



HAL
open science

L'officine est-elle un lieu privilégié pour la réalisation des dépistages du diabète de type 2. Résultats, avantages, enjeux; Communication et conseils aux patients

Charlène Auzou

► To cite this version:

Charlène Auzou. L'officine est-elle un lieu privilégié pour la réalisation des dépistages du diabète de type 2. Résultats, avantages, enjeux; Communication et conseils aux patients. Sciences pharmaceutiques. 2016. dumas-01412980

HAL Id: dumas-01412980

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01412980>

Submitted on 9 Dec 2016

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 DE ROUEN
UFR DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2015 - 2016

N°

THESE

**Pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN
PHARMACIE**

Présentée et soutenue publiquement le 14 juin 2016

Par

Charlène AUZOU

Née le 17/11/1991 à Dieppe (76)

***L'officine est-elle un lieu privilégié pour la
réalisation des dépistages du diabète de type 2 ?
Résultats, Avantages, Enjeux ;
Communication et Conseils aux patients***

Président du jury : ***Gilles GARGALA, MCU-PH***

Membres du jury :

Jean-François HOUIVET, Docteur en Pharmacie et Professeur associé

Thierry WABLE, Professeur associé de communication

Anne DE SAINTE OPPORTUNE, Docteur en Pharmacie

Marc BACLE, Docteur en Pharmacie

Remerciements :

A Monsieur Jean-François HOUIVET,

Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger mon travail, de m'avoir intégré dans ce projet et de m'avoir accompagné tout au long de la rédaction. Merci pour vos conseils et votre investissement.

A Monsieur Thierry WABLE,

Merci pour vos précieux conseils et votre patience. Merci de m'avoir soutenue et de m'avoir fait confiance durant la réalisation de ce long travail.

A Monsieur Gilles GARGALA,

Merci d'avoir accepté de présider ce jury de thèse.

A Madame Anne DE SAINTE OPPORTUNE,

Merci de me faire l'honneur de faire partie de mon jury. Merci de m'avoir accueillie au sein de votre officine dès le début de mes études, de m'avoir laissé une chance de commencer, de m'avoir appris tout ce que je connais aujourd'hui et de m'avoir donné confiance en moi.

A Monsieur Marc BACLE,

Merci de me faire l'honneur d'être dans mon jury. Merci pour tes conseils, merci d'avoir partagé tes expériences passées, tes connaissances. Merci de m'avoir écouté, soutenue, d'avoir relu mon travail à maintes reprises. Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir montré tant de choses.

A la Pharmacie De Sainte Opportune,

Merci à toute l'équipe que je n'oublierai jamais. Je pense que je n'aurais pas pu trouver mieux comme première officine, dans laquelle chacun a su m'apporter son expérience. Merci encore à **Mme De Sainte Opportune, Marc, Stéphanie, Sophie, Marie-Christine, Reynalde**. Merci à tous de m'avoir soutenue dans mon projet de thèse et de m'avoir accompagné au fil de ces années. J'ai passé de très bons moments à vos côtés et je garde de très bons souvenirs.

A la Pharmacie de La Maine,

Merci à toute l'équipe : **Mme Charlotte CHATI, Bérénice** (merci pour tes conseils, ton soutien et tes précieuses corrections), **Maurane, Elizabeth, Guillaume et Joëlle**. Merci pour votre accueil au sein de l'équipe. Merci pour ces 6 mois de stage durant lesquels j'ai pu approfondir mes connaissances et me préparer à exercer le métier de pharmacien.

A Monsieur Michel PORTENART, Pharmacien inspecteur de l'Agence Régionale de Santé,

Merci d'avoir pris le temps de m'écouter, de me recevoir et de m'avoir soutenue dans ce projet.

A Madame Isabelle ROUSSEL, Présidente du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens,

Merci d'avoir pris le temps de m'écouter, de me répondre et de soutenir le projet.

A Monsieur Stéphane CHAPALAIN, Directeur régional des Pharmacies mutualistes,

Merci à vous ainsi qu'à l'ensemble des pharmacies mutualistes de Seine-Maritime, et de France. Merci à vous de m'avoir transmis l'ensemble des résultats de dépistages de diabète de type 2 au niveau national, sur 3 années consécutives. Après l'annulation du décret autorisant les pharmacies à effectuer les dépistages de diabète de type 2, c'est grâce à votre soutien et aux résultats que vous m'avez transmis que j'ai pu rebondir pour arriver à des conclusions satisfaisantes. Un grand merci également à la directrice de la **Pharmacie Mutualiste de Maromme** qui a été mon premier contact dans cette démarche et qui a permis de nous mettre en relation.

A Madame ROUSSEAU, Directrice de la Maison du Diabète et du « DiabétoBus »,

Merci d'avoir eu la patience et d'avoir pris le temps de m'expliquer les modalités de fonctionnement de votre structure. Merci également de m'avoir permis de réaliser une synthèse de votre exercice au quotidien.

A Stéphane,

Merci à toi pour ton amour de tous les jours depuis un peu plus de 9 ans maintenant. Tu m'as vu évoluer au fil du temps. Merci à toi pour ton soutien, pour ta patience, pour m'avoir supporté durant ces moments de joie, mais aussi de stress et de tristesse. Merci d'être présent ce jour et j'espère beaucoup d'autres encore.

A ma mère Béatrice et à mon beau-père Alain,

Merci à vous qui m'avez toujours soutenue. Merci Maman pour tout ce que tu as fait pour moi, si j'en suis là aujourd'hui, c'est aussi grâce à toi, merci pour tout. Merci à Alain pour avoir relu mon travail, pour l'impression de mes nombreux cours, ça y est c'est terminé, je vois le bout, merci.

A mon père Marceau,

Merci à toi qui m'a toujours soutenu tout au long de mes années d'études. Merci d'être présent, de me faire confiance et d'être là notamment lors de mes partiels, je sais que je peux compter sur toi.

A mes grands-parents Jean-Marie et Ginette,

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi jusqu'à présent. Je suis heureuse que vous puissiez être là aujourd'hui. Vous qui m'avez toujours soutenu, encouragé, je vous dois beaucoup. Merci d'être présents dans les bons comme dans les mauvais moments, je sais que je peux compter sur vous à n'importe quelle heure du jour comme de la nuit, merci.

A mes beaux-parents, Patrice et Agnès, ainsi que toute ma belle famille (Julie, Maxime, Nathan, Louis, Frédérique, Colette, Marcel, etc.),

Merci à vous pour votre soutien, vos encouragements. Merci d'être présents, de m'écouter, de prendre le temps de me relire pour certains.

A Marine C.,

Merci à toi d'être toujours là même quand ça ne va pas, pas besoin de mots, un regard suffit pour se comprendre. C'est avec toi que j'ai fait mes années de fac, avec les gros moments de stress juste avant les exams, mais avec toi les plus beaux fous rires aussi. Une page se tourne mais j'espère qu'une autre s'écrira très vite...Merci d'être toi !

A mes amies, Marine B., Lucie, Pauline, Emilie,

Merci d'avoir été présentes durant ces années de fac. On a commencé ensemble pour certaines, d'autres en cours de route, mais merci d'être là, de partager nos émotions, nos connaissances, nos ressentis. Sans vous, ces années n'auraient pas été pareil !

A Virginie (et Romain d'avoir occupé Stéphane pendant la rédaction de ma thèse),

Je te remercie énormément d'avoir pris le temps de lire, relire, corriger mes longues phrases parfois totalement dénuées de sens. Cela m'a permis d'avoir un avis extérieur pendant ma rédaction et cela m'a été très utile. Merci pour le temps que tu m'as accordé malgré ton emploi du temps surchargé. Merci d'être présente dans les moments où l'on a besoin d'une épaule pour parler.

A Fairuz et Charlène,

Mes amies de toujours... Merci à vous pour votre amitié sans faille malgré la distance qui nous sépare. Je vous remercie pour tout ce que vous m'avez apporté jusqu'à présent, et pour m'avoir toujours soutenu ; je suis heureuse que vous fassiez partie de ma vie aujourd'hui.

A Séverine ALLAIS,

Merci d'avoir pris le temps de corriger ma bibliographie. Merci pour votre disponibilité et vos précieux conseils.

A toute ma promotion,

Ce petit groupe de personnes avec qui nous créons plus ou moins d'affinités, un petit groupe qui évolue ensemble pendant 6 ans pour finir en beauté !

Merci à tous ceux que j'ai oublié,

Qui ont participé de près comme de loin à ce travail.

« L'Université de Rouen et l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émis dans cette thèse. Ces opinions sont propres à leurs auteurs. »

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART <i>(sumombre)</i>	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOV	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN <i>(sumombre)</i>	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire

Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologie
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>sumombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>sumombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie

Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Me Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation Médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mme Rachel MARION-LETELLIER	UFR	Physiologie
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Christine RONDANINO	UFR	Physiologie de la Reproduction
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémie BELLIEN	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER	Statistiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie

Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine DAHYOT	Bactériologie
----------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Souleymane ABDOUL-AZIZE	Biochimie
Mme Hanane GASMI	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine OUVRRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Table des matières

LISTE DES FIGURES	23
LISTE DES TABLEAUX	24
LISTE DES ABREVIATIONS	25
INTRODUCTION	26
PARTIE 1 : CONTEXTE REGLEMENTAIRE, LEGISLATION	29
1. INTRODUCTION	29
2. LA LOI HPST : LOI « HOPITAL, PATIENT, SANTE ET TERRITOIRES » ..	30
3. ARRETE DU 11 JUIN 2013	32
4. CONSEIL D’ETAT EN DATE DU 8 AVRIL 2015	34
5. L’ANNONCE DES RESULTATS : LEGISLATION	35
PARTIE 2 : DEPISTAGE DU DIABETE DE TYPE 2, RESULTATS, AVANTAGES DE L’OFFICINE ET ENJEUX	37
1. RAPPELS SUR LE DIABETE DE TYPE 2	37
1.1. Définitions	37
1.2. Physiopathologie	38
1.3. Diagnostic	39
2. DEROULEMENT DE LA CAMPAGNE EN SEINE-MARITIME	39
2.1. Mise en place, Organisation	39
2.2. Objectifs	40
2.3. Les acteurs de la campagne	40
2.3.1. Les pharmaciens d’officines	40
2.3.2. Les partenaires	41

2.4.	Population ciblée	41
2.4.1.	Facteurs de risque	41
2.4.2.	Questionnaire de FINDRISK.....	42
2.5.	Traçabilité.....	43
2.6.	Assurance qualité	44
2.6.1.	A l'échelle du patient, lors de la réalisation du dépistage.....	45
2.6.2.	A l'échelle de l'officine, pour le protocole de réalisation du dépistage.....	45
3.	DEPISTAGE.....	52
3.1.	Mise en pratique à l'officine : informer les patients de la campagne	52
3.2.	Déroulement global d'un test de dépistage.....	52
3.3.	Le prélèvement capillaire : rappels.....	53
3.4.	Matériel et méthodes	56
4.	ANALYSE DES RESULTATS	58
4.1.	Participation des officines.....	58
4.1.1.	Constatation des faits.....	58
4.1.2.	Quels moyens peut-on utiliser en communication pour motiver les pharmaciens à s'investir dans un projet ?	58
4.2.	Analyse des glycémies capillaires.....	60
4.2.1.	Les résultats possibles	60
4.2.2.	Les résultats de la campagne	61
4.3.	Les limites de l'étude.....	63
4.3.1.	Le contexte	63
4.3.2.	Faible échantillon de patients	63
4.4.	Discussion des résultats.....	64
5.	UNE ETUDE A PLUS GRANDE ECHELLE.....	64
5.1.	Circonstances.....	64
5.2.	Déroulement.....	64
5.2.1.	Mise en place.....	64
5.2.2.	Contacts	65
5.2.3.	Organisation	65
5.3.	Limites	66

6. DEPISTAGES 2014-2015 REALISES PAR LES PHARMACIES MUTUALISTES	67
6.1. Contacts.....	67
6.2. Mise en place.....	67
6.3. Protocole.....	68
6.4. Analyse des résultats	69
6.4.1. Année 2013.....	69
6.4.2. Année 2014.....	74
6.4.2.1. En Normandie	74
6.4.2.2. Au niveau National	75
6.4.3. Année 2015.....	81
6.4.3.1. En Normandie	81
6.4.3.2. Au niveau des autres Régions	83
6.4.3.3. Au niveau National	90
6.4.4. Situations de pré-diabète	98
6.4.4.1. Analyse.....	98
6.4.4.2. Définitions.....	100
6.4.4.3. Facteurs de risque identifiés	101
6.5. Limites.....	103
6.6. Discussion.....	104
7. BILAN DES ETUDES REALISEES	105
8. MAISON DU DIABETE ET « DIABETOBUS »	107
8.1. La Maison du Diabète.....	107
8.1.1. Présentation	107
8.1.2. Les missions	107
8.1.3. L'équipe.....	109
8.1.4. L'éducation thérapeutique du patient	109
8.1.4.1. Diagnostic éducatif partagé	110
8.1.4.2. Séances éducatives collectives et/ou individuelles.....	110
8.1.4.3. Évaluation	110
8.1.5. Des actions de prévention, de formations et d'informations.....	110
8.1.5.1. Des salariés.....	110
8.1.5.2. Des professionnels de santé.....	111
8.2. Le « DiabétoBUS »	111
8.2.1. Présentation	111
8.2.2. Quelques chiffres.....	112
8.2.3. Organisation	113
8.3. Observations	115
8.4. Les avantages de ces structures.....	116

8.5.	Conclusion.....	117
9.	PRESENTATION DES ATOUTS DE L’OFFICINE POUR LA REALISATION DES DEPISTAGES DU DIABETE DE TYPE 2	119
9.1.	Un maillage territorial optimal	119
9.1.1.	Proximité	119
9.1.2.	Disponibilité	119
9.1.3.	Accessibilité	119
9.2.	Des connaissances sur le patient acquises.....	120
9.2.1.	Connaissances des patients et leurs antécédents	120
9.2.2.	Accès au Dossier Pharmaceutique (DP)	120
9.2.2.1.	Ouverture du Dossier Pharmaceutique	121
9.2.2.2.	Qu’est-ce que le DP ?.....	121
9.2.2.3.	Les objectifs du DP	121
9.2.2.4.	Des exemples d’usage	122
9.2.2.5.	Des services complémentaires.....	122
9.2.2.5.1.	« DP-Alertes »	122
9.2.2.5.2.	« DP-Rappels »	123
9.2.2.5.3.	« DP-Ruptures ».....	123
9.2.2.5.4.	« DP-Suivi Sanitaire »	123
9.2.2.6.	Le « circuit du DP »	123
9.2.3.	Ciblage des patients à risque.....	125
9.3.	Une relation de confiance.....	125
9.4.	Une formation solide	126
9.5.	Volonté d’améliorer la prise en charge des patients.....	127
9.5.1.	Rôle de conseil	127
9.5.2.	Prévention.....	128
9.5.3.	Evolution du métier de pharmacien	128
9.5.3.1.	Les entretiens pharmaceutiques.....	128
9.5.3.1.1.	Les grands principes de l’accompagnement pharmaceutique du patient	129
9.5.3.1.2.	Les grands principes de l’entretien pharmaceutique	129
9.5.3.1.3.	Les engagements du pharmacien	130
9.5.3.1.4.	Comment intégrer le dispositif ?	131
9.5.3.1.5.	La rémunération	131
9.5.3.1.6.	Les entretiens à l’heure actuelle.....	131
9.5.3.2.	L’éducation thérapeutique du patient (ETP)	131
9.5.3.2.1.	Qu’est-ce que l’ETP ?	131
9.5.3.2.2.	A qui s’adresse l’ETP ?.....	132
9.5.3.2.3.	Quels sont les acteurs de l’ETP ?	133
9.5.3.2.4.	Le rôle du pharmacien	133
9.6.	Possible coordination des corps médicaux	134
9.7.	Mise en place relativement accessible à tous.....	134
9.7.1.	Local disponible	134
9.7.2.	Procédures – Protocole	134

9.8.	Quelques difficultés	135
9.8.1.	Le manque de temps	135
9.8.2.	Les moyens de financement – L'absence de rémunération	135
9.8.3.	Des contraintes réglementaires	136
9.8.4.	Des contraintes administratives	136
9.8.5.	Des contraintes techniques	137
9.8.6.	Réticence de certains professionnels de santé	137
9.8.7.	Surcoût assurance responsabilité civile	138
9.9.	Synthèse des avantages et des difficultés	139
9.10.	Conclusion.....	140
10.	LES ENJEUX DU DEPISTAGE DU DIABETE DE TYPE 2.....	141
10.1.	Des enjeux pour le patient	141
10.2.	Des enjeux pour le pharmacien	143
10.3.	Des enjeux économiques	144
PARTIE 3 : LA PLACE DE LA COMMUNICATION DANS L'ANNONCE DES		
RESULTATS DU DEPISTAGE DU DIABETE DE TYPE 2 AUX PATIENTS.....		
146		
1.	QUELQUES PRECISIONS SUR DES NOTIONS DE COMMUNICATION ..	146
1.1.	La richesse de la communication au service du pharmacien d'officine.....	146
1.2.	Deux types de communication.....	154
1.2.1.	La communication verbale	154
1.2.2.	La communication non verbale	156
1.2.2.1.	Le paralangage	158
1.2.2.1.1.	Le ton	159
1.2.2.1.2.	Le timbre.....	159
1.2.2.1.3.	La prononciation et l'accent	159
1.2.2.1.4.	L'intonation et l'accentuation (signes prosodiques).....	160
1.2.2.2.	Comment se pratique la communication non verbale ?.....	160
1.2.2.2.1.	L'éloignement et la proximité	161
1.2.2.2.2.	Les silences et leur signification	162
1.2.2.2.3.	Les gestes et les attitudes	163
1.2.2.2.4.	Le langage d'objets, de bijoux,... le paraître.....	165
1.3.	Le cheminement psychologique du malade : processus du deuil	167
1.3.1.	Définition.....	167
1.3.2.	Le choc ou la sidération.....	168
1.3.3.	Le déni	169
1.3.4.	La révolte.....	169
1.3.5.	Le marchandage.....	170
1.3.6.	La tristesse et la dépression	170
1.3.7.	L'acceptation.....	170

1.3.8.	Blocage dans le processus du deuil	170
1.3.8.1.	Résignation.....	171
1.3.8.2.	Pseudo-acceptation.....	171
1.3.8.3.	Surcompensation	171
1.3.8.4.	L'identification.....	171
2.	LES CONDITIONS DE L'ANNONCE DES RESULTATS AUX PATIENTS..	173
2.1.	Un endroit adapté.....	173
2.2.	Une attitude adéquate selon la réaction des patients.....	173
2.2.1.	Le patient en colère.....	173
2.2.2.	Le patient silencieux.....	174
2.3.	La relation pharmacien-patient : stratégies.....	174
2.3.1.	Montrer sa disponibilité.....	175
2.3.2.	L'environnement	176
2.3.3.	Le temps	176
2.3.4.	Des mots pour le dire : le poids des mots	177
2.4.	L'annonce, un processus.....	178
3.	L'ANNONCE DES RESULTATS AUX PATIENTS.....	180
3.1.	Cas n°1 : le patient non diabétique	180
3.1.1.	Précisions.....	180
3.1.2.	Annonce.....	180
3.2.	Cas n°2 : situation de pré-diabète	180
3.2.1.	Précisions.....	180
3.2.2.	Annonce.....	180
3.3.	Cas n°3 : le patient diabétique.....	182
3.3.1.	Précisions.....	182
3.3.2.	Annonce.....	182
3.4.	Conseils.....	183
3.4.1.	Cas n°1	183
3.4.2.	Cas n°2	183
3.4.3.	Cas n°3	184
4.	CONSEILS ET REGLES HYGIENO-DIETETIQUES.....	185
4.1.	Alimentation	185
4.2.	Activités physiques	193
4.2.1.	Quelles activités physiques ?	193
4.2.2.	Les bénéfices de l'activité physique	194
4.3.	Tabac et Alcool	194
4.3.1.	Tabac	194
4.3.2.	Alcool	195

4.4. Fiches conseils / mémo patient.....	197
4.4.1. Réalisation d'une fiche conseils de synthèse	197
4.4.2. Intérêts de la réalisation d'une fiche « conseils »	199
4.4.2.1. La notion de déperdition d'information	199
4.4.2.2. Un outil simple	200
 CONCLUSION GENERALE.....	 202
 ANNEXES	 205
 BIBLIOGRAPHIE	 221

Liste des figures

Figure 1 : Boîte DASRI (Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux) (D'après DASTI.fr)	54
Figure 2 : Faces latérales des doigts (sauf la « pince ») (D'après Diabsurf.com).....	54
Figure 3 : Face latérale de la phalange (D'après Diabsurf.com).....	55
Figure 4 : Auto-piqueur à usage unique (D'après Accu-chek.fr).....	56
Figure 5 : Lecteur de glycémie Accu-Chek Performa Nano® (D'après Accu-chek.fr).....	57
Figure 6 : Diagramme représentant la répartition des résultats obtenus dans toutes les pharmacies qui ont participé à la campagne.....	62
Figure 7 : Diagramme représentant la répartition des résultats obtenus lors des tests du dépistage du diabète en 2015.....	91
Figure 8 : Diagramme représentant le pourcentage de personnes dont le résultat supérieur à 1,26 g/L est certain, parmi les 20 % relevés initialement.....	92
Figure 9 : Répartition des résultats obtenus supérieurs à 1,26 g/L en fonction des différentes régions en France.....	94
Figure 10 : « Diabétobus » (D'après la Maison du Diabète).....	111
Figure 11 : Le circuit du Dossier Pharmaceutique (D'après l'Ordre National des Pharmaciens, 2015)	124
Figure 12 : Top 10 des métiers qui inspirent le plus confiance aux Français (Le Figaro, 2014).....	126
Figure 13 : Schéma de la communication (version simplifiée) (Jakobson et Ruwet, 2003)	148
Figure 14 : Schéma la communication détaillé (Jakobson) (D'après Henriette Gezundhajt, 2004).....	150
Figure 15 : Les singes de la sagesse (statue) (D'après Richard Cassaro, 2012).....	164
Figure 16 : Pyramide alimentaire du Programme National Nutrition Santé (D'après le PNNS 2011-2015 de l'INPES).....	188
Figure 17 : Fiche conseils patients	198
Figure 18 : Pyramide de LEAVITT (Leavitt, 1969) (D'après Victor Cabrera, 2015)	199

Liste des tableaux

Tableau 1 : Tableau n°4 de l'annexe I de l'arrêté du 11 juin 2013	33
Tableau 2 : Tableau représentant le pourcentage et les risques de développer un diabète de type 2 dans les dix ans à venir en fonction du score obtenu au questionnaire de FINDRISK	43
Tableau 3 : Tableau représentant la répartition des résultats de glycémies capillaires et les pourcentages obtenus dans les différentes pharmacies G-pharm en 2015	61
Tableau 4 : Tableau représentant la synthèse de la répartition des résultats en pourcentages	62
Tableau 5 : Tableau représentant les résultats et les pourcentages de la répartition des différents résultats obtenus dans chaque pharmacie mutualiste en 2013	70
Tableau 6 : Synthèse des résultats de dépistage de diabète en Normandie, en 2014 : résultats supérieurs à 1.26 g/L (D'après les Pharmacies Mutualistes de Normandie)	75
Tableau 7 : Tableau représentant les résultats et les pourcentages de la répartition des différents résultats obtenus dans chaque pharmacie mutualiste en 2014	76
Tableau 8 : Tableau représentant les résultats et les pourcentages de la répartition des différents résultats obtenus dans chaque pharmacie mutualiste de Normandie en 2015.....	82
Tableau 9 : Tableaux représentant les résultats et les pourcentages de glycémies capillaires obtenues au sein des différentes pharmacies en fonction de chaque région en 2015	84
Tableau 10 : Synthèse des dépistages de diabète dans les pharmacies mutualistes au niveau national en 2015	90
Tableau 11 : Répartition des résultats et des pourcentages obtenus dans les pharmacies mutualistes, en fonction des facteurs de risque en 2015.....	99
Tableau 12 : Tableau de synthèse représentant les résultats obtenus des différentes études effectuées sur le dépistage du diabète de type 2	105
Tableau 13 : Synthèse des avantages et des difficultés de la réalisation des dépistages du diabète de type 2 à l'officine	139
Tableau 14 : Tableau regroupant les principales sources alimentaires et l'index glycémique de quelques aliments courants (D'après Nutrimont, 2015)	190
Tableau 15 : Valeurs glucidiques et énergétiques de boissons alcoolisées (D'après Extensio, 2001).....	196

Liste des abréviations

AFD :	Association Française des Diabétiques
AQ :	Assurance Qualité
ARS :	Agence Régionale de Santé
AVK :	Anti-Vitamine K
CNAM :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
DASRI :	Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux
DP :	Dossier Pharmaceutique
EQO :	Evaluation Qualité Officine
ETP :	Education Thérapeutique du Patient
FID :	Fédération Internationale du Diabète
HAS :	Haute Autorité de Santé
HPST :	Hôpital, Santé, Patient, Territoire
IMC :	Indice de Masse Corporelle
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM :	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
INVS :	Institut National de Veille Sanitaire
MARELIA :	MAison REgionale du DIAbète
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PNNS :	Programme National de Nutrition Santé
SHA :	Solution Hydro-Alcoolique
SSAM :	Services de Soins et d'Accompagnement Mutualiste

Introduction

« Le diabète est l'un des principaux défis du XXI^{ème} siècle en termes de santé et de développement », comme l'a indiqué le Professeur Jean Claude Mbanya, Président de la Fédération Internationale du Diabète (FID).

Nous pouvons considérer aujourd'hui le « diabète sucré » comme un véritable problème de Santé publique. D'ailleurs, nous parlons de plus en plus « d'épidémie de diabète ».

Les chiffres sont là : quelques 250 millions de diabétiques dans le monde, près de 400 millions dans 20 ans. Heureusement, le monde s'éveille. De nombreux pays mettent en place un plan national de lutte contre le diabète. Dans une résolution adoptée à l'unanimité le 20 Décembre 2006, les Nations-Unies ont décidé de faire du 14 Novembre, date anniversaire de la naissance de F. Banting (qui a découvert l'insuline), une Journée mondiale du Diabète et d'inviter tous les États membres et Organismes des Nations-Unies à observer cette Journée afin de mieux sensibiliser le public au diabète et à ses complications, ainsi qu'à sa prévention et son traitement. (Grimaldi, 2009)

Selon les données de l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) (Institut de Veille Sanitaire, 2015), la prévalence de cette pathologie n'a cessé d'augmenter entre 2001 et 2011. Ainsi, le nombre de personnes traitées pour diabète de type 2 s'est accru en moyenne de 5,4% par an, ce qui n'est pas négligeable.

En France, en 2011, la prévalence du diabète de type 2 traité a été estimée à 4,6%, soit plus de 3 millions de personnes. (Haute Autorité de Santé, 2014)

Cette évolution serait liée à l'augmentation du surpoids et de l'obésité. En effet, nous pouvons observer depuis le début des années 2000, des changements dans le mode de vie ; avec notamment une réduction de l'activité physique et une alimentation de plus en plus riche en graisses saturées avec diminution des fibres.

D'autre part, cette hausse de la prévalence est aussi liée au vieillissement de la population, à l'amélioration de l'espérance de vie des personnes traitées contre le diabète et à l'intensification du dépistage.

Selon les données de la Fédération Internationale du Diabète (Fédération Internationale du Diabète, 2014), en 2000, nous comptons 177 millions de personnes diabétiques. Ce chiffre a atteint 371 millions en 2012 et pourrait atteindre les 552 millions d'ici 2030. La prévalence du diabète en France, et dans le monde, ne cesse de progresser.

De plus, il a été retenu par la Haute Autorité de Santé, l'existence d'un diabète méconnu pour trois connus en France, soit entre 300000 et 500000 diabétiques qui s'ignorent.

La prise en charge de la maladie connaît une progression croissante depuis quelques années, mais son diagnostic reste un point faible.

C'est pourquoi une campagne de dépistage du diabète de type 2 a été réalisée. Elle avait pour but de démontrer qu'il s'agit d'un moyen efficace d'assurer un diagnostic précoce et de diminuer les complications.

Cette campagne de dépistage a été réalisée dans des officines volontaires de Seine-Maritime (76) ainsi que par des Pharmacies Mutualistes de Normandie, et aussi au niveau National afin d'élargir les résultats.

Les pharmaciens d'officine sont des professionnels de santé qui ont une place stratégique dans la prévention et le dépistage du diabète. Notamment, de par leur position clé face aux patients, de leur proximité et de leur disponibilité à tout instant.

Les objectifs seront principalement la sensibilisation des patients au dépistage du diabète de type 2, mais également l'évaluation de la pertinence des résultats obtenus, avec comme but éventuel d'étendre cette campagne au niveau national.

De plus, nous pourrons analyser les avantages et les inconvénients de l'officine dans la réalisation des dépistages de diabète de type 2 ; afin de se positionner pour savoir si la pharmacie d'aujourd'hui peut être ou non le lieu adéquat pour la réalisation de ce projet.

L'objectif sera aussi de conseiller les patients, de les renseigner ; et de réduire l'incidence du diabète de type 2 grâce à différents conseils et limiter l'apparition des complications liées à cette pathologie.

Cette thèse abordera dans une première partie, le contexte réglementaire avec les principaux articles de lois, décrets et arrêtés relatifs au dépistage du diabète de type 2 au sein des officines. Domaine qui a beaucoup évolué en très peu de temps.

Dans un deuxième temps, cette thèse exposera le dépistage en lui-même avec le protocole de réalisation, ainsi que l'analyse des résultats obtenus avec des statistiques et les synthèses des données.

De plus, nous nous appuierons sur les résultats régionaux et nationaux des pharmacies mutualistes sur les années 2013, 2014 et 2015 afin d'obtenir des résultats plus significatifs et plus représentatifs de la réalité.

A la suite de ces analyses, nous développerons les avantages et les difficultés des officines dans la réalisation des dépistages du diabète de type 2, ainsi que les enjeux que cela représente.

Enfin, dans une dernière partie, nous aborderons le versant de la communication.

Nous parlerons notamment de l'annonce des résultats aux patients avec des précisions sur quelques notions de communication ainsi que sur les attitudes à avoir face aux personnes et les conditions de l'annonce.

Nous développerons également les conseils hygiéno-diététiques à délivrer aux patients dans un but d'éducation thérapeutique.

Partie 1 : Contexte réglementaire, Législation

1. Introduction

L'évolution de la profession de pharmacien est remarquable dans le sens où il y a encore quelques siècles, nous ne parlions pas de pharmaciens mais « d'épiciers ».

En effet, ce n'est qu'en 1777, à la suite d'un décret de Louis XVI remplaçant le jardin des apothicaires par le Collège de Pharmacie, que les « épiciers », aussi appelés les « apothicaires » prennent le nom de pharmaciens et obtiennent, après de nombreuses querelles avec les médecins, les chirurgiens et surtout les épiciers, l'exclusivité de la préparation des remèdes.

Cette déclaration sépara les corporations d'apothicaires et d'épiciers reconnaissant ainsi le monopole de la vente des médicaments aux seuls membres du Collège Royal de Pharmacie. Il officialisait ainsi la Pharmacie comme une branche de la médecine nécessitant des études et des connaissances approfondies.

La loi du 11 avril 1803 régira l'exercice de la pharmacie. Elle interdit aux épiciers-droguistes de vendre des drogues simples au poids médicinal. Avant cette loi, la pharmacie n'était régie par aucune législation régulière ; il y avait cependant une foule d'édits qui la concernaient. L'organisation moderne de la pharmacie date donc de cette époque, tout comme la disparition du terme « apothicaire » au profit de celui de « pharmacien ». (Société d'Histoire de la Pharmacie, 2015)

Cette loi de Germinal (Société d'Histoire de la Pharmacie, 2015) allait demeurer la base du droit pharmaceutique pendant presque un siècle et demi. Elle devait en effet rester en vigueur, du moins dans ses grands principes, jusqu'au 11 septembre 1941, offrant ainsi un exemple de longévité assez rare dans l'histoire législative de notre pays. Toutefois, dès les premières décennies du XXème siècle, il était apparu que la loi de Germinal n'offrait plus un cadre satisfaisant à l'ensemble des activités pharmaceutiques. En effet, en 1803, les rédacteurs du texte n'avait pas du tout envisagé la fabrication industrielle du médicament.

C'est la montée de cette industrie naissante, fonctionnant en dehors de tout cadre réglementaire, qui rendit nécessaire, en 1941, une adaptation de la législation aux besoins de la pharmacie moderne.

Depuis, les missions du pharmacien ne cessent de croître et son statut de professionnel de santé prend de l'ampleur de façon considérable notamment à travers les différentes lois qui régissent la profession.

2. La loi HPST : loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoires »

Plus récemment, la loi HPST du 21 juillet 2009 (LOI n°2009-879, 2009), a instauré de profondes modifications du métier de pharmacien d'officine en consacrant l'exercice par ce dernier de nouvelles missions de service public.

S'approprier ces missions, offrir au patient le soin le plus personnalisé possible... Tels sont les objectifs à atteindre pour les pharmaciens.

L'article R. 4235-48 du code de la Santé Publique datant de 2004 définissait ainsi le rôle du pharmacien : (Art. R4235-48 du CSP, 2004)

« Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :

1. L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;
2. La préparation éventuelle des doses à administrer ;
3. La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.

Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale.

Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient. »

Ainsi le chapitre V est consacré aux nouvelles missions attribuées aux pharmaciens officinaux et permet de les définir de la façon suivante : Loi HPST – Article 38 (LOI n°2009-879, 2009).

Le chapitre V du titre II du livre Ier de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

« 1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Pharmacie d'officine » ;

2° Après l'article L. 5125-1, il est inséré un article L. 5125-1-1 A ainsi rédigé :

Art. L. 5125-1-1 A. - Dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d'officine :

1° Contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 ;

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 définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ;

6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit la convention pluriannuelle visée au I de l'article L. 313-12 du même code 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 prévues par l'article L. 4011-1 du présent code, 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.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application des 7° et 8° . »

Prévention et dépistages, conseils personnalisés, correspondant d'équipe de soins, etc., sont autant de domaines dans lesquels le pharmacien peut dorénavant s'impliquer, confirmant son rôle clé dans notre système de santé, pour une meilleure coordination des soins.

Les pharmaciens disposent de nombreux atouts pour intervenir dans l'éducation thérapeutique du patient :

- ✓ Leur proximité géographique (23000 pharmacies sur l'ensemble du territoire) ;
- ✓ Leur accessibilité et leur disponibilité sur de longs créneaux horaires ;
- ✓ Leurs contacts fréquents avec le public ;
- ✓ Leur connaissance globale du patient, comme par exemple les contextes familiaux, sociaux et professionnels, ou encore l'historique des traitements, etc. ;
- ✓ La relation de confiance instaurée avec le patient ;
- ✓ Leur formation à la fois scientifique et professionnelle.

3. Arrêté du 11 juin 2013

D'après les décrets, arrêtés et circulaires publiés en date du 11 juin 2013 (Arrêté du 11 juin 2013, 2013), par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé, dans le Journal Officiel de la République Française ; est déterminée « la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques. »

Le Ministère des affaires sociales et de la santé arrête : (Annexe 1)

« ... 5° Les tests, recueils et traitements de signaux biologiques réalisés par les pharmaciens d'officine dans un espace de confidentialité, figurant dans le tableau n° 4 de l'annexe I du présent arrêté. ...

Art. 2. – Les tests ou recueils et traitements de signaux biologiques mentionnés à l'article 1er du présent arrêté ne constituent pas des examens de biologie médicale. Ils constituent des éléments d'orientation diagnostique sans se substituer au diagnostic réalisé au moyen d'un examen de biologie médicale. Le patient en est explicitement informé par le professionnel de santé qui les réalise.

Fait le 11 juin 2013. »

En tant que pharmaciens, ce qui va nous intéresser, ce sont les tests ou recueils et traitements de signaux biologiques utilisés par les pharmaciens d'officine dans un emplacement de confidentialité. Nous pouvons retrouver ces éléments ci-dessous :

Tableau 1 : Tableau n°4 de l'annexe I de l'arrêté du 11 juin 2013

TESTS OU RECUEILS ET TRAITEMENTS DE SIGNAUX BIOLOGIQUES utilisés par les pharmaciens d'officine dans un emplacement de confidentialité	
Tests	Conditions d'utilisation
Test capillaire d'évaluation de la glycémie	Repérage d'une hypoglycémie, d'un diabète ou éducation thérapeutique d'un patient
Test oro-pharyngé d'orientation diagnostique des angines à streptocoque du groupe A	Orientation diagnostique en faveur d'une angine bactérienne
Test naso-pharyngé d'orientation diagnostique de la grippe	Orientation diagnostique en faveur d'une grippe

Pour la réalisation de ces tests ou recueils et traitements de signaux biologiques, il sera nécessaire de se référer également aux annexes II (Annexe 2) et III (Annexe 3). En effet, le protocole établi doit permettre d'avoir une traçabilité et doit s'inscrire dans une démarche qualité.

Depuis ce 11 juin 2013, le pharmacien peut donc réaliser ces dépistages au sein de l'officine, ce qui conforte et même accentue son importance dans notre système de santé, et dans le parcours de soins du patient.

4. Conseil d'Etat en date du 8 avril 2015

En date du 8 avril 2015, les choses ont évolué. En effet, comme cités précédemment, les décrets autorisaient les pharmaciens à faire trois types de dépistage au sein de l'officine dont le dépistage du diabète de type 2 par le biais d'un test capillaire d'évaluation de la glycémie.

Cependant, en ce 8 avril 2015, le Conseil d'Etat prend une nouvelle décision qui bouleverse l'avenir des dépistages à l'officine : (Conseil d'Etat, 2015)

« Lecture du mercredi 8 avril 2015

REPUBLIQUE FRANCAISE
AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

Vu la procédure suivante : « Par une requête sommaire et un mémoire complémentaire, enregistrés les 14 août et 12 novembre 2013 au secrétariat du contentieux du Conseil d'Etat, le syndicat national des médecins biologistes demande au Conseil d'Etat :

1°) d'annuler pour excès de pouvoir l'arrêté du 11 juin 2013 du ministre des affaires sociales et de la santé déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques ; ... » (Annexe 4)

En résumé, à l'heure actuelle, le décret de juin 2013 qui autorisait les dépistages à l'officine est annulé. On peut interpréter cela comme une annulation de l'autorisation mais non comme une interdiction, ce qui reste tout de même très ambigu pour les pharmaciens. Il s'agit d'un véritable flou juridique.

Dans l'attente d'une nouvelle loi ou d'un nouveau décret, les pharmaciens sont hésitants quant à effectuer ces dépistages, bien qu'aucune loi ne l'interdise. Cela est d'autant plus vrai qu'il est fait dans l'intérêt du patient.

C'est pourquoi dans le cadre de l'étude que nous voulions présenter, qui est une recherche appliquée, le projet est tout à fait légal, d'autant plus qu'il pourra très certainement permettre de faire évoluer les choses dans ce domaine.

Cependant, avec beaucoup de réticences de la part des autorités, nous nous en tiendrons aux résultats obtenus lors de l'étude initiale et aux résultats supplémentaires effectués avant l'annulation de l'autorisation des dépistages par les pharmacies mutualistes. De plus, nous aborderons le protocole de la réalisation du dépistage en lui-même et sur les avantages de ce dernier au sein des officines.

Nous nous appuyerons également sur les résultats obtenus par les pharmacies mutualistes de 2013 à 2015, avant la date d'annulation du décret.

5. L'annonce des résultats : législation

Lors d'une annonce, le professionnel de santé doit respecter deux impératifs : celui d'exercer sa compétence médicale et celui de se placer dans le cadre d'une rencontre humaine. La conciliation de ces deux impératifs peut permettre l'établissement d'un lien de confiance. Il doit être le début de l'appropriation de la maladie par le patient, gage d'une future adhésion au traitement.

Cette annonce est maintenant prise en compte dans les domaines législatif, déontologique, et éthique. L'établissement d'un lien humain est indispensable dans l'entretien d'annonce, qui ne se résume pas à de l'information.

Les différents textes concernant l'annonce se sont succédés au fil du temps, mais les différentes problématiques et le contexte législatif ont été réellement posés depuis 2002.

En effet, c'est dans la loi Kouchner du 4 mars 2002 (LOI n°2002-303, 2002) qu'est stipulé que l'annonce doit s'inscrire dans une démarche d'information et de consentement. Elle se fonde sur les approches historiques, philosophiques, médicales et juridiques de respect de la personne.

La notion d'information est fondamentale, telle qu'elle est développée dans la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, article 37 : (LOI n°2009-879, 2009)

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé, dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. »

Dans notre situation, il ne s'agit pas d'une annonce d'un diagnostic mais il s'agit tout de même de l'annonce d'un résultat de dépistage. Ce n'est pas une annonce anodine et dans ce cadre, des règles sont à respecter. Nous détaillerons les conditions de l'annonce dans notre troisième partie, afin d'avoir une attitude adéquate par rapport aux patients.

En tenant compte de ces lois, de ces décrets et de toute cette législation, nous pourrons mener à bien ce projet de recherche appliquée sur le dépistage du diabète de type 2 à l'officine, en toute légalité.

Tous les résultats recueillis ont été obtenus avant l'annulation de l'autorisation des dépistages à l'officine et une nouvelle étude de campagne de dépistage du diabète de type 2 sera débutée lorsqu'une nouvelle autorisation sera prononcée par le Conseil d'Etat.

Partie 2 : Dépistage du diabète de type 2, Résultats, **Avantages de l'officine et Enjeux**

1. Rappels sur le diabète de type 2

1.1. Définitions

Selon la définition de la HAS (Haute Autorité de Santé) (Haute Autorité de Santé, 2014), le diabète de type 2, aussi appelé « diabète sucré » ou « diabète gras », est une élévation chronique de la concentration de glucose dans le sang (hyperglycémie) et regroupe plusieurs maladies de pathogénies différentes (trouble de la sécrétion et/ou de l'action de l'insuline). Il est défini, selon les critères proposés en 2006 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) par :

- « Une glycémie $> 1,26$ g/l (7,0 mmol/l) après un jeûne de 8 heures et vérifiée à deux reprises
- La présence de symptômes de diabète (polyurie, polydipsie, amaigrissement) associée à une glycémie (sur plasma veineux) ≥ 2 g/l (11,1 mmol/l)
- Une glycémie (sur plasma veineux) ≥ 2 g/l (11,1 mmol/l) 2 heures après une charge orale de 75 g de glucose »

Selon l'HAS également, nous pouvons définir le pré-diabète (ou intolérance au glucose), qui correspond à une hyperglycémie modérée, c'est-à-dire n'atteignant pas le seuil diagnostique de diabète, mais associée à une augmentation du risque de progression vers le diabète de type 2. Il est défini, selon les critères proposés en 2006 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) par :

- « Une hyperglycémie modérée à jeun : glycémie entre 1,10 g/l (6,1 mmol/l) et 1,25 g/l (6,9 mmol/l) après un jeûne de 8 heures et vérifiée à deux reprises ;
- Et/ou une intolérance au glucose : glycémie (sur plasma veineux) comprise entre 1,4 g/l (7,8 mmol/l) et 1,99 g/l (11,0 mmol/l) 2 heures après une charge orale de 75 g de glucose. »

1.2. Physiopathologie

Le diabète est un trouble de l'assimilation, de l'utilisation et du stockage des sucres apportés par l'alimentation. Il se caractérise par la perte progressive des capacités sécrétoires de l'insuline, accompagnée d'une augmentation de la résistance des tissus à l'insuline. (Haute Autorité de Santé, 2014)

Le diabète de type 2 est secondaire soit à une résistance prédominante (mais à spectre variable) à l'action de l'insuline avec déficit insulino-sécrétoire relatif, soit à un déficit insulino-sécrétoire prédominant avec résistance à l'action de l'insuline.

Le développement du diabète de type 2 se fait schématiquement en trois étapes : insulino-résistance, hyperinsulinisme (adaptation du pancréas à la demande accrue par l'insulino-résistance), insulino-déficience. (Haute Autorité de Santé, 2014)

L'insuline est l'hormone sécrétée par les cellules bêta du pancréas. Elle a un rôle majeur dans la régulation de l'homéostasie du glucose, c'est-à-dire le maintien de l'équilibre, et agit au niveau de trois cibles organiques : le foie, le muscle et le tissu adipeux. Elle stimule l'entrée du glucose dans les tissus cibles, son stockage sous forme de glycogène et de triglycérides et son oxydation via la glycolyse. (Haute Autorité de Santé, 2014)

Dans l'histoire de la maladie, on distingue trois phases évolutives du diabète de type 2 : (Haute Autorité de Santé, 2014)

- Une phase avec des anomalies de la glycorégulation ;
- Une phase avec une glycémie élevée mais asymptomatique ;
- Une phase clinique avec symptômes et complications.

1.3. Diagnostic

Le diagnostic de diabète de type 2 est confirmé lorsqu'une seule glycémie à jeun est supérieure ou égale à 2 g/l (11,1 mmol/l), qu'il y ait ou non des symptômes de diabète associés.

Lorsque la glycémie est supérieure ou égale à 1,26 g/l (7 mmol/l) et inférieure à 2 g/l (11,1 mmol/l), la confirmation diagnostique du diabète de type 2 sera faite par un second test de glycémie veineuse à jeun. Le diagnostic est confirmé en cas de glycémie à nouveau supérieure ou égale à 1,26 g/l (7 mmol/l).

Lorsque la glycémie à jeun est comprise entre 1,10 g/l et 1,25 g/l (6,0 et 6,8 mmol/l), le diagnostic d'hyperglycémie modérée à jeun (pré-diabète) est posé. (Haute Autorité de Santé, 2014).

2. Déroulement de la campagne en Seine-Maritime

2.1. Mise en place, Organisation

Au vu du nombre de diabétiques qui s'ignorent, cette campagne de dépistage du diabète de type 2 est mise en place en Seine-Maritime. En effet, tout a commencé en formant un groupe de pharmaciens volontaires, pour participer à cette campagne avec l'aide des laboratoires Pierre Fabre® et Abbott®. Cela notamment en s'appuyant sur le groupement G-pharm, qui est né en 2008 de la volonté de pharmaciens normands d'innover ensemble et d'améliorer leurs performances économiques. Une identité régionale qui permet une meilleure adaptation au marché, une meilleure réactivité et une proximité géographique qui sont un gage de cohésion et de convivialité (G-Pharm, 2008). Cette campagne est aussi ouverte aux pharmaciens proches des pharmaciens G-pharm.

Pour cela, les pharmaciens volontaires se sont rassemblés au cours d'une soirée de préparation, afin de poser les conditions de réalisation et le déroulement de la campagne.

Au cours de cette soirée de préparation, plusieurs notions ont été abordées. Ainsi, les participants ont été informés des procédures à respecter pour le dépistage, des profils des patients cibles, du déroulement concret du test de glycémie mais aussi de la manière de lire et de commenter le résultat obtenu afin de conseiller et accompagner le patient dans ses futures démarches.

A l'issue de cette soirée, les pharmaciens volontaires ont bénéficié de tout le matériel nécessaire à la réalisation de cette campagne de dépistage, soit les lecteurs, les bandelettes, les auto-piqueurs à usage unique et les questionnaires de FINDRISK (Annexes 5 et 6).

La campagne s'est effectuée sur environ trois mois, c'est-à-dire de mi-janvier 2015 à mi-avril 2015. Les résultats ont ensuite été récoltés et rassemblés afin de pouvoir les analyser.

2.2.Objectifs

L'objectif principal de cette campagne réalisée en Seine-Maritime, est une sensibilisation au dépistage précoce du diabète de type 2, notamment chez les personnes les plus à risque de le développer. Les patients cibles sont ceux présentant un ou plusieurs facteurs de risque de développement du diabète que nous développerons ultérieurement.

Nous avons également comme objectif de sensibiliser les patients à cette notion de « facteurs de risque » du diabète de type 2 et savoir comment les réduire au maximum. Pour cela, il s'agit de leur rappeler les règles hygiéno-diététiques, l'importance d'une activité physique, la prise en charge du surpoids, de l'obésité, et l'intérêt de l'arrêt du tabac.

Enfin, cette campagne présente un dernier objectif majeur qui est la prise en charge précoce des patients chez qui nous aurons détecté une glycémie anormale afin d'éviter, ou du moins de retarder, l'apparition des complications liées à la pathologie.

2.3.Les acteurs de la campagne

2.3.1. Les pharmaciens d'officines

Pour mener à bien cette campagne, l'investissement des pharmaciens d'officine était indispensable puisque la pertinence, la représentativité et la fiabilité des résultats dépendaient du nombre de participants.

2.3.2. Les partenaires

Pour la mise en place de cette campagne, qui nécessite tout de même des moyens financiers conséquents, il était important d'avoir ces partenaires.

Tout d'abord, avec la participation du laboratoire Pierre Fabre® pour la préparation de cette campagne et le financement des locaux pour les réunions.

Ensuite, la participation des laboratoires ABBOTT® qui a fourni le matériel nécessaire pour la réalisation du dépistage (lecteurs, bandelettes, lancettes, solutions d'étalonnage, etc.), pour ceux qui ne disposaient pas du matériel adéquat.

La participation du groupe G-pharm et des pharmaciens d'officine volontaires pour la réalisation de cette campagne.

Enfin, la présence de l'Association Française des Diabétiques, pour leurs informations et leur soutien.

2.4. Population ciblée

2.4.1. Facteurs de risque

Cette campagne aurait pu se faire sur l'ensemble de la population mais pour que les résultats soient concluants et instructifs, il était préférable de se baser sur une population particulière. A savoir celle qui présente des facteurs de risque et pour laquelle le dépistage a un enjeu d'autant plus important.

Selon la Haute Autorité de Santé, les facteurs de risque démontrés de diabète de type 2 augmentant la probabilité de développer la maladie sont : (Haute Autorité de Santé, 2014)

- L'âge > 45 ans ;
- L'origine géographique (personne d'origine non caucasienne et/ou migrante ayant adopté un mode de vie occidental) ;
- Un surpoids (IMC > 25) ;
- La sédentarité ;
- Un antécédent de diabète gestationnel ;
- Un antécédent familial de diabète chez un apparenté du premier degré ;

- Une anomalie de la glycorégulation ou état de pré-diabète (glycémie à jeun comprise entre 1,10 g/l (6,1 mmol/l) et 1,26 g/l (7,0 mmol/l)).

Pour revenir sur l'Indice de Masse Corporelle (IMC), il s'agit d'une valeur permettant de déterminer par un simple calcul, l'existence ou non d'un surpoids pour une personne donnée. L'IMC convient aux personnes âgées de 20 à 65 ans et représente uniquement un indicateur. En effet, selon la corpulence et la masse musculaire, il est possible, chez certains sportifs par exemple, d'avoir un IMC supérieur à 25, sans pour autant courir de danger. Il se calcule en divisant la masse, c'est à dire le poids, exprimé en kilogrammes, par la taille, exprimée en mètres au carré :

$$\text{IMC} = \text{poids (kg)} / \text{taille (m}^2\text{)}$$

L'IMC du poids idéal est compris entre des valeurs de 18,5 et 24,9. L'embonpoint est situé entre 25 et 29,9 et l'obésité est évoquée lorsque le résultat de l'IMC est au dessus de 30. Pour réduire l'IMC, il faut avoir une alimentation équilibrée et une activité physique régulière.

Nous pouvons également ajouter à cette liste, le tour de taille élevé, ou encore la consommation de tabac, d'alcool, l'alimentation déséquilibrée, une hypertension traitée par médicaments ou non, une dyslipidémie, certains traitements comme les corticoïdes, etc.

2.4.2. Questionnaire de FINDRISK

Les facteurs de risque sont nombreux. Pour cibler les patients susceptibles de développer un diabète de type 2, nous nous sommes basés sur le questionnaire de FINDRISK (Questionnaire allemand, Annexes 5 et 6).

Ce questionnaire permet grâce à 8 questions simples, d'estimer un risque éventuel de développer un diabète de type 2 dans les dix années à venir.

Les questions sont simples comme par exemple l'âge, les antécédents de diabète dans la famille, le tour de taille à hauteur du nombril, l'activité physique, la consommation de fruits et légumes, la présence d'un traitement pour l'hypertension, des bilans biologiques antérieurs avec une glycémie élevée ou encore l'Indice de Masse Corporelle. Il s'agit donc d'un questionnaire que le patient peut remplir rapidement et facilement.

Le pharmacien peut faire une présélection au vu des patients qui se présentent à lui et proposer ou non de faire le questionnaire pour connaître le score et évaluer le risque de diabète de type 2.

Chaque réponse apporte un nombre de points que nous additionnons pour obtenir le score final du patient. Il peut être compris entre 0 et 26. En fonction du score, des paliers sont définis et déterminent le pourcentage de risque de développer un diabète de type 2 dans les dix années à venir.

Par exemple :

Tableau 2 : Tableau représentant le pourcentage et les risques de développer un diabète de type 2 dans les dix ans à venir en fonction du score obtenu au questionnaire de FINDRISK

Score obtenu	Risque en pourcentage de développer un diabète de type 2 dans les 10 ans à venir	<u>Risques</u>
Au-dessous de 7 points	1%	Minimes
De 7 à 11 points	4%	Prudence
De 12 à 14 points	17%	Mesures de précaution
De 15 à 20 points	33%	Sérieux
Plus de 20 points	50%	Action urgente

2.5. Traçabilité

Quand une campagne de ce type est réalisée, il est important de prendre en compte la notion de traçabilité. En effet, celle des patients est indispensable dans le sens où les informations nécessaires doivent pouvoir être retrouvées rapidement en cas de besoins.

Comme le stipule l'annexe II de l'arrêté du 11 juin 2013 : (Annexe 2) (Arrêté du 11 juin 2013, 2013)

« 2° Les modalités de la traçabilité des résultats des tests pour chaque patient nécessitent d'inscrire dans chaque dossier de patient ou dans le cahier de liaison ou de suivi du patient à domicile :

- le résultat du test avec les unités utilisées ;
- les informations concernant le dispositif médical de diagnostic in vitro utilisé ;

- le numéro de lot du test utilisé ;
- le cas échéant, le numéro de lot de l'appareil de mesure ;
- la date et l'heure de réalisation ;
- l'identification de l'opérateur. »

Ainsi comme le présente la fiche « Procédure d'assurance qualité applicable aux professionnels de santé réalisant les tests ou recueils et traitements de signaux biologiques : test capillaire d'évaluation de la glycémie » (Annexe 7), il conviendra de remplir quelques informations indispensables pour la traçabilité comme par exemple :

- ✓ Nom du patient
- ✓ Résultat du test avec les unités utilisées
- ✓ Dispositif médical de diagnostic *in vitro* utilisé
- ✓ Numéro de lot des consommables utilisés
- ✓ Numéro de lot de l'appareil de mesure
- ✓ Date et heure de réalisation du test
- ✓ Heure du dernier repas/de la dernière collation avant le test (notion très importante pour l'interprétation des résultats)
- ✓ Identification de l'opérateur

Après avoir rempli correctement cette fiche, il conviendra de la garder précieusement, et le pharmacien pourra éventuellement en remettre un exemplaire au patient pour faire le lien avec le médecin traitant par exemple.

2.6. Assurance qualité

Dans la même démarche que pour la traçabilité, l'assurance qualité se développe de plus en plus et est régie par des textes de lois.

En effet, on peut retrouver cette notion dans les annexes II (Annexe 2) et III (Annexe 3) de l'arrêté du 11 juin 2013 (Arrêté du 11 juin 2013, 2013)

2.6.1. A l'échelle du patient, lors de la réalisation du dépistage

En effet, comme vu précédemment dans les textes de lois, il existe une fiche : « Fiche de procédure d'assurance qualité pour la réalisation des tests capillaires d'évaluation de la glycémie » (Annexe 8).

Cette fiche est à remplir avec chaque patient, en renseignant et lisant les informations suivantes :

- Nom de la structure d'exercice du ou des professionnels de santé concernés
- Description de l'objet de la procédure
- Test utilisé (marque, référence)
- Point d'information sur la communication des résultats
- Modalités de contrôle des appareils de mesure utilisés
- Date de validation de la procédure
- Nom, prénom, signature, du rédacteur et des personnes réalisant les tests capillaires d'évaluation de la glycémie

Cette fiche est donc à remplir en présence du patient en lui expliquant bien le protocole. Elle devra être conservée précieusement.

Cela prouve que le patient a bien été informé du déroulement de la campagne et du dépistage et qu'il a donné son accord en signant cette fiche.

2.6.2. A l'échelle de l'officine, pour le protocole de réalisation du dépistage

L'assurance qualité est un domaine en plein essor. C'est d'ailleurs pour cette raison que dans la plupart des officines, il y a désormais un pharmacien responsable de l'assurance qualité. En effet, l'assurance qualité regroupe un ensemble de documents où sont notés :

- Les objectifs atteints en termes de qualité,
- Les méthodes employées pour atteindre ces objectifs.

Elle peut faire l'objet d'une certification par un organisme tiers. (Ordre des Pharmaciens, 2015). L'assurance qualité est le contraire de l'improvisation : il faut préétablir ce qui doit être fait, le faire et apporter la preuve que cela a été fait.

Pour créer cette confiance, nous prenons appui sur un nombre restreint de textes écrits. Ces textes précisent les règles et les procédures qui constituent le système documentaire de l'assurance qualité.

Par exemple, nous pouvons nous référer au site internet « évaluation Qualité officine » (Ordre des Pharmaciens, 2016) où sont regroupés les principaux éléments d'une bonne démarche qualité. En effet, nous pouvons y retrouver des questionnaires afin de s'auto-évaluer ou faire un diagnostic.

De plus, une base de connaissances est disponible et peut guider dans l'évaluation de l'activité et apporter une aide pratique dans l'exercice quotidien. Elle regroupe des textes réglementaires ou d'ordre plus général, des recommandations etc. Il s'agit d'un site facile d'utilisation qui permet d'avoir accès à de nombreux documents utiles dans la démarche qualité.

L'assurance qualité suppose, par ailleurs, la mise en place préalable de méthodes de travail spécifiques comme la métrologie, l'écriture de certaines règles de travail, la gestion documentaire, etc. Afin de pouvoir donner la preuve qu'elle a respecté le bon déroulement des processus, l'entreprise doit en garder des traces écrites dont la somme constitue la traçabilité.

Pour réaliser correctement ce dépistage, il a fallu établir une procédure d'assurance qualité interne à l'officine. C'est une procédure rédigée par chaque officine mais dans l'ensemble, chaque procédure reprend les mêmes points importants. C'est une procédure qui doit respecter un certain nombre de règles de rédaction dont le détail des étapes, le matériel utilisé, etc.

Voici, ci-après, un exemple de procédure qualité, réalisée au sein d'une officine pour la campagne de dépistage de diabète de type 2.

Pharmacie De Sainte Opportune Anne de Sainte Opportune 118 Route de Dieppe 76860 OUVILLE LA RIVIERE Tel : 02.35.83.00.65	<u>Dépistage du diabète de type 2 à l'officine : Test capillaire d'évaluation de la glycémie</u>		
<u>Date de mise en place</u> : 06/03/2015	Procédure n° 35	Version n° 1	<u>Rédacteur</u> : AUZOU C.
<u>Date d'évaluation</u> : 06/03/2015			<u>Approbateur</u> : BUISSON S.

Objectif : Décrire les modalités de réalisation du dépistage de diabète de type 2 à l'officine par l'intermédiaire d'un test capillaire d'évaluation de la glycémie.

Quand ? : Le dépistage du diabète de type 2 pourra s'effectuer soit à la demande du patient (par l'intermédiaire des affiches au comptoir), soit à l'initiative du pharmacien, pour qui le dépistage peut sembler approprié pour ce patient.

Cela signifie qu'il se déroulera pendant les heures d'ouverture de l'officine mais il est également possible de planifier avec le patient un rendez-vous pour être dans les bonnes conditions pour le dépistage (à jeun ou > 2 h après un repas).

Qui ? : L'ensemble des membres de l'équipe officinale ayant suivi la formation adaptée pour la réalisation des tests et le suivi des protocoles.

Où ? : Cette procédure sera réalisée uniquement à l'officine.

Le questionnaire préalable pour définir les personnes à risque pourra s'effectuer au comptoir avec le patient.

Cependant, la réalisation du dépistage en lui-même se déroulera dans l'espace de confidentialité de la pharmacie.

Comment ? :

1) Conditions de mise en œuvre du dépistage

Avant tout dépistage, il est essentiel d'identifier dans nos patients les personnes à risque. Pour cela, est mis à disposition le **questionnaire de FINDRISK** que nous pouvons remplir avec le patient et en fonction du score obtenu. Nous pourrions également proposer le dépistage et donner quelques conseils hygiéno-diététiques.

En résumé les profils à dépister sont :

- un IMC > 25
- un diabétique dans la famille au 1^{er} degré
- un diabète gestationnel
- une hypertension artérielle traitée ou non
- une dyslipidémie traitée ou non
- un traitement favorisant un diabète (exemples : corticoïdes, etc)

Une fois les profils identifiés, la suite du dépistage se déroule dans l'espace confidentialité de la pharmacie et est réalisée par le personnel de la pharmacie qui est habilité.

Ce test peut se faire à la demande du patient ou à l'initiative du pharmacien lorsqu'il repère une personne potentiellement à risque.

Si la personne remplit les critères d'inclusion, nous pouvons procéder au dépistage de suite ou programmer un rendez-vous pour s'assurer que la personne soit à jeun ou qu'il y ait au moins deux heures d'intervalle avec un repas.

L'opérateur doit avoir pris connaissance de la procédure et de la notice d'utilisation de l'appareil qu'il sera amené à utiliser.

2) Réalisation du test

Le déroulement pratique se fait en plusieurs étapes :

Tout d'abord, après avoir informé le patient et lui avoir fait signé la feuille qualité, il faut inviter le patient à venir se laver les mains à l'eau tiède (pour éviter la vasoconstriction) avec du savon (surtout pas de gel hydro alcoolique au risque de fausser le résultat de la glycémie) et à bien se les sécher avec un essuie tout jetable (bien insister sur le fait que les mains doivent être bien sèches pour éviter toute dilution et dans ce cas avoir une glycémie qui pourrait être faussée).

Le test se fait dans l'espace de confidentialité si possible à jeun ou au moins deux heures après un repas.

L'opérateur se munit de gants en latex pour la réalisation du test, s'assure que les mains du patient soient bien sèches, utilise un auto-piqueur à usage unique (Abbott SF, il faut tourner l'embout jaune, appuyer l'auto-piqueur contre le doigt du patient et presser la languette pour le déclencher).

Le test s'effectue sur un doigt au choix (sauf la pince : pouce et index) et sur le côté (jamais au milieu du doigt pour éviter d'abîmer la pulpe). Nous utiliserons un lecteur à bandelette avec zone de recueil déporté du corps du lecteur. Dans notre cas, il s'agit du lecteur Freestyle Optium Néo avec les bandelettes correspondantes.

Il faut insérer une bandelette dans le lecteur dans le sens prévu. Le test est réalisé avec l'auto-piqueur, et la goutte de sang est déposée sur la bandelette, et nous pouvons regarder le résultat. L'auto-piqueur à usage unique est éliminé dans la boîte DASRI prévue à cet effet ainsi que la bandelette.

Prévoir de mettre un pansement à l'endroit de la réalisation du test au cas où il y aurait un léger saignement. L'opérateur pourra alors retirer les gants et les jeter dans la poubelle prévue à cet effet.

3) Enregistrement des résultats

Une fois le test pratique réalisé, il convient de regarder et d'interpréter les résultats. Pour cela il faut avant tout remplir la fiche « Procédure d'assurance qualité applicable aux professionnels de santé réalisant les tests ou recueils et traitements de signaux biologiques : test capillaire d'évaluation de la glycémie ».

Cette fiche sera complétée avec le patient en notant les informations nécessaires et elle sera conservée avec la fiche remplie précédemment.

Un exemplaire de cette fiche pourra être remis au patient s'il le souhaite. Il est précisé qu'elle ne constitue qu'une orientation diagnostique et non une confirmation de diagnostic.

4) Communication des résultats aux patients

Les résultats obtenus sont communiqués aux patients par l'intermédiaire de la fiche utilisée pour l'enregistrement des résultats.

En résumé :

- **si < 1,10 g/L** : pas de diabète, contrôle possible tous les deux ou trois ans ou tous les ans si facteurs de risque supplémentaires.
- **Entre 1,10 et 1,26 g/L** : situation de pré diabète, il faut prendre des précautions alimentaires et insister sur l'activité physique même minimale et faire attention aux facteurs de risque (à revoir avec le médecin en consultation) et faire un contrôle par an au laboratoire
- **Si > 1,26 g/L** : situation de diabète probable donc consultation pour une deuxième détermination et si réponse > 1,26 g/L = diagnostic puis traitement.

Ne pas alarmer le patient mais le mettre en garde et l'informer sur l'importance d'être pris en charge le plus tôt possible pour éviter les éventuelles complications.

5) Caractéristiques et modalité de contrôle des appareils utilisés

Matériel utilisé :

1) *Lecteur Freestyle OptiumNeo (Abbott)*

- Ref : 71372-75
- Lot : 02U162F
- ACL : 4133382

2) Bandelettes Freestyle Optium

- Ref : 98758-75
- Lot : 45001 63908
- PER : 2015/12/31

3) Solutions de contrôle avec 1 flacon haut et 1 flacon bas

- Ref : 99896-05
- Lot : 16325 A
- PER : 2016-08

Pour cela insérer une bandelette dans le lecteur et verser une goutte de la solution haute, et regarder si le résultat obtenu est dans la fourchette indiquée ; et faire de même avec la solution basse.

Si les résultats obtenus sont corrects, cela signifie que le lecteur est parfaitement étalonné et les glycémies qu'ils donnent ne sont pas erronées.

Pour la plupart des nouveaux lecteurs, ces vérifications ne sont plus à effectuer.

Annexes :

- Notice d'utilisation des appareils utilisés dans le cadre du test capillaire d'évaluation de la glycémie.
- Décrets, arrêtés, circulaires ; Textes généraux du Ministère des affaires sociales et de la santé

Il s'agit ici d'un exemple réalisé au sein d'une officine. Cependant, chaque pharmacie rédigera sa propre procédure qualité selon son fonctionnement. Dans l'ensemble, les principaux éléments seront identiques.

3. Dépistage

3.1. Mise en pratique à l'officine : informer les patients de la campagne

La réalisation de ce dépistage peut être annoncée grâce à des affiches apposées à l'entrée afin d'informer les patients, mais aussi disposées directement au bord des comptoirs. Sur ces affiches, il est important de préciser qu'il s'agit d'un dépistage de diabète de type 2, que ce n'est en aucun cas obligatoire et que c'est totalement gratuit.

3.2. Déroulement global d'un test de dépistage

Au cours de la réalisation d'un test de dépistage, le patient va suivre plusieurs étapes successives.

La réalisation du test de dépistage peut se faire à la demande spontanée du patient soucieux de savoir s'il a ou non un diabète. Néanmoins, il peut être proposé aux patients à l'initiative du pharmacien qui introduit le sujet en discutant des facteurs de risque.

Le pharmacien explique au patient l'intérêt de la campagne de dépistage ainsi que le protocole à suivre. Il peut l'inviter à passer dans un endroit plus confidentiel pour en discuter.

Toujours avec l'accord du patient, nous pouvons remplir le questionnaire de FINDRISK pour voir le score qu'il obtient et les éventuels facteurs de risque présents.

Avant de commencer le dépistage à proprement dit, le pharmacien remplit les fiches prévues concernant la traçabilité afin de bien l'expliquer au patient.

Ensuite, il peut procéder au dépistage, autrement dit au prélèvement capillaire pour évaluer la glycémie. Cet acte est réalisé par le pharmacien, nous le verrons plus en détails dans la partie suivante.

Enfin, en fonction des résultats, il y aura une partie dédiée à l'annonce des résultats et aux conseils associés.

3.3. Le prélèvement capillaire : rappels

Avant la réalisation du prélèvement capillaire, il faut inviter le patient à se laver les mains à l'eau chaude.

Cet acte est important pour, d'une part éviter une infection, et d'autre part pour éviter que des débris alimentaires microscopiques ou la sueur faussent l'analyse.

De plus, si l'eau est chaude, la goutte de sang sera plus grosse, puisque la chaleur va entraîner une vasodilatation (Lacroix et Bontemps, 2013). A l'inverse avec de l'eau froide, qui va entraîner une vasoconstriction, on aura plus de mal à obtenir une goutte de sang. De même, le savonnage prolongé des mains, qui active la circulation du sang, permet aussi d'obtenir une plus grosse goutte de sang. Cependant il faut faire attention à ne pas utiliser de solution hydro-alcoolique (SHA) qui fausserait le résultat du test.

Il faut également être très vigilant sur le fait que le patient s'essuie correctement les mains avec un essuie-tout jetable, et s'assurer qu'elles soient bien sèches avant la réalisation du test pour éviter une éventuelle dilution du sang qui aboutirait à un résultat biaisé.

Le prélèvement de la goutte de sang se fait à l'aide d'un appareil, appelé «auto-piqueur», qui permet de se piquer juste assez pour obtenir une goutte de sang sans douleur (Diabsurf, 2015).

La plupart des auto-piqueurs offrent la possibilité d'utiliser plusieurs embases de longueurs différentes afin de tenir compte de l'épaisseur de la peau, ou ont une molette graduée permettant de régler très précisément la profondeur de pénétration de la lancette dans la peau.

En milieu hospitalier, et comme dans notre campagne, nous utiliserons des lancettes auto-piqueuses à usage unique par mesure d'hygiène et de sécurité. Il ne faut jamais utiliser une lancette sans auto-piqueur, ni une aiguille pour injection.

Ce sont des auto-piqueurs à usage unique, donc après chaque utilisation, il est impératif de jeter ces auto-piqueurs dans les boîtes prévues à cet effet, c'est-à-dire les boîtes DASRI (Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux).



Figure 1 : Boite DASRI (Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux)
(D'après DASTI.fr)

Il faut préparer une bandelette et allumer le lecteur de glycémie.

Avec l'auto-piqueur, il faut cibler la face latérale de la dernière phalange d'un doigt : c'est à cet endroit qu'il y a le plus de sang et que cela fait le moins mal. De plus, on pique seulement sur les trois derniers doigts de la main gauche ou de la main droite. Le pouce et l'index sont les doigts les plus souvent utilisés pour sentir, toucher ou saisir les objets ; il vaut donc mieux ne pas les piquer.

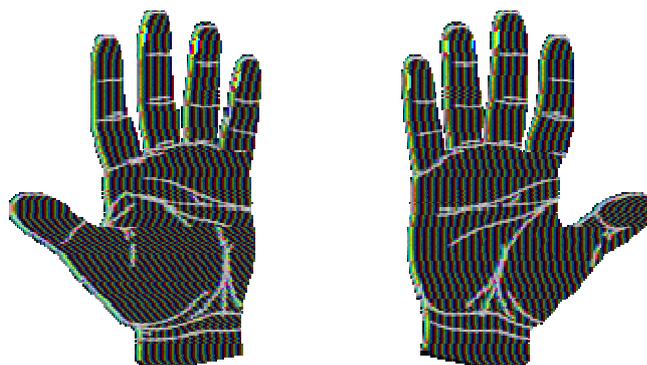


Figure 2 : Faces latérales des doigts (sauf la « pince ») (D'après Diabsurf.com)

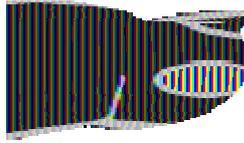


Figure 3 : Face latérale de la phalange (D'après Diabsurf.com)

La sensation douloureuse peut être encore réduite au moment de la micro-piqûre, en pressant les bords interne et externe de la deuxième phalange du doigt où est réalisé le prélèvement, entre le pouce et les autres doigts de la même main.

Si la goutte de sang est petite, appuyez sur la pulpe du doigt, ou faites venir le sang vers l'extrémité du doigt, en frottant plusieurs fois le bord du doigt, de sa racine vers son extrémité, avec un doigt de l'autre main. En effet, les artères des doigts sont situées de chaque côté du doigt, et en frottant le bord du doigt de sa racine vers son extrémité, on pousse le sang vers la zone qui a été piquée avec la lancette.

Lorsque la goutte de sang est suffisamment grosse, tournez votre doigt de manière à ce que l'endroit de la micro-piqûre et la goutte de sang soient vers le bas (si la goutte est au-dessus du doigt, elle aura tendance à couler autour du doigt pour aller en dessous). Il faut approcher le doigt du patient de la bandelette, de façon à ce que l'extrémité inférieure de la goutte de sang vienne au contact de la zone de dépôt de la bandelette.

La goutte de sang glisse par capillarité dans la bandelette.

La plupart des lecteurs s'éteignent automatiquement après quelques minutes de non-utilisation, mais nous pouvons également l'éteindre.

3.4. Matériel et méthodes

Le déroulement pratique se fait en plusieurs étapes.

Tout d'abord, après avoir informé le patient et lui avoir fait signer la feuille qualité, il faut inviter le patient à venir se laver les mains comme vu précédemment.

Le test se fait dans l'espace de confidentialité si possible à jeun ou au moins deux heures après un repas (Lacroix et Bontemps, 2013).

L'opérateur se munit de gants en latex pour la réalisation du test, s'assure que les mains du patient soient bien sèches, utilise un auto-piqueur à usage unique (Abbott SF en général, on tourne l'embout jaune et on appuie sur la languette quand on est sur le doigt).

Le pharmacien pique le patient comme nous l'avons rappelé précédemment.



Figure 4 : Auto-piqueur à usage unique (D'après Accu-chek.fr)

On utilisera un lecteur à bandelette avec zone de recueil déporté du corps du lecteur. Dans notre cas, il peut s'agir d'un lecteur quelconque avec les bandelettes correspondantes.



Figure 5 : Lecteur de glycémie Accu-Chek Performa Nano® (D'après Accu-chek.fr)

Il faut insérer une bandelette dans le lecteur dans le sens prévu, réaliser le test avec l'auto-piqueur, puis récupérer la goutte de sang sur la bandelette et regarder le résultat.

L'auto-piqueur à usage unique sera mis dans la boîte DASRI prévue à cet effet ainsi que la bandelette.

Il faut prévoir un pansement à appliquer à l'endroit de la pique au cas où il y aurait un léger saignement.

L'opérateur pourra alors retirer les gants et les jeter.

Une fois le test pratique réalisé, il convient de regarder et d'interpréter les résultats.

Pour cela, il faut avant tout remplir la fiche « Procédure d'assurance qualité applicable aux professionnels de santé réalisant les tests ou recueils et traitements de signaux biologiques : test capillaire d'évaluation de la glycémie » (Annexe 7).

On remplit cette fiche avec le patient en notant les informations nécessaires et elle sera conservée avec la fiche remplie précédemment.

Un exemplaire de cette fiche pourra être remis au patient s'il le souhaite et précise bien qu'elle ne constitue qu'une orientation diagnostique.

Le pharmacien annonce au patient le résultat du test et lui donne les conseils adéquats. Cette notion sera d'ailleurs le thème abordé dans la partie 3 de cette thèse.

4. Analyse des résultats

4.1. Participation des officines

4.1.1. Constatation des faits

Au total, sur 36 pharmacies volontaires pour participer à l'étude initiale, moins d'une dizaine ont suivi le projet jusqu'au bout, soit à peine 20% des pharmacies qui ont participé à la formation.

C'est un résultat décevant puisque le nombre de dépistage réalisé est très faible en comparaison du potentiel que représentaient tous les pharmaciens initialement volontaires.

Les principales causes d'absence de participation des pharmacies sont notamment le manque de temps mais aussi le manque d'investissement des pharmaciens. Cette dernière raison étant d'autant plus regrettable.

4.1.2. Quels moyens peut-on utiliser en communication pour motiver les pharmaciens à s'investir dans un projet ?

La communication, comme dans de nombreux domaines, a un rôle très important. Pour motiver les pharmaciens, il faut s'investir dans le projet, leur montrer ce qu'ils ont à y gagner.

Certes, dans ce cas, il ne s'agit pas de bénéfices financiers mais plutôt de bénéfices personnels, dans la mesure où cela permettrait une certaine valorisation du métier de pharmacien d'officine.

En effet, dans cette campagne de dépistage, nous insistons bien sur l'importance du pharmacien puisque ses missions se diversifient et il va avoir un rôle d'accompagnement, de soutien, d'informations mais aussi de conseils.

Le métier de pharmacien est en pleine évolution, il est propice à l'instauration de nouvelles missions vis-à-vis des patients. Il paraît donc opportun et important que tous les pharmaciens (nouvellement diplômés ou plus anciens) sachent actualiser leurs connaissances en fonction de l'évolution temporelle.

Adhérer à ces projets permet à la fois de s'investir, de changer ses habitudes dans un but d'amélioration, d'évoluer et de rester ouvert aux propositions d'un nouvel avenir du métier.

Pour motiver les pharmaciens, il est nécessaire de croire en ce que nous expliquons afin de pouvoir convaincre son interlocuteur de façon sincère. Il faut être à l'aise et maîtriser le sujet afin de l'exposer de la plus claire des manières.

Dans le cas du dépistage du diabète de type 2, il est indispensable de délivrer toutes les informations nécessaires (matériel, méthodes, déroulement, etc.) et d'expliquer clairement les objectifs et les enjeux.

Pour ce faire, plusieurs moyens sont à disposition. Tout d'abord, une lettre peut être envoyée *via* les grossistes-répartiteurs, par exemple, afin d'informer chaque professionnel de santé de la mise en place de cette campagne du diabète de type 2. La lettre, reste un moyen très rapide mais de nos jours, nous pouvons également faire parvenir cette lettre par fax ou encore par mail.

Autre moyen possible mais très chronophage, c'est de téléphoner directement à chaque pharmacie pour expliquer le projet de vive voix. Cette méthode risque de prendre du temps dans la mesure où les officines sont nombreuses mais il est évident que cela peut avoir plus d'impact qu'une simple lettre envoyée. En effet, il est plus facile de s'exprimer par téléphone, d'apporter une meilleure compréhension vis-à-vis du projet, et de répondre aux interrogations de l'interlocuteur de manière plus concrète.

Pour finir, un autre moyen qui peut être utilisé, serait de se déplacer dans chaque officine afin de faire une présentation du projet pour vraiment montrer les enjeux, le déroulement ainsi que son importance. C'est un moyen qui peut être plus persuasif mais qui prendra aussi énormément de temps.

En résumé, aujourd'hui plusieurs moyens sont à notre disposition pour communiquer un projet, une étude, etc. Il faut donc choisir en fonction du nombre de personnes que nous souhaitons recruter mais aussi en fonction de la faisabilité.

Nous pouvons essayer de trouver un compromis. Par exemple, la lettre *via* les grossistes-répartiteurs reste le moyen le plus rapide pour contacter le plus grand nombre de pharmaciens. Cela n'empêche pas que nous pouvons téléphoner ou se déplacer dans les officines qui souhaitent avoir des informations supplémentaires.

4.2. Analyse des glycémies capillaires

4.2.1. Les résultats possibles

Pour rappel, comme nous l'avons vu précédemment, il y a 3 types de résultats possibles. En fonction de ces derniers, la démarche et le discours du pharmacien devront être adaptés :

- Si $< 1,10$ g/L : il n'y a pas de diabète, un contrôle tous les deux ou trois ans est recommandé s'il n'y a pas de facteurs de risque supplémentaire. A l'inverse, un contrôle tous les ans sera recommandé pour les patients présentant un ou des facteurs de risques supplémentaires.
- Entre 1,10 et 1,26 g/L : il y a une situation de pré-diabète, il faut dès lors prendre des précautions alimentaires et insister sur l'activité physique (même minime) et faire attention aux facteurs de risque (à revoir avec le médecin en consultation). Pour ces patients, il est recommandé de faire un contrôle chaque année dans un laboratoire.
- Si $> 1,26$ g/L : situation de diabète probable donc il faut une consultation pour une deuxième détermination. Si la réponse est identique, le diagnostic doit être posé par le médecin. Ce dernier donnera les premiers conseils et instaura le traitement nécessaire.

4.2.2. Les résultats de la campagne

Parmi les pharmacies qui ont tenu leur rôle, les résultats, bien qu'insuffisants, sont tout de même intéressants à prendre en compte, comme nous pouvons le constater dans le tableau suivant :

Tableau 3 : Tableau représentant la répartition des résultats de glycémies capillaires et les pourcentages obtenus dans les différentes pharmacies G-pharm en 2015

Nombre de résultats par pharmacie	Résultats < 1,10g/L	1,10 g/L < Résultats < 1,26 g/L	Résultats >1,26 g/L	Nombre total de dépistages par pharmacie
Pharmacie n°1	12	0	1	13
Pharmacie n°2	13	2	5	20
Pharmacie n°3	12	3	0	15
Pharmacie n°4	9	3	1	13
Pharmacie n°5	7	2	1	10
Pharmacie n°6	8	1	1	10
Pharmacie n°7	21	4	2	27
Nombres totaux	82	15	11	108

En effet, nous observons 11 résultats supérieurs à 1,26 g/L sur 108 au total, soit légèrement au dessus de 10%, soit 10,2 % ce qui n'est pas anodin.

Il est certain également, que pour la majorité des personnes dépistées, le résultat est « normal », c'est-à-dire inférieur à 1,10 g/L.

Pour les personnes se trouvant entre 1,10 et 1,26 g/L, ils ne sont pas à négliger puisqu'ils représentent tout de même 15 personnes sur 108, soit 13,9 %. Nos conseils pour ces patients seront d'autant plus importants pour retarder l'apparition d'un diabète de type 2.

Nous pouvons observer sur le tableau suivant la synthèse des résultats obtenus en termes de pourcentages.

Tableau 4 : Tableau représentant la synthèse de la répartition des résultats en pourcentages

Résultats < 1,10g/L	1,10 g/L < Résultats < 1,26 g/L	Résultats >1,26 g/L	Total
75,9 %	13,9 %	10,2 %	100%

Sur la campagne réalisée en Seine-Maritime, nous pouvons remarquer que 10,2 % des personnes dépistées ont obtenu un résultat supérieur à 1,26 g/L, ce qui n'est pas négligeable dans la mesure où nous savons qu'il y a entre 300000 et 500000 personnes diabétiques qui s'ignorent en France (Haute Autorité de Santé, 2014).

La majorité, soit $\frac{3}{4}$ des personnes ont des résultats « normaux » et presque 15% des personnes ont une glycémie entre 1,10 et 1,26 g/L, et sont donc à surveiller.

Pour résumé, $\frac{1}{4}$ des personnes dépistées sont à surveiller. Pour ces personnes, il a été important d'aborder les règles hygiéno-diététiques, l'importance d'une activité physique, etc. que nous développerons dans une partie ultérieure.

Les résultats obtenus sont illustrés dans le diagramme ci-dessous.

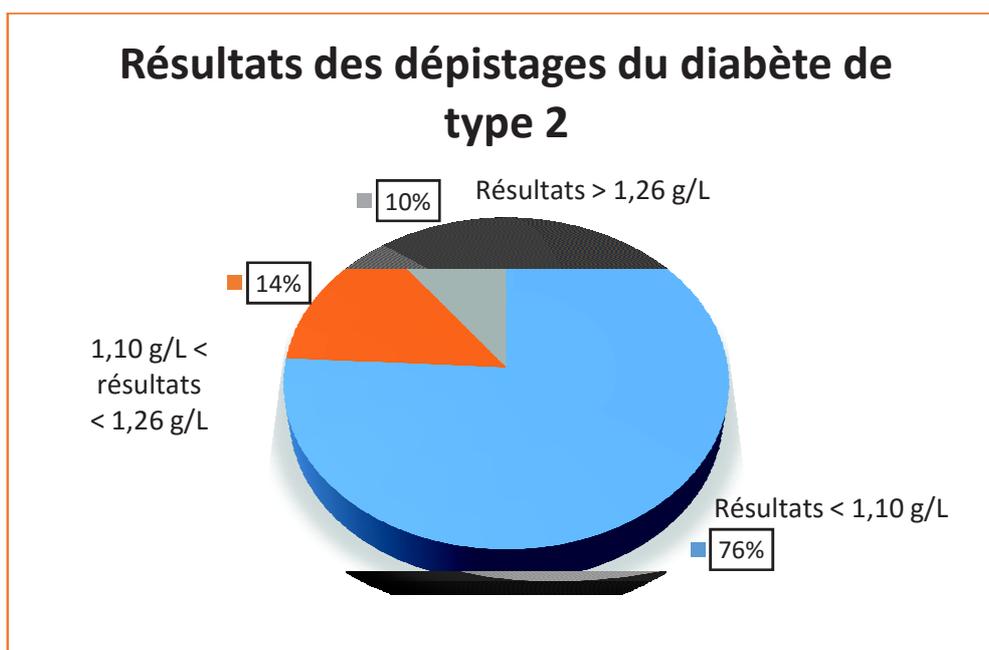


Figure 6 : Diagramme représentant la répartition des résultats obtenus dans toutes les pharmacies qui ont participé à la campagne

La schématisation des résultats est souvent plus éloquent que de simples chiffres énumérés. Ainsi, nous pouvons nous rendre compte sur ce diagramme du nombre de personnes qui nécessitent une prise en charge précoce pour éviter l'apparition de complications liées au diabète de type 2, ou tout simplement, retarder l'apparition de la pathologie elle-même.

4.3. Les limites de l'étude

4.3.1. Le contexte

Cette campagne a été réalisée au sein des officines, avec des patients qui présentaient des facteurs de risque identifiés, et cela à n'importe quel moment de la journée. En effet, les patients viennent à l'officine au moment où ils ont besoin de médicaments à renouveler ou bien de conseils.

Cette notion est importante à prendre en compte. En effet, pour qu'un résultat de dépistage de diabète de type 2 soit valable, il est idéal que la personne soit à jeun, ou à défaut, qu'elle n'ait pas mangé dans les deux heures précédant le dépistage.

C'est pourquoi dans l'interprétation des résultats, il est indispensable de bien demander si la personne est à jeun ou non, notamment dans le cas où la glycémie capillaire est supérieure aux normes, c'est-à-dire $> 1,10$ g/L. Si c'est le cas, l'idéal est de demander à la personne, si cela est possible, de revenir à un moment où elle sera réellement à jeun pour que le résultat soit valable et ne soit pas biaisé.

Cependant, il est évident que nous ne pouvons pas demander cela à tous les patients. C'est pourquoi, même si le patient nous affirme qu'il est bien à jeun, le pharmacien ne pourra jamais être certain que ce soit bien le cas, ce qui constitue une limite dans cette campagne de dépistage du diabète de type 2.

4.3.2. Faible échantillon de patients

L'autre limite qui apparaît dans cette campagne est le faible échantillon de personnes dépistées. En effet, cette étude a été réalisée uniquement en Seine-Maritime, et uniquement par des pharmaciens appartenant au groupe G-pharm ou proches. Cela représente environ une quarantaine de pharmacies en théorie, qui s'étaient engagées à faire cette campagne de dépistage.

De plus, dans la synthèse des résultats, nous avons pu constater que seulement une dizaine de pharmacies se sont investies pleinement dans ce projet, d'où un faible échantillon de patients à analyser.

4.4. Discussion des résultats

Les résultats obtenus sont significatifs puisque 10% des personnes dépistées (malgré un faible nombre de dépistages), sont *a priori* diabétiques, sous réserve d'un contrôle dans un laboratoire de biologie médicale.

Ce pourcentage de personnes est à prendre en considération et il serait d'autant plus important s'il était confirmé sur un plus grand nombre de résultats.

Ce sont dans ces circonstances que nous avons décidé de mener une seconde enquête à plus grande échelle, en reprenant les mêmes bases de réalisation afin de confirmer les résultats de l'étude initiale et de démontrer les atouts de l'officine dans le cadre des dépistages de diabète de type 2.

5. Une étude à plus grande échelle

5.1. Circonstances

A l'heure actuelle, les dépistages en officine ne sont plus autorisés depuis avril 2015. Dans ce cadre législatif, l'étude que nous voulions mettre en place ne peut aboutir pour l'instant. Nous sommes donc dans l'attente d'un décret autorisant de nouveau les dépistages à l'officine. Les démarches pour la mise en place de cette nouvelle étude étaient déjà en cours lors de l'annonce du décret qui annule l'autorisation des dépistages du diabète de type 2.

5.2. Déroulement

5.2.1. Mise en place

Pour la préparation de la mise en place, nous reprenons les mêmes bases que pour l'étude initiale, c'est à dire, les mêmes partenaires, la même façon de fonctionner avec une soirée formation au dépistage du diabète de type 2 pour les pharmaciens, distribution du matériel nécessaire par les laboratoires, etc.

Cette mise en place s'est vraiment instaurée dans la continuité de l'étude réalisée au préalable.

5.2.2. Contacts

Pour la mise en place de la nouvelle étude, j'ai rencontré l'inspecteur de la pharmacie de l'ARS, Monsieur Michel PORTENART, ainsi que la Présidente du Conseil de l'Ordre Régional des Pharmaciens, Madame Isabelle ROUSSEL.

Ces deux institutions ont apporté leur soutien à ce projet qui reste malgré tout en attente d'un nouveau décret autorisant les dépistages. Un soutien qui ne sera pas négligeable pour recruter et motiver le maximum de pharmacies.

De plus, nous avons toujours le soutien nos partenaires, le Laboratoire Pierre Fabre et le Laboratoire Abbott, qui restent présents pour le financement, les locaux pour les formations, ainsi que la distribution du matériel nécessaire à la réalisation des dépistages de diabète de type 2.

5.2.3. Organisation

En ce qui concerne l'organisation, il conviendrait d'étendre l'étude à toute la Seine-Maritime (76), et si possible l'Eure (27) également, pour avoir un nombre de résultats plus importants et donc plus représentatifs.

Il était convenu d'envoyer des lettres explicatives dans toutes les pharmacies, soit par courrier, par mail ou encore via les grossistes répartiteurs.

De plus, nous avons prévu également d'avoir un entretien téléphonique avec les titulaires afin de leur expliquer avec plus de précisions les modalités de participation.

Chaque pharmacie voulant participer à l'étude, pourrait se manifester en répondant simplement à une adresse mail avant une date fixant la fin des inscriptions.

A la suite de cela, des dates de soirées formation seraient fixées pour que chacun puisse avoir les explications nécessaires sur les modalités de l'étude.

Ce serait également le moment pour les participants de poser toutes les questions qu'ils souhaitent afin d'obtenir de plus amples informations, puisque nous serions là pour répondre à toutes les interrogations éventuelles.

Les dépistages auraient lieu dans les pharmacies sur une période fixée d'un mois environ, à la fin duquel les résultats seraient retournés directement à la faculté de médecine et de pharmacie de Rouen et traités par nos soins.

5.3. Limites

Cette étude n'a pas encore eu lieu mais les limites que nous retrouverons ici, seront les mêmes que celles citées lors de l'étude préalable. En effet, le contexte dans lequel le dépistage est réalisé (le patient est-il bien à jeun ?) fera partie des limites mais il faudra aussi et surtout s'intéresser à la participation active ou non des pharmacies, c'est-à-dire savoir si les pharmacies seront motivées. La question principale sera notamment de savoir si nous aurons un nombre de résultats suffisamment élevés pour pouvoir conclure de façon significative sur l'intérêt et les avantages du dépistage du diabète de type 2 à l'officine ?

6. Dépistages 2014-2015 réalisés par les pharmacies mutualistes

Pour rebondir sur cet imprévu qu'a été l'annulation du décret autorisant les dépistages, et avoir un nombre de résultats plus importants, nous nous sommes tournés vers les pharmacies mutualistes qui ont accepté de partager les résultats de leurs dépistages.

Avec des résultats nationaux sur trois années consécutives (2013 à 2015), cela nous a permis d'avoir suffisamment de recul pour pouvoir analyser et conclure sur des résultats significatifs.

6.1. Contacts

Pour statuer le contexte, j'ai pris contact avec les pharmacies mutualistes suite à l'annulation du décret autorisant les dépistages à l'officine. En effet, grâce à des renseignements que nous avons pu trouver sur le site internet des pharmacies mutualistes, nous nous sommes rendus compte que ces dernières effectuaient une fois par an, une campagne de dépistage du diabète de type 2, sur une période d'un mois.

Je me suis permis de prendre contact avec la Pharmacie Mutualiste de Maromme qui s'avère être la plus près de mon domicile. La directrice m'a reçu, j'ai pu lui poser quelques questions avant de m'entretenir plus longuement avec elle sur la manière dont ils réalisaient les dépistages du diabète de type 2 à l'officine.

A la suite de cela, j'ai pu échanger quelques conversations téléphoniques avec le directeur régional des Pharmacies Mutualistes de Seine-Maritime, Mr Stéphane CHAPALAIN, qui après lui avoir expliqué mon projet et ma thèse a accepté de partager avec moi les résultats qu'ils ont obtenu.

6.2. Mise en place

Pour la mise en place, comme nous l'avons cité précédemment, il s'agit d'une campagne de dépistage du diabète de type 2 réalisée sur une période d'un mois, chaque année.

Pendant cette période, l'équipe officinale est en mesure de répondre à la demande des patients et de réaliser un dépistage du diabète de type 2.

Il y a des campagnes de communication au préalable pour mettre en valeur le projet et informer les personnes des possibilités du dépistage à la pharmacie. Cette communication se fait notamment sur internet, *via* des réseaux sociaux mais aussi *via* des affiches dans les officines.

A la fin du mois, pour clôturer la campagne, les résultats seront recueillis et analysés.

Cela est mis en place au niveau régional mais aussi au niveau national.

Dans notre cas, nous étudierons d'une part les résultats de notre région puis d'autre part les résultats au niveau national.

En ce qui concerne les pharmacies de Normandie, cela regroupe les Pharmacies Mutualistes situées à Neuville-Lès-Dieppe, Canteleu, Elbeuf, Grand-Couronne, le Havre, Maromme, Oissel, Saint-Etienne-du-Rouvray, Rouen, Sotteville-Lès-Rouen, et Cherbourg.

6.3. Protocole

Sans reprendre le protocole dans le détail, puisqu'il équivaut en partie la même démarche que pour l'étude réalisée au préalable, il s'agit de prendre en charge le patient, soit à sa demande, soit à notre initiative.

En effet, un questionnaire (Annexe 9) est rempli avec le patient pour voir les risques qu'il présente, ce qui correspond quasiment à notre questionnaire « FINDRISK ».

Il est proposé au patient d'aller dans un espace confidentiel ou plus à l'écart pour discuter librement et réaliser le dépistage (selon le même protocole que celui cité dans la deuxième partie).

A la suite de cela, il faut discuter avec le patient du résultat, sans l'alarmer. Il faut également le conseiller, lui suggérer de voir une diététicienne si besoin pour revoir quelques notions de rééquilibrage alimentaire ou encore pratiquer une activité physique, éléments que nous verrons plus en détails dans la troisième et dernière partie.

6.4. Analyse des résultats

6.4.1. Année 2013

Voici ci-après les résultats obtenus lors de la campagne de dépistage du diabète réalisée par les pharmacies mutualistes de toute la France, en 2013. Nous pouvons voir le nombre total de dépistages réalisés, le nombre de résultats inférieurs à 1,10 g/L, le nombre de résultats compris entre 1,10 et 1,26 g/L et le nombre de résultats supérieurs à 1,26 g/L ; ainsi que les pourcentages que cela représente.

Tableau 5 : Tableau représentant les résultats et les pourcentages de la répartition des différents résultats obtenus dans chaque pharmacie mutualiste en 2013

Pharmacies (départements)	Nombre total de dépistages		Résultats < 1,10 g/L		Résultats compris entre 1,10 et 1,26 g/L		Résultats >1,26 g/L	
	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages
<i>Nice (6)</i>	16	0,6 %	8	50 %	5	31,2 %	3	18,8 %
<i>Romilly sur Seine (10)</i>	36	1,3 %	17	47,2 %	11	30,6 %	8	22,2 %
<i>Sainte Savine (10)</i>	71	2,8 %	51	71,8 %	16	22,5 %	4	5,6 %
<i>Troyes (10)</i>	87	3,4 %	61	70,2 %	11	12,6 %	15	17,2 %
<i>Rochefort (17)</i>	30	1,2 %	20	66,6 %	8	26,7 %	2	6,7 %
<i>Brest (29)</i>	30	1,2 %	16	53,3 %	10	33,3 %	4	13,4 %
<i>Tours (37)</i>	29	1,1 %	10	34,5 %	13	44,8 %	6	20,7 %
<i>Lons le Saunier (39)</i>	176	6,8 %	117	66,4 %	33	18,8 %	26	14,8 %
<i>Charlieu (42)</i>	124	4,8 %	77	62,1 %	25	20,2 %	22	17,7 %
<i>Firminy (42)</i>	169	6,6 %	127	75,1 %	22	13,1 %	20	11,8 %

<i>St Chamond (42)</i>	70	2,7 %	48	68,6 %	12	17,1 %	10	14,3 %
<i>St Etienne (42)</i>	101	3,9 %	72	71,3 %	18	17,8 %	11	10,9 %
<i>Fumel (47)</i>	11	0,4 %	8	72,7 %	1	9,1 %	2	18,2 %
<i>Cholet (49)</i>	73	2,8 %	55	75,3 %	12	16,4 %	6	8,3 %
<i>Cherbourg (50)</i>	128	5,0 %	69	53,9 %	37	28,9 %	17	13,3 %
<i>Reims (51)</i>	125	4,9 %	71	56,8 %	37	29,6 %	17	13,6 %
<i>Anzin (59)</i>	14	0,5 %	6	42,9 %	5	35,7 %	3	21,4 %
<i>Lannoy (59)</i>	3	0,1 %	1	33,3 %	2	66,7 %	0	0 %
<i>Maubeuge (59)</i>	88	3,4 %	71	80,7 %	10	11,3 %	7	8,0 %
<i>Roubaix (59)</i>	4	0,2 %	4	100 %	0	0 %	0	0 %
<i>Thourotte (60)</i>	6	0,2 %	3	50,0 %	2	33,3 %	1	16,7 %
<i>Clermont-Ferrand (63)</i>	26	1,0 %	22	84,6 %	0	0 %	4	15,4 %
<i>Canteleu (76)</i>	48	1,9 %	39	81,3 %	5	10,4 %	4	8,3 %
<i>Elbeuf (76)</i>	232	9,0 %	132	56,9 %	53	22,8 %	47	20,3 %
<i>Grand Couronne (76)</i>	162	6,3 %	93	57,4 %	32	19,8 %	37	22,8 %

<i>Le Havre (76)</i>	177	6,9 %	136	76,8 %	30	16,9 %	11	6,3 %
<i>Maromme (76)</i>	17	0,7 %	12	70,6 %	5	29,4 %	0	0 %
<i>Neuville lès Dieppe (76)</i>	124	4,8 %	74	59,7 %	26	21,0 %	24	19,3 %
<i>Oissel (76)</i>	144	5,6 %	112	77,7 %	24	16,7 %	8	5,6 %
<i>Rouen (76)</i>	44	1,7 %	32	72,7 %	9	20,5 %	3	6,8 %
<i>St Etienne du Rouvray (76)</i>	65	2,5 %	56	86,2 %	7	10,7 %	2	3,1 %
<i>Sotteville lès Rouen (76)</i>	84	3,3 %	70	83,3 %	10	11,9 %	4	4,8 %
<i>Limoges / Carnot (87)</i>	30	1,2 %	16	53,3 %	4	13,4 %	10	33,3 %
<i>Limoges / Grand Théâtre (87)</i>	30	1,2 %	21	70,0 %	6	20,0 %	3	10,0 %
TOTAL : 34 pharmacies	2574	100 %	1727	67,1 %	501	19,5 %	346	13,4 %

Avec 34 pharmacies qui ont participé à la réalisation du dépistage du diabète, nous obtenons 2574 résultats au niveau national sur l'année 2013, ce qui représente un échantillon assez important.

L'analyse par région ne nous permettra pas de conclure nettement sur des régions plus concernées que d'autres, puisque le nombre total de dépistages réalisés n'est évidemment pas le même partout. L'important est d'analyser les résultats dans leur ensemble afin de faire une synthèse.

Nous pouvons tout de même constater que certaines pharmacies, de superficies équivalentes, réalisent plus de dépistages que d'autres. De même, une pharmacie située dans une grande ville n'aura pas forcément plus de résultats qu'une pharmacie qui se trouve plus en périphérie d'une ville. Nous pouvons supposer qu'un investissement personnel de l'équipe officinal est un facteur important dans la réalisation de ces dépistages. Une équipe formée et solidaire pourra alors dépister un plus grand nombre de personnes, ce qui augmentera l'intérêt de ces campagnes de dépistage de diabète de type 2.

Nous remarquons que 13,4% des personnes dépistées ont obtenu un résultat de glycémie supérieur à 1,26 g/L, ce qui n'est pas négligeable.

De même, près de 20% de personnes en situation de « pré-diabète », et qui seront donc potentiellement diabétiques dans les années à venir.

Ce qui nous fait un total de 32,9% de personnes qui doivent être prises en charge en termes de prévention d'apparition d'un diabète de type 2, soit presque 1/3 des personnes, ce qui est très élevé. Cela nous montre également que dans ce cadre, l'intervention des pharmaciens d'officine ne serait pas inutile.

Ces personnes n'ont pas toutes de diabète à l'heure actuelle, cependant la prévention doit être la plus précoce possible pour justement éviter une évolution vers un diabète.

Cela peut être pour eux un signal d'alarme également, une prise de conscience de leurs habitudes alimentaires, leurs habitudes de vie, et il va être important de leur faire comprendre qu'il faut essayer de modifier ses habitudes pour améliorer sa qualité de vie et retarder l'apparition de pathologies chroniques.

Après avoir vérifié les résultats obtenus supérieurs à 1,26 g/L, c'est à dire vérifier qu'il n'était pas déjà diabétique par exemple ou être bien à jeun, nous obtenons 3,2% de personnes dépistées diabétiques. Un pourcentage qui reste faible mais qui représente un certain nombre de personnes qui vont pouvoir être suivies, être prises en charge afin de limiter l'apparition des complications liées au diabète de type 2 que nous développerons dans une partie ultérieure.

6.4.2. Année 2014

6.4.2.1. En Normandie

Les 11 pharmacies mutualistes de la Mutualité Française Normande (SSAM) ont mis en place l'opération du 2 au 30 novembre 2014. Le nombre de participants est resté sensiblement le même qu'en 2013. Le nombre a été multiplié par onze par rapport à l'année 2012 (100 tests).

En tout, 1195 tests ont été réalisés, et 112 personnes ayant un taux de glycémie supérieure à la normale ont été dépistées, soit 9,37 %.

Cette campagne est jugée positive car elle a permis de sensibiliser un grand nombre de personnes à la thématique du Diabète.

Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 6 : Synthèse des résultats de dépistage de diabète en Normandie, en 2014 : résultats supérieurs à 1,26 g/L (D'après les Pharmacies Mutualistes de Normandie)

Pharmacie	TOTAL	Sup 1,26	dont ignore qu'elles étaient diabétiques	Nb de test sup 1,26 / nb total	Nb de test sup 1,26 qui ignoraient/ nb total
Canteleu	67	4		5,97%	0
Cherbourg	139	15	15	10,79%	10,79%
Elbeuf	31	8	5	25,81%	16,13%
Grand Couronne	219	33	17	15,07%	7,76%
Le Havre	116	2	1	1,72%	0,86%
Maromme	77	2	1	2,60%	1,30%
Neuville les Dieppe	141	7	4	4,96%	2,84%
Oissel	73	11	8	15,07%	10,96%
Rouen	41	4	2	9,76%	4,88%
St Etienne du Rouvray	218	20	18	9,17%	8,26%
Notteville les Rouen	73	6	3	8,22%	4,11%
TOTAUX	1195	112	74	9,37%	6,19%

6.4.2.2. Au niveau National

Après avoir analysé les résultats de 2014 en Normandie, nous nous intéressons maintenant aux résultats recueillis à l'échelle Nationale au sein des pharmacies mutualistes. Cela nous permet de voir le nombre total de dépistages réalisés par pharmacie, mais aussi de savoir les nombres de dépistages avec un résultat inférieur à 1,10 g/L ; compris entre 1,10 et 1,26 g/L ou encore supérieur à 1,26 g/L. Voici ci-après le détail des résultats obtenus en 2014.

Tableau 7 : Tableau représentant les résultats et les pourcentages de la répartition des différents résultats obtenus dans chaque pharmacie mutualiste en 2014

Pharmacies (départements)	Nombre total de dépistages		Résultats < 1,10 g/L		Résultats compris entre 1,10 et 1,26 g/L		Résultats > 1,26 g/L	
	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages
<i>Angers (49)</i>	13	0,5 %	8	61,5 %	2	15,4 %	3	23,1 %
<i>Bordeaux – Gallieni (33)</i>	20	0,8 %	15	75,0 %	3	15,0 %	2	10,0 %
<i>Boulogne sur mer (62)</i>	6	0,2 %	2	33,3 %	2	33,3 %	2	33,3 %
<i>Calais (62)</i>	282	11,1 %	222	78,7 %	41	14,5 %	19	6,7 %
<i>Charlieu (42)</i>	33	1,3 %	18	54,5 %	7	21,2 %	8	24,2 %
<i>Cholet (49)</i>	15	0,6 %	12	80,0 %	2	13,3 %	1	6,7 %
<i>Clermont-Ferrand (63)</i>	16	0,6 %	16	100 %	0	0 %	0	0 %
<i>Firminy (42)</i>	163	6,4 %	101	62,0 %	43	26,4 %	19	11,7 %
<i>Fumel (47)</i>	37	1,5 %	28	75,7 %	6	16,2 %	3	8,1 %

<i>Joué-lès-Tours (37)</i>	8	0,3 %	4	50,0 %	1	12,5 %	3	37,5 %
<i>Lannoy (59)</i>	22	0,9 %	17	77,3 %	3	13,6 %	2	9,1 %
<i>Lilles (59)</i>	10	0,4 %	9	90,0 %	1	10,0 %	0	0 %
<i>Limoges - Carnot (87)</i>	28	1,1 %	17	60,7 %	5	17,9 %	6	21,4 %
<i>Limoges - Grand Théâtre (87)</i>	22	0,9 %	11	50,0 %	8	36,4 %	3	13,6 %
<i>Lons le saunier (39)</i>	47	1,8 %	34	72,3 %	10	21,3 %	3	6,4 %
<i>Lorient (56)</i>	19	0,7 %	18	94,7 %	1	5,3 %	0	0 %
<i>Maubeuge (59)</i>	122	4,8 %	88	72,1 %	22	18,0 %	12	9,8 %
<i>Notteville lès Rouen (76)</i>	73	2,9 %	43	58,9 %	16	21,9 %	14	19,2 %
<i>Cherbourg (50)</i>	139	5,5 %	83	59,7 %	29	20,9 %	27	19,4 %
<i>Canteleu (76)</i>	67	2,6 %	57	85,1 %	5	7,5 %	5	7,5 %
<i>Oissel (76)</i>	71	2,8 %	45	63,4 %	12	16,9 %	14	19,7 %
<i>Maromme (76)</i>	77	3,0 %	63	81,8 %	12	15,6 %	2	2,6 %
<i>Rouen (76)</i>	43	1,7 %	12	27,9 %	24	55,8 %	7	16,3 %
<i>Le Havre (76)</i>	116	4,6 %	104	89,7 %	8	6,9 %	4	3,4 %

<i>Elbeuf (76)</i>	31	1,2 %	10	32,3 %	11	35,5 %	10	32,3 %
<i>Neuville lès Dieppe (76)</i>	141	5,5 %	97	68,8 %	31	22,0 %	13	9,2 %
<i>St Etienne du Rouvray (76)</i>	218	8,6 %	105	48,2 %	61	28,0 %	52	23,9 %
<i>Grand Couronne (76)</i>	219	8,6 %	123	56,2 %	59	26,9 %	37	16,9 %
<i>Millau (12)</i>	13	0,5 %	9	69,2 %	1	7,7 %	3	23,1 %
<i>Nice (6)</i>	17	0,7 %	14	82,4 %	1	5,9 %	2	11,8 %
<i>Reims (51)</i>	17	0,7 %	9	52,9 %	7	41,2 %	1	5,9 %
<i>Roanne (42)</i>	7	0,3 %	5	71,4 %	2	28,6 %	0	0 %
<i>Romilly sur Seine (10)</i>	17	0,7 %	10	58,8 %	6	35,3 %	1	5,9 %
<i>Roubaix (59)</i>	42	1,7 %	29	69 %	7	16,7 %	6	14,3 %
<i>Saint Chamond (42)</i>	82	3,2 %	54	65,9 %	18	22,0 %	10	12,2 %
<i>Sainte Savine (10)</i>	74	2,9 %	35	47,3 %	24	32,4 %	15	20,3 %
<i>Saint Claude (39)</i>	8	0,3 %	5	62,5 %	1	12,5 %	2	25,0 %
<i>St Etienne (42)</i>	119	4,7 %	92	77,3 %	19	16,0 %	8	6,7 %

<i>Tours Centre (37)</i>	11	0,4 %	5	45,5 %	4	36,4 %	2	18,2 %
<i>Tours Nord (37)</i>	35	1,4 %	18	51,4 %	8	22,9 %	9	25,7 %
<i>Troyes (10)</i>	41	1,6 %	27	65,9 %	8	19,5 %	6	14,6 %
<u>TOTAL</u> : 41 pharmacies	2541	100 %	1674	65,9 %	531	20,9 %	336	13,2 %

Avec 41 pharmacies qui ont participé à la réalisation du dépistage du diabète, nous obtenons 2541 résultats au niveau national sur l'année 2014, ce qui représente un échantillon assez important, légèrement inférieur à l'année 2013. Cela peut s'expliquer par un ciblage des patients de manière plus précise ou un investissement des équipes légèrement moindre que l'année précédente.

Comme pour les résultats de 2013, nous faisons une analyse globale et non régionale. Nous remarquons que 13,2% des personnes dépistées ont obtenu un résultat de glycémie supérieur à 1,26 g/L, résultat quasiment identique en 2013. Ces valeurs sont à prendre en considération dans la mesure où cela représente un nombre important de personnes.

De même, près de 21% de personnes en situation de « pré-diabète ».

Ce qui nous fait un total de 33,1% de personnes qui doivent être prises en charge en termes de prévention d'apparition d'un diabète de type 2, soit presque 1/3 des personnes, ce qui est très élevé. Nous retrouvons quasiment sur les mêmes chiffres que 2013, ce qui est plutôt rassurant sur la cohérence de ces derniers.

Ces personnes ne sont pas toutes atteintes de diabète à l'heure actuelle, cependant la prévention doit être la plus précoce possible pour justement éviter une évolution vers un diabète de type 2.

Après avoir vérifié les résultats obtenus supérieurs à 1,26 g/L, c'est à dire vérifier qu'il n'était pas déjà diabétique par exemple ou être bien à jeun, nous obtenons 4,2% de personnes dépistées en situation de diabète. Un pourcentage qui reste faible mais qui représente un certain nombre de personnes qui vont pouvoir être suivies, être prises en charge afin de limiter l'apparition des complications liées au diabète de type 2 que nous développerons dans une partie ultérieure.

6.4.3. Année 2015

6.4.3.1. En Normandie

Le tableau ci-dessous représente les dépistages réalisés au sein des pharmacies mutualistes de Normandie en 2015. Comme précédemment, nous retrouvons le nombre total de dépistages réalisés par pharmacie ainsi que les dépistages avec des résultats inférieurs à 1,10 g/L ; compris entre 1,10 et 1,26 g/L et supérieurs à 1,26 g/L. Nous retrouvons également les résultats sous forme de pourcentages, qui sont souvent plus éloquentes. Presque 40% des personnes dépistées ont eu un résultat supérieur à 1,10 g/L, ce qui signifie 40% de personnes à conseiller, à informer et à sensibiliser à propos du diabète de type 2.

Dans la dernière colonne du tableau, nous retrouvons également le nombre de résultats strictement supérieurs à 1,26 g/L dont nous sommes sûrs que les personnes ne sont pas connues diabétiques et sont réellement à jeun ; ce qui nous permet d'avoir un résultat significatif.

Tableau 8 : Tableau représentant les résultats et les pourcentages de la répartition des différents résultats obtenus dans chaque pharmacie mutualiste de Normandie en 2015

Pharmacies	Nombre total de dépistages		Résultats < 1,10 g/L		Résultats compris entre 1,10 et 1,26 g/L		Résultats > 1,26 g/L		Résultats > 1,26 g/L, et personnes non diabétiques et à jeun (>2h)	
	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages
Canteleu (76)	62	6,2 %	36	58,1 %	14	22,6 %	12	19,3 %	2	3,2 %
Cherbourg (50)	178	17,8 %	87	48,9 %	57	32 %	34	19,1 %	17	9,5 %
Elbeuf (76)	17	1,7 %	12	70,6 %	5	29,4 %	0	0 %	0	0 %
Grand Couronne (76)	158	15,8 %	99	62,7 %	34	21,5 %	25	15,8 %	6	3,8 %
Le Havre (76)	133	13,3 %	116	87,2 %	6	4,5 %	11	8,3 %	1	0,8 %
Maromme (76)	50	4,9 %	36	72 %	7	14 %	7	14 %	5	10 %
Neuville lès Dieppe (76)	171	17,0 %	105	61,4 %	38	22,2 %	28	16,4 %	9	5,3 %
Oissel (76)	92	9,2 %	58	63 %	18	19,6 %	16	17,4 %	4	4,4 %
Rouen (76)	31	3,1 %	19	61,3 %	4	12,9 %	8	25,8 %	1	3,2 %
Sotteville Lès Rouen (76)	56	5,6 %	39	69,7 %	10	17,8 %	7	12,5 %	3	5,4 %
St Etienne du Rouvray (76)	54	5,4 %	16	29,7 %	22	40,7 %	16	29,6 %	6	11,1 %
TOTAUX	1002	100 %	623	62,2 %	215	21,4 %	164	16,4 %	54	5,4 %

Le tableau ci-dessus représente les résultats obtenus par les différentes pharmacies mutualistes de Normandie en 2015.

Nous pouvons observer un nombre total de dépistages satisfaisant, puisque nous en avons 1002 au total en Normandie. Sur ces 1002 personnes, 54 ont obtenu un résultat supérieur à 1,26 g/L, soit 5,4 % des personnes, ce qui n'est pas négligeable.

De plus, 215 personnes, soit 21,4 %, ont obtenu un résultat compris entre 1,10 et 1,26 g/L. Ce sont donc des personnes pour qui les conseils seront utiles et ne seront pas à négliger. Il faudra bien faire comprendre aux patients l'intérêt de ces derniers.

6.4.3.2. Au niveau des autres Régions

Nous allons maintenant analyser les résultats obtenus dans les pharmacies mutualistes en 2015 mais dans les régions autres que la Normandie afin d'obtenir des conclusions significatives sur l'ensemble du territoire. De plus, avec les éléments de 2013 et 2014, nous pourrons avoir également des éléments de comparaison et ainsi voir l'évolution sur ces 3 années.

Les tableaux ci-après permettent de présenter les résultats obtenus région par région.

Tableau 9 : Tableaux représentant les résultats et les pourcentages de glycémies capillaires obtenues au sein des différentes pharmacies en fonction de chaque région en 2015

Région Auvergne :

Pharmacies	Nombre total de dépistages		Résultats < 1,10 g/L		Résultats compris entre 1,10 et 1,26 g/L		Résultats > 1,26 g/L		Résultats > 1,26 g/L et personnes non diabétiques et à jeun	
	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages
Clermont-Ferrand (63)	9	27,3 %	8	88,9 %	1	11,1 %	0	0 %	0	0 %
Thiers (63)	24	72,7 %	20	83,3 %	4	16,7 %	0	0 %	0	0 %
TOTAL	33	100%	28	84,8 %	5	15,2 %	0	0 %	0	0 %

Région Champagne-Ardenne :

Pharmacies	Nombre total de dépistages		Résultats < 1,10 g/L		Résultats compris entre 1,10 et 1,26 g/L		Résultats > 1,26 g/L		Résultats > 1,26 g/L et personnes non diabétiques et à jeun	
	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages
Romilly sur Seine (10)	26	17,9 %	7	26,9 %	10	38,5 %	9	34,6 %	4	15,4 %
Troyes (10)	65	44,8 %	34	52,3 %	20	30,8 %	11	16,9 %	5	7,7 %
Sainte Savine (10)	54	37,3 %	26	48,1 %	18	33,3 %	10	18,6 %	6	11,1 %
TOTAL	145	100 %	67	46,2 %	48	33,1 %	30	20,7 %	15	10,3 %

Région Rhône-Alpes :

Pharmacies	Nombre total de dépistages		Résultats < 1,10 g/L		Résultats compris entre 1,10 et 1,26 g/L		Résultats > 1,26 g/L		Résultats > 1,26 g/L et personnes non diabétiques et à jeun	
	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages
St Etienne (42)	20	5,7 %	7	35 %	3	15 %	10	50 %	4	20 %
Saint Chamond (42)	200	57,1 %	84	42 %	61	30,5 %	55	27,5 %	35	17,5 %
Charlieu (42)	13	3,7 %	6	46,1 %	4	30,8 %	3	23,1 %	2	15,4 %
St étienne (42)	40	11,5%	26	65 %	10	25 %	4	10 %	3	7,5 %
Firmini (42)	74	21,2 %	42	56,8 %	20	27 %	12	16,2 %	9	12,2 %
Roanne (42)	3	0,8 %	0	0 %	2	66,7 %	1	33,3 %	1	33,3 %
TOTAL	350	100 %	165	47,1 %	100	28,6 %	85	24,3 %	54	15,4 %

Région Aquitaine :

Pharmacies	Nombre total de dépistages		Résultats < 1,10 g/L		Résultats compris entre 1,10 et 1,26 g/L		Résultats > 1,26 g/L		Résultats > 1,26 g/L et personnes non diabétiques et à jeun	
	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	pourcentages
Bordeaux – Gallieni (33)	18	14,2 %	13	72,2 %	3	16,7 %	2	11,1 %	0	0 %
Fumel (47)	109	85,8 %	52	47,7 %	26	23,8 %	31	28,5 %	14	12,8 %
TOTAL	127	100 %	65	51,2 %	29	22,8 %	33	26 %	14	11,2 %

Région Limousin :

Pharmacies	Nombre total de dépistages		Résultats < 1,10 g/L		Résultats compris entre 1,10 et 1,26 g/L		Résultats > 1,26 g/L		Résultats > 1,26 g/L et personnes non diabétiques et à jeun	
	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages
Limoges – Carnot (87)	10	100 %	8	80 %	0	0 %	2	20 %	2	20 %
TOTAL	10	100 %	8	80 %	0	0 %	2	20 %	2	20 %

Région Centre :

Pharmacies	Nombre total de dépistages		Résultats < 1,10 g/L		Résultats compris entre 1,10 et 1,26 g/L		Résultats > 1,26 g/L		Résultats > 1,26 g/L et personnes non diabétiques et à jeun	
	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages
Tours (37)	5	45,5 %	1	20 %	2	40 %	2	40 %	1	20 %
Joue les Tours (37)	6	54,5 %	2	33,3 %	0	0 %	4	66,7 %	2	33,3 %
TOTAL	11	100 %	3		2	18,2 %	6	54,5 %	3	27,3 %

Région Nord-Pas de Calais :

Pharmacies	Nombre total de dépistages		Résultats < 1,10 g/L		Résultats compris entre 1,10 et 1,26 g/L		Résultats > 1,26 g/L		Résultats > 1,26 g/L et personnes non diabétiques et à jeun	
	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages
Calais (62)	15	14 %	13	86,7 %	0	0 %	2	13,3 %	1	6,7%
Roubaix (59)	18	16,8 %	7	38,9 %	7	38,9 %	4	22,2 %	3	16,7 %
Maubeuge (59)	74	69,2 %	49	66,2 %	8	10,8 %	17	23 %	3	4,1 %
TOTAL	107	100 %	69	100 %	15	14 %	23	21,5 %	7	6,5 %

Région Provence – Alpes Côte d’Azur :

Pharmacies	Nombre total de dépistages		Résultats < 1,10 g/L		Résultats compris entre 1,10 et 1,26 g/L		Résultats > 1,26 g/L		Résultats > 1,26 g/L et personnes non diabétiques et à jeun	
	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	pourcentages
Nice (6)	10	100 %	8	80 %	0	0 %	2	20 %	0	0 %
TOTAL	10	100 %	8	80 %	0	0 %	2	20 %	0	0 %

Région Picardie :

Pharmacies	Nombre total de dépistages		Résultats < 1,10 g/L		Résultats compris entre 1,10 et 1,26 g/L		Résultats > 1,26 g/L		Résultats > 1,26 g/L et personnes non diabétiques et à jeun	
	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages
Thourotte (60)	7	100 %	4	57,1 %	1	14,3 %	2	28,6 %	2	28,6 %
TOTAL	7	100 %	4	57,1 %	1	14,3 %	2	28,6 %	2	28,6 %

Région Franche-Comté :

Pharmacies	Nombre total de dépistages		Résultats < 1,10 g/L		Résultats compris entre 1,10 et 1,26 g/L		Résultats > 1,26 g/L		Résultats > 1,26 g/L et personnes non diabétiques et à jeun	
	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages
Lons le Saunier (39)	61	88,4 %	43	70,5 %	8	13,1 %	10	16,4 %	5	8,2 %
Saint Claude (39)	8	11,6 %	6	75 %	1	12,5 %	1	12,5 %	0	0 %
TOTAL	69	100 %	49	71 %	9	13 %	11	16 %	5	7,2 %

Région Pays de la Loire :

Pharmacies	Nombre total de dépistages		Résultats < 1,10 g/L		Résultats compris entre 1,10 et 1,26 g/L		Résultats > 1,26 g/L		Résultats > 1,26 g/L et personnes non diabétiques et à jeun	
	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages
Cholet (49)	103	100 %	48	46,6 %	26	25,2 %	29	28,2 %	15	14,6 %
TOTAL	103	100 %	48	46,6 %	26	25,2 %	29	28,2 %	15	14,6 %

6.4.3.3. Au niveau National

Pour résumer, les résultats obtenus dans les pharmacies mutualistes en 2015, voici ci-dessous un tableau synthétique.

Tableau 10 : Synthèse des dépistages de diabète dans les pharmacies mutualistes au niveau national en 2015

35 Pharmacies	Nombre total de dépistages	Résultats < 1,10 g/L	Résultats compris entre 1,10 et 1,26 g/L	Résultats > 1,26 g/L	Résultats > 1,26 g/L et personnes non connues diabétiques et à jeun
TOTAL	1974	1137	450	387	171
%	100%	57,6%	22,8%	19,6%	8,7%

Ce tableau nous permet de réaliser que 8,7% des personnes dépistées ont un résultat supérieur à 1,26 g/L et seront potentiellement, avec confirmation des résultats d'analyse biologique, des personnes diagnostiquées diabétiques. Nous pouvons constater que c'est un résultat qui est encore significatif.

Dans la figure suivante, nous pouvons nous rendre compte de la part que représentent les résultats initiaux supérieurs 1,26 g/L, soit environ 20%.

De plus, le diagramme permet d'illustrer également les résultats compris entre 1,10 et 1,26 g/L, résultats qui ne sont pas « normaux » et qui méritent qu'on s'y attarde dans la mesure où nous pouvons conseiller de nombreuses règles hygiéno-diététiques dont nous verrons le détail dans notre troisième partie.

Enfin, nous constaterons que les résultats « normaux », c'est à dire inférieurs à 1,10 g/L représentent 57 %. Certes, il s'agit de la majorité cependant cela représente un pourcentage légèrement au dessus de la moitié, ce qui laisse un nombre important de personnes à prendre en charge, à conseiller.

**Répartition en fonction des résultats des
glycémies capillaires obtenues lors des tests de
dépistage du diabète**

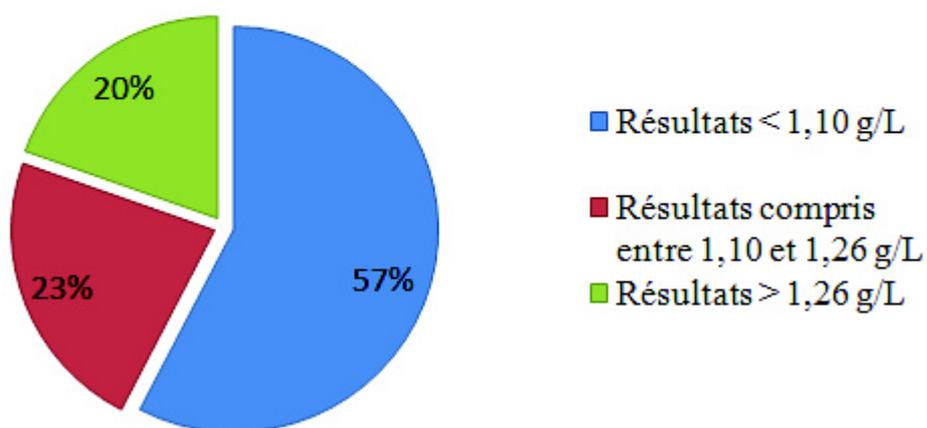


Figure 7 : Diagramme représentant la répartition des résultats obtenus lors des tests du dépistage du diabète en 2015

Ce diagramme permet vraiment de se rendre compte du nombre de personnes qu'il va être important de prendre en charge, c'est à dire être à l'écoute, informer, et conseiller.

Ce sont des personnes qui, jusqu'à présent n'ont aucun symptôme et pour lesquelles il va être difficile de comprendre qu'il peut s'avérer nécessaire de changer d'habitudes alimentaires par exemple.

Ici, 43% des personnes dépistées, soit 1 personne sur 2,3 ; ont obtenu un résultat supérieur à la « norme » qui est de 1,10 g/L ; ce qui représente une part relativement importante.

C'est justement sur ce nombre de personnes que les conseils du pharmacien vont être précieux dans la mesure où cela va permettre de retarder l'apparition, soit d'un diabète de type 2, soit de complications liées à celui-ci.

Dans le diagramme suivant, nous allons retrouver le détail des résultats obtenus supérieurs à 1,26 g/L (soit 20% du total des résultats).

Identification du nombre de personnes dont la glycémie est strictement > 1.26 g/L parmi les 20% relevés

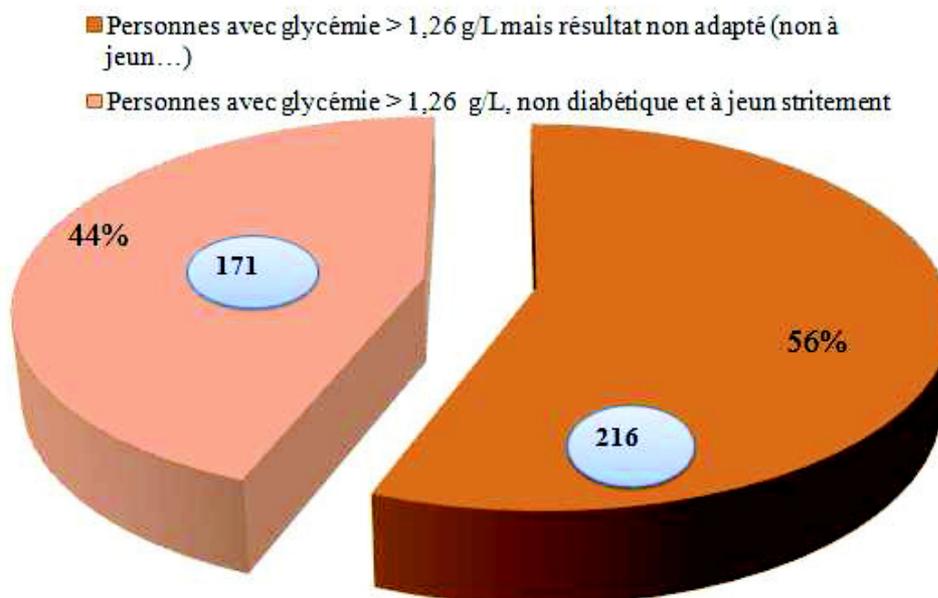


Figure 8 : Diagramme représentant le pourcentage de personnes dont le résultat supérieur à 1,26 g/L est certain, parmi les 20 % relevés initialement

Nous pouvons constater que parmi les 20%, nous avons 56% des personnes dont le résultat ne correspond pas à ce que nous cherchons à démontrer.

D'une part, dans ces 56%, il y a des personnes qui sont déjà connues comme diabétiques. Dans ce cas, le résultat supérieur à 1,26 g/L est plus « logique » puisque la personne sait qu'elle est diabétique. Cependant, le résultat obtenu n'est pas normal et il faut tout de même en discuter avec elle pour savoir pourquoi. Il peut être nécessaire de revoir les règles hygiéno-diététiques, savoir si elles sont bien respectées, si le traitement mis en place est suffisant et si le patient est observant. De nombreuses questions à se poser pour ne pas laisser le patient avec ses interrogations ; puisque s'il est venu, c'est certainement qu'il a besoin d'en discuter aussi, peut-être que son diabète n'est pas équilibré et qu'il ne comprend pas pourquoi.

Le pharmacien doit être présent, orienter si besoin vers le médecin traitant, une diététicienne, ou encore une association de patients diabétiques par exemple pour pouvoir partager ses questions, ses doutes, ses expériences.

Le diabète est certes, présent, mais ces précieux conseils vont permettre d'équilibrer la glycémie, ce qui permet à long terme de retarder l'apparition des complications liées au diabète de type 2.

D'autre part, parmi ces 56%, nous allons retrouver des personnes qui ne seront pas à jeun et pour lesquelles le résultat sera faussé. Nous considérons qu'une personne est à jeun dans la mesure où cela fait deux heures ou plus qu'elle n'a pas mangé. En dessous de ces deux heures, nous ne pouvons pas considérer la personne à jeun, ce qui peut expliquer des résultats de glycémie capillaire élevés. Dans ce cas, l'idéal est de faire un contrôle ultérieur de la glycémie avec l'accord du patient. Le plus simple est de donner un rendez-vous pour qu'il puisse revenir à jeun et ainsi avoir un résultat de glycémie que nous pouvons interpréter.

Enfin, nous pouvons constater que parmi ces 20% de résultats supérieurs à 1,26 g/L, nous avons 44% des patients qui ne sont pas diabétiques, qui sont réellement à jeun et qui pourtant obtiennent un résultat de glycémie supérieur à 1,26 g/L, soit 8,7% des personnes dépistées. Nous remarquons une augmentation notable en 2015, puisque nous avons respectivement, 3,2% et 4,2% en 2013 et 2014, soit deux fois plus en 2015 qu'en 2014. Il s'agit peut être d'un meilleur recrutement des personnes à dépister comme nous l'avons suggéré précédemment ou alors une meilleure sensibilisation de la population par rapport au diabète qui incite davantage les personnes à s'informer et à se faire dépister.

Ce dépistage se révélera d'autant plus utile pour ces patients dans la mesure où ils n'ont pas encore de symptômes et ils pourront bénéficier d'une prise en charge précoce du diabète de type 2.

Dans la figure suivante, nous pourrons observer la répartition des résultats obtenus supérieurs à 1,26 g/L dans les différentes régions de France.

Toutes les régions ne sont pas concernées puisque toutes n'ont pas participé à la réalisation des dépistages de diabète de type 2. Cependant, nous pouvons remarquer que nous avons des résultats sur l'ensemble du territoire quasiment, ce qui nous permet d'avoir des résultats assez cohérents et représentatifs de toute la France.

Résultats Régionaux de Dépistages de Diabète de Type 2 supérieurs à 1,26g/L

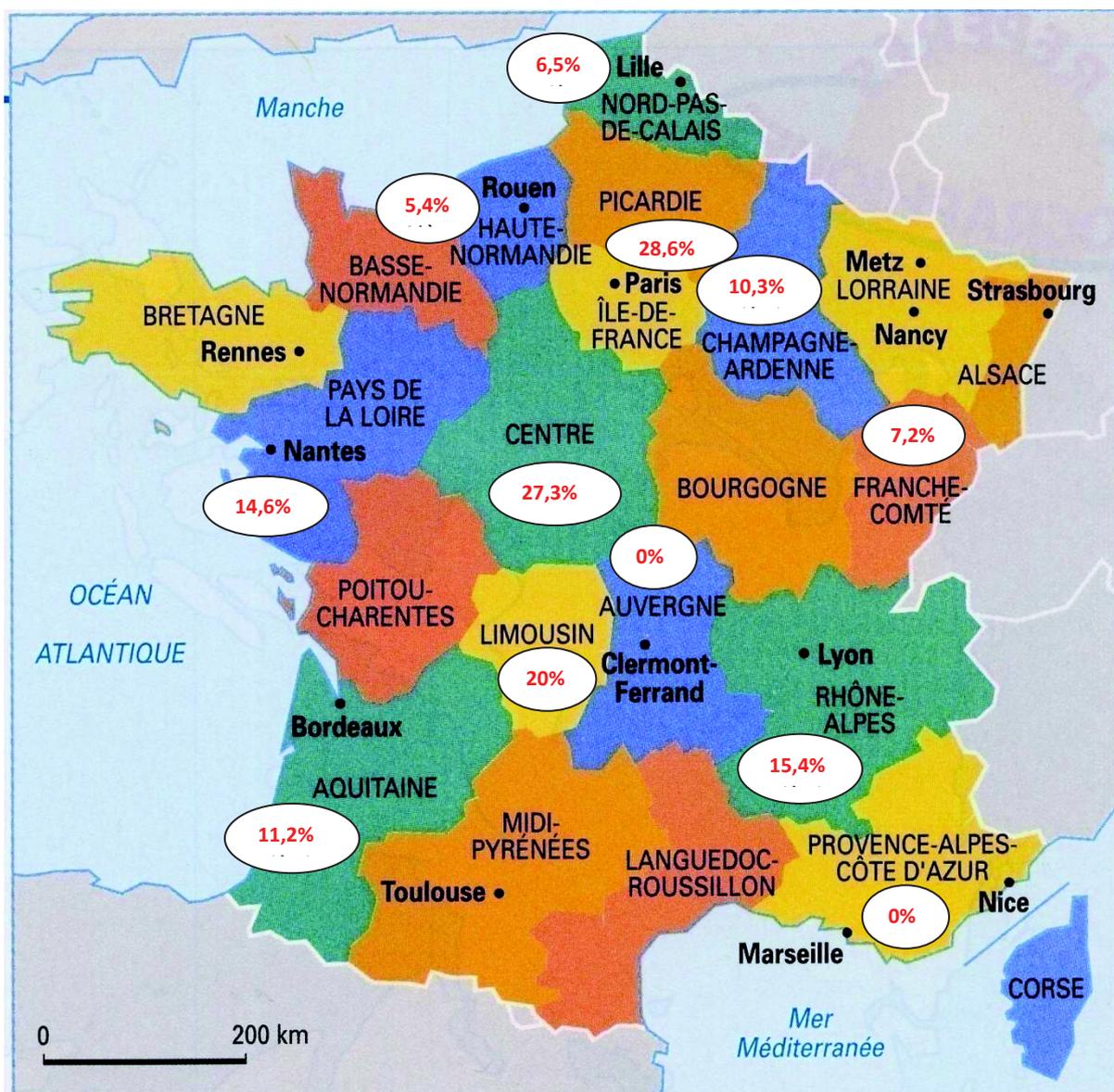


Figure 9 : Répartition des résultats obtenus supérieurs à 1,26 g/L en fonction des différentes régions en France

Comme nous l'avons indiqué précédemment et comme nous pouvons le constater, les résultats obtenus ne sont pas représentatifs des régions les unes par rapport aux autres.

En effet cela dépend du nombre total de dépistages réalisés. Plus ce nombre est petit, plus le résultat obtenu est faussé. En revanche, plus ce nombre est grand, plus il va être significatif.

Il serait intéressant dans une autre campagne à plus grande échelle et avec encore plus de résultats, d'analyser si certaines régions sont plus touchées que d'autres et essayer d'analyser les causes (mode de vie rural, citadin, habitudes alimentaires, etc.).

Au total, 35 pharmacies au niveau national, réparties sur plusieurs régions, ont participé à la réalisation du dépistage du diabète.

La Région Normandie représentée par 11 pharmacies, réalise 51% des dépistages effectués.

Pour que ces résultats soient plus représentatifs, nous avons donc également pris en compte les résultats au niveau national.

Dans ces tableaux de synthèse, nous retrouvons le nombre total de dépistages réalisés par ville ; ainsi que le nombre de résultats, pour chaque ville :

 < 1,10 g/L

 Entre 1,10 et 1,26 g/L

 > 1,26 g/L

Et pour finir dans la dernière colonne qui sera pour nous la plus intéressante à étudier, nous retrouvons les résultats strictement supérieurs à 1,26 g/L, après une vérification certaine que la personne ne soit pas diabétique et que cette dernière soit véritablement à jeun. Ce sont ces personnes pour lesquelles l'intérêt du dépistage est le plus important et pour lesquelles une prise en charge précoce ne peut être que bénéfique.

Le bilan de cette étude est révélateur mais c'est notamment l'analyse de l'ensemble des résultats qui est intéressante puisque l'analyse au cas par cas ne permet pas toujours d'être réaliste.

Nous allons maintenant reprendre les résultats de cette dernière colonne plus en détails dans les tableaux précédemment, nous pouvons voir qu'en Normandie par exemple, les résultats varient de 0 à 11,1%.

Il est évident que le « 0% » de résultats supérieurs à 1,26 g/L, qui correspond à la pharmacie d'Elbeuf sera à prendre en compte de façon relative puisque le nombre total de dépistages réalisés dans cette officine n'est que de 17, ce qui n'est pas assez pour en tirer une conclusion.

En revanche, si nous prenons par exemple la pharmacie de Cherbourg avec un résultat de 9,5% pour le pourcentage de résultats supérieurs à 1,26 g/L, il est évident que ce résultat sera plus exploitable puisque nous avons un nombre total de dépistages réalisés plus important (178) et plus le nombre de dépistages est important, plus les résultats seront statistiquement significatifs.

Il faut vraiment tenir compte de cette dernière colonne du tableau mais aussi du nombre de dépistages réalisés au sein de la pharmacie et savoir exploiter les résultats de telle sorte à ce que la réalité ne soit pas erronée.

En effet, pour la Pharmacie de St Etienne du Rouvray par exemple, le résultat est de 11,1%, soit le meilleur résultat de Normandie. Cependant, si nous prenons le nombre total de dépistages, nous n'en avons que 54. Autrement dit, ce score obtenu sera moins représentatif que la pharmacie de Cherbourg qui certes, a obtenu un peu moins, soit 9,5% mais sur un nombre total de dépistages trois fois et demi plus important, ce qui va permettre une extrapolation du résultat plus cohérente.

Nous venons d'analyser les résultats obtenus en Normandie, mais il en va de même pour les autres régions, où les résultats vont de 0 à 33,3%.

Nous pouvons ainsi démontrer la même chose.

Prenons par exemple les pharmacies de Nice (06) ou encore Saint Claude (39), les résultats obtenus sont de 0% mais cela n'a aucune valeur représentative puisqu'il y a un nombre insuffisant de dépistages réalisés ce qui rend les chiffres obtenus inexploitable et inintéressants.

De même, pour Tours (37) ou Roanne (42) avec respectivement, 20 et 33,3% ; ces résultats ne sont pas à prendre en compte puisque nous avons, respectivement, seulement 5 et 3, dépistages réalisés au sein de ces pharmacies donc ce n'est pas du tout représentatif.

En revanche, certaines villes comme Saint Chamond (42), avec un nombre total de dépistages qui s'élève à 200 et un résultat de 17,5% ; permettent d'obtenir des résultats plus significatifs.

C'est pourquoi, il n'y aurait pas d'intérêt à conclure sur chaque ville. La richesse des chiffres obtenus repose sur la multitude des résultats et plus il y en a, plus c'est intéressant à étudier et plus cela est représentatif.

Avec 35 pharmacies qui ont participé à la réalisation du dépistage du diabète, nous obtenons 1974 résultats au niveau National sur l'année 2015, ce qui représente un échantillon assez important, mais légèrement inférieur aux années précédentes.

Nous remarquons que 19,6% des personnes dépistées ont obtenu un résultat de glycémie supérieur à 1,26 g/L, ce qui est nettement plus qu'en 2013 et 2014 avec respectivement, 13,4% et 13,2%.

De même, près de 23% de personnes sont en situation de « pré-diabète ».

Ce qui nous fait un total de 42,6% de personnes qui doivent être prises en charge en termes de prévention d'apparition d'un diabète de type 2. Ce nombre est assez alarmant puisque cela représente quatre personnes sur dix, ce qui est très élevé. Il s'agit clairement d'une nette augmentation des résultats par rapport à 2013 et 2014, où nous avons respectivement 32,9 % et 34,1 %.

Ces personnes ne sont pas toutes atteintes de diabète à l'heure actuelle, cependant la prévention doit être la plus précoce possible pour justement éviter une évolution vers un diabète.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, cela peut être pour eux un signal d'alarme également, une prise de conscience, et il va être important de leur faire comprendre qu'il faut essayer de modifier leurs habitudes, pour retarder l'apparition de pathologies chroniques.

Après avoir vérifié les résultats obtenus supérieurs à 1,26 g/L, c'est-à-dire s'assurer qu'il n'était pas déjà diabétique par exemple ou être bien à jeun, nous obtenons 8,7% de personnes dépistées diabétiques. Cela prouve bien que les dépistages à l'officine ne sont pas inutiles, bien au contraire.

Cela permet de dépister des personnes qui n'y pensaient pas forcément jusqu'à présent, qui n'avaient pas spécialement entendu parler du diabète et pour lesquelles il paraissait absurde d'y penser.

Cependant, c'est bien à l'officine où nous connaissons les patients, leurs traitements, mais aussi leurs proches et pour certains, leur vie au fil du temps ; que nous pouvons réaliser ces dépistages pour que le plus grand nombre de personnes puisse être dépistées.

6.4.4. Situations de pré-diabète

6.4.4.1. Analyse

Nous nous préoccupons beaucoup des résultats de glycémies supérieurs à 1,26 g/L puisqu'ils décrivent le plus souvent un cas de diabète. Cependant il ne faut pas non plus négliger les résultats signalant un « pré-diabète », appelé aussi « hyperglycémie à jeun », puisque cela concerne des personnes qui pourront développer un diabète ultérieurement.

Les résultats recueillis par les pharmacies mutualistes nous ont permis d'établir un lien entre les différents facteurs de risque et une situation de « pré-diabète ».

Voici ci-dessous, un tableau reprenant les différents facteurs de risque et les proportions de personnes concernées.

Tableau 11 : Répartition des résultats et des pourcentages obtenus dans les pharmacies mutualistes, en fonction des facteurs de risque en 2015

Facteurs de risque	Résultats < 1,10 g/L		Résultats compris entre 1,10 et 1,26 g/L (pré-diabète)		Résultats > 1,26 g/L	
	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages	Nombres	Pourcentages
Sexe féminin	726	67,3 %	332	65,2 %	226	58,5 %
Sexe masculin	333	30,9 %	164	32,2 %	154	39,9 %
Antécédents de diabète gestationnel	63	8,7 %	33	9,9 %	27	11,9 %
Age > 50 ans	771	71,5 %	407	79,9 %	330	85,5 %
IMC > 25	469	43,5 %	281	55,2 %	227	58,8 %
Antécédents familiaux de diabète	303	28,1 %	181	35,6 %	156	40,4 %
Antécédents familiaux vasculaires	418	38,7 %	226	44,4 %	173	44,8 %
Hypertension	305	28,3 %	202	39,7 %	192	49,7 %
Hypercholestérolémie	279	25,9 %	168	33 %	140	36,3 %
Tabac	139	12,9 %	69	13,5 %	47	12,2 %
Sans activité physique	415	38,5 %	170	33,4 %	150	38,9 %

Avant d'analyser plus en détails, il convient de faire le point sur le « pré-diabète » ou appelé maintenant « hyperglycémie à jeun ».

6.4.4.2. Définitions

Le pré-diabète se définit par une glycémie à jeun comprise entre 1,10 g/L et 1,26 g/L.

Dépister les personnes au stade de pré-diabète permet de prévenir le passage du pré-diabète au diabète de type 2 et de mettre en œuvre précocement un contrôle régulier de la glycémie et une prévention des complications du diabète. (Haute Autorité de Santé, 2014)

En effet, les complications du diabète peuvent survenir dès le pré-diabète ; c'est pourquoi il est conseillé de surveiller sa glycémie deux fois par an environ.

Nous pouvons constater que les personnes en situation de « pré-diabète » représentent 22,3% des personnes dépistées, ce qui n'est donc pas négligeable. En effet, ce pourcentage révèle le nombre de personnes que nous allons pouvoir conseiller, informer et mettre en garde afin d'éviter ou de retarder l'apparition d'un diabète de type 2.

Il existe une prédisposition génétique au diabète de type 2. Selon l'INSERM (L'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale), l'analyse de vastes cohortes de patients a permis d'identifier des gènes associés à un risque accru de développer la maladie. La plupart d'entre eux sont impliqués dans le fonctionnement des cellules bêta pancréatiques. Mais ces gènes sont très hétérogènes, et aucun d'entre eux ne permet de prédire l'apparition de la maladie.

La composante génétique ne saurait donc expliquer à elle seule la survenue d'un diabète de type 2, ni l'augmentation spectaculaire de son incidence. L'apparition de la maladie semble davantage corrélée à l'âge et à l'interaction entre le génome et les conditions de vie. L'incidence de la maladie augmente avec l'âge du fait de l'usure des cellules et des organes. Par ailleurs, la sédentarité, l'hypercholestérolémie, le surpoids et l'obésité ou encore l'hypertension, augmentent le risque de développer la maladie, sans que les raisons soient clairement identifiées. Des mécanismes inflammatoires sont néanmoins montrés du doigt, en particulier en cas d'obésité.

6.4.4.3. Facteurs de risque identifiés

En reprenant les données recueillies, nous pouvons constater que les facteurs de risque cités précédemment sont nettement illustrés dans l'analyse effectuée.

En effet, si nous reprenons chaque facteur de risque de manière plus approfondie, nous pouvons alors démontrer leur « implication » dans l'apparition d'un diabète de type 2.

Le sexe féminin ou masculin n'est pas dans ce cas un bon critère puisqu'il y a de base, plus de femmes que d'hommes qui ont été dépistées (environ deux fois plus de femmes que d'hommes). Cependant, nous pouvons remarquer que pour les femmes, il y a un pourcentage plus élevé pour un résultat inférieur à 1,10 g/L (soit 67,3%) et moins élevé pour un résultat supérieur à 1,26 g/L (soit 58,5 %) ; alors que nous observons l'inverse pour les hommes avec 30,9 % qui ont un résultat inférieur à 1,10 g/L et 39,9% qui ont un résultat supérieur à 1,26 g/L. En résumé, proportionnellement, le sexe masculin serait légèrement plus à risque que le sexe féminin de développer un diabète de type 2 en présence d'autres facteurs de risque.

Le diabète gestationnel fait partie également des facteurs de risque puisqu'une femme qui a eu un diabète gestationnel a plus de risque de développer dans les 20 ans un diabète de type 2. Dans notre analyse, nous remarquons en effet un pourcentage plus élevé pour les personnes avec des résultats supérieurs à 1,26 g/L. Certes, ce n'est pas flagrant puisque nos pourcentages sont 8,7% ; 9,9% et 11,9% relativement aux résultats : inférieurs à 1,10 g/L ; entre 1,10 et 1,26 g/L ; supérieurs à 1,26 g/L ; mais ce n'est pas un facteur de risque qu'il faut négliger.

L'âge est un facteur de risque primordial, et nous pouvons le remarquer. En effet, plus la glycémie est élevée, plus le pourcentage de personnes avec un âge supérieur à 50 ans est important et de façon nette.

De même, parmi les facteurs de risque, nous retrouvons l'alimentation mal équilibrée ou encore la sédentarité, qui se traduisent le plus souvent par un surpoids, caractérisé par l'IMC (Indice de Masse Corporel). Dans notre tableau, nous pouvons notifier clairement que l'IMC est un facteur de risque non négligeable.

De plus, les antécédents familiaux de diabète et vasculaires sont des facteurs de risque identifiés. Dans notre analyse, les antécédents familiaux de diabète semblent être plus caractéristiques cependant les antécédents familiaux vasculaires ne doivent pas être ignorés.

Ensuite, l'hypertension et l'hypercholestérolémie sont nettement des facteurs de risque identifiés. Nous observons clairement, que plus la glycémie est élevée, plus le pourcentage de personnes avec de l'hypertension ou du cholestérol est important. Ces facteurs de risque sont donc bien démontrés ici.

Le tabac et l'absence d'activité physique sont des facteurs de risque identifiés, cependant ici ils ne sont pas clairement démontrés. Ce sont des facteurs de risque qui jouent un rôle dans l'apparition des complications du diabète de type 2, il ne faut donc pas négliger la prévention de ces derniers.

Avec cette analyse de données, nous pouvons constater de manière indéniable que des facteurs de risque sont identifiés et jouent un rôle important dans l'apparition du diabète de type 2. C'est pourquoi à cette étape, même si le diagnostic de diabète n'est pas posé et que le patient ne ressent aucun symptôme, il faut vraiment insister sur la prévention de ces facteurs de risque.

Il y a des facteurs de risque sur lesquels nous ne pouvons rien changer comme par exemple le sexe, l'âge, les antécédents familiaux de diabète et vasculaires. Ces facteurs ne peuvent être modifiés.

C'est pourquoi, en tenant compte de la présence de ces facteurs, l'objectif va être de limiter le nombre de facteurs de risque en intervenant sur ceux que nous pouvons prévenir. Cela concerne notamment le surpoids (et indirectement l'IMC), l'hypertension, l'hypercholestérolémie, le tabac ou encore le manque d'activité physique.

La prévention repose surtout sur une alimentation équilibrée dont nous verrons les détails dans notre troisième partie. Mais aussi une activité physique adaptée et régulière qui peut permettre de réduire le surpoids, et donc l'hypertension, l'hypercholestérolémie. Puis il sera important de souligner l'importance de l'arrêt du tabac. Pour cela, il ne faut pas hésiter à conseiller et accompagner le patient dans sa démarche.

En résumé, en analysant les données, nous retrouvons bien les facteurs de risque du diabète de type 2 définis par la Haute Autorité de Santé qui sont : (Haute Autorité de Santé, 2014)

- L'âge avancé
- L'IMC > 25 (surpoids, obésité)
- Antécédents familiaux de diabète et vasculaires
- Hypertension
- Hypercholestérolémie
- Antécédents personnels de diabète gestationnel

6.5. Limites

Les limites seront bien évidemment les mêmes que celles déjà citées précédemment.

En effet, d'une part, le contexte dans lequel est réalisé le dépistage avec toujours le doute de savoir si le patient est bien à jeun ou pas. L'idéal étant de le faire revenir à un moment où il sera bien à jeun pour confirmer le résultat obtenu. En rappelant que dans tous les cas, ne s'agissant que d'un dépistage, il faudra si besoin, orienter le patient vers son médecin pour avoir un diagnostic en laboratoire de biologie médicale.

D'autre part, les résultats obtenus dans ce cas, sont ceux des pharmacies mutualistes de Seine-Maritime, soit dix pharmacies sur le département, ce qui reste bien évidemment faible par rapport à l'ensemble des pharmacies du département, mais qui complète néanmoins les résultats que nous avons obtenus précédemment puisque le protocole reste le même. Nous avons également l'ensemble des résultats des pharmacies mutualistes au niveau national, mais cela ne représente qu'une cinquantaine de pharmacies en France, ce qui reste relativement peu par rapport au nombre de pharmacies total qui est de 22152 à l'heure actuelle (Ordre des Pharmaciens, 2016).

L'idéal serait que toutes les pharmacies se joignent au projet pour avoir un nombre de résultats conséquent et donc plus intéressant à traiter puisque cela reflèterait les résultats de l'ensemble du pays.

6.6. Discussion

Après avoir analysé les résultats obtenus sur 3 années consécutives 2013, 2014 et 2015, nous observons une cohérence dans nos conclusions.

En effet, nous pouvons remarquer qu'il n'est pas très intéressant de conclure au cas par cas, ville par ville, puisqu'il est évident que pour avoir des résultats significatifs, il en faut un maximum.

En regroupant l'ensemble des résultats, on arrive cependant à des chiffres relativement élevés : 8,7% en 2015 de résultats supérieurs à 1,26 g/L (vérifiés), ce qui est tout de même important.

Etant donné que nous n'avons pas le même nombre de dépistages réalisés au sein de chaque officine, au sein de chaque ville, il n'est donc pas possible de faire une comparaison des résultats de chaque région et donc de signaler si une région est plus touchée par exemple. Ce ne serait pas représentatif.

Cependant, pour certaines villes avec un nombre assez important de dépistages comme Saint Chamond (42) par exemple avec 200 dépistages réalisés, nous obtenons quand même 17,5% de personnes dépistées avec un résultat de glycémie capillaire supérieur à 1,26g/L, strictement à jeun et qui s'ignoraient diabétiques. Pour cette ville, nous pouvons remarquer que le résultat est plus significatif.

De même avec l'identification des facteurs de risque, il pourrait être intéressant, avec un nombre plus important de résultats, de corréliser par exemple une carte de France représentant le nombre de personnes diabétiques ou en « pré-diabète » avec une carte présentant l'incidence des différents facteurs de risques. En théorie, ces cartes devraient se superposer puisque l'accumulation de facteurs de risque implique une apparition prochaine ou déjà effective d'un diabète de type 2.

Les résultats obtenus ne sont pas faits en vain puisque cela a permis réellement de dépister des personnes diabétiques avant que des complications ne surviennent. Les intérêts sont à la fois pour les patients mais c'est aussi une mission de Santé Publique avec de l'information et de la prévention auprès de la population.

7. Bilan des études réalisées

Le tableau suivant représente une synthèse des résultats obtenus dans les différentes campagnes de dépistages analysées dans le cadre de cette thèse.

Nous retrouvons donc les résultats de l'étude du groupement G-pharm en 2015 en Seine-Maritime ; et également les résultats des Pharmacies Mutualistes au niveau National de 2013 à 2015. Cela nous permet d'avoir un recul sur les résultats obtenus et également de voir l'évolution des résultats recueillis.

Tableau 12 : Tableau de synthèse représentant les résultats obtenus des différentes études effectuées sur le dépistage du diabète de type 2

	Résultats < 1,10 g/L	Résultats compris entre 1,10 et 1,26 g/L	Résultats > 1,26 g/L	Résultats > 1,26 g/L (vérifiés)
Pharmacies Mutualistes 2013	67,1%	19,5%	13,4%	3,2%
Pharmacies Mutualistes 2014	65,9%	20,9%	13,2%	4,2%
Pharmacies Mutualistes 2015	57,6%	22,8%	19,6%	8,7%
Etude groupement G-Pharm 2015	75,9%	13,9%	10,2%	10,2%

A travers les différentes campagnes de dépistages réalisées, nous remarquons nettement une hausse des résultats supérieurs à 1,26 g/L obtenus. En effet, quasiment trois fois plus entre 2013 et 2015, ce qui représente une élévation importante. Cela peut s'expliquer de différentes façons. Tout d'abord, il est possible qu'il y ait une légère hausse des personnes diabétiques en France, ce qui peut être illustrée ici par une élévation des résultats obtenus. Cependant, il est possible également que les méthodes de recrutement des patients soient plus précises. Ensuite, il se peut qu'au fil des années, la population soit mieux sensibilisée et mieux informée sur le diabète ainsi que sur la prévention et son dépistage.

Il s'agit d'un ensemble de raisons qui amènent à des résultats en hausse, ce qui signifie que le dépistage du diabète de type 2 à l'officine s'avère être de plus en plus efficace et donc utile.

Il est évident que les résultats obtenus par le groupement G-Pharm que nous avons vu précédemment, sont moins significatifs, puisqu'il y a un nombre de dépistages réalisés au total qui est vingt fois moins important que dans les pharmacies mutualistes, qui sont aussi plus nombreuses à faire partie du projet.

Cependant, nous pouvons remarquer que les résultats des pharmacies Mutualistes de l'année 2015 se rapprochent fortement des 10% obtenus par le groupement G-pharm.

Pour conclure sur ces différentes analyses de résultats de dépistage du diabète de type 2, il s'agit d'un bilan plutôt positif pour plusieurs raisons.

En effet, un bilan positif à la fois pour les patients dépistés avec un résultat supérieur à 1,26 g/L. Ce sont eux qui vont bénéficier en premier de ces résultats, puisque cela va permettre une prise en charge rapide et efficace afin d'éviter l'apparition des complications du diabète de type 2.

Il s'agit également d'un bilan positif pour les personnes dépistées en situation de « pré-diabète », puisque ce sont des personnes que nous pouvons informer, conseiller, orienter vers divers professionnels de santé (diététicien, coach pour de l'activité physique, médecin traitant, etc.). Cela est d'autant plus important puisque ce sont potentiellement des personnes qui peuvent être diabétiques quelques années plus tard.

Enfin, il s'agit d'un bilan positif pour les pharmaciens. En effet, ces campagnes de dépistage de diabète de type 2 sont rendues possibles par la place que le pharmacien occupe auprès du patient en tant que professionnel de santé. En effet, comme nous allons le développer dans une partie ultérieure, l'officine présente de nombreux avantages à la réalisation de ces dépistages. Cela nécessite de consacrer du temps à leur réalisation, d'avoir le matériel et les locaux nécessaires mais cela est avant tout une nouvelle mission de Santé publique confiée aux pharmaciens. Elle s'inscrit dans l'évolution du métier et cela fait pleinement partie des nouvelles missions attribuées aux pharmaciens.

Pour finir, malgré les limites que nous pouvons retrouver dans ces études et l'implication des pharmaciens qui est encore à améliorer ; les bénéfices de ces dépistages du diabète de type 2 sont à prendre en compte et c'est pourquoi il serait judicieux de pouvoir appliquer ce protocole au niveau national et pourquoi pas dans la lancée des entretiens consacrés au diabète ?

8. Maison du Diabète et « DiabétoBus »

8.1. La Maison du Diabète

8.1.1. Présentation

La Maison du diabète et des maladies chroniques est un lieu de rencontre, d'information et d'écoute pour toutes les personnes atteintes de maladies chroniques ainsi que leur entourage.

Cette structure innovante est implantée en région Nord – Pas de Calais.

La Maison du diabète et des maladies chroniques est également une structure d'éducation thérapeutique autorisée par l'Agence Régionale de Santé conformément au décret du 2 août 2010.

8.1.2. Les missions

Les **missions** de la Maison du diabète et des maladies chroniques sont les suivantes :

- Accueillir, écouter et accompagner
- Mener des actions de prévention, de dépistage et d'information auprès du grand public et des salariés des entreprises sur les maladies cardiovasculaires : hypertension artérielle, cholestérol, infarctus, Accident Vasculaire Cérébral (AVC), hyperlipidémie, diabètes de types 1, 2 et gestationnel
- Sensibiliser les usagers aux comportements favorables à la santé
- Prendre en charge l'éducation globale du patient pour l'aider à mieux gérer sa maladie et éviter ainsi les complications
- Mettre en œuvre des programmes d'Education Thérapeutique du Patient
- Former et informer les professionnels de santé

Afin de compléter sa démarche éducative, la Maison du diabète et des maladies chroniques oriente les usagers et s'appuie sur les activités et le savoir-faire des structures locales : centres sociaux, associations sportives, association de patients, réseaux de santé existants, etc. (Maison du Diabète, 2015)

La Maison du diabète et des maladies chroniques propose des **ateliers collectifs** :

- ✓ Auto-surveillance glycémique et techniques d'injection
- ✓ Je prends soin de mes pieds
- ✓ Les sucres, où se trouvent-ils ?
- ✓ Lecture des étiquettes
- ✓ Les graisses, où se cachent-elles ?
- ✓ Repas exceptionnels
- ✓ Activité physique : quels bénéfices pour ma santé ?
- ✓ Qu'est-ce le diabète ?
- ✓ L'hypertension artérielle, contrôlons-là !
- ✓ Mieux comprendre mon traitement
- ✓ Automassage, stretching

Des cours de cuisine, animés par une diététicienne, « Secrets de Cuisine » sont également proposés pour allier plaisir et équilibre. (Maison du Diabète, 2015)

La Maison du diabète et des maladies chroniques mène des **actions de prévention et d'information auprès du grand public** : (Maison du Diabète, 2015)

- Information sur le diabète et les maladies cardiovasculaires
- Prévention des complications liées au diabète et aux maladies cardiovasculaires
- Conseils sur l'hygiène de vie et la diététique
- Sensibilisation aux comportements favorables à la santé
- Orientation vers les professionnels de santé locaux

La Maison du diabète et des maladies chroniques propose **diverses activités** :

- Entretiens individuels avec une infirmière ou une diététicienne
- Ateliers thématiques
- Marche

La Maison du diabète et des maladies chroniques participe également à de **nombreux événements** :

- Parcours du Cœur Lille, Arras
- Participation à des forums et salons à destination des seniors
- Intervention au sein de foyers d'accueil pour femmes en difficultés, maisons de quartier, centres de soins, établissements et services d'aide par le travail
- Intervention à la demande

8.1.3. L'équipe

L'équipe pluridisciplinaire de la Maison du diabète et des maladies chroniques est composée de :

-  Diététiciennes
-  Infirmières
-  Professeur d'Activités Physiques Adaptées

La Maison du diabète et des maladies chroniques est un service de Santély Association.

Comme nous l'avons dit précédemment, la Maison du diabète et des maladies chroniques est une structure d'éducation thérapeutique autorisée par l'ARS conformément au décret du 2 août 2010. (Maison du Diabète, 2015)

Son programme a pour objectif d'« aider les personnes diabétiques et/ou à risque cardio-vasculaire à gérer au mieux la maladie chronique afin de leur permettre d'éviter les complications »

L'objectif de la Maison du diabète et des maladies chroniques en matière d'ETP est donc d'améliorer, par une prise en charge globale, la qualité de vie :

- Des patients diabétiques avec ou sans risques cardiovasculaires et leur entourage
- Des patients à risques cardiovasculaires et leur entourage
- Des patients adultes en surcharge pondérale ou obèses, et leur entourage.

8.1.4. L'éducation thérapeutique du patient

La prise en charge du patient en éducation thérapeutique s'organise de la façon suivante :

8.1.4.1. Diagnostic éducatif partagé

Un premier entretien individuel avec un professionnel de santé permet d'appréhender les besoins et les projets du patient. Il permet également d'explorer les dimensions biomédicales, psychoaffectives, socioculturelles, socioprofessionnelles et cognitives de ce dernier.

À l'issue de cette rencontre, des objectifs à court et moyen terme sont fixés avec le patient pour convenir d'un parcours personnalisé par le biais d'ateliers collectifs et/ou individuels.

8.1.4.2. Séances éducatives collectives et/ou individuelles

Lors de ces séances éducatives de 2 heures, différentes thématiques comme la diététique, l'activité physique, etc. sont abordées.

Quelques exemples :

- Les graisses où se cachent-elles ?
- Zoom sur les sucres
- Cours cuisine plaisir santé
- Les différents traitements du diabète

8.1.4.3. Évaluation

À l'issue de ce parcours, un entretien bilan est réalisé. Il permet d'évaluer les acquis, les modifications de comportements et ainsi de fixer de nouveaux objectifs si besoin. À chaque étape, un courrier est envoyé au médecin traitant et/ou spécialiste.

8.1.5. Des actions de prévention, de formations et d'informations

8.1.5.1. Des salariés

Afin d'informer les salariés sur le diabète et les maladies chroniques, la Maison du diabète et des maladies chroniques intervient auprès des entreprises, tous secteurs confondus, et des associations en fonction de leurs besoins. Elle organise ainsi :

- Des entretiens individuels avec un infirmier et/ou un diététicien
- Des ateliers collectifs

8.1.5.2. Des professionnels de santé

La Maison du diabète et des maladies chroniques forme et informe les professionnels de santé :

- ❖ Infirmiers libéraux
- ❖ Élèves infirmiers
- ❖ Auxiliaires de vie sociale
- ❖ Pharmaciens
- ❖ Préparateurs en pharmacie
- ❖ Équipes paramédicales et sociales

8.2. Le « Diabétobus »

8.2.1. Présentation

Depuis sa création, la Maison du diabète et des maladies chroniques a la volonté d'aller à la rencontre de la population. Ainsi, après la création d'antennes fixes à Wattignies (59), Roubaix (59), Loos (59), Marcq-en-Barœul (59) ou encore Liévin (62), le concept d'antenne itinérante s'est imposé. (Maison du Diabète, 2015)



Figure 10 : « Diabétobus » (D'après la Maison du Diabète)

Le « Diabétobus » a donc vu le jour en septembre 2008 et sillonne depuis les routes de la région Nord - Pas de Calais pour sensibiliser le grand public, et plus particulièrement les personnes en situation précaire et/ou ayant un accès aux soins difficile, afin de les sensibiliser aux comportements favorables à la santé.

Une infirmière et une diététicienne sont à l'écoute des patients pour un dépistage de diabète, un accompagnement face à la maladie, des conseils diététiques, une orientation vers une structure locale, etc.

Le Diabétobus intervient gratuitement, en partenariat avec les collectivités, sur la région Nord – Pas-de-Calais.

8.2.2. Quelques chiffres

L'année **2014** en quelques chiffres :

- **18** villes desservies
- **2303** personnes rencontrées
- **1 961** dépistages
- **264** entretiens individuels

En **2015** :

- **18** villes desservies
- **2481** personnes rencontrées
- **2176** dépistages
- **241** entretiens individuels
- **64** contacts (demande d'informations)
- **87.5** jours au total

Entre 2014 et 2015, nous pouvons constater une légère hausse des personnes rencontrées.

En résumé, il s'agit d'une structure de prévention et d'éducation à la santé, la Maison du diabète et des maladies chroniques accueille et informe le grand public en région Nord – Pas-de-Calais.

La Maison du diabète et des maladies chroniques est à l'écoute du grand public et également des professionnels de santé puisque pour chaque personne rencontrée, un courrier d'information est adressé au médecin traitant.

8.2.3. Organisation

Le Diabétobus et plus largement la Maison du diabète représentent une structure assez innovante que l'on retrouve dans le Nord-Pas de Calais.

Au sein de cette structure, des équipes travaillent pour informer, orienter, aider des personnes pour lesquelles l'accès aux soins est difficile.

Dans ces équipes, on retrouve des infirmières, des diététiciennes, des personnes qui peuvent donner des conseils sur l'activité physique par exemple, des pharmaciens, des équipes paramédicales et sociales, etc.

De plus, cette structure bénéficie également de partenaires qui aident pour le financement comme par exemple l'Agence Régionale de Santé (ARS), le Conseil Régional, le Conseil Général et le Laboratoire MSD.

En ce qui concerne l'organisation, cela englobe l'information et la prévention de l'ensemble des maladies cardiovasculaires, ainsi qu'un dépistage du diabète et un suivi des patients.

« L'insertion » au sein de cette structure peut se faire de différentes manières et plusieurs cas de figure sont possibles.

Tout d'abord, certaines personnes peuvent tout simplement entendre parler du Diabétobus via les campagnes publicitaires (affiches, etc.) ou encore de la Maison du Diabète de par sa renommée ; et appellent pour se renseigner simplement. Des professionnels sont présents pour les recevoir, les informer, répondre à leurs questions. Dans ce cas, on parlera uniquement de contacts avec les patients, c'est-à-dire des demandes d'informations.

Le dépistage du diabète peut parfois être une accroche à la venue du patient mais un surpoids peut être aussi le motif de sa venue.

Ensuite, il peut y avoir des personnes qui vont aller spontanément à la Maison du Diabète ; où ils seront reçus et pris en charge. Cependant, il existe des personnes qui par manque de moyens (transports, financiers, d'informations, etc.) ne peuvent pas se déplacer ou se rendre dans ces structures, ou même parfois ne savent même pas que cela existe.

Pour toutes ces personnes, le Diabétobus a été créé. En effet, ce bus se déplace dans toute la région Nord – Pas de Calais, il sillonne de nombreuses villes (18 en 2014 et 18 en 2015). Un planning est organisé avec toutes les dates de rencontres et les horaires.

Ce bus permet de passer dans des villes où l'accès aux soins en général est difficile et cela permet alors à la population locale d'avoir des informations plus précises pour ceux qui le souhaitent et d'avoir des entretiens avec des professionnels de santé pour la prise en charge de leur santé.

D'autres personnes en revanche, seront envoyées à la Maison du Diabète par le biais de leur médecin traitant qui connaît la structure de réputation et qui a l'habitude de travailler avec cette dernière et d'y envoyer ses patients.

Une fois que la personne est entrée dans cette structure à la rencontre des professionnels, là aussi, plusieurs scénarios sont possibles.

Un premier entretien va se faire avec des questions générales, et des questions plus précises sur l'ensemble des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (diabète, cholestérol, hypertension, âge selon le sexe, antécédents personnels et familiaux, etc.).

Ce premier entretien consiste à réaliser un diagnostic éducatif avec des objectifs fixés à la fin de la séance, qui peuvent être une source de motivation pour le patient.

Durant cet entretien, il sera important de faire comprendre aux patients qu'ils sont acteurs de leur santé et qu'ils peuvent changer un certain nombre de choses.

Selon les réponses obtenues, un dépistage du diabète de type 2 est possible. Là encore, ce n'est qu'une orientation et non un diagnostic. En effet, ce n'est pas parce que le résultat est négatif que l'on peut dire à la personne que tout va bien et qu'il peut continuer ainsi. Il faut bien faire comprendre que le résultat du dépistage peut être négatif aujourd'hui (c'est à dire inférieur à 1,26g/L) mais que malgré tout, il faut rester vigilant, puisque la personne présente plusieurs facteurs de risque par exemple et qu'il conviendrait de changer quelques habitudes alimentaires ou faire un peu d'activité physique par exemple. Dans l'idéal, il faut une prise en charge par une diététicienne par exemple et organiser un suivi, voir orienter vers un médecin si nécessaire.

Dans le cas contraire et que le résultat du dépistage s'avère positif (c'est à dire supérieur à 1,26 g/L), il faudra ne pas alarmer le patient, s'assurer qu'il était bien à jeun et dans le doute, lui proposer un rendez-vous ultérieur dans des conditions telles qu'il soit bien à jeun par exemple. Si le second résultat s'avère négatif, on pourrait supposer qu'il n'était pas bien à jeun la fois précédente, mais qu'au vu des facteurs de risque, il faut surveiller de près quand même.

Si le résultat s'avère positif, il faudra de toute évidence envoyer le patient voir son médecin afin qu'il prescrive un bilan biologique qui confirmera ou non le diagnostic de diabète.

C'est quelque chose d'assez complexe dans la mesure où chaque personne est différente, chaque cas sera traité différemment. Il est important de voir les choses dans la globalité.

Le dépistage fait partie des services qui peuvent être rendus mais dans tous les cas, quelque soit le résultat, le but est la prise en charge du patient, organiser un suivi, l'informer des risques encourus et des choses qu'il faut modifier pour améliorer la situation ; ce qui implique à terme de créer une relation de confiance avec le patient.

Les coordonnées des personnes sont recensées et des appels téléphoniques sont proposés aux patients pour pouvoir effectuer un suivi, avec leur accord. Cela permet d'améliorer la prise en charge des patients qui peuvent se sentir plus concernés puisqu'ils ne sont plus seuls face aux difficultés qu'ils rencontrent.

Il existe également des personnes pour qui l'entretien aboutit sur le fait qu'un dépistage n'est pas nécessaire, comme par exemple quelqu'un de jeune, avec un IMC normal, sans facteurs de risque ; dans ce cas, le dépistage ne sera pas forcément proposé puisqu'il ne s'avère *a priori* pas nécessaire, pour l'instant en tout cas.

Il est évident que le message sera plus approfondi pour les personnes à risque mais l'objectif de tout contact, toute rencontre, c'est avant tout la sensibilisation des personnes sur des sujets tels que les facteurs de risque cardiovasculaires, les pathologies chroniques, la prévention, etc.

8.3. Observations

Après avoir étudié le fonctionnement de la Maison du Diabète (et du DiabétoBus), nous pouvons constater des résultats visibles sur la prise en charge de nombreux patients et une réputation qui ne fait que croître, auprès des patients, mais également auprès de nombreux professionnels de santé.

En effet, cette structure assez innovante est située dans le Nord –Pas de Calais et ne concerne donc que les villes de cette région. Il n'existe pas d'autres structures similaires en France, ce qui est bien dommage.

Serait-il envisageable de créer des structures similaires au sein des autres régions pour un maillage territorial optimal ? C'est une question qui mérite réflexion puisque le travail effectué par la Maison du Diabète est à prendre en considération et pourrait pourquoi pas, devenir un modèle de prévention de la santé au niveau national ?

Dans le cadre du dépistage du diabète, il est évident qu'aucune conclusion ne peut être faite au patient sans passer par le médecin et le laboratoire de biologie médicale.

En effet, ce n'est qu'au bout de deux résultats de glycémie supérieurs à 1,26g/L espacés de deux semaines, faits tous deux dans le même laboratoire de biologie médicale, dans les mêmes conditions, qu'un diagnostic de diabète de type 2 pourra être évoqué et annoncé au patient par le médecin généraliste qui le suit habituellement.

Au sein de cette structure, si un résultat de dépistage de diabète s'avère positif, un courrier est donné au patient, et un courrier est également envoyé au médecin traitant, avec l'accord du patient.

8.4. Les avantages de ces structures

Tout d'abord, même si cela nous paraît difficilement concevable de nos jours, il faut penser aux personnes qui n'ont pas accès aux soins aujourd'hui, ou pour qui l'accès reste difficile.

Il est vrai que les systèmes de soins se développent, mais encore trop de personnes sont mises de côté, des personnes oubliées ; qui ne sont pas assez informées et pour lesquelles la prévention n'existe pas ou trop peu. Pour toutes ces personnes qui sont dans des situations difficiles, en situations précaires, ces structures permettent de « faire un pas » dans le système de soins. De plus, il y a de nos jours des secteurs avec une démographie médicale faible, aussi appelés « déserts médicaux » et pour lesquels les patients ont besoin d'informations plus complètes en matière de prévention.

Par le biais de ces structures et de ce bus qui se faufile de villes en villes, de villages en villages où parfois et trop souvent il n'y a pas de médecins, pas de pharmacies, et pour lesquels l'hôpital le plus proche est à une heure de route ; cela permet à des personnes qui sont un peu mise en retrait de s'insérer dans le système de soins, d'avoir un suivi, d'être pris en charge dans le cadre de leur santé.

Nous informons ces personnes, nous les dépistons, nous faisons de la prévention pour qu'ils ne subissent pas de discrimination vis-à-vis de leurs situations. Cela permet d'avoir une égalité de soins pour tous, ce qui aujourd'hui devrait être une évidence.

Ces structures sont tournées vers la santé et prennent en compte également les facteurs socio-économiques.

Ces structures sont intéressantes également pour des personnes qui ne sont pas forcément malades aujourd'hui, qui n'ont pas de symptômes, mais qui pourtant peuvent présenter de nombreux facteurs de risques tels que le surpoids, l'obésité, etc. Pour ces personnes, une prise en charge avec des mesures hygiéno-diététiques et une activité physique adaptée, sera mise en place pour éviter l'apparition ultérieure de pathologies cardiovasculaires.

Il est important de noter que les professionnels sont à l'écoute, ils reçoivent les patients, ils proposent un entretien, mais surtout les professionnels s'adaptent à chaque patient. En effet, il est évident que les choses seront dites différemment à une personne jeune qu'à une personne âgée qui présente, par exemple, des difficultés de compréhension. De même, les termes utilisés seront adaptés selon le milieu socioculturel par exemple. L'objectif est de faire passer un message, d'information, de prévention pour les maladies cardiovasculaires en général ; le tout en s'adaptant à la personne que l'on a en face de soi.

8.5. Conclusion

En conclusion, avec tout ce descriptif et cette analyse, il en découle l'importance des structures telles que la Maison du Diabète et le DiabétoBus. Le travail effectué par ces équipes est considérable et il est évident qu'il en faudrait davantage pour que le maillage territorial soit optimal et que l'accès aux soins pour chaque personne soit une évidence.

Signalons également quant au dépistage du diabète de type 2, puisque cela reste l'objet de ma thèse, qu'il est évident qu'une mise en place dans les officines, avec un entretien personnel avec le patient pour l'informer, le prévenir, le conseiller ; permettrait de réduire le nombre des complications liées au diabète de type 2 et de réduire aussi directement le nombre de personnes diabétiques de type 2, dans la mesure, où les moyens de prévention pourraient être mis en place précocement pour retarder au maximum le développement de la pathologie.

Trop peu de gens sont informés sur les maladies cardiovasculaires, les facteurs de risques, les risques de complications et les mesures préventives, qui sont basées sur des règles hygiéno-diététiques et sur une activité physique adaptée.

Souvent la personne ne va consulter qu'une fois les symptômes déclarés (souvent trop tard puisque la pathologie est déjà présente), ce qui paraît logique tout de même, puisqu'on ne va pas aller consulter son médecin si nous ne présentons pas de symptômes. Cependant, les pathologies cardiovasculaires se développent de manière insidieuse et c'est pourquoi la prévention et l'information sont des choses primordiales à l'heure actuelle.

Il faudra certainement du temps pour que de telles structures soient mises en place au niveau national, mais il faut continuer, il faut persévérer pour que personne ne soit oublié ; et surtout pas dans le domaine de la santé où l'égalité est la priorité.

Les résultats présentés ci-dessus montrent bien l'importance des actions de prévention de santé publique, et notamment, ce qui nous intéresse ici, le dépistage de diabète de type 2.

Comme nous l'avons vu, ces dépistages peuvent se réaliser à la fois au sein des officines mais également au travers de structures comme le Diabétobus ou la Maison du Diabète par exemple.

L'objectif, c'est le contact avec le patient, pour l'informer, lui parler des mesures de prévention, pour que tout le monde puisse avoir droit au même système de soins, etc.

Il est évident que des structures comme le « Diabétobus », et plus largement la « Maison du diabète », permettent d'atteindre des personnes qui sont en retrait au sein de la société, mais cela est encore insuffisant puisque ces structures ne permettent pas un maillage territorial optimal.

En effet, sur tout le territoire français, les seuls professionnels de santé qui sont disponibles sur de longues plages horaires, sans rendez-vous, qui peuvent informer et renseigner les personnes de façon rapide et gratuite, avec un maillage territorial idéal, ce sont les pharmaciens.

C'est pourquoi, aux vues des résultats obtenus dans les différentes études, nous ne pouvons pas négliger l'importance de la réalisation des dépistages de diabète de type 2.

Nous allons maintenant aborder les atouts de l'officine dans la réalisation de ces derniers.

9. Présentation des atouts de l'officine pour la réalisation des dépistages du diabète de type 2

9.1. Un maillage territorial optimal

9.1.1. Proximité

Le maillage territorial, c'est la répartition géographique organisée des pharmacies. Nous ne sommes jamais très loin d'une pharmacie. Ce qui permet à tout le monde, sans exception d'avoir près de chez soi, une pharmacie à proximité, allant de la pharmacie de village, à la pharmacie de quartier ou encore la pharmacie de centres commerciaux dans les plus grandes villes. Ce qui est important c'est vraiment la proximité où que l'on soit, contrairement aux déserts médicaux et hospitaliers que l'on peut observer dans certaines régions.

9.1.2. Disponibilité

Une autre chose importante évoquée ici, la disponibilité des pharmaciens.

En effet, contrairement aux autres professionnels de santé, que ce soient les médecins, les spécialistes, etc. pour lesquels il faut prendre rendez-vous ; le pharmacien quant à lui est disponible de suite et peut prendre en charge le patient rapidement, que ce soit au comptoir ou dans le local confidentiel si besoin.

Ce n'est pas négligeable puisque qu'il peut arriver quelques fois d'attendre des mois avant d'avoir un rendez-vous, alors qu'à l'officine, l'équipe est présente pour répondre à la demande du patient et le conseiller immédiatement.

C'est d'ailleurs pour cette raison que de nombreuses personnes se tournent vers les pharmacies en premier lieu pour demander conseils. En effet, que ce soit pour le début d'un rhume ou une blessure, le pharmacien pourra conseiller et envoyer si nécessaire chez le médecin ou aux urgences si le cas est important.

9.1.3. Accessibilité

En plus de sa proximité et de sa disponibilité, le pharmacien est accessible sur une plage horaire très vaste. En effet, la majorité des pharmacies sont ouvertes six jours sur sept, voir sept jours sur sept pour certaines ; sur des horaires pouvant aller de 8h à 21h.

C'est pourquoi l'accessibilité est possible pour tous, que ce soit avant d'aller au travail, ou bien sur l'heure du déjeuner, ou encore après le travail pour certains.

En plus de ces horaires assez larges, il est mis en place également un service de gardes.

En effet, que ce soit la nuit ou les week-ends, il y aura toujours une pharmacie ouverte qui répondra présente, comme par exemple pour des patients qui sortent des urgences avec une ordonnance d'antibiotiques pour leur enfant, qui doivent être débutés rapidement. Certes, ce ne sera peut être pas la pharmacie la plus proche de là où résident les patients, mais il y aura toujours dans le secteur quand même une pharmacie disponible pour accueillir les patients.

9.2.Des connaissances sur le patient acquises

9.2.1. Connaissances des patients et leurs antécédents

L'avantage que nous avons aussi, c'est que nous connaissons nos patients pour la plupart.

Certes, il y a toujours des personnes de passage, mais il y a aussi et surtout des patients habituels qui viennent chercher leur traitement tous les mois, qui accourent dès qu'ils ont un problème ou qui s'arrêtent tout simplement pour discuter ou pour avoir un conseil.

Ce sont des patients que nous voyons régulièrement pour des renouvellements par exemple et avec qui nous faisons connaissances au fil des années. En effet, cela nous permet vraiment de discuter avec eux, sans forcément s'en rendre compte au début, mais avec le temps, nous finissons par connaître leurs histoires, leurs pathologies, leurs antécédents et une véritable relation se crée.

9.2.2. Accès au Dossier Pharmaceutique (DP)

En plus de cette connaissance du patient que nous avons, il existe un outil devenu indispensable pour l'exercice optimal de notre profession, c'est le dossier pharmaceutique (Ordre National des Pharmaciens, 2016).

9.2.2.1. Ouverture du Dossier Pharmaceutique

Pour ouvrir un DP, il suffit de se rendre dans n'importe quelle pharmacie de ville, ou d'un établissement de santé équipé, de le demander au pharmacien en lui présentant la carte Vitale, qui servira à l'identification. Pour les enfants mineurs, les parents peuvent faire ouvrir un DP pour chacun d'eux.

Le DP est gratuit et simple d'utilisation. Sa consultation est rapide par simple lecture de la carte vitale.

Le dossier pharmaceutique n'est pas ouvert automatiquement, il faut systématiquement demander l'autorisation au patient pour effectuer l'ouverture.

9.2.2.2. Qu'est-ce que le DP ?

Le Dossier Pharmaceutique (DP) recense, pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie qui le souhaite, tous les médicaments délivrés au cours des quatre derniers mois, qu'ils soient prescrits par le médecin ou conseillés par le pharmacien.

Cela concerne également les vaccins pour une durée de vingt et un ans, et trois ans pour les médicaments biologiques.

Le DP a été créé par la loi du 30 janvier 2007 relative à l'organisation de certaines professions de santé (Conseil Constitutionnel, 2007). Sa mise en œuvre a été confiée au Conseil national de l'Ordre des pharmaciens (Ordre National des Pharmaciens, 2015).

9.2.2.3. Les objectifs du DP

L'objectif principal est de contribuer à sécuriser la dispensation des médicaments en permettant d'éviter les risques d'interaction entre médicaments et les traitements redondants. Il nous aide à agir efficacement contre l'iatrogénie médicamenteuse.

Le DP permet une meilleure coordination des soins entre la ville et l'hôpital. En effet, depuis octobre 2012, les pharmaciens des pharmacies à usage intérieur (PUI) peuvent accéder au DP dans les mêmes conditions que les pharmaciens d'officine. En complément, depuis début 2013 et jusqu'en décembre 2015, une expérimentation ouvre l'accès du DP à certains médecins hospitaliers (Ordre National des Pharmaciens, 2015) : peuvent y accéder des anesthésistes-réanimateurs, des médecins exerçant dans les structures d'urgence et dans les structures de médecine gériatrique.

9.2.2.4. Des exemples d'usage

Les exemples d'usage sont multiples.

Une personne prend un médicament antihistaminique pour traiter un rhume des foins. Alors qu'elle est en vacances, elle se fait piquer par un moustique. Grâce au DP, le pharmacien constate qu'elle prend déjà des comprimés pour traiter son allergie. Il peut alors lui conseiller un traitement local pour éviter une redondance de traitement.

Une personne tousse. Il s'agit d'une toux sèche qui la gêne. Le pharmacien constate qu'elle suit un traitement antiasthmatique et peut donc lui conseiller un médicament qui n'est pas contre-indiqué avec son traitement habituel.

Cet outil est d'autant plus important pour des personnes qui sont de passage et que nous ne connaissons pas à l'officine. Il faut être très vigilant, c'est pourquoi les avantages du DP ne sont pas négligeables.

Nous pouvons citer également des personnes en vacances qui ont oublié leurs traitements ou bien s'ils n'en ont plus. Grâce au DP, nous pouvons voir l'historique des traitements délivrés et faire si besoin une délivrance exceptionnelle des traitements nécessaires, pour ne pas laisser le patient sans prendre son traitement.

9.2.2.5. Des services complémentaires

9.2.2.5.1. « DP-Alertes »

Ce service va concerner les alertes sanitaires (Ordre National des Pharmaciens, 2015).

Depuis juillet 2010, l'Ordre des pharmaciens peut diffuser en quelques minutes une alerte sanitaire à l'ensemble des pharmacies raccordées au Dossier Pharmaceutique, en métropole ou dans les DOM. Le dispositif fonctionne 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Par exemple, l'Ordre peut relayer certaines alertes, dites "DGS Urgent", qui émanent de la Direction générale de la santé. Il est possible, si besoin, de cibler les pharmacies par zone géographique.

Le message d'alerte s'affiche sur tous les postes informatiques de toutes les pharmacies, en ville et à l'hôpital. Pour poursuivre l'activité en cours, les pharmaciens doivent obligatoirement, sur chaque poste informatique, valider le message pour qu'il disparaisse. Un accusé de réception est alors envoyé au serveur du portail DP, afin de suivre et mesurer la prise en compte de l'alerte sanitaire.

9.2.2.5.2. « DP-Rappels »

Depuis novembre 2011, les rappels et retraits de lots de médicaments sont transmis aux pharmacies par le portail DP, selon les mêmes modalités que pour l'envoi des alertes sanitaires. Les pharmaciens, ainsi avertis en temps réel, peuvent retirer de la vente, sans délai, les médicaments concernés. Ce dispositif, réalisé avec l'ANSM et les exploitants, fonctionne 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (Ordre National des Pharmaciens, 2015).

9.2.2.5.3. « DP-Ruptures »

A partir de mars 2013, plus de 200 pharmaciens et 67 laboratoires ont expérimenté le signalement de ruptures d'approvisionnement au pharmacien responsable du laboratoire concerné, à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et à l'agence régionale de santé (ARS) dont il dépend. Ce dispositif, actuellement en cours de généralisation, permet de faire passer le flux d'information entre les acteurs concernés afin de trouver plus facilement des solutions pour le traitement des patients (Ordre National des Pharmaciens, 2015).

9.2.2.5.4. « DP-Suivi Sanitaire »

La loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 permet au ministre de la Santé, à l'ANSM et à l'Institut de Veille Sanitaire d'accéder, sur demande, pour des raisons de santé publique, aux données anonymes du DP. Ces statistiques constituent un outil d'aide à la décision, dans la mesure où elles offrent une meilleure visibilité de la situation sanitaire de la population. Le processus est sécurisé : ni l'Ordre, ni personne, n'ont accès aux données nominatives du DP (Ordre National des Pharmaciens, 2015).

9.2.2.6. Le « circuit du DP »

Depuis sa création, le DP a beaucoup évolué. Aujourd'hui, c'est un outil indispensable qui relie de nombreux professionnels de santé et qui permet à chacun de sécuriser ses actes, d'informer, de prévenir comme le résume bien le schéma suivant :

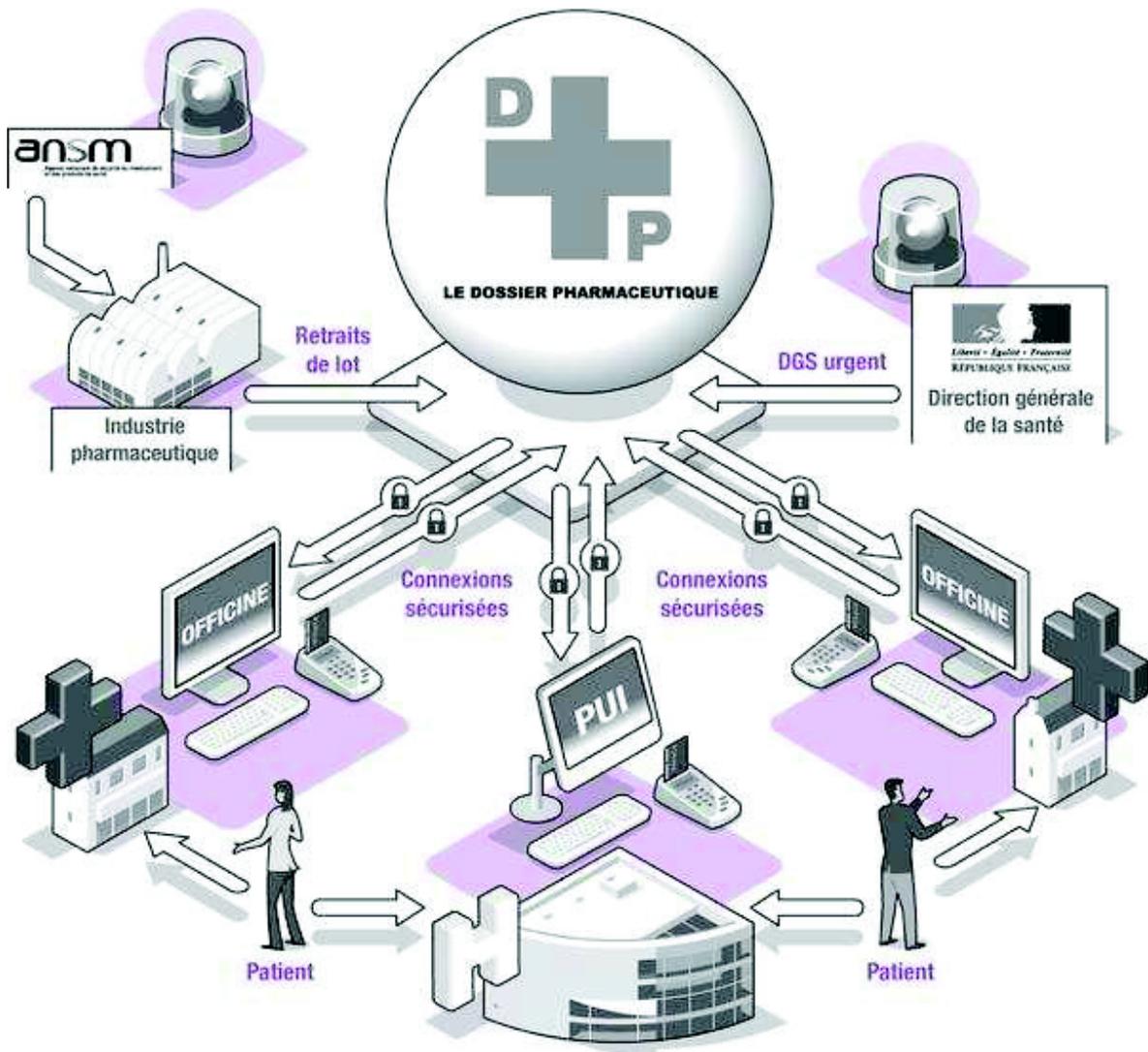


Figure 11 : Le circuit du Dossier Pharmaceutique (D'après l'Ordre National des Pharmaciens, 2015)

Nous pouvons voir que le DP est au cœur de notre profession. De plus, au fil des années, des services complémentaires ont été créés, ce qui permet aujourd'hui d'avoir un véritable circuit organisé autour du DP, afin de faciliter et sécuriser notre profession chaque jour dans le but d'améliorer la prise en charge des patients.

9.2.3. Ciblage des patients à risque

Comme nous l'avons vu précédemment, le pharmacien connaît à la fois ses patients, leurs traitements, leurs antécédents, leurs pathologies et dispose d'outils tel que le DP pour avoir accès à l'historique des traitements si nécessaire.

A travers l'ensemble de ces informations, le pharmacien peut faire le lien entre les différents éléments et cela lui permet de cibler les éventuels patients à risque.

Ce n'est pas une chose anodine, puisque c'est par le biais de l'accès à toutes ces informations que le pharmacien peut cibler les patients à risque de diabète de type 2. Cela permettra alors de les prendre en charge le plus tôt possible en les conseillant, en les orientant vers le médecin si besoin et en proposant éventuellement un dépistage du diabète de type 2 s'il le juge nécessaire afin de sensibiliser les patients.

9.3. Une relation de confiance

Que ce soit un patient qui vient chercher son traitement tous les mois, ou bien le patient qui vient demander des conseils pour un problème ponctuel, il est évident qu'une relation se crée. En effet, les quelques minutes échangées au comptoir permettent au fil du temps de tisser un véritable lien. Le pharmacien parfois peut être un confident, une oreille attentive et il s'instaure alors une véritable relation de confiance avec le patient.

De plus, comme nous l'avons vu précédemment, de par sa proximité, sa disponibilité et son accessibilité, le pharmacien est le professionnel de santé qui est en première ligne face au patient. C'est le pharmacien qui aura face à lui le patient le plus souvent et au fur et à mesure du temps, les patients prennent l'habitude de nous voir. Nous voyons évoluer nos patients mais ils nous voient évoluer également.

Nous pouvons voir que cette relation est réelle quand, par exemple, une personne de l'équipe officinale est absente un certain temps pour un congé de maternité ou des soucis personnels quels qu'ils soient ; et qu'un patient s'étonne justement de ne plus voir cette personne et n'hésite pas à demander des nouvelles.

La confiance qui existe aujourd'hui entre les pharmaciens et les patients est primordiale. D'après une enquête (Le Figaro, 2014), nous pouvons constater que le pharmacien fait partie des métiers qui inspirent le plus confiance aux Français à 93%, derrière les pompiers, les infirmières et les urgentistes, ce qui n'est pas négligeable.

TOP 10 des métiers
qui inspirent
le **plus confiance**
aux Français

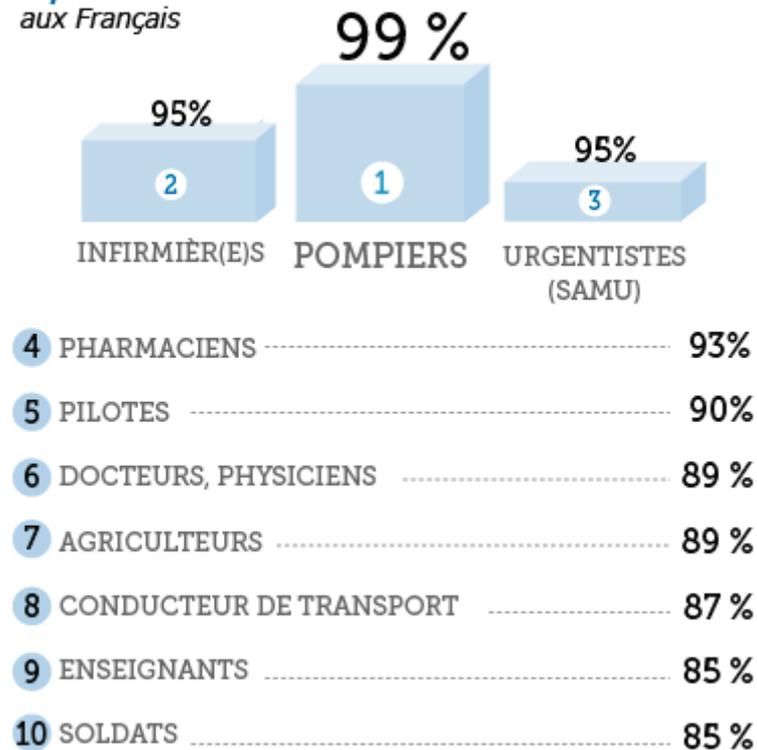


Figure 12 : Top 10 des métiers qui inspirent le plus confiance aux Français (Le Figaro, 2014)

Comme nous l'indique ce document, le pharmacien se retrouve en 4^{ème} position, avec 93% des Français qui ont confiance en lui. Cela prouve bien que la relation pharmacien – patient est une relation particulière, basée sur un échange.

9.4. Une formation solide

Depuis la réforme de la Première Année Commune des Etudes de Santé, les cours du cursus Pharmacie ont été modifiés.

En effet, il y a toujours les nombreux cours théoriques de chimie, biologie les premières années mais il y a également toute la pharmacologie qui est présente jusqu'à la fin et qui permet une connaissance accrue des mécanismes d'action, des effets indésirables et des posologies des médicaments. C'est ce qui permet au pharmacien d'être le spécialiste des médicaments.

Cependant, le métier de pharmacien est en pleine évolution et de nombreux cours plutôt d'aspect pratique que théorique ont été mis en place pour une meilleure prise charge du patient.

Nous pouvons prendre l'exemple de l'éducation thérapeutique du patient ou encore les cours sur les entretiens pharmaceutiques, qui concernent pour l'instant les anticoagulants (AVK) et l'asthme, mais qui par la suite, concernera au total une dizaine de pathologies chroniques dont le diabète notamment.

Avec ces nouveaux modules mis en place, et le stage officinal de sixième année qui dure six mois, le cursus permet vraiment au pharmacien d'avoir une formation solide et des connaissances approfondies qui font en sorte que la prise en charge des patients soit optimale.

9.5. Volonté d'améliorer la prise en charge des patients

9.5.1. Rôle de conseil

Le pharmacien lors de chaque délivrance de médicaments, que ce soit avec ou sans ordonnance, a un rôle de conseil.

En effet, nous pouvons faire des conseils associés à une ordonnance pour améliorer l'observance du patient ou pour limiter la survenue des effets indésirables.

Par exemple, un patient sous antibiotique trois fois par jour pendant huit jours. Avec cet antibiotique, nous savons que le patient peut avoir un transit intestinal perturbé avec des douleurs abdominales. Il est donc du devoir du pharmacien de proposer une solution pour limiter cela.

Nous pouvons proposer de l'Ultra-levure® (ou autre marque similaire contenant des levures) par exemple à prendre pendant la durée du traitement qui permettra de reconstituer la flore intestinale et limiter les effets indésirables du traitement. Il s'agit d'un conseil simple mais qui permettra au patient de bien prendre son traitement jusqu'au bout et de mieux le supporter ; plutôt que de l'arrêter parce qu'il ne lui convient pas.

D'autre part, il se peut qu'un patient vienne directement à la pharmacie sans passer par le médecin, par manque de temps ou autre et il faut donc le prendre en charge pour répondre à ses besoins.

Par exemple, un patient qui vient pour un rhume, qui veut quelque chose pour aller mieux rapidement. Il faudra savoir poser les bonnes questions pour une prise en charge optimale : « *Avez-vous de la fièvre ? Avez-vous le nez bouché ou le nez qui coule ? Avez-vous des maux de gorge ? Toussez-vous ? Prenez-vous un traitement tous les jours ?* »

Toutes ces questions permettront de cibler les besoins du patient. En fonction des réponses, nous pourrons lui donner ce qui lui conviendra le mieux comme par exemple des lavages de nez avec éventuellement un fluidifiant et un antiseptique. Nous pourrons associer avec des comprimés contenant un décongestionnant, en s'assurant qu'il n'y ait pas de contre-indications (hypertension, glaucome, prostate, femme enceinte...).

Ainsi c'est en prenant en compte la demande du patient, ses antécédents, ses traitements et les connaissances du pharmacien sur les médicaments que la délivrance sera optimale.

Chaque jour, au comptoir, le rôle de conseils fait partie intégrante de l'exercice officinal du pharmacien.

9.5.2. Prévention

Hormis un rôle de conseil, le pharmacien a également un rôle de prévention.

En effet, que ce soit par des affiches, des conseils ou autres, le pharmacien se doit d'informer et de prévenir les patients.

Nous pouvons faire de la prévention en dépistant les patients mais aussi en leur donnant des conseils hygiéno-diététiques par exemple, pour éviter ou retarder l'apparition de pathologies chroniques.

9.5.3. Evolution du métier de pharmacien

Le pharmacien est trop souvent réduit au simple fait de délivrer des « boîtes ». Cependant, aujourd'hui de nouvelles missions sont proposées aux pharmaciens, ce qui permet de mettre davantage en valeur notre métier.

9.5.3.1. Les entretiens pharmaceutiques

La profession est pleine évolution, c'est d'ailleurs dans ce contexte qu'ont été mis en places les entretiens pharmaceutiques à l'officine. (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, 2015)

9.5.3.1.1. Les grands principes de l'accompagnement pharmaceutique du patient

Les partenaires conventionnels sont partis du principe que « le bon usage du médicament est favorisé par la précision et la pertinence des informations et des recommandations qui sont dispensées aux malades ». (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, 2015)

La convention définit la finalité de l'accompagnement du patient par le pharmacien comme étant « de garantir les meilleures conditions d'initiation, de suivi, d'observance et d'évaluation du traitement ».

Le pharmacien s'engage dans ce cadre à donner aux patients les précisions et informations suivantes :

- « la posologie, y compris la posologie maximale pour les médicaments à prise modulable ou à posologie non précisée sur l'ordonnance (antalgiques par exemple) ;
- la durée de traitement ;
- les précautions d'emploi ;
- les informations nécessaires au bon usage du médicament ou du dispositif médical délivré ;
- les informations nécessaires lors de la substitution d'un médicament générique à un princeps ;
- les éventuelles précautions particulières à prendre ainsi que tout renseignement utile à la bonne compréhension du traitement par le patient ;
- les analyses biologiques indispensables à l'initiation, à la surveillance et à la poursuite de certains traitements ».

(Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, 2015)

9.5.3.1.2. Les grands principes de l'entretien pharmaceutique

L'entretien pharmaceutique constitue l'un des principaux moyens permettant aux pharmaciens d'assurer la prise en charge personnalisée et optimale du patient.

Il doit notamment permettre :

- « de renforcer les rôles de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien auprès des patients,
- de valoriser l'expertise du pharmacien sur le médicament,
- d'évaluer la connaissance par le patient de son traitement,
- de rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'approprier son traitement,
- d'évaluer, à terme, l'appropriation par le patient de son traitement. »

(Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, 2015)

9.5.3.1.3. Les engagements du pharmacien

Le pharmacien s'engage, à assurer la confidentialité de l'entretien (article 8).

Il doit ainsi prévoir dans son officine un espace de confidentialité où il peut recevoir isolément les patients. Cet espace est réputé adapté dès lors qu'il permet un dialogue entre le pharmacien et le patient en toute confidentialité.

Il s'engage également à respecter les principes suivants, notamment (article 10.1) :

- **Droits, devoirs et interdictions** : « le pharmacien doit notamment obtenir le consentement éclairé de l'assuré sur son intégration dans le dispositif d'accompagnement et s'interdire d'établir un diagnostic ».
- **Publicité et communications** : « le pharmacien doit s'abstenir d'utiliser tout support publicitaire qui ferait référence à la rémunération qu'il perçoit de l'assurance maladie pour assurer la mise en œuvre de l'accompagnement ».
- **Continuité de service de l'officine** : le pharmacien doit veiller à garantir l'exercice personnel de sa profession. L'organisation de son officine doit ainsi lui permettre à la fois d'accomplir ses actes professionnels ou d'en surveiller attentivement l'exécution et d'assurer l'accompagnement des patients.

(Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, 2015)

9.5.3.1.4. Comment intégrer le dispositif ?

Un bulletin d'adhésion formalise l'intégration de l'assuré dans le dispositif d'accompagnement et l'engagement du pharmacien d'assurer cet accompagnement.

Il permet également au pharmacien d'obtenir le consentement de l'assuré sur les éventuelles prises de contact qu'il jugerait opportun d'avoir avec le prescripteur. Il précise également que l'adhésion au dispositif ne peut intervenir auprès que d'une seule officine.

(Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, 2015)

9.5.3.1.5. La rémunération

Ce dispositif d'accompagnement constitue l'un des axes de la rémunération sur objectifs de santé publique du pharmacien. L'article 31.2.2 de la convention prévoit à cet égard « le versement au pharmacien d'une rémunération annuelle de 40 € par an et par patient ». (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, 2015)

9.5.3.1.6. Les entretiens à l'heure actuelle

Pour l'instant, les entretiens mis en place concernent les AVK et l'asthme.

Une liste a été établie, intégrant une dizaine de pathologies chroniques, comme par exemple le diabète, l'hypertension, etc.

Ces entretiens sont mis en place progressivement avec des critères d'inclusion particuliers pour chaque pathologie.

Le diabète s'inscrit dans les pathologies qui ne devraient pas tarder à être mises en place chronologiquement, c'est pourquoi dans ce contexte, il pourrait être intéressant de discuter de l'avenir des dépistages du diabète de type 2 à l'officine.

9.5.3.2. L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

9.5.3.2.1. Qu'est-ce que l'ETP ?

En 1998, l'OMS-Europe a proposé la définition suivante (reprise aujourd'hui par la Haute autorité de santé et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) :

« L'éducation thérapeutique du patient 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 de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de la gestion de la maladie et de soutien psychosocial.

Elle a pour but d'aider les patients, ainsi que leurs familles à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer avec les soignants, et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie.

L'ETP a été inscrite dans le code de la santé publique (article 1161) suite à la publication de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009. Elle est ainsi officiellement reconnue comme s'inscrivant dans le parcours de soins du patient.

« Si vous êtes atteint d'une maladie chronique, l'éducation thérapeutique peut notamment vous aider à :

- ✓ Comprendre les mécanismes de votre maladie et le rôle de vos médicaments,
- ✓ Maîtriser les bons gestes techniques pour utiliser votre médicament ou surveiller votre maladie,
- ✓ Reconnaître les signes d'alerte (symptômes, effets indésirables d'un médicament, les résultats d'une auto-mesure situés en dehors des valeurs fixées par votre médecin) et savoir quoi faire s'ils surviennent. »

9.5.3.2.2. A qui s'adresse l'ETP ?

L'éducation thérapeutique s'adresse, à toute personne ayant une maladie chronique, quels que soient son âge, le type, le stade et l'évolution de sa maladie. Elle concerne également l'entourage du patient s'il le souhaite et si le patient souhaite l'impliquer dans la gestion de sa maladie.

9.5.3.2.3. Quels sont les acteurs de l'ETP ?

L'éducation thérapeutique du patient peut être dispensée par les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients ayant une maladie chronique, dont les pharmaciens.

Elle peut également être assurée avec le concours d'autres professionnels comme par exemple un travailleur social ou encore un éducateur en activité physique adaptée.

9.5.3.2.4. Le rôle du pharmacien

L'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, qui définit les missions des pharmaciens d'officine, mentionne qu'ils « peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients ».

En fonction des besoins des patients préalablement identifiés, le pharmacien d'officine peut proposer de bénéficier d'une éducation ou d'un accompagnement thérapeutique. En tant que professionnel de santé de proximité, il a un rôle important à jouer dans ces domaines.

Il peut notamment :

- ✓ Aider le patient à la compréhension de sa maladie et de ses traitements,
- ✓ L'informer et le sensibiliser sur le bon usage de ses médicaments,
- ✓ Lui apprendre à utiliser les médicaments nécessitant une technique d'administration particulière (par exemples : instillation d'un collyre, inhalation d'un médicament antiasthmatique, injection d'insuline, etc.),
- ✓ L'aider dans l'apprentissage de l'auto-surveillance de sa maladie et de ses traitements,
- ✓ Le soutenir et l'accompagner tout au long de sa prise en charge.

Si nécessaire, en fonction de la situation du patient, le pharmacien peut également l'orienter vers une structure locale d'éducation du patient (réseau de santé, maison du diabète, école de l'asthme, association de patients, etc.).

9.6. Possible coordination des corps médicaux

Le pharmacien, de par sa disponibilité et son accessibilité, peut être un lien entre les différents professionnels de santé.

Il peut rentrer en contact à la fois avec le médecin traitant, les spécialistes, les infirmières et peut ainsi faire le lien entre la ville et l'hôpital pour assurer une coordination des corps médicaux dans l'intérêt des patients.

9.7. Mise en place relativement accessible à tous

9.7.1. Local disponible

Il est vrai que selon la configuration des officines, il n'est pas toujours simple d'avoir un local confidentiel pour accueillir les patients.

Cependant, dans la majorité des officines et notamment avec la loi HPST, un local d'orthopédie ou un endroit plus confidentiel que le comptoir, est disponible.

Alors même s'il ne s'agit pas d'une pièce dédiée au dépistage, nous pouvons toujours trouver une solution pour pouvoir discuter avec le patient et réaliser le dépistage de façon confidentielle, sans que cela ne demande d'effectuer des travaux supplémentaires.

9.7.2. Procédures – Protocole

En ce qui concerne la mise en place au sein de l'officine, il n'y a rien de complexe dans la mesure où une procédure peut être rédigée pour expliquer clairement les différentes étapes de la réalisation du dépistage du diabète de type 2.

Le protocole comme celui cité précédemment reste clair et concis et pourrait éventuellement servir de modèle de base, à adapter selon les dispositions des officines.

En ce qui concerne le matériel, cela ne demande pas d'investissements importants dans la mesure où les laboratoires acceptent en majorité de fournir ce qui est nécessaire gratuitement.

Cela nécessite cependant que le personnel soit formé pour réaliser ces dépistages, c'est pourquoi des soirées formations sont effectuées dans ce cadre pour que chacun puisse être formé et informé.

Après avoir vu les nombreux points positifs de la réalisation des dépistages à l'officine, voici tout de même quelques points négatifs qui pourraient être recensés.

9.8. Quelques difficultés

9.8.1. Le manque de temps

La réalisation du dépistage de diabète type 2 n'est pas un acte que l'on peut réaliser en quelques minutes au comptoir.

Il est vrai que cela prend du temps, puisqu'il faut prévoir d'accueillir le patient, de faire le point avec lui sur ses facteurs de risque, de lui expliquer les modalités de la réalisation du dépistage, de le réaliser concrètement ; et ensuite de formuler le résultat obtenu ainsi que les conseils associés pour une meilleure prise en charge.

Il est clair que le temps à accorder ne doit pas être négligé. Cependant, cela fait aussi partie de l'évolution de la profession. Avec une organisation et de la motivation, le pharmacien devrait pouvoir consacrer du temps à ces dépistages comme cela a été fait pour les entretiens pharmaceutiques.

9.8.2. Les moyens de financement – L'absence de rémunération

D'une part, en ce qui concerne les moyens de financement, pour l'instant les laboratoires participent à la distribution du matériel nécessaire aux dépistages, en sachant que, la réalisation de ces dépistages ne demande pas d'investissements matériels importants, cela reste raisonnable. De plus, si nous comparons, le budget de la mise en œuvre de cette réalisation par rapport aux bénéfices encourus pour les patients, il est évident que cela reste négligeable, et que c'est un service rendu aux patients.

D'autre part, il est vrai que pour l'instant, aucune rémunération n'est prévue puisque c'est encore un objet d'étude. C'est pourquoi, il serait intéressant de démontrer l'importance de la réalisation de ces dépistages de diabète de type 2 et notamment à l'officine, avec des résultats conséquents et significatifs, pour que peut-être un jour, nous puissions espérer une mise en œuvre à l'échelle nationale. Cela reste à l'heure actuelle un service rendu aux patients comme nous l'avons dit précédemment, peut-être pouvons-nous espérer une mise en place officielle au même titre que les entretiens pharmaceutiques qui sont rémunérés ?

9.8.3. Des contraintes réglementaires

Comme nous avons pu le voir dans la première partie de ce travail, nous sommes actuellement dans un flou juridique en ce qui concerne la réalisation des dépistages du diabète de type 2 à l'officine. En effet, ces dépistages ne sont plus autorisés depuis le décret du Conseil d'Etat d'avril 2015.

A l'heure actuelle, il s'agit d'un frein dans ce domaine, dans la mesure où il est délicat de proposer ce type de dépistage à des patients, même si cela reste dans leur intérêt.

C'est pourquoi, il est intéressant de démontrer les bénéfices et les enjeux de la réalisation des dépistages du diabète de type 2, pour les patients. Ceci, dans l'espoir que les choses évoluent concernant ces derniers.

9.8.4. Des contraintes administratives

Pour certains pharmaciens, cela représente beaucoup de papiers administratifs dans la mesure où le patient doit donner son accord en signant une fiche qualité qu'il faut conserver, des feuilles sont à remplir pour la traçabilité, etc. De plus, il est souhaitable de réaliser une procédure pour la réalisation du dépistage, ce qui peut pour certains être une contrainte.

Certes, cela représente des papiers à remplir, qui sont tout de même assez rapides à faire mais il est important de comprendre qu'ils sont indispensables pour la traçabilité et pour la qualité au sein de l'officine.

Ces fiches sont susceptibles d'être demandées en cas de litiges avec un patient par exemple. Cela permet d'avoir des traces de la réalisation du dépistage avec une date précise, le matériel utilisé, la personne qui a réalisé le dépistage, etc.

D'ailleurs, de plus en plus d'officines, ont un Pharmacien Responsable d'Assurance Qualité (PRAQ). Il s'agit d'un pharmacien qui est le référent qualité de l'officine, et qui peut s'occuper de la mise en place de la procédure, de l'organisation et de la conservation des feuilles pour assurer une traçabilité optimale et respecter l'assurance qualité.

9.8.5. Des contraintes techniques

Il s'agit surtout de contraintes concernant la mise en place. Savoir où le faire dans l'officine ? Comment organiser et mettre en œuvre la réalisation de ce dépistage ?

La procédure est réalisée pour cela. Chaque officine organisera selon ses disponibilités et ses moyens techniques mais le principe sera le même. Il faudra un local confidentiel qui pourra être le local d'orthopédie par exemple ou un bureau ; il faudra aussi un point d'eau pour que le patient puisse se laver soigneusement les mains.

Cela englobe également des contraintes liées au fait que certains membres du personnel peuvent être plus à l'aise que d'autres dans ces démarches, ce qui doit être respecté. Dans ce cas, il faut s'organiser de façon à ce que certaines personnes seulement réalisent les dépistages.

Ce sont l'ensemble des contraintes techniques qui pourront avoir leurs solutions en s'organisant et en adaptant la procédure à chaque officine.

9.8.6. Réticence de certains professionnels de santé

Certains professionnels de santé comme les médecins, ou encore les laboratoires de biologie médicale n'apprécient pas que les dépistages puissent être réalisés au sein des officines. Cependant, il faut bien faire la différence entre un dépistage et un diagnostic.

Le dépistage réalisé à l'officine n'est qu'à titre informatif et sera dans tous les cas confirmé en laboratoire de biologie médicale et par le médecin traitant.

Cela ne remplace en aucun cas le travail effectué par les médecins et les biologistes, il s'agit d'une mesure supplémentaire de prévention pour des patients qui ne vont pas systématiquement chez leur médecin et qui n'ont pas spécialement de suivi. En effet, comme nous l'avons signalé précédemment, le diabète est une pathologie qui se développe de manière insidieuse et les symptômes n'apparaissent qu'une fois la pathologie déclarée.

Il serait dommage de se priver d'un dépistage réalisé avec l'accord du patient, de façon gratuite, à l'officine ; dans la mesure où il s'agit de mesures de prévention avec des conseils hygiéno-diététiques adaptés ; et qui permet si besoin d'orienter le patient vers son médecin traitant.

9.8.7. Surcoût assurance responsabilité civile

Dans la mesure où le dépistage du diabète de type 2 est un acte réalisé sur le patient et pour lequel il faut respecter des mesures d'hygiène stricte ; il est probable qu'il y ait un surcoût de l'assurance de responsabilité civile pour l'ensemble de l'équipe officinale.

En effet, cette assurance permet une couverture supplémentaire en cas de litiges.

C'est d'ailleurs pour cette raison qu'il est important d'effectuer la traçabilité et de respecter les procédures qualité mises en place, dans la mesure où cela permettrait, en cas de problèmes, d'avoir les preuves nécessaires pour se défendre.

9.9. Synthèse des avantages et des difficultés

Nous venons de voir l'ensemble des avantages et des difficultés concernant la réalisation des dépistages du diabète de type 2 à l'officine, dont voici un tableau récapitulatif :

Tableau 13 : Synthèse des avantages et des difficultés de la réalisation des dépistages du diabète de type 2 à l'officine

<u>Avantages</u>	<u>Difficultés</u>
Maillage territorial optimal : <ul style="list-style-type: none"> ○ Proximité ○ Disponibilité ○ Accessibilité 	Manque de temps
	Gratuité / Moyens de financement
	Complexité de mise en place : <ul style="list-style-type: none"> • Contraintes administratives • Contraintes « techniques » (matériel, locaux, communication)
Dossier Pharmaceutique (connaissance des patients, de leurs antécédents et leurs traitements) => ciblage	Réticence certains professionnels de santé
Formation solide	
Volonté d'améliorer la prise en charge des patients (rôle de conseils, prévention...)	Surcoût assurance responsabilité civile
Possible coordination corps médicaux (ETP)	
Confiance des patients – Relation	
Local disponible / Facilité de mise en place (Procédures / Protocole)	

9.10. Conclusion

Après avoir analysé un par un les différents points concernant la réalisation des dépistages du diabète de type 2 et après en avoir fait la synthèse, nous pouvons constater que les points positifs sont nombreux.

En effet, les avantages recensés sont des éléments acquis, non négligeables qu'il faut exploiter au mieux pour aller de l'avant. Ce sont des critères que les pharmaciens ont acquis au fil du temps et qui permettent aujourd'hui l'évolution de la profession.

Malgré tout, des points négatifs sont présents ; liés notamment à la réticence de certains pharmaciens. En effet, il s'agit de nouvelles mises en place, et donc une évolution importante du métier de pharmaciens d'officines qui peut perturber les personnes diplômées il y a longtemps et qui n'ont pas forcément envie de changer leurs habitudes. Cependant il est possible de trouver des solutions à ces points négatifs afin d'évoluer dans de meilleures conditions et d'apporter aux patients de nouveaux services de prévention de la santé publique.

Après avoir vu, l'importance de la réalisation des dépistages de diabète de type 2 et les différents points positifs et négatifs de l'officine pour la réalisation de ces derniers, nous allons aborder à présent les différents enjeux qu'ils représentent.

10. Les enjeux du dépistage du diabète de type 2

10.1. Des enjeux pour le patient

Cette campagne est avant tout dirigée vers le patient.

En effet, comme on a pu le signaler précédemment, beaucoup de personnes ignorent qu'elles sont diabétiques et s'en rendent compte uniquement lors de l'apparition de complications. Une fois que les complications sont apparues, il est trop tard, cela signifie que le diabète est installé depuis longtemps et malheureusement ces complications sont, pour la plupart, irréversibles.

C'est pourquoi, en termes de bénéfices, il serait intéressant de dépister le diabète de type 2 précocement, pour justement éviter l'apparition de ces complications ou au moins les retarder. Grâce à ce dépistage, une prise en charge rapide et efficace du patient serait mise en place et cela serait d'autant plus bénéfique pour le patient.

En effet, la gravité du diabète est liée aux complications générées par ce dernier. Selon la HAS, les altérations micro et macro-angiopathiques secondaires au diabète touchent les organes cibles suivants : le rein, l'œil, le pied, le système nerveux périphérique, l'appareil cardiovasculaire, les dents et leur tissu de soutien.

Leur survenue est fonction du degré d'hyperglycémie et de la durée d'exposition à l'hyperglycémie (durée d'évolution du diabète).

Les **complications micro-angiopathiques** associées au diabète sont à type de :

- Rétinopathie diabétique qui évolue en 15 à 20 ans vers une diminution de l'acuité visuelle voire une cécité ;
- Néphropathie diabétique qui évolue vers une protéinurie persistante puis une insuffisance rénale au stade terminal. Le risque d'insuffisance rénale est d'autant plus élevé que le sujet diabétique est âgé ou qu'il présente une hypertension artérielle ;
- Neuropathie périphérique qui est au début infra-clinique puis donne lieu à une symptomatologie distale prédominant aux membres inférieurs (troubles sensitivomoteurs) ;

- Neuropathie autonome qui a une expression clinique variable et souvent latente, avec atteinte des petites fibres amyéliniques des systèmes sympathique et parasympathique. Elle peut toucher le système cardiovasculaire, le tractus digestif, le système urogénital, le système sudoral et la motricité pupillaire.

(Haute Autorité de Santé, 2014)

Les **complications macro-angiopathiques** associées au diabète sont cardiovasculaires (insuffisance coronarienne, artériopathie oblitérante des membres inférieurs) et cérébro-vasculaires (accident vasculaire cérébral). Le risque cardiovasculaire global des sujets diabétiques est multiplié par un facteur 2 à 3 par rapport à la population générale. Les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux sont responsables de plus de 50 % des décès des personnes diabétiques. (Haute Autorité de Santé, 2014)

Il y a également d'autres types de complications. Le diabète est un facteur de risque indépendant de gingivite et de parodontite, responsables d'une perte précoce de dents. L'infection parodontale influe sur l'équilibre glycémique en induisant une insulino-résistance. Les facteurs aggravants sont une mauvaise hygiène bucco-dentaire, la consommation régulière de sucres, un manque de suivi dentaire.

Les lésions des pieds du sujet diabétique sont à type de mal perforant plantaire avec ulcération et altération de la capacité de cicatrisation qui peuvent aller jusqu'à l'amputation. Les facteurs aggravants sont des chaussures inadaptées, une hygiène insuffisante, des soins de pédicurie mal faits, des blessures liées à la non-perception de sources de chaleur ou des traumatismes.

De même, si le dépistage révèle que le patient n'a pas de diabète, les enjeux seront un peu différents dans le sens où cela permettra de le sensibiliser tout de même aux règles hygiéno-diététiques et à l'activité physique.

10.2. Des enjeux pour le pharmacien

Cette campagne de dépistage a toute son importance pour le pharmacien.

Il est vrai que le pharmacien est un des seuls, voire le seul professionnel de santé disponible sur de longues plages horaires et à proximité des patients.

Depuis quelques années, les missions des pharmaciens d'officines changent, et évoluent de façon à mettre en valeur la place du professionnel de santé dans notre système de soins.

Les missions confiées aux pharmaciens sont diverses et variées. Cela concerne aussi bien les entretiens comme c'est le cas actuellement pour les entretiens sur les AVK (Anti-Vitamine K) ou sur l'asthme ; mais cela concerne aussi l'éducation thérapeutique que le pharmacien peut apporter aux patients, soit par l'intermédiaire d'entretiens individuels ou de conseils, etc.

Notre système de santé est en plein renouvellement, il est important pour le pharmacien de trouver sa place, de s'intégrer et dans l'intérêt des patients, il est important de coopérer avec les autres professionnels de santé.

C'est pourquoi, pour la réalisation de cette campagne, le mieux pour tout le monde et notamment pour le suivi du patient, serait une entente entre le médecin, le pharmacien mais aussi avec le laboratoire de biologie médicale qui conserve son rôle dans la confirmation du diagnostic du diabète de type 2.

Selon la loi HPST, plusieurs constats mettent en lumière la nécessité de développer les coopérations entre les professionnels de santé pour mieux faire face aux défis que doit relever la politique de santé : (Assemblée Nationale, 2009)

- « Les besoins croissants de prise en charge sanitaire liés au développement des maladies chroniques et des poly-pathologies dans un contexte de vieillissement de la population ;

- L'évolution défavorable de la démographie médicale, accentuée par les disparités de répartition territoriale ;

- Les progrès technologiques médicaux qui facilitent l'émergence de nouveaux partages de compétence entre professionnels de santé ;

- La nécessité d'assurer l'efficacité des prises en charge au regard des difficultés croissantes de financement des dépenses de santé ;

- L'aspiration des professionnels à faire évoluer leurs activités et leurs compétences tout au long de leur vie. »

10.3. Des enjeux économiques

Hormis les enjeux pour les patients et pour les pharmaciens, il y a également des enjeux économiques qui ne sont pas à négliger.

En effet, il convient d'évaluer la différence de coûts entre une prise en charge précoce d'un patient dépisté pour un diabète de type 2 et pour qui la prise en charge sera avant tout hygiéno-diététique et médicamenteuse si besoin, mais souvent débutée par une monothérapie qui suffira amplement dans la plupart des cas et qui permet de retarder l'apparition des complications.

A l'opposé, on aura une prise en charge d'un patient découvert diabétique de type 2 lors de l'apparition de complications qu'il faudra traiter en aigu, avec souvent une hospitalisation et des soins conséquents, puis mise en place d'un traitement adéquat. (INSEE, 2015).

Au niveau des dépenses, il y en aura dans les deux cas mais plus ou moins importantes selon la situation. En effet, il est évident qu'en termes de coûts, cela reviendra plus cher pour le patient qui présente des complications et pour lequel la prise en charge de son diabète découvert de façon fortuite, sera plus urgente dans la mesure où il faudra limiter au maximum ces complications qui peuvent être irréversibles.

En revanche, pour la prise en charge précoce du patient, même si un traitement est mis en place et fera partie des dépenses de santé, la prise en charge globale sera obligatoirement moins onéreuse puisque le patient ne présentera pas de complications et si la prise en charge est adéquate avec un bon équilibre du diabète, cela permettra d'éviter/retarder les complications possibles.

En conclusion, les enjeux de cette campagne sont clairs et bien définis, c'est pourquoi il ne faut pas les négliger.

De plus, les avantages des officines dans la réalisation des dépistages du diabète de type 2 sont clairement identifiés alors que les inconvénients pourraient être des points à améliorer.

Enfin, les résultats obtenus démontrent que les dépistages à l'officine pourraient être une solution dans le cadre de la prévention des pathologies chroniques. En effet, cela permet à la fois une sensibilisation des patients au diabète, mais aussi de les informer et de les conseiller afin de retarder l'apparition d'un diabète de type 2 ou tout simplement l'apparition de complications liées au diabète.

A l'heure actuelle, dans un cadre juridique flou et dans un contexte d'évolution du métier de pharmacien, nous parlons notamment des entretiens pharmaceutiques. Actuellement, l'intérêt de ces dépistages du diabète de type 2 pourrait s'inscrire dans une continuité d'évolution du métier et se joindre aux futurs entretiens pharmaceutiques consacrés au diabète. En effet, il serait alors opportun de mettre en place les dépistages du diabète de type 2 à l'officine au niveau national afin de dépister un plus grand nombre de personnes, mais aussi de sensibiliser, de prévenir, d'informer et de conseiller les patients qui en ont besoin, ainsi que leur entourage. De par sa position clé par rapport aux patients et ses connaissances approfondies, qui serait mieux placé que le pharmacien pour réaliser cette nouvelle mission de Santé Publique ?

Partie 3 : La place de la communication dans l'annonce des résultats du dépistage du diabète de type 2 aux patients

1. Quelques précisions sur des notions de communication

1.1. La richesse de la communication au service du pharmacien d'officine

Par définition, la communication est l'action de communiquer, l'action d'établir une relation avec autrui, de transmettre quelque chose à quelqu'un. Elle peut aussi désigner l'ensemble des moyens et techniques permettant la diffusion d'un message auprès d'une audience plus ou moins vaste et hétérogène ou l'action pour quelqu'un ou une organisation d'informer et de promouvoir son activité auprès d'autrui, d'entretenir son image, par tout procédé médiatique...

Pour définir la communication, plusieurs modèles sont proposés. Nous nous appuyerons sur un modèle qui est fondé sur la linguistique et qui est proposé par Roman Jakobson (1896-1982) (Jakobson et Ruwet, 2003). Ce linguiste russe développe un point de vue centré non plus sur la transmission d'un message, mais sur le message lui-même, évitant ainsi les dangers d'instrumentalisation technique. Ce modèle est composé de six facteurs. À chacun de ces facteurs est liée une fonction du message, explicitée par Jakobson.

Cette théorie de Jakobson est née de la volonté de vouloir décrire le fonctionnement d'une interaction. Elle permet de constater la différence qui peut exister entre le message émis et le message reçu. Pour le contenu, nous connaissons le jeu du « téléphone arabe » qui est un exemple du premier niveau de déformation.

Le concept peut se résumer de la façon suivante : le message est pensé par l'émetteur, puis codé par lui (langage et non-verbal), et finalement exprimé. De son côté, le récepteur le reçoit, le décode et le comprend à sa manière.

Le message passe par un « canal » et est éventuellement perturbé par des « bruits ». Un bruit désigne tout élément qui perturbe le message.

Ces « bruits » peuvent être physiques et/ou psychologiques. Si les « canaux » ne sont pas les mêmes et qu'il y a trop de « bruits », le message ne passe pas et la communication ne s'établit pas.

Le schéma de R. Jakobson (Jakobson et Ruwet, 2003) permet de faire le lien entre les différents éléments.

Il y a tout d'abord le message lui-même, ce qui va être véhiculé.

A cela s'ajoute un contexte ou encore appelé « référent », qui va permettre de comprendre le contenu du message. Il faut être vigilant à propos de ces deux éléments puisque le message peut être le même mais le contenu, différent.

Par exemple, « *Ce patient a besoin de se détendre !* », on peut l'interpréter de deux façons différentes selon le contexte.

D'une part, il peut très bien s'agir d'un patient anxieux, qui angoisse facilement et qui aurait besoin de se détendre pour se sentir mieux et pour lequel un anxiolytique serait à envisager.

D'autre part, il peut s'agir d'un patient qui est très énervé, qui élève la voix dans la pharmacie pour lequel cette phrase est dite dans le sens où il aurait besoin de se calmer un peu et de faire retomber ses ardeurs, lui faire comprendre que la pharmacie n'est pas un lieu pour faire un scandale, sachant que son problème ne pourra pas être résolu.

Ce message est envoyé au destinataire par le destinataire, par l'intermédiaire d'un code que l'on va utiliser pour transmettre le message. Ce code peut être le français à l'oral ou bien à l'écrit, le langage des signes, l'anglais, etc.

Pour finir, le message requiert un contact ou canal, un canal physique et une connexion psychologique entre le destinataire et le destinataire, contact qui leur permet d'établir et de maintenir la communication comme par exemple une lettre, le téléphone, les réseaux sociaux, les médias : ceux-ci représentent le véhicule du message.

Pour résumer ces différentes notions, la figure suivante représente une version simplifiée du schéma de la communication de R. Jakobson.

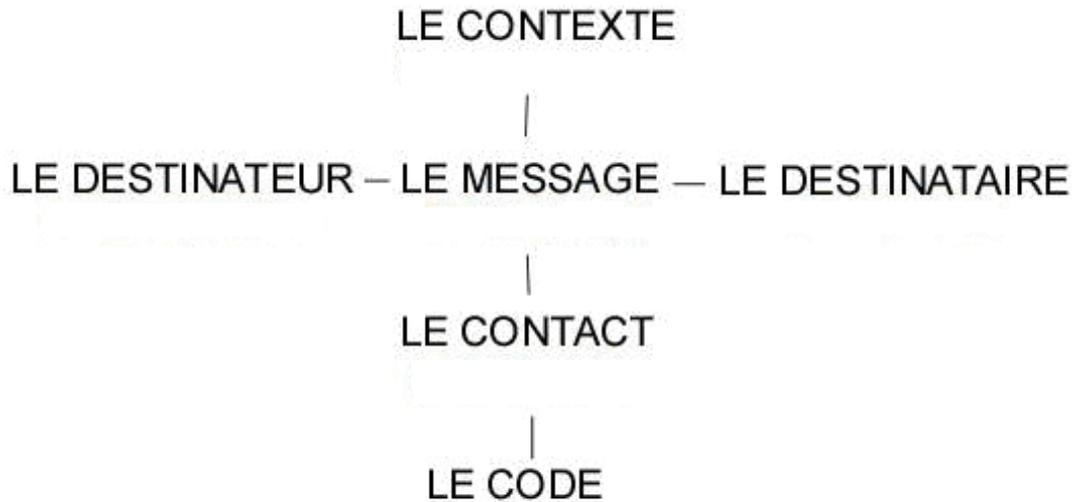


Figure 13 : Schéma de la communication (version simplifiée) (Jakobson et Ruwet, 2003)

Le langage ne sert pas seulement à communiquer des expressions, mais permet aussi de faire passer des impressions, des opinions, des informations à travers ces différentes fonctions. Les six fonctions de la communication (Jakobson et Ruwet, 2003) telles que les identifie Roman Jakobson sont chacune liées à un de ces éléments.

Les fonctions du langage sont les suivantes :

* 1ère fonction : **fonction expressive ou émotive** ; elle est centrée sur l'émetteur ou destinataire, elle sert à exprimer des émotions. Par exemple lorsque nous disons « *Je te hais !* » à une personne, nous exprimons ce que nous ressentons en employant le pronom personnel « Je » d'un ton ferme. Nous pouvons aussi prendre l'exemple : « *Je rougis de satisfaction* » lorsqu'un patient nous complimente ou nous fait une remarque agréable à entendre mais tout de même un peu déplacée et gênante.

* 2ème fonction : la **fonction conative** ; elle permet de centrer la portée du message sur les effets produits chez le destinataire ou le récepteur. Les ordres, les défenses et les conseils en sont des illustrations. L'impératif est le plus souvent utilisé. Pour illustrer, nous pouvons prendre pour exemple : « *Venez ici !* » ; « *Avouez !* » ; « *Ne vous inquiétez pas trop !* ».

* 3ème fonction : la **fonction référentielle** ; elle permet de transmettre des informations sur le contexte, la situation. Elle est axée sur le référent. C'est une fonction extrêmement utilisée puisque la plupart des discussions et des textes dans le monde contiennent une information.

Cette fonction décrit une réalité objective et englobe les informations objectives que véhicule le message. Par exemple, l'énoncé de faits qui se produisent quelque part. Au comptoir, nous pourrions prendre l'exemple d'un patient qui raconte la survenue d'un effet indésirable ou de symptômes particuliers.

* 4ème fonction : la **fonction phatique** ; elle agit sur le canal, elle sert à faciliter la communication. La fonction phatique est utilisée pour établir, maintenir ou interrompre le contact physique et psychologique avec le récepteur. Elle permet aussi de vérifier le passage physique du message. Il s'agit de rendre la communication effective avant la transmission d'information utile. L'exemple typique est le « *Allô* » d'une communication téléphonique, pour s'assurer que la personne est bien à l'autre bout de la ligne avant de commencer la transmission du message, ou encore le « *Vous m'entendez ?* ».

* 5ème fonction : la **fonction métalinguistique** ; elle est centrée sur le message. Il s'agit de s'assurer que ce qui est dit est bien compris, que le message est bien décodé. Les messages métalinguistiques sont essentiels dans l'apprentissage et la pédagogie. Par exemple, les formules « *cela veut dire que...* » ; « *C'est à dire...* » ; « *En d'autres termes...* », sont utilisées fréquemment.

De même au comptoir, nous utilisons cette fonction constamment et instinctivement lorsque par exemple nous voulons expliquer le traitement au patient : « *Vous prendrez un comprimé trois fois par jour, c'est-à-dire un le matin, un le midi et un le soir.* »

* 6ème fonction : **fonction poétique** ; elle est axée sur le récepteur, c'est « enrober » son message pour qu'il soit perçu d'une certaine façon. Pour cela, on utilise les figures de style telles que les comparaisons, les métaphores... En résumé, on utilise toute la richesse du langage. Chaque mot est choisi, mesuré parmi les milliers de mots de la langue française. La combinaison des mots entre eux est également un choix. La fonction est dite poétique, car le message a une construction autonome, donnant un son, une phrase « qui sonne bien ». Par exemple dans la langue française, il convient mieux de dire « *Vous et Moi* » plutôt que « *Moi et Vous* ».

En résumé, si nous intégrons ces fonctions dans le schéma précédent, nous obtenons donc le schéma suivant, plus complet :

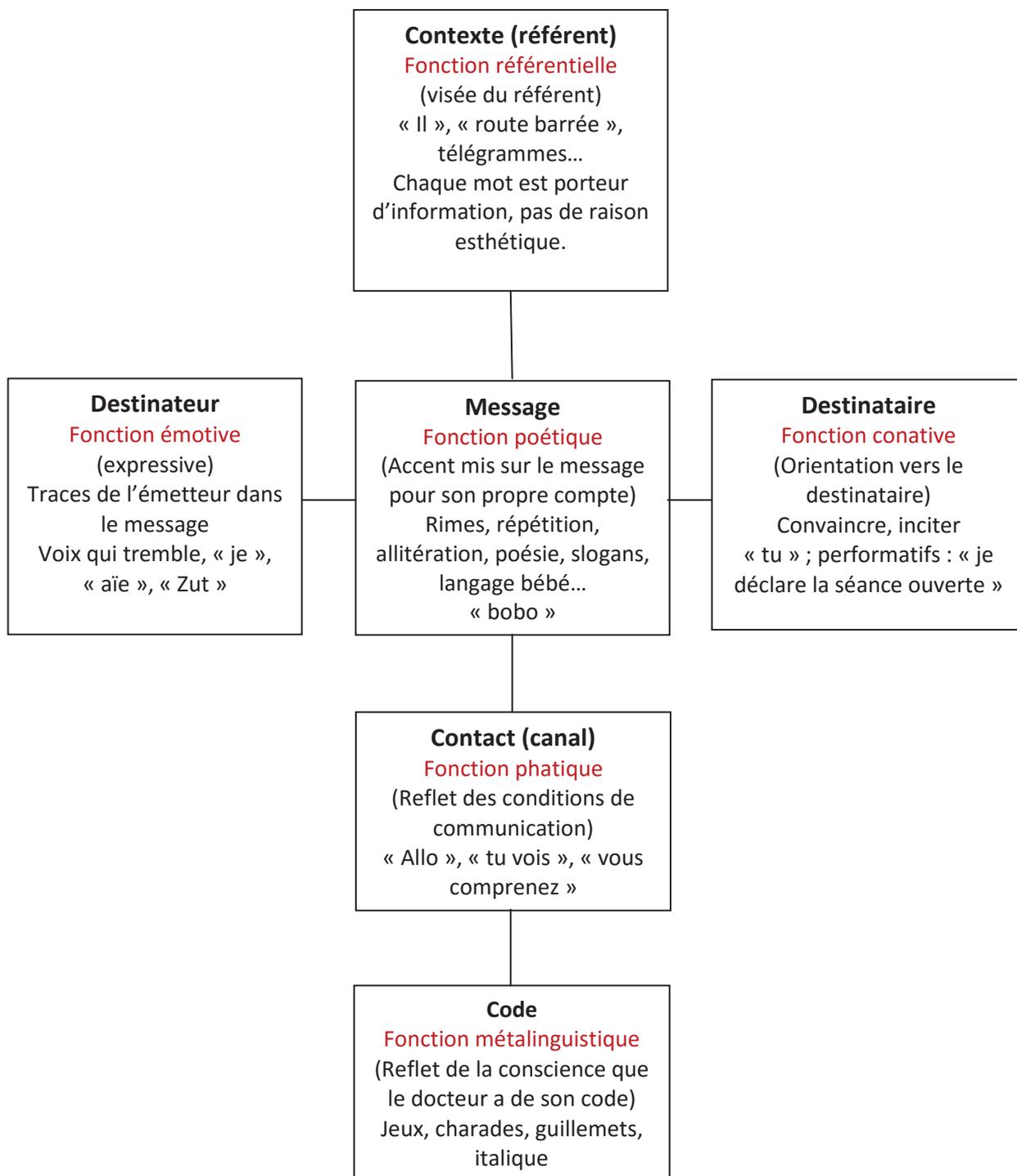


Figure 14 : Schéma la communication détaillé (Jakobson) (D'après Henriette Gezundhajt, 2004)

En complément de ces notions résumées dans le schéma de R. Jakobson, il y a également une autre notion qui est apparue bien après mais qui a tout de même une place importante.

C'est ce qu'on appelle l'effet de retour de la communication, appelé « feed-back » ou « rétroaction ». Cette notion va permettre de savoir comment le message est passé et comment il a été reçu.

D'après les travaux de Wiene (Wiener et al. 2014), on voit se définir l'apparition d'une boucle de rétroaction entre l'émetteur et le récepteur qui montre l'existence d'un phénomène de réciprocité, d'une inter-influence entre les individus en présence.

Le « feed-back » désigne la réaction du récepteur au message émis et son retour vers l'émetteur. Cette notion de feed-back a permis aux chercheurs en sciences sociales, de franchir un pas en passant d'une vision linéaire de la communication à une conception mettant en avant un processus circulaire.

Nous distinguons deux formes de feed-back : le feed-back positif et le feed-back négatif. Le feed-back positif est celui qui conduit à accentuer un phénomène avec effet boule de neige comme par exemple l'énervement entre deux personnes. Au contraire, le feed-back négatif peut être considéré comme un phénomène de régulation qui tend à maintenir la relation dans un état de stabilité et d'équilibre.

Nous pouvons retrouver ces formes de feed-back lors d'interactions entre deux personnes. C'est le cas par exemple dans la relation du pharmacien avec son patient, il s'agit bien d'une interaction entre deux personnes.

Au comptoir, à l'officine, cette notion est primordiale pour gérer les situations les plus difficiles comme des patients agressifs ou impatients, cela permet d'obtenir une régulation pour éviter que la situation ne s'envenime et n'arrive jusqu'au conflit de façon systématique.

Prenons pour exemple un sujet de discorde à l'officine : la substitution par les génériques. En effet, c'est un sujet qui peut souvent aboutir à l'énervement, à la fois pour le patient, mais aussi pour le pharmacien.

En effet, pour recadrer les choses, le pharmacien doit systématiquement donner le générique au patient dans la mesure où ce dernier est commercialisé.

Dans certains cas, le pharmacien peut donner le « princeps » notamment si le générique n'existe pas ou si le prescripteur a utilisé la mention « Non substituable » en toutes lettres à côté du nom du médicament.

En dehors de ces deux cas, si le patient veut absolument le « princeps », il n'y aura pas de refus de délivrance par le pharmacien. En effet, ce dernier pourra lui donner dans la mesure où il fera régler l'intégralité du médicament au patient, qui se chargera lui-même d'envoyer sa feuille de soins à la sécurité sociale pour se faire rembourser.

Le pharmacien, est amené à répéter plusieurs fois par jour ces « règles » aux patients. Cependant, certaines personnes veulent absolument le princeps, même si le prescripteur n'a pas mentionné « Non substituable » à côté du médicament, et ne veulent pas non plus régler le médicament et se faire rembourser après.

Le pharmacien explique de nouveau la situation en prenant soin de dire qu'il ne peut donner le princeps à la place du générique sous peine de ne pas se faire rembourser par la sécurité sociale.

De même, il est utile de rappeler que le générique détient le même principe actif que le princeps. La seule chose qui peut être modifiée, ce sont les excipients, c'est-à-dire ce qui va servir d'enrobage au principe actif.

Certains patients peuvent réagir de façon violente et impolie en menaçant « d'aller dans une autre pharmacie » par exemple. Cette situation est vraiment un exemple typique. En effet, le patient est mécontent, hausse le ton et selon la réaction du pharmacien, la situation peut s'envenimer davantage et le patient peut finir par partir sans aucun médicament. Si le pharmacien commence à hausser le ton aussi, cela peut favoriser l'énervement réciproque et cela mène directement au conflit. Cela peut être un exemple du feed-back positif.

Dans le cas contraire, le pharmacien peut expliquer les choses calmement, en précisant qu'il n'a pas le choix, c'est ainsi qu'il faut procéder et il ne peut aller à l'encontre de ces règles. De même, il peut expliquer à nouveau la notion de générique au patient qui peut parfois ne pas connaître la définition d'un « générique » et utilise de façon injustifiée des termes comme le « vrai » ou le « faux » médicament.

Le patient, devant un pharmacien calme, qui ne s'énerve pas, peut lui aussi se calmer et la situation peut se réguler sans conflit, c'est ce que l'on appelle le feed-back négatif.

Pour terminer cette sous-partie, j'aborderai le fait que la façon dont est exprimé le message va dépendre de l'auditoire.

Pour illustrer ces propos de façon claire, nous prendrons l'exemple d'une classe de maternelle ou de primaire et une classe de lycéens avec par exemple une spécialité sciences de la vie et de la terre ; pour aborder un thème sur les changements climatiques.

Il est évident que la manière de s'adresser à eux sera totalement différente.

Pour les enfants, il faudra utiliser des mots simples, clairs, avec des schémas illustratifs, et éviter les termes techniques ainsi que le vocabulaire spécifique. En revanche, pour notre classe de lycéens, avec comme spécialités les sciences de la vie et de la terre, nous pourrions utiliser un vocabulaire plus précis, aller plus en profondeur dans les détails des mécanismes et dans la réflexion puisqu'ils seront en capacité d'intégrer des notions plus complexes. Il s'agit d'un exemple un peu caricatural, mais il en va de même au comptoir à la pharmacie.

Notre discours sera différent en fonction de la personne que l'on a devant soi. Nous n'expliquerons pas de la même façon un résultat de prise de sang à une personne qui ne connaît pas du tout les termes médicaux spécifiques, qu'à une personne qui a des notions de médecine.

Par exemple, pour le résultat d'un bilan lipidique, on parlera de « bon » et de « mauvais » cholestérols à la personne qui ne connaîtra pas les termes précis. En revanche, on parlera de « HDL » et « LDL » cholestérols à la personne qui aura connaissance de la signification de ces termes. L'essentiel, c'est de faire passer l'information de manière correcte, c'est aux pharmaciens d'adapter leurs discours pour faire en sorte que le message soit bien compris.

1.2. Deux types de communication

1.2.1. La communication verbale

D'un point de vue ethnologique, la communication verbale est un ensemble de sons émis dans le but d'établir une communication avec autrui.

Malgré le fait que les spécialistes ne sont pas d'accord sur la représentation de la communication verbale par rapport à la communication non verbale, et qu'il est très difficile de statuer sur de telles notions, nous pouvons préciser que, paradoxalement, la communication verbale ne représente qu'un très faible pourcentage de ce qui est perçu par un individu, loin derrière la communication non verbale (mouvements, expression, façon de parler, regard, etc.).

En effet, même si le message que nous avons à transmettre se fait avec la parole, ce n'est pourtant pas cette communication verbale que le patient va retenir en premier, c'est pourquoi il va être très important de travailler sa communication non verbale pour faire passer les messages de la façon dont nous le souhaitons.

Par exemple, nous pouvons dire une même phrase avec une intonation différente et la façon de le percevoir par le patient sera différente.

Dans la communication verbale, il est aussi important de parler de la notion de « signe linguistique ». Un signe linguistique désigne une unité d'expression du langage. Il est l'objet d'étude de différentes branches de la linguistique :

- la sémiologie qui étudie les signes en général, qu'ils soient verbaux ou non verbaux ;
- la sémantique qui étudie les concepts d'un point de vue linguistique, les signifiés et signifiants ;
- la phonétique et la phonologie qui étudient les sons et leurs fonctions dans les langues naturelles et en caractérisent les phonèmes ;

C'est Ferdinand de Saussure, professeur de linguistique à Genève, qui parle le premier de « signe linguistique » et qui introduit la distinction entre signifiant et signifié dans son « Cours de linguistique générale » (1906-1910), rédigé et édité par ses élèves.

(Saussure et al. 2005).

Il y a deux grands types d'unités : les « phonèmes » qui sont les plus petites unités lexicales qui ont un sens ; et les « morphèmes » qui sont les plus petites unités lexicales qui vont permettre de former les phonèmes, et qui n'ont pas de sens.

Tout d'abord, pour communiquer, nous avons le langage. En effet, la parole est indispensable à la transmission du message mais n'est pas l'élément prédominant pour la perception du message.

Pour rejoindre ces paroles, nous pouvons nous baser sur le second axiome de Paul Watzlawick qui énonce : « *Toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation, tels que le second englobe le premier et est par suite une méta-communication* ». (Watzlawick et al, 1979).

Le premier aspect concerne ce que nous voulons faire passer, le contenu qui peut être oral ou écrit. Quand le climat de confiance règne, il est possible de dire que les interlocuteurs se concentrent sur ce versant de l'acte de communiquer. Mais rien n'est jamais que du contenu, etc.

Nous cherchons toujours à communiquer autre chose, un contentement, une émotion et dans les cas où le climat n'est pas au rendez-vous, ce peut être de la frustration, de la colère. Pour Paul Watzlawick, ce second aspect est prioritaire car si la relation est mauvaise, le contenu sera soit rejeté, soit déformé, soit ignoré.

En résumé, toute communication va supposer un engagement, qui va définir par la suite la relation. Une communication ne se borne pas à transmettre une information mais induit un comportement.

Nous allons avoir un aspect « indice », qui va servir pour transmettre une information qu'est le contenu ; mais également un aspect « ordre » qui va désigner la manière dont le message doit être entendu, une relation particulière sera alors créée. La nature de la relation est primordiale pour faire passer un contenu particulier. Plus la relation est saine, plus l'aspect relationnel va passer au second plan.

Dans notre situation, lors de l'annonce, il faut s'efforcer de donner une information claire en évitant un langage trop technique et des détails superflus. L'expression écrite peut être utile pour renforcer les explications, les soutenir et améliorer l'intégration immédiate ou retardée qu'en feront le patient et éventuellement ses proches.

Il va être important également de toujours chercher à s'adapter au niveau socioculturel du patient, en reformulant de façon simple les explications lorsque cela est possible.

La reformulation (redire ou faire redire une phrase ou un mot à l'aide de synonymes) ou les questions ouvertes sont des modes de communication très utiles pour s'assurer que le patient a bien compris la question ou les explications.

1.2.2. La communication non verbale

La communication non verbale, aussi appelée langage du corps dans certaines définitions, désigne, dans une conversation, tout échange n'ayant pas recours à la parole.

Elle ne repose pas sur les mots, mais sur les gestes (actions et réactions), les attitudes, les expressions faciales (dont les micro-expressions) ainsi que d'autres signaux, conscients ou inconscients, tels que les odeurs, les vêtements ou encore le maquillage par exemple.

La communication non verbale s'intéresse aussi à l'environnement, c'est à dire le lieu dans lequel les interactions ont lieu.

Au sein de la communication non verbale, nous distinguons :

- Les actes volontaires de communication, qui sont majoritairement conscients : l'émetteur et/ou la cible réalise des actions dans un but donné.
- Les actes involontaires de communication, qui sont majoritairement inconscients : l'émetteur et/ou la cible est l'auteur d'actions ou de réactions échappant au contrôle conscient comme par exemple une réaction à un danger ou à une situation inconfortable. Il peut y avoir dans ce cas une mobilisation des processus engageant les phéromones ou bien de type hormonal ;
- Les actes de communication impliquant ou non le contact physique avec l'autre ;
- Les messages discrets ou ostentatoires ;
- La communication comprise instantanément par les personnes présentes par le biais d'une culture partagée par exemple ;
- Les actes de communication agissant sur le territoire personnel. Par exemple, se rapprocher très près de son interlocuteur et réduire sa zone de sécurité va permettre à une personne d'imposer une pression à sa cible par seulement sa présence, sans devoir utiliser les mots. Son système de perception réagit instantanément, provoquant des actes involontaires de communication.

La communication non verbale représente la grande majorité de la communication d'un individu.

Dans un cadre professionnel, la communication non verbale est primordiale.

Les façons de sourire, de serrer la main, de regarder votre interlocuteur ont un impact immédiat sur les relations avec votre interlocuteur. Il est également conseillé d'éviter de garder les bras croisés: c'est un signal de fermeture.

A l'inverse, un buste qui se projette vers l'avant signale une volonté de capter l'attention.

Outre les attitudes corporelles, la communication non-verbale passe également par les vêtements ou le maquillage. En effet, une personne vêtue de couleurs sombres (comme du noir ou du gris par exemple) va faire ressortir un sentiment de tristesse et de monotonie.

En revanche, une personne avec des vêtements colorés va faire ressortir de la joie de vivre, de la vie, et de la gaieté.

De même, pour le maquillage, une personne qui se maquille discrètement passera plus inaperçue qu'une personne maquillée de façon prononcée et avec des couleurs vives. Là encore, à travers les tenues vestimentaires et les accessoires (maquillage, bijoux, etc.), une certaine image est projetée et le message va être interprété différemment par la personne qui se trouve en face de l'interlocuteur.

Aussi, dans le cadre professionnel, il est recommandé de prêter une grande attention à ses tenues vestimentaires et à la façon de se tenir.

En résumé, la communication non verbale a un rôle central dans le comportement social, elle transmet des messages, le plus souvent inconscients.

Elle s'exprime par des gestes, des regards, des comportements, des attitudes, etc.

Elle complète le message verbal et est plus axée sur les émotions, les sentiments.

Elle crédibilise le langage quand elle est adaptée ou le décrédibilise si elle ne l'est pas. Pour illustrer cela, prenons l'exemple d'un clown, il sera plus crédible dans un costume de couleurs vives plutôt que dans une tenue noire longiligne où il ne sera alors plus crédible auprès du public.

1.2.2.1. Le paralangage

Pour définir le paralangage, il est essentiel de parler de l'appareil phonatoire, c'est-à-dire la capacité de produire des sons, d'avoir des vocalisations différentes.

L'appareil phonatoire va permettre des signifiés et des signifiants particuliers, qui vont être inclus dans la communication.

Le paralangage, ce sont les aspects vocaux mais non verbaux de l'élocution.

Il va au-delà des mots qui sont prononcés (silences, rythme, volume et timbre de la voix, le ton, le débit de parole, l'accent, etc.). Il entoure les mots et exprime les sentiments à travers la façon dont ils sont prononcés.

La façon dont on accentue un mot plus qu'un autre permet de donner un sens particulier à ce mot et d'insister de manière prolongée sur ce dernier pour faire passer un message.

Par exemple, si l'on dit : « Le médicament pour votre tension est à prendre tous les matins » d'un ton monotone, cela n'aura pas le même impact que si l'on dit par exemple : « Ce médicament (que l'on prend dans la main pour bien montrer au patient de quel médicament il s'agit) pour la tension est à prendre tous les matins. », avec une accentuation sur le « Ce médicament », et l'importance de la phrase va changer et l'impact sur le patient sera différent.

Le paralangage est une donnée importante de la communication. Il s'exprime de façon différente selon les personnes, les situations, l'état émotionnel, etc.

Nous avons tous une façon de parler différente, et les états d'âmes nous font changer cette façon de dialoguer. Par exemple, on peut avoir une voix plus ou moins douce qui peut être rassurante ou alors une voix plus rauque, qui mettra plus de distance. De même, en fonction de nos humeurs, états d'âme, le paralangage sera différent.

Si nous venons d'apprendre une mauvaise nouvelle (deuil, maladie grave...), nous pouvons paraître moins jovial, plus renfermé et donc avoir plus des attitudes de repli, de protection vis-à-vis des autres. Il faut essayer de faire abstraction de cela, notamment au travail, mettre ses soucis de côté mais même en essayant du mieux que nous pouvons, indirectement, cela ressortira sur notre façon d'être et le patient pourra le percevoir si la personne qui se trouve en face n'est pas comme d'habitude.

A l'inverse, si nous sommes d'humeur plutôt joviale, indirectement, la personne sera plus accueillante, aura plus envie de discuter. C'est très aléatoire dans le sens où nous ne pouvons pas contrôler réellement nos gestes, attitudes, etc. C'est assez instinctif.

Il faut prendre en compte l'auditoire également, selon lequel, il faudra savoir adapter son dialogue pour que le message à passer soit le plus clair possible.

En effet, le pharmacien ne parlera pas de la même façon à une jeune fille qui vient chercher la pilule du lendemain par exemple, avec qui il faudra être clair et ferme sur la notion de « contraception d'urgence », qu'avec une personne âgée, patiente fidèle, venant chercher son renouvellement de traitement habituel avec qui il peut discuter plus calmement, plus posément pour reprendre ensemble son traitement qu'elle connaît très bien. La relation et les manières d'être et d'agir seront différentes. C'est pourquoi l'auditoire, le patient dans notre cas, est un élément important à prendre en compte.

Là encore, cela montre qu'il s'agit bien d'une interaction et que l'interlocuteur, ici le patient, influence le message de l'émetteur, représenté dans notre cas par le pharmacien.

1.2.2.1.1. Le ton

C'est le degré d'élévation majeur ou mineur de la voix.

Il peut s'agir d'un caractère habituel (ton haut ou bas) mais cela veut dire aussi un état de perturbation provisoire (colère, énervement...)

1.2.2.1.2. Le timbre

C'est la caractéristique par laquelle un son se distingue d'un autre son de hauteur et d'intensité identiques.

1.2.2.1.3. La prononciation et l'accent

La prononciation correspond à la façon d'articuler. La prononciation ne change pas le sens du mot, mais provient du contexte dans lequel on l'a appris : l'époque, l'endroit où l'on est né ou bien où l'on vit, mais aussi la classe sociale et l'éducation.

La prononciation nous donne des indications sur le groupe culturel et la région d'origine. Le terme « accent », lui, désigne une prononciation généralement plus subtile. En effet, l'accent est une particularité de diction d'un locuteur dans une langue donnée.

1.2.2.1.4. L'intonation et l'accentuation (signes prosodiques)

L'intonation : c'est une modulation de la voix qui confère au discours une coloration particulière ou qui permet de distinguer les différentes propositions (affirmation, interrogation, etc.).

Il y a également une notion importante qui est l'économie linguistique. En effet, c'est tout ce qui permet de limiter les choses comme par exemple l'élimination de la négation à l'oral, ou encore la contraction des mots comme par exemple ciné pour cinéma. C'est un concept clé en linguistique qui consiste à réduire au maximum les formes verbales tant que l'on peut se faire comprendre.

L'accentuation consiste à prononcer avec une sonorité particulière un ou plusieurs mots d'une phrase en modifiant la signification.

La dynamique de la voix utilise aussi les non-fluences. Ce sont toutes les petites pauses brèves qui vont elles aussi avoir une influence sur la signification du discours.

Les non-fluences vont jouer et modifier l'accentuation.

Il existe d'autres vocalisations non verbales : pleurs, rires, bâillements, larmes, etc.

Ils peuvent avoir une grande importance dans la relation avec les patients comme par exemple pour l'annonce d'une maladie grave où on a plusieurs phases (voir partie 1.3.)

1.2.2.2. Comment se pratique la communication non verbale ?

Les gestes viennent en complément du message (regards, mimiques...).

La communication non verbale, que l'on peut appeler la kinésique, est l'étude du corps humain en mouvement. C'est l'analyse du langage corporel comme par exemple les expressions du visage, les postures, le maquillage, la direction du regard, etc.

Ray Birdwhistell (Winkin et al. 2014) a tenté de construire scientifiquement l'analyse kinésique, celle du langage corporel, en proposant des « kinèmes » sur le modèle des « phonèmes » pour la parole. Il a utilisé longuement le support filmique pour observer l'interaction des participants à la communication: mouvements corporels, gestes, postures, mimiques, etc.

Lucide sur le risque de réduire la communication à un processus mécanique (on parle du risque de réductionnisme), Ray Birdwhistell se moquait volontiers de la communication non verbale : « Je ne fais pas simplement de l'esprit quand je dis que parler de communication non verbale est comme parler de physiologie non cardiaque, quand je dis que la physiologie, non l'anatomie, est le modèle essentiel. Le foie n'est un foie que sur la table de dissection de l'anatomiste. C'est la partie d'un cadavre, insuffisante pour une fonction vitale! »

(Citation extraite de *La nouvelle communication*, Seuil, Paris, 1981)

1.2.2.2.1. L'éloignement et la proximité

La distance entre les gens permet de définir le type de relation qu'ils entretiennent.

L'espace dans lequel se déroule une communication va nous affecter, il y a un espace codé. Chacun va positionner l'autre en fonction de son statut.

On distingue 4 grandes zones:

- Zone intime, c'est-à-dire entre 15 et 45cm (confidences, etc.)
- Zone personnelle, c'est-à-dire de 45cm à 1,20m ; cela représente les relations amicales ou professionnelles par exemple.
- Zone sociale, soit d'1,20 à 3,50m ; la distance marque la fonction de chacun, ainsi, plus la personne possède un statut élevé, plus la distance est élevée.
- Zone publique, c'est-à-dire entre 3,50m et plus comme par exemple face à un public.

Quand nous allons rompre cette distance, c'est-à-dire s'approcher davantage et réduire la distance entre les deux interlocuteurs ; nous pouvons dans certains cas prendre un risque. En effet, le respect de ces zones peut être primordial pour de nombreuses personnes et il est essentiel de respecter chacun. Pour cela, il faut s'approcher progressivement ou garder ses distances si le patient le souhaite et ne pas aller à l'encontre de son choix, au risque de l'offusquer.

De même, le fait de toucher une personne comme prendre sa main pour compatir par exemple, est un geste très particulier dans notre société. Cela signifie en quelques sortes que nous rentrons dans la bulle intime du patient et tous les patients ne sont pas prêts pour ce type de gestes et peuvent se sentir pris au piège et gênés par ces derniers.

1.2.2.2.2. Les silences et leur signification

Le mot silence, du latin *sidere* signifie « se taire ».

En réalité, même sans parler, nous communiquons tout de même des éléments.

Il existe de nombreux silences qui possèdent des significations différentes.

Tout d'abord, citons le silence d'opposition, c'est le silence de la personne furieuse, qui a reçu une mauvaise nouvelle, qui cherche à s'isoler, le silence interfère avec la source de communication, il empêche toute rétroaction.

Ensuite, il existe le silence d'invite, il s'agit du silence de la personne très attentive, qui écoute tout pour bien comprendre et qui laisse parler l'autre. Il peut intervenir comme mécanisme de défense contre une perturbation. Il facilite la communication quand il y a une rétroaction de communication, il diminue le bruit du système et permet la non-redondance.

Il y a également le silence de la personne qui s'ennuie, avec un retrait, un isolement.

Autre silence, nous pouvons citer le silence d'indifférence qui se caractérise par la volonté de ne pas communiquer avec l'autre.

De plus, il existe aussi le silence qui exprime l'incompréhension face à ce qui est dit, la personne reste impassible et ne sait pas quoi dire, quoi faire, ne comprend pas ce qui a été dit.

D'autre part, le silence de la personne qui exprime le respect vis à vis d'une autre personne, est une autre forme de silence qu'il paraît intéressant de dégager.

Au contraire, il y a aussi le silence qui exprime la supériorité, dans ce cas, c'est une forme d'arrogance.

Il peut aussi y avoir le silence entre amoureux, il s'agit d'un silence réciproque, pas besoin de parler pour se comprendre.

Parfois, nous aurons le silence de la personne qui exprime la douleur ou le chagrin ou encore le silence de défi, c'est-à-dire le silence d'obstination qui est calculé.

Pour finir, le silence qui nous intéressera plus particulièrement dans le cadre de l'annonce des résultats du dépistage du diabète de type 2, c'est le silence lié au choc de la mauvaise nouvelle, représentée ici par l'annonce d'une éventuelle maladie chronique dépistée, silence pouvant aller jusqu'à la sidération.

Les silences ont une place particulièrement importante en communication.

Premièrement, de par leur richesse comme nous avons pu le voir précédemment. En effet, il existe une multitude de silences, chacun avec sa spécificité et sa propre signification.

Deuxièmement, de par leur complexité, puisqu'en effet il en existe une multitude, et donc il va être délicat d'interpréter de façon correcte le silence qui se produit devant nous.

1.2.2.2.3. Les gestes et les attitudes

Ils ont certainement été les premiers moyens de communication entre les humains et permettent d'accompagner et de compléter le message verbal.

La gestuelle se manifeste par des postures qui peuvent concerner : la tête, le buste, le bassin, les jambes et les bras.

Par les gestes, nous nous exprimons et nous pouvons avoir un comportement de défense ou d'agression.

- Le hochement de la tête d'avant en arrière qui signifie pour nous l'approbation. Mais attention, ces gestes ne sont pas universels. En effet, selon les civilisations le hochement de la tête peut vouloir dire « oui » ou « non ».
- La main tendue en signe de paix,
- Le poing levé en signe de révolte,
- Le bras ou le doigt d'honneur,
- Etc.

Si, nous sommes mis en cause, interpellés, nous avons alors des gestes barrières.

Parmi les plus courants :

- Les mains sur les oreilles, sur les yeux ou sur la bouche,
- Les bras croisés,
- Se frotter les mains,
- Les formes de réajustement : la mèche des cheveux, le pli d'un pantalon, d'une jupe, la poussière imaginaire, le raclement de la gorge, etc.

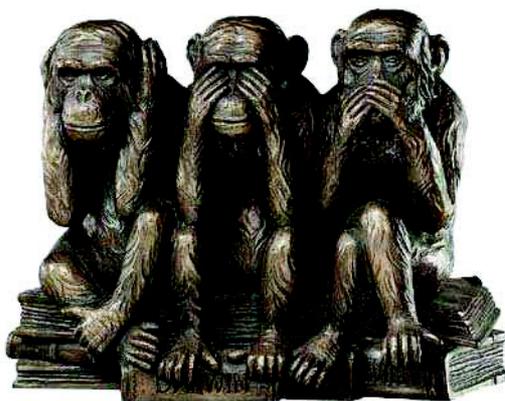


Figure 15 : Les singes de la sagesse (statue) (D'après Richard Cassaro, 2012)

Nous communiquons également à travers des signes conventionnels :

- Le doigt pointé vers la porte signifie « sortez ! »
- Le signe de la main pour dire « au revoir »
- Le hochement de la tête pour dire « oui »
- Le battement de mains (applaudissement) pour montrer notre satisfaction devant une manifestation.

Parmi les gestes et les attitudes, il est important de prendre en compte également les expressions faciales, mimiques et mouvements corporels.

Ce sont les expressions de visage qui expriment des émotions : la joie, la surprise, le dégoût, la tristesse, la colère, la peur, etc.

Ces mimiques peuvent renforcer le message, mais elles peuvent le modifier et changer sa signification :

- Le clin d'œil indique que ce qui est dit ne doit pas être pris au sérieux,
- Le regard soutenu signifie une intention hostile,
- Le regard panoramique est destiné à impliquer tous les interlocuteurs afin que tous se sentent concernés par le message.

Ils peuvent être voulus, tel que le sourire à une personne, mais souvent ils sont incontrôlés et involontaires comme par exemple le pied qui tape sous la table et qui exprime l'agacement, l'irritation ou l'ennui, les yeux écarquillés, les sourcils froncés, etc. Ils font partie intégrante de notre comportement global. Le regard est certainement la partie du corps qui exprime le plus de nous-mêmes. Il est capital de tenir compte des expressions faciales et des mouvements corporels afin d'éviter les malentendus.

1.2.2.2.4. Le langage d'objets, de bijoux,... le paraître

L'apparence correspond à l'allure générale d'une personne. C'est ce que l'on voit en premier lieu : les vêtements, la coiffure, le maquillage, les accessoires. C'est un élément majeur des premières impressions que nous avons d'une personne.

Les vêtements : le choix des vêtements et des accessoires est fait généralement en fonction de l'âge, du physique, de la situation professionnelle, des goûts personnels, du milieu social, etc.

Nous constatons depuis le début des années 70, une évolution dans la tenue vestimentaire, une plus grande décontraction, une plus grande variété de choix des tissus et des couleurs.

Cette évolution est liée à celle des normes et codes sociaux, au développement de la société de consommation, à l'exacerbation des désirs narcissiques et au besoin conscient ou inconscient de distanciation ou de distinction des formalismes sociaux.

Par le choix de notre tenue, nous voulons donner une certaine image de nous-mêmes. Il y a lieu de distinguer trois types d'images :

- **L'image projetée** : image que l'on a de soi, image telle que nous sommes. Nous pouvons prendre l'exemple du pharmacien, qui a son image propre de lui-même

- **L'image souhaitée** : celle que nous aimerions donner. Pour poursuivre notre exemple, l'image souhaitée serait l'image d'un professionnel de santé disponible, qui peut renseigner ses patients sur leurs inquiétudes avec un rôle de conseils, de réassurance, l'image d'une personne de confiance.

- **L'image reçue** : celle qui est perçue par les autres. Dans notre exemple, l'image perçue du pharmacien par les autres peut être différente en fonction des personnes.

Certains verront en leur pharmacien une personne sympathique, professionnelle sur qui ils peuvent toujours compter pour demander un renseignement ou un service et envers qui ils ont une entière confiance. Tandis que d'autres verront en leur pharmacien, uniquement un professionnel de santé à qui ils n'auront pas forcément envie de se confier, de discuter et l'échange se résumera uniquement à la délivrance des médicaments sans aller plus loin dans le discours et dans la relation.

La façon dont une personne s'habille renvoie consciemment ou inconsciemment au désir d'appartenance à un groupe ou de distinction d'un groupe. L'habillement est aujourd'hui indissociable d'un style : traditionnel, skateur, gothique, punks, baba cools, biker, rastas, artistes, banquier – cadre supérieur, religieux, militaires, hip hop etc.

Les vêtements expriment :

- Des émotions et des sentiments : de façon caricatural, les couleurs vives expriment la vie, les couleurs sombres la mort. Cependant, le noir peut signifier bien d'autres choses et les interprétations ne sont jamais aussi simples.
- Des messages sexuels : les minijupes, les jeans, les décolletés etc.
- Des statuts sociaux : le costume, la blouse, la combinaison, etc.

Les objets que nous portons (bijoux, sacs, parfums et eaux de toilette, chaussures, chapeaux, casquettes) parlent de nous, de nos valeurs, de nos priorités, de notre histoire (bijoux de famille), de notre culture. Ils renvoient aux significations que nous leur attribuons.

Ces objets qu'ils soient vestimentaires ou accessoires ou autres, parlent de nous, que nous le voulions ou non. Ce sont des choix que nous avons fait, dont nous devons assumer la responsabilité. Cependant, nous ne maîtrisons pas, ou pas toujours, ces images liées à nos choix.

1.3. Le cheminement psychologique du malade : processus du deuil

1.3.1. Définition

Comme le définit Elisabeth Kubler-Ross dans plusieurs de ses ouvrages et notamment dans son livre « *Sur le chagrin et sur le deuil* » (Kübler-Ross et al. 2011), le processus du deuil est un processus intrapsychique consécutif à la perte d'un objet d'attachement et par lequel le sujet réussit progressivement à se détacher de celui-ci.

Ce n'est pas uniquement la perte d'un proche, mais c'est aussi l'annonce d'une maladie grave, la perte d'un travail, etc.

Selon Elisabeth Kübler-Ross (Kübler-Ross et al. 2011), après un diagnostic de maladie terminale, nous observons cinq phases du deuil, comme elle le signifie dans son livre « *Five Stages of Grief* ». Kübler-Ross a initialement appliqué ces étapes à toute forme de perte catastrophique (emploi, revenu, liberté). Cela comprend également la mort d'un être cher, le divorce, la toxicomanie, ou l'infertilité.

Dans notre situation qu'est le diabète et qui se rapproche de l'annonce d'une maladie chronique, ce cheminement psychologique est tout à fait normal.

En effet, lors de la réalisation du dépistage du diabète de type 2 par le biais d'une mesure de la glycémie, il est évident qu'une réponse est attendue, qu'elle soit positive ou négative. Lorsque le résultat est positif, dans le sens où la glycémie est supérieure aux normes, le patient va être pris en charge pour la confirmation du diagnostic en laboratoire, des choses vont changer dans ses habitudes ; et il est normal d'accompagner le patient à travers ces différentes phases. La façon de réagir pour le pharmacien sera donc différente mais le diabète est une pathologie chronique, ce qui signifie bien qu'une fois le diagnostic effectué, il n'y a pas de retour en arrière.

Il est conseillé bien sûr de surveiller l'alimentation et de faire de l'activité physique mais souvent un traitement médicamenteux est indispensable et finalement l'annonce de ce diagnostic va chambouler les habitudes de la personne mais aussi celles de son entourage. C'est pourquoi ce cheminement est indispensable pour en venir à l'acceptation de la maladie et sa prise en charge de manière correcte, c'est à dire éviter les complications ou au moins retarder leurs apparitions pour limiter les symptômes.

Kübler-Ross a également fait valoir que ces étapes n'interviennent pas nécessairement dans l'ordre indiqué ci-après, et qu'elles ne sont pas non plus vécues par tous les patients.

Ces étapes ont un ordre chronologique, mais ce n'est pas quelque chose d'immuable. En effet, certaines personnes pourront par exemple passer directement de la deuxième à la quatrième étape, c'est à dire passer directement du déni au marchandage sans passer par la révolte. D'autres pourront en revanche passer plusieurs étapes et revenir sur une étape précédente, comme par exemple quelqu'un qui passe du marchandage à la tristesse, pour revenir ensuite au marchandage. Cependant, ce n'est nullement un processus obligatoire, chaque personne suivra son propre cheminement psychologique.

1.3.2. Le choc ou la sidération

Il s'agit de la première annonce de la maladie et elle constitue une rupture.

La personne est confrontée à la première nouvelle, elle est submergée par les émotions et n'a pas de place pour la pensée rationnelle. Théoriquement, il faut environ 30 à 45 minutes pour annoncer une nouvelle. C'est le temps dont devrait disposer un soignant pour faire l'annonce adéquate, de façon calme et posée, pour laisser au patient le temps de réaliser la situation, de faire son cheminement. En effet, ce temps est donné à titre purement indicatif et en tant que moyenne, on comprend aisément qu'il faudra parfois plus de temps avec certains patients et moins pour d'autres.

Il est important de ne pas développer « tout » dès la première annonce. « Tout » représente notamment la pathologie en elle-même, mais aussi les traitements possibles, les complications, etc. Autant d'éléments qui pourront faire peur au patient. Il est essentiel de procéder par étapes pour que le patient puisse faire son cheminement tranquillement sans s'affoler avec une multitude d'informations dont il ne retiendra d'ailleurs qu'une infime partie.

C'est une manifestation anxieuse qui témoigne de la violence de l'impact traumatique de cet instant. Les capacités de compréhension du patient et ses réactions émotionnelles sont figées, sidérées. Il est indispensable de ne pas laisser seul un patient en proie à cet état.

Dans notre cas, l'annonce sera un dépistage positif à une maladie chronique qu'est le diabète. Mais attention, ce n'est pas un diagnostic à proprement dit. Il sera indispensable de faire comprendre au patient la situation dans laquelle il se trouve et de l'envoyer chez son médecin qui lui indiquera la démarche à suivre. Il sera nécessaire d'aller au laboratoire de biologie avec une prescription médicale pour que le médecin puisse établir un diagnostic, auquel cas, nous aurons une prise en charge effective.

1.3.3. Le déni

C'est le rejet de l'annonce, processus de défense, on rejette hors du champ du réel cette annonce. C'est un mécanisme d'annulation d'une réalité trop inacceptable. Il faut réexpliquer calmement. Il existe deux types de déni : le déni adaptatif (temps nécessaire pour accepter) ou non adaptatif (concerne des personnalités pathologiques, comme par exemple le refus des soins par la personne).

C'est un processus psychique inconscient qui permet de faire coexister deux évènements incompatibles, intolérables pour la psyché. Cela se traduit dans le discours du patient par un « *Je sais bien mais quand même* ».

En d'autres termes, la personne refuse de croire ce qui lui arrive. Le psychique de l'être humain est ainsi fait pour éviter le déplaisir sans pour autant ignorer la réalité. Le patient pourra évoquer cette phase en disant simplement : « *Ce n'est pas possible, vous avez dû vous tromper.* » par exemple.

1.3.4. La révolte

Elle est difficile à vivre pour les soignants, car elle est souvent accompagnée de la colère. Souvent les paroles qui sont prononcées, sont déformées, détournées.

Les gens reformulent un peu comme ils le souhaitent et les informations se retrouvent biaisées ou erronées.

La personne exprime sa révolte face à ce qui lui a été imposé : « *Pourquoi moi ?* », « *Pourquoi moi et pas un autre ? Ce n'est pas juste !* »

Elle peut être agressive face à son entourage en cherchant le responsable à son malheur.

Il est donc important de laisser cette colère s'exprimer.

1.3.5. Le marchandage

La maladie à ce stade est discutée, on en parle beaucoup. Les sentiments sont multiples et contradictoires puisqu'on a souvent reformulé à sa manière les choses entendues.

La situation est acceptée, mais la personne tente de gagner du temps. Elle peut ainsi prier, promettre, en échange d'une prolongation de la vie. Par exemple, le patient dira : « *Je ferai ce que vous voudrez, faites-moi vivre quelques années de plus.* » ou encore « *Je prendrai correctement tous mes traitements, mais dites-moi que je peux continuer à manger des gâteaux.* »

1.3.6. La tristesse et la dépression

La personne se replie sur elle-même et n'a plus envie de lutter.

C'est une phase difficile durant laquelle il faut répondre présent auprès du patient et ne pas le laisser tomber dans une profonde tristesse et mélancolie. Le discours du patient sera modifié : « *Je suis si triste, pourquoi se préoccuper de quoi que ce soit ?* », ou encore « *Je vais mourir... Et alors ?* ».

1.3.7. L'acceptation

La communication et l'échange sont des données importantes dans le soutien afin de pouvoir retracer la maladie dans le dialogue.

C'est une période de paix où la personne revit. Elle se permet de faire des projets et de regarder vers l'avenir. Cette phase est idéale puisque c'est pendant celle-ci que le patient prend conscience de sa maladie et l'accepte en faisant tout ce qu'il faut pour une bonne prise en charge, il veut aller de l'avant et se soigner comme il faut. D'ailleurs une fois de plus, on pourra remarquer que les propos du patient seront différents : « *Maintenant, je suis prêt, j'attends mon dernier souffle avec sérénité.* » ou encore « *Je suis prêt à faire des efforts pour me prendre en charge correctement, donnez moi des conseils.* »

1.3.8. Blocage dans le processus du deuil

Le processus du deuil comme le définit E. Kubler-Ross se déroule en plus ou moins cinq phases. Cependant, il existe de nombreux blocages qui empêchent le patient d'atteindre la phase ultime qu'est l'acceptation et parmi eux, les plus fréquents sont les suivants.

1.3.8.1. Résignation

Cette phase intervient juste après le déni. Le patient reste bloqué dans cette étape. Souvent, elle apparaît quand des complications interviennent. Généralement, le patient est totalement dépendant des soignants.

A ce stade, les patients sont passifs, soumis, remplis d'amertume, et n'imaginent que le pire.

Il faut les amener à exprimer leur sentiment d'impuissance, repérer dans quels domaines ils sont toujours actifs, jouer sur certains projets leur tenant à cœur, pour les remotiver.

1.3.8.2. Pseudo-acceptation

Dans cette phase, le patient refuse catégoriquement d'être malade, il dissimule sa maladie à son entourage et en général, surinvestit un domaine.

Nous pouvons prendre comme exemple pour illustrer, un patient atteint d'un cancer grave, et qui décide de faire du saut à l'élastique et un marathon ou encore le patient qui déploie une énergie phénoménale dans son travail. Tout cela pour prouver qu'il est capable de faire son travail correctement et rapidement, c'est un recours pour se convaincre que quelque part la maladie n'est pas présente, c'est un surinvestissement comme s'il ressentait le besoin de se prouver quelque chose à lui-même.

1.3.8.3. Surcompensation

Les patients veulent être maîtres de leur maladie, prendre plusieurs rendez-vous, pour expliquer encore et encore. Il faut que les patients puissent faire part de leurs sentiments réels pour les accepter. Il faut qu'ils aillent au bout des choses pour évacuer réellement leurs sentiments comme s'ils se libéraient d'un poids, d'un fardeau.

1.3.8.4. L'identification

C'est une phase difficile à gérer. Le patient s'identifie à sa maladie, sa vie s'organise autour de la maladie. Le malade essaye de plier son entourage à ses exigences.

Les relations sont tendues avec les professionnels de santé car il y a une remise en cause des capacités du médecin pour discuter de la maladie. Il faut alors essayer de créer un climat de confiance. C'est une notion importante à ne pas négliger, le climat de confiance va se créer au fil du temps entre le pharmacien et son patient, de par sa disponibilité, son écoute, ses conseils, etc.

Il est important de ne pas hésiter à recevoir le patient en entretien individuel dans le bureau (et non au comptoir) s'il ressent le besoin de parler ou de se confier plus personnellement.

Pour aider le patient à traverser ces différentes phases, il faut être présent au moment où il va en ressentir le besoin, vouloir discuter, se confier. Pour cela, il va vraiment falloir entretenir une relation de confiance avec lui.

Il y a plusieurs façons de créer un climat de confiance avec son patient, comme par exemple :

- Encourager l'autre à s'exprimer : se taire, questionner, reformuler
- Être tempéré : bannir toute agressivité
- Être centré sur le vécu de l'autre : quelles émotions éprouve-t-il ?
- Adapter sa communication : gestuelle, voix, message, etc.
- Considérer l'autre : ne pas le brusquer
- Manifester de la sympathie : sourire, regarder, valoriser, etc.
- Être disponible : se vider l'esprit, être attentif, etc.
- Adopter une attitude de compréhension : pourquoi l'autre dit ou fait ça ?
- Être constructif : rechercher des actions concrètes en vue d'un progrès
- Donner à l'autre : informations, connaissances, expériences

2. Les conditions de l'annonce des résultats aux patients

2.1. Un endroit adapté

Le dépistage du diabète de type 2 n'est pas une chose anodine. Le diabète de type 2 est une pathologie chronique et comme son nom l'indique, une fois diagnostiquée, le traitement entrepris sera à prendre « *ad vitam aeternam* ». Cela entraîne de nombreuses répercussions sur le patient et sur son entourage.

C'est pourquoi, même si nous pouvons repérer au comptoir les patients susceptibles d'être à risque de diabète de type 2, il est essentiel de poursuivre l'entretien dans un endroit à l'abri des regards et des oreilles des autres patients, dans un endroit clos comme un bureau par exemple pour pouvoir discuter calmement et posément.

Cela va permettre aux pharmaciens de poser les questions qu'ils souhaitent et donner les informations nécessaires aux patients ; mais cela permet également à ceux-ci de pouvoir répondre librement sans faire attention à ce qu'il se passe à côté.

2.2. Une attitude adéquate selon la réaction des patients

Nous traiterons ici deux types de patients « particuliers » que les pharmaciens sont susceptibles de rencontrer lors de l'annonce des résultats du dépistage de diabète de type 2 et pour lesquels il faudra réagir de manière adéquate pour gérer la situation.

2.2.1. Le patient en colère

A l'annonce du résultat du dépistage de diabète de type 2, et notamment s'il s'agit d'un résultat « positif » (c'est-à-dire $> 1,26$ g/L), le patient peut se retrouver dans un processus de deuil. Ce processus que nous avons décrit précédemment, commence par une phase de sidération, de choc durant laquelle le patient peut s'exprimer avec une certaine agressivité. En effet, il s'agit là d'une projection agressive de la part du patient, c'est comme un moyen de défense du patient face à cette annonce.

Le professionnel de santé doit savoir réagir correctement face à cette agressivité et ne pas surenchérir.

En effet, il faut avoir une certaine empathie dans la mesure où il faut comprendre ce que vit le patient, il faut essayer d'apaiser les choses, d'expliquer clairement la situation sans alarmer pour autant le patient. Il faut aussi rassurer le patient sur la situation et sur les démarches à venir.

2.2.2. Le patient silencieux

Certains patients vont réagir différemment face à une « annonce » telle que celle dont nous parlons ici concernant le résultat du dépistage du diabète de type 2.

En effet, il y a le patient en colère que nous venons de voir, mais il y a aussi le patient qui ne sachant pas quoi dire, ni comment réagir, va tout simplement rester silencieux.

Comme nous l'avons vu précédemment, le silence malgré les apparences signifie bien plus de choses qu'il n'y paraît.

Ces patients à qui nous annonçons quelque chose d'important pour eux et qui va probablement bouleverser leurs habitudes de vie, sont sidérés. Il est important que le pharmacien soit présent pour accompagner le patient dans ce processus. Il n'est pas indispensable de vouloir combler le silence par des paroles. Il faut accepter le silence du patient qui doit indirectement avoir besoin de ce moment de silence, il faut juste être présent, le laisser parler et le rassurer.

2.3. La relation pharmacien-patient : stratégies

Une bonne communication pourrait, dans le domaine médical, être définie par ces trois éléments :

- Transmission d'une information claire, compréhensible, adaptée au patient ;
- Vérification que l'information a été bien comprise ;
- Répétition du message.

Dans ce sens, il convient d'énoncer les règles d'or d'une bonne communication.

Pour illustrer cela, citons l'article R. 4127-35 du Code de la Santé Publique :
(Article R.4127-35, 2004)

Article R4127-35

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-7, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite. »

Pour cela, il faudrait donc soigner les éléments suivants :

2.3.1. Montrer sa disponibilité

Accueillir le patient : un mot, un geste, un sourire signifient au patient qu'il est le bienvenu. Cela ne prend pas beaucoup de temps de saluer une personne mais c'est très important et bien trop souvent négligé.

S'asseoir pour parler et s'isoler : dès que la situation l'exige, il convient de trouver un espace où la confidentialité sera totalement respectée.

Pour montrer sa disponibilité, le pharmacien s'assoit pour parler, en se positionnant face au patient, au même niveau que lui, c'est-à-dire au niveau du regard, et fait bien attention qu'il n'y ait pas d'obstacles tels qu'un bureau, un écran d'ordinateur, etc.

Il signifie ainsi qu'il va prendre le temps de lui parler.

La position du corps du pharmacien, ses mouvements doivent exprimer sa qualité d'écoute, son respect du patient et l'importance qu'il accorde à l'entretien.

Il évite de s'affaisser sur son siège et adopte une attitude ouverte (bras non croisés) et détendue, sans être pour autant trop décontractée.

En se penchant vers le patient, au moment où celui-ci exprime son émotion et ses difficultés, le pharmacien fait preuve d'empathie et marque son engagement auprès de lui.

Tendre un mouchoir à un patient qui pleure est reçu comme un geste de compréhension, d'autorisation et d'accompagnement. Certains pharmaciens prendront l'initiative d'un contact physique, toucher la main ou l'épaule, pour signifier leur soutien.

2.3.2. L'environnement

L'environnement contribue à montrer la disponibilité du pharmacien vis-à-vis du patient. L'intimité de la relation doit être préservée. L'endroit doit être calme.

Le pharmacien s'assure que personne ne viendra les déranger. Il ne répond pas aux appels téléphoniques et éteint son téléphone portable. Délivrer une information importante au malade nécessite un environnement rassurant. Un endroit devrait être réservé à cet effet (même très petit).

2.3.3. Le temps

Le temps consacré à l'entretien est une donnée très sensible. Le temps réel n'est pas le temps « ressenti » par le patient qui reste une notion tout à fait subjective.

Plus l'information à donner au patient est complexe et difficile, plus il est nécessaire de lui accorder de temps. Nous estimons de 45 à 60 minutes, le temps de l'entretien qu'il faudrait consacrer à l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

En réalité, la qualité de la communication et de l'échange est à privilégier plutôt que le chronométrage strict du temps passé. Il faut mieux revoir le patient plutôt que lui infliger de longues explications qu'il sera de toute façon incapable d'intégrer s'il est submergé par ses émotions. En effet, il est important de noter qu'il est difficile de retenir beaucoup d'informations, qui plus est quand elle nous concerne et nous plonge dans l'émotion et qu'elles sont d'ordre médical.

2.3.4. Des mots pour le dire : le poids des mots

Comme l'indique l'article R4127-35 du Code de la Santé Publique : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension... ».

En s'appuyant sur cet article, le pharmacien lors de l'annonce des résultats du dépistage du diabète de type 2 devra lui aussi délivrer une information loyale, claire et appropriée, cela signifie qu'il faudra expliciter clairement les faits au patient ; et l'envoyer vers son médecin traitant si nécessaire.

Après avoir discuté avec le patient et selon ses habitudes, ses connaissances que le pharmacien perçoit au fil des jours, voire des mois si le patient est un habitué, nous pouvons situer le patient socialement et « intellectuellement ». De plus, selon son niveau d'information initial et sa demande, le pharmacien va pouvoir utiliser le discours adéquat.

Il va procéder par étapes, au rythme du patient, en fonction de ses ressources et en restant à l'écoute de ses réactions.

Les explications doivent être compréhensibles, claires et cohérentes. Reprendre les termes employés par le malade favorise la communication.

Le pharmacien doit rester attentif au choix de ses mots qui peuvent renvoyer au patient des images de lui-même très angoissantes, dévalorisantes ou le culpabiliser.

D'une façon générale le pharmacien évitera le mensonge, le jargon médical, l'infantilisation du patient qui sont des mécanismes de défense car ils renforcent ainsi le sentiment de confusion du malade.

En revanche, le nom de la maladie ne doit pas rester un tabou quand le malade est prêt à entendre le diagnostic ou les effets indésirables d'un traitement médicamenteux.

Dans notre situation de dépistage, il ne faut pas alarmer le patient mais il faut tout de même énoncer le mot « diabète », mot important, ne serait-ce que pour faire comprendre l'intérêt de la prévention.

C'est d'ailleurs pour cela que de nos jours, nous avons tendance à dire que c'est « le patient qui montre le chemin », c'est-à-dire que c'est lui qui montre à quelle vitesse les informations lui sont délivrées.

Enfin, le dernier élément qui nous paraît important est le moment de l'annonce.

En effet, on évitera de faire l'annonce d'un diagnostic la veille d'un week-end puisque le patient va se retrouver seul, avec la nouvelle qu'il vient d'apprendre et va avoir le temps d'y penser encore et encore, ce qui n'est pas la meilleure chose à faire. En effet, cela correspond à une situation qui peut être anxiogène pour le patient.

S'il a besoin de parler, il sera difficile voire impossible pour lui de trouver un professionnel de santé qui sera en mesure de lui consacrer le temps dont il a besoin.

De même, on ne fait pas d'annonce une demi-heure avant la fermeture, il faut prendre le temps, laisser le patient cheminer et c'est pourquoi il est important de prévoir un créneau horaire plus large.

2.4.L'annonce, un processus

Le pharmacien et l'équipe qui prendront en charge le patient doivent donner l'information du dépistage, mais aussi toutes les informations dont le patient aura besoin au cours de cette période d'accompagnement.

Les deux actions, « informer » et « accompagner » sont intriquées.

Cela sous-entend notamment, dans le cas où le résultat du dépistage s'avère positif (c'est-à-dire supérieur aux normes de la glycémie, soit 1.26 g/L), d'adjoindre à cette nouvelle, l'espoir que constitue le projet thérapeutique, le contrôle des symptômes potentiels, l'interface qu'offre les services hospitaliers en termes d'accompagnement personnalisé comme l'éducation thérapeutique par exemple. Il ne faudra cependant pas oublier de rappeler la différence entre un dépistage et un diagnostic (qui sera fait ultérieurement en laboratoire de biologie médicale).

Il s'agit d'un temps primordial de l'entretien dans le sens où le patient va pouvoir poser toutes les questions qu'il souhaite et le pharmacien pourra lui répondre, le conseiller, le rassurer. Il sera important de noter que cette annonce peut s'avérer brutale pour certains, dans la mesure où nous évoquons le fait qu'il y ait un possible diabète malgré l'absence de symptômes ressentis.

Cette annonce sera d'autant plus importante pour cette raison puisqu'elle permettra la mise en place de mesures hygiéno-diététiques ou si nécessaire la prise en charge médicamenteuse de manière rapide et efficace pour éviter l'apparition des complications du diabète qui peuvent être graves.

L'annonce du diagnostic peut atténuer ou renforcer ce choc qu'est l'annonce des résultats du dépistage, mais va surtout conditionner la suite de la prise en charge et de la démarche de soins basée sur la confiance. (Afchain et al.2015)

Les mots dans une annonce sont primordiaux mais pas seulement. Il faudra penser à soigner sa communication non verbale également. Il sera important pour le pharmacien de ne pas négliger sa posture, son attitude, ses gestes, son invite à passer dans une autre salle pour plus de discrétion. Toutes ces choses qui auront de l'importance au même titre que les mots annonçant le diagnostic et qui feront que l'entretien se passera au mieux pour le patient qui se sentira plus en confiance, ce qui peut avoir un côté rassurant.

Pour notre étude sur le dépistage du diabète de type 2, il est évident que l'annonce faite par le pharmacien ne sera pas l'annonce d'un diagnostic, mais sera l'annonce d'un dépistage qui précédera peut être un diagnostic éventuel par la suite. Mais il est important de faire la distinction entre les deux puisque d'un point de vue légal, l'annonce d'un diagnostic reste de la seule responsabilité du médecin.

3. L'annonce des résultats aux patients

Pour rappels, le diabète se définit par une hyperglycémie chronique, soit une glycémie à jeun supérieure à 1,26 g/l à deux reprises (deux contrôles en laboratoire à 15 jours d'intervalles par exemple) ; le dépistage ne suffit en aucun cas à diagnostiquer un diabète de type 2. (Haute Autorité de Santé, 2014)

3.1. Cas n°1 : le patient non diabétique

3.1.1. Précisions

Dans cette situation, le résultat est très clair. Le test de dépistage vient d'être effectué. Malgré les risques répertoriés grâce au questionnaire, les résultats sont satisfaisants puisque le résultat de la glycémie capillaire est inférieur à 1,10 g/L.

3.1.2. Annonce

Dans l'annonce il est important de notifier qu'il n'y a pas de diabète à l'heure actuelle mais que cependant cela n'exclut pas qu'un jour un diabète pourrait être diagnostiqué.

Pour l'instant, tout va bien, pas d'inquiétude mais les risques sont présents et il ne faut pas négliger les conseils de prévention qui seront établis avec le pharmacien en fonction des facteurs de risque décelés.

3.2. Cas n°2 : situation de pré-diabète

3.2.1. Précisions

Dans ce cas n°2, le patient se trouve dans une situation un peu ambiguë. En effet, il s'agit d'un résultat compris entre 1,10 et 1,26 g/L.

Avec ces chiffres, il se trouve dans une situation de pré-diabète, situation pour laquelle nous ne pourrions pas vraiment conclure sur la présence éventuelle d'un diabète.

3.2.2. Annonce

Si le résultat du dépistage est compris entre 1,10 et 1,26 g/L, officiellement c'est une situation de « pré-diabète », cependant il ne faut pas conclure trop rapidement.

En effet, il faut tout d'abord s'assurer que la personne était bien à jeun au moment de la réalisation du test de dépistage.

Pour s'assurer du résultat, l'idéal est de demander à la personne de revenir à la pharmacie un matin à jeun par exemple pour que le résultat ne soit pas faussé.

Après vérification, si le résultat est entre 1,10 et 1,26 g/L, il ne faut pas alarmer le patient, lui dire clairement les choses avec des mots simples : le résultat est un peu élevé, il s'agit d'une situation de « pré-diabète », mais alors attention, bien dire au patient qu'il ne faut pas conclure sur le fait qu'il est diabétique mais qu'au vu des facteurs de risque existants et du résultat du dépistage, il est indispensable de suivre les règles hygiéno-diététiques qui pourront peut-être suffire à faire diminuer la glycémie et éviter le diagnostic confirmé de diabète de type 2.

Souvent la mise en place d'une alimentation saine et équilibrée ainsi qu'une activité physique régulière sont suffisantes pour retrouver des glycémies normales.

Ici l'enjeu principal est la mise en garde du patient, lui faire comprendre qu'il a des facteurs de risques de diabète de type 2, que ce n'est pas une chose anodine et que des règles hygiéno-diététiques peuvent être mises en place pour éviter l'installation d'un diabète de type 2.

Une orientation vers une structure spécialisée comme par exemple MAREDIA qui est la Maison Régionale du Diabète. Plusieurs lieux d'accueil sont proposés en Seine-Maritime et dans l'Eure afin que chacun puisse s'y rendre facilement. En Seine-Maritime, nous avons Dieppe, Rouen, Barentin, Elbeuf, Bourg-Achard, Yvetot et le Havre. Dans l'Eure, les lieux proposés sont Bernay, Gaillon, Louviers, Conches-en-Ouche, Damville, Ezy-sur-Eure et quelques communes du sud de l'Eure. Ces structures sont mises en place par des professionnels de santé et peuvent aider à la prise en charge de patients, même en cas de prévention. Cela est possible grâce à de nombreux ateliers d'activité sportive, de cuisine avec une diététicienne, d'ateliers d'éducation, d'entretiens avec une infirmière, afin de faire acquérir aux patients de nouvelles habitudes alimentaires par exemple en ayant un mode de vie plus équilibré.

3.3. Cas n°3 : le patient diabétique

3.3.1. Précisions

Ici, nous envisageons l'éventualité d'un diabète puisque le résultat obtenu est supérieur à 1,26 g/L.

3.3.2. Annonce

Dans ce dernier cas, le résultat est supérieur à 1,26 g/L, nous ne sommes plus dans une situation de « pré-diabète » comme dans le cas précédent, mais ici le résultat indique clairement une situation de diabète.

Attention tout de même, comme précédemment, il faut s'assurer que la personne est bien à jeun ou sinon proposer un second rendez-vous à jeun pour confirmer ce résultat.

Si le résultat est de nouveau supérieur à 1,26 g/L, il faut bien expliquer au patient qu'il a des facteurs de risques et que son résultat au dépistage est supérieur aux normes glycémiques, autrement dit, il convient de l'envoyer voir son médecin traitant.

En effet, le médecin traitant pourra lui prescrire un bilan biologique et lui indiquera les démarches à suivre pour une prise en charge adéquate. C'est le résultat du bilan biologique qui permettra de confirmer le diagnostic, bilan biologique qui ne peut être réalisé que par un laboratoire de biologie médicale.

Il faut insister sur le fait qu'il s'agit uniquement d'un dépistage et non d'un diagnostic, il ne faut pas dire au patient : « vous êtes diabétique ». Non, il est impératif d'expliquer au patient la situation, pour qu'il comprenne la nécessité d'aller voir son médecin pour une prise en charge adéquate et de manière assez rapide.

Sans alarmer le patient, il faudra bien lui faire comprendre l'importance d'une prise en charge rapide pour éviter les complications éventuelles. Il sera nécessaire également de rappeler que ce dépistage permet de sensibiliser les gens au diabète, de les informer et de découvrir quelquefois des patients diabétiques qui s'ignoraient. En effet, trop souvent les personnes pensent qu'une absence de symptômes signifie qu'il n'y a pas de diabète or c'est faux, et c'est bien là le problème du diabète : un développement lent et sournois.

Il faut vraiment insister sur le fait que le diabète est une pathologie qui se développe insidieusement. Ce n'est pas parce que nous ne ressentons rien, que nous ne sommes pas malades. Une prise en charge le plus tôt possible permet un meilleur équilibre du diabète, et permet également de retarder l'apparition des complications.

De plus, une orientation vers MAREDIA comme citée précédemment pourrait être envisagée pour la prise en charge du patient.

3.4. Conseils

Le pharmacien est un professionnel de santé qui est disponible et accessible à tous de manière très naturelle et sans avoir besoin de prendre rendez-vous, c'est pourquoi il a un rôle clé dans les conseils qu'il peut donner aux patients.

Dans les trois situations vues précédemment, les conseils seront indispensables, cependant selon le résultat, ces conseils devront être modulés.

3.4.1. Cas n°1

Dans le cas n°1, il n'y a pas de diabète puisque le résultat est inférieur à 1.10g/L. Cependant les facteurs de risques sont présents (vu le résultat au questionnaire de FINDRISK). Cela n'exclut donc pas l'éventualité de l'installation ultérieure d'un diabète.

C'est pourquoi, il peut être raisonnable de suivre les règles hygiéno-diététiques même si quelques écarts peuvent bien évidemment être tolérés dans ce cas de figure.

3.4.2. Cas n°2

Dans le cas n°2, c'est une situation de pré-diabète. Il va falloir être plus vigilant que dans la situation précédente.

Ces règles hygiéno-diététiques peuvent être précieuses pour éviter l'installation d'un diabète de façon définitive. C'est pourquoi, il paraîtrait judicieux de les suivre correctement, en rappelant que ces conseils suffisent parfois à retrouver des glycémies normales et permettent ainsi d'éviter toutes les complications possibles.

Le message à faire passer impérativement aux patients, c'est que ces règles hygiéno-diététiques font parties de la prévention mais représentent également les bases du traitement de la personne diabétique.

Comme le dit le célèbre proverbe, « *Il vaut mieux prévenir que guérir* ».

On peut conseiller au patient d'être suivi par une diététicienne s'il en ressent le besoin, et notamment si cela peut être une source de motivation pour lui.

3.4.3. Cas n°3

Dans le cas n°3, nous sommes dans une situation de diabète.

Dans ce cas, ces conseils sont vraiment importants pour la santé du patient. Il va vraiment falloir lui faire comprendre l'importance de ces derniers dans sa situation.

La prise en charge par une diététicienne peut être une bonne initiative.

Un diabète, c'est une pathologie chronique importante, il faut apprendre à vivre avec. Certaines règles sont à bien respecter pour éviter les complications qu'il peut y avoir.

Il est vraiment important de faire passer ce message, ce n'est pas anodin, et ces conseils sont comme des médicaments, il faut les suivre tous les jours, du mieux possible.

Ces règles hygiéno-diététiques font parties intégrante du traitement contre le diabète et limitent même la prise de traitements médicamenteux. D'ailleurs, comme nous l'avons dit précédemment, l'hygiène de vie constitue la base des traitements contre le diabète.

4. Conseils et règles hygiéno-diététiques

L'apparition du diabète de type 2 est étroitement liée à l'hygiène de vie.

80% des personnes atteintes sont en surpoids ou sont obèses, ce qui représente une très grande majorité.

Afin de prévenir l'apparition du diabète de type 2, il est indispensable de veiller dès le plus jeune âge et tout au long de la vie à avoir une alimentation équilibrée et pratiquer une activité physique de manière régulière.

Il a été démontré que chez les personnes à risque, une alimentation équilibrée, répartie sur trois repas par jour, et l'augmentation de l'exercice physique améliorent la santé en général et réduisent significativement les risques de survenue d'un diabète de type 2.

4.1. Alimentation

Au niveau de l'alimentation, nous retrouvons une multitude d'informations qui ne sont pas toujours exactes ou inadéquates en regard de la pathologie.

Il faut bien faire attention à ce que le patient peut trouver dans les magazines, les publicités, internet, etc. Changer ses habitudes alimentaires, c'est avoir une alimentation variée et équilibrée pour limiter la prise de poids. Il ne s'agit pas de s'astreindre à un régime draconien.

Souvent la mise en place d'un « rééquilibrage alimentaire » permet par la même occasion une perte de poids notamment lorsque la personne présente un surpoids.

D'ailleurs, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, il a été démontré qu'un amaigrissement de seulement 5% du poids corporel apporte un bénéfice glycémique non négligeable.

Pour un régime équilibré,

- Il faut faire au moins 3 repas par jour et manger à heures régulières (cela permet de mieux gérer sa faim et d'éviter les « fringales »).
- Arrêter tout grignotage entre les repas.
- Manger peu de graisses :
 - Réduire en priorité les graisses d'origine animale (viandes grasses, œufs charcuteries, fromages, beurre, crème fraîche).
 - Diminuer aussi les aliments riches en gras comme les fritures, les cacahuètes ou autres fruits oléagineux, les chocolats, les glaces, les pâtisseries et autres viennoiseries, les biscuits apéritifs.
 - Manger du poisson plus souvent.
 - Préférer les viandes maigres (filet de porc, volailles sans peau), les laitages écrémés ou demi-écrémés.
 - Cuisiner avec des matières grasses d'origine végétale riches en acides gras mono-insaturés (olive, arachide, colza) ou polyinsaturés (tournesol, pépins de raisin, maïs, etc.).
 - Utiliser des modes de cuisson sans graisse (grill, vapeur, etc.).
 - Éviter d'associer plusieurs aliments gras au cours d'un même repas.
- Manger des aliments riches en fibres :
 - Un fruit et/ou légumes verts à chaque repas.
 - Penser aux céréales complètes et aux légumes secs.
- Manger suffisamment de glucides :
 - Privilégier la consommation de féculents (glucides complexes).
 - Manger des fruits (glucides simples).
 - Répartir les glucides entre les différents repas.
 - Favoriser les glucides qui ont un index glycémique bas (fruits, lentilles, haricots blancs, pâtes, etc.).
 - Ne pas interdire les produits sucrés avec du saccharose (sucre de table), surtout s'ils sont consommés en fin de repas (mais avec modération car sont souvent gras).

- Les boissons sucrées sont les seuls interdits, privilégier l'eau minérale, les tisanes, les boissons lights éventuellement.
- Utiliser les édulcorants (attention tout de même avec l'utilisation des édulcorants car même si ce sont de bons substituts au sucre, ils ne permettent pas un « sevrage » au goût sucré dans le sens où on peut avoir envie de manger sucré davantage).
- Manger du pain (complet de préférence) : il faut en consommer, à condition de le répartir au cours des différents repas et avec modération. Il s'agit d'un équivalent des féculents.

Attention tout de même aux produits lights, sans sucres, avec édulcorants, le sucre est souvent remplacé par des graisses et il y a un risque de renforcement de l'appétence.

De par sa place et son statut, le pharmacien est un interlocuteur privilégié, il sera donc important de pouvoir donner ces conseils diététiques si besoin, de dialoguer avec le patient et même parfois si nécessaire, de lui conseiller de voir une diététicienne pour vraiment revoir les bases de l'alimentation et avoir un suivi régulier, adapté à chaque patient et fonctions de ses habitudes, ses goûts, modes de vie, religion, etc.

Toutes ces recommandations sont résumées dans le schéma ci-dessous que l'on peut retrouver dans le Programme National Nutrition Santé (PNNS) ou encore sur internet à l'adresse suivante : www.mangerbouger.fr

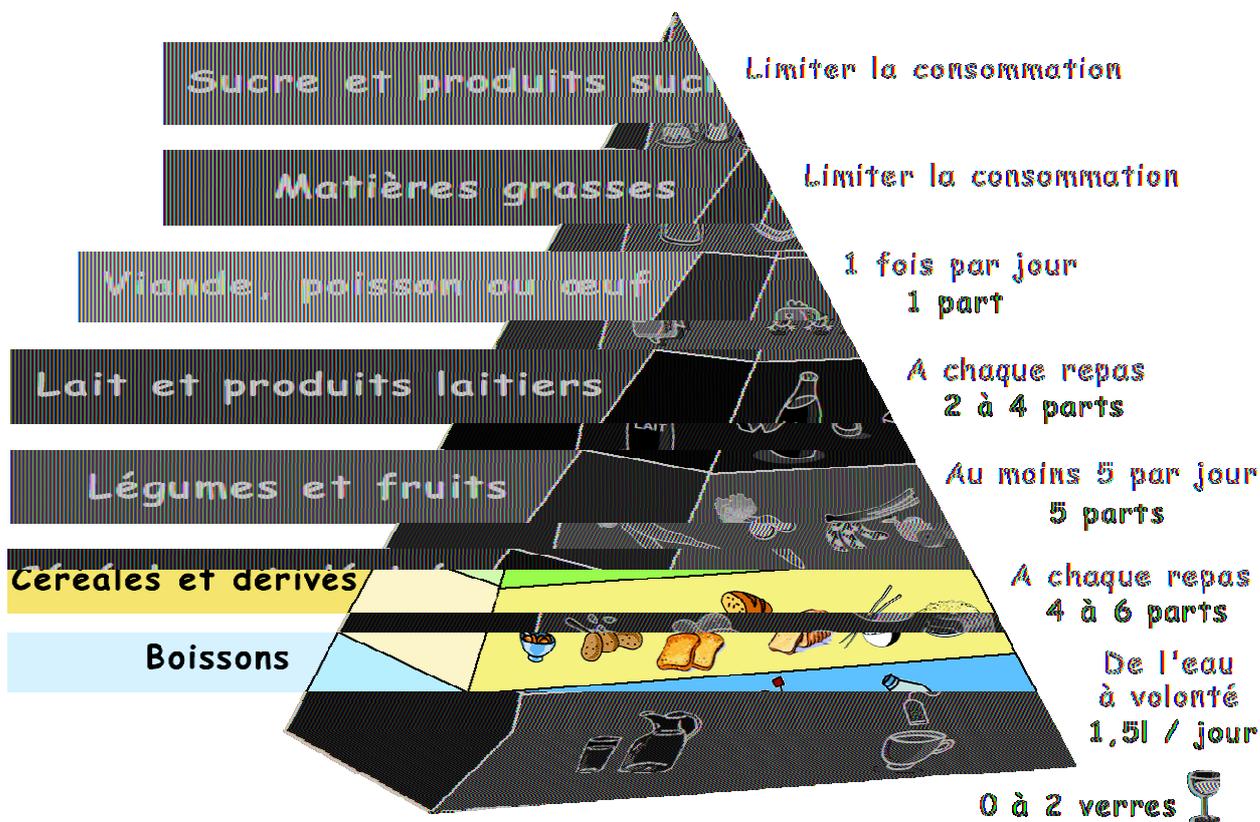


Figure 16 : Pyramide alimentaire du Programme National Nutrition Santé (D'après le PNNS 2011-2015 de l'INPES)

Ce graphique appelle quelques précisions.

Tout d'abord, la glycémie est la mesure du taux de sucre (glucose) dans le sang.

L'index glycémique permet de classer les aliments en fonction de l'élévation de la glycémie qu'ils produisent quand on les consomme. Plus leur index est élevé, plus les aliments entraînent une hausse rapide du taux de sucre. Chez une personne non diabétique, cela provoque aussitôt une forte sécrétion d'insuline, dont rôle est de faire baisser le taux de sucre. Cette baisse de sucre fait alors augmenter la faim. Les aliments à index glycémique haut sont donc plus susceptibles de faire prendre du poids parce qu'ils ouvrent l'appétit.

Chez une personne diabétique, la sécrétion et l'action de l'insuline sont perturbées, ce qui signifie que la consommation d'aliments à index glycémique élevé entraîne une hausse brutale de la glycémie, sans qu'il n'y ait de sécrétion d'insuline suffisante pour redescendre à une glycémie « normale ». Cela engendre des déséquilibres de la glycémie.

Sont classés hyperglycémiant (index de plus de 50), par exemple, le riz à cuisson rapide (85), le pain blanc (70) et les bananes (60). Parmi les aliments à faible index glycémique, on retrouve les figues fraîches (35) et les haricots verts (30). Évidemment, nous n'avons pas à nous soucier de l'index glycémique pour les aliments qui ne contiennent pas de glucides, comme les viandes et les poissons par exemple.

L'index glycémique d'un même aliment peut varier selon plusieurs facteurs. Prenons l'exemple d'une céréale comme le blé. Plus le grain de blé est moulu finement, plus son index glycémique augmente. C'est pourquoi le pain de blé, fait d'une fine farine, fait plus augmenter le taux de sucre sanguin (et le stockage des graisses) que les pâtes, faites de semoule, un grain moulu plus grossièrement. De même, la farine raffinée possède un index glycémique plus élevé que la farine entière. Enfin, un traitement industriel comme la pré-cuisson élève aussi l'index glycémique d'une céréale. Mentionnons également que diverses variétés d'un même aliment peuvent posséder des index glycémiques différents.

Nous pouvons souligner l'intérêt de manger des fibres en même temps qu'un aliment sucré ou avec un index glycémique élevé. En effet, les fibres solubles permettent de diminuer l'élévation de la glycémie induite par l'aliment sucré, en plus de d'augmenter l'effet de satiété en prenant du volume dans l'estomac.

Dans le tableau ci-dessous, nous retrouvons l'index glycémique de quelques aliments les plus courants.(Nutrimont, 2015)

Tableau 14 : Tableau regroupant les principales sources alimentaires et l'index glycémique de quelques aliments courants (D'après Nutriment, 2015)

Principales sources alimentaires et index glycémique de quelques aliments courants *

Aliments et produits à IG bas		Aliments et produits à IG moyen		Aliments et produits à IG élevé	
Abricots secs	36	Couscous/semoule complète	50	Glucose	100
Orange, pêche, nectarine, pomme, prune (fruit frais)	35	Jus de pomme (sans sucre ajouté)	50	Sirop de glucose	100
Céleri rave (cru)	35	Kiwi	50	Farine de riz	95
Figue (fraîche)	35	Muesli (sans sucre ajouté)	50	Fécule de pomme de terre	95
Haricots blancs ou rouges	35	Patate douce	50	Maltodextrine	95
Jus de tomate	35	Pâtes complètes	50	Pommes de terre cuites au four	95
Lin, sésame, pavot, tournesol (graines)	35	Riz basmati long	50	Pomme de terre en flocons (instantanée)	90
Pain Essène (de céréales germées)	35	Riz complet brun	50	Riz gluant	90
Petits pois (frais)	35	Surimi	50	Carottes cuites	85
Pois chiches (conservé)	35	Pain suédois type "Wasa®"	50	Corn Flakes, flocons de maïs	85
Pomme (compote)	35	Ananas frais	45	Farine de blé blanche (raffinée)	85
Quinoa	35	Banane (verte)	45	Lait de riz	85
Yaourt (nature)	35	Boulgour complet	45	Maïzena	85
Riz sauvage	35	Céréales complètes (sans sucre)	45	Pain très blanc, pain de mie	85
Yaourt au soja (aromatisé)	35	Confiture sans sucre ajouté	45	Riz à cuisson rapide (précuit)	85
Abricots, pamplemousse, poire (fruit)	30	Epeautre (farine ou pain intégral)	45	Riz soufflé, galettes de riz	85
Ail	30	Jus pamplemousse (sans sucre ajouté)	45	Pomme de terre en purée	80
Betterave, carotte (cruës), haricots verts	30	Jus orange (sans sucre ajouté, pressé)	45	Potiron	75
Fromage blanc (nature)	30	Noix de coco	45	Baguette, pain blanc	70
Lait de vache, d'avoine, soja, amande	30	Petits pois (conservé)	45	Barres chocolatées non protéinées	70
Lentilles brunes, pois chiches	30	Raisin frais	45	Biscottes	70
Tomates	30	Riz basmati complet	45	Biscuits (moyenne)	70
Baies de Goji	25	Sauce tomate, coulis de tomate industriel	45	Brioche	70
Cerise, framboise, fraise, groseille (fruit)	25	Seigle (farine ou pain)	45	Céréales raffinées sucrées (moyenne)	70
Chocolat noir (>70% de cacao)	25	Cidre brut	40	Chips	70
Farine de soja	25	Fèves (cruës)	40	Colas, boissons gazeuses, sodas	70
Flageolets, pois cassés	25	Figues sèches	40	Croissant	70
Graines de courges	25	Flocons d'avoine (non cuite)	40	Dattes	70
Haricot mungo (soja)	25	Haricots rouges (conservé)	40	Riz blanc standard	70
Lentilles vertes	25	Jus de carottes (sans sucre ajouté)	40	Sucre blanc (saccharose)	70
Mûres	25	Pain 100% intégral au levain pur	40	Sucre roux/complet/intégral	70
Purée d'amandes complètes (sans sucre)	25	Pruneaux	40	Confiture	65
Artichaut, aubergine, coeur palmier (frais)	20	Purée de sésame	40	Couscous, semoule (farine raffinée)	65
Cacao en poudre (sans sucre)	20	Sarrasin, blé noir intégral (farine ou pain)	40	Epeautre (farine raffinée)	65
Chocolat noir (>85% de cacao)	20	Spaghetti ai dente (cuits 5 minutes)	40	Farine de châtaigne	65
Citron (frais ou jus sans sucre ajouté)	20			Farine semi complète	65
Ratatouille	20			Fèves (cuites)	65
Yaourt au soja (nature)	20			Maïs en grains	65
Agave (sirop)	15			Muesli standard (avec sucre ajouté, miel)	65
Amandes, noisettes, noix, noix cajou, soja	15			Pain au chocolat	65
Asperge, blette, céleri branche, poireaux	15			Pain au seigle, bis ou complet	65
Choucroute, chou-fleur, choux, choux Bruxelles, brocoli	15			Pomme de terre cuite à l'eau / vapeur	65
Poivron, champignon, courgette, concombre	15			Raisins secs	65
Cacahuète, arachide, pignon pin, pistache	15			Sorbet (moyenne)	65
Echalote, gingembre, oignon, olives	15			Abricot au sirop	60
Céréales et graines germées, germe blé	15			Banane (mûre)	60
Endives, chicorée, épinards, salade	15			Châtaigne, marron	60
Haricot coco, haricot mange-tout, coco plat, cocos, pois mange tout	15			Crème glacée (moyenne)	60
Tofu (soja)	15			Farine complète	60
Avocat	10			Melon	60
Épices (poivre, persil, basilic, origan, carvi, cannelle, vanille, etc.)	5			Miel	60
				Poudre chocolatée (sucrée)	60
				Riz long, de Camargue ou parfumé	60
				Boulgour cuit	55
				Jus de raisin	55
				Ketchup	55
				Moutarde	55
				Pâte à tartiner "Nutella®"	55
				Spaghetti blancs (bien cuits)	55

*Source : Montignac

Les grands groupes d'aliments :

Selon leurs apports nutritionnels, les aliments sont classés en 7 grands groupes contenant diversement : des glucides (les sucres), des lipides (les graisses) et des protéines (viandes, poissons, œufs) :

Groupe 1 : les **boissons**

Ce groupe apporte des minéraux et des oligo-éléments.

La consommation recommandée est de 1 à 1,5 litre de boissons par jour.

Elle doit être augmentée en cas de fortes chaleurs ou d'activité physique prolongée.

Seule l'eau est indispensable, dépourvue de calories, elle peut être consommée sous forme pure, en café, thé, tisane, bouillon, potage, aromatisée ou « zestée ». Certaines boissons « light » peuvent être consommées. Elles contiennent des édulcorants et n'apportent pas (ou peu) de calories.

Il faut limiter les boissons sucrées riches en sucre et hyperglycémiantes.

Groupe 2 : les **fruits et les légumes**

Ils apportent essentiellement des glucides et sont riches en vitamines, minéraux et fibres.

La consommation recommandée est de 5 portions de fruits et légumes par jour dont 2 à 3 fruits (plutôt à la fin d'un repas plutôt qu'au goûter pour mieux assimiler le sucre et éviter une montée trop rapide de la glycémie).

Il ne faut pas hésiter à varier la nature des fruits consommés sous toutes les formes (crus, cuits, nature ou préparés, frais, surgelés ou en conserve).

Groupe 3 : les **pains, céréales, féculents et légumes secs**

Ils apportent des glucides, des protéines végétales, des fibres et fournissent l'essentiel de l'énergie dont l'organisme a besoin.

La consommation recommandée est à chaque repas selon son appétit (tout en limitant tout de même les quantités selon les personnes : sexe, âge, activités, etc.).

Favoriser les aliments céréaliers complets.

Groupe 4 : le **lait et les produits laitiers**

Ces aliments apportent des protéines animales et des graisses. Ils sont très importants au quotidien pour leur richesse en calcium.

La consommation recommandée est à chaque repas, soit 3 à 4 fois par jour.

Limiter la consommation de fromage car ce produit laitier est plus gras que les autres (donc attention au risque cardiovasculaire).

Groupe 5 : les **viandes, poissons et œufs**

Ces aliments apportent surtout des protéines animales, mais aussi des graisses, du fer et des vitamines du groupe B dont la vitamine B12 (peu ou pas présente dans les autres groupes d'aliments).

La consommation recommandée de protéines animales est de 1 à 2 fois par jour.

A consommer en quantité inférieure à l'accompagnement (en général 100g de viandes ou 100g poissons ou 2 œufs avec 150 à 200g de féculents et légumes à volonté).

Concernant les viandes, variez les espèces et privilégiez les morceaux moins gras.

Pensez à consommer du poisson au moins deux fois par semaine, dont une fois par semaine du poisson gras (saumon, sardine, thon, maquereau, etc.) pour leur richesse en acides gras essentiels.

Groupe 6 : les **matières grasses**

Les matières grasses sont essentiellement composées de lipides, elles apportent des acides gras essentiels et les vitamines A et E. Très riches en énergie, elles sont à limiter.

La consommation recommandée est 1 à 2 cuillerées à soupe par repas.

Ne consommer qu'un seul aliment à forte teneur en graisses dans le même menu.

Parmi les matières grasses, privilégiez celles d'origine végétale, par exemple l'huile d'olive, de colza, de soja ou de noix.

Limitez les graisses d'origine animale (beurre, crème fraîche, etc.) et utilisez-les de préférence crues car plus digestes.

Groupe 7 : les **produits sucrés**

Ils apportent... du sucre non indispensable d'un point de vue nutritionnel !

Beaucoup d'aliments classés dans ce groupe apportent une quantité non négligeable de matières grasses : les biscuits, les pâtisseries, le chocolat, etc.

Très denses en énergie, ils sont donc à consommer occasionnellement et toujours dans le cadre d'un repas pour limiter l'effet hyperglycémiant.

4.2. Activités physiques

4.2.1. Quelles activités physiques ?

Attention « activité physique » n'est pas obligatoirement synonyme de « sport ».

Une première étape est d'augmenter le niveau d'activité dans la vie quotidienne.

Ainsi il est préférable chaque jour, par exemple :

- De prendre l'escalier plutôt que l'ascenseur.
- De prendre les transports en commun et de descendre une ou deux stations avant la destination choisie.
- De profiter du week-end pour aller au parc avec ses enfants ou petits-enfants ou de faire une promenade à bicyclette.
- De marcher pendant la coupure du déjeuner ou d'aller promener son chien.
- Faire le ménage, jardiner.
- Aller chercher les enfants à l'école à pied plutôt qu'en voiture.
- Aller chercher le pain en vélo plutôt qu'en voiture.

L'idéal est de bouger 30 à 60 minutes par jour, en choisissant des activités que l'on peut intégrer au quotidien.

La marche est un excellent exercice. Dix minutes de marche douce peuvent être la première étape à une reprise d'activité physique ; vous pouvez chaque jour augmenter l'intensité et la durée de la marche.

L'idéal est d'arriver à pratiquer chaque jour au minimum 30 minutes de marche rapide.

En plus de cela, et dans la mesure du possible, la pratique d'une activité sportive est souhaitable : randonnée, jogging, cyclisme, natation, golf, ski de fond, à raison de 30 à 60 minutes, 2 ou 3 fois par semaine.

Pour cela, en parler auparavant à votre médecin.

Il est important de rester actif dans la durée. Pour cela, il est nécessaire de se fixer des objectifs réalistes. En effets, les bonnes résolutions que le patient n'arrive pas à tenir donnent mauvaise conscience et démotivent.

De plus, pour rester motivé, il faut miser sur la dynamique de groupe. En effet, quand nous manquons de motivation, les entraînements à date fixe et les camarades de sport peuvent nous aider à persévérer.

4.2.2. Les bénéfices de l'activité physique

Pratiquer régulièrement un exercice physique va réduire la masse grasse (quantité de graisse stockée par l'organisme notamment au niveau de l'abdomen), les taux de cholestérol, de triglycérides, la tension artérielle, etc.

De plus, la pratique régulière d'exercice permet de maintenir la glycémie à un niveau normal et la sensibilité de l'insuline augmente, c'est donc bénéfique dans la prévention et la thérapie du diabète.

Les effets bénéfiques de l'activité physique sont nombreux chez les personnes diabétiques, nous pouvons d'ailleurs en citer plusieurs :

- Diminution de la glycémie dans les heures qui suivent l'effort car le muscle va reconstituer ses réserves de glycogène.
- L'amélioration de la sensibilité à l'insuline qui résulte d'une augmentation de l'utilisation périphérique du glucose, pendant et après l'exercice.
- Le maintien du poids (voir une réduction en association avec une alimentation équilibrée).
- Une augmentation des capacités cardio-respiratoires menant à une diminution de l'essoufflement durant l'effort.
- Une diminution de la pression artérielle.
- Une baisse des triglycérides et une augmentation du HDL.
- Un effet positif sur le moral.

4.3. Tabac et Alcool

4.3.1. Tabac

Pour les diabétiques, le tabac constitue un facteur de risque important de complications. Il faut dire qu'en soi la consommation de tabac, même faible, expose tout individu à de graves problèmes de santé.

Si nous considérons uniquement les effets du tabac sur le plan cardiovasculaire, il favorise la formation de caillots, de thromboses et de spasmes. De plus, il fait diminuer le HDL cholestérol (autrement dit le « bon cholestérol ») et agit sur l'équilibre glycémique. (Fédération Française des Diabétiques, 2015)

Les statistiques parlent d'eux-mêmes : un diabétique fumeur a deux fois plus de risques de faire un AVC (accident vasculaire cérébral) ou une crise cardiaque qu'un diabétique non-fumeur ; trois fois plus de risques d'être atteint d'insuffisance rénale et d'artérite aux jambes qu'un diabétique non-fumeur. L'arrêt du tabac est donc une arme de plus pour lutter contre les complications. (Fédération Française des Diabétiques, 2015)

Aujourd'hui en pharmacie, il existe de nombreux dispositifs pour arrêter de fumer et le pharmacien est le mieux placé pour donner ses conseils en les adaptant à chaque personne. En effet, les moyens sont nombreux en passant par les substituts nicotiniques avec les patchs, les gommes à mâcher ou à sucer, mais aussi l'homéopathie ou encore la phytothérapie.

Il existe un test simple et rapide à faire au comptoir, pour connaître le niveau de dépendance du patient à la nicotine, il s'agit du questionnaire de Fagerström (Annexes 10 et 11). Selon le score obtenu au questionnaire, nous pouvons adapter nos conseils pour chaque patient, selon ses besoins.

Il est important d'encourager le patient et de le soutenir, certes ce n'est pas chose facile d'arrêter de fumer surtout s'il s'agit d'une personne qui fume depuis longtemps mais il est toujours tant d'arrêter surtout quand la santé en dépend.

4.3.2. Alcool

La consommation d'alcool considérée comme acceptable est de deux verres de vin pour la femme et trois verres pour l'homme, par jour, au cours des repas.

L'alcool est à consommer avec modération. Aussi, il faut garder en tête que certaines boissons alcoolisées contiennent plus de glucides que d'autres.

En effet, la bière, le vin sucré, les digestifs, le vin fortifié et le vermouth renferment des glucides, alors que les vins secs et les spiritueux en contiennent très peu.

Les boissons alcoolisées qui renferment du sucre influenceront davantage la glycémie à la hausse. Si le contrôle de la glycémie n'est pas optimal, il sera plus raisonnable de limiter la consommation d'alcool ou de s'en abstenir.

Tableau 15 : Valeurs glucidiques et énergétiques de boissons alcoolisées (D'après Extenso, 2001)

Types de boissons alcoolisées	Quantité (une consommation)	Glucides (g)	Énergie (calories)
Bière régulière	340 ml	13	150
Bière légère		4	95
Bière à 0,5 % d'alcool		12 à 18	60 à 85
Boisson au vin de type « Cooler »		22	170
Tornade, Vodka Ice		50	260
Vins (12 % d'alcool) :	150 ml		
Blanc sec		1	106
Rouge sec		2	106
Champagne		2,5	120
Spiritueux (40 % à 50 % d'alcool) :	45 ml		
Rhum, vodka, scotch, whisky, gin		0	98
Digestifs (~23 % à 40 % d'alcool) :	45 ml		
Crème de menthe		21	143
Liqueur au café		17	159
Cherry Brandy		15	123
Brandy, cognac		0	112

En plus de la quantité de glucides présente au sein des boissons alcoolisées, il ne faut pas négliger l'apport calorique élevé qui accompagne ces boissons et qui est donc un frein à la perte de poids envisagé. La consommation d'alcool n'est pas à proscrire totalement puisqu'il faut savoir se faire plaisir également pour pouvoir tenir ces recommandations sur le long terme. Cependant ils sont à consommer avec modération, lors de grandes occasions. Il faut être vigilant tout de même avec certains traitements antidiabétiques comme la Metformine, par exemple, où la consommation d'alcool est déconseillée en raison de l'augmentation du risque d'acidose lactique.

4.4. Fiches conseils / mémo patient

4.4.1. Réalisation d'une fiche conseils de synthèse

Pour la réalisation de cette fiche conseils, nous nous sommes appuyés sur les bases de l'alimentation en reprenant les sept grands groupes d'aliments que nous avons vus précédemment mais également sur d'autres thèmes que l'alimentation tels que le tabac, l'alcool ainsi que l'activité physique.

Cette fiche mémo regroupe l'essentiel des choses à savoir sur les règles hygiéno-diététiques que chacun peut ensuite adapter selon ses préférences.

Il s'agit d'une base avec les principaux groupes d'aliments, chacun peut les faire varier à sa convenance.

Ce sont des règles élémentaires simples, de bases et cela correspond aux références nutritionnelles nationales avec une adaptation au niveau des glucides puisque les patients ciblés sont diabétiques ou risquent de développer un diabète.

Alimentation :

- Faire au moins 3 re
- Arrêter tout grignot



4.4.2. Intérêts de la réalisation d'une fiche « conseils »

4.4.2.1. La notion de déperdition d'information

Dans une interaction, nous constatons fréquemment une déperdition d'information. Il semblerait que les neurologues l'expliquent par notre capacité de mémoire limitée. En effet, entre le moment où la première personne veut dire quelque chose et le moment où son interlocuteur va répercuter ce qu'il a retenu, le message perd de sa substance.

Pour représenter cette notion, on peut s'appuyer sur la pyramide de Leavitt (psychologue américain du travail et des organisations) représentée ci-dessous.

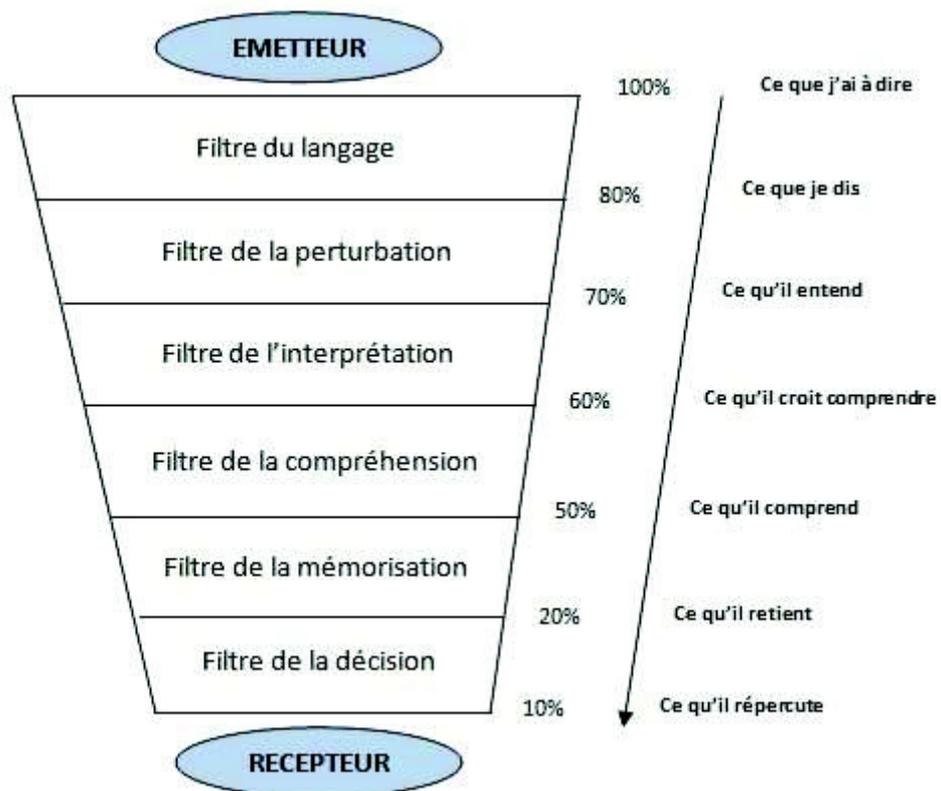


Figure 18 : Pyramide de LEAVITT (Leavitt, 1969) (D'après Victor Cabrera, 2015)

Comme exemple, nous pouvons prendre notamment l'exercice bien connu sous le nom du « téléphone arabe » où une personne au départ écoute un message et doit le répéter aux personnes suivantes. Au fur et à mesure des personnes et très rapidement, des informations (même celles qui sont importantes) sont perdues voire déformées.

Cette déperdition est d'autant plus importante lorsqu'il s'agit d'un domaine que la patient ne connaît pas particulièrement, ce qui est logique puisque chaque domaine a son vocabulaire propre, ses expressions, etc.

Le domaine médical est un domaine où il est facile de se perdre dans les termes quand nous ne connaissons pas. C'est pourquoi il est nécessaire d'utiliser des mots simples et d'adapter son discours à son public, en l'occurrence adapter son discours à chaque patient, avec une approche personnalisée pour chacun.

Les conseils sont donnés aux patients lors de l'entretien pour le dépistage mais cela représente un grand nombre d'informations, de choses à retenir. Le patient peut vite s'y perdre et peut même déformer indirectement ce qui a été dit réellement. C'est pourquoi ces fiches conseils sont très importantes.

4.4.2.2. Un outil simple

Outre la déperdition d'information qui est importante à prendre en compte, le second intérêt est le fait que ces fiches conseils « mémo » sont simples. En effet, le patient un peu perdu, va vouloir se renseigner lui-même en lisant des magazines de santé ou encore en allant directement sur internet où il va trouver une multitude d'informations.

Ce n'est pas recommandé puisque, bien que beaucoup d'informations soient disponibles sur internet, nous ne trouvons pas toujours les bonnes informations. De plus, il serait malencontreux pour le patient de mémoriser des informations qui ne lui seraient pas adaptées.

Ces fiches conseils permettent aux patients d'avoir un résumé simple et synthétique sur ce qu'il faut faire ou ne pas faire, ce qu'ils peuvent améliorer et éviter.

Cela permet de ne pas tout mélanger, le but est de résumer les choses de manière claire et concise, pour que le patient puisse avoir sur lui, donc partout où il va, ces petites fiches conseils qui le guideront dans la prévention du diabète et/ou de ses complications.

Conclusion :

Avec les diverses définitions que nous venons de voir, il est impératif à présent de bien faire la différence entre la communication verbale et la communication non verbale.

A l'écoute du terme « communication », nous pensons d'abord à la communication verbale, les mots, la langue utilisée, etc. En réalité, ce sont nos gestes, nos attitudes qui vont nous permettre de transmettre le message souhaité, ou du moins le moduler, de manière à préciser la façon dont il faut comprendre le message verbal.

Aujourd'hui, la communication est utilisée dans de nombreux domaines et notamment dans le marketing, au sein d'une entreprise (la publicité), etc. Mais il ne faut pas négliger la communication dans le milieu médical, qui est un outil indispensable et notamment à l'officine où la communication est au cœur de notre métier puisque nous communiquons de différentes façons avec nos patients à chaque instant.

La communication est un concept si vaste et naturel que nous en oublions parfois son importance. Si tous les entrepreneurs prennent conscience de l'enjeu d'une bonne communication, certains oublient que cette dernière nécessite une véritable préparation.

En effet, tout comme nous ne pouvons pas improviser un business plan ou une campagne de publicité, il est impossible de communiquer correctement sans une bonne stratégie de communication. C'est dans ce cadre que nous allons pouvoir conseiller, orienter le patient pour qu'il puisse se prendre en charge sur le plan de l'alimentation et de l'activité physique par exemple. C'est avec une bonne méthode de communication que nous allons pouvoir transmettre au patient l'information souhaitée.

La relation soignant-soigné est au cœur de cette médecine humaine dont chacun rêve et dont on s'éloigne un peu plus chaque jour. Cette relation est fondée sur la communication, échange à double sens de messages verbaux, écrits ou comportementaux entre les personnes.

« Nous pouvons avoir tous les moyens de communication du monde, mais rien, absolument rien, ne remplace le regard de l'être humain. »

Comme le fleuve qui coule; Paulo Coelho

Conclusion générale

Le « diabète », est un terme aujourd'hui de plus en plus répandu au sein de notre société. Et pourtant, un diagnostic effectué souvent trop tardivement, et un dépistage non systématique en présence de facteurs de risque avérés, sont responsables du nombre de personnes diabétiques qui s'ignorent.

Dans notre première partie, nous avons pu faire le point sur la législation actuelle qui est assez complexe. Une évolution du métier de pharmacien depuis la loi HPST de 2009, et pourtant une annulation des dépistages à l'officine par le Conseil d'Etat en avril 2015. Malgré les intérêts et les enjeux non négligeables, les dépistages ont été suspendus, dans l'attente très certainement d'une autorisation à venir...

Dans notre seconde partie, nous avons développé notamment le dépistage à proprement dit avec les méthodes, le matériel, et l'assurance qualité qui en ressort. Mais en plus de cela, il s'agissait surtout de l'analyse des résultats obtenus durant les différentes campagnes de dépistage de diabète de type 2.

En résumé, le pourcentage de personnes diabétiques qui s'ignoraient, avoisine les 10%, ce qui n'est pas négligeable. De plus, nous avons obtenu de nombreux résultats grâce à la participation des pharmacies mutualistes, ce qui en fait aussi la richesse et ce qui accroît leur pertinence. En ciblant les personnes à risque grâce à un questionnaire, nous pourrions dépister de nombreuses personnes chaque jour à l'officine. Cela permettrait très certainement de prendre en charge de nombreux patients avant l'apparition des complications liées au diabète de type 2.

Le diabète est un enjeu de Santé Publique, il ne faut pas l'oublier et le pharmacien semble avoir une place privilégiée dans la réalisation de cette mission, comme nous avons pu le démontrer avec les différents points positifs et négatifs des dépistages à l'officine.

Ces dépistages qui ont été réalisés, ont abouti à des résultats de glycémie capillaire, résultats qui ont fait l'objet d'une annonce aux patients.

C'est ce que nous avons développé dans notre troisième partie. Non pas l'annonce d'un diagnostic, puisque ce sont les rôles du médecin traitant et du Laboratoire de Biologie Médicale ; mais bien l'annonce d'un résultat de dépistage.

Pour cela, il a été utile de revoir quelques notions de communication afin d'en comprendre l'importance ainsi que la place qu'elle occupe chaque jour dans notre métier. Nous avons également abordé les conditions dans lesquelles l'annonce doit s'effectuer.

En plus de cela, nous avons pu détailler l'ensemble des conseils hygiéno-diététiques à dispenser aux patients, en abordant l'alimentation, l'activité physique, le tabac et l'alcool. De plus, il peut être nécessaire quelques fois, selon les patients concernés, de les orienter vers un professionnel de santé afin de leur donner tous les éléments pour éviter ou retarder l'apparition d'un diabète de type 2.

Au travers de ces différentes parties, nous avons pu clairement démontrer l'intérêt des dépistages de diabète de type 2 à l'officine.

En effet, avec d'une part la pertinence des résultats obtenus et d'autre part, par le biais de l'analyse des avantages et des difficultés de la réalisation des dépistages de diabète de type 2 à l'officine, nous avons pu démontrer que nous sommes bien placés pour réaliser ces campagnes.

Nous avons clairement constaté que l'officine semble être un lieu privilégié pour les réaliser puisqu'elle rassemble tous les critères nécessaires à leur mise en place dans des conditions optimales.

Le métier de pharmacien évolue de plus en plus, avec notamment l'attribution de nouvelles missions.

Actuellement, nous sommes dans la réalisation des entretiens pharmaceutiques avec notamment les anti-vitamines K (AVK) et l'asthme. Cependant, le diabète qui est une pathologie chronique, s'inscrit dans la liste établie par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et fera très certainement parti des entretiens prévus prochainement.

La législation à propos des dépistages à l'officine est à l'heure actuelle figée mais cela ne saurait tarder à évoluer.

C'est dans ce contexte d'évolution, de changement que nous pourrions éventuellement émettre l'idée d'un dépistage du diabète de type 2 à l'officine de manière systématique. Que ces campagnes, qui finalement aboutissent à des résultats pertinents et significatifs puissent être mises en place au niveau national, afin de réduire le nombre de diabétiques qui s'ignorent et d'avoir une meilleure prise en charge du diabète pour éviter ou retarder l'apparition des complications. Il s'agit également d'avoir une meilleure prise en charge des patients en situation de « pré-diabète » avec des facteurs de risque avérés, qui ne sont pas à négliger.

Au vu des résultats obtenus avec un nombre de pharmacies relativement peu élevé par rapport au nombre de pharmacies existantes au niveau national, nous pouvons imaginer le nombre potentiel de personnes qui pourraient être dépistées et à qui nous pourrions éviter de nombreuses complications grâce à une prise en charge précoce.

Le bénéfice escompté par rapport au coût du dispositif est notable. Nous pouvons changer la vie de nombreuses personnes, à moindre coût, tout en exerçant notre métier au quotidien.

Ces raisons ne sont-elles pas suffisantes pour élargir ces campagnes de dépistages de diabète de type 2 pour des patients ciblés au niveau national ?

Annexes

Annexe 1 : Arrêté du 11 juin 2013

Le Ministère des affaires sociales et de la santé arrête :

« Art. 1er.–Les tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale au sens de l'article L. 6211-3 du code de la santé publique sont :

I. – Les tests mentionnés dans les arrêtés du 28 mai 2010 et du 9 novembre 2010 susvisés

II. – Les tests ou recueils et traitements de signaux biologiques suivants :

1° Les tests ou recueils et traitements de signaux biologiques réalisés par le public, au moyen de dispositifs destinés par le fabricant à être utilisés comme autodiagnostic, dans le cadre d'un environnement domestique, conformément au 3° de l'article R. 5221-4 du code de la santé publique ;

2° Les tests, recueils et traitements de signaux biologiques réalisés par les infirmiers, figurant dans le tableau no 1 de l'annexe I du présent arrêté ;

3° Les tests, recueils et traitements de signaux biologiques réalisés par les sages-femmes, figurant dans le tableau n° 2 de l'annexe I du présent arrêté ;

4° Les tests, recueils et traitements de signaux biologiques réalisés par les médecins ou sous leur responsabilité par un autre professionnel de santé, figurant dans le tableau no 3 de l'annexe I du présent arrêté ;

5° Les tests, recueils et traitements de signaux biologiques réalisés par les pharmaciens d'officine dans un espace de confidentialité, figurant dans le tableau no 4 de l'annexe I du présent arrêté.

Art. 2. – Les tests ou recueils et traitements de signaux biologiques mentionnés à l'article 1er du présent arrêté ne constituent pas des examens de biologie médicale.

Ils constituent des éléments d'orientation diagnostique sans se substituer au diagnostic réalisé au moyen d'un examen de biologie médicale. Le patient en est explicitement informé par le professionnel de santé qui les réalise.

Il est également informé des moyens de confirmation par un examen de biologie médicale si la démarche diagnostique ou thérapeutique le justifie. Il relève de la responsabilité du professionnel de santé réalisant les tests ou recueils et traitements de signaux biologiques mentionnés aux 2o, 3o, 4o et 5o de l'article 1er du présent arrêté de prendre en compte les performances décrites par le fabricant en fonction de l'usage qu'il souhaite en faire. Ce professionnel est tenu au respect de la notice d'utilisation du dispositif médical de diagnostic in vitro et des recommandations de bonnes pratiques des tests fixées à l'annexe II du présent arrêté.

Art. 3. – Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 11 juin 2013. »

Annexe 2 : Annexe II de l'Arrêté du 11 juin 2013

ANNEXE II

PROCÉDURE D'ASSURANCE QUALITÉ APPLICABLE AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ RÉALISANT LES TESTS OU RECUEILS ET TRAITEMENTS DE SIGNAUX BIOLOGIQUES

« Une procédure d'assurance qualité est rédigée par le professionnel réalisant les tests ou recueils et traitements de signaux biologiques. Cette procédure comporte deux parties : une fiche à remplir une seule fois dont un modèle-type figure en annexe III et les modalités de traçabilité de l'utilisation de chaque test pour chaque patient qui nécessite d'inscrire ces éléments dans chaque dossier patient ou dans le cahier de liaison ou de suivi du patient à domicile.

1° La fiche comporte les éléments suivants :

- la formation accomplie pour pratiquer le test ou recueil et traitement de signaux biologiques ;
- les modalités de respect des recommandations du fabricant du test ou recueil et traitement de signaux biologiques ;
- les modalités pour la communication appropriée du résultat du test rapide au patient ; – les modalités d'élimination des déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI) ;
- Les modalités de contrôle des appareils de mesure utilisés.

2° Les modalités de la traçabilité des résultats des tests pour chaque patient nécessitent d'inscrire dans chaque dossier de patient ou dans le cahier de liaison ou de suivi du patient à domicile :

- le résultat du test avec les unités utilisées ; – les informations concernant le dispositif médical de diagnostic in vitro utilisé ;
- le numéro de lot du test utilisé ;
- le cas échéant, le numéro de lot de l'appareil de mesure ;
- la date et l'heure de réalisation ;
- l'identification de l'opérateur. »

Annexe 3 : Annexe III de l'Arrêté du 11 juin 2013

ANNEXE III

MODÈLE TYPE DE FICHE DE PROCÉDURE D'ASSURANCE QUALITÉ POUR LA RÉALISATION DES TESTS D'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE

« Nom de la structure d'exercice du ou des professionnel de santé concernés.

Objet :

Cette procédure vise à décrire ce qui est mis en place pour la réalisation d'un test d'orientation diagnostique. Description de la réalisation pratique du test :

Le professionnel utilisant ce test note dans cette fiche que :

- le test utilisé est le test... (Marque, référence) ;
- il se réalise au moyen d'un prélèvement... (Capillaire, pharyngé, urinaire...) ;
- la notice du fabricant est annexée à cette présente fiche ;
- il a pris connaissance de la notice avant utilisation du test ;
- le test et les consommables utilisés sont éliminés... (Dans la filière des DASRI).

Communication des résultats : Le professionnel s'engage dans cette fiche à bien informer le patient que le résultat ne constitue qu'une orientation diagnostique. Modalité de contrôle des appareils de mesure utilisés :

Lorsque ce test nécessite un appareil de mesure, le professionnel précise, sur la fiche de vie du dispositif mentionnée au 5e de l'article R. 5212-28 :

- les contrôles internes effectués, les dates et les résultats et la fréquence de réalisation des contrôles ;
- les contrôles externes effectués s'ils existent, les dates et les résultats, les numéros de lot et la fréquence de réalisation.

Date de validation de la procédure :

Nom, prénom, signature, du rédacteur et des personnes réalisant les tests d'orientation diagnostiques. »

Annexe 4 : Décision n° 371236 du 8 avril 2015 du Conseil d'Etat

(Conseil d'Etat, 2015)

« Lecture du mercredi 8 avril 2015

REPUBLIQUE FRANCAISE
AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

Vu la procédure suivante : « Par une requête sommaire et un mémoire complémentaire, enregistrés les 14 août et 12 novembre 2013 au secrétariat du contentieux du Conseil d'Etat, le syndicat national des médecins biologistes demande au Conseil d'Etat :

1°) d'annuler pour excès de pouvoir l'arrêté du 11 juin 2013 du ministre des affaires sociales et de la santé déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques ;

2°) de mettre à la charge de l'Etat la somme de 4 000 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative. »

Vu les autres pièces du dossier ;

Vu :

- le code de la santé publique ;
- l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 ;
- la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 ;
- la décision du 6 février 2014 par laquelle le Conseil d'Etat statuant au contentieux a renvoyé au Conseil constitutionnel la question prioritaire de constitutionnalité soulevée par le syndicat national des médecins biologistes ;
- la décision du Conseil constitutionnel n° 2014-389 QPC du 4 avril 2014 statuant sur la question prioritaire de constitutionnalité soulevée par le syndicat national des médecins biologistes ;
- le code de justice administrative.

Après avoir entendu en séance publique :

- le rapport de M. Yannick Faure, auditeur,
- les conclusions de M. Alexandre Lallet, rapporteur public ;

La parole ayant été donnée, avant et après les conclusions, à la SCP Barthélemy, Matuchansky, Vexliard, avocat du syndicat national des médecins biologistes ;

1. Considérant qu'aux termes de l'article L. 6211-3 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue de l'ordonnance du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale et de la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé : " Ne constituent pas un examen de biologie médicale un test, un recueil et un traitement de signaux biologiques, à visée de dépistage, d'orientation diagnostique ou d'adaptation thérapeutique immédiate. / Un arrêté du ministre chargé de la santé établit la liste de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques, après avis de la commission mentionnée à l'article L. 6213-12 et du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Cet arrêté détermine les catégories de personnes pouvant réaliser ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques, ainsi que, le cas échéant, leurs conditions de réalisation " ; que le syndicat national des médecins biologistes demande l'annulation pour excès de pouvoir de l'arrêté du ministre des affaires sociales et de la santé du 11 juin 2013 déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques, pris sur le fondement de ces dispositions après avis du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;

2. Considérant qu'en vertu de l'article L. 6213-12 du code de la santé publique, l'arrêté mentionné à l'article L. 6211-3 est " pris après avis d'une commission, comportant notamment des professionnels, dont la composition, les conditions de consultation et les attributions sont fixées par décret en Conseil d'Etat " ; qu'il est constant que l'arrêté attaqué n'a pas été soumis à l'avis de la commission mentionnée par cet article L. 6213-12 du code de la santé publique, dont la consultation était obligatoire en application des dispositions de cet article et de l'article L. 6211-3 du même code citées au point 1 ; que si le décret en Conseil d'Etat déterminant, en application des dispositions de l'article L. 6213-12, la composition de cette commission n'était pas intervenu à la date de l'arrêté attaqué, il n'est fait état d'aucune circonstance qui aurait rendu impossible l'intervention de ce décret et la constitution de cette commission dans des délais permettant qu'elle soit régulièrement consultée sur l'arrêté attaqué ; qu'ainsi, le ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes ne saurait se prévaloir de l'impossibilité où il se serait trouvé de consulter la commission en cause pour soutenir que cet arrêté n'est pas entaché d'irrégularité ; que les consultations de certaines organisations professionnelles auxquelles le ministre aurait procédé ne sont pas de nature à remédier à cette irrégularité ;

3. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que l'arrêté attaqué a été pris au terme d'une procédure irrégulière ; que cette irrégularité a été susceptible d'exercer, en l'espèce, une influence sur le sens de la décision prise ; que, dès lors, sans qu'il soit besoin d'examiner les autres moyens de la requête, le syndicat requérant est fondé à demander l'annulation de l'arrêté qu'il attaque ;

4. Considérant qu'il ne ressort pas des pièces du dossier que l'annulation de l'arrêté attaqué du 11 juin 2013 soit de nature à emporter des conséquences manifestement excessives en raison tant des effets que cet acte a produits que des situations qui ont pu se constituer lorsqu'il était en vigueur ; qu'ainsi, il n'y a pas lieu, dans les circonstances de l'espèce, de limiter les effets de l'annulation de cet acte ;

5. Considérant qu'il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, de mettre à la charge de l'Etat la somme de 3 000 euros à verser au syndicat requérant au titre des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative ;

DECIDE :

Article 1er : L'arrêté du 11 juin 2013 du ministre des affaires sociales et de la santé déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques est annulé.

Article 2 : L'Etat versera au syndicat national des médecins biologistes une somme de 3000 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Article 3 : La présente décision sera notifiée au syndicat national des médecins biologistes et à la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. »

Annexe 5 : Questionnaire FINDRISK

Bilan de santé diabète

FINDRISK – grâce à 8 questions simples, vous pouvez estimer un risque éventuel de développer un diabète de type 2 dans les 10 années à venir. Profitez de l'opportunité – faites le test et restez le plus longtemps possible en bonne santé!



Quel âge avez-vous ?

- moins de 35 ans 0 point
- 35 à 44 ans 1 point
- 45 à 54 ans 2 points
- 55 à 64 ans 3 points
- plus de 64 ans 4 points

A-t-on diagnostiqué du diabète chez au moins un membre de votre famille ?

- Non 0 point
- Oui, dans la famille éloignée, chez les grands-parents, les tantes, les oncles, les cousines ou les cousins 3 points
- Oui, dans la famille proche, chez les parents, les enfants, les frères et soeurs 5 points

Quel est votre tour de taille à hauteur du nombril ?

(Si vous n'avez pas de mètre de couturière sous la main, utilisez une ficelle et une règle pour vous aider).

- | | Femme | Homme | |
|--------------------------|----------------|----------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | moins de 80 cm | moins de 94 cm | 0 point |
| <input type="checkbox"/> | 80 à 88 cm | 94 à 102 cm | 3 points |
| <input type="checkbox"/> | plus de 88 cm | plus de 102 cm | 4 points |

Effectuez-vous au moins 30 minutes d'activité corporelle par jour ?

- Oui 0 point
- Non 2 points

A quelle fréquence mangez-vous des fruits, des légumes ou du pain noir (pain de seigle ou pain complet) ?

- Tous les jours 0 point
- Pas tous les jours 1 point

Vous a-t-on déjà prescrit des médicaments contre l'hypertension ?

- Non 0 point
- Oui 2 points

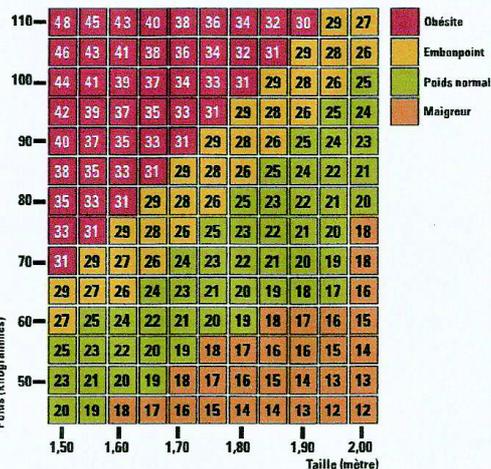
A-t-on déjà constaté des indices de glycémie trop élevés dans le cadre d'examens médicaux ?

- Non 0 point
- Oui 5 points

Quel est votre indice de masse corporelle ?

- au-dessous de 25 0 point
- de 25 à 30 1 point
- plus de 30 3 points

Pour calculer l'IMC, procédez comme suit: Poids du corps (en kilogrammes) divisé par la taille du corps (en mètres) au carré (ou simplement d'après un tableau).



Résultat final: _____

Annexe 6 : Résultats Questionnaire FINDRISK

Bilan de santé diabète

FINDRISK – VOTRE RISQUE DE DIABÈTE EST LE SUIVANT (dans les 10 années à venir*)

Au dessous de 7 points 1 pour cent*

Votre risque est minime. Dans votre cas, aucune dépistage spéciale ni aucune prévention ne sont nécessaires. Malgré tout, il est toujours bon de veiller à s'alimenter sainement et à bouger suffisamment.

De 7 à 11 points 4 pour cent*

Un peu de prudence est tout à fait indiquée, même si votre risque d'être atteint de diabète n'est que légèrement élevé. Pour être plus sûr, respectez les règles suivantes:

- En cas d'**obésité** essayez de réduire votre poids de sept pour cent.
- **Bougez** au moins 30 minutes, cinq jours par semaine, de manière à transpirer légèrement.
- **La graisse** devrait représenter au maximum 30% de votre alimentation.
- La proportion d'**acides gras saturés** (surtout dans les graisses animales) ne devrait pas dépasser 10% de votre alimentation.
- Ingérez 30 grammes de **fibres alimentaires** par jour (comme p. ex. dans les produits complets, les légumes, les fruits).

De 12 à 14 points 17 pour cent*

Si vous faites partie de ce groupe à risque, il ne faut en aucun cas repousser les mesures de précaution. Les conseils d'experts et les guides pour modifier le style de vie que vous pouvez appliquer vous-même peuvent vous aider. Si vous remarquez que vous n'arrivez pas à vous en sortir de cette façon, ayez recours à une aide professionnelle.

De 15 à 20 points 33 pour cent*

Votre risque est sérieux: Un tiers des patients qui présentent ce niveau de risque vont être atteints de diabète dans les dix années à venir. Une sous-estimation de la situation peut avoir des conséquences graves. Dans l'idéal, ayez recours à une aide professionnelle. Faites un test de glycémie dans votre pharmacie et allez à l'examen de santé («Check-up à partir de 35 ans»).

Plus de 20 points 50 pour cent*

Il faut agir de toute urgence – En effet, il se peut que vous soyez déjà atteint de diabète. Cela est le cas d'environ 35% des personnes dont le score dépasse 20 points. Un simple test de glycémie peut être utile comme information supplémentaire. Il ne remplace cependant pas le diagnostic détaillé du laboratoire pour exclure un diabète déjà existant. Vous devez donc immédiatement fixer un rendez-vous avec votre médecin.

*Risque en pourcentage = 4% signifie par exemple que dans les 10 années à venir, quatre personnes sur cent présentant ce score peuvent être atteintes de diabète mellitus de type 2.

Voici comment réduire votre risque

Des petits changements dans votre style de vie suffisent à améliorer la santé!

Manger et boire plus sainement

Plus de fruits et de légumes	Chaque repas devrait contenir le plus de fruits et de légumes possible ou bien de la salade. L'idéal serait de calmer complètement votre faim de cette manière.
Aliments pauvres en graisse	Parmi les produits laitiers et les fromages, choisissez les variantes allégées. Mangez de la charcuterie maigre et de la viande maigre – mais uniquement avec mesure. Une fois par semaine au moins, il devrait y avoir du poisson au menu.
Cuisinez léger	Utilisez des poêles à revêtement antiadhésif qui permettent de réduire significativement l'utilisation de graisse pour faire cuire les aliments. Fondamentalement, dans la cuisine, l'huile de colza (pour la cuisson) et l'huile d'olive (pour les salades) devraient remplacer les graisses solides.
Collation saine	Le fastfood et les snacks tout prêts sont des bombes hypercaloriques. Renoncez-y. La nature offre de délicieuses collations telles que les raisins, les carottes ou les pommes.
Boissons saines	Évitez les boissons sucrées. Au lieu de cela, apaisez votre soif avec de l'eau minérale, des jus de fruits ou des tisanes.

Plus de mouvement dans le quotidien

Prendre le temps	Bougez 30 à 60 minutes par jour. Choisissez des activités que vous pouvez bien intégrer à votre quotidien.
Profitez du trajet de travail pour vous entraîner	Par exemple le temps d'attente à l'arrêt de bus: contractez alternativement les muscles et les abdominaux. Puis balancez-vous sur la pointe des pieds. Peut-être aurez-vous suffisamment de temps pour rendre au prochain arrêt de bus à pied?
Priorité au vélo	Pour les courses de proximité, prenez le vélo. Garez-le de sorte à pouvoir l'utiliser à tout moment et maintenez le en bon état de marche.
Misez sur la dynamique de groupe	Si vous aimez pratiquer le sport en groupe, profitez-en. Quand vous manquez de motivation, les entraînements à date fixe et les camarades de sport peuvent vous aider à persévérer.
Pratiquer le sport avec l'intensité correcte	Choisissez des types de sport d'intensité légère à moyenne. Par exemple, le nordic walking est idéal. Si vous transpirez légèrement et si vous pouvez converser en faisant du sport, l'intensité est correcte.

Rester actif dans la durée

Se fixer des objectifs réalistes	Les bonnes résolutions que l'on ne peut pas tenir donnent mauvaise conscience et démotivent.
Introduire des journées d'action	Une à trois fois par an, vous devriez mettre les choses au clair et procéder à un rangement radical. Cela vaut aussi bien pour le réfrigérateur que pour la cave et la salle de séjour. En interrompant ainsi vos habitudes, vous faites le plein de force et d'énergie pour tous les autres domaines de la vie.
Se duper soi-même	Il n'y a que les mesures simples à appliquer qui survivent au quotidien. Exemple: chaussures de sport: si elles sont prêtes à enfiler dans l'entrée, vous allez très probablement les utiliser. La même chose vaut pour le contenu du réfrigérateur: ranger les aliments sains tout devant, car c'est là que l'on met la main en premier!

Autres informations:

- www.diabetes-risiko.de
- www.diabetesstiftung.org



Copyright © Deutsche Diabetes-Stiftung FINDRISK09

Annexe 7 : Procédure d'assurance qualité applicable aux professionnels de santé réalisant les tests ou recueils et traitements de signaux biologiques : Test capillaire d'évaluation de la glycémie

PROCÉDURE D'ASSURANCE QUALITÉ APPLICABLE AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ RÉALISANT LES TESTS OU RECUEILS ET TRAITEMENTS DE SIGNAUX BIOLOGIQUES :

TEST CAPILLAIRE D'ÉVALUATION DE LA GLYCEMIE

Les modalités de la traçabilité des résultats des tests pour chaque patient nécessitent d'inscrire dans chaque dossier de patient ou dans le cahier de liaison ou de suivi du patient à domicile :

- Nom du patient :
- Résultat du test avec les unités utilisées :
- Dispositif médical de diagnostic in vitro utilisé :
- Numéro de lot du test utilisé :
- Numéro de lot de l'appareil de mesure :
- Date et heure de réalisation du test :
- Heure du dernier repas/ de la dernière collation avant le test:
- Identification de l'opérateur :

***N.B.** : Les résultats peuvent faire suspecter une anomalie de la régulation glycémique chez certains patients. Un diagnostic de diabète ne peut être affirmé que sur des résultats de laboratoire de biologie médicale, après dosages réalisés sur prescription médicale.*

Ce document est en conformité avec l'arrêté du 11 juin 2013 paru au JO du 15 juin 2013 décrivant les nouvelles modalités permettant aux pharmaciens de réaliser des mesures de glycémie capillaire pour leurs patients. (NOR : AFSP1315018A)

Annexe 8 : Fiche de procédure d'Assurance Qualité pour la réalisation des tests capillaires d'évaluation de la glycémie

FICHE DE PROCÉDURE D'ASSURANCE QUALITÉ POUR LA RÉALISATION DES TESTS CAPILLAIRES D'ÉVALUATION DE LA GLYCEMIE

Nom de la structure d'exercice du ou des professionnel de santé concernés :
.....

Objet : Cette procédure vise à décrire ce qui est mis en place pour la réalisation d'un test capillaire d'évaluation de la glycémie

Description de la réalisation pratique du test capillaire d'évaluation de la glycémie (le professionnel utilisant ce test note):

– Test utilisé (marque, référence) :

– La notice du fabricant est annexée à cette présente fiche et le professionnel en a pris connaissance avant utilisation du test : Oui

Communication des résultats :

Le professionnel s'engage à bien informer le patient que le résultat ne constitue qu'une orientation et que le diagnostic sera réalisé grâce à un prélèvement dans un laboratoire de biologie médicale sur prescription médicale:

Oui

Modalité de contrôle des appareils de mesure utilisés :

Le professionnel précise, sur la fiche de chaque dispositif (lecteur) utilisé:

– les contrôles internes effectués, les dates et les résultats et la fréquence de réalisation des contrôles (Solutions de contrôle)

– les contrôles externes effectués s'ils existent, les dates et les résultats, les numéros de lot et la fréquence de réalisation. (Laboratoire de biologie médicale)

Oui

Date de validation de la procédure :

Nom, prénom, signature, du rédacteur et des personnes réalisant les tests capillaires d'évaluation de la glycémie :

Ce document est en conformité avec l'arrêté du 11 juin 2013 paru au JO du 15 juin 2013 décrivant les nouvelles modalités permettant aux pharmaciens de réaliser des mesures de glycémie capillaire pour leurs patients. (NOR : AFSP1315018A)

Annexe 9 : Questionnaire Dépistage Diabète des Pharmacies Mutualistes
(D'après les Pharmacies Mutualistes et le SSAM)



Diabète : Faites le Test !

Vous avez accepté de participer à un test de détection du diabète. Cet auto-questionnaire nous permettra de repérer vos principaux facteurs de risque. Nous vous remercions par avance de bien vouloir le renseigner.

Attention : Ce questionnaire étant traité par informatique, nous vous remercions de ne rien écrire hors des zones prévues à cet effet et de cocher la case correspondant à votre choix de la manière suivante :

POUR COMMENCER

Vous êtes : Une femme Un homme **Votre âge :**

Votre taille **Votre Poids**

INFORMATIONS

Vous avez bu et/ou mangé depuis : Moins de 2h 2h et plus

Vos Antécédents Familiaux (père, mère, frère, sœur)

	Oui	Non	Ne sait pas
Connaissez vous des diabétiques dans votre famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Connaissez vous des personnes de votre famille qui ont eu un accident vasculaire ou cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre Etat de Santé

	Oui	Non	Ne sait pas
Etes-vous diabétique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous hypertendu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre taux de Cholestérol est-il trop élevé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que vous fumez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pratiquez vous une activité physique au moins 30min par jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu une augmentation de glycémie pendant une grossesse ou accouché d'un enfant dont le poids de naissance était supérieur ou égal à 4 kg ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinez vous fréquemment et/ou ressentez-vous une soif excessive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESULTAT DE LA MESURE

Taux de glycémie mesuré

Interprétation Test Normal A vérifier

Nous vous conseillons de consulter votre médecin traitant Oui Non

Pharmacie :

Date :

Ne rien inscrire sous cette ligne.



Annexe 10 : Questionnaire de Fagerström (D'après tabac-info-service.fr)



tabac-info-service.fr

Quand on sait, c'est plus facile d'arrêter

ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE CHIMIQUE À LA NICOTINE : QUESTIONNAIRE DE FAGERSTRÖM

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
À quelle cigarette de la journée renoncerez-vous le plus difficilement ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0
Total		

Tabac-info-service.fr est le site d'information et d'aide à l'arrêt du tabac du Ministère chargé de la Santé et de l'INPES.
Pour toute question sur l'arrêt du tabac et pour bénéficier d'un suivi personnalisé gratuit par un tabacologue, appelez le 39 89 *.
* 0,15 €/min depuis un poste fixe, du lundi au samedi de 8h à 20h.

Annexe 11 : Résultats questionnaire de Fagerström (D'après tabac-info-service.fr)



DE FAÇON GÉNÉRALE, VOICI COMMENT INTERPRÉTER LE SCORE OBTENU PAR VOTRE PATIENT :

SCORE DE 0 À 2 :

Le sujet n'est pas dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiques. Si toutefois le sujet redoute l'arrêt, vous pouvez lui apporter des conseils utiles de type comportementaux (jeter les cendriers, boire un verre d'eau...). Vous pouvez également lui conseiller d'appeler Tabac Info Service au 39 89.

SCORE DE 3 À 4 :

Le sujet est faiblement dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à un substitut nicotinique. En cas de manque ou de difficultés passagères (irritabilité, manque, envie très forte...) vous pouvez éventuellement lui conseiller de prendre un substitut nicotinique par voie orale (comprimé à sucer, gomme à mâcher, comprimé sublingual...). Si le sujet redoute l'arrêt, vous pouvez lui conseiller d'appeler Tabac Info Service au 39 89 pour recevoir des conseils et du soutien.

SCORE DE 5 À 6 :

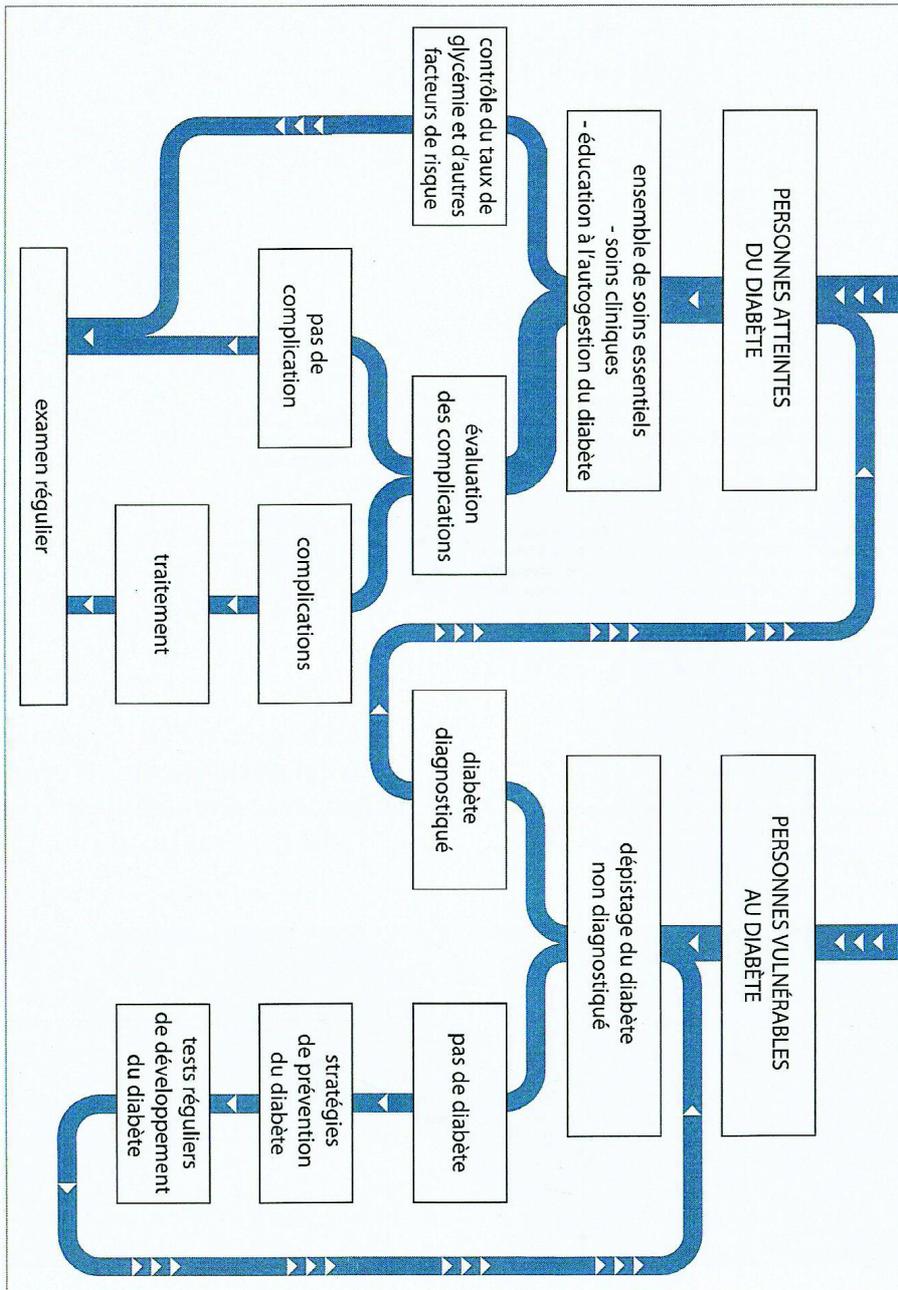
Le sujet est moyennement dépendant. L'utilisation des traitements pharmacologiques de substitution nicotinique va augmenter ses chances de réussite. Vos conseils seront utiles pour l'aider à choisir la galénique la plus adaptée à son cas.

SCORE DE 7 À 10 :

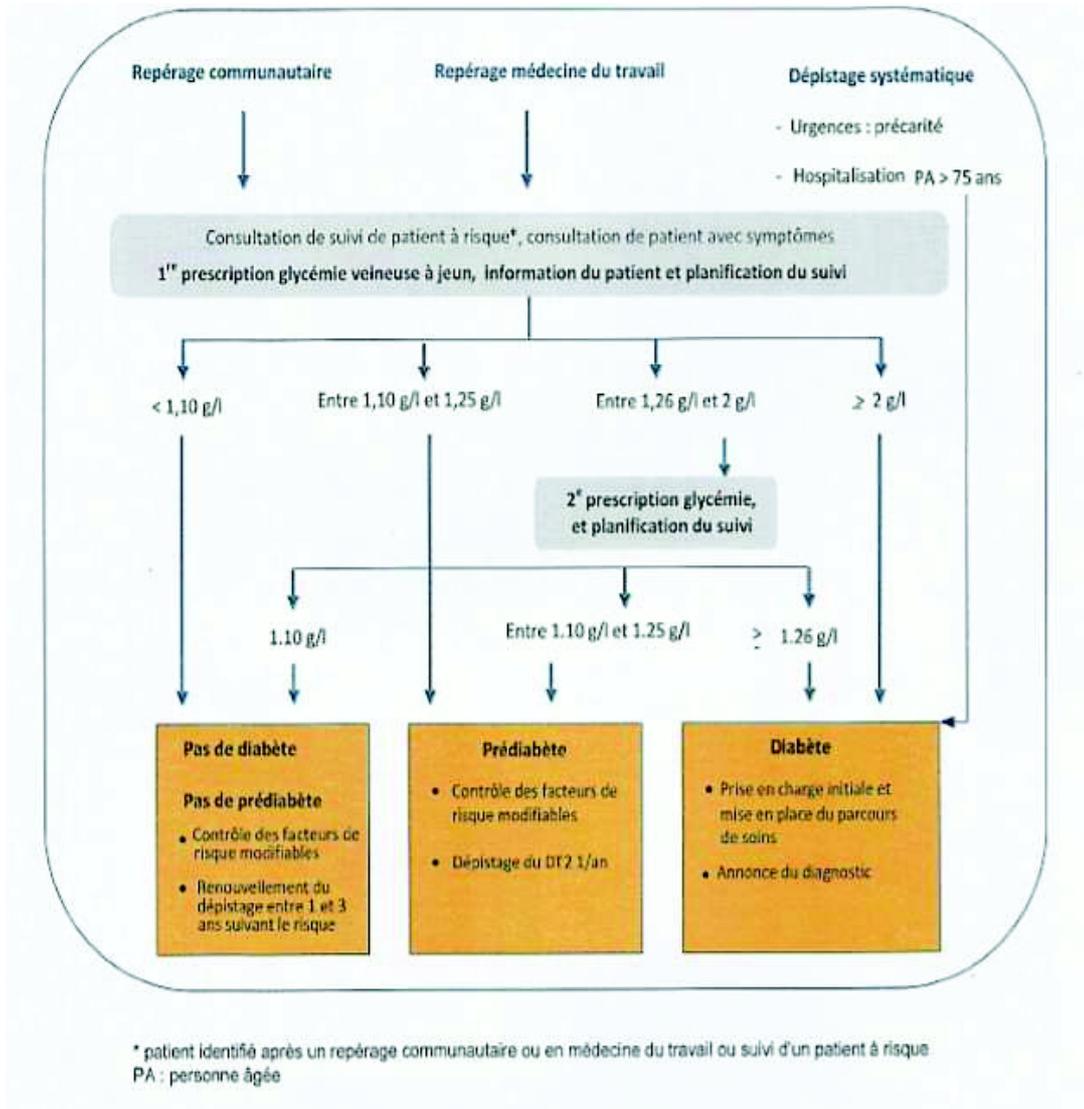
Le sujet est fortement ou très fortement dépendant à la nicotine. L'utilisation de traitements pharmacologiques est recommandée (traitement nicotinique de substitution ou bupropion LP ou varenicline). Ce traitement doit être utilisé à dose suffisante et adaptée. En cas de difficulté, orienter le patient vers une consultation spécialisée.

Annexe 12 : Schéma résumant la gestion du diabète
 (D'après la Fédération Internationale du Diabète, 2011)

Illustration 1 : Gestion du diabète - résumé



Annexe 13 : Schéma sur le repérage de dépistage et de diagnostic du diabète de type 2
(HAS, « Les parcours de soins », 2014)



Bibliographie

- Afchain P, Lefin C, Meyohas M-C. Annoncer un diagnostic (mauvaise nouvelle, maladie chronique, suspicion). EMC - AKOS (Traité de Médecine) 2015;10(2):1-6 [Article 1-0017]. http://www.em-premium.com.ezproxy.normandie-univ.fr/showarticlefile/955676/tm-62025_plus.pdf, consulté le 21 octobre 2015.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Principes de dépistage du diabète de type 2. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_464100/fr/principes-de-depistage-du-diabete-de-type-2, consulté le 21 octobre 2015.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Guide méthodologique : Comment évaluer *à priori* un programme de dépistage ? http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_programme_depistage_rap.pdf, consulté le 21 octobre 2015.
- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Accueil - ANSM. <http://ansm.sante.fr/>, consulté le 22 octobre 2015.
- Arrêté du 11 juin 2013 déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027545594>, consulté le 11 juin 2015.
- Article L1161-1 du Code de la Santé Publique. https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=44CA738CA5F1FCE77215BAE9EB97668A.tpdila10v_1?idArticle=LEGIARTI000020892069&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20140106, consulté le 23 juillet 2015.
- Article L5125-1-1 A du Code de la Santé Publique. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000025122582&cidTexte=LEGITEXT000006072665>, consulté le 27 juillet 2015.
- Article R4127-35 du Code de la Santé Publique. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912897&dateTexte=20110210>, consulté le 22 octobre 2015.
- Article R4235-48 du Code de la Santé Publique. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913703&cidTexte=LEGITEXT000006072665>, consulté le 21 novembre 2015.
- Association Française des Diabétiques - AFD - Diabète, <http://www.afd.asso.fr/diabete>, consulté le 7 décembre 2015

- Bensoussan C. Dépistage du diabète en officine, intérêt et exemple à travers deux campagnes de dépistage réalisées en officine en 2011 et 2012. Th D Pharm, Université de Paris-Sud, 2013.
- Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Avenant n°1 à la convention nationale. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/votre-convention/convention-nationale-titulaires-d-officine/avenant-n-1-a-la-convention-nationale.php>, consulté le 15 février 2016.
- Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Education thérapeutique - Diabète. http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-cotes-d-armor/nos-actions-de-prevention/education-therapeutique-diabete_cotes-d-armor.php, consulté le 21 avril 2016.
- Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. ameli.fr - Revue Médicale de l'Assurance Maladie 2002 n°4 [Internet]. [cité 25 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/sante-publique-pratiques-et-organisation-des-soins/les-articles-de-la-revue/revue-medicale-de-l-assurance-maladie-2002-n-4/cout-du-diabete-en-france.php>
- Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie* 2002, 4. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/sante-publique-pratiques-et-organisation-des-soins/les-articles-de-la-revue/revue-medicale-de-l-assurance-maladie-2002-n-4/cout-du-diabete-en-france.php>, consulté le 25 octobre 2015.
- Colas C. Les enjeux de l'annonce diagnostique en diabétologie. *Méd. mal. métab* 2014, 8(6): 636-638. <http://www.em-premium.com.ezproxy.normandie-univ.fr/showarticlefile/949274/main.pdf>, consulté le 21 octobre 2015.
- Conseil d'Etat. Décision n° 371236 du 8 avril 2015 du Conseil d'Etat statuant au contentieux. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030467550>, consulté le 11 juillet 2015.
- Creapharma. Diabète de type 2 : causes, symptômes & traitements. <http://www.creapharma.ch/diabete-type-2.htm>, consulté le 25 octobre 2015.
- Diabsurf. <http://www.diabsurf.com/diabete/FPrelCap.php>, consulté le 21 octobre 2015.
- Extenso. L'alcool et le diabète. <http://www.extenso.org/article/l-alcool-et-le-diabete/>, consulté le 8 novembre 2015.
- Fédération Française des Diabétiques. Prévenir. <http://www.contrelediabete.fr/des-conseils-protégez-vous.html>, consulté le 25 octobre 2015.
- Fédération Française des Diabétiques. Diabète - Association Française des Diabétiques - AFD <http://www.afd.asso.fr/association>, consulté le 25 octobre 2015.

- Fédération Internationale du Diabète. Plan mondial contre le diabète 2011-2021. https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP_FR.pdf, consulté le 21 octobre 2015.
- G-Pharm. Un mot de G-pharm. http://www.gpharm.fr/GROUPEMENT_GPHARM_WEB/FR/PAGE_ACCUEIL.a wp, consulté le 24 mai 2016
- Grimaldi A. *Diabète de type 2*. Paris, Elsevier, 2004.
- Grimaldi A. *Traité de diabétologie*. Paris, Flammarion médecine-sciences, 2005.
- Grimaldi A. *Traité de diabétologie*. 2^{ème} ed. Paris, Flammarion médecine-sciences, 2009.
- Grimaldi A, Hartemann-Heurtier A. *Guide pratique du diabète*. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2009.
- Haute Autorité de Santé. La prise en charge de votre maladie, le diabète de type 2. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/bd-07-059-diabete_2_mars_08.pdf, consulté le 21 octobre 2015.
- Haute Autorité de Santé. Guide parcours de soins : Diabète de type 2 de l'adulte. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/guide_pds_diabete_t_3_web.pdf, consulté le 21 octobre 2015.
- Haute Autorité de Santé. Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/7v_referentiel_2clics_diabete_060215.pdf, consulté le 21 octobre 2015.
- Haute Autorité de Santé. Accueil. <http://www.has-sante.fr/portail/>, consulté le 21 octobre 2015.
- Institut de Veille Sanitaire. InVS / Accueil. <http://www.invs.sante.fr/>, consulté le 25 octobre 2015.
- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Le diabète, maladie chronique en pleine expansion. <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2011/032.asp>, consulté le 25 octobre 2015
- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Manger Bouger <http://www.mangerbouger.fr/PNNS>, consulté le 25 octobre 2015.
- Institut national de la statistique et des études économiques. Les coûts humains et financiers du diabète sont très élevés. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=24&ref_id=12101%C2#p2, consulté le 7 avril 2016.
- Jakobson R. *Essais de linguistique générale. 1, les fondations du langage*. Paris, Éd. de Minuit, 2003.

- Kübler-Ross E, Kessler D. *Sur le chagrin et sur le deuil trouver un sens à sa peine à travers les cinq étapes du deuil*. Paris, J-C Lattès, 2011.
- Lacroix D, Bontemps F. (2013). Dépistage à l'officine. *Moniteur des pharmacies*, 3004 (cahier 2) n°192, p 2-6
- Leavitt HJ. *Psychologie des fonctions de direction dans l'entreprise: données psychologiques du comportement des individus, des groupes et des collectivités*. Puteaux, Éditions Hommes et techniques, 1969.
- Le Figaro. Tous les français font confiance aux pompiers, 09/05/2014.
<http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2014/05/09/0101620140509ARTFIG00081-tous-les-francais-font-aux-pompiers.php>, consulté le 16 mai 2016.
- LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>, consulté le 21 février 2016.
- LOI n° 2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique (Titre résultant de la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007). (J.O.R.F 1^{er} février 2007).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000822417&categorieLien=id>, consulté le 22 octobre 2015.
- LOI n° 2008-724 du 23 juillet 2008 de modernisation des institutions de la Ve République - Article 1 (J.O.R.F 24 juillet 2008).
<http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/les-revisions-constitutionnelles/loi-constitutionnelle-n-2008-724-du-23-juillet-2008.16312.html>, consulté le 22 octobre 2015.
- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 38. (J.O.R.F 22 juillet 2009).
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=6643BFE6356676F4933EEAD107CDA1B3.tpdila10v_1?idArticle=JORFARTI000020879490&cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=29990101&categorieLien=id, consulté le 15 septembre 2015.
- LOI n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. (J.O.R.F 30 décembre 2011).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025053440&categorieLien=id>, consulté le 26 octobre 2015.
- Maison du diabète. « DiabétoBus - Maison du Diabète - La Maison Du Diabète et des Maladies Chroniques est un service de SantélyS », 2015. <http://www.maison-diabete.com>, consulté le 15 novembre 2015.

- Manger Bouger - PNNS. PNNS : un plan pour améliorer l'état de santé de la population. <http://www.mangerbouger.fr/pnns/>, consulté le 8 novembre 2015.
- Michiels Y, Cubille B, Pillon F. Les tests de dépistage à l'officine. *Actualités pharmaceutiques*. 2014, 53(537):37- 40.http://ac.els-cdn.com/S0515370014001670/1-s2.0-S0515370014001670-main.pdf?_tid=ae695cca-0baf-11e6-93cd-00000aab0f6b&acdnat=1461676165_d741eef0ebf8e3894605ec11f4c6b650, consulté le 21 octobre 2015.
- Minary J-P. *Modèles systémiques et psychologie: approche systémique et idéologie dans l'analyse transactionnelle et dans le courant de Palo-Alto*. Liège, P. Mardaga, 1992.
- Monnier L. *Diabétologie*. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2010.
- Noeufcour J. Diabète de type II: place du pharmacien dans le dépistage et l'accompagnement du patient. Résultats du dépistage lors de la journée mondiale du diabète réalisée à Reims en 2007 et 2008. Th D Pharm, Université de Reims Champagne-Ardenne, 2012.
- Novo Nordisk. Bienvenue sur Diabete.fr, <http://diabete.fr/>, consulté le 22 octobre 2015.
- Nutrimont. Rechercher l'index glycémique d'un aliment | Le site officiel de la méthode Montignac. <http://www.montignac.com/fr/rechercher-l-index-glycemique-d-un-aliment/>, consulté le 6 novembre 2015.
- Ordre National des Pharmaciens. Qu'est-ce que le Dossier Pharmaceutique ? <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>, consulté le 15 février 2016.
- Ordre National des Pharmaciens. Le dépistage. <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Champs-d-activites/Le-depistage>, consulté le 15 février 2016.
- Ordre National des Pharmaciens. L'éducation thérapeutique. <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Champs-d-activites/L-education-therapeutique>, consulté le 16 février 2016.
- Ordre National des Pharmaciens. évaluation Qualité officine. <http://www.eqo.fr/Accueil>, consulté le 9 février 2016
- Rantucci MJ. *Le dialogue pharmacien-patient*. Rueil-Malmaison, Éditions Pro-Officina, 2008.
- Ruszniewski M, Rabier G. *L'annonce: dire la maladie grave*. Paris, Dunod, 2015.
- Saussure F de. *Cours de linguistique générale*. Paris, Payot, 2005.
- Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Outils et stratégies pour communiquer avec le patient*. Chêne-Bourg, Ed. Médecine & Hygiène, 2010.

Simon D, Fagot-campagna A, Eschwege E, Balkau B. Diabète : Définition, dépistage et épidémiologie. In : Grimaldi. *Traité de Diabétologie*. Paris, Flammarion médecine-sciences, 2005, 3-21.

Société d'Histoire de la Pharmacie. Société d'Histoire de la Pharmacie. <http://www.shp-asso.org/index.php?PAGE=ordre>, consulté le 16 mars 2016.

Société Francophone du Diabète. Société Francophone du Diabète. <http://www.sfdiabete.org/>, consulté le 25 octobre 2015.

Watzlawick P, Helmick J. *Une logique de la communication*. Paris, Le livre de poche, 1979

Wiener N. *Cybernétique et société : l'usage humain des êtres humains*. Paris, Ed. Points, 2014.

Winkin Y, Bateson G, Birdwhistell RL, Goffman E, et al. *La nouvelle communication*. Paris, Éd. Points, 2014.

SERMENT DE GALIEN

Je jure 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.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.



AUZOU Charlène

L'officine est-elle un lieu privilégié pour la réalisation des dépistages du diabète de type 2 ? Résultats, Avantages, Enjeux ; Communication et Conseils aux patients.

Th. D. Pharm., Rouen, 2016, 228 p.

RESUME

Le diabète est l'un des principaux défis du XXI^{ème} siècle en termes de santé et de développement. En France, en 2011, la prévalence du diabète de type 2 traité a été estimée à 4,6%, soit plus de 3 millions de personnes. Il a été retenu par la Haute Autorité de Santé, l'existence d'un diabète méconnu pour trois connus, soit entre 300000 et 500000 diabétiques qui s'ignorent.

La prise en charge de la maladie connaît une progression croissante depuis quelques années, mais son diagnostic reste un point faible. En effet, le diabète est une pathologie insidieuse qui se caractérise par une glycémie élevée, sans pour autant qu'il y ait de symptômes cliniques.

Les différentes campagnes réalisées ont pour but de sensibiliser et d'informer les patients sur le diabète de type 2 ; mais sont aussi un moyen efficace d'assurer un diagnostic précoce et de diminuer ou de retarder les complications. Ces campagnes ont été réalisées selon un protocole établi et approuvé dans le cadre d'une démarche qualité. Dans la synthèse de toutes les campagnes confondues, nous retrouvons environ 10% de personnes dépistées avec un résultat supérieur à 1,26 g/L, ce qui n'est pas anodin.

Le pharmacien d'officine, de par sa proximité et sa disponibilité, regroupe de nombreux avantages et reste l'interlocuteur de choix pour mener à bien cette mission. De plus, la réalisation des dépistages à l'officine rassemble à la fois des enjeux pour les patients et pour les pharmaciens, mais aussi des enjeux économiques non négligeables.

La communication fait partie intégrante de la réalisation de ces dépistages dans la mesure où le pharmacien sera en première ligne pour annoncer le résultat au patient. Des conseils sont délivrés, notamment les règles hygiéno-diététiques, l'importance d'une activité physique, etc.

Une démarche qui permet de sensibiliser et d'informer les patients sur le diabète de type 2. En effet, la mise en place des dépistages au sein des officines permettraient de diminuer le nombre de diabétiques qui s'ignorent encore actuellement.

MOTS CLES : Diabète de type 2 – dépistage – officine – prévention – communication – règles hygiéno-diététiques

JURY

Président : **Monsieur Gilles GARGALA**

Membres : **Monsieur Jean-François HOUIVET**
Monsieur Thierry WABLE
Madame Anne DE SAINTE OPPORTUNE
Monsieur Marc BACLE

DATE DE SOUTENANCE : 14 juin 2016