contrôle sanguin à l'aide de son lecteur de glycémie, qui mesure aussi l'acétone. Cependant, la majorité des patients ne connaissent pas cette possibilité de recherche d'acétone dans le sang ou les urines en cas d'hyperglycémie.

○ Situations à risque d'hyperglycémie

Une patiente a parlé des circonstances au cours desquelles ses glycémies risquent d'être le plus élevées, c'est-à-dire quand elle est stressée ou malade : « *Pour les diabétiques, c'est très important. S'ils ont des infections, ils sont plus sensibles. Je monte plus quand j'ai la grippe, une angine, donc je me contrôle plus souvent* ».

4.2.14. Soins des pieds

○ Pied diabétique et amputation

Certains patients associent diabète mal équilibré et amputation des membres inférieurs. Cinq patients ont évoqué le cas de personnes diabétiques ayant été amputées des jambes ou des orteils ; mais les patients n'ont pas exprimé de craintes particulières face au risque d'amputation.

« *La mère d'une amie avait beaucoup de diabète ; on lui a coupé les pieds* ».

« Mon médecin m'a raconté le cas de quelqu'un qui suivait mal son traitement et qu'on a amputé ».

○ **Conseils podologiques reçus par les patients**

De nombreux patients ont décrit les conseils qui leur avaient été prodigués au sujet des pieds. La majorité d'entre eux ont retenu qu'il fallait faire attention à ne pas se blesser, ne pas marcher pieds nus, consulter en cas de plaies. Un patient a rapporté ce que lui avait dit un interne en pneumologie à l'hôpital : « *On peut attraper la maladie du gravier. On perd la sensibilité au niveau des pieds, et on ne sent pas les cailloux dans nos chaussures. Après on a une blessure qu'on ne sent pas et qui est difficile à cicatriser* ». Quelques patients ont évoqué les soins des pieds : « *On m'a dit de les poncer régulièrement* ».

○ **Soins des pieds au quotidien**

Cinq patients ont expliqué examiner régulièrement leurs pieds à la recherche d'éventuelles blessures, tandis que quatre patients ont dit ne pas le faire. Deux raisons ont été évoquées :

- Un examen quotidien leur semble inutile car le médecin / le pédicure regarde régulièrement leurs pieds. Le conjoint d'une patiente a ainsi fait remarquer : « *Mais on la voit régulièrement, elle se fait couper les ongles tous les deux mois* ».

- Le diabète étant bien équilibré, ou le patient ne présentant pas de problèmes aux pieds, il leur semble inutile de les examiner régulièrement : « *Mes pieds vont bien ; je n'ai pas assez de diabète pour avoir des problèmes de pieds* » ; « *Je ne regarde pas mes pieds, je n'ai pas de problème* ».

Plusieurs patients ont parlé de la manière dont ils prennent soin de leurs pieds. Beaucoup les râpent régulièrement à l'aide d'une pierre ponce ou d'une brosse. Un patient a dit utiliser une râpe en métal, un autre une ponceuse à main... Certains patients font des bains de pieds ; d'autres les hydratent régulièrement avec une crème hydratante, de la vaseline... Une patiente a dit essuyer ses pieds avec des serviettes en pur coton et utiliser du talc pour éviter les mycoses entre les orteils. Quelques patients ont évoqué leurs actions en cas de

plaie : « *Je mets une compresse avec de la BETADINE®* » ; « *Je vais chez le médecin* ». Un patient a expliqué que comme il n'avait plus de sensibilité dans les jambes, pour éviter les plaies il mettait toujours des chaussures, et vérifiait qu'il n'y avait rien à l'intérieur avant de les enfiler.

Plusieurs patients confient certains soins à d'autres personnes, comme le pédicure ou le conjoint, qui coupent leurs ongles, enlèvent les peaux mortes...

○ **Problématiques exprimées par les patients**

• **Difficultés concernant l'entretien des pieds**

Les difficultés exprimées par les patients sont nombreuses : certains ne peuvent examiner leurs pieds en raison de problèmes de vue ou d'une perte d'agilité ; d'autres ont du mal à couper leurs ongles. D'autres encore ont mis en lumière les obstacles à la consultation d'un podologue, tels le manque de temps lié à des problèmes familiaux, ou des difficultés d'accessibilité. Ainsi l'épouse d'un patient a déclaré : « *Le podologue lui coupe les ongles. Mais il est situé dans les rues piétonnes, c'est inaccessible en voiture, alors mon mari ne peut plus y aller car il a du mal à marcher* ».

Pour deux patients, le soin des pieds serait une contrainte qui s'ajouterait à une prise en charge du diabète déjà lourde. Ainsi à propos de l'examen quotidien des pieds, un patient a observé : « *C'est trop. Je crois que c'est pour ça que les gens se lassent [...]. Tout le monde ne peut pas le faire* ». Concernant la consultation d'un podologue, un patient s'est exclamé : « *J'en ai marre qu'on me demande tout le temps si je suis allé voir le cardiologue, l'ophtalmologue... le podologue, ça ferait trop* ».

• **Perte de sensibilité**

Quatre patients ont remarqué une perte de sensibilité au niveau des pieds, mais dans la majorité des cas, ils n'associent pas cette dernière au diabète.

« *J'ai l'impression que mes pieds s'endorment. Ça vient du diabète ou des médicaments ?* »

« *Au début, j'ai mis la perte de sensibilité sur le compte de la corne sous le pied* ».

- **Affections des pieds**

Dix patients ont signalé des atteintes au niveau des pieds : « corne », « mal aux ongles », « ongle incarné », « crevasses », « durillons ». Plusieurs ont dit avoir présenté des mycoses entre les orteils, traitées par le médecin. Un patient souffre depuis sept mois de plaies aux deux pieds, qui nécessitent des soins infirmiers tous les deux jours.

« Dans l'ensemble, mes pieds sont en bon état, sauf en-dessous : j'ai de la corne, ça me fait mal ».

« Il y a deux semaines, j'ai gratté la corne, il y avait du sang en-dessous. Ma femme a désinfecté. La diabétologue m'a dit que ce n'était pas grave, et m'a recommandé de consulter un podologue. Ça sera la première fois que j'en verrai un ».

- **Difficulté de cicatrisation**

Un patient a remarqué que quand il se blessait, la cicatrisation était longue. *« Ma peau devient comme du parchemin quand elle cicatrise ».*

4.2.15. Autosurveillance glycémique

Sur 20 patients, 13 pratiquent l'autosurveillance glycémique.

- **Valeurs glycémiques**

- **Objectifs glycémiques**

Sept patients ont évoqué des valeurs de glycémies cibles. Celles-ci étaient souvent définies par leur médecin : *« Mon médecin m'a dit de ne pas dépasser 1.10 g/l le matin à jeun ».* Trois patients ont déclaré que leur médecin ne leur avait jamais fixé d'objectifs. Ces patients se fient donc davantage aux variations des glycémies qu'à leurs valeurs : *« Le médecin m'a juste dit de faire attention à ce que ça reste stable » ; « Je regarde par rapport aux valeurs de d'habitude, si c'est plus haut ou plus bas ».*

- **Commentaires sur les valeurs des glycémies**

De nombreux patients ont évoqué les valeurs de glycémies qu'ils observaient chez eux. Certains les ont commentées, ainsi que la valeur mesurée durant l'entretien. Une patiente

a déclaré : « *En principe, le matin à jeun, je tourne à 1.10 – 1.20 g/l. Le docteur m'a dit de ne pas dépasser 1.30 g/l* ». Cette patiente a ensuite effectué une mesure de sa glycémie (l'entretien a eu lieu en milieu de matinée) : « *1.37 g/l. C'est beaucoup je trouve* ».

Certains patients ont exprimé les causes de leurs glycémies élevées : « *La veille, c'était la fête des pères, alors j'ai mangé des gâteaux. Ce matin, j'étais à 2.10 g/l, alors que je ne dois pas dépasser 1.50 g/l* ». D'autres sont désemparés, ne comprennent pas les variations de leurs glycémies, ou sont inquiets devant des glycémies hautes. Ainsi un patient venant de mesurer sa glycémie en milieu de matinée s'est agacé : « *Là, j'ai 1.57 g/l. Ce matin, j'avais 1.10 g/l. J'ai augmenté alors que je ne mange pas le matin, je bois seulement du café* ».

De nombreux patients ont établi un lien entre leurs conditions de vie et les variations de glycémie. Ainsi ils ont remarqué l'influence de l'alimentation, de l'activité physique, du stress : « *Quand je fais mon jardin, je fais des hypoglycémies. Si j'ai une contrariété, je monte à 3 - 4 g/l* » ; « *J'ai compris depuis peu de temps que le diabète n'est pas qu'une question d'alimentation. J'ai remarqué que le stress joue sur les glycémies* ».

Tous les patients pratiquant l'autosurveillance glycémique effectuent une mesure le matin à jeun. Pour certains patients, il s'agit de la valeur la plus importante, celle à laquelle ils se fient : « *Le médecin m'a dit : "Si vous ne voulez pas la prendre dans la journée, celle qui compte c'est celle du matin"* » ; « *Le docteur m'a dit qu'il ne fallait pas regarder la valeur du soir, mais celle du matin. Parfois, je fais un gros repas et je suis à 1.80 – 2.00 g/l. C'est haut, mais c'est le soir, le docteur a dit qu'il ne fallait pas regarder* ».

○ **Difficultés exprimées par les patients**

• **Technique / matériel**

Un patient, à qui un lecteur de glycémie avait été prescrit deux mois auparavant, a dit ne pas arriver à se servir de son autopiqueur (ACCU-CHEK MULTICLIX®), qu'il trouve « *trop compliqué* ». Une autre patiente, souffrant de problèmes de vue, a déclaré : « *On m'avait donné un lecteur en cure mais il était trop petit, je ne voyais pas bien les chiffres* ».

- **Contrainte représentée par l'autosurveillance glycémique**

Certains patients se sont exprimés sur l'aspect contraignant de l'autosurveillance glycémique sur leur quotidien. L'autosurveillance peut parfois mal s'intégrer dans leur mode de vie, ce qui entraîne un défaut d'adhésion : « *Depuis que je suis à l'insuline, je contrôle trois fois par jour. Mais c'est contraignant. Quand je ne suis pas là le midi, je ne le fais pas* ». Le contrôle quotidien des glycémies, plusieurs fois par jour, peut s'avérer pesant pour certains patients : « *Je mesure déjà matin et soir. Un jour, une diabétologue m'a dit : et à midi ? J'ai dit non. Je le fais déjà deux fois par jour, si c'est pour être embêté toute la journée avec ces bandelettes...* ».

- **Déremboursement des bandelettes**

Deux patients se sont exprimés sur l'arrêté du 25 février 2011 relatif à la modification de la prise en charge des lecteurs de glycémie⁹⁸. Cet arrêté limite la prise en charge des bandelettes à 200 par an pour les patients non insulinorequérants.

Ce déremboursement constitue une préoccupation pour ces patients. L'un d'eux pense que cela a eu une influence défavorable sur l'équilibre de son diabète : « *Je me testais trois fois par jour, jusqu'à ce que la sécu m'envoie une lettre pour dire qu'elle ne remboursera plus que 200 bandelettes par an. Du coup je ne me testais plus qu'un jour dans la semaine, trois fois dans la journée. C'est à partir de ce moment que mon diabète a augmenté (j'étais à environ 2 g/l tout le temps). Je pense qu'en ne se testant plus qu'une fois par semaine, on fait moins attention, on fait plus d'écarts* ».

- **Représentations des patients face à l'autosurveillance glycémique**

Certains patients pensent que mesurer leur glycémie les aide à mieux équilibrer leur diabète. Certains patients dont le diabète n'était pas équilibré ont dit avoir eux-mêmes fait la démarche de demander à leur médecin de leur prescrire un lecteur de glycémie, avec parfois des difficultés pour l'obtenir : « *Il y a deux ans, mon diabète n'était pas bien équilibré. Une voisine qui se testait m'a dit que je devrais contrôler mon taux de sucre pour mieux me soigner. J'ai demandé à mon médecin qu'il me prescrive un appareil, mais il m'a dit qu'on verrait ça plus tard. Une voisine m'en a prêté un. Puis c'est un interne en pneumologie qui me l'a prescrit quand j'ai été hospitalisé pour mon cancer du poumon* ».

Pour d'autres patients, contrôler leurs glycémies représente une angoisse, un événement stressant. Ainsi un patient n'effectuant pas l'autosurveillance glycémique a déclaré : « *Je ne veux pas savoir. Quand des amis diabétiques me proposent de mesurer, je refuse. J'ai vu mon père se piquer et changer de couleur en voyant le résultat. Je ne veux pas me prendre la tête. Je fais ma prise de sang tous les trois mois et on n'en parle plus* ». Une autre patiente a souligné qu'elle ne contrôlait presque plus ses glycémies car elle avait « *très peu de diabète* ». Son diabète étant équilibré, elle faisait juste « *la prise de sang tous les trois mois* ». Elle a ajouté « *Comme je n'ai qu'un cachet à prendre et non un traitement à adapter en fonction de ma glycémie, parfois je pense que ça ne sert à rien de se contrôler. Ça me fout une trouille pas possible si ce n'est pas bon, alors que la seule chose à faire est d'attendre que le taux baisse* ».

○ **Relevé des glycémies**

La plupart des patients relèvent leurs glycémies dans un carnet d'autosurveillance. Par « *souci de transparence envers les médecins* », un patient note même des observations pouvant expliquer les glycémies (s'il a mangé des gâteaux, des cerises...).

5. Propositions d'interventions adaptées aux besoins des patients

Les entretiens réalisés auprès des patients diabétiques ont mis en lumière différentes problématiques. Ces dernières ont été soit directement exprimées par les patients, soit identifiées par le pharmacien au cours de l'échange. Face à ces besoins, quel rôle peut jouer le pharmacien d'officine ?

Afin de nourrir notre réflexion, des propositions d'interventions adaptées aux problématiques rencontrées par les patients ont été expérimentées au cours des entretiens. Celles-ci correspondent à la partie « Interventions adaptées aux problématiques du patient » de l'entretien. Les interventions réalisées par le pharmacien peuvent se présenter sous la forme d'un dialogue permettant une transmission d'informations et une évaluation de la compréhension du patient (par reformulation par exemple) ; ou s'appuyer sur différents outils comme les livrets d'informations, des plans de prise...

Après une présentation des problématiques identifiées chez les patients, certains exemples d'interventions proposées par le pharmacien d'officine seront détaillés. Enfin une synthèse des problématiques et des interventions réalisées sera effectuée sous forme de tableau.

5.1.Médicaments

5.1.1.Méconnaissance des indications

Exemple de Mr B.V., 72 ans

Le patient ne connaissait pas les indications de ses médicaments ; il disait se mélanger « avec les génériques ».

→ **Interventions** : le rôle de chacun de ses médicaments a été évoqué par le pharmacien.

→ **Outils utilisés** : les boîtes de médicaments ont été utilisées comme outils ; elles ont été regroupées par indications. Un plan de prise a de plus été établi. Ce document sous forme de tableau récapitulait :

- Les noms des médicaments : princeps + dénomination commune internationale
- Les indications de chaque médicament
- La posologie, les horaires de prise de chaque médicament
- Des conseils relatifs au bon usage du médicament

5.1.2. Introduction de nouveaux médicaments antidiabétiques

Lorsqu'un nouveau médicament était prescrit, ses caractéristiques essentielles étaient abordées avec le patient : mode d'action, modalités de prise, effets indésirables possibles, prévention / gestion de ces effets indésirables, conduite à tenir en cas d'oubli.

Exemple de Mr A. S., 63 ans

Un nouveau traitement antidiabétique avait été introduit récemment : insulinothérapie, avec deux injections d'insuline mixte par jour ; et NOVONORM[®] (repaglinide). A ce propos, le patient a demandé en début d'entretien : « *J'avais entendu dire qu'avec l'insuline, il faut toujours avoir du sucre sur soi ?* ».

Le patient était également préoccupé car ses glycémies restaient hautes (son médecin lui avait recommandé de rester autour de 1 g/l), il devait donc, suivant les conseils de son diabétologue, adapter les doses d'insuline. Cependant, il avait peur que la quantité délivrée à la pharmacie ne suffise pas pour le mois.

Par ailleurs, le patient disait être souvent en hyperglycémie (glycémies souvent supérieures à 2.50 g/l).

→ **Interventions** : transmission d'informations au patient sur ses nouveaux traitements antidiabétiques.

Les informations discutées ont été les suivantes :

- Mode d'action de ces deux médicaments

- Modalités de prise

- Risque d'hypoglycémie (définition, reconnaissance, causes, prévention et gestion) : en effet le patient n'avait pas été informé. Il a également été recommandé au patient d'emmener son lecteur et de quoi se resucrer lorsqu'il va faire du jardinage, car son jardin se trouve dans un lieu isolé et l'activité physique qu'il va pratiquer est susceptible de provoquer des hypoglycémies.

- Technique pour réaliser les glycémies capillaires : en effet, le patient disait piquer toujours le même doigt, sur la pulpe.

- Importance de ne pas manquer d'insuline : si la quantité délivrée est insuffisante, venir chercher un complément à la pharmacie.

- Conduite à tenir en cas de glycémie supérieure à 2.50 g/l : mesurer l'acétonurie à l'aide de bandelettes urinaires, information que le patient n'avait jamais eue. Il a par ailleurs été recommandé au patient de discuter avec son médecin d'une prescription de bandelettes urinaires.

→ **Outils utilisés** : livret « Médicaments » (fiche « NOVONORM[®] ») ; livret « Gestion des hypoglycémies »

5.1.3. Effets indésirables

Exemple de Mme M.Z., 84 ans

Un traitement par VELMETIA[®] (metformine – sitagliptine) avait été introduit deux mois plus tôt. La patiente a répété plusieurs fois au cours de l'entretien que ce médicament « ne lui convenait pas » : en effet, elle ressentait comme un « poids sur l'estomac », des ballonnements, des gaz. La patiente disait prendre ses médicaments (et notamment VELMETIA[®]) le matin à jeun, vaquer à ses occupations et seulement après prendre son petit-déjeuner.

→ **Interventions** : échanges autour des troubles digestifs pouvant apparaître sous metformine et information concernant les stratégies possibles pour diminuer ou faire disparaître ces effets.

→**Outils utilisés** : livret « Médicaments » (fiche « Metformine»)

Exemple de Mme C. S., 70 ans

Deux médicaments avaient été introduits : un antidiabétique, STAGID[®] (metformine) ; et un hypolipémiant, la pravastatine. Cependant, la patiente disait être « très sensible aux médicaments », et avait peur de leurs effets indésirables. Elle avait notamment arrêté de sa propre initiative plusieurs médicaments en raison de l'apparition d'effets indésirables. Or, sur les notices de ses nouveaux médicaments, elle avait lu que les deux pouvaient donner des douleurs musculaires et des troubles digestifs. Elle craignait ainsi de ne pas savoir quel médicament incriminer en cas d'apparition de ces troubles. Elle avait donc décidé de démarrer les deux traitements séparément, en commençant par STAGID[®] car elle n'avait « pas beaucoup de cholestérol ». Elle disait ne pas avoir parlé de ce problème au médecin « car il est trop pressé ».

→**Interventions** : une information adaptée a été réalisée en regard des données lues par la patiente sur les notices, ce qui a permis de faire le point sur la notion de fréquence des effets indésirables et de caractériser des effets plus spécifiques d'un médicament que d'un autre. Par exemple, les troubles digestifs sont davantage liés à la metformine qu'à la pravastatine ; les douleurs musculaires sont plus attribuables à la pravastatine. Cela a également permis d'évoquer les stratégies possibles pour gérer ces effets indésirables s'ils apparaissent (par exemple, prise de la metformine au milieu ou à la fin du repas). La patiente s'est souvenue avoir eu des diarrhées sous GLUCOPHAGE[®], sans qu'on lui ait donné ce conseil ; elle prenait de ce fait ce médicament le matin à jeun.

La patiente a ensuite été informée sur la conduite à tenir en cas d'apparition de douleurs musculaires, à savoir d'avertir et de consulter son médecin.

→**Outils utilisés** : plan de prise ; livret « Médicaments » (fiche « Metformine »)

5.1.4. Gestion des médicaments

Exemple de Mme M. Z., 84 ans

La patiente a déclaré que parfois elle ne savait plus quand prendre ses médicaments ; ainsi il lui arrivait de prendre ceux du soir le matin.

→**Interventions** : un plan de prise a été rédigé.

→**Outils utilisés** : plan de prise

5.1.5. Automédication

Exemple de Mme C. S., 70 ans

La patiente disait prendre en automédication des omégas 3 en gélules tous les jours, ainsi que des « pilules pour le cholestérol » dont elle ignorait la composition.

→**Interventions** : la composition des « pilules pour le cholestérol » étant inconnue, une information concernant les risques de l'automédication a été réalisée.

5.2. Soins des pieds

5.2.1. Manque d'informations sur les soins des pieds et sur les signes de neuropathies chez les personnes diabétiques

Exemple de Mme M. Z., 84 ans

La patiente disait ne jamais avoir eu d'informations sur les soins des pieds spécifiques à réaliser chez les personnes diabétiques. De plus, elle ressentait une perte de sensibilité au niveau des pieds, et se posait la question du lien avec le diabète ou les médicaments.

→**Interventions** :

- Informations sur les liens entre l'hyperglycémie chronique et l'impact possible au niveau des pieds

- Discussion sur les soins appropriés en conséquence pour prévenir ces risques (par exemple examen journalier des pieds à la recherche de blessures non ressenties)

- Conduite à tenir en cas de blessure

→**Outils utilisés** : livret « Soins des pieds »

5.2.2. Affections des pieds : présence de corne, crevasses, mycoses, ongles incarnés...

Exemple de Mr C. C., 66 ans

Le patient disait avoir de la corne sous les pieds, ce qui engendrait une douleur.

→ **Interventions** : proposition de consulter un podologue du fait du risque de plaies cachées sous la corne.

5.2.3. Examen, entretien des pieds

Exemple de Mme L. P., 77 ans

Le mari de cette patiente disait qu'elle ne pouvait pas examiner ses pieds tous les jours car elle était âgée et souffrait de problèmes de vue. Il soutenait par ailleurs que ce n'était pas utile car elle se faisait couper les ongles régulièrement ; ses pieds étaient donc examinés à cette occasion.

→ **Interventions** : échanges sur l'intérêt d'un examen journalier des pieds, recherche de stratégies, d'astuces pour examiner ses pieds lorsque l'on a des problèmes de mobilité liés à l'âge (se faire aider par un proche, utiliser un miroir pour pouvoir regarder la plante des pieds...).

5.3. Autosurveillance glycémique

5.3.1. Maîtrise de la technique

Exemple de Mme N. G., 68 ans

La patiente ne se lave pas les mains avant d'effectuer les mesures, et laisse les lancettes usagées sur l'autopiqueur au lieu de les jeter à la fin du contrôle. De plus, elle pique toujours la pulpe des doigts.

→ **Interventions** : mise au point sur les différentes étapes de l'autosurveillance, en mettant en évidence l'intérêt du lavage des mains avant la mesure, les risques liés à la

conservation des lancettes usagées sur l'autopiqueur et les différents lieux possibles pour piquer les doigts.

Exemple de Mr B. V., 72 ans

L'autosurveillance glycémique avait été prescrite un mois auparavant. Le lecteur avait été délivré à l'épouse du patient, à qui on en avait expliqué le fonctionnement. Mais le patient et son épouse ne sont pas parvenus à se servir de l'autopiqueur.

→ **Interventions** : démonstration et explications concernant le fonctionnement de l'autopiqueur et du lecteur de glycémie ; manipulation des dispositifs par le patient.

→ **Outils utilisés** : autopiqueur ; lecteur de glycémie

5.3.2. Méconnaissance des objectifs glycémiques

Exemple de Mr F. B., 63 ans

Le patient pratique l'autosurveillance glycémique, mais dit n'avoir jamais défini d'objectifs glycémiques spécifiques avec son médecin ; «le médecin m'a dit de faire attention à ce que ça reste stable ».

→ **Interventions** : transmission d'informations sur les valeurs moyennes recommandées chez les patients diabétiques de type 2 par l'HAS pour que le patient ait un ordre de grandeur, mais en lui demandant de rediscuter avec son médecin lors de la prochaine consultation des objectifs spécifiques visés pour lui.

5.3.3. Matériel non adapté aux capacités du patient

Exemple de Mme N. G., 45 ans

Le médecin de la patiente lui a prescrit un nouveau lecteur de glycémie : ACCU-CHEK PERFORMA[®]. Ce dernier est livré dans un kit contenant également un autopiqueur (ACCU-CHEK MULTICLIX[®]). Lors de la dispensation, ces dispositifs ont été présentés à la patiente. Cependant, l'autopiqueur présent dans le kit ne convenait pas à la patiente. En effet,

comme elle présentait des problèmes d'acuité visuelle, elle ne pouvait lire correctement le nombre de lancettes restant dans l'autopiqueur.

→ **Interventions** : différents modèles de lecteurs de glycémie et d'autopiqueurs ont été présentés à la patiente. Elle a ainsi pu choisir celui qui serait le plus adapté à ses besoins. Elle préférait un autopiqueur où il est nécessaire d'introduire une nouvelle lancette à chaque contrôle, et souhaitait un lecteur où l'écran et les touches soient suffisamment gros. Le médecin a ensuite été contacté pour lui spécifier ce changement.

→ **Outils utilisés** : lecteurs de glycémie ; autopiqueurs.

5.4. Hypoglycémies

5.4.1. Méconnaissance des valeurs de glycémie définissant une hypoglycémie

Exemple de Mme A. C., 80 ans

La patiente était traitée initialement par glibépiride. Un traitement par repaglinide venait d'être ajouté. La patiente avait reçu pour consigne de prendre ce médicament en cas de glycémies trop élevées. Elle a lu sur les notices que ces deux médicaments peuvent provoquer des hypoglycémies. Cependant, on ne lui a expliqué ni les symptômes possibles des hypoglycémies, ni à partir de quelle valeur de glycémie se définit une hypoglycémie. Pour elle, « *l'hypoglycémie, c'est quand on est en-dessous de la normale* ». Elle se fie donc aux valeurs qu'elle a l'habitude d'avoir, en vérifiant que ses glycémies « *ne baissent pas trop* ».

→ **Interventions** : transmission d'informations

- Reformulation de la définition d'une hypoglycémie
- Causes des hypoglycémies et symptômes possibles
- Conduite à tenir pour prévenir ou gérer une hypoglycémie
- Mode d'action du glibépiride et du repaglinide, afin de faire le lien avec le risque d'hypoglycémie qu'ils engendrent et d'expliquer à la patiente les stratégies à mettre en œuvre pour éviter les hypoglycémies avec ces traitements

→ **Outils utilisés** : Livret « Gestion des hypoglycémies » ; plan de prise

5.4.2. Méconnaissance du risque d'hypoglycémie engendré par le traitement antidiabétique

Exemple de Mr J-C. H., 70 ans

La discussion avec le patient a révélé l'existence d'effets indésirables dus au traitement antidiabétique par GLUCOVANCE® (metformine + glibenclamide). En effet, le patient a dit présenter quelquefois des hypoglycémies, et avoir « toujours les selles liquides ».

→ Interventions :

- Explications permettant de comprendre le lien entre l'action du glibenclamide contenu dans le GLUCOVANCE® et la survenue d'hypoglycémies
- Echanges sur les causes possibles des hypoglycémies et les stratégies pour les prévenir
- Echanges sur les effets indésirables digestifs de la metformine et sur les stratégies possibles pour les gérer : proposition au patient de prendre le GLUCOVANCE® au moment des repas, afin d'éviter à la fois les risques d'hypoglycémie et de diarrhée

→ Outils utilisés : Livret « Médicaments » (fiches « Sulfamides hypoglycémifiants » et « Metformine »)

5.4.3. Absence de mesure de la glycémie en cas d'apparition de symptômes d'hypoglycémie

Exemple de Mr C. C., 66 ans

En cas de survenue de symptômes d'hypoglycémie, le patient ne mesure pas sa glycémie ; il se resucré. Il ne contrôle également pas sa glycémie après le resucrage.

→ Interventions : Echanges autour de l'intérêt de mesurer sa glycémie lorsque des symptômes d'hypoglycémie sont ressentis et après le resucrage

5.5. Insulinothérapie

Exemple de Mme N. G., 45 ans

La patiente réalise une injection d'insuline rapide trois fois par jour, et une injection d'insuline lente le soir. Par contre, elle ne sait pas qu'il est recommandé de différencier les sites d'injection en fonction du type d'insuline ; elle a uniquement connaissance de la nécessité de changer de site à chaque injection. Ainsi la patiente réalise-t-elle « indistinctement » ses injections au niveau des cuisses, de l'abdomen, des bras,...

→ **Interventions** : explications concernant l'impact des modalités d'injection de l'insuline sur son efficacité, en s'appuyant sur l'exemple des différents sites d'injection

→ **Outils utilisés** : livret « Insulinothérapie »

Exemple de Mme N. G., 68 ans

Lors de l'injection, la patiente ne maintient pas pendant dix secondes l'aiguille enfoncée dans la peau. Ensuite, la patiente laisse l'aiguille usagée sur le stylo au lieu de la jeter à la fin de l'injection.

→ **Interventions** : description détaillée des différentes étapes de la technique d'injection de l'insuline et reformulation par la patiente

→ **Outils utilisés** : livret « Insulinothérapie »

Exemple de Mr C. C., 66 ans

Le patient a déclaré réutiliser parfois les anciennes aiguilles, même si une infirmière lui avait dit qu'ainsi l'aiguille pouvait se tordre. De plus, il ne réalise pas de purge en dehors de la première utilisation d'un stylo neuf. Enfin, il ne maintient pas l'aiguille enfoncée dans la peau pendant dix secondes au moment de l'injection.

→ **Interventions** : description détaillée des différentes étapes de la technique d'injection de l'insuline

5.6. Hémoglobine glyquée

Exemple de Mr P. P., 58 ans

Le patient ne sait pas ce qu'est, et à quoi sert l'hémoglobine glyquée, ni interpréter ses résultats. Il a demandé qu'on lui explique l'hémoglobine glyquée sur ses résultats d'analyses biologiques, afin de se rappeler ce qu'il faut regarder pour suivre l'équilibre du diabète. Il a également demandé quelles étaient les valeurs « normales ».

→ **Interventions :**

- Explication de la notion d'hémoglobine glyquée
- Définition des valeurs cibles recommandées pour pouvoir interpréter ses résultats, en précisant au patient que son objectif doit être discuté avec son médecin car il est adapté à chaque personne

→ **Outils utilisés :** feuilles de résultats d'analyses biologiques

5.7. Alimentation

Exemple de Mr A. S., 63 ans

Le patient et son épouse disaient avoir des questions concernant l'alimentation.

→ **Interventions :**

- Transmission d'informations générales sur une alimentation équilibrée, et sur l'importance de la présence de féculents dans les repas afin d'éviter les hypoglycémies
- Proposition d'une consultation auprès d'une diététicienne pour une prise en charge personnalisée.

→ **Outils utilisés :** livret « Alimentation »

Le tableau ci-dessous détaille les problématiques rencontrées par les patients diabétiques de notre échantillon, ainsi que les actions entreprises et les outils utilisés par le pharmacien en regard de ces problématiques.

Interventions pharmaceutiques au regard des problématiques exprimées par les patients ou identifiées par le pharmacien		Outils utilisés par le pharmacien	
		Livrets d'information	Autres
Médicaments 12 patients <i>60 % des patients</i>	Méconnaissance des indications 8 patients	-	Plan de prise 4 patients Boîtes de médicaments 1 patient
	Introduction de nouveaux médicaments antidiabétiques 4 patients	Livret « Médicaments » 3 patients	Plan de prise 2 patients
	Effets indésirables 3 patients	Livret « Médicaments » 3 patients	Plan de prise 1 patient
	Gestion des médicaments 1 patient	-	Plan de prise 1 patient
	Automédication 1 patient	-	-
Soins des pieds 10 patients <i>50 % des patients</i>	Défaut d'information sur les soins des pieds 5 patients	Livret « Soins des pieds » 4 patients	-
	Santé des pieds : présence de corne, crevasses, mycoses, ongles incarnés... 4 patients		
	Examen, entretien des pieds 4 patients		
	Perte de sensibilité 2 patients		
Autosurveillance glycémique 6 patients <i>30 % des patients</i> <i>62 % des patients effectuant l'autosurveillance glycémique</i>	Où piquer le doigt 5 patients	-	Démonstration et expérimentation à l'officine de l'utilisation des lecteurs de glycémie / des autopiquesteurs 2 patients Carnet d'auto-surveillance 1 patient
	Absence d'objectifs glycémiques définis 3 patients		
	Lancette usagée laissée dans l'autopiqueur 2 patients		
	Absence de lavage des mains avant la mesure 2 patients		
	Patient ne parvenant pas à se servir de l'autopiqueur 1 patient		
	Matériel non adapté au patient 1 patient		

Interventions pharmaceutiques au regard des problématiques exprimées par les patients ou identifiées par le pharmacien		Outils utilisés par le pharmacien	
		Livrets d'information	Autres
Hypoglycémies 6 patients 30 % des patients 50 % des patients sous traitement à risque d'hypoglycémies	Méconnaissance du risque d'hypoglycémie engendré par le traitement antidiabétique 3 patients	Livret « Gestion des hypoglycémies » 3 patients Livret « Médicaments » 1 patient	Plan de prise 1 patient
	Méconnaissance des valeurs définissant une hypoglycémie 2 patients		
	Non mesure de la glycémie en cas de symptômes d'hypoglycémie 1 patient		
Insulinothérapie 4 patients 20 % des patients 67 % des patients sous insulinothérapie	Lieu d'injection non adapté au type d'insuline 3 patients	Livret « Insulinothérapie » 3 patients	-
	Temps d'injection de 10 secondes non respecté 2 patients		
	Pas de purge de l'aiguille avant l'injection 2 patients		
	Réutilisation d'aiguilles usagées 1 patient		
	Aiguille usagée non jetée à la fin de l'injection 1 patient		
Hémoglobine glyquée 4 patients 20 % des patients		-	Discussion autour des résultats des analyses biologiques 4 patients
Alimentation 2 patients 10 % des patients		Livret « Alimentation » 2 patients	-
Hyperglycémies 1 patient 5 % des patients		-	-

Tableau 38 : Problématiques mises en évidence et propositions d'interventions pharmaceutiques

Discussion

Après avoir envisagé les spécificités des patients inclus dans cette étude, les différents besoins identifiés seront discutés. Puis, en regard de ces besoins, différentes interventions pharmaceutiques seront proposées. La faisabilité du suivi pharmaceutique sera ensuite analysée. Enfin sera proposée une réflexion sur les interactions entre les différents professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du diabète.

1. Identification des besoins des patients : enseignements pour le pharmacien concernant le suivi pharmaceutique

Ce modèle de suivi pharmaceutique personnalisé permet au pharmacien, à travers l'analyse des problématiques détectées au cours d'un entretien individuel avec le patient, de déterminer ses besoins et de proposer en conséquence des interventions pharmaceutiques adaptées.

1.1. Profil des patients ayant participé à l'étude

La population des patients diabétiques de type 2 ayant participé à l'étude diffère sur certains points de celle décrite dans l'enquête Entred 2007⁹⁶.

En effet, les patients ayant participé à l'étude sont en moyenne plus âgés, et présentent un diabète plus ancien. Ces différences pourraient être dues à la situation de l'officine où l'expérimentation a été réalisée. En effet, cette officine se trouve dans une commune rurale proche de Valence, où la plupart des habitants exercent leur activité professionnelle. Il est probable que les patients ayant une activité professionnelle se rendent dans les officines proches de leur lieu de travail, dont les horaires d'ouverture sont peut-être plus compatibles avec leurs disponibilités. Cela pourrait expliquer pourquoi la population étudiée est constituée en grande majorité de retraités. La proportion de femmes est également plus importante par rapport à la moyenne des patients diabétiques de type 2.

Concernant le suivi médical, seuls quatre patients sur vingt (soit 20 %) consultent un diabétologue. Ce constat dévoile le positionnement central du médecin généraliste dans le suivi du diabète. En effet, le plus souvent, le recours à un spécialiste n'est proposé qu'en situation de déséquilibre chronique résistant à différentes stratégies testées. L'enquête Diabasis corrobore cette situation en montrant que le diabétologue est souvent consulté au moment de l'intensification thérapeutique et/ou de l'instauration d'une insulinothérapie⁹⁷. Ainsi, le suivi par un diabétologue est plus répandu chez les patients sous insulinothérapie : 50 % des patients sous insuline déclarent consulter un diabétologue dans cette étude.

Presque la moitié des patients consultent régulièrement un podologue. Par contre, aucun n'est actuellement suivi par un ou une diététicien(ne). Cette différence pourrait en partie s'expliquer par le fait que l'Assurance Maladie rembourse les soins podologiques chez les patients de grade élevé, alors que les consultations de diététiciens en ville ne sont actuellement pas prises en charge. Cette problématique financière est associée lors des entretiens à une méfiance des patients à l'égard des diététiciens.

Concernant le traitement médicamenteux, les stratégies thérapeutiques mises en œuvre chez les patients de l'étude diffèrent des pratiques mises en évidence au cours de l'étude Entred 2007⁹⁶. En effet, selon l'étude Entred, la monothérapie par un antidiabétique oral constitue la stratégie thérapeutique principale, concernant presque un patient sur deux. La majorité des patients de l'étude sont quant à eux traités par deux antidiabétiques oraux ou l'association de l'insulinothérapie à un ou plusieurs antidiabétiques. Les stratégies thérapeutiques mises en œuvre chez les patients de l'étude semblent donc plus « intensives ». En comparaison avec l'étude Entred 2007, deux fois plus de patients sont traités par trithérapie, et trois fois plus sont traités par l'association insuline-antidiabétiques oraux. Cette différence pourrait être due à une ancienneté du diabète et à un niveau de déséquilibre supérieurs chez les patients inclus par rapport à la moyenne des patients diabétiques de type 2. Par exemple, 35 % des patients de l'étude ont une hémoglobine glyquée supérieure à 8 %, soit une valeur triplée par rapport aux données de l'enquête Diabasis⁹⁷.

En accord avec les recommandations de l'HAS⁴, la metformine, seule ou en association, représente le traitement de référence dans la prise en charge du diabète de type 2. Sa prescription est retrouvée chez tous les patients de l'étude. Sont également les plus utilisés : les inhibiteurs de la DPP-4, retrouvés chez 40 % des patients ; les sulfamides

hypoglycémiant, retrouvés chez 30 % des patients. Ce profil d'utilisation des classes médicamenteuses est représentatif d'une population traitée en ambulatoire.

Tous les patients sont polypathologiques et polymédiqués, avec une moyenne de 7.9 médicaments par ordonnance. Ce résultat rejoint celui d'une étude publiée en 2011 relative à la polymédication chez les patients de plus de 70 ans hospitalisés en secteur gériatrique, où les patients présentaient en moyenne 8.3 médicaments par ordonnance⁹⁹. L'immense majorité des patients est ainsi traitée pour des pathologies cardio-vasculaires et métaboliques (dyslipidémies), comorbidités fréquemment associées au diabète. Ce résultat est en accord avec la prise en charge précoce et stricte des cofacteurs de risque de micro et macroangiopathie (dont la pression artérielle et les lipides), recommandée et intégrée aux stratégies thérapeutiques du diabète de type 2⁴.

1.2. Analyse des besoins des patients diabétiques de type 2

Les patients s'expriment par rapport à leur vécu, aux situations qu'ils rencontrent dans leur vie quotidienne.

Le pharmacien peut relever des problèmes dans la gestion de la pathologie par le patient, qui ne sont pas toujours perçus en tant que tels par celui-ci. Il peut s'agir par exemple d'un manque de maîtrise de certains gestes techniques, ou de comportements à risque.

L'analyse des problématiques rencontrées par les patients (qu'elles soient identifiées par le pharmacien ou exprimées par les patients) a permis de distinguer trois groupes de besoins.

- Sécurisation du patient face à des situations et/ou des comportements à risques
- Transmission d'informations et expérimentation des gestes techniques relatifs aux différents aspects de la prise en charge du diabète, quelle que soit l'ancienneté de la pathologie
- Identification et prise en compte des difficultés vécues par les patients

L'identification de ces différents besoins pour chaque patient permettra au pharmacien de proposer des interventions pharmaceutiques adaptées et pertinentes, associées si besoin à un suivi éducatif sur le long terme coordonné avec l'ensemble des acteurs du parcours de soins du patient.

Il convient cependant de rappeler que ces observations ont été réalisées sur un échantillon de patients différant sur plusieurs points de la moyenne des patients diabétiques de type 2 (patients plus âgés, diabète plus ancien, traitements plus intensifs...). Pour pouvoir extrapoler les constatations de cette étude à l'ensemble des patients diabétiques de type 2, une expérimentation sur une population plus représentative serait nécessaire.

1.2.1. Sécurisation du patient face à des situations et/ou des comportements à risques

Plusieurs points critiques ont été identifiés, pouvant mettre en danger le patient ou nuire à l'efficacité du traitement. Le pharmacien doit adapter son comportement et ses interventions pour sensibiliser le patient à ces risques.

1.2.1.1. Risques liés à l'automédication

L'automédication est désormais une pratique répandue : plus de la moitié des patients au cours de l'étude ont déclaré prendre des médicaments non prescrits par leur médecin. Pourtant l'automédication n'est pas sans risques, bien que la prévalence des accidents soit mal évaluée¹⁰⁰. Les principaux dangers sont le mésusage (indication inappropriée, surdosage), les interactions médicamenteuses (notamment avec les médicaments prescrits) et le retard de diagnostic d'une pathologie grave¹⁰¹.

Chez la majorité des patients rencontrés, l'automédication concernait les antalgiques. En effet, la consommation de ces médicaments touche particulièrement les plus de 65 ans : dans les pays développés, 20 à 30 % prennent une préparation antalgique à un moment donné¹⁰². Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont en cause dans de nombreux accidents iatrogènes : ulcères gastriques, élévation de la tension artérielle, épisodes de décompensation cardiaque, insuffisance rénale aiguë¹⁰³. Les sujets âgés, polypathologiques et donc polymédicamentés sont particulièrement exposés. Ainsi la prise d'un anti-inflammatoire non stéroïdien est susceptible d'augmenter le risque d'insuffisance rénale aiguë chez un sujet diabétique âgé, potentiellement déshydraté. Cette insuffisance rénale aiguë favorise par la suite l'apparition d'acidose lactique si le sujet est traité par metformine^{72, 104, 105}.

Dans un cas, la pratique de « médication alternative » concernant le traitement du diabète a été identifiée. La pathologie chronique, de par son caractère incurable, peut être difficile à « accepter » par le patient. Il peut souhaiter agir pour chercher d'autres solutions afin d'améliorer sa pathologie quand il a le sentiment que les thérapeutiques conventionnelles ne suffisent pas. Une étude menée en 2007 auprès de patients atteints de cancer et traités par chimiothérapie a montré que 28 % utilisent au moins une forme de médecine complémentaire et alternative ou CAM (essentiellement homéopathie, régimes diététiques particuliers, compléments alimentaires, phytothérapie)¹⁰⁶. En 2004, l'OMS a émis des principes directeurs

visant à promouvoir l'usage rationnel des médicaments alternatifs devant les risques qu'ils présentent^{107, 108}. L'innocuité et l'efficacité des produits issus des médecines complémentaires et alternatives n'ont en effet pas été suffisamment évaluées. Il existe également un risque lié au circuit d'approvisionnement : par exemple, l'achat de produits de phytothérapie sur internet expose les patients à l'utilisation de produits de contrefaçon, de mauvaise qualité et potentiellement toxiques. De plus, dans la majorité des cas, les patients n'informent pas leurs soignants de leur recours aux CAM. En l'absence d'encadrement médical ou pharmaceutique, les patients peuvent choisir eux-mêmes pour se soigner des traitements inadaptés, ou qu'ils utiliseront de manière inappropriée, ce qui est susceptible de provoquer des réactions indésirables et/ou des interactions avec un traitement médicamenteux en cours.

1.2.1.2. Risques liés aux allergies médicamenteuses

Les allergies représentent une part non négligeable de l'iatrogénie médicamenteuse. Leurs manifestations sont multiples, allant de l'urticaire localisé au choc anaphylactique¹⁰⁹. Lorsqu'il existe des antécédents d'allergie à un médicament, le pharmacien ne peut actuellement disposer de l'information que par l'intermédiaire du patient, ou en contactant le médecin traitant, puisqu'il n'a pas d'accès direct au dossier médical. Les patients disant avoir présenté une allergie à un médicament ne se souviennent souvent pas du nom et/ou des effets exacts induits. Le risque possible est donc de dispenser un médicament auquel le patient est allergique, ou inversement de considérer à tort le patient comme allergique à des médicaments efficaces dans la prise en charge de maladies courantes (certains antibiotiques par exemple).

1.2.1.3. Risques liés à la survenue d'effets indésirables dus aux médicaments et conséquences potentielles

L'iatrogénie médicamenteuse fait partie du quotidien des patients, puisque plus du tiers ont déclaré des effets indésirables dus aux traitements antidiabétiques. La prévalence des troubles digestifs est notamment forte, puisque 40 % des patients sont concernés (la majorité sont traités par metformine). De même, des hypoglycémies liées aux traitements hypoglycémisants (sulfamides, repaglinide, insuline) touchent 15 % des patients. Ces observations rejoignent les résultats de l'enquête Diabasis, où 61 % des patients diabétiques

de type 2 présentent au moins un effet indésirable lié au traitement antidiabétique⁹⁷ : les troubles digestifs concernent 34 % des patients, et les hypoglycémies 44 %.

Outre leurs répercussions immédiates pour la santé, ces effets indésirables peuvent devenir une source de préoccupation importante pour le patient, et impacter sur son adhésion au traitement médicamenteux.

1.2.1.4. Risques liés à un défaut d'adhésion au traitement médicamenteux

L'évaluation de l'observance des patients de l'étude, à partir des six questions de l'autoquestionnaire de Morisky adapté par X. Girerd⁴³ montre qu'un quart des patients ont une « bonne observance », tandis que les trois quarts restant présentent un « minime problème » d'observance. Ce résultat est en accord avec les données retrouvées classiquement au sein des études d'évaluation de l'observance dans le cadre de maladies chroniques comme le diabète. Celles-ci montrent qu'en moyenne 50% des patients présentent un défaut d'observance. Il existe des variations selon les études : par exemple, pour les patients diabétiques, le taux d'observance médicamenteuse est évalué entre 31 % et 98 % selon les études^{110, 111}. Or le défaut d'observance représente un obstacle majeur à l'atteinte des objectifs thérapeutiques¹¹². Les conséquences sont médicales, d'une part en termes de santé objective avec un risque accru de complications de la pathologie chronique, d'autre part en termes de santé subjective avec une diminution de la qualité de vie du patient. Mais le défaut d'observance a également un impact économique, avec une augmentation des rechutes, des hospitalisations (coûts directs) et des arrêts de travail (coûts indirects), pouvant engendrer une hausse considérable des dépenses de santé¹¹³.

La recherche des causes de ce comportement d'adhésion à la thérapeutique médicamenteuse représente donc un axe de travail incontournable pour le pharmacien.

Chez les patients interviewés, le premier frein à l'observance identifié correspond au nombre de médicaments. En effet, la moitié des patients pensent qu'ils ont trop de comprimés à prendre. Or il est démontré qu'un nombre quotidien élevé de médicaments a un impact négatif sur l'adhésion au traitement médicamenteux^{110, 114}. Plus le nombre de prises quotidiennes est important, plus l'observance se dégrade, passant ainsi de 79 % pour une prise quotidienne à 38 % pour trois prises quotidiennes¹¹¹.

De plus, les patients décrivent différentes raisons conduisant à un arrêt de la prise de leurs médicaments à un moment donné. Dans l'étude, un quart d'entre eux ont déjà cessé de prendre un ou des médicaments car ils avaient l'impression qu'il(s) leur faisai(en)t plus de mal que de bien. En effet, les représentations que se fait le patient de son traitement, associées aux effets ressentis, jouent un rôle crucial dans l'observance^{110, 115, 116}. Ainsi des patients ayant des préjugés négatifs sur les médicaments, qui redoutent ou ressentent leurs effets indésirables, ont tendance à être moins observants. De plus, le diabète étant une pathologie généralement asymptomatique, les effets indésirables des traitements sont ou peuvent être davantage perceptibles que leurs effets bénéfiques. Enfin, il a été constaté que parfois, les patients ont du mal à accepter la prise quotidienne de médicaments à vie, inhérente à la chronicité de la pathologie. La lassitude, l'exaspération peuvent conduire à des défauts d'observance¹¹⁰.

Quant aux problématiques plus organisationnelles, elles semblent dans cette étude moins exprimées par les patients que leur impression de prendre trop de médicaments et leurs représentations négatives ou ambivalentes vis-à-vis de ces derniers. En effet, seulement un peu plus d'un patient sur sept a déclaré oublier de prendre ses médicaments. La majorité des patients inclus gèrent eux-mêmes leurs traitements. Beaucoup ont mis en place une organisation destinée à favoriser l'observance : un tiers utilisent un pilulier, et presque autant ont trouvé des astuces pour ne pas oublier de prendre leurs médicaments. Le processus de ritualisation permet aux patients de penser à la prise. Ainsi, les oublis sont souvent associés à des situations qui sortent les patients du cadre habituel : ceux qui ont l'habitude de prendre leurs médicaments pendant le repas du soir l'oublie plus facilement s'ils sont de sortie et ne mangent pas chez eux¹¹⁷.

Enfin, l'évaluation de la manière dont les patients gèrent leurs stocks de médicaments (notamment les pannes) représente une porte d'entrée pour le pharmacien dans l'identification du comportement d'adhésion du patient à sa thérapeutique médicamenteuse. Il est par exemple fréquent en officine que des patients demandent des « avances » car la quantité de médicaments restante n'est pas suffisante pour couvrir la période d'attente jusqu'à la nouvelle prescription médicale. Les différentes stratégies face à la « panne » de médicaments peuvent permettre au pharmacien d'aborder la problématique de la prise régulière des médicaments et d'essayer de comprendre comment le patient appréhende ces ruptures et leurs conséquences (perception de l'arrêt des prises pendant un certain temps ...). Par exemple, il apparaît que

l'arrêt ou la modification de la posologie des antidiabétiques oraux n'est pas perçue comme portant à conséquence par les patients, contrairement à l'insuline.

1.2.2. Transmission d'informations et expérimentation des gestes techniques relatifs aux différents aspects de la prise en charge du diabète, quelle que soit l'ancienneté de la pathologie

Lors des entretiens, le pharmacien a identifié un manque de connaissances des patients sur certaines notions utiles dans la prise en charge du diabète, ainsi que certains défauts dans l'accomplissement des gestes techniques de l'autosurveillance glycémique et de l'insulinothérapie. De plus, quelques patients ont exprimé l'envie d'être plus informés. Les causes de ce manque d'informations semblent multiples et reposent sur la qualité de la transmission de ces informations. En effet, une trop grande quantité d'informations délivrées sur un temps court, un manque de cohérence, de synthèse, le niveau de langage utilisé, l'absence de reformulation pour vérifier la compréhension du patient, l'absence de prise en compte de ses connaissances antérieures et de ses représentations, sont autant de facteurs nuisant à une transmission d'informations pertinentes que le patient peut intégrer. De plus, du fait de la chronicité de la pathologie et de l'oubli de certaines informations au cours du temps, il paraît nécessaire de refaire le point régulièrement avec le patient. En effet, lorsque le diabète est ancien, la vigilance des soignants concernant les besoins d'apprentissages des patients peut diminuer. Les soignants peuvent en effet croire que le patient maîtrise l'ensemble des domaines de la prise en charge du diabète. Or la pratique clinique et le retour des patients de l'étude montrent la nécessité de s'adapter au patient. Il s'agit en effet de lui transmettre les informations en fonction de ses besoins et non selon des critères « cliniques » comme l'ancienneté de la maladie. Les modalités de cette transmission d'informations et les outils utilisés comme médiateurs auront aussi un impact sur leur compréhension par le patient¹¹⁰.

1.2.2.1. Demandes d'informations de la part des patients

L'enquête Entred 2007 a montré que si 80 % des personnes diabétiques de type 2 se disent bien ou très bien informées sur le diabète, 71 % souhaiteraient des informations supplémentaires¹¹⁸.

Durant les entretiens, le sujet sur lequel les patients semblaient le plus en demande était l'**alimentation**. En effet, les patients interrogés ont clairement exprimé le souhait de recevoir davantage d'informations sur cette thématique, bien que les deux tiers des patients aient déclaré avoir déjà bénéficié de conseils diététiques. Cette observation est en accord avec les résultats d'Entred 2007, où 42 % des patients diabétiques de type 2 désiraient des informations supplémentaires sur l'alimentation¹¹⁸. Ces patients sont à la recherche de conseils pratiques pour organiser leurs repas. Ils attendent souvent des consignes précises, des fiches qui décriraient des repas-types. Ils posent également des questions sur certains aliments, raisonnant souvent selon le schéma bon / mauvais, permis / interdit.

Au cours des entretiens, quelques patients ont également demandé des informations sur leurs **traitements**. Cette préoccupation n'a concerné que peu de patients, à l'instar des observations de l'enquête Entred 2007 où elle était recensée chez seulement 15 % des patients, n'arrivant ainsi qu'en cinquième position¹¹⁸. Les questions étaient relatives aux **effets indésirables** des traitements : quels sont-ils, comment les éviter ? Un patient exprimant le fait d'être perdu dans ses traitements (méconnaissance de leurs noms, de leurs actions, des modalités d'utilisation du lecteur de glycémie) a sollicité un second rendez-vous pour faire un point sur ses médicaments.

Enfin, trois patients ont posé des questions concernant le suivi biologique : que faut-il regarder pour surveiller l'équilibre du diabète, quelles sont les valeurs cibles d'hémoglobine glyquée ? Dans l'étude Entred 2007, 12 % des patients diabétiques de type 2 souhaitaient davantage d'informations sur l'hémoglobine glyquée et l'autosurveillance¹¹⁸. L'autosurveillance est d'ailleurs décrite par certains patients comme une aide précieuse pour gérer leur diabète car elle permet une vision de l'influence de leur mode de vie (alimentation, activité physique) sur leurs glycémies et une adaptation de leur comportement en conséquence.

Cependant, cette demande d'informations n'était pas exprimée par tous les patients. En effet, certains patients ont déclaré ne pas souhaiter d'informations supplémentaires. Cette observation était également retrouvée chez 22 % des patients diabétiques de type 2 de l'étude Entred 2007¹¹⁸. Des connaissances sur la maladie ou le rôle des traitements ne sont pas toujours perçues comme une nécessité. Ces patients, pour différentes raisons (dénier, stratégies de protection,...), ont besoin de s'appuyer sur les soignants, sur leurs expertises, et de suivre leurs recommandations en pleine confiance (« *de faire ce qu'il a dit* »).

Certains patients traversent des moments où ils ne désirent pas s'impliquer davantage dans la maladie. Ils ont conscience de l'importance de la prise en charge du diabète mais souhaitent garder un statu quo en s'impliquant un minimum. Cela peut constituer une stratégie de défense vis-à-vis de la maladie et/ou refléter leur stade d'acceptation de la maladie. Il est très important pour le soignant de déceler où le patient en est dans son cheminement concernant l'intégration de sa maladie à sa vie, afin d'adapter les actions d'informations réalisées pour qu'elles soient pertinentes et non contre productives.

Au cours des entretiens, les patients ont cité les différentes sources d'informations qu'ils utilisent : les soignants (médecin généraliste, diabétologue, infirmiers, diététiciens, podologues) ; l'entourage (amis, voisins) ; la lecture de revues, de livres, des notices des médicaments ; l'utilisation d'internet. L'étude Entred 2007 a établi un classement des principales sources d'informations utilisées par les patients diabétiques de type 2. Ceux-ci trouvent des informations majoritairement auprès de leur médecin (82 %), et plus rarement auprès d'autres professionnels de santé (13 %) - notons à ce sujet la méfiance exprimée par les patients au sujet des diététiciens. Les autres sources sont les médias (16 %), l'entourage (13 %) et les associations de patients (2 %). La moitié des patients diabétiques de type 2 déclarent se documenter par eux-mêmes, utilisant en grande majorité des documents écrits (44 %) ou internet (33 %) ¹¹⁸. Les patients sollicitent régulièrement l'avis de l'entourage et réalisent des recherches sur internet, lisent les notices des médicaments, pour comprendre et donner un sens à leur maladie et à leurs traitements. Les soignants doivent donc identifier les connaissances et les représentations que les patients ont construites à partir de ces renseignements afin de garantir la justesse des informations retrouvées et la sécurité des comportements induits (automédication par exemple).

Les actions éducatives relatées par les patients concernent principalement l'alimentation. 20 % des patients ont indiqué avoir déjà bénéficié de séances collectives portant sur les conseils diététiques, tandis que 40 % ont évoqué des séances individuelles. Cependant, peu de patients sont actuellement concernés par un programme structuré d'éducation thérapeutique ¹³. Selon Entred 2007, au cours des douze mois précédents, seuls 17 % des diabétiques de type 2 ont reçu un complément éducatif au suivi habituel de leur diabète ¹¹⁸. Cette offre éducative se présentait majoritairement (15 %) sous la forme d'un entretien individuel approfondi avec un médecin, un infirmier ou un diététicien, et consacré à la gestion du diabète et à son traitement au quotidien. Les séances collectives étaient beaucoup plus rares (3 %). Les actions éducatives relatées par les patients s'effectuaient

majoritairement en milieu hospitalier (hospitalisations, stages), ou sous forme de cures destinées aux patients diabétiques. Les offres proposées par les réseaux et les associations de patients sont assez mal connues. Les patients ont à leur égard de nombreux préjugés, pensant par exemple que ces offres sont réservées aux personnes sous insuline ou dont le diabète est « très déséquilibré ». Pour certains patients, la proposition d'échanges avec d'autres patients n'est pas satisfaisante car ils ne souhaitent pas « se retrouver avec d'autres personnes diabétiques ».

1.2.2.2. Thématiques nécessitant une transmission d'informations et/ou une expérimentation de certains gestes techniques

Différentes thématiques nécessitant une transmission d'informations et/ou une expérimentation de certains gestes techniques (apprentissage, répétitions et mémorisation) ont été identifiées.

- **Suivi biologique**

Un quart des patients de l'étude ne savent pas se positionner face à leur résultat d'hémoglobine glyquée. Divers obstacles ont été retrouvés. 20 % des patients ignorent la notion d'hémoglobine glyquée, et ne savent pas ce qu'ils doivent regarder dans leurs résultats d'analyses pour suivre l'équilibre du diabète. Certains patients signalent que leur médecin ne leur a jamais défini les valeurs d'hémoglobine glyquée à atteindre. Enfin, d'autres patients éprouvent des difficultés à interpréter la valeur d'hémoglobine glyquée. Une enquête menée en 2009 a montré que 32 % des patients diabétiques savent ce que représente l'hémoglobine glyquée, tandis que 53 % n'en ont aucune notion¹¹⁹. Ceci peut constituer un frein à l'implication du patient dans la gestion de sa pathologie : il ne dispose d'aucun moyen pour se rendre compte de l'équilibre de son diabète. Il est intéressant de signaler que les quatre patients de l'étude suivis par un diabétologue connaissent la notion d'hémoglobine glyquée et sont en mesure d'interpréter leur résultat. Ceci montre que cette notion complexe serait peut être plus facilement abordée par le diabétologue, qui se focalise sur le diabète. Il est possible que cette notion ne soit pas explicitée ou soit diluée dans l'ensemble des informations qui sont données par le médecin traitant, du fait de sa prise en charge globale du patient.

Par ailleurs, quel que soit le niveau de connaissance des patients, certains ont des difficultés à percevoir l'impact de ce résultat et les actions à entreprendre en fonction. Ainsi

même devant un mauvais résultat, certains patients ne consultent pas et attendent la prochaine visite chez le médecin. Leur perception de ce critère biologique a donc un impact sur les conditions du suivi. Si des mesures de correction (exemple : modification du traitement) sont nécessaires, elles ne seront mises en œuvre que lors du prochain rendez-vous avec le médecin ; il peut donc se passer plusieurs semaines avant que le résultat ne soit pris en compte.

- **Autosurveillance glycémique : défauts dans l'accomplissement de certains gestes techniques et difficultés dans l'interprétation des valeurs relevées**

L'autosurveillance glycémique améliore significativement le contrôle du diabète de type 2¹²⁰. Or presque la moitié des patients de cette étude n'en maîtrisent pas la technique. La principale source d'erreur consiste à piquer la pulpe du doigt, ou piquer toujours le même doigt, avec le risque de perte de la sensibilité. Viennent ensuite le non lavage des mains avant la mesure et le fait de laisser la lancette usagée sur l'autopiqueur. Dans une étude sur l'autosurveillance glycémique réalisée en 2003 auprès de jeunes patients diabétiques, l'absence de lavage des mains constituait la première source d'erreur¹²¹. Cela est susceptible de fausser le résultat, car le lavage permet d'éliminer les éléments perturbateurs tels que le glucose provenant des aliments, ou encore la sueur. Ne pas retirer immédiatement la lancette usagée de l'autopiqueur expose au risque de piqûre accidentelle. De plus, le vécu de difficultés répétitives liées à la technique peut être à l'origine d'un défaut d'observance à ce geste d'autosurveillance, puisque le patient peut ne plus en percevoir l'intérêt. Enfin les entretiens ont montré qu'un matériel non adapté aux capacités des patients (cognitives, visuelles...) est un facteur de risque de mauvaise maîtrise de la technique, et peut avoir un impact sur l'adhésion.

Par ailleurs, d'autres problèmes n'affectant pas la maîtrise de la technique en elle-même peuvent s'avérer préoccupants. Les entretiens ont révélé chez les patients une méconnaissance de leurs objectifs glycémiques. Cette situation peut être imputée à un manque d'information, ou à des difficultés de mémorisation ou de compréhension des informations données par les professionnels de santé. Ainsi presque un tiers des patients ne connaissent pas leurs objectifs glycémiques spécifiques, et autant ignorent les valeurs définissant une hypoglycémie. Ces observations peuvent expliquer que parfois les patients perçoivent mal l'utilité de l'autosurveillance. Ils peuvent ainsi considérer que les valeurs « normales » sont

celles qu'ils ont l'habitude d'observer, même si celles-ci sont très élevées. Ils s'ajustent ensuite en fonction des variations vécues au quotidien par rapport à ces valeurs. De même, ne pas connaître les valeurs définissant une hypo ou une hyperglycémie empêche le patient de les gérer de manière optimale. Un patient ressentant des symptômes d'hypoglycémie peut ainsi se resucrer alors que dans les faits sa glycémie n'est pas en-dessous du seuil d'hypoglycémie.

Se pose donc la question de l'utilité pour le patient d'une autosurveillance pour laquelle il ne connaît ni les objectifs à atteindre, ni les situations présentant un risque potentiel. En effet, l'autosurveillance permet le maintien ou l'amélioration du contrôle glycémique à la condition de respecter un protocole précisant la fréquence, les horaires, les objectifs glycémiques et les ajustements thérapeutiques¹²².

La majorité des patients transcrit ses glycémies dans un carnet. Certains utilisent la mémoire du lecteur ; il s'agit dans ce cas de bien régler la date et l'heure lors du changement de piles et des changements d'heure, sinon cela expose à un risque d'erreurs¹²¹.

- **Méconnaissance du risque d'hypoglycémie induit par certains médicaments et des modalités de gestion des hypoglycémies et des hyperglycémies**

L'hypoglycémie provoquée par les médicaments est un obstacle majeur à l'atteinte des objectifs glycémiques, dont le but est de lutter contre les complications chroniques du diabète¹²³. Dans la majorité des cas, les hypoglycémies sont dues aux médicaments. Une étude a montré que 73 % des patients diabétiques de type 2 sous insuline disent avoir présenté des hypoglycémies¹²⁴. Les sulfamides hypoglycémisants et les glinides sont également associés à une augmentation du risque d'hypoglycémie¹²⁵ ; la fréquence de survenue d'hypoglycémies sous ces traitements est de l'ordre de 15 %¹²⁶. Au cours de l'étude UKPDS, les patients diabétiques de type 2 traités par sulfamides hypoglycémisants ou insuline ont présenté davantage d'hypoglycémies graves¹²⁷. Les hypoglycémies sévères sous sulfamides hypoglycémisants sont très rares, mais peuvent être gravissimes (coma avec risque de décès ou de séquelles cérébrales). Par contre, les petites hypoglycémies à distance des repas sont fréquentes et trop souvent négligées ; leur correction par l'adaptation posologique du traitement médicamenteux permet de prévenir le risque d'hypoglycémie grave¹²⁸. Par ailleurs, les conséquences neurologiques et cardio-vasculaires de l'hypoglycémie peuvent être redoutables chez ces patients souvent hypertendus et athéromateux. De plus, les patients

diabétiques de type 2 présentent souvent de nombreux facteurs de risque d'hypoglycémie : âge supérieur à 65 ans, insuffisance rénale, polymédication (risque d'interactions médicamenteuses). Au cours des entretiens, il a été observé que de nombreux patients sous insuline, sulfamides hypoglycémiantes ou repaglinide, semblaient ignorer le risque d'hypoglycémie. Or reconnaître ses propres signes d'hypoglycémie, en identifier les causes (dont celles induites potentiellement par les médicaments), peut permettre au patient d'apprendre à les prévenir et de s'adapter en fonction des événements rencontrés. Il pourra tout d'abord entreprendre au plus tôt des démarches correctives pour normaliser sa glycémie. Ensuite, pour prévenir les récurrences, il consultera son médecin afin d'adapter le traitement médicamenteux en conséquence, ou il pourra réagir seul, en ajustant ses doses d'insuline par exemple. Il est également important d'impliquer les proches des patients : ceux-ci peuvent être amenés à gérer en urgence les situations d'hypoglycémies, notamment par l'injection de GLUCAGEN® en cas de coma hypoglycémique ; encore faut-il qu'ils aient été informés et formés.

Concernant la gestion des situations d'hyperglycémie, seulement deux patients sur les vingt effectuent une recherche d'acétone dans les urines ou le sang en cas de glycémies supérieures à 2.50 g/l. Les autres disent ne jamais en avoir entendu parler, alors que certains relèvent parfois des glycémies très élevées.

- **Insulinothérapie : défauts dans l'accomplissement de certains gestes techniques**

Deux tiers des patients sous insuline interrogés ne maîtrisent pas la technique d'injection. Or celle-ci est indispensable à l'administration précise de la dose d'insuline, et à l'efficacité optimale de l'insulinothérapie. Ces résultats rejoignent ceux d'une étude publiée en 2010, où la technique d'injection était correcte dans 36 % des cas. Dans 43 % des cas le manque d'informations était en cause dans les déficiences relevées¹²⁹.

Le choix du site d'injection est un élément indispensable au bon contrôle glycémique. En effet, il existe une variabilité de la vitesse d'absorption de l'insuline liée aux sites d'injection. Après une injection sous-cutanée d'insuline d'action rapide, la vitesse d'absorption est ainsi répartie (du plus rapide au plus lent) : abdomen > bras > cuisse > fesse¹³⁰. Il est donc recommandé d'utiliser le même site pour un horaire donné, et d'adapter la zone d'injection au

type d'insuline : abdomen et bras pour les insulines rapides et ultra-rapides, cuisses et fesses pour les insulines intermédiaires et lentes. Par contre il est nécessaire de ne pas injecter l'insuline deux fois de suite au même endroit, afin d'éviter l'apparition de lipodystrophies. Les patients interrogés semblent davantage sensibilisés à ce fait : beaucoup ont déclaré que les soignants leur avaient conseillé de changer de site à chaque injection. La moitié ont dit ne pas avoir été informés de l'adaptation du site d'injection au type d'insuline : ils pensent pouvoir administrer l'insuline « n'importe où » : abdomen, cuisses, fesses, bras. L'étude évoquée précédemment montrait que 49.5 % des patients respectaient le site d'injection, et que seuls 33 % en connaissaient l'intérêt¹²⁹.

La moitié des patients sous insuline commettent des erreurs dans la manipulation des dispositifs d'injection. Deux patients parmi les six sous insulinothérapie (soit un tiers) ne réalisent pas de purge avant l'injection. Or celle-ci est indispensable pour chasser les bulles d'air et s'assurer que le système fonctionne correctement. Par exemple, si le patient a tordu l'aiguille en la vissant sur le stylo, l'insuline ne pourra pas s'écouler. Le risque est grand, car aucune dose ne sera administrée, et ce à l'insu du patient. En réalisant une purge avant chaque injection, le patient vérifie la présence d'une goutte d'insuline au bout de l'aiguille : il est ainsi assuré que l'insuline s'écoule bien et sera effectivement administrée durant l'injection. Un tiers également des patients insulino-traités interrogés ne maintiennent pas l'aiguille enfoncée dans la peau durant dix secondes, ce qui majore le risque d'injection d'une dose non complète d'insuline. Cette observation rejoint les résultats d'une autre étude publiée en 2010 par Kakou B. et al. qui montrait qu'un tiers des patients laissent l'aiguille moins de cinq secondes dans la peau¹³¹. Enfin, ne pas retirer l'aiguille usagée directement après l'injection expose au risque de formation de bulles d'air, qui empêcheront la délivrance de la dose correcte d'insuline. De même, il est déconseillé de réutiliser les aiguilles. Celles-ci ne sont plus stériles et s'émoussent. Cela engendre un risque accru d'infections, de douleurs au moment de l'injection et d'apparition de lipodystrophies.

- **Manque de sensibilisation et d'intérêt pour les soins des pieds**

Les problèmes de pieds constituent la première cause d'hospitalisation des patients diabétiques (20 % des hospitalisations)¹³². Le diabète est responsable de près de la moitié des amputations non-traumatiques des membres inférieurs¹³³. 9.9 % des diabétiques de type 2 rapportent un mal perforant plantaire actif ou cicatrisé, tandis que 1.5 % ont subi une

amputation⁹⁶. Apporter un soin particulier à ses pieds est donc primordial pour les patients diabétiques. Or un quart des patients interrogés n'ont jamais bénéficié de conseils podologiques. Une étude publiée en 2005 a d'ailleurs montré que 28 % des patients diabétiques de type 2 n'ont jamais reçu d'éducation concernant les pieds¹³⁴. De plus, la majorité des patients interrogés présentent des problèmes liés aux pieds.

Les trois-quarts des patients interrogés sont conscients que le diabète engendre un risque au niveau des pieds. Mais ceux qui n'ont jamais bénéficié de conseils podologiques ne connaissent pas les actions spécifiques à mettre en œuvre. De plus, même les patients sensibilisés n'appliquent pas les mesures de prévention de manière optimale. Seul un quart des patients examinent leurs pieds régulièrement à la recherche de blessures (33 % des patients n'examinent pas leurs pieds selon l'étude mentionnée précédemment¹³⁴). Certains utilisent des objets blessants pour entretenir leurs pieds, ou ne consultent pas en cas d'affections des pieds (présence de corne avec douleur ; ongles incarnés ; plaies). Les conseils relatifs aux soins des pieds sont prodigués généralement par les médecins (généralistes ou diabétologues), ou par un podologue. Les informations retenues par les patients sont souvent assez vagues. Très peu de patients ont bénéficié de programmes éducationnels spécifiques aux soins des pieds. Pourtant, ces programmes pourraient aider les patients à prendre pleinement conscience de l'importance du soin des pieds dans la prévention des plaies et des amputations. Ces offres éducatives ont fait leurs preuves en termes de réduction de l'incidence des plaies de pieds¹³⁵.

- **Représentations liées à l'alimentation**

L'équilibre alimentaire constitue l'un des piliers du traitement du diabète. Pourtant, 35 % des patients interrogés n'ont jamais bénéficié de conseils diététiques. 30 % présentent des problématiques liées à l'alimentation, mais cela semble concerner aussi bien les patients ayant bénéficié de conseils diététiques que ce n'en ayant jamais reçu. Les patients ont en général conscience de l'importance de l'alimentation dans l'équilibre du diabète. Cependant, les représentations concernant l'équilibre alimentaire chez les personnes diabétiques sont nombreuses. Les patients ayant bénéficié de conseils évoquent parfois de vagues notions que leur ont apportées un médecin, un diététicien... D'autres patients ont par contre suivi des programmes d'éducation plus structurés sous forme de stages à l'hôpital, de cures... Ces derniers proposent des réponses concrètes aux préoccupations des patients. Certains patients

ont d'ailleurs rapporté avoir, suite à ces stages, modifié leurs habitudes alimentaires, ce qui a eu un effet bénéfique sur l'équilibre de leur diabète.

1.2.3. Identification et prise en compte des difficultés vécues par les patients

1.2.3.1. Craintes exprimées par les patients

Les préoccupations des patients portent principalement sur l'équilibre du diabète. Certains patients sont ainsi inquiets, voire désemparés, devant des glycémies capillaires ou des résultats d'hémoglobine glyquée trop élevés.

Par ailleurs, la peur de l'instauration d'un traitement par insuline est présente chez quatre patients, qui perçoivent cette thérapeutique comme une contrainte et un signe d'aggravation de leur pathologie. Certaines études mettent en évidence d'autres facteurs, comme l'appréhension des aiguilles, ou la douleur potentielle liée à l'injection^{136, 137}. Cette angoisse a de même été évoquée durant les entretiens à propos de l'autosurveillance glycémique, avec la crainte du « mauvais résultat ».

De nombreux patients évoquent de plus l'impact du diabète sur leur qualité de vie, en lien avec l'apparition de complications ou d'effets indésirables dus aux médicaments. De nombreux faits récents ont conduit les patients à s'interroger sur les effets potentiellement néfastes de leurs traitements : l'affaire du MEDIATOR[®], l'établissement par l'AFSSAPS d'une liste de médicaments sous surveillance¹³⁸, le retrait du marché des glitazones... Certains patients redoutent donc l'apparition d'effets indésirables liés aux médicaments. Par ailleurs, d'autres patients présentant des effets indésirables relatent la gêne que cela engendre dans leur vie quotidienne.

Il est également important de tenir compte de préoccupations autres que celles liées au diabète, qui peuvent prédominer et parfois être un frein à la prise en charge de la pathologie. Certains patients ont ainsi confié durant les entretiens que des problèmes familiaux les avaient

conduits à mettre de côté certains aspects de la prise en charge de leur diabète (suivi podologique par exemple).

De même, certains patients ont exprimé leur préoccupation quant à la limitation de la prise en charge des bandelettes à deux cents par an pour les patients diabétiques non insulino-requérants. Cette mesure a été perçue comme un frein à la prise en charge de leur maladie, car pour ces patients l'autosurveillance glycémique est un outil d'aide pour équilibrer leur diabète.

Le suivi pharmaceutique, qui constitue un temps d'écoute, offre la possibilité au patient d'exprimer ses craintes. Le pharmacien sera ainsi mieux armé pour proposer des interventions personnalisées, co-construites avec le patient.

1.2.3.2. Contraintes liées aux comportements de santé induits par la prise en charge du diabète

La prise en charge du diabète et des pathologies associées est parfois considérée comme trop lourde en raison d'un nombre important de médicaments à prendre quotidiennement, des nombreux soignants à consulter, des contrôles de glycémies capillaires itératifs, des différentes mesures de prévention à mettre en œuvre au quotidien... au point que les patients refusent parfois d'en effectuer davantage (refus de consulter un soignant de plus par exemple, comme un podologue ou un diététicien).

De nombreux aspects de la prise en charge du diabète sont également difficiles à adapter au mode de vie des patients. Pour les patients, la transposition au quotidien des comportements inhérents à une prise en charge optimale du diabète pose un problème d'organisation pratique. Ainsi la diététique est largement évoquée par les patients. Le concept d'alimentation équilibrée est associé aux notions de contraintes, de restrictions. Cela peut engendrer un sentiment de frustration, et une difficulté à mettre en application les conseils diététiques reçus. Les activités (professionnelle, garde des petits-enfants) ajoutent une contrainte supplémentaire à cette mise en pratique. Les patients mettent en avant les mêmes difficultés quant à la pratique régulière d'une activité physique. Une autre difficulté relatée par les patients est celle de la gestion des dispositifs d'insulinothérapie et d'autosurveillance

glycémique, notamment lors des déplacements. Comment conserver l'insuline au frais quand on part en voyage ? Comment avoir toujours son lecteur de glycémie sur soi, alors que ce matériel est encombrant ? Serait-il possible de disposer de plusieurs lecteurs (un pour chez soi ; un pour son lieu de travail, ou à déposer dans son véhicule...) ? L'observance à l'autosurveillance glycémique est d'ailleurs altérée lorsque le patient se trouve hors de son domicile. Cette contrainte pourrait aussi constituer une des raisons pour lesquelles certains patients refusent l'instauration d'une insulinothérapie.

1.2.3.3. Facteurs individuels susceptibles d'avoir un impact négatif sur la prise en charge du diabète

Certains patients présentent des limitations physiques ou cognitives qui peuvent gêner la gestion de la pathologie.

Ainsi un âge avancé, des problèmes de vue, des douleurs articulaires, une mobilité réduite peuvent limiter la pratique d'une activité physique (marche par exemple), ou rendre difficile l'examen des pieds et les déplacements auprès de certains soignants.

Ces limitations physiques et cognitives peuvent compliquer également la gestion des médicaments : difficultés de préparation (ouverture des blisters, découpage des comprimés...), de répartition des prises dans la journée, de mémorisation des prises... La maîtrise des techniques de manipulation des dispositifs médicaux peut également s'avérer plus complexe – ceci a été identifié au cours des entretiens au sujet de l'autosurveillance glycémique. De plus, la substitution par un générique complique la prise et l'adhésion aux médicaments pour certains patients âgés. En effet, ceux-ci se fient aux formes et aux couleurs des boîtes et des comprimés pour reconnaître leurs médicaments et sont rapidement déstabilisés lorsque leurs habitudes sont perturbées.

La perception des patients vis-à-vis du diabète peut influencer leur implication dans sa prise en charge. En effet, si la plupart ont conscience de la chronicité du diabète et du risque de complications, nombre d'entre eux expriment la sensation de ne pas se sentir particulièrement malades ou incommodés par leur pathologie. L'enquête Diabasis portant sur la perception et le vécu du diabète par les patients a montré que 74 % d'entre eux s'estiment en bonne santé ; la moitié seulement considère le diabète comme une maladie grave¹³⁹. Ceci peut s'expliquer en partie par l'absence de symptômes ; toujours selon l'enquête Diabasis, 40

% des patients ne s'estiment pas gênés du tout par le diabète dans leur vie quotidienne. Cette impression d'être en bonne santé peut diminuer l'intérêt et l'implication des patients dans la mise en application des comportements de prévention, non perçus comme pertinents (comme la surveillance des pieds).

2. Rôles du pharmacien

Quelles interventions pharmaceutiques applicables en pratique courante à l'officine peuvent être proposées par le pharmacien pour répondre aux besoins identifiés lors des entretiens ?

2.1. Sécurisation du patient face à des situations et/ou des comportements à risques

Spécialiste du médicament, le pharmacien va mettre en œuvre un ensemble d'actes dans le champ de ses compétences, ayant pour objectif de sécuriser le patient vis-à-vis du traitement médicamenteux, et d'optimiser son efficacité.

2.1.1. Validation des points critiques de l'ordonnance

L'une des étapes essentielles de la validation d'une ordonnance repose sur l'étude de ses points critiques. Le pharmacien s'assure donc pour chaque médicament qu'il n'existe pas de contre-indications physiopathologiques chez le patient, que les posologies prescrites sont correctes, et que l'ordonnance ne comporte pas d'interactions médicamenteuses contre-indiquées, déconseillées, ou nécessitant une gestion spécifique. Le pharmacien prête également une attention particulière à la présence de médicaments à marge thérapeutique étroite.

Cependant, certaines informations permettant de vérifier l'absence de contre-indications physiopathologiques peuvent être difficiles à recueillir à l'officine. En effet, le pharmacien n'a actuellement pas accès au dossier médical du patient, et ne dispose que rarement de ses résultats d'analyses biologiques. Par exemple, l'existence d'une insuffisance rénale peut, selon son stade, contre-indiquer l'utilisation de certains médicaments, comme par exemple la metformine. Il est donc indispensable que le pharmacien dispose d'un historique des clairances de la créatinine du patient. Au cours de cette étude, quatre patients traités par

metformine présentait une clairance inférieure à 60 ml/min. A ce stade, la metformine est contre-indiquée. Pour trois patients, les clairances étaient légèrement inférieures au seuil de contre-indication (entre 55 et 59 ml/min). Ces valeurs peuvent être tolérées en pratique clinique en l'absence de facteurs favorisant une hypoxie et sous surveillance étroite. Cependant, une clairance à 34 ml/min comme celle du quatrième patient nécessite de contacter le médecin prescripteur, afin de réévaluer la stratégie thérapeutique.

Dans le cadre d'un suivi personnalisé, le pharmacien devrait donc sensibiliser les médecins et les patients à la nécessité et l'importance de donner au pharmacien un accès à certaines données cliniques (symptômes) et biologiques pour garantir une utilisation des médicaments sécurisée et optimisée. Pour accéder aux résultats d'analyses biologiques, le pharmacien peut par exemple demander au patient de se présenter avec ses derniers résultats lors du renouvellement suivant (ce qui a été fait lors de cette étude, et a été accepté par les patients). Les entretiens peuvent également permettre de recueillir par l'intermédiaire du patient des informations médicales, et éventuellement des courriers médicaux.

2.1.2. Automédication

Le pharmacien se doit de sensibiliser les patients aux risques de l'automédication, à une époque où les techniques de communication permettent un accès facile à une masse d'informations sur les médicaments et sur de nombreuses stratégies alternatives. Certaines pratiques « d'automédication » peuvent être à risque. Le pharmacien doit vérifier les données scientifiques existantes quant à l'efficacité et à la toxicité du produit, sa chaîne d'approvisionnement (sécurité du circuit) et le coût de cette stratégie pour le patient (protection financière de la personne). En cas de demande d'antalgique, il est préférable d'orienter le patient vers le paracétamol plutôt que vers un anti-inflammatoire non stéroïdien (aspirine, ibuprofène) ; cette option présente moins de risques iatrogènes, par exemple en termes d'atteintes rénale ou digestive, et d'interactions médicamenteuses.

Par ailleurs, un patient chronique dont la pathologie n'est pas bien équilibrée par les traitements conventionnels peut être davantage sensible à la pratique de médecines alternatives. Ces dernières peuvent proposer des « produits miracles ». Le pharmacien, de par sa posture, doit permettre au patient d'exprimer ses envies en termes de médecines complémentaires et alternatives et sécuriser ces pratiques, ou mettre en garde le patient si

celles-ci représentent un danger. En outre, certaines pratiques s'avèrent illégales, comme l'a montré l'exemple d'un patient qui a rapporté avoir acheté sur une foire un produit dont l'étiquette portait la mention « pour le diabète ». Or un produit présentant une allégation santé répond à la définition du médicament, et relève donc du monopole pharmaceutique.

Il appartient au pharmacien d'encadrer la pratique de l'automédication, dont le patient informe rarement son médecin. Ainsi, avant toute dispensation de médicaments non prescrits, il est primordial de demander au patient s'il présente des pathologies particulières, et quels sont les médicaments qu'il prend déjà. Le dossier pharmaceutique constitue pour cela un outil indispensable. Enfin, il s'agit de rappeler au patient qu'il est nécessaire de demander conseil à son médecin ou à son pharmacien avant de prendre un produit non prescrit.

2.1.3. Événements indésirables liés aux médicaments

Durant les entretiens, il est apparu que rechercher des antécédents d'événements indésirables liés aux médicaments (allergies,...) en questionnant le patient reste assez délicat. En effet, peu nombreux sont les patients qui se souviennent du nom exact du médicament en cause. Pourtant, il est important, pour prévenir la survenue d'événements graves, que le professionnel dispensant les médicaments dispose de ces informations. Le pharmacien doit donc croiser différentes données afin de recueillir ce type d'événements. Il s'agit tout d'abord de demander au patient une description précise des symptômes vécus, afin d'éviter d'attribuer au médicament une « étiquette allergie » non pertinente, et de préciser l'imputabilité du médicament dans la survenue du ou des effets indésirables décrits. Il est ensuite nécessaire de contacter le médecin traitant, d'autres spécialistes, ou d'autres soignants (infirmiers, diététiciennes, podologues) en fonction du médicament incriminé pour connaître les informations dont ils disposent. Le médecin pourra ensuite si nécessaire effectuer des tests spécifiques et transmettre cette information aux autres soignants, dont le pharmacien (confirmation de l'allergie ou non). Lorsque des antécédents d'effets indésirables médicamenteux ou d'allergies sont connus du pharmacien, celui-ci peut les consigner dans le dossier informatique du patient, de manière à ce qu'ils apparaissent à chaque dispensation. Le patient, ainsi habitué à ce recueil de données réalisé par le pharmacien, pourra donc régulièrement partager les événements vécus dans son quotidien avec les médicaments et produits de santé, ce qui permettra au pharmacien de réaliser un historique médicamenteux pertinent.

La recherche et la gestion des effets indésirables est nécessaire non seulement à la sécurité du patient, mais également à sa qualité de vie et à son adhésion au traitement médicamenteux. Il est important que le pharmacien informe le patient des effets indésirables potentiels de son traitement. Cela fait partie des points sur lesquels les patients souhaitent être davantage informés. Mais il est également indispensable de fournir au patient les clés pour gérer et prévenir ces événements. Par exemple, le pharmacien va proposer aux patients sous metformine de prendre leur médicament au moment ou à la fin des repas afin d'éviter les troubles digestifs ; aux patients sous sulfamides hypoglycémiant, repaglinide ou insuline de ne pas sauter de repas ou d'adapter les doses de médicaments en fonction des repas et des activités en raison du risque d'hypoglycémie.

La communication avec le médecin prescripteur est également primordiale. En effet, selon le type d'effet indésirable et son retentissement sur le quotidien du patient, le médecin peut être amené à réévaluer la stratégie thérapeutique. Ainsi, certains événements peuvent être corrigés par une adaptation posologique. Une diminution des doses quotidiennes de metformine permet par exemple de réduire les troubles digestifs tout en conservant l'efficacité du traitement. De plus, il est très instructif de comprendre comment le patient réagit face à la survenue d'un effet indésirable. En effet, il peut décider d'arrêter certains médicaments de son ordonnance (ceux qu'il incrimine dans la survenue des effets indésirables), d'adapter les posologies, de modifier les modalités de prises ... ce qui aura un impact sur l'efficacité et la sécurité du traitement. Le pharmacien doit donc permettre au patient d'exprimer ses craintes vis-à-vis de ses médicaments, de raconter les événements survenus depuis sa prise de traitement. Il conviendra ensuite avec le patient de stratégies de gestion au quotidien. Ces informations seront transmises au médecin avec l'accord du patient.

2.1.4. Observance

Une mauvaise observance médicamenteuse compromet l'efficacité du traitement. Il est donc capital pour le pharmacien d'évaluer cette observance. Or, il n'existe pas de gold standard concernant les moyens d'évaluation de l'observance, chacun ayant ses avantages et ses limites¹¹⁰. L'entretien avec le patient semble être la façon la plus intéressante de recueillir des traces du comportement d'observance, afin d'en comprendre les déterminants et d'identifier des leviers pour agir. Un auto-questionnaire peut aussi être utilisé afin de scorer l'observance (Morisky adapté selon Girerd)⁴³. Ce questionnaire peut être rempli seul par le

patient ou les questions peuvent être utilisées lors d'un entretien. Dans cette étude, les questions ont été posées au fil de l'entretien. Il est néanmoins possible que les patients perçoivent ces questions fermées comme trop directes ou brutales. Certaines personnes ont tendance à être sur la défensive lorsque des questions risquent de nuire à l'image qu'elles veulent donner¹⁴⁰. Elles peuvent être alors tentées de donner les réponses qui, selon elles, satisferont leur interlocuteur. Par exemple, un patient à qui l'on demande directement s'il lui arrive d'oublier de prendre ses médicaments peut ne pas vouloir que le professionnel de santé sache qu'il ne se conforme pas exactement aux directives du médecin, et donc répondre « non ». Cela peut engendrer alors une sous-estimation des problèmes d'observance et générer une modification de la relation entre le patient et le pharmacien. Il est nécessaire, lors de l'énoncé de la question, de déculpabiliser le patient, par exemple en adoptant une forme ouverte et en introduisant la notion de fréquence : « Il est difficile de prendre régulièrement un traitement pendant plusieurs années ; combien de fois par semaine oubliez-vous de prendre vos médicaments ? ». Cela permet en outre une estimation plus précise du profil d'observance : oublier ses médicaments une fois par mois ou trois fois par semaine n'a pas les mêmes conséquences. Cette formulation permet d'identifier des données factuelles (nombre, fréquence) qui permettent de mieux estimer le comportement d'observance. Il peut aussi être demandé au patient de raconter son organisation au quotidien, et de décrire les stratégies qu'il met en place ou qu'il imaginerait face à un oubli. Cela permet d'aborder cette thématique sans perception de jugement et de travailler sur les astuces trouvées pour la gestion au quotidien.

L'évaluation de l'observance peut également être effectuée lors de la dispensation. Il s'agit de vérifier que la fréquence des renouvellements est cohérente avec le respect de la posologie. En effet, il arrive fréquemment au comptoir que les patients donnent leurs « instructions » : « Je ne prendrai pas ce médicament-là, il m'en reste encore ». Dans ce cas, la discussion avec le patient permet de comprendre pourquoi il ne souhaite pas renouveler ce médicament, alors que selon la date de la dernière délivrance et la posologie inscrite sur l'ordonnance, il faudrait le dispenser de nouveau.

Lorsqu'un défaut d'observance est détecté, il est important que le pharmacien puisse permettre au patient d'exprimer ses difficultés, son vécu et ses ressentis face à ses médicaments afin de comprendre les déterminants de son adhésion ou non à sa thérapeutique médicamenteuse. Les représentations des patients concernant leurs médicaments jouent un

rôle majeur dans leur observance. Il est en effet fréquent que les patients « hiérarchisent » leurs médicaments en fonction du bénéfice pour leur santé qu'ils attribuent à leur prise. Il a ainsi été observé dans cette étude que les patients sous insulinothérapie considèrent l'insuline comme un traitement indispensable, qu'il ne faut jamais arrêter. Les patients oublient donc rarement son administration, contrairement aux antidiabétiques oraux. Les difficultés concernant l'insuline, pour les patients interrogés dans cette étude, semblent être plus d'ordre pratique (modalités d'administration et suivis glycémiques) que liées à une représentation négative de l'insuline.

Face à une problématique d'observance, la transmission de cette information au médecin prescripteur semble incontournable pour que celui-ci intègre cette donnée dans l'évaluation de l'efficacité de la stratégie médicamenteuse proposée au patient. Le but est d'éviter une escalade thérapeutique non pertinente par manque d'information sur l'adhésion du patient au traitement médicamenteux. Cependant, cette transmission d'information ne peut se faire qu'avec l'accord du patient, afin de conserver le lien de confiance établi. Le pharmacien doit donc auparavant essayer de comprendre les raisons pour lesquelles le patient n'en avait encore jamais parlé à son médecin. Il est aussi nécessaire d'expliquer au patient l'intérêt d'échanger sur ses difficultés de prises des médicaments avec ses soignants, y compris son médecin, du fait des conséquences possibles sur les décisions thérapeutiques proposées. Enfin, le pharmacien doit envisager avec le patient les modalités de transmission de ce type d'informations.

2.1.5. Génériques

La substitution doit s'accompagner de mesures destinées à éviter les confusions : marquer le nom du princeps sur la boîte du médicament générique ; apposer sur l'ordonnance, en face de chaque princeps, la mention « substitué par », en indiquant le nom du générique correspondant. En outre, les patients s'habituant aux caractéristiques des médicaments et des boîtes (taille, forme, couleur), il serait préférable d'une part de s'assurer que celles du générique se rapprochent le plus possible de celles du princeps ; d'autre part d'éviter les changements trop fréquents de laboratoires génériques au sein de l'officine.

Les entretiens avec les patients permettent également au pharmacien de détecter les personnes chez qui la substitution peut être potentiellement dangereuse, par exemple les

personnes âgées ou celles qui ne lisent pas et reconnaissent leurs médicaments par la forme et la couleur de la boîte. Dans ces cas, il serait préférable d'éviter la substitution. Dans un objectif de sécurisation de l'utilisation des médicaments, le pharmacien peut signaler au médecin les patients présentant cette problématique spécifique, et lui demander de mentionner sur l'ordonnance « non substituable ».

2.2. Transmission d'informations et expérimentation des gestes techniques relatifs aux différents aspects de la prise en charge du diabète, quelle que soit l'ancienneté de la pathologie

2.2.1. Demandes d'informations spécifiques de la part des patients

2.2.1.1. L'alimentation : thème sur lequel les patients sont le plus en demande d'informations

L'entretien avec les patients leur offre l'occasion d'exprimer les problèmes qu'ils rencontrent, les questions qu'ils se posent. Dans cette étude, les patients ont évoqué directement leurs attentes concernant l'alimentation et l'activité physique. Concernant ces deux thématiques, il est apparu que les patients sont non seulement en demande d'informations, mais qu'ils expriment également des difficultés importantes à appliquer dans leur vie quotidienne les conseils qu'ils ont déjà reçus.

Face à ce constat se pose la question du rôle du pharmacien dans ces thématiques. Une première proposition serait que le pharmacien permette au patient d'exprimer ses préoccupations au sujet de l'alimentation, afin de valoriser les démarches qu'il a pu déjà mettre en place, de le soutenir dans ses actions et de l'aider à évaluer l'impact de celles-ci. Le pharmacien pourra, de plus, orienter le patient vers les professionnels adaptés en fonction des besoins exprimés. Le patient pourra ainsi négocier avec ces professionnels des stratégies pratiques à tester dans son quotidien, en fixant de petits objectifs, pour maximiser les chances de succès. Pour ce faire, le pharmacien doit, de nouveau, bien connaître l'offre présente sur son territoire (réseaux, diététiciens formés, éducateurs en activité physique adaptée,

associations de patients...). Cela est d'autant plus important au regard de la méfiance exprimée par les patients envers les diététiciens, qui ne sont pas toujours perçus comme formés à la prise en charge des patients diabétiques. Le réseau Dromardiab a d'ailleurs en ce sens effectué un travail de formation des professionnels de son secteur. Le pharmacien doit connaître les professionnels formés, afin d'assurer au patient que le diététicien vers qui il l'oriente possède les qualifications nécessaires à la prise en charge de sa pathologie. Il s'agit de plus de montrer au patient les bénéfices que pourrait lui apporter cette consultation. Cependant, le pharmacien doit également se former et définir auparavant avec l'ensemble des professionnels du territoire les messages minimums à transmettre, afin de garantir une cohérence auprès des patients. Le pharmacien pourra, dans ce contexte, donner quelques informations générales et pertinentes en fonction des besoins du patient concernant l'alimentation et l'activité physique. Il l'orientera ensuite vers les professionnels experts de ces thématiques, en ayant déjà exploré avec lui certaines difficultés et ressources. De plus, des initiatives d'actions communes entre les professionnels de santé du territoire seraient à promouvoir. Dans ce sens, une expérience menée au sein de l'officine dans laquelle ont été réalisés les entretiens peut être citée comme exemple. En effet, des réunions collectives à thèmes (le diabète, les dyslipidémies...) ont été organisées à la pharmacie et animées en binôme avec une diététicienne ayant son cabinet à côté de l'officine. Ces rencontres ont permis aux patients de partager leurs expériences personnelles, et de bénéficier des conseils de deux professionnels de santé.

2.2.1.2. Orientation du patient vers des sources d'information et/ou d'éducation pertinentes

Les sources d'informations auxquelles le patient peut avoir accès sont multiples. Le pharmacien pourra donc l'aider et le guider dans sa recherche d'informations, afin de garantir la pertinence de ces dernières. Il peut utiliser par exemple des supports édités par les laboratoires pharmaceutiques (BD®...) ou d'autres organismes (Cespharm...). Il peut aussi proposer aux patients des supports écrits personnalisés, créés par l'équipe pharmaceutique, et testés et validés auprès de patients, d'associations de patients et/ou de réseaux locaux. En effet, il est important de garantir une cohérence non seulement au niveau du discours des professionnels de santé rencontrés par le patient, mais aussi au niveau des contenus des supports utilisés pour transmettre des informations aux patients ou utilisés comme outils

pédagogiques. Le pharmacien peut également orienter le patient vers des sites internet d'associations officielles, qui proposent des informations destinées aux patients diabétiques, tel le site de l'Association Française des Diabétiques (AFD), ou celui de l'Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques (ALFEDIAM).

Le pharmacien peut enfin proposer aux patients pour lesquels il a identifié un ou plusieurs besoins éducatifs de s'inscrire dans une démarche d'éducation thérapeutique, par exemple en participant aux offres proposées au sein des réseaux Diabète. Cette démarche s'effectuera en lien avec les actions que les patients auront déjà pu mettre en place avec le pharmacien, qui leur proposera un suivi après leur « passage » au sein d'un réseau, d'une association de patients ou lors d'offres éducatives proposées en hospitalisation. Il s'agit de sensibiliser les patients à ces différentes offres éducatives qui restent mal connues du grand public, et de travailler sur les modalités de coordination entre les professionnels de ces structures et les professionnels libéraux du territoire.

2.2.2. Thématiques nécessitant une transmission d'informations et/ou une expérimentation de certains gestes techniques

Régulièrement, le pharmacien transmet des informations relatives à différents aspects de la prise en charge du diabète, comme l'autosurveillance glycémique, l'insulinothérapie ou les soins des pieds. Les entretiens pharmaceutiques représentent pour cela une occasion idéale. En cas de besoin, le pharmacien pourra, en plus des premières informations qu'il transmettra au patient, orienter ce dernier vers un autre professionnel spécialisé comme le podologue, la diététicienne, le médecin traitant. L'objectif est d'envisager un suivi éducatif personnalisé coordonné avec l'ensemble des soignants du patient.

2.2.2.1. Autosurveillance glycémique et insulinothérapie

Le pharmacien est le professionnel de santé qui dispense aux patients les dispositifs d'autosurveillance glycémique et d'insulinothérapie. Il doit donc veiller à ce que les patients les utilisent de manière optimale. En premier lieu, il s'agit, lors de la première dispensation, de former le patient à une bonne utilisation des dispositifs prescrits. Cela suppose donc une formation approfondie du personnel (pharmaciens et préparateurs en pharmacie). Ensuite, il

convient d'évaluer la maîtrise de la technique de manipulation par le patient. Des évaluations régulières en ambulatoire (à l'occasion d'entretiens pharmaceutiques par exemple) sont en effet nécessaires pour s'assurer du maintien des gestes adaptés dans la durée. Ces évaluations permettent également d'adapter les informations transmises aux besoins des patients. Face aux événements du quotidien, les patients peuvent en effet rencontrer des difficultés dans l'application des gestes appris. Le soutien mensuel du pharmacien est donc un instant de choix pour dans un premier temps valoriser les actions positives du patient, et ensuite revoir ensemble les difficultés et les points critiques afin d'optimiser les gestes.

Quelles que soient les actions proposées au patient, une concertation multi-professionnelle est essentielle afin que les différents soignants s'accordent sur les messages à transmettre.

- **Autosurveillance glycémique**

En premier lieu, il convient de s'assurer que les dispositifs que l'équipe pharmaceutique va dispenser sont adaptés aux patients. En effet, certains peuvent présenter des difficultés en termes d'acuité visuelle, de dextérité, de compréhension... Les patients devant souvent effectuer l'autosurveillance en dehors de chez eux (lieu de travail par exemple) peuvent préférer des dispositifs discrets, peu encombrants... Quand la prescription désigne un appareil de marque précise, il se peut que le patient ait bénéficié au préalable d'une éducation à son utilisation (au cours d'une hospitalisation en service de diabétologie par exemple). Dans ce cas, il ne faudra surtout pas substituer l'appareil prescrit. En revanche, dans le cas contraire, il serait utile que le pharmacien dispose de plusieurs références d'appareils, avec pour chacun du matériel de démonstration. Cela permettrait d'en faire tester plusieurs au patient, afin qu'il puisse choisir celui qui lui conviendra le mieux, qui sera le plus facile à utiliser au quotidien. Le patient doit comprendre et s'approprier la technique. Pour ce faire, il s'agit, après lui avoir expliqué comment effectuer l'autosurveillance glycémique, de lui faire manipuler les dispositifs (autopiqueur, lecteur de glycémie).

Cependant, l'autosurveillance glycémique ne se limite pas à la simple mesure de valeurs, encore faut-il savoir comment les utiliser. L'autosurveillance permet au médecin d'améliorer la stratégie thérapeutique. C'est pour cette raison qu'il est demandé au patient de

noter les valeurs mesurées dans un carnet spécifique. Ce carnet constitue également un outil de médiation et d'apprentissage. Il peut être utilisé par le pharmacien pour échanger avec le patient sur ses glycémies et comprendre ses représentations, ses connaissances et ses réactions face aux résultats. Il sera primordial que le pharmacien mette en valeur dans un premier temps les « bonnes » glycémies, afin d'identifier les stratégies mises en place par le patient pour parvenir à ce résultat. Cela permettra de valoriser l'implication du patient dans sa prise en charge et d'augmenter sa confiance en lui quant à ses capacités à gérer son traitement. Il conviendra ensuite d'explorer les « mauvaises » glycémies, afin trouver avec le patient des leviers pour agir. Cette posture du pharmacien permettra de renforcer le sentiment d'efficacité personnelle du patient, ce qui aura un impact sur sa motivation à se prendre en charge et sur son adhésion thérapeutique¹¹⁰.

L'autosurveillance réalisée par le patient va être utilisée pour adapter ses doses d'insuline. Elle va également l'aider à comprendre et à visualiser les situations ayant un impact sur ses glycémies, afin de réagir en conséquence : événements faisant varier ses glycémies, variations de ses glycémies selon le moment de la journée, hypoglycémies... Le pharmacien doit vérifier que les patients sous traitements hypoglycémifiants (insuline, insulinosécréteurs) sont informés des risques d'hypoglycémies, et connaissent la manière de les gérer et de les prévenir. Il évalue leurs connaissances et les stratégies mises en place face aux hypoglycémies, et complète les informations en fonction des besoins des patients. L'autosurveillance peut donc constituer un outil de compréhension des effets de certains facteurs (tels l'activité physique ou l'alimentation) sur l'équilibre du diabète. Le patient peut par exemple tester l'influence de certains aliments sur sa glycémie, ce qui lui permet d'adapter son alimentation en conséquence. Néanmoins, pour cela, le patient doit disposer d'objectifs précis. Or les résultats de cette étude montrent que la plupart des patients ne connaissent pas leurs objectifs glycémiques, ni la conduite à tenir face à des glycémies trop élevées. Une piste pour optimiser la transmission d'informations aux patients concernant leurs objectifs glycémiques serait d'envisager, à la fin de la consultation avec le médecin traitant, la remise d'un document écrit accompagnant la prescription de l'autosurveillance. Ce document reprendrait les informations discutées lors de la consultation et décrirait les valeurs cibles de glycémies, ainsi que les conduites à tenir pour gérer les glycémies situées hors de ces valeurs cibles (hyperglycémies, hypoglycémies). Ces informations pourraient ainsi être reprises par les autres professionnels de santé de proximité comme le pharmacien. Face à l'absence de

traces d'objectifs glycémiques et si le patient ne les connaissait pas, le pharmacien prendrait contact avec le médecin prescripteur afin de les définir et les expliciter au patient lors de la remise du lecteur.

- **Insulinothérapie**

A l'officine, l'apprentissage et l'évaluation de la technique d'injection peuvent être un peu plus délicats, dans la mesure où le patient ne peut en général pas la réaliser sur lui-même au moment de la dispensation des dispositifs. Lors des entretiens, pour évaluer la maîtrise de la technique d'injection, il a été demandé au patient de raconter les différentes étapes de son injection, en insistant sur certains points essentiels : lieux d'injection, réalisation d'une purge, durée pendant laquelle le patient laisse l'aiguille dans la peau... Même si cette évaluation n'était que partielle, plusieurs problèmes dans la technique d'injection ont été mis en évidence. Dans un but d'optimisation de l'évaluation de la technique d'injection, il serait intéressant que les officines disposent de « kits de démonstration » proposant des stylos contenant du placebo et des dispositifs mimant la peau, sur lesquels les patients pourraient réaliser les injections. Laisser le patient manipuler lui-même est essentiel à la compréhension de la technique. Le matériel de démonstration est par conséquent un outil indispensable non seulement à l'apprentissage des différentes étapes de l'injection de l'insuline, mais aussi à l'évaluation de la maîtrise de la technique (dans la mesure où l'on peut observer effectivement comment le patient procède). L'efficacité de l'insulinothérapie dépendant également des sites d'injection, le pharmacien devrait vérifier auprès du patient que ceux-ci sont adaptés aux types d'insuline utilisés et qu'il n'existe pas de lipodystrophies dans lesquelles le patient réalise les injections. Il est enfin indispensable d'informer le patient des conditions de conservation de l'insuline, notamment en cas de déplacement. Le pharmacien peut par exemple proposer au patient qui voyage des kits permettant de stocker l'insuline (pochettes isothermes,...).

Ces observations s'appliquent de même au glucagon (GLUCAGEN®). Pour former le patient à la technique d'injection, il serait intéressant que le pharmacien dispose de matériel de démonstration. De plus, l'injection de glucagon devant être réalisée en situation d'urgence, lorsque le patient est inconscient, il est capital que son entourage sache dans quelles circonstances et comment l'utiliser. Dans ce cas, il serait pertinent d'envisager un moment dédié à l'officine au cours duquel le patient viendrait accompagné d'une personne de son

entourage, afin qu'ils puissent ensemble apprendre l'intérêt et les modalités d'utilisation du glucagon.

2.2.2.2. Soins des pieds

Le pharmacien a dans ce domaine un rôle de prévention. En effet, il dispense de nombreux produits destinés à l'entretien des pieds. Il est donc en mesure de donner des recommandations pratiques aux patients diabétiques concernant le soin de leurs pieds, et de leur conseiller des produits adaptés (par exemple des matériaux non blessants, et des produits de soins non corrosifs). Il doit pour cela s'enquérir d'une part des informations déjà reçues par les patients, d'autre part des pratiques de ces derniers, afin de leur proposer des conseils adaptés et personnalisés. Le pharmacien peut également être sollicité en cas d'affections des pieds : cors, plaie... Les entretiens avec les patients doivent permettre de détecter ces affections. Durant les entretiens, elles sont apparues très fréquentes, sans que les patients ne soient d'ailleurs toujours conscients de leurs dangers potentiels (à l'exemple de la corne qui peut cacher une plaie sous-jacente). Dans ce cas, il convient de diriger le patient vers le professionnel adapté. Cela peut être le podologue ou le médecin diabétologue, en fonction du type et de la gravité de l'affection. Pour cela, le pharmacien doit avoir auparavant identifié dans son territoire les professionnels de santé relais, et élaboré avec eux des stratégies face aux affections mises en évidence. Cela implique une formation du personnel pharmaceutique concernant le pied diabétique. Il convient de définir au préalable les outils pouvant être utilisés (courriers, mails, appels téléphoniques...) pour faciliter la communication et la transmission d'informations entre les professionnels de santé et auprès des patients. Lorsque le pharmacien propose une consultation auprès d'un podologue - pour un patient présentant de la corne au niveau des pieds, ou ayant des difficultés pour réaliser des soins de pieds quotidiens - il a besoin de connaître les podologues de son territoire ayant eu une formation spécifique permettant de dispenser des soins aux patients diabétiques présentant des plaies de grades 2 et 3¹³³. Pour ce faire, le réseau Dromardiab met à disposition de ses membres une liste des professionnels ayant cet agrément.

2.3. Identification et prise en compte des difficultés vécues par les patients

Un temps d'entretien avec le patient semble indispensable afin de lui permettre d'exprimer les difficultés qu'il rencontre au quotidien et de raconter son vécu avec la maladie et les traitements, dans le but de lui proposer des actions adaptées et personnalisées. Il est apparu que la population ayant participé aux entretiens ne recherche en général pas de la connaissance « pure », mais est davantage demandeuse de conseils pratiques, de « trucs et astuces » pour gérer la maladie et les traitements dans la vie de tous les jours. D'ailleurs, l'une des problématiques largement mise en évidence est relative à la mise en application au quotidien des différents aspects de la prise en charge du diabète.

2.3.1. Compréhension des préoccupations des patients

Durant le face à face entre le patient et le pharmacien, la posture du pharmacien et sa qualité d'écoute vont permettre au patient d'exprimer ses préoccupations, ses peurs, son vécu, ses émotions face à la maladie et à ses traitements. Le pharmacien va les identifier et les analyser afin d'en comprendre les origines. Cela lui permettra de proposer au patient des informations et des stratégies d'actions adaptées et personnalisées. Par exemple, le patient peut exprimer sa peur de l'insuline. Le pharmacien explorera les raisons de cette peur et pourra à partir des éléments apportés par le patient envisager avec lui des actions en conséquence.

Concernant la limitation du remboursement des bandelettes pour certaines populations, le pharmacien peut faire un bilan de la situation avec le patient : quelle est la fréquence actuelle des contrôles, comment le patient utilise-t-il les valeurs mesurées, le diabète est-il équilibré en ce moment ? Selon le contexte, il est possible de modifier la fréquence des contrôles, d'informer si nécessaire le patient qu'il est malgré tout possible d'acheter soi-même les bandelettes. Le pharmacien peut également contacter le médecin pour faire le point sur la situation du patient et sur les possibilités envisagées dans ce contexte.

2.3.2. Gestion des situations de crise

Le pharmacien d'officine est un professionnel de santé facile d'accès : aucun rendez-vous n'est nécessaire, les amplitudes horaires des officines sont élevées. De plus, les patients chroniques se rendent à la pharmacie une fois par mois pour le renouvellement de leur ordonnance, alors qu'ils consultent leur médecin en général tous les trois mois. Le pharmacien occupe donc une place idéale pour le suivi du patient diabétique, surtout lors de la survenue d'événements se produisant entre les consultations médicales. Il peut s'agir par exemple d'un patient qui s'inquiète de glycémies trop élevées. S'il s'agit d'une hyperglycémie isolée, suite à un repas copieux par exemple, le pharmacien pourra rassurer le patient : cette situation ne présente aucun critère de gravité, une surveillance des glycémies peut être proposée pour vérifier que les glycémies suivantes retrouvent progressivement les valeurs habituelles. En revanche, en cas d'hyperglycémie prolongée, le pharmacien peut proposer au patient de prendre un rendez-vous avec son médecin afin de refaire un point sur la prise en charge de son diabète. Le pharmacien peut aussi évoquer la gestion des situations d'hyperglycémie à l'occasion de la dispensation des bandelettes urinaires, a fortiori lorsque le patient décide de ne pas les renouveler.

Il paraît également pertinent et réalisable de demander au patient, lors du renouvellement de l'ordonnance, ses derniers résultats d'hémoglobine glyquée. En effet, il arrive fréquemment que cette analyse soit effectuée après la consultation médicale, et ne soit donc exploitée que lors du prochain rendez-vous, même si le résultat montre une évolution du déséquilibre du diabète. En ayant accès à ces valeurs, le pharmacien peut permettre une prise en charge plus précoce des patients, en proposant un suivi plus rapproché avec le médecin dans les périodes de déséquilibre. Il peut aussi utiliser la cinétique des valeurs d'hémoglobine glyquée pour valoriser les actions du patient et soutenir son implication et sa motivation dans sa prise en charge.

2.3.3. Proposition de stratégies destinées à favoriser la gestion des médicaments au quotidien

Diverses stratégies peuvent être proposées aux patients présentant des problèmes liés à la gestion de leurs médicaments au quotidien.

2.3.3.1. Plan de prise

Le plan de prise (présenté en Annexe 16) est un outil de synthèse pratique et intéressant, qui permet de répondre à plusieurs problématiques.

○ Princeps / générique

La première case du tableau, où l'on note le nom du médicament, permet de clarifier la situation, afin que le patient ne soit pas perdu entre les princeps prescrits sur l'ordonnance et les génériques qui lui sont dispensés. Ainsi, lorsqu'un médicament est substitué, il s'agit de noter dans la case « médicament » le nom du princeps et le nom du générique lui correspondant.

○ Indications des médicaments

Nombreux sont les patients pensant qu'ils prennent trop de médicaments. De plus, les résultats de cette étude montrent que la moitié des patients ne connaissent pas les indications de l'ensemble de leur traitement médicamenteux. Si la majorité identifie parfaitement les médicaments antidiabétiques, la méconnaissance des indications porte majoritairement sur les traitements des pathologies associées : pathologies cardio-vasculaires et dyslipidémies. Cette méconnaissance peut expliquer une incompréhension des enjeux de ces thérapeutiques et de leur bénéfice potentiel, ce qui peut renforcer le sentiment que ces médicaments sont inutiles et prescrits en trop grand nombre. Il semble intéressant d'explorer finement les représentations de ces médicaments « hors diabète » avec les patients et d'évoquer avec eux, si besoin, leur intérêt et leur rôle. Cela pourra améliorer l'adhésion au traitement médicamenteux « complet », ce qui permettra d'optimiser leur efficacité en termes de prévention et de traitement de la microangiopathie et de la macroangiopathie diabétiques. Le plan de prise, avec la case « Rôle du médicament », peut donc permettre, en cas de besoin, de récapituler le rôle de chaque médicament avec le patient.

○ Posologies

Le plan de prise permet également de clarifier les posologies, en présentant trois cases séparées pour les prises du matin, du midi et du soir (voire une case supplémentaire si prise au coucher). Les horaires sont personnalisés pour chaque patient en fonction de son rythme de vie, de ses horaires de travail, des horaires du week-end... Cette partie du plan de prise

permet d'adapter finement la gestion des médicaments au quotidien, d'évoquer différentes situations de vie pouvant poser problème pour la prise des médicaments, et de réfléchir avec le patient aux stratégies pour les gérer (invitations au restaurant, départ en vacances, changement d'horaires de travail, gestion d'un oubli de prise...).

- **Conseils relatifs aux médicaments**

La dernière case du tableau, « Conseils », permet de récapituler les caractéristiques essentielles de chaque médicament, telles les modalités de prise (exemple : prendre la metformine au milieu ou à la fin du repas), les précautions à prendre pour prévenir et/ou gérer un effet indésirable (exemple : ne pas sauter de repas lorsque l'on est sous sulfamide hypoglycémiant), et toutes informations utiles pour le patient dans la gestion de ses médicaments. Cet espace permet de noter les points clés abordés avec le patient durant l'entretien pharmaceutique et d'en faire une synthèse utilisable en pratique au quotidien par le patient.

2.3.3.2. Semainier

Le semainier est un outil grâce auquel le patient prépare à l'avance ses médicaments pour une semaine. Il peut contribuer à l'amélioration de l'observance. Ainsi, il peut faciliter la gestion des médicaments, surtout si leur nombre est élevé et que le patient présente des difficultés d'organisation. Le semainier peut également permettre de pallier aux pannes de médicaments : en les préparant à l'avance, le patient peut mieux évaluer ce qui lui reste, et planifier les renouvellements de façon à ne pas être pris de cours. Cet outil peut aussi être une aide à la mémorisation des prises : en effet, s'il a un doute, le patient peut vérifier si le médicament a été pris.

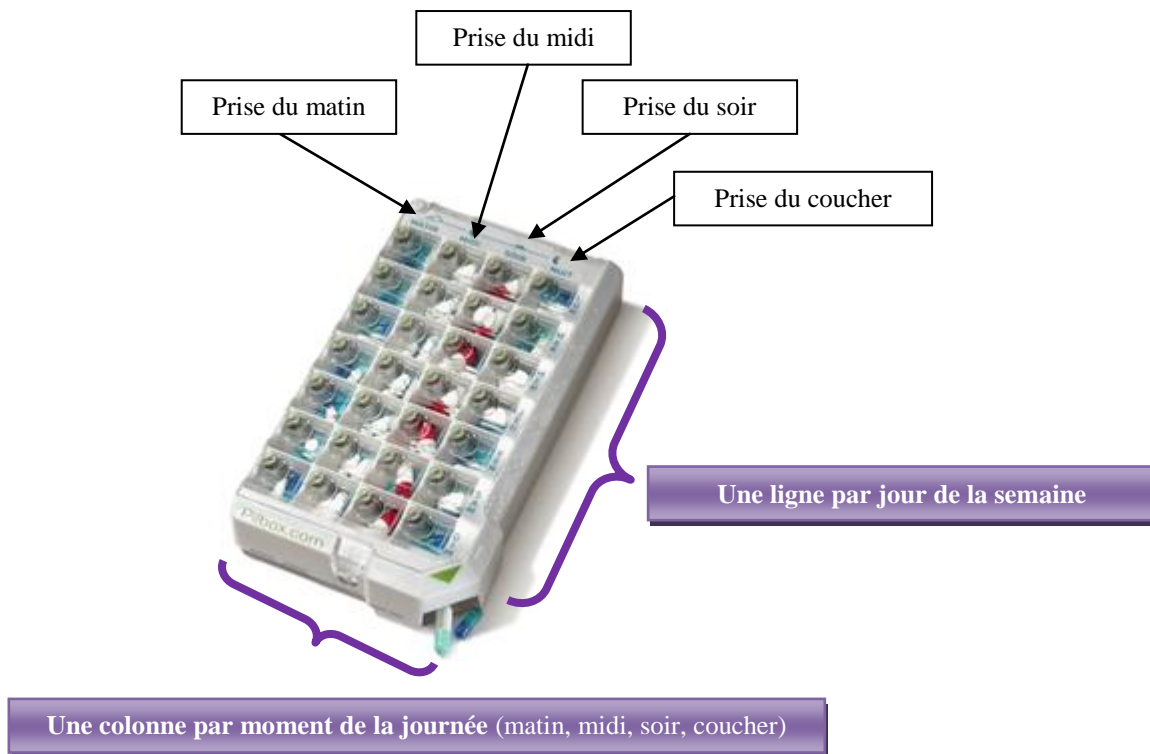


Figure 16 : Exemple d'un semainier : PILBOX Classic®

Enfin, les déplacements hors du domicile étant source d'oubli de prise, le pharmacien peut proposer aux patients des dispositifs peu encombrants leur permettant d'emporter leur traitement à la journée, tels un pilulier journalier ou un semainier modulaire. En effet, certains patients ne souhaitent pas préparer leurs médicaments une semaine à l'avance, car d'autres stratégies qui fonctionnent ont été mises en place au domicile (comme par exemple le rangement des boîtes dans un panier dédié). Par contre, ces patients recherchent des supports leur permettant de transporter leurs médicaments quand ils se déplacent ou répondent à différentes invitations dans la journée.

Il s'agit dans tous les cas de choisir le modèle qui sera le plus adapté aux besoins du patient, et à ses éventuelles difficultés (problèmes de vue, ...).



- **Pilulier journalier** destiné à la prise quotidienne
- **4 cases pour 4 prises** (matin, midi, soir, coucher)

Figure 17 : Exemple d'un pilulier journalier : PILBOX Daily®



- **Pilulier semainier et modulaire**
7 modules et 4 cases par module
- **1 module correspond à une journée de traitement**
- **Possibilité d'emporter son traitement à la journée**
Le patient emmène le module correspondant au jour où il est en déplacement

Figure 18 : Exemple d'un semainier modulaire : PILBOX Liberty®

2.3.3.3. Astuces de prise

Quand les patients ont tendance à oublier de prendre leurs médicaments, il s'agit d'explorer avec eux leurs habitudes de vie, afin d'identifier des moyens leur permettant d'intégrer les prises dans leur quotidien.

Le pharmacien peut ainsi demander au patient de rechercher des situations du quotidien auxquelles il pourrait associer les prises de médicaments, afin de créer des automatismes. Par exemple, si un patient doit prendre ses médicaments le matin et a l'habitude de petit-déjeuner, il peut placer ses médicaments à côté du bol qu'il utilise tous les matins.

Néanmoins, les résultats des entretiens montrent que la plupart des patients mettent déjà en place des trucs et astuces au quotidien afin de penser à prendre leurs médicaments. Pour ces patients, il serait intéressant de travailler sur des mises en situation qui les sortent de leurs habitudes. En construisant avec le patient des situations emblématiques, le pharmacien peut lui apprendre à anticiper et à réagir face à ces situations. Cela permet au patient d'optimiser ses compétences et de ritualiser des actions préventives.

Pour favoriser l'observance, il est de même indispensable d'adapter le plan de prise au mode de vie du patient. Il peut être plus pratique pour certains patients de regrouper les prises à un seul moment de la journée, quand cela est possible.

3. Mise en pratique d'une proposition de suivi pharmaceutique des patients diabétiques de type 2 à l'officine : quelle faisabilité ?

A partir des observations issues de cette expérimentation se pose la question de l'intégration du suivi pharmaceutique du patient diabétique de type 2 dans la pratique courante de l'officine. Quels points forts, mais également quelles limites ont été mis en évidence ? Quelles possibilités envisager pour optimiser ce type de suivi ?

L'adhésion des patients au suivi pharmaceutique est évidemment indispensable à son intégration dans la pratique courante de l'officine. L'étude de la faisabilité de cette proposition de suivi pharmaceutique a donc commencé par l'analyse du retour des patients. Puis les données relatives à l'organisation du suivi au sein de l'officine ont été étudiées.

3.1. Adhésion des patients au suivi pharmaceutique

Les patients diabétiques de type 2 ont semblé intéressés par un suivi pharmaceutique personnalisé, puisque les trois quarts des patients sollicités l'ont accepté.

Autant d'hommes que de femmes ont accepté le suivi ; les personnes l'ayant refusé sont plutôt des hommes. Par contre, l'âge ne semble pas entrer en ligne de compte dans la décision du patient.

Le suivi a plutôt tendance à être accepté lorsqu'il est proposé directement aux patients ou à leur conjoint, quand ils viennent à la pharmacie chercher leurs médicaments. Cela met en lumière l'importance du lien qui se crée au moment de la présentation de l'offre. Il est plus facile pour le pharmacien de faire percevoir l'intérêt du suivi pharmaceutique directement au patient ou à son conjoint.

Les patients ayant accepté le suivi ont tendance à avoir un nombre de médicaments plus élevé que ceux l'ayant refusé ; ils ont également un traitement antidiabétique plus important. Cette donnée met en évidence le fait que les patients polymédiqués seraient plus sensibles à une proposition de suivi pharmaceutique, et en percevraient plus facilement l'intérêt.

Cependant, il convient de relativiser ce taux d'acceptation élevé. La plupart des patients ayant accepté cette expérimentation de suivi pharmaceutique personnalisé qu'ils ne connaissaient pas l'ont fait dans une perspective de participation et d'aide à un travail de recherche. L'un d'entre eux a accepté de réaliser un entretien après son hospitalisation en service de diabétologie, car son traitement allait être réévalué lors de ce séjour et il avait besoin de faire un point à sa sortie. Une autre patiente a quant à elle perçu l'intérêt d'un entretien car cela lui permettait de faire le point sur les nouveaux médicaments antidiabétiques que venait de lui prescrire son médecin, et dont elle craignait les effets indésirables.

Les patients ayant refusé la proposition de suivi ont tendance à minimiser leur diabète. Invoquant des résultats biologiques dépassant de peu la normale, ils ne considèrent pas le diabète comme une pathologie préoccupante. Certains ont déclaré avoir d'autres problèmes qui leur tiennent à cœur. D'autres patients ont dit ne pas être intéressés par le suivi sans que les raisons de ce désintérêt soient explicitées. L'épouse d'un patient a évoqué le fait que la forme d'entretien individuel peut s'avérer intimidante et qu'elle aurait souhaité des séances collectives, bien que dans la majorité des cas les patients préfèrent des entretiens individuels. En effet, l'étude Entred a montré que 29% des patients diabétiques de type 2 souhaiteraient bénéficier d'entretiens approfondis avec un médecin ou un autre professionnel de santé sur la gestion du diabète et sur son traitement ; seulement 11 % préféreraient une éducation collective¹¹⁸.

Ces différentes réactions témoignent d'un manque de connaissance, de la part des patients, des possibilités d'action des pharmaciens dans la prise en charge de leur pathologie. Il est possible que cette méconnaissance s'explique en partie par un manque de communication du pharmacien sur son rôle dans la prise en charge des patients souffrant d'une maladie chronique, et sur les offres d'informations, de suivi, d'éducation qu'il peut proposer aux patients. Généralement, les patients ne sont pas conscients de ce que les pharmaciens peuvent leur apporter en dehors de la dispensation des médicaments. Par conséquent, leurs attentes semblent limitées à la simple « délivrance » des médicaments,

assortie de quelques conseils¹⁴¹. Le pharmacien semble plus, selon l'expression de certains patients, rattaché à la « gestion de la petite pathologie »¹⁴².

Cependant, suite aux entretiens, les patients ont pris conscience de ce que peut leur apporter le pharmacien. Ils ont eu l'impression que l'échange avec ce professionnel de santé peut leur apporter des informations qu'ils ignoraient et qui seront utiles à la gestion de leur pathologie. Les notions auxquelles les patients ont paru porter le plus d'intérêt relevaient en premier lieu du domaine des médicaments : leurs modalités de prise (par l'intermédiaire du plan de prise), la prévention et la gestion de leurs effets indésirables (troubles digestifs sous metformine, hypoglycémies sous insuline ou antidiabétiques oraux hypoglycémifiants). Les échanges concernant les soins des pieds, les techniques d'injection de l'insuline (notamment l'adaptation du lieu d'injection au type d'insuline) et d'autosurveillance glycémique (par exemple « où piquer les doigts ») ont également été appréciés par les patients. L'aspect relationnel revêt une importance particulière. Un patient a ainsi mis l'accent sur le fait que le pharmacien, étant le professionnel de santé avec qui il est le plus souvent en contact, est particulièrement bien placé pour l'aider à gérer les problèmes qui surviennent au quotidien. Un autre patient a souligné à quel point il estime les conseils que les pharmaciens lui prodiguent lors de la dispensation de ses médicaments ou lorsqu'il demande leur avis. Pour lui, cela signifie que le pharmacien agit d'abord dans l'intérêt du patient.

Afin de favoriser l'adhésion au suivi pharmaceutique, il paraît donc primordial de travailler sur la représentation qu'ont les patients du pharmacien d'officine. Dans ce but, la posture d'écoute du pharmacien jouera un rôle déterminant lors de la proposition du suivi pharmaceutique. Ce contact permettra aux patients de prendre conscience que le pharmacien peut les aider, les soutenir, et leur proposer des actions pour optimiser la gestion de leur maladie, de leurs traitements au quotidien, et pour intégrer ces comportements à leurs activités, leurs projets,... Il s'agit donc de faire connaître aux patients les possibilités d'action du pharmacien, en leur expliquant les activités qu'il peut leur proposer, tout en les adaptant à leurs besoins spécifiques.

Implication des proches dans le suivi pharmaceutique

Dans 20 % des cas, les conjoints ont participé au suivi. Deux cas de figure se sont présentés : soit ils étaient très impliqués dans la prise en charge de la pathologie (ils géraient

notamment la prise des médicaments) ; soit l'entretien s'étant déroulé à domicile, ils ont assisté à une partie de l'échange et se sont montrés intéressés. Ainsi l'épouse d'un patient s'est jointe à l'entretien car elle désirait des informations concernant l'alimentation. L'enquête Diabasis a par ailleurs montré le rôle majeur de l'entourage familial comme ressource dans le vécu de la maladie et l'adhésion thérapeutique, ou encore dans l'adoption, la modification et/ou l'adaptation de certains comportements de santé (alimentation, pratique d'une activité physique...) ¹³⁹. Il serait donc pertinent, pour laisser la possibilité aux proches de s'impliquer dans le suivi pharmaceutique, de proposer au patient, s'il le souhaite, de se rendre aux entretiens pharmaceutiques accompagné de son conjoint ou d'une personne de son entourage identifiée comme pouvant être une ressource dans la gestion de la maladie et des traitements.

3.2. Organisation du suivi pharmaceutique

3.2.1. Forme du suivi pharmaceutique

Il semble préférable, suite à cette expérimentation, de proposer au patient un entretien autour du suivi de son diabète durant un temps dédié, avec une prise de rendez-vous ultérieur. En effet, il est délicat d'organiser immédiatement une entrevue quand le patient se présente aux heures de grande affluence à l'officine ; de plus, il peut avoir d'autres projets ce jour-là et ne pas avoir de temps à consacrer à un rendez-vous non prévu. Choisir soigneusement le moment de l'entretien a pour but de s'assurer de l'entière disponibilité des deux interlocuteurs.

Cependant, le suivi tel qu'il a été proposé conduit à des entretiens d'une durée assez longue : 80 % ont duré plus d'une demi-heure. Les thématiques à aborder, définies par le livret d'entretien pharmaceutique, sont nombreuses, surtout si les patients pratiquent l'autosurveillance glycémique et/ou sont sous insulinothérapie. Les problématiques des patients sont également multiples. Se fixer l'objectif de les identifier et de tenter de répondre à quelques-unes au cours du même entretien engendre une quantité d'informations trop importante, tant pour le pharmacien que pour le patient. De plus, cela ne laisse guère le temps d'évaluer la compréhension du patient et de faire le point avec lui sur ce qu'il va pouvoir utiliser pour la gestion de sa pathologie au quotidien.

Face à ce constat, il serait pertinent d'imaginer un suivi se basant sur plusieurs rendez-vous. En effet, le premier temps de l'entretien testé lors de cette expérimentation a pour but de traiter différentes thématiques, de manière à compléter le livret d'entretien pharmaceutique et identifier les problématiques du patient. Le second temps consiste à mettre en œuvre des actions ciblées destinées à répondre à certaines des problématiques négociées avec le patient. Si le patient exprime une problématique spécifique qui peut être abordée directement, ou deux ou trois points ciblés, ces aspects pourront être traités au cours d'un seul entretien. Par contre, si différentes problématiques sont identifiées, il semble pertinent de proposer au patient de convenir d'un ou plusieurs autres rendez-vous. Cela permettrait de prendre le temps de travailler progressivement les différents points identifiés. Le patient pourrait aussi tester, de retour chez lui, les propositions envisagées lors du premier entretien et celles évoquées entre chaque rendez-vous. Cette structuration du suivi permettrait par exemple d'envisager des apprentissages de gestes (utilisation des lecteurs, des stylos) progressifs, de faciliter leur mémorisation, et d'évaluer les compétences acquises par les patients. Des temps d'évaluation des acquis seraient ainsi proposés à la fin de chaque séance, sur des propositions testées par le patient entre deux rendez-vous. De cette manière, le pharmacien pourrait préparer une intervention personnalisée, adaptée aux problématiques identifiées lors de l'entretien précédent¹⁴³. Le nombre de séances proposées s'adapterait aux besoins du patient. Une expérience menée en 2006 sur la faisabilité d'une démarche de suivi éducatif des patients diabétiques de type 2 à l'officine a montré que pour remplir les objectifs fixés avec le patient lors d'une première séance consacrée au diagnostic éducatif, quatre à cinq séances étaient nécessaires¹⁴⁴.

3.2.2. Où réaliser le suivi pharmaceutique

La confidentialité est un des principaux motifs d'attachement des patients à l'officine¹⁴⁵. Disposer d'un espace de confidentialité au sein de l'officine est donc indispensable : il est nécessaire de réaliser les entretiens dans un espace privé, et non directement au comptoir, sauf si celui-ci a été aménagé. En effet, il serait possible d'imaginer un espace aménagé en bout de comptoir, où une affiche indiquerait aux patients qu'ils peuvent ici s'entretenir avec un pharmacien s'ils ont besoin d'informations. Ceci pourrait inciter les patients à solliciter le pharmacien, qui pourrait alors leur proposer le suivi pharmaceutique.

Le pharmacien peut de plus effectuer les entretiens au domicile du patient ; cette pratique présente de nombreux avantages. Cela permet tout d'abord de toucher un plus grand nombre de patients, notamment ceux présentant des difficultés pour se déplacer. De plus, chez lui, le patient est plus à l'aise et en confiance, il parvient à se confier davantage. En outre, cela offre un accès plus facile à tous les éléments du quotidien du patient diabétique : armoire à pharmacie, produits d'automédication, pilulier, boîtes de médicaments... Réaliser ce suivi au domicile du patient demande non seulement une organisation spécifique de l'équipe pharmaceutique, mais aussi de dégager un temps conséquent. En effet, les entretiens à domicile ont duré plus longtemps que ceux réalisés au sein de l'officine.

3.2.3. Evaluation des outils proposés : enseignements de l'expérimentation

Lors de l'élaboration de ce projet de suivi pharmaceutique, plusieurs outils ont été construits pour être utilisés dans la partie « Interventions adaptées aux problématiques du patient » de l'entretien. Cependant, confrontée à la pratique, l'utilisation de ces différents outils n'a pas toujours été celle imaginée.

Le plan de prise s'est révélé très utile dans la gestion de plusieurs problématiques liées au traitement médicamenteux.

L'ensemble des livrets d'information élaborés n'a pas été utilisé lors de l'expérimentation. Le livret le plus utilisé concernait les médicaments du diabète. Ce support a constitué un appui pour le pharmacien lors de la synthèse des caractéristiques essentielles d'un médicament auprès du patient. Il s'est de plus avéré intéressant lors de l'introduction d'un nouveau médicament, et pour traiter les problématiques relatives aux effets indésirables.

Le second livret le plus souvent mobilisé a été celui des « Soins des pieds ». L'avantage de ce livret était de proposer des mesures pratiques aux patients. Il a surtout été utilisé pour les patients n'ayant jamais bénéficié de conseils podologiques.

En troisième position, on retrouve les livrets « Gestion des hypoglycémies » et « Insulinothérapie ». Le livret « Gestion des hypoglycémies » a été sollicité pour les patients sous traitement hypoglycémiant non avisés du risque d'hypoglycémie. Quant au livret

« Insulinothérapie », il a été utilisé pour les patients présentant des problématiques concernant les lieux d'injection.

Enfin, le livret « Alimentation » a été mobilisé, mais plus rarement. En effet, il n'offre que des conseils généraux concernant l'équilibre alimentaire, alors que les patients étaient en recherche de solutions pratiques et concrètes (menus-types, ...).

Par ailleurs, certains livrets n'ont pas été utilisés, comme celui sur l'« Autosurveillance glycémique ». Pourtant plusieurs problématiques identifiées auprès des patients concernaient l'autosurveillance. Ce livret semblerait davantage adapté à des patients pour qui l'on vient d'introduire l'autosurveillance. La majorité des informations qu'il contient concernent la description du matériel et des différentes étapes de la manipulation de l'autopiqueur et du lecteur de glycémie, notions avec lesquelles les patients réalisant déjà l'autosurveillance sont familiarisés. Par ailleurs, les causes de non maîtrise de la technique identifiées au cours de l'étude étaient centrées pour la majorité des patients sur un ou deux points (oubli du lavage des mains avant la mesure ; piqûre des doigts à des endroits inappropriés). Ces points ont donc été revus directement avec le patient, sans utilisation de support comme le livret qui aurait contenu trop d'informations dont le patient n'avait pas besoin. De plus, les dispositifs mis sur le marché étant très divers, il semble plus pertinent pour le pharmacien de se référer aux notices d'utilisation spécifiques de ces appareils lorsqu'il explique leur manipulation au patient ; les étapes décrites dans le livret sont en effet trop générales.

Concernant le suivi du diabète, le principal thème abordé au cours des entretiens était celui de l'hémoglobine glyquée. Par conséquent, utiliser comme support les résultats d'analyses biologiques des patients a semblé plus pertinent qu'un livret traitant de l'ensemble du suivi (biologique et clinique) du patient diabétique de type 2. Les clairances de la créatinine ont également pu être relevées chez plus de la moitié des patients, ce qui a permis de détecter la contre-indication de la metformine chez l'un d'eux. Ceci met en évidence l'importance de sensibiliser les patients à la nécessité de venir à l'officine munis de leurs résultats biologiques, qui ont non seulement un intérêt sur le plan de la validation de l'ordonnance et donc de la sécurité du patient, mais aussi sur le plan pédagogique.

De même, l'usage du livret « Gestion des hyperglycémies » ne s'est pas révélé approprié aux situations rencontrées. Par exemple, la problématique de l'hyperglycémie a été traitée avec un patient qui disait présenter parfois des glycémies supérieures à 2.50 g/l. Cependant, cette problématique ne semblait pas prioritaire pour le patient. D'autres problématiques importantes ont donc été abordées au préalable (introduction récente de l'insulinothérapie, discussion autour du risque d'hypoglycémie...). L'entretien durait depuis plus d'une heure et la quantité d'informations devenait conséquente pour le patient. Il a donc été proposé au patient d'en parler avec son médecin, afin que celui-ci lui définisse une conduite à tenir. Cela semblait d'autant plus pertinent que le patient était sous insuline. Ceci renforce l'intérêt de laisser la possibilité au pharmacien de proposer plusieurs rendez-vous au patient : il aurait pu être envisageable par exemple de traiter cette problématique au cours d'un second entretien.

Le fait que le thème de l'activité physique ne figure pas dans le livret d'entretien pharmaceutique peut expliquer le fait que le livret « Activité physique » n'ait pas été utilisé. Cela signifie aussi que spontanément, les patients évoquent peu cette thématique (deux patients seulement en ont parlé au cours de cette étude). Cependant, l'activité physique faisant partie de la base du traitement du diabète (avec l'alimentation et les médicaments), il serait judicieux de traiter ce thème au cours des entretiens, et donc de l'introduire dans le livret de consultation pharmaceutique. Il serait intéressant de relever les pratiques des patients en termes d'activité physique : pratiquent-ils une activité, laquelle, à quelle fréquence ? Il conviendrait également de noter les difficultés rencontrées par les patients.

Enfin, comme le thème de la physiopathologie du diabète de type 2 n'a pas été évoqué lors des entretiens, nous n'avons pas eu à nous servir du livret « Mieux comprendre le diabète ». Ceci montre que les patients ne sont pas en demande d'informations concernant les mécanismes du diabète, du moins auprès du pharmacien.

Il convient en outre de souligner que les livrets d'information sur le diabète élaborés pour le suivi ont été validés seulement par des professionnels de santé. Or il aurait été indispensable d'impliquer également les patients dans la production de ces outils, ce qui n'a pas été fait lors de cette étude. Une expérimentation portant sur la validation de ces livrets par des patients serait donc à envisager.

3.2.4. Conditions nécessaires à la réalisation du suivi pharmaceutique

La prise d'un rendez-vous pour un entretien nécessite de connaître les plages horaires adaptées pour le patient et pour l'équipe pharmaceutique. Tout d'abord, il convient de choisir de préférence un moment de la journée où l'affluence n'est pas trop importante dans l'officine ; dans cette étude, il s'agissait du début de l'après-midi. Ensuite, le personnel doit être présent en nombre suffisant, pour que l'ensemble des activités de l'officine puissent être réalisées en prenant en compte l'indisponibilité momentanée de l'un des collaborateurs. De plus, les entretiens étant réalisés par un pharmacien, cela nécessite que le jour du rendez-vous au moins deux pharmaciens soient présents au sein de l'officine, afin qu'il y ait toujours une présence pharmaceutique au comptoir. Ces conditions ne sont pas toujours évidentes à réunir, surtout dans les officines de petite taille, où l'équipe n'est pas très nombreuse, et où il n'y a souvent qu'un seul pharmacien présent. Ceci pose la question de l'implication des préparateurs en pharmacie dans cette démarche, de leur rôle et de leur formation. L'intégration d'un suivi pharmaceutique dans la pratique courante nécessite donc une organisation spécifique du milieu officinal, ainsi qu'une formation de l'équipe officinale¹⁴⁴.

4. Relations interprofessionnelles

4.1. Communication d'informations concernant un patient entre les différents professionnels de santé : dans quel cadre ?

La prise en charge du diabète nécessite une concertation entre les différents professionnels concernés : médecin, pharmacien, infirmier, diététicien, podologue... Ce caractère multiprofessionnel représente une richesse mais nécessite une harmonisation des messages donnés aux patients, afin de garantir une cohérence dans la prise en charge.

La communication entre le médecin et le pharmacien revêt une importance capitale. Certaines données du dossier médical du patient sont indispensables au pharmacien, tels les différentes pathologies du patient, les antécédents d'allergies médicamenteuses, les modifications des traitements... De même, le pharmacien peut recueillir des informations essentielles pour le médecin, comme l'existence d'effets indésirables dus aux médicaments, l'observance du patient... Ce partage nécessaire d'informations pose la question du secret professionnel. Celui-ci est ainsi défini dans l'article L1110-4 du Code de la Santé Publique¹⁴⁶ :

« Toute personne prise en charge par un professionnel [...] a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé [...]. Il s'impose à tout professionnel de santé [...].

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible.[...]. »

L'échange entre professionnels de santé d'informations relatives à un patient nécessite donc de tenir compte des règles régissant le secret professionnel. Cela est possible si le patient donne son accord et si les professionnels sont impliqués dans la prise en charge de ce patient.

Concernant le pharmacien d'officine, le Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011, relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants, peut apporter un éclairage concernant cette question du secret professionnel¹⁴⁷. Ces missions se déroulent dans le cadre d'un protocole de coopération entre le médecin et le pharmacien correspondant désigné par le patient. Ce pharmacien d'officine peut, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler un traitement chronique et en ajuster la posologie, au vu du bilan de médication qu'il a effectué, selon un rythme et des modalités définis par le protocole. Ce dernier peut également prévoir des bilans de médication effectués par le pharmacien. Ces bilans prévoient notamment l'évaluation de l'observance et de la tolérance du patient, au moyen du recensement des effets indésirables. Le pharmacien recherche également les interactions avec d'autres traitements en cours. Il communique ensuite ce bilan au médecin prescripteur, et l'informe en cas d'ajustement de la posologie d'un médicament. Dans ce contexte, afin d'optimiser la prise en charge d'un patient, il peut donc être envisagé que le pharmacien puisse échanger avec le médecin différents types d'informations, qu'il aura identifiées lors d'un entretien. Cela nécessite l'accord du patient sur le contenu des informations échangées.

La collaboration interprofessionnelle nécessite donc l'implication du patient. Il s'agit d'avertir ce dernier de la possibilité d'une transmission d'informations entre son médecin et son pharmacien, et de recueillir son consentement. Définir précisément les conditions de cet échange de données paraît également incontournable. Cela pourrait prendre la forme d'une charte entre les patients et les professionnels de santé concernés. De plus, le patient pourrait être impliqué lui-même dans cette transmission d'informations en étant « détenteur » des informations le concernant sous la forme d'un classeur dans lequel chaque professionnel insèrerait ses documents. Le patient disposerait de ce classeur pour informer les professionnels qu'il rencontre dans son parcours de soins. Cette méthode a par exemple été mise en place au sein du réseau RESIC 38 (RESeau des Insuffisants Cardiaques de l'Isère). Chaque patient dispose ainsi d'un « carnet de vie », dans lequel chaque intervenant en contact avec le patient peut communiquer ses consignes et ses observations sur l'état du patient et de son environnement¹⁴⁸.

Le retour aux médecins du territoire des résultats de cette première expérience est indispensable et reste encore à mettre en œuvre. Dans un premier temps, une synthèse des résultats de cette expérimentation est envisagée sous la forme d'une rencontre conviviale entre les pharmaciens et les médecins généralistes du village. Le but est d'échanger sur les résultats de l'étude, et de discuter des modalités de communication entre le pharmacien et le médecin. Une réflexion autour de cette problématique a par ailleurs déjà commencé avec les professionnels du réseau Dromardiab (infirmière, diabétologue, pharmacien d'officine, pharmacien hospitalier). Au cours de cet échange, plusieurs propositions ont été discutées et pourront servir de base pour lancer la discussion avec les médecins généralistes.

La même démarche pourrait être envisagée avec les autres professionnels de santé du territoire (infirmiers, diététiciens, podologues...) pour réfléchir à des modalités de communication possibles.

4.2. Mise en place d'une communication médecin-pharmacien : quels outils utiliser ?

4.2.1. Compte-rendu de l'entretien pharmaceutique

Une trace du suivi devra tout d'abord être envisagée au sein de l'officine (par exemple dans le dossier patient). Un compte-rendu de chaque séance pourrait être transmis au médecin traitant après accord du patient. Pour cela, il faudrait ajouter à la fin du livret d'entretien pharmaceutique une fiche permettant la rédaction d'un compte-rendu à destination du médecin du patient. Le pharmacien y retranscrirait les problématiques qu'il a décelées ou qui ont été exprimées par le patient, ainsi que toute donnée qui lui paraîtrait importante à transmettre au médecin. Dans le souci du secret professionnel, le recueil préalable de l'accord du patient au sujet de ce partage d'informations le concernant est indispensable, ainsi que la validation avec le patient du contenu des informations avant transmission. A partir des enseignements de l'expérimentation, une nouvelle version du livret d'entretien

pharmaceutique a été élaborée. Cette version, disponible en Annexe 18, inclut les modifications envisagées précédemment : introduction du thème « Activité physique » et d'une fiche destinée à la rédaction d'un compte-rendu de l'entretien à l'intention du médecin.

Il faudrait au préalable convenir ensemble (pharmacien, médecin, patient) des modalités de transmission de ce compte-rendu : mail, fax, courrier, ou remise du compte-rendu au patient, qui le remettrait à son médecin lors de la prochaine consultation.

Concernant les autres professionnels de santé impliqués dans le parcours de soins, selon les thématiques abordées, le compte-rendu pourrait être remis au patient qui serait libre de transmettre ces informations aux soignants concernés.

4.2.2. Ordonnance

L'ordonnance pourrait constituer un outil simple de communication entre le médecin et le pharmacien. Le médecin la rédigerait de telle manière que les modifications des traitements y seraient visibles par le pharmacien et le patient lui-même.

Par exemple :

Metformine 500 mg

1 comprimé matin et soir

Arrêt du CoAprovel 150mg/12.5mg : remplacé par CoAprovel 300mg/25mg

1 comprimé le matin

Kardegic 75 mg

1 sachet à midi

De même, le pharmacien pourrait faire figurer sur l'ordonnance certaines observations en lien avec des événements vécus par le patient avec ses médicaments, comme par exemple l'apparition d'effets indésirables. Le médecin pourrait ainsi visualiser facilement ces événements lors de la prochaine consultation, et adapter éventuellement sa stratégie thérapeutique. Cette proposition n'est évidemment envisageable que pour les problématiques ne présentant pas de caractère d'urgence, et qui peuvent donc attendre d'être traitées lors de la prochaine consultation avec le médecin.

4.2.3. Plan de prise

L'utilisation du plan de prise pourrait également permettre de transmettre au médecin les informations de manière constructive. Il pourrait être agrafé à l'ordonnance et/ou transmis par mail au médecin, afin qu'il puisse visualiser les modalités de gestion des médicaments envisagées avec le patient et les stratégies mises en place face à des difficultés d'observance par exemple. Il serait important de réactualiser ce plan de prise régulièrement en fonction des modifications du traitement prescrit. Cette réactualisation pourrait être réalisée par le médecin, le pharmacien et/ou le patient.

Cependant, si le pharmacien identifie un effet indésirable ou un défaut d'observance ayant un impact direct sur l'efficacité du traitement ou la sécurité du patient, il doit immédiatement avertir le médecin. Le pharmacien doit donc faire prendre conscience au patient de l'intérêt de cette démarche, et négocier avec lui ce contact avec son médecin. Les modalités de communication seront à définir au préalable avec le médecin : appel téléphonique, fax, mail...

Par exemple :

Lors d'un entretien pharmaceutique, un patient déclare : « *J'oublie souvent de prendre mon KARDEGIC®* »

Dans cette situation, il est important que le pharmacien travaille avec le patient sur les causes de ce problème d'observance. Ceci est un point incontournable du suivi pharmaceutique.

Lorsque l'on demande au patient les raisons de ces oublis de prises, il explique :

« Ce médicament est le seul que je prends à midi ; en plus, le midi, je déjeune sur mon lieu de travail. J'ai donc tendance à souvent oublier de prendre mon médicament. »

Le pharmacien peut gérer le problème d'observance avec le patient, en lui proposant de prendre ce médicament le matin, avec ses autres traitements. Le pharmacien établit par la suite un plan de prise, dans lequel il précise que le KARDEGIC® sera pris le matin afin de favoriser l'observance, car le patient a des difficultés à le prendre le midi. Ce plan de prise est ensuite agrafé avec l'ordonnance, de sorte que le médecin pourra visualiser le problème mis en évidence et la stratégie testée lors de la prochaine consultation. Le pharmacien pourra, de plus, contacter le médecin après accord du patient pour l'informer du plan de prise mis en place, afin que le médecin puisse le noter en avance pour la prochaine consultation.

5. Synthèse de la discussion

Les tableaux et figures suivants proposent une synthèse :

- Des interventions que peut mettre en place le pharmacien d'officine en réponse aux problématiques des patients identifiées lors des entretiens
 - De l'analyse de la faisabilité du suivi pharmaceutique des patients diabétiques de type 2 dans le cadre de l'officine
 - De l'optimisation du suivi pharmaceutique suite aux apports de l'expérience
- **Besoins des patients diabétiques de type 2 identifiés au cours des entretiens / interventions possibles du pharmacien d'officine en réponse à ces besoins**

Besoin patient : Sécurisation face à des situations et/ou comportements à risques

Problématiques identifiées par le pharmacien	Actions possibles du pharmacien
Risques liés à l'automédication	<ul style="list-style-type: none">- Encadrer la pratique de l'automédication- Sensibiliser le patient aux risques
Risques liés aux allergies médicamenteuses / aux effets indésirables des médicaments	<ul style="list-style-type: none">- Consigner dans le dossier informatique des patients les antécédents d'événements iatrogènes- Apprendre aux patients à reconnaître, gérer et prévenir les effets indésirables dus à leurs médicaments.
Difficultés d'observance	<ul style="list-style-type: none">- Détecter les problèmes d'observance- Réaliser un entretien avec le patient pour en explorer les causes- Construire avec le patient une stratégie personnalisée pouvant aider à favoriser son adhésion

Besoin patient : Transmission d'informations et expérimentation des gestes techniques relatifs aux différents aspects de la prise en charge du diabète

Problématiques identifiées par le pharmacien	Actions possibles du pharmacien
Désir d'information exprimé par le patient	<ul style="list-style-type: none">- Identifier les thèmes sur lesquels le patient désire des informations- Informer le patient ou l'orienter vers les professionnels adaptés en fonction des besoins exprimés
Utilisation de sources d'information qui ne sont pas toujours pertinentes	<ul style="list-style-type: none">- Orienter le patient vers des sources d'information et/ou d'éducation pertinentes (supports écrits validés, sites internet d'associations officielles...)
Peu de patients concernés par un programme structuré d'éducation thérapeutique	<ul style="list-style-type: none">- Informer sur l'existence des réseaux diabète et des associations de patients. Si le patient a envie de participer, soutenir la démarche (faire le lien)
Réseaux diabète mal connus	
Défauts dans l'accomplissement des gestes techniques de l'autosurveillance glycémique et de l'insulinothérapie	<ul style="list-style-type: none">- Former le patient à l'utilisation de ces dispositifs lors de la première délivrance- Evaluer régulièrement la maîtrise de la technique par le patient ; si nécessaire, reprendre avec le patient certains points pour optimiser les gestes
Difficultés à interpréter les résultats de l'autosurveillance glycémique	<ul style="list-style-type: none">- Vérifier que le médecin a remis au patient un document écrit décrivant les valeurs cibles de glycémies, ainsi que les conduites à tenir pour gérer les glycémies situées hors de ces valeurs cibles (hyperglycémies, hypoglycémies)
<ul style="list-style-type: none">- Méconnaissance des objectifs glycémiques- Difficultés à reconnaître, prévenir et gérer les situations d'hypo et d'hyperglycémie	<ul style="list-style-type: none">- Reprendre si besoin ces informations avec le patient- Inciter le patient à relever ses valeurs dans un carnet d'autosurveillance ou un autre support
<ul style="list-style-type: none">- Méconnaissance des mesures relatives aux soins des pieds- Difficultés à identifier les situations à risque (présence de corne, d'affections des pieds...)	<ul style="list-style-type: none">- Penser à aborder avec le patient diabétique la thématique des soins des pieds pour connaître ses représentations, ses connaissances, ses actions actuelles- Echanger avec le patient sur les recommandations pratiques concernant les soins des pieds- Identifier les situations à risque et en cas de besoin diriger le patient vers les professionnels adaptés (podologue, médecin généraliste)

Besoin patient : Identification et prise en compte des difficultés vécues

Problématiques identifiées par le pharmacien	Actions possibles du pharmacien
Préoccupations Exemple : peur de l'instauration d'une insulinothérapie	<ul style="list-style-type: none">- Comprendre les origines des craintes du patient en identifiant ses représentations et ses croyances- Apporter de nouvelles connaissances en s'appuyant sur celles du patient et élaborer avec lui des stratégies d'actions adaptées et personnalisées
Situations de crises Exemple : inquiétude du patient face à des glycémies trop élevées	<ul style="list-style-type: none">- Hyperglycémie isolée : gestion par le pharmacien (rassurer le patient ; lui proposer de vérifier que les glycémies suivantes retrouvent les valeurs habituelles)- Hyperglycémie prolongée : orientation du patient vers son médecin
Difficultés pour mettre en application au quotidien les différents aspects de la prise en charge du diabète Exemple : gestion des médicaments	<ul style="list-style-type: none">- Identifier et tester des stratégies d'actions possibles destinées à favoriser la gestion des médicaments au quotidien : plan de prise, piluliers, astuces de prise

Tableau 39 : Actions possibles du pharmacien d'officine par rapport aux problématiques des patients diabétiques de type 2 identifiées lors des entretiens

- **Analyse de la faisabilité du suivi pharmaceutique personnalisé, et propositions d'améliorations**

Points forts	Limites, contraintes	Propositions d'amélioration du suivi
Adhésion des patients au suivi pharmaceutique personnalisé		
<ul style="list-style-type: none"> - Proposition du suivi directement au patient ou à son conjoint - Patients polymédiqués - Volonté du patient de faire le point sur ses médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> - Minimisation de la pathologie par les patients - Méconnaissance des possibilités d'action du pharmacien dans la prise en charge du diabète 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la communication avec le patient lors de la proposition du suivi pharmaceutique → Le pharmacien : un professionnel à l'écoute du patient → Possibilités d'action du pharmacien - Favoriser l'implication des proches des patients

Points forts	Limites, contraintes	Propositions d'amélioration du suivi
Organisation du suivi pharmaceutique personnalisé		
Prise d'un rendez-vous ultérieur pour l'entretien : permet de s'assurer de la disponibilité du patient et du pharmacien	Nombre de thématiques à aborder important : difficile, au cours d'un seul entretien, d'identifier les problématiques du patient, d'y répondre, et d'évaluer la compréhension du patient	Possibilité de proposer aux patients plusieurs entretiens pour rentrer dans un processus de suivi structuré
<p>- Déroulement des entretiens au domicile du patient ou à l'officine dans un espace de confidentialité</p> <p>- Avantages des entretiens au domicile des patients : permet de toucher un plus grand nombre de patients, patient davantage en confiance, accès à l'armoire à pharmacie, au pilulier, aux produits d'automédication...</p>	Entretiens au domicile des patients : entraîne une augmentation de la durée des entretiens, ce qui demande une organisation spécifique de l'équipe pharmaceutique, ainsi que de dégager un temps conséquent	
<p>Outils adaptés aux besoins des patients :</p> <p>- Plan de prise</p> <p>- Livret « Médicaments du diabète de type 2 »</p> <p>- Livret « Soins des pieds »</p> <p>- Livret « Gestion des hypoglycémies »</p> <p>- Livret « Insulinothérapie »</p>	<p>Outils non adaptés aux besoins des patients :</p> <p>- Livret « Alimentation »</p> <p>- Livret « Autosurveillance glycémique »</p> <p>- Livret « Suivi du diabète de type 2 »</p> <p>Outils élaborés (livrets d'information sur le diabète) non validés par des patients</p>	<p>Utilisation d'outils plus adaptés aux besoins des patients</p> <p>- Autosurveillance glycémique : carnet d'autosurveillance, notices des autopiéteurs et des lecteurs de glycémie, expérimentations et explications orales sur les points sur lesquels les patients présentent des difficultés</p> <p>- Suivi biologique du diabète de type 2 : à partir des résultats d'analyses biologiques (importance d'inciter les patients à se rendre à l'officine avec ces résultats)</p> <p>Impliquer le patient dans la production et la validation des outils</p>
	Thème de l'activité physique peu abordé au cours des entretiens	Introduction du thème « Activité physique » dans le livret d'entretien pharmaceutique
Prise des rendez-vous pour les entretiens : identification des plages horaires adaptées pour le patient et pour l'équipe pharmaceutique	Indisponibilité momentanée d'un pharmacien pendant la durée de l'entretien : nécessité d'une équipe officinale en nombre suffisant, permettant d'assurer la présence d'au moins un pharmacien au comptoir	Discussion sur l'implication des préparateurs en pharmacie dans le suivi

Tableau 40 : Faisabilité du suivi pharmaceutique personnalisé : points forts et limites mis en évidence lors de l'expérimentation, et propositions d'améliorations

• **Optimisation du suivi pharmaceutique suite aux apports de l'expérience**



Figure 20: Optimisation du suivi pharmaceutique suite aux apports de l'expérience

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

THESE SOUTENUE PAR : Laura VENEZIANI

TITRE : Vers un suivi pharmaceutique personnalisé des patients diabétiques de type 2 à l'officine

CONCLUSION

Le diabète de type 2 représente la forme la plus répandue de diabète ; la prévalence de cette pathologie chronique est en constante augmentation depuis plusieurs années. Dans le contexte des nouvelles missions du pharmacien d'officine définies en 2009 par la loi HPST, se pose la question de la proposition d'un suivi pharmaceutique personnalisé des patients diabétiques de type 2 réalisable en officine.

L'analyse de différentes expériences menées par les pharmaciens d'officine aux niveaux national et international a servi de base à l'élaboration d'un modèle de suivi pharmaceutique prenant la forme d'un entretien entre le pharmacien et le patient. Cet entretien est organisé en deux temps : tout d'abord, identifier et comprendre les problématiques du patient, ainsi que ses ressources ; puis proposer des interventions pharmaceutiques adaptées à ces problématiques. Différents outils supports ont été créés : un « livret d'entretien pharmaceutique », ainsi que des livrets d'information reprenant différentes thématiques du diabète de type 2. Ces outils ont été validés par différents professionnels exerçant en milieu hospitalier et dans le cadre d'un réseau. Ce modèle de suivi a ensuite été testé durant sept semaines dans une officine de village. Le suivi était proposé aux patients diabétiques de type 2 au moment de la dispensation. Le pharmacien convenait avec les patients acceptant le suivi d'un rendez-vous ultérieur pour un entretien. Vingt entretiens pharmaceutiques ont ainsi été réalisés, à l'officine ou au domicile des patients.

La phase de test du suivi pharmaceutique a permis : d'une part de mettre en évidence les besoins des patients ; d'autre part d'explorer les actions ciblées que pourrait entreprendre le pharmacien d'officine pour répondre à ces besoins ; enfin d'envisager la faisabilité de ce suivi du point de vue de l'officine, ainsi que les modalités de relations interprofessionnelles à inventer.

Les entretiens ont tout d'abord permis au pharmacien de mettre en évidence des besoins d'intervention pharmaceutique liés à la mise en sécurité du patient. Il peut s'agir par exemple : d'encadrer la pratique de l'automédication ; de consigner dans le dossier informatique des patients les antécédents d'événements iatrogènes ; d'apprendre aux patients à reconnaître, gérer et prévenir les effets indésirables dus à leurs médicaments ; de détecter les problématiques d'adhésion au traitement médicamenteux, d'en discuter les causes avec le patient, afin de lui proposer une stratégie personnalisée. Une insuffisance de connaissances et/ou de compétences des patients vis-à-vis de différents points, tels l'autosurveillance glycémique, l'insulinothérapie ou les soins des pieds, a également été observée. Ceci révèle la nécessité pour le pharmacien de régulièrement transmettre des informations sur les différents aspects de la prise en charge du diabète et d'évaluer la maîtrise des gestes techniques dans la vie quotidienne.

L'entretien proposé dans le cadre du suivi pharmaceutique a également permis aux patients d'exprimer leur vécu, les difficultés rencontrées au quotidien, et leurs attentes. Tenir compte des besoins et des attentes des patients permet d'inscrire le suivi pharmaceutique dans une démarche éducative, en proposant des actions adaptées et personnalisées en fonction de la situation particulière du patient. Le pharmacien peut par exemple proposer au patient des stratégies destinées à favoriser la gestion de ses médicaments au quotidien, en tenant compte de ses difficultés et de son mode de vie.

Concernant la faisabilité d'un suivi pharmaceutique personnalisé à l'officine, l'expérience menée a montré qu'intégrer ce suivi dans la pratique courante nécessite une

organisation spécifique : présence d'un espace de confidentialité, effectifs en nombre suffisant, programmation des entretiens à des moments où les activités courantes ne seront pas perturbées. L'adhésion des patients est également un élément indispensable. Or la plupart ne connaissent pas les possibilités d'action du pharmacien, ce qui peut constituer un frein à leur adhésion au suivi. Le pharmacien doit donc travailler sur son image et communiquer sur les activités qu'il peut proposer aux patients pour les aider dans la gestion de leur maladie et leurs traitements.

Cette démarche a souligné l'importance de la communication entre le médecin et le pharmacien, essentielle à la mise en sécurité du patient et à l'optimisation de l'efficacité du traitement. La collaboration entre les différents professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient diabétique est indispensable, et reste encore à mettre en œuvre. Dans le cadre d'un suivi pharmaceutique personnalisé, le pharmacien doit être en mesure en cas de besoin d'orienter les patients vers les professionnels adaptés : médecins, podologues, diététiciens, réseaux, ... Cela implique donc que le pharmacien identifie au préalable dans son territoire les professionnels formés, et qu'ensemble ils définissent les moyens de communication pouvant être utilisés pour faciliter la transmission d'informations, tout en garantissant le respect du secret professionnel. Il est également nécessaire que les différents professionnels harmonisent les messages à destination des patients, afin d'assurer la cohérence de la prise en charge.

Par ailleurs, le modèle proposé au cours de cette étude ne structurait que la première étape d'un suivi pharmaceutique. Afin d'optimiser cette démarche, il conviendrait à présent de développer et de tester la faisabilité d'un suivi proposant différents entretiens pharmaceutiques, dont le nombre serait fonction des problématiques identifiées avec le patient. Ces entretiens seraient réitérés régulièrement afin par exemple de soutenir les changements de comportements, de valoriser les actions entreprises, de réévaluer la maîtrise des gestes techniques ou d'identifier de nouveaux besoins.

A ce stade de la réflexion, il semblerait pertinent d'imaginer et d'expérimenter différentes modalités de communication entre le pharmacien et les autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du diabète (médecins, podologues, diététiciens, réseaux diabète...).

De plus, ce travail propose un modèle d'entretien pharmacien-patient qui a été élaboré en accord avec plusieurs professionnels d'un même territoire et expérimenté auprès de patients dans le cadre d'une officine. Cette expérience collaborative pourrait être envisagée dans d'autres territoires afin de tester son extrapolation et son adaptation à différents contextes (taille du territoire, interfaces avec les acteurs libéraux, les associations et réseaux existants sur le territoire...).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 10/4/2012


LE DOYEN

Pr Jean CALOP
Pôle Pharmacie
Pav. Moidieu CHU de Grenoble
38700 La TRONCHE

LE PRESIDENT DE LA THESE





REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

¹ Ricci P., Blotière P.O., Weill A. et al. Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ? Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2010 ; 42-43 : 425-431.

² Ricci P., Chantry M., Detournay B. Coûts des soins remboursés par l'Assurance maladie aux personnes traitées pour diabète : Etudes Entred 2001 et 2007. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2009 ; 42-43 : 464-469.

³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel de la République Française du 22 juillet 2009, édition n° 167. <http://textes.droit.org/JORF/2009/07/22/0167/0001/>. Dernière consultation le 25/07/2011.

⁴ HAS, AFSSAPS. Traitement médicamenteux du diabète de type 2 (actualisation). Recommandation de bonne pratique. Novembre 2006.

⁵ Site de l'Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques. Tableau du diabète. <http://www.alfediam.org/patients/tabdiabete.asp>. Dernière consultation le 17/01/2012.

⁶ Kusnik-Joinville O, Weill A, Salanave B, Ricordeau P, Allemand H. Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2005 ? Pratiques et Organisation des Soins 2007 ; 38 : 1-12.

⁷ AFSSAPS. Suspension de l'utilisation des médicaments contenant de la pioglitazone (Actos[®], Competact[®]). Lettre aux professionnels de santé. Juin 2011. <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Lettres-aux-professionnels-de-sante/Suspension-de-l-utilisation-des-medicaments-contenant-de-la-pioglitazone-Actos-R-Competact-R-Lettre-aux-professionnels-de-sante>. Dernière consultation le 09-03-2012.

⁸ AFSSAPS. Suspension de l'AMM des médicaments antidiabétiques contenant de la rosiglitazone (Avandia[®], Avandamet[®] et Avaglim[®]). Questions-Réponses. Septembre 2010. <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Communiques-Points-presse/Suspension-de-l-autorisation-de-mise-sur-le-marche-des-medicaments-contenant-de-la-rosiglitazone-Avandiamet-R-Avandamet-R-Avaglim-R-Communique>. Dernière consultation le 09-03-2012.

⁹ HAS. Education thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation. Recommandations. Juin 2007.

¹⁰ Code de la Santé Publique. Partie législative. Première partie : protection générale de la santé. Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé. Titre VI : Education thérapeutique du patient. Article L. 1161-3.

¹¹ HAS, INPES. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique. Juin 2007.

¹² Saout C., Charbonnel B., Bertrand D. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Septembre 2008.

¹³ HAS. Service Evaluation médico-économique et santé publique. L'éducation thérapeutique du patient dans la prise en charge des maladies chroniques. Analyse économique et organisationnelle. Rapport d'orientation.

¹⁴ Collectif National des Groupements de Pharmaciens d'Officine. Livre blanc : réflexions et propositions sur les missions du pharmacien de demain. Juin 2006.

¹⁵ Site de l'ANCRED (Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète). <http://www.ancred.fr/les-reseaux.html>. Dernière consultation le 09/11/2011.

¹⁶ Cocolomb S., Casanova P. ProxYDiab 38 : Une expérience éducative de proximité dans le diabète de type 2. Etude de faisabilité. Thèse d'exercice. Grenoble : Université Joseph Fourier – Grenoble I – Faculté de pharmacie, Novembre 2010.

¹⁷ Site du réseau Dromardiab. <http://www.Dromardiab.fr/>. Dernière consultation le 13/12/2011.

¹⁸ Ordre des pharmaciens du Québec. Guide de pratique. <http://guide.opq.org/documents/ROLE1.PDF>. Dernière consultation le 16/07/2011.

¹⁹ Jones E., MacKinnon N., Tsuyuki R. Pharmaceutical Care in Community Pharmacies : Practice and Research in Canada. The Annals of Pharmacotherapy 2005 ; 39 : 1527-1533.

²⁰ Fagnan D. Comprendre et faire comprendre, le défi de l'an 2000 : guide pratique de la communication pharmacien-patient. Ordre des pharmaciens du Québec 1998.

http://www.opq.org/fr/media/docs/guides-normes/guide_comm_pharm_patient.pdf. Dernière consultation le 16/07/2011.

²¹ Association des pharmaciens du Canada. La stratégie sur le diabète destinée aux pharmaciens.

http://www.pharmacists.ca/content/hcp/ressource_centre/practice_resources/diabetes_fr.cfm. Dernière consultation le 16/07/2011.

²² Canadian Pharmacists Journal 2009 ; 142(Suppl 1).

²³ Dupin-Spriet T, Wierre P. La prise en charge médico-pharmaceutique : l'expérience australienne peut-elle être transposée en France ? *Thérapie* 2004 ; 59(4) : 445-450.

²⁴ Déclaration conjointe de la Norwegian Diabetes Association, la Norwegian Pharmacy Association et l'Interest Group Diabetes in the Pharmacy. The role of Norwegian Pharmacies in the prevention and treatment of diabetes.

http://www.diabetes.no/no/For_helsepersonell/Diabeteserklaringen-_apotek/. Dernière consultation le 17/07/2011.

²⁵ Kjome R, Sandberg S, Gerd Granas A. Diabetes care in Norwegian pharmacies : a descriptive study. *Pharmacy World and Science* 2008 ; 30 : 191-198.

²⁶ Anderson S. Community pharmacy and public health in Great Britain, 1936 to 2006 : how a phoenix rose from the ashes. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2007 ; 61 : 844-848.

²⁷ Noyce P. Providing patient care through community pharmacies in the UK : policy, practice, and research. *The Annals of Pharmacotherapy* 2007 ; 41 : 861-868.

²⁸ Department of Health. Choosing health through pharmacy - a program for pharmaceutical public health 2005-2015. London : Department of Health, 2005.

²⁹ Richardson E, Pollock A. Community pharmacy : moving from dispensing to diagnosis and treatment. *British Medical Journal* 2010 ; 340 : c2298.

³⁰ Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, National Pharmacy Association. Integrating community pharmacy into the care of people with diabetes – a practical resource. Avril 2010.

³¹ PharmacyHealthLink – Promoting good health through pharmacy. <http://www.pharmacymeetspublichealth.org.uk/publichealthresources.html>. Dernière consultation le 24/07/2011.

³² Rioli M. Rapport : synthèse du groupe de travail des pharmacies d'officine. Le pharmacien d'officine dans le parcours de soins. Juillet 2009. http://www.uspo.fr/pharmaciens_votez/medias/rapport_rioli.pdf. Dernière consultation le 05/09/2011.

³³ Lecaque J. Place du pharmacien d'officine dans les campagnes de dépistage du diabète de type 2 et dans l'éducation thérapeutique du patient diabétique. Thèse d'exercice. Nancy : Université Henri Poincaré – Nancy I – Faculté des sciences pharmaceutiques et biologiques, Mai 2011.

³⁴ Halimi S., Hourmant M., Pene-Marie M., Boizel R. Evaluation de la faisabilité d'un co-dépistage diabète et maladies rénales dans les pharmacies d'officine. *Diabetes & Metabolism* 2011 ; 37 : A12.

³⁵ Baudrant M., Rouprêt J., Trout H., Certain A., Tissot E., Allenet B. Réflexions sur la place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient. *Journal de Pharmacie Clinique* 2008 ; 27 : 201-204.

³⁶ Jacquemet S., Certain A. Education thérapeutique du patient : rôles du pharmacien. *Bulletin de l'Ordre* 2000 ; 367 : 269 – 275.

³⁷ Diabète : l'expérience des pharmaciens au sein du Réseau Paris Diabète. *Les Nouvelles Pharmaceutiques* 2008 ; 361 : 6-7.

³⁸ Masseron S. Education thérapeutique du patient diabétique en pharmacie de ville : Etude au sein du réseau Paris Diabète. Institut de Perfectionnement en Communication et Education Médicales (IPCEM). Mémoire du cycle de formation Diabète 2006-2007, rédigé en 2008.

³⁹ Association Paris Diabète. Présentation synthétique du réseau pour la prise en charge des diabétiques. http://www.paris-diabete.fr/bibliotheque/docs_information/presentation_synth_du_reseau_paris_diabete.pdf. Dernière consultation le 17/01/2012.

-
- ⁴⁰ Cousin S. Le suivi personnalisé du diabète à l'officine. *Impact Pharmacien* 2010 ; 273 : 12-13.
- ⁴¹ Calop J, Baudrant M, Bedouch P, Allenet B. La pharmacie clinique en France : contexte de développement à l'hôpital et état des lieux. *Pharmactuel* 2009 ; 42(Suppl 1) : 34-39.
- ⁴² Association nationale des enseignants de pharmacie clinique. Guide pédagogique des fonctions hospitalières de pharmacie clinique. <http://www.anepc.org/guides/etudiants.aspx>. Dernière consultation le 17/07/2011.
- ⁴³ Girerd X, Digeos-Hasnier S, Le Heuzey J-Y. Guide pratique de l'hypertension artérielle. Masson, Paris, 2004.
- ⁴⁴ Lalande R, Goudreau J. Éducation du patient et observance des recommandations : une stratégie d'intervention pour le clinicien. *Psychologie médicale* 1991 ; 23(6) : 655-658.
- ⁴⁵ ANAES. Information des patients. Recommandations destinées aux médecins. Mars 2000.
- ⁴⁶ Buck M.L. Providing patients with written medication information. *The Annals of Pharmacotherapy* 1998 ; 32 : 962-969.
- ⁴⁷ Anonyme. Critères de qualité des documents d'information aux patients. *La revue Prescrire* 2002 ; 234(22) : 934-937.
- ⁴⁸ Lehmann A. Sécurisation de la rétrocession des médicaments à l'hôpital : optimisation de la diffusion de l'information. Thèse d'exercice. Grenoble : Université Joseph Fourier – Grenoble I – Faculté de pharmacie, Décembre 2006.
- ⁴⁹ Site de l'Association Française des Diabétiques. Qu'est-ce que le diabète ? <http://www.afd.asso.fr/qu-est-ce-que-le-diabete-type2-type-1-definition-symptomes-causes-traitements-complications-0060>. Dernière consultation le 30/12/2010.
- ⁵⁰ Site de l'Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques. Glycémie-généralités. <http://www.alfediam.org/patients/glycemie.asp>. Dernière consultation le 27/12/2010.
- ⁵¹ Site de l'Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques. Tableau du diabète. <http://www.alfediam.org/patients/tabdiabete.asp>. Dernière consultation le 27/12/2010.

⁵² Site du Réseau Diabète Midi-Pyrénées. Supports éducatifs pour les soignants : outils pédagogiques destinés à l'animation de séquences d'éducation thérapeutique en groupe. Thème : compréhension simple du diabète de type 2. http://www.diamip.org/ps/medias/questceque_lediabete.pdf. Dernière consultation le 27/12/2010.

⁵³ Site du Réseau Diabète Midi-Pyrénées. Supports pour les patients : fiches aide-mémoire pour les patients ayant participé à des séances d'éducation thérapeutique en groupe. Thème : le diabète de type 2. http://www.diamip.org/ps/medias/memo_patient_diabete_de_type2_15_06_05.pdf. Dernière consultation le 29/12/2010.

⁵⁴ Site du Réseau Diabète Midi-Pyrénées. Supports pour les patients : fiches aide-mémoire pour les patients ayant participé à des séances d'éducation thérapeutique en groupe. Thème : les complications chroniques du diabète. <http://www.diamip.com/ps/medias/memo-complication.pdf>. Dernière consultation le 29/12/2010.

⁵⁵ HAS. Diabète de type 2. Guide médecin – Affection de longue durée. Juillet 2007.

⁵⁶ Lignes directrices de pratique clinique 2008 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. Canadian Journal of Diabetes 2008 ; 32(Suppl 1) : S1-S225.

⁵⁷ HAS. L'autosurveillance glycémique dans le diabète de type 2 : une utilisation très ciblée. Bon usage des technologies de santé. Avril 2011.

⁵⁸ Site de l'Association Française des Diabétiques. L'hémoglobine glyquée. <http://www.afd.asso.fr/j-ai-le-diabete/ma-glycemie/hba1c-00606>. Dernière consultation le 30/12/2010.

⁵⁹ Site du Réseau Diabète Midi-Pyrénées. Supports pour les patients : fiches aide-mémoire pour les patients ayant participé à des séances d'éducation thérapeutique en groupe. Thème : une alimentation équilibrée. http://www.diamip.org/ps/medias/memo_patient_alimentation_equilibree_15_06_059447.pdf. Dernière consultation le 29/12/2010.

⁶⁰ Site de l'Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques. Diététique. <http://www.alfediam.org/patients/dietetique.asp>. Dernière consultation le 27/12/2010.

⁶¹ Site du Réseau Diabète Midi-Pyrénées. Supports pour les patients : fiches aide-mémoire pour les patients ayant participé à des séances d'éducation thérapeutique en groupe. Thème : l'activité physique. http://www.diamip.org/ps/medias/memo_patient_activite_15_06_05.pdf. Dernière consultation le 29/12/2010.

⁶² Site de l'Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques. Activité physique et diabète. http://www.alfediam.org/patients/activite_physique.asp. Dernière consultation le 27/12/2010.

⁶³ VidalRecos, Recommandations et pratiques. 3^{ème} édition.

⁶⁴ Canadian Diabetes Association. Your Guide 2009/10. Diabetes products – diabetes medications. 2009.

⁶⁵ Site de l'Association Française des Diabétiques. Les traitements médicamenteux. <http://www.afd.asso.fr/qu-est-ce-que-le-diabete/les-traitements/les-traitements-medicamenteux-0068>. Dernière consultation le 30/12/2010.

⁶⁶ Site de l'Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques. Antidiabétiques oraux. <http://www.alfediam.org/patients/dietetique.asp>. Dernière consultation le 27/12/2010.

⁶⁷ Site du Réseau Diabète Midi-Pyrénées. Supports pour les patients : fiches aide-mémoire pour les patients ayant participé à des séances d'éducation thérapeutique en groupe. Thème : votre traitement au quotidien. <http://www.diamip.org/ps/medias/memo-traitement-quotidien.pdf>. Dernière consultation le 29/12/2010.

⁶⁸ HAS. Januvia 100 mg. Avis de la Commission de la Transparence du 6 juin 2007.

⁶⁹ HAS. Byetta 5 µg, Byetta 10 µg. Avis de la Commission de la Transparence du 28 février 2007.

⁷⁰ HAS .Victoza 6 mg/ml. Avis de la Commission de la Transparence du 2 décembre 2009.

⁷¹ HAS. Quelle place pour la sitagliptine dans le diabète de type 2 ? Bon usage du médicament. Mars 2008.

⁷² Orban J.C., Ghaddab A., Chatti O., Ichai C. Acidose lactique et metformine. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 2006 ; 25 ; 1046-1052.

⁷³ ALFEDIAM Paramédical. Surveillance glycémique et technique d'injection d'insuline. Juin 2003. http://www.alfediam.org/membres/recommandations/surveillance_injection.pdf. Dernière consultation le 12/09/2011.

⁷⁴ Site de BD Diabète. Fiche imprimable : technique d'injection d'insuline. <http://www.bd.com/ressource.aspx?IDX=7849>. Dernière consultation le 12/09/2011.

⁷⁵ Site de BD Diabète. Choix de la zone d'injection. <http://www.bd.com/fr/diabetes/page.aspx?cat=6979&id=14069>. Dernière consultation le 12/09/2011.

⁷⁶ Site du Réseau Diabète Midi-Pyrénées. Supports pour les patients : fiches aide-mémoire pour les patients ayant participé à des séances d'éducation thérapeutique en groupe. Thème : votre traitement au quotidien. <http://www.diamip.org/ps/medias/memo-traitement-quotidien.pdf>. Dernière consultation le 29/12/2010.

⁷⁷ Site de l'Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques. Sites d'injection pour l'insuline. http://www.alfediam.org/patients/sites_injection.asp. Dernière consultation le 27/12/2010.

⁷⁸ Site de l'Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques. Conservation de l'insuline. http://www.alfediam.org/patients/csv_insuline.asp. Dernière consultation le 27/12/2010.

⁷⁹ Site de l'AFSSAPS. Points importants à prendre en compte pour une bonne utilisation des lecteurs de glycémie. <http://www.afssaps.fr/Dossiers-thematiques/Diabete/Systemes-de-surveillance-de-l-equilibre-glycemique/Bon-usage-des-lecteurs-de-glycemie/Points-importants-a-prendre-en-compte-pour-une-bonne-utilisation-des-lecteurs-de-glycemie>. Dernière consultation le 12/09/2011.

⁸⁰ Site de l'AFSSAPS. Message d'information pour les utilisateurs de lecteurs de glycémie concernant les unités de mesure de la glycémie capillaire.

http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/7f111cc65877db4fc90ba353d853a4f3.pdf. Dernière consultation le 12/09/2011.

⁸¹ Site du Réseau Diabète Midi-Pyrénées. Supports pour les patients : fiches aide-mémoire pour les patients ayant participé à des séances d'éducation thérapeutique en groupe. Thème : l'autosurveillance glycémique. <http://www.diamip.org/ps/medias/memo-asg.pdf>. Dernière consultation le 29/12/2010.

⁸² Site de l'Association Française des Diabétiques. Comment mesurer sa glycémie ? <http://www.afd.asso.fr/j-ai-le-diabete/les-traitements-et-les-soignants/comment-mesurer-sa-glycemie-00812>. Dernière consultation le 30/12/2010.

⁸³ Site du Réseau Diabète Midi-Pyrénées. Supports pour les patients : fiches aide-mémoire pour les patients ayant participé à des séances d'éducation thérapeutique en groupe. Thème : hypoglycémie. <http://www.diamip.org/ps/medias/hypoglycemie.pdf>. Dernière consultation le 29/12/2010.

⁸⁴ Site de l'Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques. Hypoglycémie. <http://www.alfediam.org/patients/hypoglycemie.asp>. Dernière consultation le 27/12/2010.

⁸⁵ Site de l'Association Française des Diabétiques. Hypoglycémie. <http://www.afd.asso.fr/j-ai-le-diabete/ma-glycemie/hypo-0014>. Dernière consultation le 30/12/2010.

⁸⁶ Site du Réseau Diabète Midi-Pyrénées. Supports pour les patients : fiches aide-mémoire pour les patients ayant participé à des séances d'éducation thérapeutique en groupe. Thème : gestion des situations d'hyperglycémie. <http://www.diamip.com/ps/medias/memo-situation-hyperglycemie.pdf>. Dernière consultation le 29/12/2010.

⁸⁷ Site de l'Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques. Acidocétose. <http://www.alfediam.org/patients/acidocetose.asp>. Dernière consultation le 27/12/2010.

⁸⁸ Site de l'Association Française des Diabétiques. Hyperglycémie. <http://www.afd.asso.fr/j-ai-le-diabete/ma-glycemie/hyper-0015>. Dernière consultation le 30/12/2010.

⁸⁹ Site de l'Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques. Pied diabétique. http://www.alfediam.org/patients/pied_diab.asp. Dernière consultation le 27/12/2010.

⁹⁰ Site du Réseau Diabète Midi-Pyrénées. Supports pour les patients : fiches aide-mémoire pour les patients ayant participé à des séances d'éducation thérapeutique en groupe. Thème : soins des pieds. <http://www.diamip.org/ps/medias/memo-soin-des-pieds-150605.pdf>. Dernière consultation le 29/12/2010.

⁹¹ Guide pour la prise en charge du diabétique âgé. Médecine des Maladies Métaboliques 2008 ; Hors-série 1 ; 2 : S105-S107.

⁹² Berthier N. Les techniques d'enquête en sciences sociales – méthodes et exercices corrigés. Armand Colin, Cursus sociologie, Paris, 2010 : 78-80.

⁹³ Rogers C. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology* 1957 ; 21(2) : 95-103.

⁹⁴ Proulx M., Couture A., Gingras C. Etude exploratoire des effets du programme Parents efficaces. *Revue des sciences de l'éducation* 1982 ; 8(1) : 79-90.

⁹⁵ Site de l'INSEE. Résultats du recensement de la population – 2008. <http://www.recensement.insee.fr/chiffresCles.action?codeMessage=5&plusieursReponses=true&zoneSearchField=CHARMES+SUR+RHONE&codeZone=07055-COM&idTheme=3&rechercher=Rechercher>. Dernière consultation le 11/11/2011.

⁹⁶ Fagot-Campagna A., Fosse S., Roudier C. et al. Caractéristiques, risque vasculaire et complications chez les personnes diabétiques en France métropolitaine : d'importantes évolutions entre Entred 2001 et Entred 2007. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire thématique* 2009 ; 42-43 : 450-455.

⁹⁷ Virally M., Hochberg G., Eschwège E. Enquête Diabasis : comment le patient diabétique perçoit son traitement et son suivi ? *Médecine des maladies métaboliques* 2009 ; 3(5) : 538-543.

⁹⁸ Arrêté du 25 février 2011 relatif à la modification des conditions de prise en charge des appareils pour lecture automatique de la glycémie, dits lecteurs de glycémie, inscrits au chapitre 1er du titre Ier de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article

L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Journal officiel de la république française du 27 février 2011. http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/joe_20110227_0007.pdf. Dernière consultation le 21/10/2011.

⁹⁹ Levy R., Afifi Hachemi M., Dufraisse G., Blondin C. Analyse de la prescription médicamenteuse potentiellement inappropriée chez les patients de plus de 70 ans hospitalisés en secteur gériatrique. *La Revue de gériatrie* 2011 ; 36(9) : 621-629.

¹⁰⁰ Queneau P. L'automédication, source d'accidents ? Réflexions et recommandations pour des mesures préventives. *Médecine* 2008 : 203-206.

¹⁰¹ Tillement J.P., Delaveau P. De l'autodiagnostic à l'automédication. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* 2007 ; 191(8) : 1517-1526.

¹⁰² Roumie C.L., Griffin M.R. Over-the-counter analgesics in older adults. *Drugs Aging* 2004 ; 21 : 485-98.

¹⁰³ O'Hayon Naïm R., Escher M. Antalgiques en automédication : quels sont les risques ? *Revue Médicale Suisse* 2010 ; 6 : 1338-1341.

¹⁰⁴ Orban J.C., Giunti C., Levraut J., Grimaud D., Ichai C. L'acidose lactique reste une complication grave du traitement par metformine. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 2003 ; 22 : 461-465.

¹⁰⁵ Bruijstens L.A., Van Luin M., Buscher-jungerhans P.M.M., Bosh F.H. Reality of severe metformin-induced lactic acidosis in the absence of chronic renal impairment. *The Netherlands Journal of Medicine* 2008 ; 66 : 185-190.

¹⁰⁶ Simon L., Prebay D., Beretz A. et al. Médecines complémentaires et alternatives suivies par les patients cancéreux en France. *Bulletin du Cancer* 2007 ; 94(5) : 483-488.

¹⁰⁷ Site de l'OMS. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr44/fr/>. Dernière consultation le 13-03-2012.

¹⁰⁸ Site de l'OMS. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/fr/index.html>. Dernière consultation le 13-03-2012.

¹⁰⁹ Demoly P., Hillaire-Buys D., Raison-Peyron N., Godard P., Michel F.-B., Bousquet J. Identifier et comprendre les allergies médicamenteuses. *Médecine Sciences* 2003 ; 19(3) : 327-336.

¹¹⁰ Baudrant-Boga M. Penser autrement le comportement d'adhésion du patient au traitement médicamenteux : modélisation d'une intervention éducative ciblant le patient et ses médicaments dans le but de développer des compétences mobilisables au quotidien – Application aux patients diabétiques de type 2. Thèse de doctorat. Grenoble : Université Joseph Fourier – Grenoble I, Octobre 2009.

¹¹¹ Sauvanet J.-P. Diabète : « Observance ou alliance thérapeutique ? ». *Diabetes & Metabolism* 2005 ; 31(2) : 214-216.

¹¹² Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication. *New England Journal of Medicine* 2005 ; 353 : 487-497.

¹¹³ Scheen A.J., Giet G. Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. *Revue Medicale de Liège* 2010 ; 65 : 239-245.

¹¹⁴ Grant R.W., Devita N.D., Singer D.E. et al. Polypharmacy and medication adherence in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2003 ; 26(5) : 1408-1412.

¹¹⁵ Gatti M., Jacobson K., Gazmararian J., Schmotzer B., Kripalani S. Relationships between beliefs about medications and adherence. *American Journal of Health-Systeme Pharmacy* 2009 ; 66 : 657-664.

¹¹⁶ Phatak H., Thomas J. Relationships between beliefs about medications and nonadherence to prescribed chronic medications. *The Annals of Pharmacotherapy* 2006 ; 40 : 1737-1742.

¹¹⁷ Witteveen E., Van Ameijden E.J. Drug users and HIV- combination therapy (HAART) : factors which impede or facilitate adherence. *Substance Use and Misuse* 2002 ; 37 : 1905-1925.

¹¹⁸ Fournier C., Gautier A., Attali C. et al. Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins, étude Entred, France, 2007. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire thématique* 2009 ; 42-43 : 460-464.

-
- ¹¹⁹ Dei L. Comment expliquer aux patients le concept d'hémoglobine glyquée : analyse des représentations des patients et des soignants et création d'outils pédagogiques interactifs. Thèse d'exercice. Grenoble : Université Joseph Fourier – Grenoble I – Faculté de pharmacie, 2009.
- ¹²⁰ Guerci B., Drouin P., Granger V. Self-monitoring of blood-glucose significantly improves metabolic control in patients with type 2 diabetes mellitus : the Auto-Surveillance Intervention Active (ASIA) study. *Diabetes & Metabolism* 2003 ; 29(6) : 587-594.
- ¹²¹ Dorchy H., Van Vlaenderen C., Roggemans M.P. Sources d'erreurs dans l'autosurveillance glycémique chez 100 jeunes diabétiques. *Revue Médicale de Bruxelles* 2003 : 77-81.
- ¹²² Varroud-Vial M., Riveline J.-P., Charpentier G. Autosurveillance glycémique : quelle place dans le diabète de type 2 ? *La Revue du praticien. Médecine Générale* 2004 ; 674-675 : 1469-1474.
- ¹²³ Yale J.-F., Begg I., Gerstein H. et al. Lignes directrices de pratique clinique 2001 pour la prévention et le traitement de l'hypoglycémie liée au diabète. *Canadian Journal of Diabetes* 2002 ; 26 : 22-35.
- ¹²⁴ Henderson J.N., Allen K.V., Deary I.J., Frier B.M. Hypoglycaemia in insulin-treated type 2 diabetes: frequency, symptoms and impaired awareness. *Diabetic Medicine* 2003 ; 20(12) : 1016-1021.
- ¹²⁵ Phung O.J., Scholle J.M., Talwar M., Coleman C.I. Effect of noninsulin antidiabetic drugs added to metformin therapy on glycemic control, weight gain, and hypoglycemia in type 2 diabetes. *Journal of the American Medical Association* 2010 ; 303(14) : 1410-1418.
- ¹²⁶ Herbaut C. Les antidiabétiques oraux récents. *Revue Médicale de Bruxelles* 2005 : S235-S240.
- ¹²⁷ UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998 ; 352 : 837-853.
- ¹²⁸ Radermecker R.P. Le risque hypoglycémique : implications thérapeutiques. *Revue Médicale de Liege* 2005 ; 60 : 461-465.

-
- ¹²⁹ Addi H., Louda F., Hallab L., Chadli A., Elghomari H., Farouqi A. Evaluation du niveau éducationnel des diabétiques sous insuline. *Diabetes & Metabolism* 2010 ; 36(Suppl 1) : A82.
- ¹³⁰ Site de l'Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques. Sites d'injection pour l'insuline. http://www.alfediam.org/patients/sites_injection.asp. Dernière consultation le 14-03-2012.
- ¹³¹ Kakou B., Artus B., Barcos I. et al. OP1 Etude de la technique d'injection rapportée par les patients et les infirmières. *Diabetes & Metabolism* 2010 ; 36(Suppl 1) : A110.
- ¹³² Van Damme H., Limet R. Le pied diabétique. *Revue Médicale de Liege* 2005 ; 60 : 516-525.
- ¹³³ HAS. Séances de prévention des lésions des pieds chez le patient diabétique, par le pédicure-podologue. Service évaluation des actes professionnels. Juillet 2007.
- ¹³⁴ De Berardis G., Pellegrini F., Franciosi M. et al. Are type 2 diabetic patients offered adequate foot care ? The role of physician and patients characteristics. *Journal of Diabetes and Its Complications* 2005 ; 19 : 319-327.
- ¹³⁵ Calle-Pascual A., Durán A., Benedí A. et al. A preventative foot care programme for people with diabete with different stages of neuropathy. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2002 ; 57 : 111-117.
- ¹³⁶ Odegard P.S., Capoccia K. Medication taking and diabetes : a systematic review of the literature. *The Diabetes Educator* 2007 ; 33(6) : 1014-1029.
- ¹³⁷ Karen S., Cohen I.J. The impact of medication regimen factors on adherence to chronic treatment : a review of literature. *Journal of Behavioral Medicine* 2008 ; 31 : 213-224.
- ¹³⁸ AFSSAPS. Surveillance des médicaments. Médicaments sous surveillance renforcée. [http://www.afssaps.fr/Activites/Surveillance-des-medicaments/Medicaments-sous-surveillance-renforcee2/\(offset\)/2](http://www.afssaps.fr/Activites/Surveillance-des-medicaments/Medicaments-sous-surveillance-renforcee2/(offset)/2). Dernière consultation le 21/11/2011.
- ¹³⁹ Virally M., Hochberg G., Eschwège E. Enquête Diabasis : perception et vécu du diabète par les patients diabétiques. *Médecine des maladies métaboliques* 2009 ; 3(6) : 620-623.
- ¹⁴⁰ Berthier N. Les techniques d'enquête en sciences sociales – méthodes et exercices corrigés. Armand Colin, Cursus sociologie, Paris, 2010 : 98-99.

¹⁴¹ Gastelurrutia M.A., Gil de San Vicente O., Erauncetamurgil O., Odriozola I., Fernández-Llimós F. Customers' expectations and satisfaction with a pharmacy not providing advanced cognitive services. *Pharmacy World & Science* 2006 ; 28 : 374-376.

¹⁴² Allenet B., Torchon C., Calop J. Perception, expérience et attentes du grand public vis-à-vis du pharmacien d'officine. *Bulletin de l'ordre* 2003 ; 379 : 229-235.

¹⁴³ Dupin-Spriet T., Garat-Chabrot C., Wierre P., Luyckx M. « J'ai pris rendez-vous chez le pharmacien ». *Actualités pharmaceutiques* 2002 ; 411 : 35-37.

¹⁴⁴ Fortin E. Etude de faisabilité d'une démarche de suivi éducatif à l'officine : application au diabète de type 2. Thèse d'exercice. Grenoble : Université Joseph Fourier – Grenoble I – Faculté de pharmacie, Novembre 2006.

¹⁴⁵ Enquête Vision Critical. Image et attachement des Français à la profession de pharmacien. Enquête quantitative réalisée pour l'Ordre national des pharmaciens. Novembre 2009. <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien>. Dernière consultation le 13/12/2011.

¹⁴⁶ Article L1110-4 du Code de la Santé Publique. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006685746>. Dernière consultation le 06/12/2011.



¹⁴⁷ Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 (J.O.R.F. 7 avril 2011).

¹⁴⁸ Site du réseau RESIC 38. <http://www.resic38.org/doc/File/plaquette-2010.pdf>. Dernière consultation le 06-02-2012.

TABLE DES ANNEXES

<u>Annexe 1</u> : Réseau Paris Diabète : Fiches utilisées par les pharmaciens	250
<u>Annexe 2</u> : Evaluation pharmaco-thérapeutique à l'entrée des patients hospitalisés en service de diabétologie au CHU de Grenoble	251
<u>Annexe 3</u> : Première version du livret d'entretien pharmaceutique	256
<u>Annexe 4</u> : Version finale du livret d'entretien pharmaceutique	261
<u>Annexe 5</u> : Livret d'information sur le diabète : « Mieux comprendre le diabète »	269
<u>Annexe 6</u> : Livret d'information sur le diabète : « Le suivi du diabète de type 2 »	273
<u>Annexe 7</u> : Livret d'information sur le diabète : « L'alimentation »	274
<u>Annexe 8</u> : Livret d'information sur le diabète : « L'activité physique »	275
<u>Annexe 9</u> : Livret d'information sur le diabète : « Les médicaments du diabète de type 2 »	276
<u>Annexe 10</u> : Livret d'information sur le diabète : « L'autosurveillance glycémique »	281
<u>Annexe 11</u> : Livret d'information sur le diabète : « Gestion des hypoglycémies »	285
<u>Annexe 12</u> : Livret d'information sur le diabète : « Gestion des hyperglycémies »	289
<u>Annexe 13</u> : Livret d'information sur le diabète : « Soins des pieds »	293
<u>Annexe 14</u> : Livret d'information sur le diabète : « L'insulinothérapie »	297
<u>Annexe 15</u> : Fiche patient utilisée lors de la première rencontre avec le patient	301
<u>Annexe 16</u> : Plan de prise du traitement	302
<u>Annexe 17</u> : Exemple d'un livret d'entretien pharmaceutique	303
<u>Annexe 18</u> : Nouvelle version du livret d'entretien pharmaceutique	311

Annexe 1 : Réseau Paris Diabète : Fiches utilisées par les pharmaciens

 Réseau Paris Diabète www.paris-diabete.fr	FICHE DU PHARMACIEN				Bilan Initial <input type="checkbox"/>		
	N° de dossier : ___ / ___ / ___				Suivi trimestriel 1 <input type="checkbox"/>		
date : ___ / ___ / ___				Suivi trimestriel 2 <input type="checkbox"/>	Suivi trimestriel 3 <input type="checkbox"/>		
Caractéristiques du patient			Suivi du diabète dans l'année précédente				
Les 3 premiers chiffres du N° de sécurité sociale : ___ / ___			<input type="checkbox"/> bilan biologique <input type="checkbox"/> consultation de diabétologie <input type="checkbox"/> examen ophtalmique <input type="checkbox"/> examen cardiovasculaire				
Typologie du diabète : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			dernière HbA1c (valeur dans les 3 derniers mois) = ___ %				
Tabagisme : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Nb de cigarettes /jour =			Suivi Médical <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> par le médecin traitant <input type="checkbox"/> par un diabétologue <input type="checkbox"/> consultation hospitalière date de la dernière hospitalisation : ___ / ___ / ___				
Handicap gênant la pratique du traitement							
difficultés visuelles : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> diffic. motrices : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			Dispensation des médicaments <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> au patient <input type="checkbox"/> à un membre de son entourage <u>proche</u> <input type="checkbox"/> déplacement du pharmacien au domicile du patient 				
difficultés de compréhension : orale <input type="checkbox"/> écrite <input type="checkbox"/>							
difficultés de mémoire : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>							
période de jeûne : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>							
Le patient est capable de... (entourez la bonne réponse)					EDUCATION		
1 ... reconnaître ses médicaments antidiabétiques :					<input type="checkbox"/> tous <input type="checkbox"/> certains <input type="checkbox"/> aucun	→ oui non	
2 ... expliquer l'indication des autres médicaments prescrits :					<input type="checkbox"/> tous <input type="checkbox"/> certains <input type="checkbox"/> aucun	→ oui non	
3 le patient connaît pour lui-même les objectifs thérapeutiques suivants :					glycémie : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	→ oui non	
					HbA1c : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	→ oui non	
					tension : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	→ oui non	
4 le patient prépare <u>seul</u> ses médicaments :					oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	→	
le patient est capable d'expliquer les horaires de prise de ses médicaments :					oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	→ oui non	
le patient prépare ses médicaments : avec un pilulier					oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	→ oui non	
le patient prépare ses médicaments : avec un plan de prise édité par le pharmacien					oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	→ oui non	
5 le patient pratique son <u>autosurveillance glycémique</u> :					oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	→	
si autosurveillance glycémique :					maîtrise de l'utilisation du lecteur de glycémie (étalonnage...)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> → oui non	
					maîtrise de la technique (auto-piqueur, bandelettes)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> → oui non	
					compréhension de l'intérêt du suivi par auto-mesure	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> → oui non	
					recueil des glycémies dans un carnet spécial	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> → oui non	
6 si le patient est traité par insuline :					maîtrise du schéma d'injections	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> → oui non	
					maîtrise du système injecteur	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> → oui non	
					élimination conforme des déchets médicamenteux	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> → oui non	
Suivi du traitement du patient							
7 modification récente du traitement du patient (ajout ou retrait de spécialités)					oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	→ planification d'appels téléphoniques auprès du patient pour superviser ce changement ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
le patient présente un changement de dosage ou de posologie dans son traitement habituel					oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	→ rectification ou clarification du traitement ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
					si oui type de rectification :	<input type="checkbox"/> modalités d'administration incorrectes <input type="checkbox"/> erreur de posologie <input type="checkbox"/> erreur de dosage <input type="checkbox"/> rectification nécessitant l'appel du prescripteur <input type="checkbox"/> anomalie prescription (interaction médicamenteuse, non génie)	
8 le patient déclare avoir des difficultés à suivre son traitement : oubli de prises					oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	→ surveillance de l'observance médicamenteuse par le suivi de l'historique des prescriptions du patient	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
historique cohérent avec une prise régulière					oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	→ si non préciser pourquoi :	<input type="checkbox"/> mauvaise compréhension des indications <input type="checkbox"/> effets indésirables <input type="checkbox"/> problème liés aux modalités de prise <input type="checkbox"/> problèmes dus à la forme galénique (taille, goût)
Evaluation du temps passé à l'analyse des compétences du patient et aux actions éducatives réalisées					5 mn <input type="checkbox"/> 15 mn <input type="checkbox"/> 30 mn <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/>		
Suite à ce bilan, conseillez-vous au patient des prestations qui sont prises en charge par le Réseau Paris Diabète ? :							
<input type="checkbox"/> L' Inclusion au Réseau du patient par son Médecin traitant <input type="checkbox"/> Un Bilan et des suivis/soins Infirmiers <input type="checkbox"/> Un Bilan et des suivis de Diététique <input type="checkbox"/> Un Bilan et des suivis/soins de Podologie <input type="checkbox"/> Des ateliers d'éducation thérapeutique de groupe							

Exemplaire à renvoyer au Réseau (joindre la copie de l'ordonnance) ►

16bis, rue Lauzin - 75019 Paris - Tél: 01 45 45 46 56 - Fax: 01 45 45 46 27 - Portable : 06 20 07 11 27 - Mail : paris.diabets@wanadoo.fr - Site : www.paris-diabete.fr

D'après : Diabète : l'expérience des pharmaciens au sein du Réseau Paris Diabète. Les Nouvelles Pharmaceutiques 2008 ; 361 : 6-7.

Annexe 2 : Evaluation pharmaco-thérapeutique à l'entrée des patients hospitalisés en service de diabétologie au CHU de Grenoble

<p><u>Le patient</u> Mr, Mme</p> <p>• Date d'entrée :</p> <p>• Données démographiques :</p> <p>- Age :</p> <p>- Sexe :</p> <p>- Langue parlée :</p> <p>- Poids : } IMC =</p> <p>- Taille :</p> <p>- Dernière Clairance rénale (date) :</p> <p>Evolution Clairance rénale (dates et valeurs):</p> <p>- Dernière HbA1c (date)</p> <p>Evolution HbA1c (dates et valeurs):</p> <p>• Motif d'hospitalisation :</p>	<p>Réseau des professionnels de santé :</p> <p>MT</p> <p>Endoc</p> <p>Spé</p> <p>Pharmacie</p> <p>IDE</p> <p>Autres aides :</p>
<p style="text-align: center;">Partie I : Evaluation et mise en sécurité du patient / thérapeutiques</p>	
<p>• Problèmes de Santé :</p> <p>- Problèmes de santé chroniques :</p> <p>- Antécédents médicaux pertinents :</p> <p>- Antécédents familiaux de diabète :</p> <p>- Origine iatrogène en lien avec le motif d'hospitalisation: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>- Identification des Complications liées au Diabète :</p> <p>Micro-vasculaires :</p> <p><input type="checkbox"/> NéphroP</p> <p><input type="checkbox"/> RP</p> <p><input type="checkbox"/> NeuroP</p> <p>Macro-vasculaires :</p> <p>FDR CV :</p>

• **Evaluation des Traitements médicamenteux**

Ordonnance la plus récente	Objectifs Thérapeutiques	Médicaments sans ordonnance
		Automédication (phytothérapie ...), médecines alternatives et complémentaire

• **Historique médicamenteux (mise en sécurité du patient)**

• **Habitudes de vie :**

<ul style="list-style-type: none"> - Expériences antérieures avec les médicaments : • Effets indésirables dus aux médicaments (lequel et quel type d'EI) : • Allergies médicamenteuses (documentées) : • Problématique d'adhésion au traitement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Cf Score Morisky</i> 	<p>Lieu de vie</p> <p>Activité professionnelle</p> <p>Activité physique</p> <p>Alimentation</p> <p>Allergies non médicamenteuses</p> <p>Tabac</p> <p>Alcool</p>
---	---

2

Hier avez-vous oublié de prendre vos médicaments ?	OUI	NON
Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicaments ?	OUI	NON
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que votre mémoire vous fait défaut ?	OUI	NON
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	OUI	NON
Pensez vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	OUI	NON
Profil d'observance		

Si aucun OUI : Bonne observance

Si 1 ou 2 OUI : Minime problème d'observance

Si 3 OUI ou plus : Problème d'observance

- Problèmes de santé non traités ?

- Médicaments pris sans indication claire ou à réévaluer ?

- Redondance thérapeutique ?

- Identification de médicaments à MTE :

Si oui : Dosage(s) plasmatique(s) (dates et valeurs) :

- Identification d'IM entre médicaments, phytothérapie :

- Identification des CI et/ou interactions médicaments/ pathologies :

- Identification de cascade ou spirale médicamenteuse ?

- Présence de médicaments inappropriés (exemple liste de Beers)

Bilan biologique à l'entrée
(date) :

TA

BL: ChoT
TG
HDL
LDL

BH

Iono

NFS

Coag

Glycémie GAJ
GPP

Autres

Partie II : Optimisation Thérapeutique

Observation pharmaceutique (bilan éducatif partagé)

1- Savoirs (connaissances, représentations, croyances, valeurs / maladie(s) et médicaments)

2- Pouvoir (gestion à domicile, limitations (cognitives, visuelles, auditives ...), pilulier, astuces de prises, proximité MT, pharmacie, labo, IDE ...)

3- Vouloir (soutien social perçu, motivations, projets, compétences psychosociales ...)

Actions à entreprendre (information /éducation) :

- **Historique médicamenteux approfondi (MT /pharmacie d'officine) :**

HISTORIQUE MEDICAMENTEUX			
Date de début	Date de fin	Médicaments, dosages, voie et fréquence d'administration	Motif d'arrêt du traitement

Annexe 3 : *Première version du livret d'entretien pharmaceutique*

Auteur : L. Veneziani

Expériences antérieures avec les médicaments

Effets indésirables dus aux médicaments (lesquels – quels types d'effets indésirables)

.....
.....

Allergies médicamenteuses

.....
.....

Gestion des médicaments

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

Evaluation de l'observance

Hier avez-vous oublié de prendre vos médicaments ?	OUI	NON
Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicaments ?	OUI	NON
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que votre mémoire vous fait défaut ?	OUI	NON
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	OUI	NON
Pensez vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	OUI	NON
Profil d'observance		

Aucun OUI : bonne observance

1 ou 2 OUI : minime problème d'observance

3 OUI ou plus : problème d'observance

Habitudes de vie

Activité professionnelle :

Allergies non médicamenteuses :

.....
.....

Tabac :

Alcool :

Annexe 4 : *Version finale du livret d'entretien pharmaceutique*

Auteur : L. Veneziani

Durée de l'entretien :

Livret d'entretien pharmaceutique

1. Observation pharmaceutique

Renseignements généraux

Nom : Prénom :
Sexe : Homme Femme
Date de naissance :
Ancienneté du diabète :

Suivi médical

Médecin traitant :
Infirmier(e) :
Diabétologue :
Association Patients : Non Oui (*préciser*)
Réseau : Non Oui (*préciser*)

Pathologies chroniques

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

Suivi biologique

Date				
HbA1c				
Clairance créatinine				

Avis du patient : le résultat lui semble-t-il correct ? Non Oui Ne sait pas

Habitudes de vie

Activité professionnelle :

Activités :

Allergies non médicamenteuses :

Tabac :

Alcool :

Expériences antérieures avec les médicaments

Effets indésirables dus aux médicaments (lesquels – quels types d'effets indésirables)

Date	Médicament	Effet décrit	Avis pharmaceutique

Allergies médicamenteuses

.....

Gestion des médicaments

.....

Evaluation de l'observance

Hier avez-vous oublié de prendre vos médicaments ?	OUI	NON
Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicaments ?	OUI	NON
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que votre mémoire vous fait défaut ?	OUI	NON
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	OUI	NON
Pensez vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	OUI	NON
Profil d'observance		

Aucun OUI : bonne observance
1 ou 2 OUI : minime problème d'observance
3 OUI ou plus : problème d'observance

Conseils diététiques

Patient suivi par une diététicienne : Oui Non

Problématiques éventuelles :
.....
.....

Conseils podologiques

Patient suivi par un podologue : Oui Non

Problématiques éventuelles :
.....
.....

Autosurveillance glycémique

Oui Non

Fréquence :

Autosurveillance effectuée par :

Matériel :

	Références	Date d'acquisition
Lecteur de glycémie		
Autopiqueur		

Recueil des glycémies dans un carnet de surveillance

Oui Non

Maîtrise de la technique de mesure de la glycémie capillaire

Oui

Non → problématiques mises en évidence :

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

Patient traité par insuline

Oui Non

Injections effectuées par :

Maîtrise de la technique d'injection

Oui

Non → problématiques mises en évidence :

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

2. Interventions adaptées aux problématiques du patient

Problématiques	Interventions pharmaceutiques	Outils utilisés

Annexe 5 : Livret d'information sur le diabète : « Mieux comprendre le diabète »

Auteur : L. Veneziani

Mieux comprendre le diabète



Quelques définitions

Qu'est-ce que la glycémie ?

- La glycémie correspond au taux de sucre dans le sang. Ce sucre est appelé glucose.
- Les valeurs normales de la glycémie sont :
 - A jeun : inférieure à 1.10 g/l
 - 2 heures après un repas : inférieure à 1.50 g/l

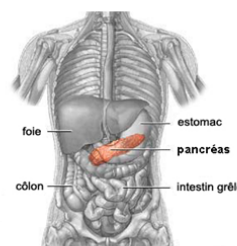
A quoi sert le glucose ?

Notre organisme est composé de milliards de cellules qui ont besoin d'énergie pour fonctionner. Le glucose est la principale source d'énergie de l'organisme.

Qu'est-ce que l'insuline ?

C'est une hormone fabriquée par le pancréas. Elle permet de maintenir la glycémie dans les valeurs normales. Elle agit au niveau des cellules comme une clé dans une serrure.

L'insuline ouvre la porte de la cellule pour que puisse entrer son carburant, le glucose. Le glucose qui entre dans les cellules n'est plus présent dans le sang : la glycémie baisse.



Qu'est-ce que le diabète ?

Le diabète

Le diabète est une maladie chronique due à un excès de glucose dans le sang, donc à une glycémie trop élevée.

On pose le diagnostic de diabète lorsque l'on mesure une glycémie à jeun supérieure à 1.26 g/l à deux reprises.

Deux types de diabètes

○ Le diabète de type 1

Le pancréas ne produit plus du tout d'insuline. Comme il n'y a plus de clé, le glucose ne peut plus rentrer dans les cellules et reste dans le sang : la glycémie s'élève donc.

○ Le diabète de type 2

Deux phénomènes coexistent :

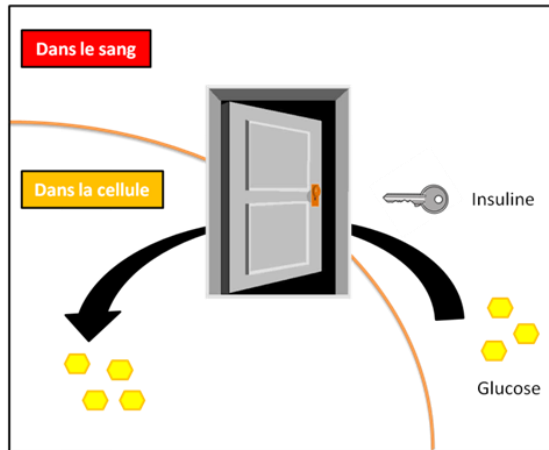
Le pancréas fabrique toujours de l'insuline mais en quantité insuffisante. De plus il y a une gêne à l'action de cette insuline, on parle d'insulino-résistance.

Il y a donc moins de glucose qui peut entrer dans les cellules, ce qui provoque une augmentation de la glycémie.

Ce type de diabète apparaît chez des personnes prédisposées : surpoids, manque d'exercice physique, facteur héréditaire.

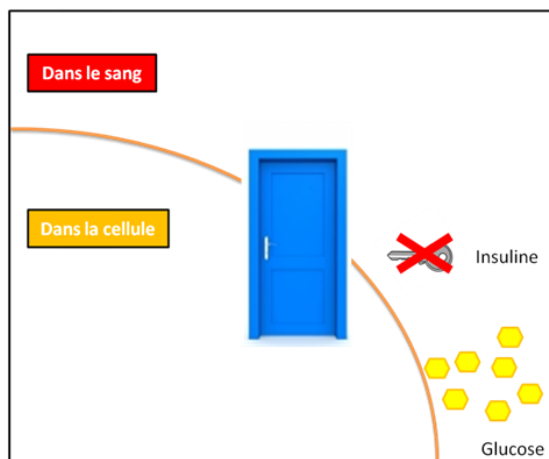
Dans le diabète de type 2, l'hyperglycémie ne donne en général aucun symptôme. C'est pourquoi le diabète est souvent découvert par hasard au cours d'un bilan sanguin, ou à l'occasion de complications.

Qu'est-ce que le diabète ?



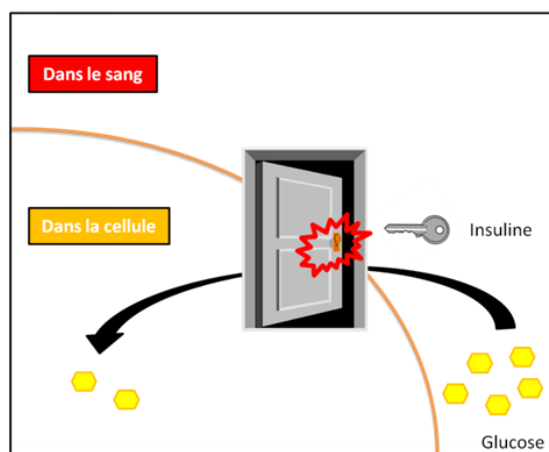
Situation normale

La clé (insuline) ouvre la porte. Elle laisse entrer dans la cellule autant de glucose que nécessaire pour assurer une glycémie normale.



Diabète de type 1

Il n'y a plus de clé, la porte reste fermée. Le glucose ne peut plus entrer dans la cellule et reste dans le sang. La glycémie augmente.



Diabète de type 2

Il y a un manque de clés pour ouvrir les portes des cellules, et les serrures fonctionnent moins bien.

Les portes des cellules s'ouvrent donc moins bien. Il n'y a qu'une petite quantité de glucose qui peut entrer dans les cellules.

Prise en charge globale du diabète de type 2



**Alimentation
équilibrée**



**Activité
physique**

Alimentation et activité physique : bases de la prise en charge du diabète

Effet bénéfique sur le poids, la glycémie, la tension artérielle, le cœur, le mauvais cholestérol, le moral...

Sont poursuivis même si un traitement médicamenteux est introduit, car ils augmentent l'efficacité des médicaments.

Médicaments

Médicaments du diabète

(par comprimés, injections ou les deux)

But : normaliser la glycémie

Avant les repas : 70 à 120 mg/dl
2 heures après le repas : inférieure à 180 mg/dl



Protections contre les complications du diabète et les facteurs de risque cardio-vasculaires

Médicaments contre l'hypertension, protégeant les reins, contre le mauvais cholestérol, les problèmes cardiaques et vasculaires

+ Arrêt du tabac = protection cardio-vasculaire

Annexe 6 : Livret d'information sur le diabète : « Le suivi du diabète de type 2 »

Auteur : L. Veneziani

Le suivi du diabète de type 2



Pour un bon suivi de votre diabète, votre médecin traitant va être, selon votre situation, amené à :

- Vous prescrire certaines analyses
- Vous orienter vers certains spécialistes

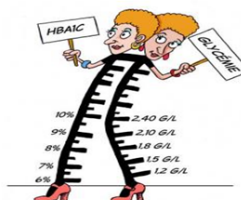
Pour s'assurer de l'équilibre de votre diabète

Glycémie veineuse à jeun (prise de sang)

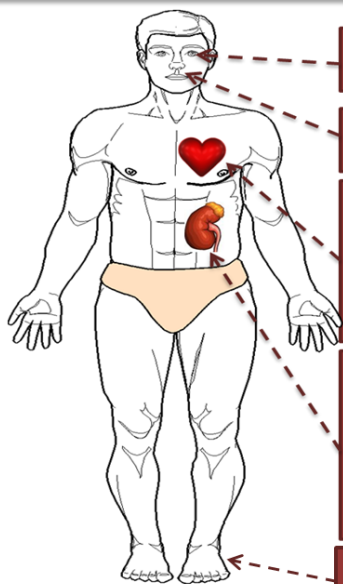
Permet de mesurer le taux de sucre (glucose) dans le sang

Taux d'hémoglobine glyquée ou Hb1Ac (prise de sang)

- Prise de sang réalisée tous les 3 mois
- Permet d'avoir une idée de l'équilibre moyen des glycémies au cours des 3 derniers mois
- Dans le diabète de type 2, un taux d'HbA1c inférieur ou égal 7 % est un objectif raisonnable ; cela correspond à une glycémie moyenne de 1.50 g/l
- Ce chiffre n'est qu'une indication : pour une personne donnée, les objectifs glycémiques sont individualisés, fixés avec le médecin et réévalués dans le temps



Pour vous protéger des complications du diabète : les points à surveiller



Oeil

Consultation d'un ophtalmologue
Examen ophtalmologique, fond d'oeil

Dents

Consultation d'un dentiste
Examen dentaire

Coeur

Consultation d'un cardiologue
Electrocardiogramme, épreuve d'effort

Reins

Créatininémie (prise de sang)
Dosage de la créatinine dans le sang

Microalbuminurie (analyse d'urines)
Dosage de l'albumine dans les urines

Pieds

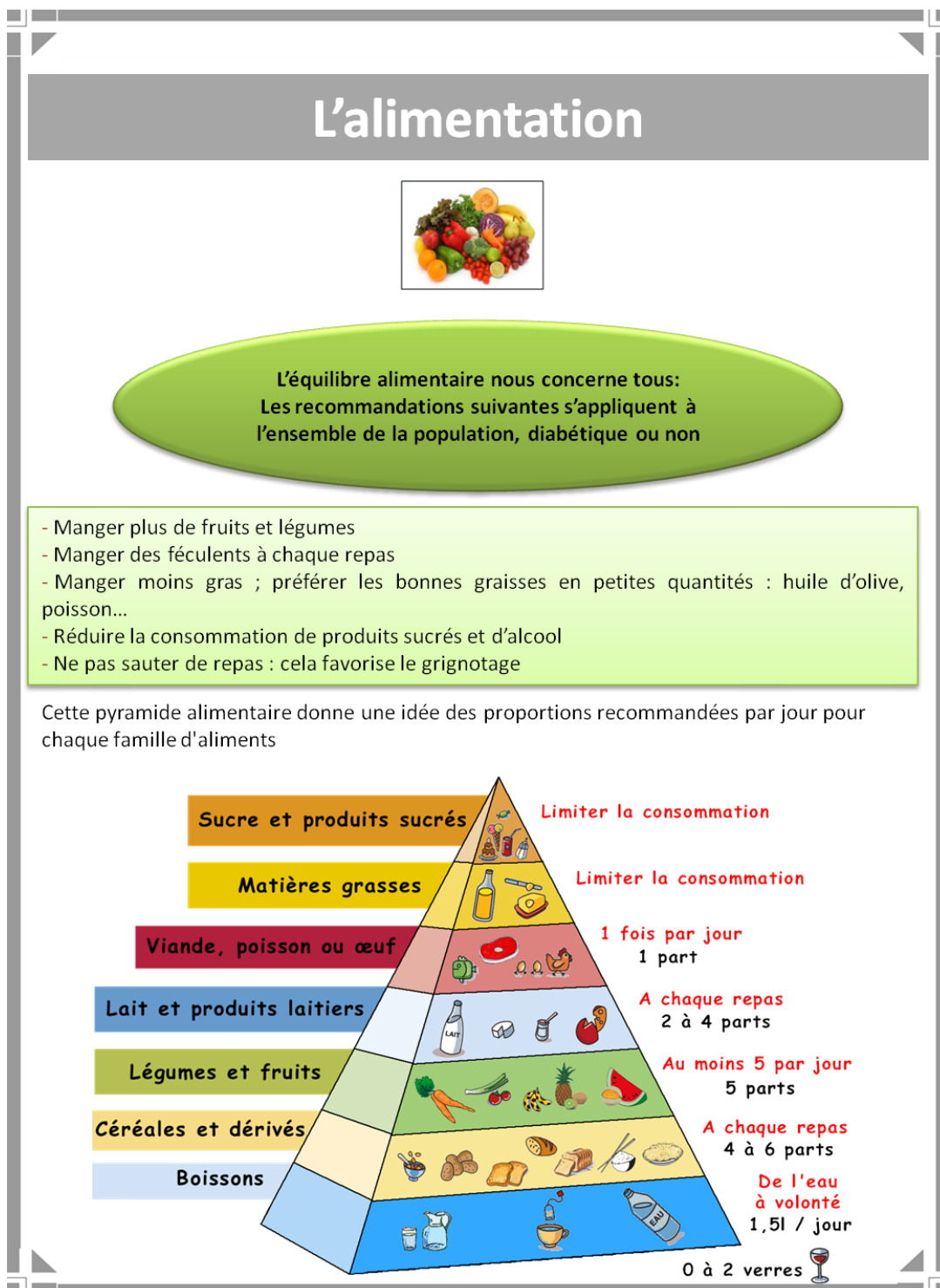
Consultation d'un néphrologue

Suivi des pieds

Votre médecin pourra également vous adresser à un diabétologue si cela est nécessaire ou si vous le désirez

Annexe 7 : Livret d'information sur le diabète : « L'alimentation »

Auteur : L. Veneziani

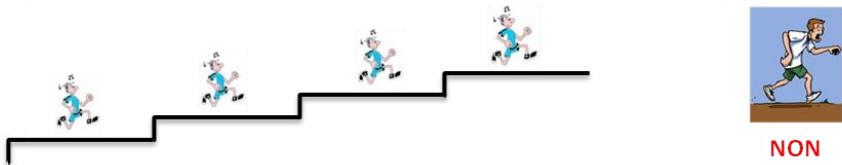


Annexe 8 : Livret d'information sur le diabète : « L'activité physique »


Auteur : L. Veneziani

L'activité physique


- L'activité physique doit être progressive, adaptée à chacun, sans essoufflement




- Privilégier les activités d'endurance : marche, vélo, natation, footing



- Pour obtenir les meilleurs bénéfices possibles, pratiquer au moins 3 séances de 45 minutes par semaine



- Lutter contre la sédentarité au quotidien : monter les escaliers, marcher au lieu de prendre la voiture, jardiner, faire le ménage...




- Prévoir un temps d'échauffement en début d'activité, et un temps de récupération à la fin

Annexe 9 : Livret d'information sur le diabète : « Les médicaments du diabète de type 2 »

Auteur : L. Veneziani

Les médicaments du diabète de type 2

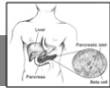


GLUCOPHAGE, STAGID (metformine)

Associations : GLUCOVANCE (metformine + glibenclamide), COMPETACT (pioglitazone + metformine), EUCREAS (vildagliptine + metformine)


Comment ce médicament agit-il ?


La metformine facilite l'action de l'insuline : elle diminue l'insulinorésistance.
La metformine permet de diminuer la production de glucose par le foie.
La metformine permet aux muscles de mieux utiliser le glucose présent dans le sang.



Quand et comment prendre ce médicament ?

Au milieu ou à la fin du repas.





Quels sont les effets indésirables possibles ?

Troubles digestifs (diarrhées, nausées, gaz)


Ce sont les principaux effets indésirables possibles de la metformine. Ils surviennent surtout en début de traitement. La prise du médicament en milieu ou fin de repas permet d'améliorer ces troubles.

Quelques conseils

- En cas de vomissements, diarrhées importants : consulter un médecin.
- La metformine doit être arrêtée momentanément en cas d'examen radiologique nécessitant l'injection d'un produit contenant de l'iode.


Important : si vous constatez la survenue d'effets indésirables

- N'arrêtez jamais de vous-même votre médicament
- Parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien
- Ils pourront peut-être adapter le traitement, la posologie, le moment de la prise du médicament



Que faire en cas d'oubli de prise du médicament ?

Si l'oubli est constaté rapidement (avec une à deux heures de retard), le comprimé peut être pris entre les repas. Si l'oubli est constaté tardivement, attendre la prise suivante.



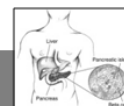
Les médicaments du diabète de type 2



Sulfamides hypoglycémiantes

DIAMICRON (Gliclazide), AMAREL (Glimepiride), DAONIL (Glibenclamide), GLIBENESE (glipizide)

Association : GLUCOVANCE (metformine + glibenclamide)



Comment ce médicament agit-il ?

Ce médicament stimule la sécrétion d'insuline par le pancréas sur une longue période.



Quand et comment prendre ce médicament ?

Juste avant les repas.



Quels sont les effets indésirables possibles ?



- Ce médicament peut provoquer une hypoglycémie.
- Il est indispensable d'apprendre à reconnaître les signes d'une hypoglycémie, et de savoir comment la prendre en charge.
- Le risque d'avoir une hypoglycémie est augmenté par :
 - La prise de boissons alcoolisées
 - La suppression d'un repas
 - La prise de certains médicaments
 - Un exercice physique inhabituel

Important : si vous constatez la survenue d'effets indésirables

- N'arrêtez jamais de vous-même votre médicament
- Parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien
- Ils pourront peut-être adapter le traitement, la posologie, le moment de la prise du médicament

Que faire en cas d'oubli de prise du médicament ?



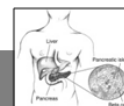
Il est préférable d'avoir l'avis du médecin s'il est joignable. Prévoir un protocole lors de la prochaine consultation.

Les médicaments du diabète de type 2



NOVONORM (repaglinide)

Comment ce médicament agit-il ?



Ce médicament stimule la sécrétion d'insuline par le pancréas sur une courte durée. Il permet d'agir plus spécifiquement sur l'hyperglycémie qui se produit juste après un repas.

Quand et comment prendre ce médicament ?



○ Juste avant les repas.



○ Si pas de repas ou repas sans glucides : ne pas prendre ce médicament.

Quels sont les effets indésirables possibles ?



- Ce médicament peut provoquer une hypoglycémie.
- Il est indispensable d'apprendre à reconnaître les signes d'une hypoglycémie, et de savoir comment la prendre en charge.
- Le risque d'avoir une hypoglycémie est augmenté par :
 - La prise de boissons alcoolisées
 - La suppression d'un repas
 - La prise de certains médicaments
 - Un exercice physique inhabituel

Important : si vous constatez la survenue d'effets indésirables

- N'arrêtez jamais de vous-même votre médicament
- Parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien
- Ils pourront peut-être adapter le traitement, la posologie, le moment de la prise du médicament

Que faire en cas d'oubli de prise du médicament ?



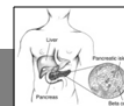
- Attendre la prise suivante.
- Ne jamais doubler la dose pour « compenser » la dose oubliée.

Les médicaments du diabète de type 2



GLUCOR (acarbose)

Comment ce médicament agit-il ?



Ce médicament ralentit l'absorption des sucres dans l'intestin. Les sucres consommés lors du repas se retrouvent moins rapidement dans le sang. Cela laisse plus de temps au pancréas pour fabriquer de l'insuline.

Quand et comment prendre ce médicament ?



Au début du repas.



Quels sont les effets indésirables possibles ?



Ce médicament peut provoquer des troubles digestifs, surtout en début de traitement : flatulences (gaz), diarrhées, ballonnements, douleurs abdominales, nausées...

Important : si vous constatez la survenue d'effets indésirables

- **N'arrêtez jamais de vous-même votre médicament**
- **Parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien**
- **Ils pourront peut-être adapter le traitement, la posologie, le moment de la prise du médicament**

Que faire en cas d'oubli de prise du médicament ?



- Prendre le médicament dans les deux heures qui suivent l'oubli. Au-delà de deux heures, attendre la prochaine prise.
- Ne jamais doubler la dose pour « compenser » la dose oubliée.

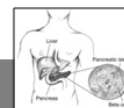
Les médicaments du diabète de type 2



Gliptines

JANUVIA, XELEVIA (sitagliptine)
GALVUS (vildagliptine)
ONGLYZA (saxagliptine)

Associations : EUCREAS (vildagliptine + metformine) ; JANUMET (sitagliptine + metformine)



Comment ce médicament agit-il ?

Ce médicament stimule la sécrétion d'insuline en réponse à un repas.



Quand et comment prendre ce médicament ?

Pendant ou en dehors du repas.

Sauf EUCREAS et JANUMET : en milieu ou fin de repas.



Quels sont les effets indésirables possibles ?



- Maux de tête
- Pancréatite aigüe (rare) : en cas de douleur abdominale sévère et persistante, consulter un médecin

Important : si vous constatez la survenue d'effets indésirables

- N'arrêtez jamais de vous-même votre médicament
- Parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien
- Ils pourront peut-être adapter le traitement, la posologie, le moment de la prise du médicament

Que faire en cas d'oubli de prise du médicament ?



Prendre la dose dès que l'on se rend compte de l'oubli, à moins qu'il soit le moment de prendre la dose suivante ; dans ce cas ne prendre que la dose suivante, comme d'habitude. Ne jamais prendre de double dose pour compenser la dose oubliée.

Annexe 10 : Livret d'information sur le diabète : « L'autosurveillance glycémique »

Auteur : L. Veneziani

L'autosurveillance glycémique



Qu'est-ce que l'autosurveillance glycémique ?

- L'autosurveillance glycémique est un test que l'on réalise à la maison
- Cela permet, à partir d'une goutte de sang prélevée au bout du doigt, de mesurer le taux de sucre dans le sang (glycémie capillaire)

A quoi sert l'autosurveillance glycémique ?

- **Permet à votre médecin de mieux contrôler et adapter votre traitement**
Votre médecin peut ainsi adapter la posologie de vos médicaments à vos glycémies
- **Vous permet de mieux connaître votre diabète**
Vous pouvez ainsi vous rendre compte de l'effet de l'équilibre alimentaire, de l'activité physique et de votre traitement sur la glycémie
- **Permet de détecter les hypoglycémies ou les hyperglycémies**
L'autosurveillance glycémique vous permet de vérifier si certains signes (sensation de malaise, sueurs, palpitations...) sont liés à des valeurs trop hautes ou trop basses de la glycémie

Glycémies normales

Avant les repas : 70 à 120 mg/dL
2 h après le repas : inférieure à 180 mg/dL

Ces valeurs ne sont que des indications.
Votre médecin peut déterminer avec vous des objectifs glycémiques plus adaptés à votre situation.

A quelle fréquence mesurer sa glycémie ?

- Chaque situation est particulière : votre médecin vous indiquera quand effectuer les mesures en fonction de votre traitement et de ses objectifs
- Dans certaines situations, il est conseillé d'effectuer des contrôles supplémentaires (malaise, activité physique importante, maladie, ...)

Quel est le matériel nécessaire ?

➤ Pour se piquer le doigt

Stylo autopiqueur

Votre stylo autopiqueur ne doit servir qu'à vous



Lancettes

- Les lancettes s'adaptent sur le stylo autopiqueur
- Ce sont des aiguilles qui piquent le doigt pour faire sortir la goutte de sang
- Ne jamais réutiliser les lancettes



➤ Pour lire la glycémie

Lecteur de glycémie

Avec une prescription médicale, la Sécurité Sociale rembourse à 100 % un lecteur de glycémie tous les 4 ans



Bandelettes

- C'est sur la bandelette que l'on dépose la goutte de sang
- Cette bandelette est ensuite introduite dans le lecteur de glycémie
- Ne jamais réutiliser les bandelettes



➤ Pour noter les glycémies mesurées

Carnet d'autosurveillance

Noter jour après jour les glycémies mesurées vous permet tout d'abord de mieux connaître votre diabète

Ceci est également utile au médecin, qui peut ainsi analyser vos résultats à chaque consultation



Comment mesurer sa glycémie ?

1. Se laver les mains

- Avec de l'eau chaude non brûlante : cela favorise l'arrivée du sang
- Utiliser du savon
- Ne pas utiliser d'alcool ou de produits désinfectants : ils peuvent fausser les résultats
- Bien sécher ses mains

2. Insérer la bandelette dans l'orifice d'introduction du lecteur

Pour certains lecteurs, chaque boîte de bandelettes contient une puce spécifique ; cette puce permet d'adapter chaque boîte de bandelettes au lecteur, pour obtenir des résultats fiables

Chaque fois que l'on ouvre une nouvelle boîte de bandelettes :

- Insérer la nouvelle puce dans le lecteur
- Vérifier que le code qui s'affiche sur le lecteur est le même que celui noté sur la boîte de bandelettes

3. Favoriser l'arrivée du sang dans les doigts

Laisser pendre la main ou se masser légèrement le doigt

4. Insérer dans le stylo autopiqueur une lancette neuve

5. Régler la profondeur de la piqûre

6. Prélever une goutte de sang au bout du doigt

Où piquer ?

La face latérale des doigts (sur les côtés des doigts et non sur la pulpe)

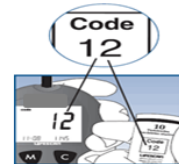


7. Approcher la bandelette de la goutte de sang

Le lecteur affiche la glycémie en quelques secondes

8. Jeter la bandelette et la lancette dans le collecteur prévu à cet effet

9. Noter sa glycémie dans son carnet d'auto-surveillance



Quelques conseils

1. Lire l'intégralité du manuel de votre lecteur de glycémie, ainsi que les notices des bandelettes associées, avant toute utilisation et de façon régulière

2. Il existe 2 unités de mesure de la glycémie : les mg/dl et les mmol/l

Lors de chaque mesure de glycémie et si votre lecteur permet un changement d'unité, il est important de s'assurer que l'unité du résultat rendu, affichée sur l'écran, est bien celle que vous utilisez d'habitude

3. En cas de vague de chaleur ou de grand froid

- Les lecteurs de glycémie et les bandelettes sont sensibles aux températures extrêmes, à l'humidité et à l'altitude (peu fiables au-dessus de 2000 m)
- En cas de forte chaleur ou de grand froid, les résultats peuvent donc être faussés
- Lire attentivement le manuel d'utilisation du lecteur de glycémie et la notice des bandelettes ; cela vous permettra de connaître les températures de stockage et les conditions de bon fonctionnement de ces produits
- Transporter les bandelettes, en plus de leur emballage d'origine, dans des pochettes isothermes, pour éviter de les exposer à des variations trop importantes de température et d'humidité

4. Retourner la carte de garantie de votre lecteur de glycémie au fabricant

En retournant, lors l'achat du lecteur de glycémie, cette carte correctement remplie au fabricant, celui-ci pourra non seulement assurer le remplacement de votre appareil en cas de défaillance, mais aussi vous contacter en cas de besoin (rappel de lot de produits)
Vous pouvez en cas de besoin joindre le fabricant par téléphone en utilisant le numéro vert fourni avec le lecteur (dysfonctionnement de l'appareil, questions sur le mode d'emploi...)

5. Manipuler avec précautions les bandelettes

- Les conserver dans leur emballage, bien reboucher le flacon après utilisation
- Ne pas les utiliser si elles sont périmées
- Si la notice comporte une durée maximale d'utilisation, noter la date de première ouverture sur le flacon de bandelettes pour ne pas dépasser la date limite d'utilisation

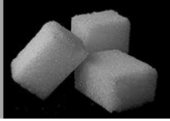
5. Entretien du lecteur de glycémie

- Entretien régulièrement son lecteur de glycémie conformément aux indications du manuel d'utilisation ; ceci est indispensable à son bon fonctionnement
- Eviter d'exposer le lecteur à la poussière
- S'il s'avère nécessaire de nettoyer le lecteur : s'assurer qu'il est éteint, puis nettoyer l'extérieur du lecteur délicatement à l'aide d'un chiffon doux légèrement imbibé d'alcool à 70° ou d'un mélange de liquide vaisselle et d'eau. S'assurer que le chiffon est bien essoré.

Annexe 11 : Livret d'information sur le diabète : « Gestion des hypoglycémies »

Auteur : L. Veneziani

Gestion des hypoglycémies



Qu'est-ce qu'une hypoglycémie ?

Une hypoglycémie correspond à un taux de sucre dans le sang trop bas

- Généralement on parle d'hypoglycémie quand la glycémie est inférieure à 0.70 g/l
- Votre médecin peut redéfinir avec vous le seuil d'hypoglycémie

Les personnes à risque d'hypoglycémie

- Les personnes traitées par **insuline**
- Les personnes traitées par **sulfamides hypoglycémiants** (comprimés)
Ex : DIAMICRON® (Gliclazide), AMAREL® (Glimepiride), DAONIL® (Glibenclamide)
- Les personnes traitées par **NOVONORM®** (comprimés)

Les causes de l'hypoglycémie

- **Le traitement** : l'insuline et les comprimés augmentant la sécrétion d'insuline (sulfamides hypoglycémiants, NOVONORM®) sont le plus souvent en cause
- **L'alimentation** : repas sauté, pris en retard ou ne contenant pas assez de glucides (sucres)
- **L'activité physique** : plus intense, inhabituelle
- **L'alcool** : consommation excessive

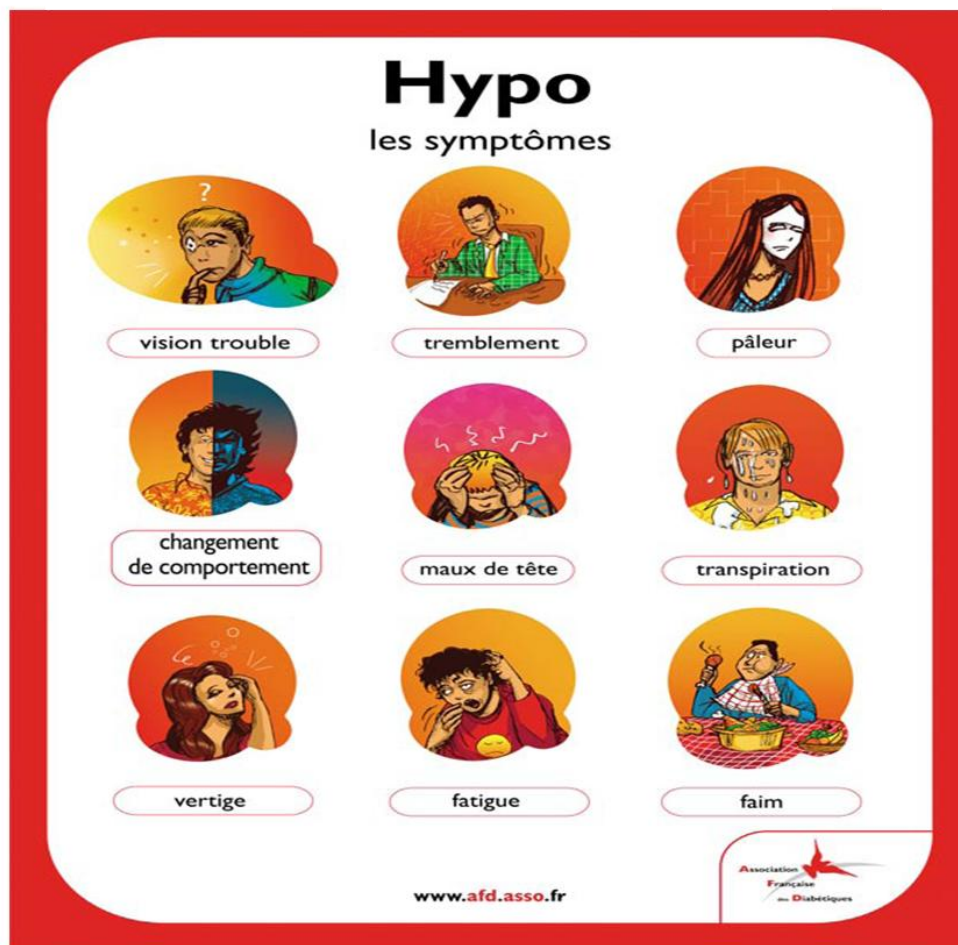
L'hypoglycémie est une urgence qu'il faut gérer immédiatement !

Une hypoglycémie non prise en charge peut entraîner une perte de conscience

Page 1/4

Quels sont les signes de l'hypoglycémie ?

- Une hypoglycémie peut ne pas être ressentie
- Elle entraîne le plus souvent des signes, qui peuvent être différents d'une personne à l'autre
- Les signes les plus fréquents sont :



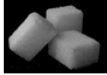



Il est important que vous et vos proches appreniez à reconnaître ces signes

Que faire en cas d'hypoglycémie ?

Si vous ressentez des signes d'hypoglycémie

- Cessez votre activité, et asseyez-vous calmement
- Mesurez votre glycémie si possible
- Si votre glycémie est inférieure à 0.70 g/l : pratiquez un resucrage immédiat

Prenez un aliment contenant 15 grammes de glucides :

 3 morceaux de sucre	 2 cuillères à café rases de confiture ou de miel
OU	
 ½ verre de soda non light (100 ml)	 1 petite bouteille de jus de fruits (125 ml)

- Si vos symptômes ne s'aggravent pas, attendez 20 minutes avant de vérifier la glycémie
- Si l'hypoglycémie persiste, reprenez 15 grammes de glucides
- Si l'hypoglycémie persiste après 2 resucrages, contactez tout de suite votre médecin

Cas particulier

Si vous êtes traité par insuline

Si vous êtes inconscient, votre entourage peut vous faire une injection de glucagon (GLUCAGEN®)

C'est une substance qui a l'effet inverse de celui de l'insuline et qui va faire remonter la glycémie

A savoir

- La glycémie remontera probablement bien au-dessus des valeurs normales (hyperglycémie réactionnelle) à cause de la réaction de l'organisme
- L'impression de malaise peut durer pendant plusieurs heures alors que la glycémie est remontée au-dessus des valeurs normales

Comment éviter les hypoglycémies ?

- **Consommez suffisamment de glucides** à chaque repas
- **Ne prenez pas d'alcool à jeun**, évitez la consommation excessive d'alcool
- **Ne prenez pas votre comprimé de sulfamide hypoglycémiant ou de NOVONORM®** si vous sautez un repas, ou si vous avez une activité physique importante
- **Donnez une copie de votre ordonnance à tout médecin vous prescrivant des nouveaux médicaments** ; cela lui permettra de vérifier que ces médicaments n'interagissent pas avec votre traitement pour le diabète
- **Si malgré ces conseils vous faites souvent des hypoglycémies, contactez votre médecin** ; il est peut-être nécessaire de réadapter votre traitement

Quelques conseils

- **Ayez toujours sur vous :**
6 morceaux de sucre, ou 2 briques de jus de fruits
- **Ayez toujours sur vous une carte de diabétique** indiquant le traitement que vous prenez, et la conduite à tenir en cas d'hypoglycémie
- **Si vous êtes traité par insuline, ayez toujours sur vous du GLUCAGEN®**
Le GLUCAGEN® se conserve au réfrigérateur jusqu'à la date limite de conservation, ou à température ambiante pendant 18 mois si la date limite de conservation n'est pas dépassée
- **Informez votre entourage des signes de l'hypoglycémie, et de la conduite à tenir en cas d'hypoglycémie**

CONSEILS ADRESSÉS À L'ENTOURAGE DES PERSONNES DIABÉTIQUES

Il est important de savoir détecter les signes d'hypoglycémie

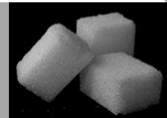
Conduite à tenir si vous détectez des signes d'hypoglycémie chez une personne diabétique :

- **Si la personne est consciente** : lui dire de se resucrer (3 sucres, 1 brique de jus de fruits...)
- **Si la personne est inconsciente** :
 - Ne tentez pas de lui faire avaler du sucre : elle risque de s'étouffer
 - Si la personne est traitée par insuline : faites une injection de Glucagon si vous savez la réaliser
 - Si vous ne parvenez pas à gérer la situation : contactez les secours en composant le 15

Annexe 12 : Livret d'information sur le diabète : « Gestion des hyperglycémies »

Auteur : L. Veneziani

Gestion des hyperglycémies



On parle d'hyperglycémie lorsqu'il y a une **augmentation anormale de la glycémie**. Dans ce cas la quantité d'insuline est insuffisante par rapport à la quantité de glucose dans le sang.

Cette fiche est consacrée à la gestion des hyperglycémies :

**Inhabituelles
Supérieures à 2.50 g/l**

Si la glycémie est élevée en permanence, consulter un médecin.

Quelles peuvent être les causes d'une hyperglycémie inhabituelle ?

Si la glycémie est habituellement correcte et qu'elle monte subitement au-dessus des valeurs habituelles, il faut rechercher une cause déclenchante (cela permettra d'éviter les récurrences) :



Surplus d'alimentation



Arrêt du traitement

- Oubli d'une injection d'insuline à longue durée d'action, erreur de dosage de l'insuline
- Arrêt prolongé des médicaments antidiabétiques



Infection avec fièvre

- Grippe, infections pulmonaires, otites, plaies infectées, problèmes dentaires, infections urinaires, gastro-entérite
- Attention, parfois on peut ne pas ressentir la présence d'une infection (exemple : plaies au niveau des pieds pour lesquelles on ne ressent pas de douleur)



Situation de stress



Prise de certains médicaments

Exemple : traitement par corticoïdes en comprimés ou en injection

Que se passe t'il quand la glycémie est très élevée ?

○ Présence de sucre dans les urines (glycosurie)

Comme il n'y a pas assez d'insuline, le sucre ne peut pas entrer dans les cellules et reste dans le sang. Quand la glycémie est trop haute, le sucre est éliminé par le rein dans les urines.

Ainsi la présence de sucre dans le sang signifie que la glycémie a été supérieure à 1.80 g/l depuis la dernière fois que l'on a uriné.

Les symptômes possibles



Urines abondantes



Soif (car déshydratation)



Fatigue

○ Présence d'acétone dans les urines (acétonurie)

Le manque d'insuline peut entraîner la production d'acétone par l'organisme.

Cet acétone est éliminé dans les urines.

Les symptômes possibles



Nausées, vomissements



Douleurs abdominales



Haleine : odeur d'acétone

Il est possible à la maison de rechercher le sucre et l'acétone dans les urines grâce à des bandelettes urinaires

Que faire en cas de glycémie supérieure à 2.50 g/l ?

- **Boire beaucoup afin d'éviter la déshydratation**



- **Rechercher du sucre et de l'acétone dans les urines**

Cette recherche se fait à l'aide de bandelettes urinaires.

Exemples : Kétodiabur test 5000® (Roche) et Ketodiasix® (Bayer)



Interprétation des résultats

- **Absence de sucre ou d'acétone dans les urines**

Tout va bien

- **Présence de sucre dans les urines ; absence d'acétone**

- Contrôler régulièrement sa glycémie afin de vérifier qu'elle revient aux valeurs habituelles
- Si la glycémie ne revient pas aux valeurs habituelles : consulter un médecin

- **Présence de sucre et d'acétone dans les urines**

- IL S'AGIT D'UNE URGENCE

- Consulter immédiatement un médecin

→ sans prise en charge, les conséquences peuvent être très graves

Comment prévenir les hyperglycémies



Mesurer ses glycémies régulièrement



Faire attention à son équilibre alimentaire



Prendre son traitement antidiabétique comme il a été prescrit – ne jamais arrêter son traitement

Insuline
Comprimés



**En cas de maladie (grippe, infection ORL...) :
Contrôler plus souvent ses glycémies**

Annexe 13 : Livret d'information sur le diabète : « Soins des pieds »

Auteur : L. Veneziani

Soins des pieds

Pourquoi prendre soin de ses pieds ?

Une personne diabétique a plus de risques de développer des plaies au niveau des pieds

- Un taux élevé de sucre dans le sang abîme les nerfs : c'est la neuropathie
 - La neuropathie se traduit par une perte de la sensibilité
 - La perception de la chaleur, du froid et de la douleur est diminuée
 - On ressent donc moins bien les pressions, les frictions et même les plaies constituées
- Un taux élevé de sucre dans le sang abîme les vaisseaux sanguins : c'est l'artériopathie
 - L'artériopathie est responsable d'une moins bonne circulation du sang, notamment au niveau des jambes et des pieds

Ces 2 facteurs favorisent l'apparition de plaies au niveau des pieds et retardent la cicatrisation

Toute plaie du pied chez une personne diabétique peut être grave

Il est important d'examiner ses pieds tous les jours, car comme la douleur est moins bien ressentie on peut ne pas se rendre compte de l'existence d'une plaie

Comment prendre soin de ses pieds ?

La toilette

- Laver ses pieds tous les jours
- Sécher soigneusement ses pieds, en particulier entre les orteils
- Eviter l'eau trop chaude
- Ne pas prendre de bains de pieds



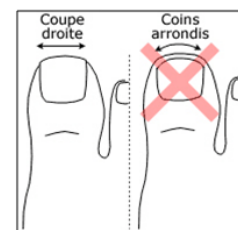
L'examen des pieds

- Inspecter ses pieds tous les jours : le dos, la plante, entre les orteils
- Si besoin utiliser un miroir pour examiner le dessous du pied
- Si vous n'y parvenez pas seul (problèmes d'articulations, de vue...), demandez l'aide d'un proche
- Si la peau est abîmée (ampoule, coupure, fissure), consulter un médecin



L'entretien des pieds

- Couper ses ongles droits, sans arrondis aux bords (« au carré »)
Utiliser une lime en carton pour la finition

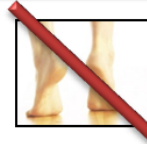


- Repérer les cors, les durillons, les crevasses, la « corne » : ils nécessitent des soins spéciaux par un podologue (ne pas les traiter soi-même)
- Ne pas utiliser de produits acides (pommade Cochon®...), de coupe-cors, de pierre ponce...
- Ne pas utiliser d'objet blessant : ciseaux pointus, râpe en fer...
- Hydrater ses pieds avec une crème tous les jours en évitant les espaces entre les orteils



Quelques conseils

○ Ne pas marcher pieds nus



○ Avoir une bonne hygiène de vie

- Respecter les objectifs glycémiques fixés par le diabétologue
- Ne pas fumer (le tabac est toxique pour les vaisseaux)
- Contrôler la tension artérielle et le taux de cholestérol
- Respecter son calendrier de vaccination antitétanique



○ Bien choisir ses chaussures

- Choisir ses chaussures en fin de journée
- Choisir des chaussures adaptées, suffisamment souples et larges.
- Préférer les chaussures en cuir, fermées, sans talon haut, sans coutures intérieures
- Vérifier régulièrement l'état des chaussures, en passant la main à l'intérieur. Repérer les plis, les coutures, les corps étrangers qui pourraient vous blesser



○ Bien choisir ses chaussettes

- Changer de chaussettes tous les jours
- Choisir des chaussettes en coton, en laine, sans coutures à l'intérieur
- Attention aux élastiques trop serrés : ils peuvent gêner la circulation du sang



○ Attention à la kératose (« corne »)

- La kératose peut blesser la peau sous-jacente et cacher une lésion qui se développe en dessous
- Il faut donc la faire enlever par un podologue, puis hydrater avec une crème les zones cornées afin de diminuer la dureté de la kératose et éviter qu'elle ne se reforme



○ Attention aux mycoses entre les orteils

- Une mycose est une infection due à un champignon
- Elle provoque des démangeaisons très importantes entre les orteils
- Elle doit être dépistée et traitée car elle peut être à l'origine de fissures dans la peau, qui sont des portes d'entrée pour les microbes



En cas de blessure du pied

- **Pas de colorant rouge (éosine) ou d'antiseptique sur la peau**

- **Laver la blessure**

A l'eau claire et au savon de Marseille

- **Mettre un pansement gras simple**

Exemples : Physiotul, Urgotul

- **Identifier la cause de la plaie et la supprimer immédiatement**

Chaussure, corps étranger...

- **Consulter un médecin**

Toute plaie même minime est une urgence

Si vous découvrez une plaie, consultez votre médecin le jour même

Au moindre doute sur une lésion même petite, appelez votre médecin

Annexe 14 : Livret d'information sur le diabète : « L'insulinothérapie »

Auteur : L. Veneziani



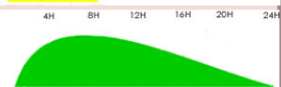



L'insulinothérapie

Pourquoi suis-je traité par insuline ?

- Dans le diabète de type 2, le pancréas a au fil du temps tendance à produire moins d'insuline
- **Le traitement par insuline n'est pas un signe d'échec ou d'aggravation, mais un outil du traitement comme les autres**

Les différents types d'insulines

- Il existe différents types d'insulines
- **Une insuline est définie par :**
 Le temps au bout duquel elle agit = le délai d'action
 La durée pendant laquelle elle est efficace = la durée d'action

Type d'insuline	Exemples	Délai d'action	Durée d'action	Quand réaliser l'injection	Profil d'action
Insulines ultra rapides	Humalog® Novorapid® Apidra®	Moins de 15 min	3 à 4 h	Immédiatement avant le repas	
Insulines rapides	Actrapid® Umluline Rapide® Insuman Rapide®	15 à 20 min	4 à 6 h	20 à 30 minutes avant le repas	
Insulines intermédiaires (NPH)	Insulatard® Insuman basale® Umluline NPH®	1h30	12 à 14 h	Indépendant du repas	
Insulines lentes	Lantus® Levemir®	2 h	24 h	Indépendant du repas	
Mélange insuline ultra rapide + insuline intermédiaire	Novomix® Humalogmix®	15 min	12 à 14h	Immédiatement avant le repas	
Mélange insuline rapide + insuline intermédiaire	Mixtard® Umluline Profil® Insuman Comb®	30 min	12 à 14h	20 à 30 minutes avant le repas	

Remarque : dans les mélanges d'insulines, le chiffre représente le pourcentage d'insuline rapide ou ultra rapide contenu dans le mélange
Exemple : Nonomix® 30 contient 30 % d'insuline ultra rapide et 70 % d'insuline intermédiaire

Votre médecin vous indiquera le nombre d'injections par jour et quand les réaliser

Où injecter l'insuline

1. Les zones où l'on peut injecter l'insuline

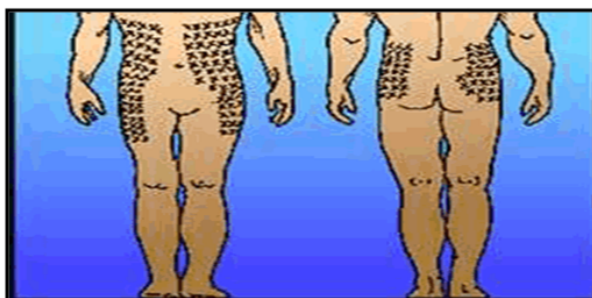
(en noir sur le schéma)

Abdomen

Pour les insulines rapides et ultra rapides

Cuisses et fesses

Pour les insulines intermédiaires et lentes



Pour une meilleure reproductibilité de l'action de l'insuline

- Garder la même zone d'injection pour un même horaire de la journée
- Ne pas se piquer au même endroit 2 fois de suite : 1 cm entre chaque point d'injection

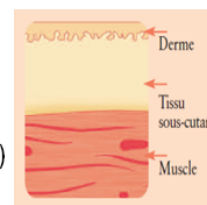
Cela prévient les lipodystrophies, qui sont des bosses ou des creux liés à une répartition anormale de la graisse ; il ne faut pas injecter l'insuline dans des zones de lipodystrophies

2. La profondeur de l'injection

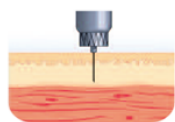
L'insuline doit être injectée dans le tissu sous-cutané et non dans le muscle

Pour cela il faut :

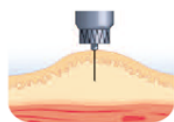
- **Une aiguille d'une longueur adaptée** : 5 mm (enfants, adultes maigres)
8 mm (la plupart des patients)
12.7 mm (dose supérieure à 50 unités)
- **Une technique d'injection adaptée** : avec ou sans pli



Sans pli cutané



Avec pli cutané



En général :

Cuisses / abdomen : pli
Fesses : pas de pli

Pour réaliser un pli : avec 3 doigts, soulever délicatement la peau sans emmener le muscle



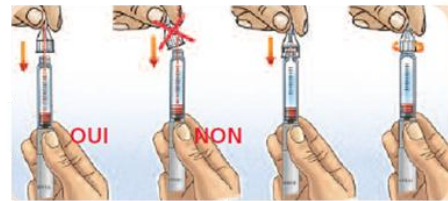
Dans tous les cas suivre les conseils donnés par le médecin ou l'infirmière qui vous a montré comment réaliser les injections

Comment injecter l'insuline (avec un stylo injecteur)

1. Fixer une nouvelle aiguille sur le stylo

Toujours en restant dans l'axe du stylo, approcher et visser complètement l'aiguille sur le stylo

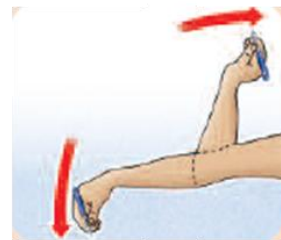
Cela permet de ne pas tordre l'aiguille ; si l'aiguille est tordue, l'insuline ne sera pas délivrée



2. Si vous avez une insuline intermédiaire (NPH) ou un mélange d'insulines

Retourner le stylo lentement de haut en bas 20 fois pour homogénéiser l'insuline

Avant d'injecter bien vérifier visuellement que l'insuline est homogène



3. Purger pour chasser les bulles d'air et s'assurer que le stylo et l'aiguille fonctionnent correctement

Avant chaque injection :

- Sélectionner une dose de 2 unités
- Tout en maintenant le stylo avec l'aiguille pointée vers le haut, tapoter doucement le réservoir à insuline avec le doigt afin que toute bulle d'air remonte vers l'aiguille
- Appuyer à fond sur le bouton d'injection : **vous devez voir une goutte d'insuline au bout de l'aiguille**

4. Puis sélectionner la dose souhaitée

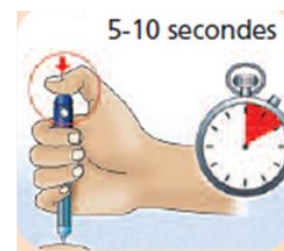
5. Faire un pli cutané si nécessaire

5. Injecter la dose

Enfoncer à fond le bouton d'injection

Laisser le bouton d'injection enfoncé pendant **10 secondes** avant de retirer l'aiguille ; ceci permet d'être sûr que toute la dose a été injectée

Vérifier après l'injection qu'il ne ressort pas d'insuline de la peau ; si c'est le cas, revoir avec votre médecin la taille des aiguilles



6. Retirer l'aiguille et l'éliminer dans un collecteur adapté



Quelques conseils

1. Retirer et éliminer l'aiguille après chaque injection

Cela permet d'éviter le risque de bulles d'air ou de contamination de l'insuline

Ne jamais réutiliser les aiguilles : la réutilisation les fragilise et leur pointe risque de casser

2. Observer et palper les zones d'injection avant chaque injection

Rechercher des bosses, creux (signes de lipodystrophies), hématomes et douleur (signes d'injection intramusculaire)

Ne jamais injecter l'insuline dans une zone de lipodystrophie car l'absorption de l'insuline y est moins bien contrôlée

3. Ne jamais interrompre le traitement par insuline

4. Conservation de l'insuline

Avant utilisation : conserver au réfrigérateur, entre 2°C et 8°C

Au changement de cartouche ou de stylo il est possible de sortir l'insuline du réfrigérateur la veille, l'injection sera plus agréable

Insuline entamée : conservée à température ambiante au maximum 4 semaines

Attention l'insuline est détruite si elle est congelée ou exposée à une température supérieure à 40°C

- Pour éviter la congélation de l'insuline, la conserver dans le bac à légumes du réfrigérateur; en cas de voyage, ne pas mettre l'insuline au contact d'un pain de glace dans une glacière ou dans la soute d'un avion
- L'insuline craint les chaleurs élevées et la lumière : ne pas laisser le flacon entamé derrière une fenêtre, près du radiateur, sur un four à micro-ondes ou dans la boîte à gants de la voiture

Annexe 17 : *Exemple d'un livret d'entretien pharmaceutique*

Livret complété suite à un entretien avec Mme N.G., 45 ans.

Durée de l'entretien : 46 minutes

Livret d'entretien pharmaceutique

1. Observation pharmaceutique

Renseignements généraux

Nom : G. Prénom : N.

Sexe : Homme Femme

Date de naissance : 29/12/1965

Ancienneté du diabète : 19 ans

Suivi médical

Médecin traitant : Dr P.K.

Infirmier(e) : non

Diabétologue : Dr K. S-F.

Association Patients : Non Oui (préciser)

Réseau : Non Oui (préciser)

Pathologies chroniques

Diabète de type 2

Hypertension artérielle, insuffisance cardiaque

Dyslipidémie

Suivi biologique

Date	25/08/2011			
HbA1c	9.70 %			
Clairance créatinine	-			

Avis du patient : le résultat lui semble-t-il correct ? Non Oui Ne sait pas

Habitudes de vie

Activité professionnelle : recherche d'emploi

Activités : vélo, marche, jardinage, natation en été

Allergies non médicamenteuses : aucune

Tabac : non

Alcool : non

Traitements médicamenteux

Ordonnance la plus récente	1 ^{ère} délivrance	Médicaments sans ordonnance
GLUCOPHAGE 1000 mg 1-1-1	Non	Non
NOVORAPID FLEXPEN 14 unités matin, midi et soir	Non	
LANTUS SOLOSTAR 48 unités le matin	Non	
COVERSYL 10 mg 1-0-0	Non	
MONO-TILDIEM LP 300 mg 1-0-0	Non	
FLUDEX LP 1.5 mg 1-0-0	Non	
ALDACTONE 25 mg 1-0-0	Non	
INEGY 10/20 mg 0-0-1	Non	
GLUCAGEN 1 boîte	Non	

Connaissance du traitement

Médicament	Connaissance de l'indication	
	Oui	Non
GLUCOPHAGE 1000 mg	X	
NOVORAPID FLEXPEN	X	
LANTUS SOLOSTAR	X	
COVERSYL 10 mg	X	
MONO-TILDIEM LP 300 mg	X	
FLUDEX LP 1.5 mg	X	
ALDACTONE 25 mg		X
INEGY 10/20 mg	X	
GLUCAGEN	X	

Expériences antérieures avec les médicaments

Effets indésirables dus aux médicaments (lesquels – quels types d'effets indésirables)

Date	Médicament	Effet décrit	Avis pharmaceutique
	Levemir [®]	Augmentation de la pression artérielle	} Traitements antérieurs ayant été arrêtés
	Novonorm [®]	Hypoglycémies	
	Glucor [®]	Maux de ventre	
	Actos [®]	Prise de poids	
Actuellement	Lantus [®]	Prise de poids	
	Lantus [®] /Novorapid [®]	Hypoglycémies	

Allergies médicamenteuses

Aucune.

Gestion des médicaments

La patiente gère elle-même ses médicaments. Elle range les range dans une boîte, et les prend avant les repas.

Evaluation de l'observance

Hier avez-vous oublié de prendre vos médicaments ?	OUI	NON	Aucun OUI : bonne observance 1 ou 2 OUI : minime problème d'observance 3 OUI ou plus : problème d'observance
Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicaments ?	OUI	NON	
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que votre mémoire vous fait défaut ?	OUI	NON	
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	OUI	NON	
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	OUI	NON	
Profil d'observance	Minime problème d'observance		

Conseils diététiques

Patient suivi par une diététicienne : Oui Non

Problématiques éventuelles : La patiente perd du poids pendant ses cures à Vals mais reprend tout de retour chez elle ; elle n'arrive pas à appliquer les conseils diététiques au quotidien ; elle ne pense pas cuisiner mal, mais dit manger de trop grosses quantités, être gourmande.

Conseils podologiques

Patient suivi par un podologue : Oui Non

Problématiques éventuelles : La patiente ne surveille pas ses pieds tous les jours, car son médecin les regarde tous les 3 mois.

Autosurveillance glycémique

X Oui Non

Fréquence : 3 contrôles par jour (avant les repas)

Autosurveillance effectuée par : la patiente

Matériel :

	Références	Date d'acquisition
Lecteur de glycémie	Accu-Chek Go®	5 ans
Autopiqueur	Accu-Chek Multiclix®	5 ans

Recueil des glycémies dans un carnet de surveillance

X Oui Non

Maîtrise de la technique de mesure de la glycémie capillaire

X Oui

Non → problématiques mises en évidence :

.....

.....

.....

.....

Patient traité par insuline

Oui Non

Injections effectuées par : la patiente

Maîtrise de la technique d'injection

Oui

X Non → problématiques mises en évidence :

La patiente ne différencie pas les sites d'injection en fonction du type d'insuline (rapide, lente) : on ne le lui a jamais dit.

Notes

Ancienneté du diabète

« Je suis diabétique depuis 19 ans. Ça s'est déclenché pendant ma grossesse. J'ai un grand-père, une sœur et une tante diabétiques. On m'a dit que ça sautait une génération ».

« J'ai fait des cures à Vals les Bains pour le diabète et perdre du poids. Ça fait du bien pendant trois semaines puis je reprends tout chez moi. Vous savez, le diabète c'est aussi le poids. Si vous perdez du poids, vous le voyez sur le diabète. Ce n'est pas évident à gérer tout ça ».

Suivi biologique

« 9.70 % d'hémoglobine glyquée, ce n'est pas bon du tout, mais j'ai baissé par rapport à la dernière fois (10 %). Le médecin ne va pas me changer mon traitement, pour moi si ce n'est pas bon, c'est que je n'ai pas suivi mon régime. J'ai mangé trop de sucre, j'ai été stressée et angoissée ».

Habitudes de vie

« Je suis au chômage depuis 4 ans. J'ai des problèmes d'oedèmes aux yeux liés au diabète ».

« Je fais du vélo, de la marche, de la natation l'été, du jardinage... Mais je n'arrive pas à marcher une demi-heure par jour comme en cure. L'activité physique, ce n'est pas interdit, c'est même conseillé. Mais il faut avoir sur soi un sac avec les dextros.»

Effets indésirables dus aux médicaments

« Avant, j'avais Lantus[®], mais elle m'a fait prendre du poids. Alors on m'a donné Levemir[®] mais ça m'a donné de la tension. Finalement on m'a remis sous Lantus[®]. J'ai eu Novonorm[®] qui m'a provoqué des hypoglycémies ; Actos[®] m'a fait prendre du poids ; Glucor[®] m'a donné des maux de ventre ».

Gestion des médicaments

« Je suis habituée. J'ai une boîte chez moi, où c'est tout bien rangé dans les boîtes d'origine. Je prends tous mes médicaments avant le repas. »

Evaluation de l'observance

« Je n'oublie pas souvent mes médicaments ; avec le diabète, il ne vaut mieux pas ! »

« En 2006, j'ai arrêté tous mes traitements pendant une semaine. Je n'arrivais pas à accepter ma maladie. Je me disais qu'avec un régime sévère, j'allais y arriver. Je voulais faire voir aux médecins que je pouvais me passer de médicaments. J'ai fini à l'hôpital au bout d'une semaine. »

« Je trouve que j'ai beaucoup de médicaments. Ça commence à être très lourd pour moi : j'ai des traitements pour la tension, le cœur, le diabète... »

Alimentation

« Ça se passe bien mais c'est très dur à suivre au quotidien. On m'a expliqué qu'il fallait supprimer le sucre, les graisses, avoir une vie saine, sans stress. Mais ce n'est pas facile à faire tous les jours. J'ai fait des cures à Vals ; ça donne de bons résultats, mais je n'arrive pas à m'y tenir chez moi. »

« On mange de trop grosses quantités. On cuisine peut-être mal ; je ne pense pas cuisiner mal. Je n'utilise pas trop de graisses. Je ne sais pas ce qui se passe, on est peut-être un peu gourmands... »

Suivi des pieds

« On m'a dit de bien se laver les pieds... On nous l'apprend bien en cure. Mon diabétologue regarde mes pieds, il teste leur sensibilité. Je ne contrôle pas mes pieds ; on me le fait tous les trois mois. J'ai des problèmes de mycoses aux orteils, surtout en été ; je vais alors chez le médecin. Si j'ai des plaies, je mets une compresse avec de la Bétadine. »

Autosurveillance glycémique

« Mon lecteur est vieux. Je vais demander cet après-midi au docteur de me le changer. On m'en avait donné un autre en cure, mais il était trop petit, je ne voyais pas bien les chiffres et les touches. J'en aimerais bien un dans ma voiture, car je commence à avoir des signes d'hyper et d'hypoglycémies en voiture. »

« Le diabète, ce n'est pas que l'alimentation. J'ai remarqué que je fais des hypoglycémies quand je fais mon jardin ; si j'ai une contrariété, je monte à 3-4 g/l. »

« Je fais souvent des hypoglycémies : en jardinant, je suis tombée à 0.57 g/l ; après deux heures de marche, je suis tombée à 1 g/l. Des fois, je tombe à 0.80 g/l. Je sais que ce n'est pas considéré comme une hypoglycémie, mais comme je suis souvent à 2 g/l, à 0.80 g/l je ne suis pas habituée et je me sens mal (normalement jusqu'à 0.65 g/l je ne suis pas en hypoglycémie). C'est le diabétologue qui me l'a expliqué. Même à 1 g/l, je commence à avoir des faiblesses : je transpire, je n'ai plus de jambes, plus de forces, je tremble. Dans ce cas, je mange du sucre : gâteaux, un verre de jus d'orange. Mais je contrôle ma glycémie avant car j'ai remarqué que j'ai mes mêmes symptômes en cas d'hypo ou d'hyperglycémie. Je fais aussi souvent des hyperglycémies. Je peux monter jusqu'à 4 g/l. J'ai des bandelettes urinaires à la maison, pour contrôler l'acétone quand je suis en hyperglycémie. Si j'ai de l'acétone, je vais aux urgences. Les diabétiques sont plus sensibles aux infections. Quand j'ai une angine, ou la grippe, j'ai remarqué que mes glycémies montent plus, donc je me contrôle plus souvent. Et si vous descendez à moins de 0.40 g/l, vous prenez du Glucagen®. Ça ne m'est encore jamais arrivé, mais dans ce cas j'appellerais les urgences. »

Insulinothérapie

« J'ai des appréhensions car j'ai beaucoup de varices sur les cuisses et parfois j'en touche quand je me pique. On m'a dit que je pouvais me piquer partout : cuisses, bas du ventre, bras. »

2. Interventions adaptées aux problématiques du patient

Problématiques	Interventions pharmaceutiques	Outils utilisés
<p>La patiente réalise une injection d'insuline rapide trois fois par jour, et une injection d'insuline lente le soir. Par contre, on ne lui a jamais dit de différencier les sites d'injection en fonction du type d'insuline ; on lui a seulement préconisé de changer de site à chaque injection. Ainsi la patiente réalise-t-elle indistinctement ses injections au niveau des cuisses, de l'abdomen, des bras...</p>	<p>Nous avons expliqué à la patiente qu'il est recommandé, pour une bonne efficacité de l'insuline, d'injecter les insulines lentes au niveau des fesses et des cuisses, et les insulines rapides au niveau de l'abdomen et des bras.</p>	<p>Fiche « Insulinothérapie »</p>
<p>La patiente dit ne pas examiner ses pieds, car son diabétologue le fait tous les trois mois en consultation.</p>	<p>Nous avons expliqué à la patiente pourquoi il est important de surveiller ses pieds ; nous avons ajouté quelques conseils sur les soins des pieds.</p>	<p>-</p>
<p>L'après-midi suivant l'entretien, la patiente s'est rendue chez son médecin. Celui-ci lui a prescrit un nouveau lecteur de glycémie : Accu-Chek Performa[®]. Cependant, l'autopiqueur présent dans le kit (Accu-Chek Multiclix[®]), ne convenait pas à la patiente. En effet, celle-ci présentant des problèmes d'acuité visuelle, elle ne pouvait lire correctement le nombre de lancettes restant dans l'autopiqueur.</p>	<p>Nous avons présenté plusieurs modèles de lecteurs de glycémie et d'autopiqueurs à la patiente. Elle a ainsi pu choisir ceux qui seraient les plus adaptés à ses besoins. Elle préférerait un autopiqueur où il est nécessaire d'introduire une nouvelle lancette à chaque contrôle, et souhaitait un lecteur où l'écran et les touches soient suffisamment gros. Nous avons ensuite contacté le médecin.</p>	<p>Lecteurs de glycémie Autopiqueurs</p>

Annexe 18 : *Nouvelle version du livret d'entretien pharmaceutique*

Cette version a été élaborée grâce aux enseignements de l'expérimentation du suivi pharmaceutique à l'officine.

Auteur : L. Veneziani

Durée de l'entretien :

Livret d'entretien pharmaceutique

1. Observation pharmaceutique

Renseignements généraux

Nom : Prénom :
Sexe : Homme Femme
Date de naissance :
Ancienneté du diabète :

Suivi médical

Médecin traitant :
Infirmier(e) :
Diabétologue :
Association Patients : Non Oui (*préciser*)
Réseau : Non Oui (*préciser*)

Pathologies chroniques

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

Suivi biologique

Date				
HbA1c				
Clairance créatinine				

Avis du patient : le résultat lui semble-t-il correct ? Non Oui Ne sait pas

Habitudes de vie

Activité professionnelle :
Activités :
Allergies non médicamenteuses :
Tabac :
Alcool :

Expériences antérieures avec les médicaments

Effets indésirables dus aux médicaments (lesquels – quels types d'effets indésirables)

Date	Médicament	Effet décrit	Avis pharmaceutique

Allergies médicamenteuses

.....
.....

Gestion des médicaments

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

Evaluation de l'observance

Hier avez-vous oublié de prendre vos médicaments ?	OUI	NON	Aucun OUI : bonne observance 1 ou 2 OUI : minime problème d'observance 3 OUI ou plus : problème d'observance
Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicaments ?	OUI	NON	
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que votre mémoire vous fait défaut ?	OUI	NON	
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	OUI	NON	
Pensez vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	OUI	NON	
Profil d'observance			

Activité physique

Le patient pratique-t-il une ou plusieurs activité(s) physique(s) : Oui Non

Si oui : activité(s) pratiquée(s) :

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

Problématiques éventuelles :

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

Conseils diététiques

Patient suivi par une diététicienne : Oui Non

Problématiques éventuelles :

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

Conseils podologiques

Patient suivi par un podologue : Oui Non

Problématiques éventuelles :

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

Autosurveillance glycémique

Oui Non

Fréquence :

Autosurveillance effectuée par :

Matériel :

	Références	Date d'acquisition
Lecteur de glycémie		
Autopiqueur		

Recueil des glycémies dans un carnet de surveillance

Oui Non

Maîtrise de la technique de mesure de la glycémie capillaire

Oui

Non → problématiques mises en évidence :

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

Patient traité par insuline

Oui Non

Injections effectuées par :

Maîtrise de la technique d'injection

Oui

Non → problématiques mises en évidence :

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

2. Interventions adaptées aux problématiques du patient

Problématiques	Interventions pharmaceutiques	Outils utilisés



Serment des Apothicaire



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

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

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

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.