

THESE

PRESENTEE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA
FACULTE DE PHARMACIE DE MARSEILLE

LE 5 JUILLET 2019

PAR

Mme Clémence GRAFFIN-FABRE

Née le 28 juillet 1994 à Toulon

EN VUE D'OBTENIR

LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

THESE ARTICLE
EN QUOI CONSISTE L'ACCOMPAGNEMENT DU
PATIENT DIABETIQUE DE TYPE 2 A LA REUNION
DANS LE CADRE DU PROCESSUS DE PHARMACIE
CLINIQUE ?

JURY :

Président : Professeur Stéphane HONORE

Membres : Docteur Félicia FERRERA-BIBAS
Docteur Frédérique DEBESSON

27 Boulevard Jean Moulin – 13385 MARSEILLE Cedex 05
Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

ADMINISTRATION :

<i>Doyen :</i>	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
<i>Vice-Doyens :</i>	M. Jean-Paul BORG, M. François DEVRED, M. Pascal RATHELOT
<i>Chargés de Mission :</i>	Mme Pascale BARBIER, M. David BERGE-LEFRANC, Mme Manon CARRE, Mme Caroline DUCROS, Mme Frédérique GRIMALDI
<i>Conseiller du Doyen :</i>	M. Patrice VANELLE
<i>Doyens honoraires :</i>	M. Jacques REYNAUD, M. Pierre TIMON-DAVID, M. Patrice VANELLE
<i>Professeurs émérites :</i>	M. José SAMPOL, M. Athanassios ILIADIS, M. Jean-Pierre REYNIER, M. Henri PORTUGAL
<i>Professeurs honoraires :</i>	M. Guy BALANSARD, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Aimé CREVAT, M. Bernard CRISTAU, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. José MALDONADO, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI
<i>Chef des Services Administratifs :</i>	Mme Florence GAUREL
<i>Chef de Cabinet :</i>	Mme Aurélie BELENGUER
<i>Responsable de la Scolarité :</i>	Mme Nathalie BESNARD

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

BIOPHYSIQUE	M. Vincent PEYROT M. Hervé KOVACIC
GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE	M. Christophe DUBOIS
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETIQUE	M. Philippe PICCERELLE

MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE	M. Robert GILLI Mme Odile RIMET-GASPARINI Mme Pascale BARBIER M. François DEVRED Mme Manon CARRE M. Gilles BREUZARD Mme Alessandra PAGANO
GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE	M. Eric SEREE-PACHA Mme Véronique REY-BOURGAREL
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE	M. Pascal PRINDERRE M. Emmanuel CAUTURE Mme Véronique ANDRIEU Mme Marie-Pierre SAVELLI
NUTRITION ET DIETETIQUE	M. Léopold TCHIAKPE

A.H.U.

THERAPIE CELLULAIRE	M. Jérémy MAGALON
---------------------	-------------------

ENSEIGNANTS CONTRACTUELS

ANGLAIS	Mme Angélique GOODWIN
---------	-----------------------

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe CHARPIOT

PROFESSEURS

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	M. Philippe CHARPIOT
BIOLOGIE CELLULAIRE	M. Jean-Paul BORG
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE Mme Laurence CAMOIN-JAU Mme Florence SABATIER-MALATERRE Mme Nathalie BARDIN
MICROBIOLOGIE	M. Jean-Marc ROLAIN M. Philippe COLSON
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Nadine AZAS-KREDER

MAITRES DE CONFERENCES

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	Mme Dominique JOURDHEUIL-RAHMANI M. Thierry AUGIER M. Edouard LAMY Mme Alexandrine BERTAUD Mme Claire CERINI Mme Edwige TELLIER M. Stéphane POITEVIN
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Aurélie LEROYER M. Romaric LACROIX Mme Sylvie COINTE
MICROBIOLOGIE	Mme Michèle LAGET M. Michel DE MEO Mme Anne DAVIN-REGLI Mme Véronique ROUX M. Fadi BITTAR Mme Isabelle PAGNIER Mme Sophie EDOUARD M. Seydina Mouhamadou DIENE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Carole DI GIORGIO M. Aurélien DUMETRE Mme Magali CASANOVA Mme Anita COHEN
BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne-Catherine LOUHMEAU

A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	M. Maxime LOYENS
----------------------------	------------------

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE
--

Responsable : Professeur Patrice VANELLE

PROFESSEURS

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine BADENS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Philippe GALLICE
CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE – CHIMIE THERAPEUTIQUE	M. Pascal RATHELOT M. Maxime CROZET
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE	M. Patrice VANELLE M. Thierry TERME
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE, HOMEOPATHIE	Mme Evelyne OLLIVIER

MAITRES DE CONFERENCES

BOTANIQUE ET CRYPTOGRAMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne FAVEL Mme Joëlle MOULIN-TRAFFORT
CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine DEFOORT M. Alain NICOLAY Mme Estelle WOLFF Mme Elise LOMBARD Mme Camille DESGROUAS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. David BERGE-LEFRANC M. Pierre REBOUILLON
CHIMIE THERAPEUTIQUE	Mme Sandrine FRANCO-ALIBERT Mme Caroline DUCROS M. Marc MONTANA Mme Manon ROCHE
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE HYDROLOGIE	M. Armand GELLIS M. Christophe CURTI Mme Julie BROGGI M. Nicolas PRIMAS M. Cédric SPITZ M. Sébastien REDON
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE, HOMEOPATHIE	M. Riad ELIAS Mme Valérie MAHIOU-LEDDER Mme Sok Siya BUN Mme Béatrice BAGHDIKIAN

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Anne-Marie PENET-LOREC
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Cyril PUJOL
DROIT ET ECONOMIE DE LA PHARMACIE	M. Marc LAMBERT
GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE, DROIT ET COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET GESTION DE LA PHARMAFAC	Mme Félicia FERRERA

A.H.U.

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	M. Mathieu CERINO
--	-------------------

ATER

CHIMIE ANALYTIQUE	M. Charles DESMARCHELIER
CHIMIE THERAPEUTIQUE	Mme Fanny MATHIAS

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE

Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS

PHARMACIE CLINIQUE	Mme Diane BRAGUER M. Stéphane HONORÉ
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOLOGIE GENERALE	M. Bruno LACARELLE
TOXICOLOGIE DE L'ENVIRONNEMENT	Mme Frédérique GRIMALDI

MAITRES DE CONFERENCES

PHARMACODYNAMIE	M. Guillaume HACHE Mme Ahlem BOUHLEL M. Philippe GARRIGUE
PHYSIOLOGIE	Mme Sylviane LORTET Mme Emmanuelle MANOS-SAMPOL
TOXICOCINETIQUE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Joseph CICCOLINI Mme Raphaëlle FANCIULLINO Mme Florence GATTACECCA
TOXICOLOGIE GENERALE ET PHARMACIE CLINIQUE	M. Pierre-Henri VILLARD Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU Mme Marie-Anne ESTEVE

A.H.U.

PHARMACIE CLINIQUE	M. Florian CORREARD
PHARMACOCINETIQUE	Mme Nadège NEANT

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE
--

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Marie-Hélène BERTOCCHIO, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Sylvain GONNET, Pharmacien titulaire

Mme Florence LEANDRO, Pharmacien adjoint

M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire

M. Patrick REGGIO, Pharmacien conseil, DRSM de l'Assurance Maladie

Mme Clémence TABELLE, Pharmacien-Praticien attaché

Mme TONNEAU-PFUG, Pharmacien adjoint

M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier

M. Joël VELLOZZI, Expert-Comptable

Mise à jour le 22 février 2018

REMERCIEMENTS

Au Président du jury, Monsieur Stéphane HONORE

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en présidant mon jury de thèse et de l'attention que vous avez portée à mon travail.

A la Directrice de thèse, Madame Félicia FERRERA-BIBAS

Je vous remercie d'avoir accepté d'encadrer ma thèse, merci pour votre patience, votre gentillesse et votre disponibilité tout au long de mon travail.

A Madame Frédérique DEBESSON

Je vous remercie de votre présence aujourd'hui et de la confiance que vous m'avez accordée lorsque j'ai travaillé dans votre pharmacie.

Une pensée pour toutes les équipes des différentes pharmacies dans lesquelles j'ai travaillé, merci pour votre patience et pour tout ce que vous m'avez appris.

A mes parents, vous êtes un modèle de réussite, merci pour votre amour et votre soutien depuis toujours.

A JB, merci pour ton amour et ton soutien au quotidien, merci pour tous ces moments et qu'ils soient toujours plus beaux !

A mes grands-parents, merci pour votre amour et votre présence de près ou de loin dans tous les moments importants de ma vie !

A mes frères et sœurs, Jérôme, François, Marie-Gabrielle et Joséphine, merci pour tout, je suis fière de notre complicité, qu'elle dure toujours !

A mon beau-frère et ma belle-sœur, Pierre-Jean et Blanche, je vous remercie de votre gentillesse et de vous être si bien intégrés dans notre famille de fous !

A mes neveux et nièce chéris, Laetitia, Léon et Titouan !

A ma belle-famille, merci infiniment pour votre accueil et tous ces bons moments déjà passés ensemble, le meilleur reste à venir !

A tous mes amis, de loin comme de près, merci pour votre fidélité, je sais que je peux toujours compter sur vous !

A Cléa, Anaïs, la Zine, Lucile, Tess et Judith, sans qui les années fac n'auraient pas été les mêmes, merci pour ces moments inoubliables, qu'ils perdurent toujours !

A ma Nono chérie, grâce à toi la vie est bien plus rigolote !

A ma Mathildou, mon amie de toujours !

Enfin, merci à vous tous d'être présents aujourd'hui pour partager ce moment avec moi !

« L'Université n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. »

SOMMAIRE

TABLE DES MATIERES	10
LISTE DES ABREVIATIONS	12
BIBLIOGRAPHIE	77
ANNEXES	79
SERMENT DE GALIEN	88

I. CONTEXTE	13
1. Justification du choix de notre étude : épidémiologie du diabète sur l'île de La Réunion 15	
2. Nouvelles missions du pharmacien : suivi pharmaceutique, prévention, dépistage, éducation thérapeutique, vaccination ...	17
3. L'exercice coordonné	21
4. Evolution des modalités d'accompagnement	22
4.1. Liées aux attentes des patients : patient acteur de sa pathologie et de son traitement	22
4.2. Evolution des outils : e-santé	23
4.2.1. Pour le patient.....	23
4.2.2. Pour le pharmacien	24
4.2.2.1. Outils métiers « traditionnels »	24
4.2.2.2. Outils utiles pour les nouvelles missions	26
4.2.2.3. Aide à l'analyse pharmacologique	27
4.2.2.4. Outils de communication	28
4.3. La télémédecine en France	29
II. PROBLEMATIQUE	31
1. L'accompagnement pharmaceutique dans le parcours du patient diabétique de type 2 31	
1.1. Généralités sur le diabète	31
1.1.1. Définition	31
1.1.2. Les différents types de diabète	32
1.1.2.1. Le diabète gestationnel	32
1.1.2.2. Le diabète de type 1	32
1.1.2.3. Le diabète de type 2	33
1.1.2.3.1. Définition du diabète de type 2.....	33
1.1.2.3.2. Traitements du diabète de type 2	33
1.1.3. Complications du diabète	38
1.1.3.1. Complications aiguës	38
1.1.3.1.1. L'hypoglycémie	38
1.1.3.1.2. L'acidocétose	38
1.1.3.1.3. Le coma hyperosmolaire	39
1.1.3.1.4. L'acidose lactique	39
1.1.3.2. Complications chroniques.....	39
1.1.3.2.1. Les microangiopathies.....	39
1.1.3.2.2. Les macroangiopathies.....	39
1.1.3.2.3. Infections	39
1.1.3.2.4. Le pied diabétique	40
1.2. Les objectifs de la prise en charge.....	40
2. Prise en charge personnalisée.....	42
2.1. Concernant le patient lui-même	42
2.2. Spécificités concernant l'île de la Réunion	43

III. MATERIEL ET METHODE	45
1. Qu'est-ce que la Pharmacie clinique ?	45
2. Description du processus	46
2.1. Etape 1 : Dispensation des produits de santé	46
2.1.1. Analyse pharmaceutique de l'ordonnance +/- demande spontanée du patient.....	46
2.1.2. Délivrance des produits.....	47
2.1.3. Conseils + informations relatifs au bon usage des produits de santé	47
2.2. Etape 2 : Bilan partagé de médication.....	48
2.2.1. Définition	48
2.2.2. Objectifs	49
2.2.3. Principes du bilan de médication partagé.....	49
2.2.4. Les 7 grandes étapes.....	50
2.2.4.1. Repérage des patients.....	50
2.2.4.2. Programmation du rendez-vous.....	50
2.2.4.3. Préparation de l'entretien.....	52
2.2.4.4. Déroulement de l'entretien initial	52
2.2.4.5. Analyse sans le patient.....	54
2.2.4.6. Entretien conseil.....	55
2.2.4.7. Suivi de l'observance	55
2.3. Etape 3 : Plan pharmaceutique personnalisé : éducation thérapeutique.....	56
2.3.1. Introduction	56
2.3.2. L'éducation thérapeutique comporte 3 phases essentielles	61
2.3.3. Le compte rendu d'éducation thérapeutique.....	63
IV. RETOUR D'EXPERIENCE	64
1. Mise en œuvre du bilan de médication dans la pharmacie du Maïdo au Guillaume (La Réunion) 64	
2. Evaluation	70
2.1. Evaluation du processus.....	70
2.2. Evaluation de l'étape 2	71
2.3. Evaluation de l'étape 3	72
V. DISCUSSION / CONCLUSIONS.....	73

LISTE DES ABREVIATIONS

BPM : Bilan Partagé de Médication
ALD : Affection Longue Durée
PMF : Prescription Médicale Facultative
PMO : Prescription Médicale Obligatoire
TROD : Tests Rapides d’Orientation Diagnostique
SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique
PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
DP : Dossier Pharmaceutique
CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
ET : Education Thérapeutique
ETP : Education Thérapeutique du Patient
PS : Professionnel de Santé
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
LGO : Logiciel de gestion d’officine
HAS : Haute Autorité de Santé
EHPAD : Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
RHD : Règles Hygiéno Diététiques
LP : Libération Prolongée
HbA1c : Hémoglobine glyquée
ADO : Anti Diabétiques Oraux
PNNS : Programme National Nutrition Santé
DCI : Dénomination Commune Internationale
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
IP : Interventions Pharmaceutiques
PPP : Plan Pharmaceutique Personnalisé
ARS : Autorité Régionale de Santé
AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

I. CONTEXTE

Depuis quelques années maintenant, les progrès de la médecine ont permis une augmentation de la longévité et notamment ont permis de vivre plus longtemps avec une maladie chronique. En parallèle, le nombre de pathologies chroniques augmente et les patients deviennent ainsi de plus en plus nombreux à être polymédiqués. La polymédication favorise un risque iatrogène dont les conséquences sont graves : plus de 10 000 décès et plus de 130 000 hospitalisations en France par an. (1)

Selon Lacroix *et al.*, la chronicité en elle-même est un enjeu car « pour le traitement des maladies dites de longue durée [...] 30 à 80% des patients ne prennent plus leur(s) traitement(s) 6 mois après le début du traitement ambulatoire. » (2)

Parmi les pathologies chroniques, le diabète de type 2 est en plein essor et sa prévalence est plus importante dans les régions d'outre mer qu'en métropole. (3) La prévalence du diabète correspond au nombre total de patients atteints de diabète sur une période et un territoire géographique donnés. Pour le diabète de type 2, elle était estimée à 5% de la population en 2016 (4), chiffre sous estimé car ne tenant pas compte des personnes non traitées ou non diagnostiquées.

Le nombre de personnes diabétiques non diagnostiquées est estimé entre 20% et 30%. « Bien que la recherche médicale avance tous les jours, le diabète reste une maladie qui se soigne très bien mais qui ne se guérit pas. Il faut donc, toute sa vie, se surveiller, garder de bonnes habitudes alimentaires, pratiquer une activité physique et prendre régulièrement son traitement. Un diabétique peut donc être un malade en bonne santé ! » (5)

La pharmacie clinique est une nouvelle discipline contribuant à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé. Elle permet d'apporter une réponse aux interrogations des patients et de les aider dans l'administration de leur traitement dont le but est d'en favoriser l'observance.

Aujourd'hui, le monde de l'officine évolue, le pharmacien est amené à réaliser de nouvelles missions telles que l'accompagnement et le suivi des malades, la vaccination, le dépistage etc... Cela recentre donc le pharmacien comme acteur central du parcours de soin des patients et c'est dans ce contexte que la pharmacie clinique trouve toute sa place.

Nous nous intéresserons pour commencer à la pathologie du diabète, puis nous décrirons le processus de pharmacie clinique et enfin nous expérimenterons le bilan partagé de médication à la pharmacie du Maïdo à la Réunion et nous en réaliserons son analyse.

1. Justification du choix de notre étude : épidémiologie du diabète sur l'île de La Réunion

En France, on compte plus de 3,5 millions de personnes diabétiques et ce nombre ne cesse d'augmenter au fil des années. (6)

Plus spécifiquement à La Réunion, quelques chiffres concernant le diabète en 2018 (7) :

- ✓ **1 réunionnais sur 10** déclare être diabétique (2014) et ce chiffre est deux fois plus important par rapport à la métropole (8)
- ✓ **1 réunionnais sur 3** ne sait pas qu'il est diabétique
- ✓ Entre **10 et 20%** des femmes enceintes sont concernées par un diabète gestationnel

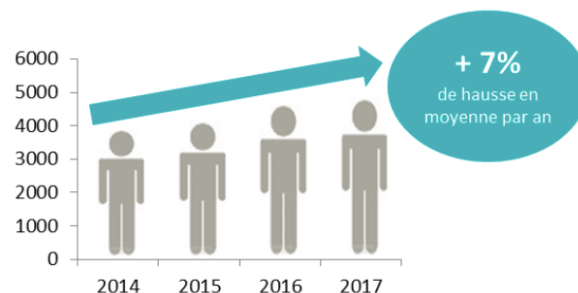


Figure 1 : Evolution du nombre de nouveaux patients pris en charge en ALD en moyenne par an (2014-2017)

https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/ors_chiffres_diabete_14112018.pdf

- ✓ **64 400** personnes diabétiques traitées avec des médicaments en 2016
- ✓ Les femmes sont plus concernées : **55%** des patients diabétiques
- ✓ Age moyen des patients pris en charge pharmacologiquement : **62 ans** contre 67 ans au niveau national.

La prévalence du diabète est estimée à **10,21%** sur l'île de la Réunion. (5)

- ✓ Une mortalité **3 fois plus élevée** sur l'île par rapport à la métropole.

Quelques chiffres correspondant aux causes d'hospitalisation des patients diabétiques (2016) :

Causes d'hospitalisation en 2016 des patients diabétiques⁵

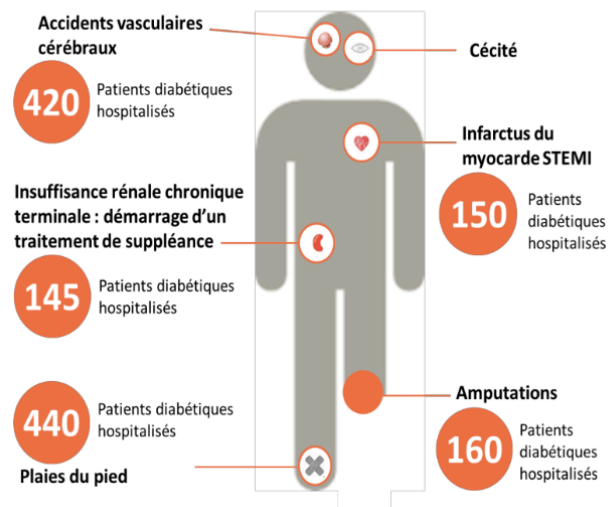


Figure 2 : https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/ors_chiffres_diabete_14112018.pdf

✓ Les coûts liés au diabète :

Le diabète et ses complications engendrent un coût conséquent pour l'Assurance Maladie.

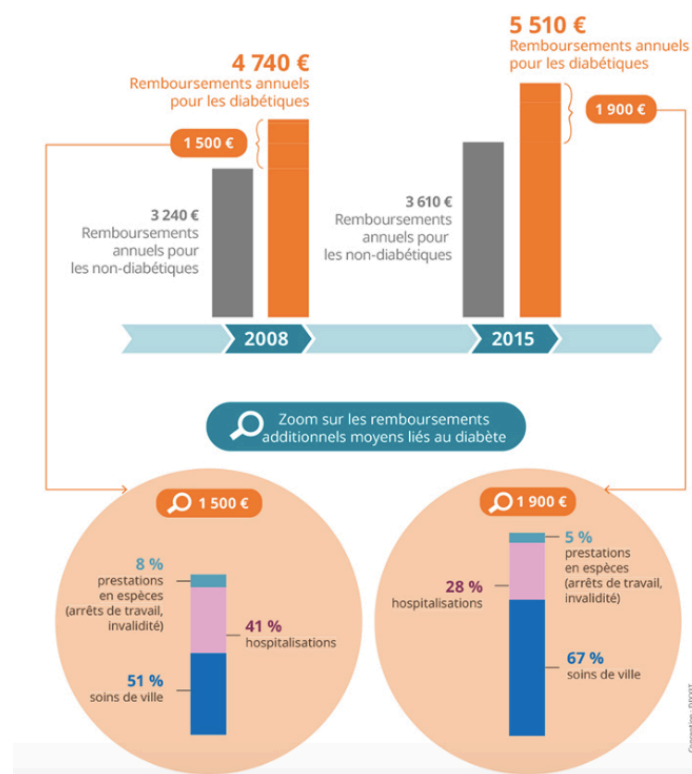


Figure 3 : <https://www.ameli.fr/centre-de-sante/actualites/diabete-de-type-2-un-cout-medical-qui-augmente-avec-le-temps>

Si l'on parle du remboursement annuel, on voit que celui pour des patients diabétiques est nettement supérieur à celui pour les personnes non diabétiques : 4 740€ contre 3 240€ en 2008 et 5 510€ contre 3 610€ en 2015.

Ce remboursement comprend les coûts liés aux hospitalisations, arrêts de travail et invalidités, soins de ville. (9)

Le diabète est inscrit au registre des Affections Longue Durée. Ce dispositif permet la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Les pathologies inscrites à la liste établie par décret (ALD_{liste}) bénéficient d'une exonération du ticket modérateur (prise en charge à 100 %) pour les soins en rapport avec l'affection.

Entre 2014 et 2017 : **4 600** nouveaux patients pris en charge en affection longue durée en moyenne par an.

En 2012, le remboursement annuel moyen des soins d'une personne en ALD pour le diabète est de **5 965 euros**. (10)

2. Nouvelles missions du pharmacien : suivi pharmaceutique, prévention, dépistage, éducation thérapeutique, vaccination ...

L'officine est aujourd'hui à un tournant de l'évolution de son métier par trois points essentiels. (11) Un premier négatif par le monopole pharmaceutique qui se trouve menacé par exemple par la possible ouverture du capital ou le développement des ventes sur internet... Mais à l'inverse, ce qui devient bénéfique pour le pharmacien est d'abord sa rémunération qui est détachée du prix du médicament avec la mise en place de nouveaux honoraires (honoraires de dispensation pour toute ordonnance, honoraires liés à l'âge, honoraires pour les médicaments spécifiques). Puis, la profession prend sa place dans le nouveau paysage de la santé au travers de nouvelles missions.

En décembre 2018 l'ordre national des pharmaciens a publié un carnet intitulé « La pharmacie clinique : état des lieux et perspectives d'une discipline en développement » où sont exposées 9 propositions pour développer la pharmacie clinique en France : (1)

1) Etendre le cadre conventionnel des bilans partagés de médication aux pathologies chroniques

Avec l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques, les traitements deviennent en parallèle de plus en plus complexes et personnalisés. Cela nécessiterait la mise en place d'un cadre conventionnel adapté et la publication de consensus professionnels qui permettent d'apporter une méthodologie aux pharmaciens.

→ Etendre les BPM aux maladies chroniques telles que le diabète, les maladies inflammatoires rhumatismales ou intestinales, la sclérose en plaques, la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'asthme etc...

2) Développer la « prescription pharmaceutique » des PMF et PMO

Parmi les pistes d'avenir, sur la base d'arbres décisionnels, le pharmacien d'officine pourrait dispenser certains médicaments disponibles normalement sur ordonnance. Cela concernerait les pathologies courantes telles que les infections urinaires ou les conjonctivites entre autres.

« Le pharmacien pourrait suivre l'arbre décisionnel et, si cela entre dans le cadre de la pathologie, dispenser un médicament disponible normalement sur ordonnance. À l'inverse, si cela n'entre pas dans le cadre de la pathologie, il pourrait orienter vers le médecin traitant ou vers les urgences. Cela pourrait faire l'objet d'expérimentations, comme cela se pratique dans d'autres pays », suggère Alain Delgutte dans ces cahiers.

3) Réaliser des tests rapides d'orientation diagnostique en officine

En ville, les pharmaciens officinaux pourraient faciliter le dépistage précoce de certaines maladies en réalisant des TROD, par exemple pour déterminer si une angine est virale ou bactérienne.

4) Créer un acte de visite pharmaceutique à domicile

Selon Michel Ramousse, pharmacien d'officine à Riotord (43), « il faudrait créer un acte de visite pharmaceutique à domicile, afin de valoriser l'expertise du pharmacien ». Il s'agirait d'actes tels que l'installation de lits médicalisés, de matelas anti-escarres, des dispositifs de dispensation des gaz médicaux à domicile etc...

5) Faciliter les coopérations interprofessionnelles

La pharmacie clinique passe par l'intensification des coopérations interprofessionnelles permettant le partage d'informations pour anticiper et minimiser les risques pour le patient. Pour Alain Delgutte, président du Conseil central de la section A de l'Ordre national des pharmaciens, représentant les pharmaciens titulaires d'officine, le développement de la pharmacie clinique pourrait se traduire par le suivi des patients chroniques, afin de libérer du temps médical aux médecins. Moyennant une formation et une coordination avec le médecin traitant, le suivi des patients chroniques pourrait être assuré par les pharmaciens. Ceux-ci auraient la possibilité de prescrire une analyse biologique et, éventuellement, d'ajuster la posologie du traitement selon un protocole établi par le médecin traitant.

6) Adapter la formation des pharmaciens

Depuis 1985, la pharmacie clinique fait partie du cursus initial. À l'heure actuelle, elle est essentiellement développée dans les filières officine et internat par l'intermédiaire de cours interactifs de validation d'ordonnances, d'interventions pharmaceutiques, de conciliation médicamenteuse, mais aussi d'éducation thérapeutique du patient et d'entretiens pharmaceutiques. La pharmacie clinique est exercée par les étudiants dès la 5^{ème} année au cours du stage hospitalo-universitaire par le contact avec l'équipe de soins. Puis en 6^{ème} année au cours du stage officinal pour la filière officine. L'enseignement porte sur les spécificités des populations à risque, les notions de prévention en terme d'hygiène de vie notamment en terme d'addictions et de vaccination. Ce stage pourrait être transformé en une année d'internat, qui permettrait aux officinaux de se spécialiser en pharmacie clinique sur le modèle suivi pendant quatre ans par les internes, futurs pharmaciens hospitaliers.

Ces propositions devraient voir le jour dans le cadre de la réforme des études en cours. Cette formation initiale ne dispense pas d'une formation continue tout au long de la vie professionnelle pour réactualiser ou approfondir ses connaissances.

7) Renforcer l'évaluation des pratiques de pharmacie clinique

Le suivi des indicateurs est essentiel pour donner de la visibilité, évaluer et faire évoluer la pratique de la pharmacie clinique. C'est pourquoi la Société française de pharmacie clinique a élaboré et met à disposition des pharmaciens hospitaliers une batterie d'indicateurs destinés à mesurer les activités des PUI, tant en termes qualitatifs que quantitatifs. Ceux qui sont dédiés à la pharmacie d'officine restent encore à créer ou à adapter, à partir de ce qui existe déjà pour la pharmacie hospitalière. Ces indicateurs peuvent mesurer à la fois la conformité du système qualité par rapport à ses objectifs, le bon déroulement des actes pharmaceutiques en général et en particulier du processus de dispensation, mais aussi des résultats à destination des pharmaciens ou encore des pouvoirs publics. Ainsi, pour pouvoir imposer une démarche de pharmacie clinique, allouer les ressources et moyens nécessaires à cette activité, il faut pouvoir démontrer son efficacité en termes de santé publique et d'impact médico-économique. Depuis quelques années, de plus en plus d'études sont menées sur les interventions pharmaceutiques dans les établissements de santé. Il faut renforcer la recherche française sur ce sujet. L'officine pourrait entrer dans ce processus et se mobiliser sur des enquêtes d'envergure d'évaluation de pratiques professionnelles, ce qui valoriserait l'acte pharmaceutique officinal au même titre que celui en établissement de santé.

8) Fournir des outils adaptés, en faveur de la traçabilité et de la sécurisation et développer la communication

La traçabilité et la sécurisation des données du patient sont deux enjeux majeurs de la pharmacie clinique pour que les professionnels puissent effectuer un réel suivi pharmaceutique. La pharmacie clinique nécessite donc des outils adaptés, comme le Dossier Pharmaceutique. Tous les secteurs professionnels sont impactés par le développement de la pharmacie clinique : la pharmacie hospitalière et la pharmacie d'officine, mais aussi la biologie, car de plus en plus de médicaments ont des impacts forts sur les résultats des examens de laboratoire. À l'inverse, ces résultats permettent une prescription motivée et responsable. Il est donc important que biologistes médicaux et pharmaciens cliniciens puissent communiquer en toute sécurité. D'où la nécessité d'outils adaptés et sûrs comme les messageries sécurisées. Le Dossier Pharmaceutique constitue un élément indispensable dans le déploiement de la pharmacie clinique, en lien avec le dossier médical partagé auquel les pharmaciens pourront avoir accès. Le pharmacien biologiste médical devrait pouvoir communiquer avec les prescripteurs ses

analyses et recommandations. La coordination ville-hôpital est également prépondérante : l'hospitalisation est une étape du soin au patient, souvent courte, qui nécessite une communication entre la ville et l'hôpital qui reste encore à développer. D'autres outils comme des logiciels d'aide au ciblage des patients à risque sont en train d'émerger. Ils constitueront une aide précieuse pour le déploiement de la pharmacie clinique. En effet, que ce soit en établissement de santé ou en officine, la généralisation de la pharmacie clinique va nécessiter de cibler les services de soins, les patients les plus à risque. Le pharmacien analyse la totalité des prescriptions, mais il a besoin d'aide pour déterminer rapidement à qui proposer des actions supplémentaires.

9) Renforcer la démarche qualité

En officine, les bonnes pratiques de dispensation, publiées en 2016 et applicables depuis le 1^{er} février 2017, apportent le référentiel indispensable qui permet à la profession officinale de structurer et de développer une démarche qualité. L'élargissement du champ d'action du pharmacien vers le développement des activités de pharmacie clinique implique l'adaptation du référentiel d'assurance qualité, tout en prenant en compte les contraintes administratives et de structure, inhérentes à la mise en œuvre de telles mesures.

3. L'exercice coordonné

L'action du gouvernement pour la santé de tous porte sur un projet nommé Ma santé 2022 (12). Entre autres, Ma santé 2022 va favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé qui devront travailler ensemble et mieux coopérer au service de la santé des patients. Ma santé 2022 permettra de rassembler les soignants en ville et les soignants à l'hôpital autour de projets de santé adaptés aux besoins des français dans les territoires. L'exercice isolé – c'est-à-dire d'un professionnel de santé seul dans son cabinet – doit devenir l'exception à l'horizon 2022. Les soins de proximité doivent s'organiser au sein de structures d'exercice coordonné comme les maisons ou les centres de santé, dans le cadre de communautés professionnelles territoriales de santé. Ces dernières regroupent des professionnels de santé qui s'associent pour répondre aux besoins de santé dans les territoires.

4. Evolution des modalités d'accompagnement

4.1.Liées aux attentes des patients : patient acteur de sa pathologie et de son traitement

Jusque dans les années 1960, le patient était entièrement passif quant à sa pathologie. Il s'en remettait totalement aux mains de la médecine et se laissait soigner sans jamais participer. Depuis les années 1960, le patient tente alors de s'émanciper du corps médical. La tendance actuelle est vers un patient acteur de sa pathologie. On assiste au passage du patient passif vers un patient actif de sa maladie. Dès lors, un malade atteint d'une pathologie chronique se voit impliqué dans la gestion de son traitement, il est acteur de son parcours de soin. De plus, il participe maintenant aux soins. En effet, il y a une émergence **d'associations de patients**. Ces associations participent par exemple à l'éducation thérapeutique des autres malades atteints de pathologie chronique. Elles fournissent de la documentation et apportent leur soutien aux malades. Maintenant, un programme d'ET peut être dispensé par un professionnel de santé mais aussi par un patient formé par une association de patients. Le patient devient alors l'enseignant et éduque les autres malades.

Cette nouvelle approche présente trois raisons : (13)

- 1) **La crédibilité** : le patient juge plus crédible le discours d'un autre patient que celui du soignant, car ils partagent le même *problème* ;
- 2) **La valeur de l'expérience** : le patient aura tendance à croire que l'expérience de l'autre lui est applicable et profitable ;
- 3) **La communauté de langage** : les patients intervenants savent s'exprimer dans des termes directement compréhensibles par leur auditoire.

4.2. Evolution des outils : e-santé



Figure 4 : www.fhpmco.fr

Le chiffre à retenir est que **3 français sur 4 sont prêts** à communiquer par des canaux numériques avec leur praticien !

4.2.1. Pour le patient

Les smartphones ont fait leur grande apparition au cours de l'année 2007. Les jeunes d'aujourd'hui vivent avec ces nouveaux objets mais cette technologie intéresse également les générations du dessus qui n'y sont pas du tout réfractaires. En parallèle, il existe une multitude d'**applications** différentes et toujours plus nombreuses, accessibles à tout détenteur de smartphone. Ces applications sont faciles à mettre en place et sont faciles d'utilisation. Avec l'augmentation du nombre de patients atteints de pathologies chroniques, on a vu l'apparition d'applications centrées sur la **santé** dont le but est de les aider au quotidien à gérer leurs pathologies.

Par exemple sur le thème du sport, elles peuvent encourager les patients à faire de l'activité physique plus aisément, ou encore sur le thème de l'hygiène de vie, elles apportent une aide dans la vie de tous les jours (par exemple analyse du sommeil, compteur de calories...).

Dans le domaine des traitements, notamment pour favoriser l'observance dans la prise médicamenteuse et la santé, on peut citer :

- Rappel de prise : Medi'rappel®
- Pilulier numérique : Medissimo®
- Doctolib® : référence plus de 45 000 médecins spécialistes et généralistes. Elle permet au patient de prendre rendez-vous en ligne selon les disponibilités proposées.
- Doctisia® : application inventée par un médecin, elle propose trois fonctionnalités :
 - ✓ Carnet de santé numérique
 - ✓ Préparation optimale des rendez-vous santé
 - ✓ Répertoire personnalisé des contacts santé.

En plus des applications, la tendance actuelle est aux **objets connectés**. Il s'agit d'un objet qui calcule et/ou enregistre des informations qui sont alors envoyées sur un smartphone.

On peut citer par exemple :

- Un **tensiomètre connecté** qui retient la tension et la fréquence cardiaque à tout moment et les envoie au médecin ou permet de situer le patient par rapport aux recommandations de l'OMS.
- Un **glucomètre connecté** permet de surveiller le taux de glucose dans le sang et envoie les données au médecin traitant.
- Des **semelles connectées** : utiles aux patients diabétiques et en prévention du pied diabétique, ces semelles repèrent et corrigent un défaut d'appui afin de préserver au maximum l'état des pieds du patient diabétique.

4.2.2. Pour le pharmacien

4.2.2.1. Outils métiers « traditionnels »

→ Logiciel de gestion d'officine (14)

Il en existe plusieurs, il s'agit du logiciel installé sur les ordinateurs de l'officine et qui présente de nombreuses fonctionnalités.

❖ SESAM-Vitale

Système Electronique de Saisie de l'Assurance Maladie. Cette fonctionnalité permet au pharmacien de proposer le tiers payant aux patients munis de leur carte vitale. Elle permet d'envoyer à l'Assurance Maladie une feuille de soin électronique ainsi que l'ordonnance en numérique.

❖ Le Dossier Pharmaceutique

Le DP est « un outil de diffusion d'informations clés pour tous les pharmaciens ». (15) Depuis 2007, il s'agit d'un outil professionnel dont l'objectif est de sécuriser la dispensation des médicaments au bénéfice de la santé des patients. (15) Le DP permet à tout pharmacien de visualiser l'historique des délivrances faites au patient dans toutes les pharmacies où il s'est rendu. A chaque délivrance, le DP est alimenté. Le pharmacien doit légalement proposer à tout patient d'ouvrir son DP qui doit alors donner son accord avant ouverture.

❖ La base de données des médicaments et des produits de santé

Les logiciels de gestion d'officine doivent proposer une base de médicaments et produits de santé agréée par la Haute Autorité de Santé. C'est une obligation depuis le 1^{er} janvier 2015. Les principaux LGO ont leur propre base de données agréée par la HAS.

❖ Gestion des stocks

Les LGO proposent aux pharmacies une gestion des stocks des produits présents à la pharmacie. Ils renseignent à tout moment le stock réel des produits dans l'officine. Cela passe par la gestion des entrées et sorties par le logiciel. Il permet les commandes aux fournisseurs (grossistes et laboratoires) mais également les commandes en direct via « PharmaML ». En plus des commandes quotidiennes aux grossistes, PharmaML permet d'interroger informatiquement le stock des grossistes et permet ainsi au pharmacien de pouvoir commander un produit spécifique instantanément. C'est une communication directe et électronique entre l'officine et les grossistes ou laboratoires.

❖ SMS

Certains LGO permettent d'envoyer un SMS aux patients selon les besoins : produit commandé disponible, retrait de lot etc...

❖ Comparateur de prix

Certains logiciels de gestion d'officine permettent d'avoir accès aux prix exercés par d'autres officines (exemple les pharmacies du même groupement). Cela permet au pharmacien de se faire une idée des prix proposés et d'ajuster son propre prix selon la moyenne.

4.2.2.2. Outils utiles pour les nouvelles missions

Les éditeurs de LGO proposent des outils pour aider à l'organisation des entretiens et au ciblage des patients. Nous citerons les fonctionnalités du LGO que nous avons utilisées ainsi que celles de BIMEDOC®, logiciel indépendant mais qui propose une analyse pharmaceutique poussée comme nous le verrons ci dessous.

❖ Gestion des entretiens pharmaceutiques

Selon les critères déjà établis, le logiciel sélectionne les patients éligibles aux entretiens pharmaceutiques et propose au pharmacien l'adhésion de ces patients.

❖ Bilan Partagé de Médication

Tout comme l'entretien pharmaceutique, le logiciel sélectionne les patients éligibles au BPM et propose au pharmacien de réaliser l'adhésion. Il existe aussi une fonctionnalité du logiciel qui propose des raccourcis vers AMELI pour faciliter l'adhésion du patient au BPM.

Il existe encore bien des fonctionnalités comme la gestion des robots de stockage, le télétravail, la pharmacovigilance, la gestion des vidéo surveillance etc...

BIMEDOC® (16) : outil développé par des pharmaciens pour les pharmaciens.

Cet outil apporte une aide concernant :

- ✓ Les bilans de médication
- ✓ Les entretiens pharmaceutiques (prochainement)
- ✓ L'analyse des traitements en intégrant la liste Laroche, Start et Stopp, Pimcheck®, Thériaque ...
- ✓ La conciliation médicamenteuse (prochainement).

C'est un outil facile d'utilisation, performant qui permet une collaboration entre les professionnels de santé. Plus particulièrement pour le bilan de médication, il permet de classer les patients, de remplir le formulaire à envoyer à AMELI par la suite numériquement.

4.2.2.3.Aide à l'analyse pharmacologique

❖ PIMCHECK® (17) : outil d'aide à la prescription.

Cette application a pour but d'éviter toute prescription inappropriée. Il aide les médecins à la prescription mais également les pharmaciens pour toute délivrance. Il s'agit d'un classement selon les pathologies ou traitement et sont notifiées les bonnes recommandations de prescription, les associations à privilégier en primo-prescription etc...

❖ VIDAL® application

Cette application permet au pharmacien de renseigner toutes les spécialités prescrites et également non prescrites et elle réalise l'analyse des interactions. Elle indique ainsi toute interaction existante entre les spécialités.

❖ Thériaque® (18)

C'est une base de données de tous les médicaments disponibles en France. Elle permet aux professionnels de santé de consulter les informations fiables relatives aux médicaments (composition, indications, précautions d'emploi, contre-indication, équivalents thérapeutiques, etc...) et d'intégrer ces informations au LGO.

❖ Start and Stopp (19)

C'est un outil qui permet de repérer à partir des grands syndromes les médicaments inappropriés et les interactions. Elle permet également d'identifier les traitements qui devraient être prescrits et qui ne le sont pas.

❖ La liste Laroche (19)

Elle propose une liste de médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées de 75 ans ou plus, en tenant compte des pratiques médicales françaises.

4.2.2.4.Outils de communication

❖ La messagerie sécurisée de santé

Il s'agit d'une messagerie qui simplifie et sécurise une communication entre professionnels de santé tout en protégeant les données des patients.

Les propriétés de toute messagerie sécurisée de santé sont : (20)

- **Universalité** : permet un échange entre professionnels de santé exerçants à la ville comme à l'hôpital, permet de faire le lien entre la ville et l'hôpital et permet une continuité des soins.
Elle est dotée d'un annuaire complet et commun à tous.
- **Sécurité** : permet un échange de données personnelles grâce à un système conforme à l'éthique professionnelle et aux droits des patients.
- **Facilité d'usage** : simple d'utilisation et accessible à tout professionnel de santé.

❖ Le Dossier Médical Partagé (21)

Nous pouvons le définir comme un carnet de santé numérique qui permet de partager des informations en ligne avec les professionnels de santé en ville comme à l'hôpital. Une fois ouvert après consentement du patient, il est alimenté en permanence dès qu'une information nouvelle est enregistrée. Il permet de retrouver au même endroit l'historique des soins des 24 derniers mois automatiquement alimenté, les résultats d'analyse, les antécédents médicaux, les comptes rendus d'hospitalisation, les numéros à prévenir en cas d'urgence ou encore les directives anticipées pour la fin de vie. Il est consultable uniquement par le patient et les professionnels de santé et peut être fermé à tout moment par le patient. Ce dernier peut également choisir de supprimer certaines données ou de bloquer son DMP à certains professionnels de santé.

4.3.La télémedecine en France (22)

La France connaît une large inégalité d'accès aux soins sur son territoire avec ce que l'on appelle des « déserts médicaux ». Pour faire face à ce problème de santé publique ainsi qu'à la difficulté du suivi des patients, le pays assiste au développement de la télémedecine ; pratique déjà exercée dans de nombreux pays.

Les enjeux de cette pratique sont les suivants :

- Simplifier la prise en charge et le suivi des patients atteints de pathologie chronique
- Améliorer la qualité de vie des patients
- Faciliter l'accès de tous à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire et faciliter la prise en charge pluridisciplinaire ou individuelle.

Il existe deux catégories de télémedecine :

1) La téléconsultation

Effective depuis le 15 septembre 2018, la téléconsultation correspond à une consultation au moyen d'un échange vidéo entre un médecin et son patient. Le médecin choisi est le médecin traitant du patient et si impossibilité ou absence de médecin traitant, le patient pourra se tourner vers une maison de santé ou une CPTS qui orientera le malade vers un médecin. D'un point de vue technologique, l'échange vidéo doit être réalisé via une connexion à solution sécurisée car il y a transit d'informations personnelles à caractère médical dont la confidentialité doit être respectée. Le médecin envoie un lien au patient le redirigeant vers un site ou une application sécurisés. Il existe aussi des cabines de téléconsultation disposant d'appareil de mesure divers (balance, tensiomètre, otoscope etc...) dont le but est de faciliter le diagnostic. On peut les retrouver dans des maisons de santé, pharmacies ou d'autres lieux publics facilement accessibles au patient. La facturation d'une téléconsultation est la même qu'une consultation en face-à-face. Le tiers payant est applicable sur la part obligatoire.

2) La télé-expertise

Effective depuis février 2019, la télé-expertise permet à un médecin de consulter un confrère afin de discuter du cas d'un patient à propos d'un diagnostic, une lecture d'analyse, la mise en place d'un traitement, etc... D'abord réservée à certaines catégories de patients (ALD, maladies rares, résidents en zones dites sous denses, en EHPAD, détenus), elle sera élargie à tout patient en 2020. En pratique, il s'agit d'un échange direct ; pas forcément via une vidéo (contrairement à la téléconsultation) entre deux médecins par l'intermédiaire d'une messagerie sécurisée. Cette discussion se fait après avoir obtenu le consentement du patient quant à l'échange de données le concernant. Les médecins ayant recours à la télé-expertise sont rémunérés par l'Assurance Maladie car cela favorise la coordination des soins autour du patient. Il existe plusieurs niveaux de facturation selon la complexité du dossier patient.

Dans les deux cas de télémédecine, un compte-rendu est envoyé au médecin demandeur qui alimentera le dossier du patient ou son dossier médical partagé s'il en possède un.

II. PROBLEMATIQUE

En quoi consiste l'accompagnement du patient diabétique de type 2 à La Réunion dans le cadre du processus de pharmacie clinique ?

Notre objectif consiste à définir les contours de l'accompagnement du patient diabétique de type 2 dans la perspective d'un suivi pharmaceutique s'inscrivant à la fois dans le cadre des nouvelles missions, des missions de pharmacie clinique et des nouvelles technologies.

Après un rappel sur la pathologie, nous aborderons dans un premier temps le processus de pharmacie clinique et ses trois étapes, puis l'expérimentation du bilan de médication partagé à la pharmacie du Maïdo à la Réunion ainsi que son analyse.

1. L'accompagnement pharmaceutique dans le parcours du patient diabétique de type 2

1.1.Généralités sur le diabète

1.1.1. Définition

Le diabète est un « groupe de maladies métaboliques caractérisées par une **hyperglycémie chronique** résultant de défauts de la **sécrétion** ou de **l'action** de l'insuline ; ou des deux conjugués ».

Véritable souci majeur de santé publique, cette pathologie nécessite :

- ✓ Un diagnostic précoce
- ✓ Un traitement : contrôle strict de l'équilibre glycémique
- ✓ Des marqueurs fiables pour :
 - Surveiller l'efficacité de traitement
 - Adapter la thérapeutique
- ✓ Une éducation du malade : prise en charge par le malade
- ✓ Un autocontrôle glycémique.

1.1.2. Les différents types de diabète

1.1.2.1. Le diabète gestationnel

En cas de grossesse, il existe deux situations différentes :

- 1) Une grossesse chez une femme diabétique
- 2) Un diabète découvert au cours de la grossesse → diabète gestationnel

Selon l'OMS, le diabète gestationnel se définit comme un « trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, quels que soient le traitement nécessaire et l'évolution dans le post-partum ».

Il existe deux origines ; soit le diabète est préexistant et découvert à l'occasion de la grossesse, soit le diabète se déclenche au cours de la grossesse.

Le traitement passe tout d'abord par une diététique équilibrée, un exercice physique si possible ainsi qu'une surveillance diabétologique (autocontrôle glycémique + consultations régulières). Si les objectifs ne sont pas atteints, l'insulinothérapie devra alors être instaurée.

1.1.2.2. Le diabète de type 1

Aussi appelé *insulino-dépendant* ou *juvénile* ou encore *maigre*, il est caractérisé par une carence quasi absolue de sécrétion d'insuline par les cellules beta des îlots de Langerhans du pancréas. D'origine auto-immune ou idiopathique (rare), le diabète de type 1 est défini par les 4 signes cardinaux suivants :

- Polyurie
- Polydipsie
- Amaigrissement malgré un appétit normal
- Asthénie.

Le seul traitement possible est l'**insuline**.

1.1.2.3. Le diabète de type 2

1.1.2.3.1. Définition du diabète de type 2

Il s'agit d'un défaut de l'action de l'insuline caractérisée par une hyperglycémie chronique. D'apparition lente et insidieuse, cette maladie a des conséquences graves voire mortelles.

Selon la HAS, le diagnostic du diabète de type 2 est le suivant : (23)

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

Etiologies du diabète de type 2 :

- ✓ Origine génétique : antécédents de diabète dans la famille
- ✓ Origine multifactorielle : âge, alimentation déséquilibrée, manque d'activité physique, surpoids ou obésité, niveau socio-économique défavorable.

1.1.2.3.2. Traitements du diabète de type 2

L'objectif du traitement du patient atteint d'un diabète de type 2 est de réduire la morbi-mortalité, notamment par l'intermédiaire d'un contrôle glycémique correct. (23)

En première intention, mise en place des **règles hygiéno-diététiques** : (24)

- Fractionnement de l'alimentation en 3 repas par jour : petit-déjeuner, déjeuner, dîner
- 1 à 3 collations par jour selon les résultats de l'autocontrôle glycémique
- Ne pas sauter de repas
- Etre régulier dans les apports alimentaires d'un jour à l'autre
- Etaler les apports glucidiques sur l'ensemble de la journée

- Consommer des fibres alimentaires : fruits et légumes à tous les repas
- Eviter les grignotages
- Perdre du poids
- Consommation de sel diminuée
- L'alcool avec modération, jamais à jeun
- Pratiquer une activité physique régulière adaptée après avis médical.

En deuxième intention, si les RHD et l'activité physique n'ont pas suffi, il faut traiter médicalement.

Les différentes classes médicamenteuses sont : (25)

1) Les Biguanides

Traitement de première intention, en monothérapie ou en association à un sulfamide hypoglycémiant, chez un diabétique non insulino-dépendant en surpoids.

Ils favorisent l'insulino-sensibilité sans provoquer d'hypoglycémie.

Les médicaments : la Metformine (Glucophage®, Stagid®).

2) Les sulfamides hypoglycémiants

En deuxième intention après échec de la monothérapie par les Biguanides ou traitement de première intention chez un diabétique non insulino-dépendant sans surpoids.

Ils stimulent l'insulino-sécrétion et peuvent induire un risque accru d'hypoglycémie.

Les médicaments : Gliclazide (Diamicron®), Glimépiride (Amarel®).

3) Les inhibiteurs de l'alpha-glucosidase

En inhibant l'enzyme de fragmentation des polysaccharides complexes en oligosaccharides absorbables, ils n'entraînent pas d'hypoglycémie.

Les médicaments : Acarbose (Glucor®), Miglitol (Diastabol®).

4) Les métaglinides ou glinides

Ils stimulent la sécrétion d'insuline en post-prandial, c'est pourquoi la prise doit être supprimée s'il n'y a pas de prise alimentaire. Le principal effet indésirable est le risque d'hypoglycémie.

Les médicaments : Repaglinide (Novonorm®).

5) Les incrétinomimétiques

Ils entraînent un allongement de l'activité des incrétines essentiellement en post prandial, ce qui améliore le contrôle glycémique.

a. Inhibiteurs de la Dipeptidylpeptidase-4

Cette classe médicamenteuse est utilisée en bithérapie avec la Metformine ou un sulfamide hypoglycémiant ; ou en trithérapie avec l'association des deux.

Les médicaments : Januvia®, Galvus®, Eucreas®.

b. Analogues du Glucagon-like peptide-1

Ils augmentent de façon gluco-dépendante la sécrétion d'insuline et inhibent la sécrétion de glucagon qui est anormalement élevée dans le diabète de type 2.

Les médicaments : Victoza®, Trulicity®.

6) L'insuline

Unique traitement des patients diabétiques de type 1 dits insulino-dépendants.

L'insuline peut être utilisée au cours de la grossesse.

Un diabétique non insulino-dépendant peut avoir recours à de l'insuline de façon temporaire ou définitive lorsque le régime alimentaire et un traitement per os n'ont pas suffi.

Effets indésirables : hypoglycémie, prise de poids, lipodystrophie.

- **Insulines d'action rapide** : délai d'action en 35 à 60 minutes, pic au bout de 2 à 4 heures, durée d'action de 5 à 8h.
Spécialités : Actrapid®, Umuline®
- **Analogues rapides de l'insuline** : délai d'action en 15 à 35 minutes, pic au bout de 1 à 3 heures, durée d'action de 3 à 5h.
Spécialités : Apidra®, Humalog®
- **Insulines à durée d'action intermédiaire** : délai d'action en 2 à 4 heures, pic au bout de 4 à 12 heures, durée d'action de 12 à 24h.
Spécialités : Insulatard®, Umuline NPH®
- **Insulines pré-mélangées** : insuline rapide (ou analogue rapide de l'insuline) + insuline de durée d'action intermédiaire.
Spécialités : Humalog®, Novomix®

- **Analogue de l'insuline d'action lente** : délai d'action en 2 à 4 heures, durée d'action de 24 heures.
Spécialités : Lantus®, Levemir®.

L'autosurveillance glycémique

L'objectif glycémique varie d'un patient à un autre et d'une situation à une autre. Elle est recommandée chez toute personne insulino dépendante.

Elle se déroule en 3 phases :

- 1) Prélèvement d'une goutte de sang capillaire par piqûre d'un doigt
 - Se laver les mains à l'eau + savon et bien les sécher (éviter l'usage de l'alcool qui peut fausser les résultats)
 - Piquer préférentiellement l'annulaire ou l'auriculaire et sur le côté du doigt
- 2) Application de la goutte de sang sur la bandelette réactive
 - Présenter l'appareil avec la bandelette insérée perpendiculairement à la goutte de sang qui monte ainsi par capillarité.
- 3) Lecture de la glycémie
 - A l'aide d'un glucomètre qui affiche la mesure et précise si elle se situe dans l'objectif glycémique défini préalablement.
 - Il faut noter cette mesure dans son carnet glycémique.
 - Ne pas oublier de jeter les bandelette et lancette dans un collecteur de déchets d'activité de soins à risque infectieux.

Les facteurs de risques associés au diabète (26)

Une personne diabétique présente un risque augmenté de développer une maladie cardiovasculaire telle que de l'hypertension artérielle, un rétrécissement des artères (athérosclérose), un accident vasculaire cérébral ou encore une maladie coronarienne.

Le diabète triple le risque de mourir d'une maladie du cœur et augmente le risque de développer une maladie du cœur à un jeune âge. (26)

Résumé schématique de la stratégie thérapeutique : Cas général (23)

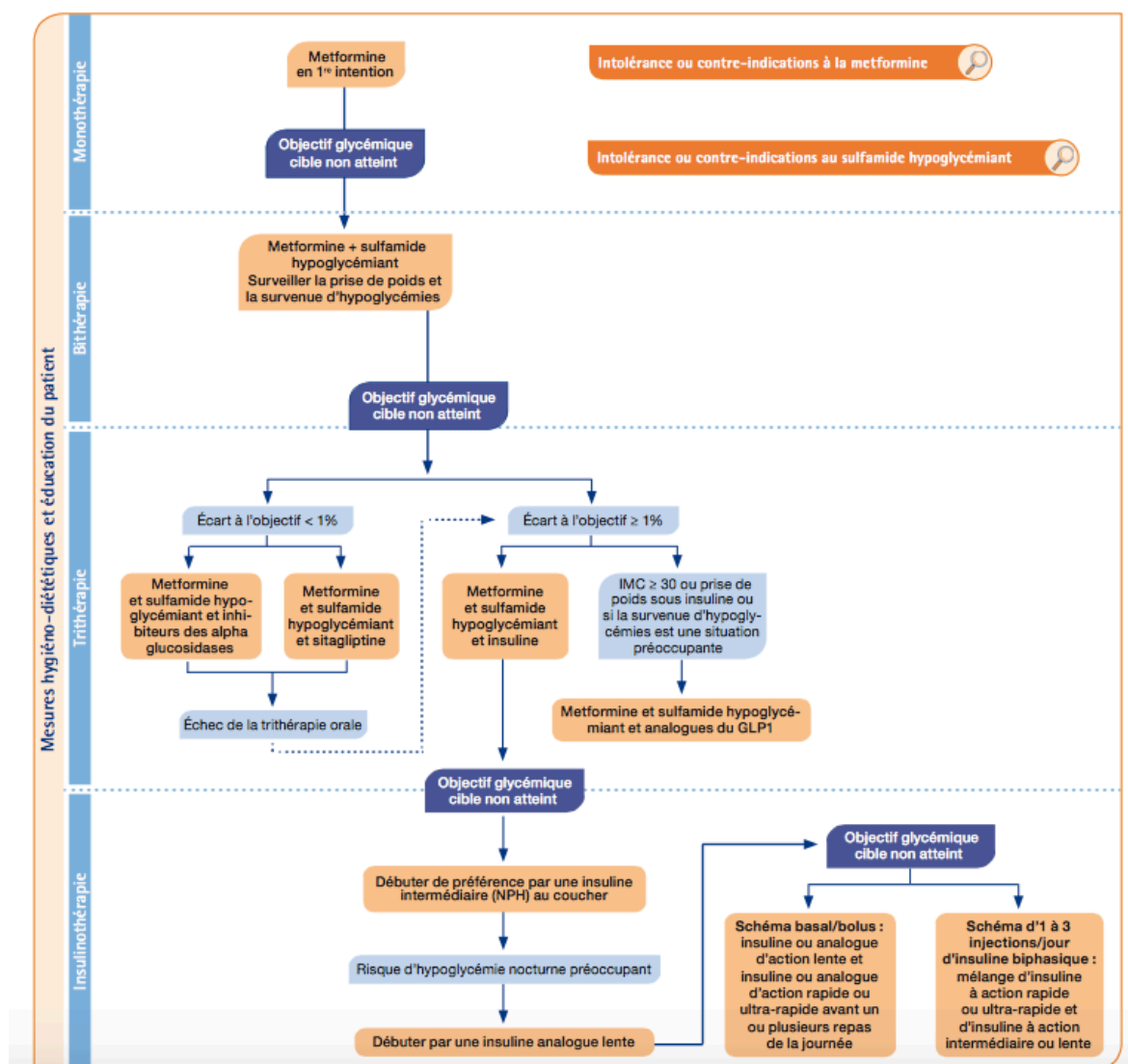


Figure 5 : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reco2clics_diabete_type_2.pdf

1.1.3. Complications du diabète

1.1.3.1. Complications aiguës

1.1.3.1.1. L'hypoglycémie

L'hypoglycémie se définit comme une glycémie $< 0,7$ g/l ou $< 3,9$ mmol/l.

Elle survient chez les diabétiques de type 1 le plus souvent, secondaire à une injection de dose massive d'insuline, une autolyse ou encore un déséquilibre entre alimentation, effort et thérapeutique. Chez le diabétique de type 2, elle peut survenir lors d'un traitement par sulfamides hypoglycémiants ou par un déséquilibre entre alimentation, effort et thérapeutique également.

Elle se caractérise par des signes cliniques :

- Périphériques : mains moites, sueurs, pâleur, angoisse, faim, angoisse, crampes, tachycardie, palpitations, tremblements...
- Centraux : trouble de la conscience, de la vision, difficulté de concentration, de langage...

Les malaises hypoglycémiques sont graves et peuvent conduire à une perte de connaissance ou un coma. Elle doit être prise en charge le plus rapidement possible.

Le traitement de l'hypoglycémie passe par un resucrage immédiat : 3 carrés de sucre ou 2 cuillères à soupe de miel ou confiture, ou une pâte de fruit, ou un verre de soda ou jus de fruit.

En cas d'échec ou impossibilité de se nourrir, il faut pratiquer une injection de glucagon.

1.1.3.1.2. L'acidocétose

C'est la conséquence d'une carence profonde en insuline chez le diabétique de type 1. C'est une urgence médicale qui nécessite une hospitalisation.

Les signes cliniques de la cétose sont l'haleine acétonique, nausées et vomissements, douleurs abdominales, crampes musculaires + une déshydratation.

Après avoir rééquilibré les ions et le pH, le traitement passe par une réhydratation et l'administration d'insuline.

1.1.3.1.3. Le coma hyperosmolaire

Il se définit par une hyperglycémie sévère, sans cétose + une déshydratation.

Plus fréquent chez les diabétiques de type 2.

Les signes cliniques sont croissants ; allant d'un trouble de la conscience jusqu'au coma.

Le traitement est une réhydratation intense associée à une insulinothérapie + traitement de la cause déclenchante (exemple une infection).

1.1.3.1.4. L'acidose lactique

Elle se définit comme une accumulation d'acide lactique. Elle est due à une accumulation de biguanides + une anoxie. Elle est plus fréquente chez les diabétiques de type 2 traités par biguanides.

Le traitement est la restauration de l'état hémodynamique et ventilatoire en réanimation médicale + une épuration extra-rénale.

1.1.3.2. Complications chroniques

La cause est une hyperglycémie majeure et elles sont favorisées par une hypertension artérielle, une dyslipidémie, le tabac.

1.1.3.2.1. Les microangiopathies

Se définissent comme des complications spécifiques du diabète qui regroupent des atteintes des petits vaisseaux de la rétine (rétinopathie), du rein (néphropathie) et du système nerveux périphérique (neuropathie).

1.1.3.2.2. Les macroangiopathies

Sont des atteintes des artères de gros et moyen calibre dont les conséquences sont graves : infarctus, une artérite, amputations, accident vasculaire cérébral.

1.1.3.2.3. Infections

Infections de la peau et des muqueuses : pieds, gencives et dents, mycoses...

1.1.3.2.4. Le pied diabétique

Secondaire à une neuropathie ou artérite des membres inférieurs, il peut aussi être l'évolution d'un traumatisme local ; tel qu'une fissure, un mal perforant plantaire, un ulcère.

Il est important de sensibiliser le patient car cela peut conduire à une amputation.

1.2. Les objectifs de la prise en charge

Selon Ferrera et Honoré, (27) « Lors de la dispensation des traitements au patient diabétique de type 2, le pharmacien surveillera que le patient a acquis les connaissances et les compétences ci-dessous. En fonction des besoins du patient, identifiés à partir d'un entretien pharmaceutique il informera, conseillera, éduquera ou orientera le patient en suivra l'acquisition au fur et à mesure des dispensations.

1. Le patient doit connaître les objectifs du traitement médicamenteux et non médicamenteux qui lui sont prescrits (symptomatiques et préventifs des complications dégénératives à long terme).
2. Les plans de prise notamment chez les personnes âgées ou les patients qui ont une insulinothérapie.
 - a. Pour les sulfamides s'assurer de la non confusion entre les formes LP qui ne nécessitent qu'une prise par jour et les sulfamides à prendre en 1 à 3 prises de préférence 1h avant les repas.
 - b. Pour les biguanides, il faut s'assurer de la tolérance du point de vue des troubles gastro-intestinaux et proposer une prise au cours des repas afin de les atténuer.
 - c. Les glinides sont à administrer avant chacun des trois principaux repas.
 - d. En cas d'oubli de dose, les doses ne doivent pas être doublées lors de la prise suivante.
3. Les modalités d'administration
 - a. S'assurer que le patient maîtrise la technique d'injection ou qu'une infirmière la pratique.
 - b. S'assurer de la gestion des déchets.
4. L'observance des traitements, notamment pour les personnes âgées et ayant plus de cinq médicaments notés sur l'ordonnance.

5. La surveillance diabétique
 - a. Modalités et objectifs de l'autosurveillance.
 - b. Suivi régulier du taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c).
 - c. Actions à mettre en place pour la prévention des complications aiguës et notamment des hypoglycémies. Apprendre à reconnaître les signes d'hypoglycémie. Et être prudent lors de la conduite de véhicules.
 - d. Visites médicales à réaliser régulièrement pour la prévention des complications chroniques (néphropathie, rétinopathie, neuropathie, macro angiopathies, infections), mais aussi examen bucco-dentaire.
 - e. En cas de blessure ou d'infection qui doivent être immédiatement signalées au médecin.
 - f. Surveillance des blessures aux pieds qui, du fait d'une moindre sensibilité liée aux complications peuvent passer inaperçues. L'hygiène doit être rigoureuse, le port de chaussures serrées ou blessantes proscrit. Les ongles doivent être limés et non coupés.
 - g. Hydratation
 - h. Fièvre
 - i. Vaccination contre la grippe...
6. La tolérance (notamment pour les ADO lors du démarrage des traitements).
7. Les risques iatrogènes évitables
 - a. La metformine doit être arrêtée 2 jours avant tout examen radiologique utilisant des produits de contraste iodés.
 - b. Les risques d'hypoglycémie particulièrement importants avec les sulfamides ou au cumul avec des sulfamides + anti-infectieux ou avec le cumul de plusieurs médicaments hypoglycémifiants. Il est de même pour les patients requérant des injections d'insuline. Le patient doit apprendre à reconnaître l'hypoglycémie dès les premiers signes et doit avoir sur lui de quoi y remédier.
 - c. Les risques de dérèglement lors de l'ajout de traitements hyperglycémifiants (corticoïdes par exemple).
8. Les conseils hygiéno-diététiques. Dans ce cas nous pourrions avoir recours à des programmes complets d'Education Thérapeutique au sein de réseaux de santé.
9. L'automédication enfin est à proscrire. »

2. Prise en charge personnalisée

L'observance thérapeutique peut se définir comme l'adéquation entre la prescription médicamenteuse et le comportement du patient au regard de cette prescription. Elle est importante pour toute prescription mais elle l'est d'autant plus pour les maladies chroniques car c'est la prise quotidienne des traitements qui permet de stabiliser une maladie chronique.

Les **déterminants d'observance** correspondent aux facteurs dont va dépendre l'observance thérapeutique du patient. Certains sont des facteurs sur lesquels il est possible d'agir. Ils sont de nature différente, propres à chaque patient et sont donc importants à prendre en compte.

2.1. Concernant le patient lui-même

On peut regrouper ces déterminants d'observance en différentes parties : (28)

- Facteurs **prédisposants** à une mauvaise observance :
 - Caractéristiques sociodémographiques : sexe, âge, statut
 - Croyances et attitudes : croyances religieuses ou culturelles, les peurs, les motivations du patient, les attitudes à l'égard de la prévention, le sentiment d'autoefficacité et de contrôle par rapport à la maladie ainsi que la valeur accordée à la maladie
 - Environnement familial et culturel du patient : horaires de vie du patient, horaires de travail (si encore actif), rythme de ses repas et de ses habitudes de vie.
- Facteurs **capacitants** :
 - Habileté et ressources par rapport à l'observance
 - Ses connaissances (niveau élevé de littératie en santé)
 - Ses facteurs physiologiques propres
 - Ses facteurs logistiques : accessibilité matérielle aux soins plus ou moins aisée, horaires...
- Facteurs **renforçants** :
 - Soutien de l'entourage
 - Effets positifs du traitement : exemple perte de poids...

- Facteurs **situationnels** :
 - Internes : apparition de nouveaux symptômes ou disparition de symptômes
 - Externes : intervention d'autrui, rappel du médecin etc...

2.2.Spécificités concernant l'île de la Réunion

Nous pouvons citer quelques déterminants d'observance (29), notamment concernant les règles hygiéno-diététiques recommandées pour tout patient diabétique :

✓ Activité physique faible à modérée

Les recommandations du Programme National Nutrition Santé sont de pratiquer une activité physique à raison de 30 minutes par jour.

Or, 4 réunionnais sur 10 déclarent une activité physique régulière,

1 réunionnais sur 10 déclare une absence d'activité physique ou déclare une pratique rare.

Notons que les réunionnais sont plus actifs que les métropolitains.

Il existe une inégalité entre les sexes et âges : les hommes sont plus actifs par rapport aux femmes ; et les jeunes sont plus actifs par rapport aux plus âgés.

✓ Comportement hygiéno-diététique défavorable

Les recommandations du PNNS sont de 5 fruits ou légumes par jour.

On note que moins de 10% des réunionnais respectent ces recommandations.

30% des réunionnais déclarent consommer une boisson sucrée tous les jours.

L'alimentation réunionnaise comporte beaucoup d'huile.

✓ Prévalence de l'obésité et du surpoids en augmentation

Les chiffres à la Réunion :

- 4 personnes sur 10 en surcharge pondérale
- 1 personne sur 10 en situation d'obésité
- Il existe une différence entre sexe : les femmes sont plus concernées.

En conclusion, les comportements alimentaires et l'activité physique des réunionnais sont toujours éloignés des recommandations.

✓ **Niveau socio-économique : influence**

La consommation alimentaire varie selon les niveaux de vie.

A la Réunion, un excès de consommation de riz et d'huile et un déficit en fruits et légumes sont plus observés pour les ménages les plus modestes.

La consommation de fruits et légumes augmente avec le revenu.

III. MATERIEL ET METHODE

Nous nous intéressons au suivi pharmaceutique du patient diabétique de type 2 dans le cadre des nouvelles missions du pharmacien. Après avoir rappelé les grandes spécificités de la pathologie, les recommandations de prise en charge et les caractéristiques propres à notre population cible, nous allons détailler dans un premier temps le processus de pharmacie clinique sur lequel nous avons fondé notre suivi. Nous décrirons dans un deuxième temps l'expérimentation que nous avons menée au sein de la pharmacie du Maïdo auprès de 7 patients ainsi que son analyse.

1. Qu'est-ce que la Pharmacie clinique ?

La définition de la SFPC en 2016 stipule que la pharmacie clinique est une discipline pharmaceutique à part entière mais aussi un mode d'exercice particulier de la pharmacie essentiellement centré sur le patient qui fait appel à la coopération entre ses différents professionnels de santé ainsi qu'avec ses aidants. Ses principales actions concernent la sécurisation, la pertinence et l'efficacité du recours aux produits de santé. Son objectif est l'optimisation de la prise en charge thérapeutique à chaque étape du parcours de soins du patient.

Historique de la pharmacie clinique : (15)

La pharmacie clinique est une discipline qui existe depuis plus de 50 ans dans les pays anglo-saxons. C'est en 1984 qu'elle a fait son apparition en France.

Ce n'est qu'un peu plus tard par l'ordonnance du 16 décembre 2016, que la pharmacie clinique est reconnue comme mission des pharmaciens au sein des pharmacies à usage intérieur ; puis élargie aux pharmacies de ville.

Dans leur article « De la dispensation au plan pharmaceutique personnalisé : vers un modèle intégratif de pharmacie clinique », B. Allenet et al. présentent le nouveau modèle de pharmacie clinique : (30)



Figure 6 : <http://sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/1875-modele-sfpc-pharmacie-clinique-2018.html>

La pharmacie clinique s'exerce autour de trois principaux actes :

- 1) Dispensation des produits de santé
- 2) Bilan de médication partagé ou revue clinique de médication
- 3) Plan pharmaceutique personnalisé

2. Description du processus

2.1. Etape 1 : Dispensation des produits de santé

2.1.1. Analyse pharmaceutique de l'ordonnance +/- demande spontanée du patient

La recevabilité de l'ordonnance passe par :

- ✓ L'identification du prescripteur :
 - Spécialité
 - Coordonnées + adresse
 - RPPS +/- FINESS
 - Signature

- ✓ La date de l'ordonnance :
 - Primo délivrance dans un délai de 3 mois après la date de prescription
 - Cas des stupéfiants : délai de 3 jours

- ✓ L'identification du patient :
 - Nom + Prénom
 - Eventuellement Age + Poids

- ✓ Le traitement : Pour chaque spécialité prescrite :
 - Nom commercial ou DCI
 - Dosage à prendre
 - Moment de prise
 - Durée du traitement
 - Nombre de spécialités prescrites.

La demande spontanée du patient :

Le pharmacien va poser des questions plus précises sur la demande du patient afin d'orienter le mieux possible sa réponse et la délivrance → symptômes précis, durée/fréquence, ainsi que les antécédents ou traitements actuels afin d'écarter toute contre-indication ou interaction.

2.1.2. Délivrance des produits

+/- Préparation éventuelle des doses à administrer

Après avoir analysé la prescription ou la demande spontanée du patient, le pharmacien délivre les produits. Il peut également réaliser un pilulier si nécessaire.

2.1.3. Conseils + informations relatifs au bon usage des produits de santé

En plus des médicaments délivrés, le pharmacien doit compléter sa dispensation de conseils relatifs à la prise, forme ou moment de prise des médicaments. Il doit alerter le patient si des précautions particulières sont à prendre.

2.2.Etape 2 : Bilan partagé de médication

Les nouvelles missions du pharmacien sont inscrites dans le Décret n° 2018-841 du 3 octobre 2018 relatif aux conseils et prestations pouvant être proposés par les pharmaciens d'officine dans le but de favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes. Le détail de ce décret figure en annexe 1 de ce mémoire.

2.2.1. Définition

Le bilan partagé de médication se définit d'après la HAS « comme une analyse critique structurée des médicaments du patient dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement, en ayant soin d'optimiser l'impact clinique des médicaments, de réduire le nombre de problèmes liés à la thérapeutique et de diminuer les surcoûts inutiles. Cette démarche impose de mettre en perspective le traitement du patient (issu du bilan de médication) en regard de ses comorbidités, d'éventuels syndromes gériatriques, de ses souhaits, et d'outils d'évaluation pharmacologique comme ceux de détection de médicaments potentiellement inappropriés ».

Le bilan de médication en officine, s'inscrit avec la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé et médico-sociaux, dans un parcours de soins ville / hôpital sur la prévention des effets indésirables médicamenteux et de leurs conséquences.

C'est un outil d'accompagnement du patient dont les propriétés essentielles sont : (31)

- ✓ Accompagnement **personnalisé** : suivi individuel, personnel tout au long des entretiens et du traitement.
- ✓ Accompagnement **confidentiel** : entretien en confidentialité qui se déroule à la pharmacie dans un espace dédié.
- ✓ Accompagnement **libre** : le patient est libre d'accepter ou non cet entretien, il peut choisir le pharmacien avec qui le réaliser. Le patient peut changer de pharmacien au cours des entretiens. A tout moment, il peut aussi changer d'avis et ne plus participer au processus.
- ✓ Accompagnement **pris en charge par l'Assurance Maladie** dans le cadre de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique du Pharmacien.

2.2.2. Objectifs

Les principaux objectifs du bilan de médication sont :

- ✓ De réduire le risque d'effets indésirables liés aux médicaments, donc de réduire le risque d'iatrogénie médicamenteuse,
- ✓ D'apporter des réponses aux interrogations du patient concernant ses traitements et leurs effets,
- ✓ D'aider le patient dans l'appropriation, l'adhésion et l'administration de son traitement afin d'améliorer l'observance thérapeutique,
- ✓ De réduire le gaspillage de médicaments.

2.2.3. Principes du bilan de médication partagé

Le bilan de médication partagé repose sur quatre grands principes qui sont :

- ✓ L'évaluation de l'observance et de la tolérance du traitement
- ✓ L'identification des interactions médicamenteuses
- ✓ Le rappel des conditions de prise et de bon usage des traitements
- ✓ L'information du médecin traitant.

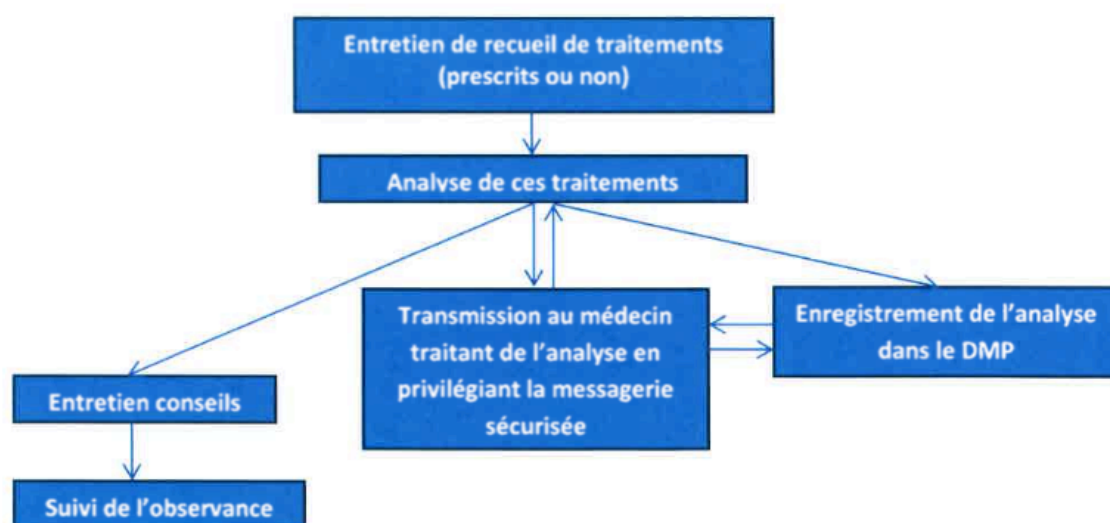


Figure 7 : <http://www.uspo.fr/wp-content/uploads/2017/11/annexe-avenant-12-signé-UNCAM-USPO.pdf>

2.2.4. Les 7 grandes étapes

Les illustrations ci-dessous issues du cahier n°3176 du Moniteur des pharmacies décrivent les grandes étapes du BPM.



2.2.4.1. Repérage des patients

Le bilan de médication peut être proposé à trois catégories de patients :

- ✓ Patients de plus de 65 ans + ALD
- ✓ Patients de plus de 75 ans polymédiqués : au moins 5 DCI sur 6 mois
- ✓ Autres critères pertinents selon la SFPC : sortie d'hospitalisation, découverte d'une pathologie, doute sur l'observance, médicament à risque, survenue d'effet indésirable médicamenteux.

2.2.4.2. Programmation du rendez-vous

- ✓ Le pharmacien rappelle les objectifs de cette démarche et après accord du patient, il faut définir avec lui une date de rendez-vous à l'officine.
- ✓ Rappel au patient de porter tous les éléments nécessaires au rendez-vous :
 - Toutes les ordonnances (spécialistes + généraliste),
 - Boîtes des médicaments prescrits + automédication,
 - Bilans, prises de sang, analyses biologiques.

Avant de quitter le patient, nous pouvons lui remettre des brochures d'informations.

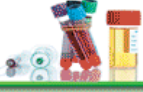
Les reproductions de flyers ci-dessous montrent les différents outils mis à disposition par l'URPS Pharmaciens PACA pour faciliter le recrutement des patients dans le cadre du programme Pharm'Observance PACA.

Sécurisons ensemble votre traitement

C'est un accompagnement INDIVIDUEL et GRATUIT
pour vous aider dans la prise de vos traitements et répondre à toutes vos questions...

- Vous avez plus de 75 ans ?
- Vous avez plus de 65 ans et une maladie chronique ?
- Vous prenez plus de cinq médicaments ?
- Vous allez être hospitalisé ?
- Votre traitement a été modifié ?

Prenez rendez-vous avec VOTRE PHARMACIEN

-  Nous prenons rendez-vous et nous vous recevrons en tout confidentialité.
-  Apportez toutes vos ordonnances en cours.
-  Munissez-vous de la liste de tous vos médicaments non prescrits que vous prenez même occasionnellement.
-  Apportez les deniers résultats de vos analyses biologiques.

Votre pharmacien vous apporte toutes les informations et conseils essentiels en lien avec votre traitement

- A quoi servent chacun de vos traitements.
- Comment bien les suivre.
- Quels sont les médicaments à éviter.
- Quel est votre ressenti (effets indésirables...) quels sont vos doutes....
- Comment prendre soin de votre santé, quelle surveillance, suivis, conduite à tenir en cas de crise...

Avec votre accord, une coordination entre votre pharmacien et votre médecin se mettra en place

C'est un service entièrement GRATUIT financé par l'Agence Régionale de Santé PACA

Figure 8 : http://www.urps-pharmaciens-paca.fr/?page_id=6269



Figure 9 : http://www.urps-pharmaciens-paca.fr/?page_id=6269

2.2.4.3. Préparation de l'entretien

- ✓ Sans le patient, le pharmacien à l'officine va se doter de l'historique de dispensation et du dossier pharmaceutique si ouvert.
 - ✓ Recueil de toutes les prescriptions + antécédents et comorbidités du patient.
- Pluridisciplinaire car aide du médecin traitant : anamnèse des traitements en cours + précisions sur la ou les pathologie(s) actuelle(s) + antécédents médicaux du patient.

2.2.4.4. Déroulement de l'entretien initial

- ✓ Rappel de l'objectif de la démarche.
- ✓ Le pharmacien fait signer au patient le consentement.
- ✓ Recueil des informations (cf questionnaire).

La SFPC a rédigé un guide d'entretien (32) afin d'aider le pharmacien clinicien à récolter toutes les informations utiles à la réalisation du BPM. Ce guide figure en annexe 2 de ce document. Cette première étape peut se réaliser au sein de l'officine par le pharmacien officinal, au domicile du patient ou au cours d'une hospitalisation par le pharmacien hospitalier. Le bilan de médication s'effectue ainsi aussi bien à la ville qu'à l'hôpital.

Le pharmacien est amené à compléter le document, en amont de la rencontre avec le patient (il indique par exemple le nom du médecin traitant...) et peut avoir recours au médecin afin

d'obtenir des précisions sur les antécédents du patient. Au-delà des antécédents médicaux, nous devons être attentifs à tous les facteurs qui influent soit sur la prise en charge thérapeutique soit sur les conditions de vies du patient et recueillir tous renseignements utiles à l'évaluation de la sécurité des prises (bon usage du médicament, risques iatrogènes) et à l'observance des traitements. Les informations qui figurent dans le guide sont les suivantes :

- Concernant le patient
 - ✓ L'identité du patient : nom, prénom, date de naissance, poids important à prendre en compte
 - ✓ Le mode de vie du patient : seul ou accompagné, horaires de vie, qualité du sommeil, aides existantes ou pas... On cherche à savoir si le patient est bien entouré ou non.
 - ✓ L'état physiologique afin de déceler des difficultés du type problème de déglutition, vision altérée, mobilité réduite ; notamment au niveau des mains (difficulté à couper le médicament etc...).
 - ✓ Les événements susceptibles d'entraîner une réévaluation du traitement (comme une chute, une perte de poids, une dépression...).
- Concernant le traitement médicamenteux

Dans un deuxième temps, le pharmacien va s'intéresser à tous les produits pris ; comportant les médicaments prescrits, les médicaments non prescrits, les compléments alimentaires, de la phytothérapie, aromathérapie, homéopathie... Il s'aide des ordonnances apportées par le patient ainsi que du Dossier Patient et Dossier Pharmaceutique s'ils sont ouverts. Il s'agit d'une première étape de conciliation médicamenteuse.

On questionne le patient sur la gestion de son traitement, les horaires de prise des médicaments, la gestion de son stock, la préparation et la prise des médicaments. On aborde le sujet de l'automédication puis les éventuels effets indésirables liés aux médicaments.

Il y a alors une revue de prescription de chaque médicament en fonction de son indication et si elle est toujours d'actualité.

Puis, on cherche à faire exprimer au patient ses connaissances relatives à son traitement et au rôle de ses médicaments. Plus un patient est connaisseur de sa pathologie et de son traitement, plus il sera observant.

Enfin, on évalue l'observance du patient par le questionnaire de GIRERD à 6 questions.

2.2.4.5. Analyse sans le patient

Cette étape se fait en l'absence du patient, le pharmacien réalise seul l'évaluation après la récolte des informations.

Il regarde s'il y a des divergences entre ce qui est prescrit et ce qui est pris par le patient. Il va rechercher toute contre-indication ou interaction médicamenteuse potentielle entre les médicaments prescrits ainsi que ceux pris en automédication. Il fait le lien entre des effets indésirables signalés et le traitement pris. Il vérifie la posologie et l'indication de chaque médicament ; il s'agit de rechercher une prescription potentiellement inappropriée. Il en existe trois qui sont :

- ✓ *underuse* : sous prescription : correspond à une absence de prescription par rapport à un symptôme décrit par le patient.
- ✓ *misuse* : mauvaise prescription : prescription d'une mauvaise spécialité pour une indication donnée.
- ✓ *overuse* : sur prescription : prescription d'une spécialité sans indication donnée.

Après cette évaluation, le pharmacien réalise l'analyse des traitements. En fonction du discours du patient et de ce que le pharmacien a observé, il rédige des propositions d'interventions pharmaceutiques telles que des ajouts / retraits / substitution de médicaments, changement de forme galénique, modification de plan de prise, etc...

Le pharmacien peut mettre en place un plan de posologie à remettre au patient lors de l'entretien conseil.

Puis, le compte rendu des interventions pharmaceutiques est envoyé au médecin traitant et aux autres médecins spécialistes si nécessaire, qui étudient ces notifications et discutent avec le pharmacien des solutions envisageables. La SFPC recommande une communication via la messagerie sécurisée de santé.

2.2.4.6. Entretien conseil

Au cours de l'entretien conseil, le pharmacien explique au patient le compte rendu de ses conclusions et les mesures suggérées en accord avec le ou les médecins, en lui apportant également des conseils associés. L'aidant du patient peut/doit être présent.

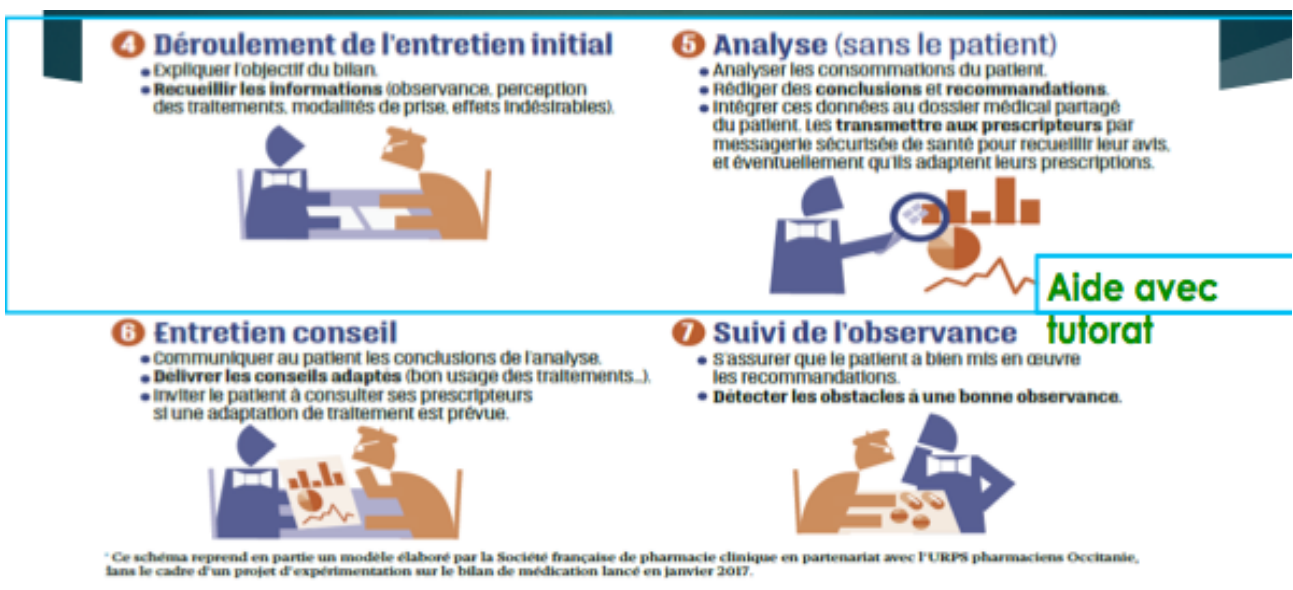
Le pharmacien améliore les connaissances du patient sur sa pathologie et ses traitements, il lui procure des outils pour améliorer l'observance tels qu'un carnet de suivi ou un pilulier, des fiches conseil, explicatives, des règles hygiéno-diététiques... Il lui remet le plan de posologie établi lors de l'analyse en lui expliquant ainsi quand prendre chaque médicament.

Cette étape est très importante et l'échange doit être clair, compréhensible, facile et adapté.

2.2.4.7. Suivi de l'observance

Un deuxième rendez-vous a lieu 6 à 12 mois après le premier et c'est au cours de cet entretien que le pharmacien évalue à nouveau l'observance du patient. Cet entretien permet au pharmacien de s'assurer que le patient a bien mis en œuvre les recommandations préconisées et ainsi voir s'il y a encore des freins à l'observance et par la suite les corriger de nouveau.

En réalité, le suivi de l'observance est fait lors de chaque dispensation au comptoir. Le pharmacien doit vérifier que les IP ont bien été prises en compte (exemple : médicament supprimé pas represcrit...). Si nécessaire, on peut utiliser les options du logiciel et mettre un message sur le nom de la personne afin que l'équipe soit au courant.



La rémunération du bilan de médication pour le pharmacien se présente comme suit :

- La première année :
 - ✓ 60 euros s'il réalise au moins les deux premières étapes : entretien de recueil des traitements et analyse des traitements.
- Les années suivantes :
 - ✓ 30 euros en cas de changement de traitement et si le pharmacien réalise au moins l'analyse des traitements.
 - ✓ 20 euros en cas de poursuite identique des traitements et si le pharmacien réalise au moins un suivi d'observance.

Pour être rémunéré, le pharmacien devra avoir réalisé l'ensemble des étapes sur une année civile de référence. Chaque étape devra être déclarée via Espace pro. La rémunération perçue pour un patient est limitée à une seule officine, après enregistrement des étapes requises.

2.3.Etape 3 : Plan pharmaceutique personnalisé : éducation thérapeutique

Au cours du bilan de médication partagé, le pharmacien d'officine peut déceler un besoin de mettre en place une éducation thérapeutique.

C'est alors que l'on propose un plan pharmaceutique personnalisé au patient afin de le rendre autonome, c'est la troisième étape du processus de pharmacie clinique.

2.3.1. Introduction

Nouvelle pratique de santé portant sur l'interaction entre professionnels de santé et patients. En effet, les professionnels de santé vont être amenés à partager leurs connaissances, à les transmettre aux patients qui se verront confiés des gestes jusqu'alors réservés aux professionnels de santé dans le but de les rendre autonome et de leur permettre d'acquérir des comportements favorables pour leur santé et abandonner des comportements inappropriés ou à risque...

Selon l'OMS, « l'éducation thérapeutique du patient vise à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. » (13)

D'après D'Ivernois et al., l'éducation thérapeutique du patient devient une « nécessité épidémiologique, thérapeutique, économique et éthique. » (2)

L'objectif visé est ici l'autonomie, ainsi qu'en témoigne l'étymologie du mot « éducation » qui vient du latin « ex-ducare » : guider, conduire hors.

Cadre légal de l'éducation thérapeutique

❖ C'est la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire du 21 juillet 2009 qui inscrit l'éducation thérapeutique dans le code de la Santé Publique.

« L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie. Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret. »

- ✓ Tout contact direct entre un malade et son entourage et une entreprise de médicaments est interdit
- ✓ « les programmes sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé. Ils sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des ARS. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé »
- ✓ Ils sont évalués par la HAS
- ✓ « les actions d'accompagnement font partie de l'ET. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. Elles sont conformes à un cahier des charges national »
- ✓ Les programmes ne peuvent être ni élaborés, ni mis en œuvre par les entreprises du médicament mais elles peuvent prendre part au financement

- ✓ « les programmes d'apprentissage ont pour objet l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant »
- ✓ Les programmes d'apprentissage : mis en œuvre par des PS intervenant pour le compte d'un opérateur pouvant être financé par l'entreprise du médicament. Ils sont soumis à autorisation de l'AFSSAPS
- ✓ 30 000 euros d'amende si mise en œuvre d'un programme ETP sans autorisation
- ✓ L'ARS est chargé du contrôle du respect des autorisations délivrées
- ✓ Jusqu'au 1/01/2011 pour obtenir l'autorisation pour les anciens programmes.
- ❖ L'éducation thérapeutique est également agréée régionalement selon les plans régionaux. L'équipe réalise une autoévaluation annuellement et sur les recommandations de la HAS, ils sont évalués tous les quatre ans afin de les renouveler si nécessaire.
- ❖ La convention du 04 mai 2012 stipule à l'article 9 que « Le pharmacien doit [...] développer l'éducation thérapeutique du patient. »

L'objectif principal de l'éducation thérapeutique est l'acquisition, le maintien et/ou l'amélioration de la qualité de vie du patient. (33)

Il s'agit d'améliorer la gestion de la maladie et d'éviter les complications, tout en impliquant le patient jusque dans les pratiques quotidiennes et sociales.

Dans le cadre du programme Pharm'Observance PACA, le pharmacien peut proposer 7 actions éducatives auxquelles correspondent des outils et techniques qui figurent dans le guide disponible sur le site de l'URPS Pharmaciens PACA : (34)

1) Gestion quotidienne des traitements

- Compétences à acquérir pour le patient :
 - ✓ Adapter son traitement à sa vie quotidienne
 - ✓ S'organiser pour suivre les indications données par le médecin et le pharmacien
 - ✓ Anticiper les problèmes (oublis, erreurs...)
 - ✓ Sécuriser les manipulations
 - ✓ Prévenir l'automédication
- Outils : boîtes de médicaments et ordonnances

- Techniques utilisées par le pharmacien pour favoriser l'échange avec le patient : explorer ses connaissances : poser des questions ouvertes, mise en situation, récits de prise...

2) Apprentissage d'une auto-surveillance, auto-mesure, auto-évaluation ou d'une pratique de soins (ex : auto-injection)

- Compétences à acquérir pour le patient :
 - ✓ Réaliser le geste
 - ✓ Manipuler les dispositifs
 - ✓ Connaître les déplacements de zones
 - ✓ Identifier les paramètres à mesurer, la fréquence, le moment
 - ✓ Repérage de signes ou symptômes d'alerte
 - ✓ Mesure de la glycémie, de la pression artérielle, de symptômes respiratoires, du poids, des œdèmes, auto-examen des pieds, analyse de résultats d'examens, suite de soins après une chirurgie ambulatoire... (35)
- Outils : demander au patient de manipuler les dispositifs devant nous, utiliser des supports tels que les carnets d'autosurveillance
- Techniques utilisées par le pharmacien pour favoriser l'échange avec le patient : laisser faire le patient, le reprendre si besoin...

3) Prise en compte du résultat d'une auto-surveillance ou d'une auto-mesure

- Compétences à acquérir pour le patient :
 - ✓ Comprendre pourquoi il est nécessaire de surveiller / mesurer ce(s) paramètre(s)
 - ✓ Etre capable de modifier un traitement ou d'initier un auto-traitement
 - ✓ Connaître son champ d'action et les circonstances dans lesquelles il faut alerter le médecin
- Outils : carnet de suivi, dispositifs
- Techniques utilisées par le pharmacien pour favoriser l'échange avec le patient : mise en situation, apports de connaissances

4) Application d'une conduite à tenir en cas de crise, d'apparition d'un signe d'alerte

- Compétences à acquérir pour le patient :
 - ✓ Savoir repérer les signes d'alerte
 - ✓ Connaître la conduite à tenir
 - ✓ Développer un sentiment de sécurité face à la maladie
- Outils : blason des idées (réussir à identifier ce qui semble le plus important), colonnes de Beck (permettre au patient de revivre une situation, verbaliser ses pensées + émotions + pensées alternatives)
- Techniques utilisées par le pharmacien pour favoriser l'échange avec le patient : mise en situation, exploration des connaissances

5) Mise en lien des problèmes de santé avec les thérapeutiques et les soins

- Compétences à acquérir pour le patient :
 - ✓ Comprendre ses ordonnances
 - ✓ Comprendre la raison des suivis biologiques à réaliser et leur fréquence
 - ✓ Connaître les examens complémentaires à réaliser et leur fréquence
- Outils : ordonnances et boîtes de médicaments
- Techniques utilisées par le pharmacien pour favoriser l'échange avec le patient : mise en situation, apport de connaissances

6) Instauration d'un nouveau traitement

- Compétences à acquérir pour le patient :
 - ✓ Exprimer son ressenti et sa compréhension
 - ✓ Explorer les difficultés
 - Anticiper les effets indésirables
 - Maîtriser la manipulation
 - ✓ Identifier des aides (outils...) sur lesquels s'appuyer pour suivre les indications données par le médecin

- ✓ Identifier les personnes ressources pour accompagner les étapes et le suivi du traitement et/ou des incidents
 - ✓ Prévenir l'automédication
- Outils : blason des idées, plan de prise, ordonnances
 - Techniques utilisées par le pharmacien pour favoriser l'échange avec le patient : apport de connaissances, apporter de la confiance, identification des priorités, reformulation

7) Adaptation du patient à un contexte particulier (professionnel, familial...)

→ Voyage, sport, grossesse, mise en œuvre d'exercices physiques ou d'une activité physique, mise en œuvre d'un équilibre alimentaire.

- Compétences à acquérir pour le patient :
 - ✓ Explorer le contexte et repérer les éléments défavorables et favorables à l'observance et à la sécurité des traitements
 - ✓ Envisager des solutions (ex : emporter des quantités suffisantes de traitement...)
- Outils : blason des idées, documentation
 - Techniques utilisées par le pharmacien pour favoriser l'échange avec le patient : mise en situation, plan de prise, mise à disposition d'outils

2.3.2. L'éducation thérapeutique comporte 3 phases essentielles

1) Première phase d'éducation initiale : l'expérimentation des compétences attendues

Au cours de l'entretien avec le patient, le pharmacien peut détecter un type d'action à mettre en place, et avec accord du patient pour viser l'atteinte d'un objectif (alliance thérapeutique), le pharmacien peut orienter le patient dans un programme d'ETP. Dans ce cas, il adresse le patient vers un réseau de santé qui proposera non plus une action éducative ciblée mais un parcours comprenant plusieurs ateliers et impliquant différents professionnels de santé. Ici, l'accompagnement, bien que ciblé sur des problématiques propres au patient, n'est plus

individuel mais se produit lors d'échanges avec d'autres patients, selon une thématique précisée à l'avance (par exemple : favoriser la reprise d'une activité physique adaptée, composer un repas de fête...).

Nous proposons dans le tableau ci-dessous de comparer les avantages et inconvénients de la pédagogie individuelle ou de groupe. (13)

✓ **Pédagogie individuelle**

AVANTAGES	INCONVENIENTS
Personnalisation du discours Relation privilégiée Possibilité de cerner les besoins spécifiques Respect du rythme du patient Meilleur contact Meilleure connaissance du patient Permet d'aborder plus facilement le vécu du patient	Pas de confrontation avec d'autres patients Absence de dynamique de groupe Risque d'enseignement peu structuré Prend trop de temps Lassitude due à la répétition Risque d'emprise du soignant sur le patient Risque d'incompatibilité

✓ **Pédagogie de groupe**

AVANTAGES	INCONVENIENTS
Echanges d'expérience entre patients Emulation, interactions Convivialité Confrontations de point de vue Gain de temps Stimulation des apprentissages Apprentissages expérientiels par « situation-problèmes »	Risque d'enseignements « impositifs » Difficulté de faire participer les patients Patients trop hétérogènes Inhibition des patients à s'exprimer Horaires fixes des cours Difficulté d'accorder de l'attention à chacun Difficulté à gérer un groupe

2) Deuxième phase de suivi éducatif

Elle a pour but de suivre l'expérimentation mise en place et les actions réalisées par le patient. Elle complète et renforce l'éducation initiale. Elle peut se réaliser à distance via téléphone, courrier postal ou électronique... C'est par son intermédiaire que le soignant va s'assurer de la bonne maîtrise des objectifs par le patient ou à l'inverse de lacunes rencontrées.

Le pharmacien qui a adressé le patient dans un programme d'éducation thérapeutique personnalisée a dans ce cas un rôle de suivi central. Bien plus personnalisé qu'un suivi par téléphone, cette expérience est de nature à renforcer l'alliance entre patient et pharmacien.

3) Troisième phase de reprise éducative

Elle est utile lorsqu'un événement important survient, aux yeux du patient ou du soignant. Cet événement peut être des compétences mal maîtrisées, un changement dans les conditions de vie du patient, un changement dans le traitement du patient. Mais il peut aussi s'agir d'un incident de type hospitalisation, malaise, modification des paramètres biologiques etc... Le soignant doit alors mettre en évidence la cause qui peut être d'ordre thérapeutique (traitement mal adapté), d'ordre psychosocial (deuil, perte d'emploi, séparation, événements de vie qui ont amené le patient à négliger son traitement et ses soins), et enfin, d'ordre pédagogique (lacune de connaissance ou raisonnement). A ce moment là, l'apprenant identifie la ou les lacunes de connaissance, de raisonnement ou encore une conception erronée et met en place une reprise d'éducation. Là encore, le pharmacien, attentif à toutes les modifications survenant dans la vie ou dans le cours de la maladie peut renforcer la relation d'aide si nécessaire.

2.3.3. Le compte rendu d'éducation thérapeutique

Il est essentiel de rédiger le compte rendu de l'éducation thérapeutique, il est utile pour le dossier médical du patient pour une meilleure prise en charge globale et la continuité éducative. Il est recommandé « qu'il indique clairement en termes de compétences ce que le patient sait ou maîtrise et ce qu'il devra, lors de son suivi, continuer d'acquérir. » (13)

IV. RETOUR D'EXPERIENCE

1. Mise en œuvre du bilan de médication dans la pharmacie du Maïdo au Guillaume (La Réunion)

❖ Première et deuxième étapes : repérage des patients et proposition de rendez-vous

Grâce à une fonctionnalité du logiciel Winpharma®, j'ai obtenu la liste de tous les patients éligibles au bilan partagé de médication, soit 227 patients.

J'ai regardé patient par patient les pathologies les rendant éligibles à l'entretien et j'ai ainsi sélectionné les patients diabétiques de type 2, soit 99.

L'équipe officinale m'a aidé à faire une « pré-sélection » avec des patients **potentiellement** plus intéressés que d'autres. Voyant certains patients de cette liste refuser, j'ai élargi la sélection en proposant **à toute personne** diabétique de type 2 éligible au bilan de médication.

Le discours d'approche a été le suivant :

« Je suis étudiante en 6^{ème} année de pharmacie et je peux réaliser des bilans de médication. Il s'agit d'une nouvelle mission confiée au pharmacien et qui permet de faire un point sur vous et votre traitement ; voir s'il est bien adapté à vos habitudes de vie, si les horaires de prise sont adaptés, s'il y a des difficultés à la prise etc...

C'est un entretien qui dure une quarantaine de minutes, il est pris en charge par l'Assurance Maladie. »

A ce discours, j'ai obtenu plusieurs types de réponses :

- Un « oui » direct : « ha ben oui c'est bien, le médecin veut justement revoir un peu les médicaments ».
- L'adhésion du patient après lui avoir précisé le remboursement par l'assurance maladie.

A l'inverse, la réflexion d'un patient « Ha ben encore heureux que ce soit remboursé ! »

- L'hésitation d'une patiente cherchant l'approbation d'une préparatrice à mes côtés.
- « Non, tout va bien pour mes médicaments ».

Après après obtenu un « oui » et fixé un rendez-vous, j'ai réalisé l'adhésion du patient sur AMELI en utilisant le raccourci proposé par Winpharma®.

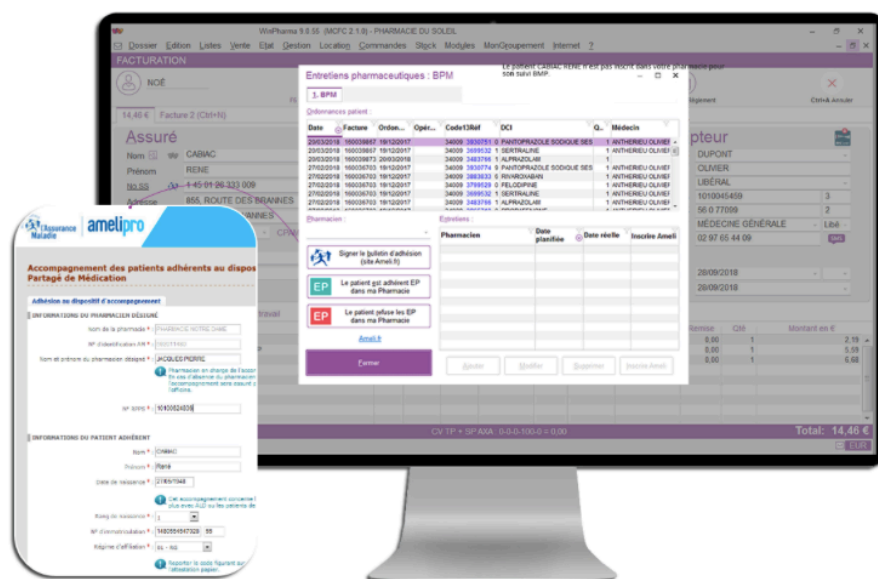


Figure 10 : <http://www.winpharma.com/normes/>

Puis j'ai finalisé l'adhésion directement sur le site Ameli.

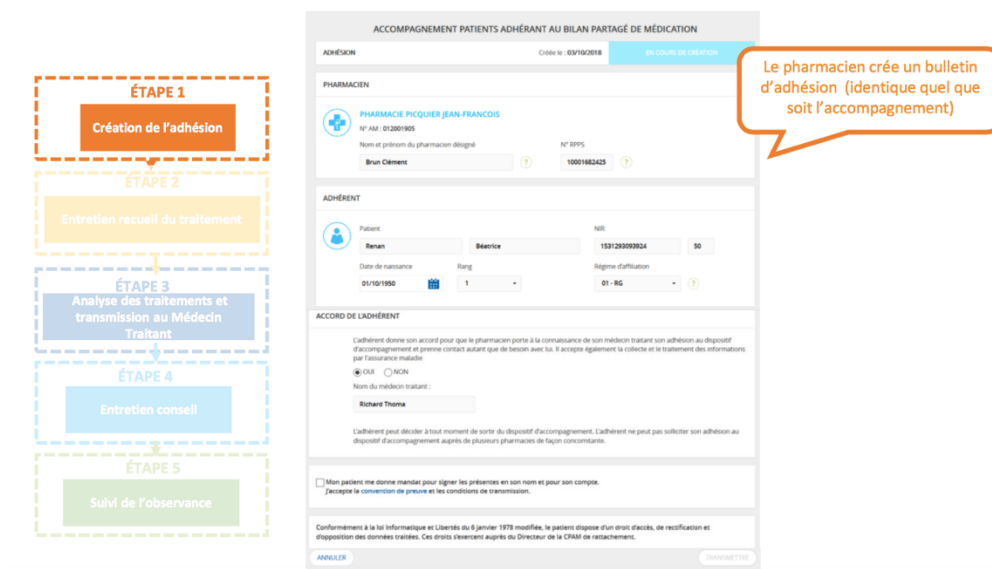


Figure 11 :

http://www.fspf.fr/sites/default/files/convention_pharmaciens_nouveau_teleservice.pdf

❖ **Troisième étape : préparation de l'entretien**

Je suis allée sur l'historique du patient et j'ai repris le traitement mensuel. J'ai noté chaque molécule prescrite avec la posologie correspondant sur le questionnaire fourni par la SFPC.

Par observation, j'ai également noté les spécialités occasionnelles prescrites et les spécialités achetées en vente libre lorsqu'elles sont visualisables dans l'historique.

Puis j'ai complété les informations connues ; à savoir l'identité du patient et le médecin traitant. J'ai aussi rempli au crayon les pathologies et antécédents supposés.

Ensuite, j'ai appelé le médecin traitant afin de lui expliquer la démarche et de le tenir informé de mon projet.

« Dans le cadre de mon stage officinal et de ma thèse, j'ai la possibilité de réaliser des bilans de médication. J'ai proposé un entretien à votre patient(e) Monsieur ou Madame X à qui j'ai expliqué la démarche et qui est intéressé.

Je vous appelle tout d'abord pour vous en tenir informé ; mais aussi pour discuter avec vous des antécédents de Monsieur ou Madame X. »

A part un médecin à qui j'ai dû expliquer en quoi consistait un bilan de médication, les trois autres savaient ce que c'était. Ils m'ont tous accordé du temps pour discuter avec moi de leur patient.

Après discussion, j'ai complété les antécédents et pathologies du patient.

❖ **Quatrième étape : entretien de recueil des traitements**

Installation du patient dans la salle d'orthopédie, je me suis assise à côté du patient, sans blouse. Dans un premier temps, j'ai voulu lui redire les enjeux de la démarche « Avant tout, je voudrais vous réexpliquer l'objectif de cet entretien... »

Après avoir obtenu un nouveau « oui », « Si vous êtes toujours d'accord, je vais vous expliquer comment l'entretien va se dérouler. »

Et à ce moment là, j'ai complété le questionnaire en discutant avec le patient.

Tout d'abord, on a rempli la partie sur son identité et son mode de vie.

Ensuite, j'ai repris avec le patient tous ses médicaments : je lui donnais le nom du médicament et lui demandais s'il savait pour quoi il était prescrit « Vous avez de la Metformine®, savez-vous pour quoi vous le prenez ? »

Ce à quoi j'ai eu plusieurs cas de figure :

- Les patients très au courant de leur pathologie « c'est le médicament pour le diabète »
- Les patients qui prennent leur traitement sans connaître les indications « Je ne sais plus ... » et après leur avoir donné la réponse « Ha d'accord, c'est celui pour le diabète ».

Ensuite, nous avons abordé toutes les parties du questionnaire. J'ai ajouté à la fin le questionnaire d'observance de GIRERD qui figure en annexe 3.

Une fois l'entretien fini, j'ai validé la deuxième étape sur Ameli.

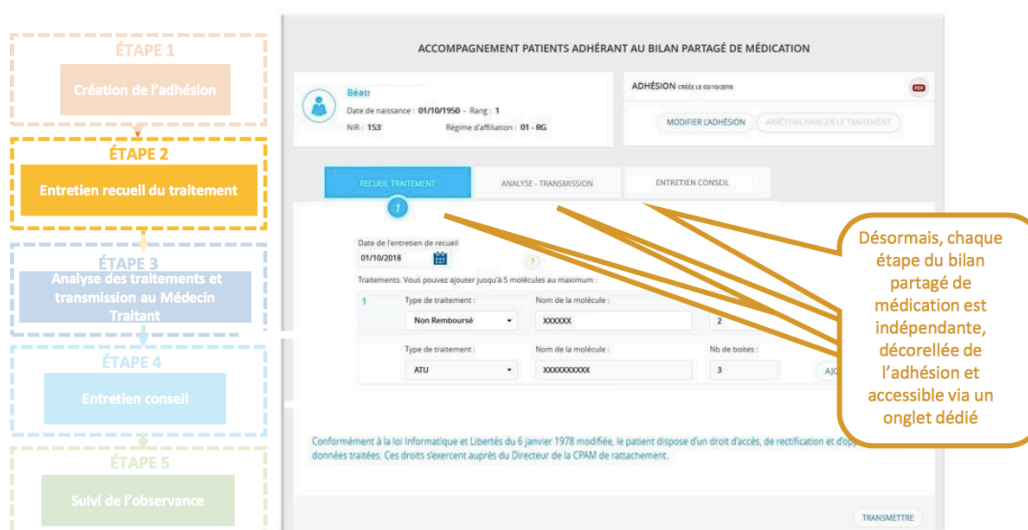


Figure 12 :

http://www.fspf.fr/sites/default/files/convention_pharmaciens_nouveau_teleservice.pdf

❖ Cinquième étape : analyse

Tout d'abord, à la suite de l'entretien du recueil des traitements, selon ce que m'avait dit le patient, j'ai réfléchi aux alternatives ou propositions envisageables.

J'ai vérifié qu'il n'y avait pas d'interactions entre les médicaments prescrits ainsi qu'entre les médicaments prescrits et automédication. Je me suis aidée de l'application Vidal® pour réaliser cette analyse.

J'ai aussi vérifié que chaque spécialité prescrite avait son indication et que chaque pathologie ou symptôme était traité.

Puis, j'ai rédigé les lettres aux médecins généralistes avec l'aide du pharmacien assistant. La pharmacie étant accolée aux cabinets médicaux, j'ai porté les lettres que j'ai ainsi pu remettre en mains propres aux médecins traitants.

Après transmission au médecin, j'ai enregistré la troisième étape sur Ameli.

Le diagramme à gauche illustre cinq étapes du processus :

- ÉTAPE 1 : Création de l'adhésion
- ÉTAPE 2 : Entretien recueil du traitement
- ÉTAPE 3 : Analyse des traitements et transmission au Médecin Traitant (surlignée en bleu)
- ÉTAPE 4 : Entretien conseil
- ÉTAPE 5 : Suivi de l'observance

À droite, la capture d'écran de l'interface Ameli correspond à l'étape 3. Le titre est "ACCOMPAGNEMENT PATIENTS ADHÉRANT AU BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION". Les données du patient sont : Béatrice RENAN, Date de naissance : 01/10/1950, Rang : 1, NIR : 153, Régime d'affiliation : 01 - RG. L'adhésion a été créée le 03/10/2018. Les onglets de navigation sont : RECUEIL TRAITEMENT, ANALYSE - TRANSMISSION (surligné), ENTRETIEN CONSEIL. Le formulaire "ANALYSE - TRANSMISSION" contient :

- Date d'analyse : 01/10/2018
- Prénom et nom du médecin traitant : Richard Thoma
- Date d'envoi : 01/10/2018
- Mode de transmission : Messagerie personnelle
- Enregistrement dans le DMP : Oui (sélectionné) / Non

Un message d'information mentionne les droits d'accès, de rectification et d'opposition des données traitées. Les boutons "PRÉCÉDENT" et "TRANSMETTRE" sont en bas.

Une bulle de texte au-dessus de l'interface indique : "Analyse du traitement, transmission au médecin traitant en privilégiant la message sécurisée, enregistrement dans le DMP".

Figure 13 :

http://www.fspf.fr/sites/default/files/convention_pharmaciens_nouveau_telSERVICE.pdf

Une semaine après, je suis retournée voir les médecins afin de connaître leur avis sur mes propositions et discuter avec eux. Nous aborderons ce point dans la partie Evaluation.

❖ Sixième étape : entretien conseil

J'ai appelé les patients afin de convenir d'un rendez-vous à la pharmacie pour que je leur rende compte des décisions et changements pris par le médecin.

Les patients sont revenus à la pharmacie, nous nous sommes installés dans la même salle que pour l'entretien de recueil des informations.

C'est là que je leur ai expliqué les changements qui viendront le mois suivant au cours de leur renouvellement.

J'ai demandé au patient de reformuler afin de m'assurer de leur compréhension.

Par la suite, j'ai enregistré l'étape 4 sur Ameli.

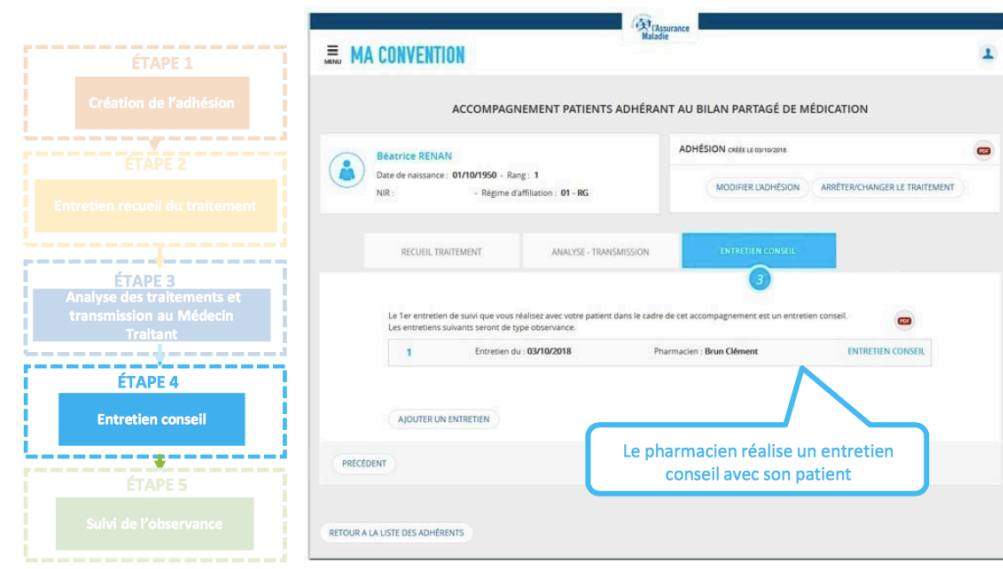


Figure 14 :

http://www.fspf.fr/sites/default/files/convention_pharmaciens_nouveau_teleservice.pdf

❖ Septième étape : suivi de l'observance

Etant donné que je prendrai un poste d'adjoint à La Réunion dans cette même pharmacie, je pourrai réaliser l'entretien de suivi l'année prochaine.

2. Evaluation

Dans les paragraphes qui vont suivre nous allons évoquer les différentes étapes de cette expérimentation et nous questionner quant à la façon dont nous avons procédé dans le but d'évaluer cette démarche au regard de la question qui nous préoccupait, c'est-à-dire le rôle du pharmacien dans le suivi du patient diabétique de type 2.

2.1.Evaluation du processus

- **Combien de problèmes rencontrés ?**

Parmi les problèmes les plus fréquemment rencontrés nous sommes intervenus sur les points suivants :

- ✓ **Voie d'administration inappropriée** : difficulté motrice à couper un comprimé en deux pour une patiente, nécessité du conjoint pour administrer ses gouttes pour une autre
- ✓ **Indication non traitée** : pas de prise d'un médicament en raison de divergences d'avis entre le spécialiste et le généraliste
- ✓ **Manque de suivi spécialiste** : suivi annuel ophtalmologique pour un patient, allergologue pour un autre
- ✓ Pas de prise de tension à la maison pour une patiente hypertendue.

- **Combien d'IP proposées ?**

Les IP proposées ont été les suivantes :

- ✓ **Adaptation de posologie** : un comprimé à 500 mg à la place d'un demi comprimé à 1000 mg
- ✓ **Recommandation de consultation chez le spécialiste** (ophtalmologue pour un, allergologue pour un autre)
- ✓ Proposition d'un appareil auto-tensiomètre pour évaluer la tension à la maison
- ✓ **Notification d'un problème sans solution** (gouttes pour le glaucome) mais le médecin est ainsi au courant que parfois le traitement n'est pas pris.

- **Combien de changements effectués ?**

Les médecins ont accepté l'ensemble de mes IP : modification de posologie, recommandation des rendez-vous spécialistes, prise de tension à la maison.

- **Conseils donnés ?**

Au cours du rendez-vous conseil, c'est moi qui ai expliqué aux patients les changements effectués par le médecin. Nous avons repris l'ensemble des traitements en incluant les nouveautés et en insistant bien sur les modifications apportées.

- **Nombre de bilans faits**

J'ai réalisé 7 bilans de médication, tous effectués jusqu'à l'étape de l'entretien conseil.

- **Nombre d'entretien par patient faits**

Par patient, j'ai réalisé 2 entretiens : entretien de recueil + entretien conseil.

- **Nombre de suivi réalisé**

Je réaliserai les entretiens de suivi l'année prochaine afin de réévaluer l'observance thérapeutique.

- **Nombre de fois à domicile = vérifier la pharmacie familiale**

Je ne me suis pas déplacée jusqu'au domicile du patient. En posant suffisamment de questions, je pense avoir obtenu l'ensemble des informations nécessaires (concernant l'automédication).

- **Actions éducatives réalisées**

Comme Pharm'Observance n'est pas actif à la Réunion, je n'ai pas réalisé d'actions éducatives ciblées.

2.2.Evaluation de l'étape 2

- **Critères de recrutement ?**

Pour les 7 entretiens réalisés, j'ai d'abord fait une pré-sélection avec l'aide de l'équipe officinale puis j'ai élargi à toute personne diabétique de type 2 pouvant bénéficier d'un bilan de médication partagé. L'outil proposé par le logiciel (pré-sélection des patient) m'a été utile.

- **Combien de patients ont accepté le deuxième rendez-vous ?**

Les 7 personnes ayant bénéficié de l'entretien de recueil des traitements ont accepté le deuxième rendez-vous de l'entretien conseil.

- **Conciliation : nombre d'acteurs impliqués ? Qui sont-ils ?**

Les acteurs impliqués ont été : les médecins traitant (téléphone pour antécédents médicaux des personnes, discussion à propos des IP proposées, renouvellement avec les modifications apportées), l'ensemble de la pharmacie (organisation de l'équipe officinale pour me libérer du temps pour les entretiens), parfois la famille des patients.

- **Combien de temps passé à la conciliation ?**

L'entretien en lui-même dure une quarantaine de minutes. Mais il y a un tout un travail avant et après.

La préparation de l'entretien dure une petite quarantaine de minutes, l'analyse m'a demandé une trentaine de minutes. La rédaction de la lettre est assez rapide (environ 15 minutes) après avoir mis en évidence les IP à proposer.

Enfin, l'entretien conseil a été plus rapide (une petite demie heure, car pas de grosses modifications pour les 7 bilans réalisés).

2.3.Evaluation de l'étape 3

- **Quel type d'actions éducatives ?**

Sur les 7 bilans réalisés, aucun n'a abouti à une action éducative. Tous étaient bien observants (score de GIRERD) et ceux nécessitant un apprentissage (exemple : injecter de l'insuline) étaient soignés quotidiennement par une infirmière à domicile.

V. DISCUSSION / CONCLUSIONS

Par rapport à l'expérience des 7 entretiens effectués, voici quelques réflexions que j'ai pu en tirer :

- **Comment je me suis approprié l'entretien**

Pour me sentir à l'aise durant l'entretien, je trouve important de bien connaître l'historique du patient, d'avoir à ma connaissance les modifications de spécialités qu'il y a eu ; mais surtout de contacter le médecin auparavant pour être sûre des antécédents du patient.

Il est aussi important de bien connaître l'enchaînement du questionnaire pour répondre à deux questions en une si nécessaire. Par exemple, il est possible d'aborder les possibles effets indésirables ressentis au moment où l'on énumère la prise des spécialités prescrites.

J'ai essayé d'installer une atmosphère de confiance par mon attitude ; à savoir : s'asseoir à côté et non en face du patient ainsi que ne pas porter de blouse pour me positionner à égalité du patient et ne pas montrer une supériorité venant de l'éducateur, reformuler ses propos, ne pas faire un interrogatoire mais orienter vers une réelle discussion à l'aide de questions ouvertes, prendre des notes pour ne rien oublier.

- **Comment je me suis adaptée au patient**

Tous les patients n'ont pas le même niveau de littératie en santé. Pour autant on se rend rapidement compte du niveau d'information du patient sur son traitement ou sa pathologie. Tout de suite, on voit les patients qui sont très au courant de leur pathologie et traitement « Je prends tel médicament tant de fois par jour, c'est le médicament pour telle indication » et on voit ceux qui ne sont pas autant au point « Je sais que j'ai tant de médicaments à prendre le matin et le soir ».

C'est grâce à cette étape que je sais comment adapter mon discours. Il y en a pour qui je n'aurai rien à préciser durant l'entretien car ils connaissent bien leurs pathologies et traitements. A l'inverse, il y en a d'autres qu'il faudra aider, pour lesquels il sera nécessaire d'apporter plus d'informations pour les mettre en confiance afin qu'ils parlent par la suite « Vous avez tant de pathologies, reprenons les médicaments et voyons ensemble pour quoi vous les prenez ».

- **Comment je verrai une organisation qui me permet d'être plus pertinente**

Trouver le meilleur discours possible pour se faire comprendre par le patient afin d'obtenir le premier « oui ». Par exemple, les patients sont rassurés de savoir que leur médecin est au courant de ces bilans.

Pour cette étape de recrutement, il ne faut pas avoir de préjugés sur les personnes et oser proposer à toute personne qui pourrait en bénéficier.

Essayer de réaliser l'étape d'analyse peu de temps après le premier entretien. En effet, cela me permet de ne rien oublier de ce qu'a dit le patient. Mais aussi, je trouve important de lui montrer que les étapes se suivent et que l'on traite rapidement ses potentiels problèmes.

- **Quels ont été les points forts et points faibles de l'entretien ?**

Mes points forts ont été de réaliser l'ensemble des étapes sans difficulté majeure ainsi que de renseigner en même temps l'enregistrement sur Ameli.

D'un point de vue qualitatif, j'ai réussi à mettre en confiance les patients un peu réservés au début ainsi qu'à respecter le temps d'entretien annoncé au patient tout en traitant l'ensemble des parties.

Mes faiblesses sont de réussir à recentrer la discussion vers l'entretien car parfois les patients sont bavards et parlent de divers sujets sans rapport avec leurs traitements ; il faut savoir réorienter la discussion.

La difficulté a été au début de proposer l'entretien aux patients en trouvant les mots justes. En effet, je n'étais pas encore bien connue de la patientèle et cette nouveauté pouvait parfois les faire hésiter ou réfléchir.

Le processus étant assez chronophage, il faut que je me l'approprie davantage afin d'optimiser le temps passé à la conciliation.

- **Selon moi, qu'est-ce que je relèverai qui montrerait ma valeur ajoutée ?**

Le pharmacien est la personne qui permet de faire le lien entre le médecin et le patient. En accordant du temps au patient par cet entretien, il se permet de plus se livrer et c'est ainsi que l'on peut déceler d'éventuels problèmes.

- **Impact ressenti sur le patient**

En réexpliquant le but du bilan et en redisant que le médecin est au courant, les patients se sentent moins craintifs au début.

A la fin des 7 entretiens, les patients m'ont remerciée pour notre échange et étaient visiblement contents « C'est vrai que parfois, je suis chez le médecin et j'oublie de lui préciser telle ou telle chose qui ne va pas, au moins ça m'a permis de le dire maintenant ».

- **Organisation de la pharmacie**

Toute l'équipe est au courant de mes entretiens et partante pour cette nouvelle mission. Les pharmaciens me laissent choisir librement avec le patient le jour qui leur convient le mieux ; ils me laissent organiser mon temps comme je le souhaite. Durant les entretiens, je n'ai jamais été dérangée.

La pharmacie du Maïdo se dirige vers la mise en place des nouvelles missions (bilans partagés de médication, entretiens pharmaceutiques, vaccination etc...), ils sont donc très contents que j'aie mis en place les BPM et m'encouragent à continuer cette mission.

La relation médecin-pharmacien est bien établie au Guillaume, il est donc facile d'interagir avec les médecins qui sont aussi très favorables à cette nouvelle mission.

CONCLUSIONS

La mise en place des bilans de médication à la pharmacie du Maïdo a été très bien accueillie tant par les patients que par l'équipe officinale ainsi que les médecins.

Les patients y ont vu l'occasion de parler des problèmes dont ils ne faisaient pas forcément part à leur médecin ou encore de parler de leurs inquiétudes.

Les praticiens n'ayant pas autant de temps que nous à leur accorder, sont intéressés de connaître les confidences de leurs malades et les éventuels problèmes dont ils n'osent pas parler en consultation, soit par oubli, soit par manque de temps.

La pharmacie du Maïdo prend une nouvelle direction, celle de mettre en place les nouvelles missions confiées aux pharmaciens. L'expérimentation des bilans de médication en est une première établie et au vu des réactions des patients et médecins, elle est sur la bonne voie pour être continuée.

Concernant le processus de pharmacie clinique à proprement parler, il s'agit d'une mission qui est facile à réaliser et dont l'utilité ne fait aucun doute ; tant sur l'impact sur le patient et l'amélioration de sa qualité de vie, que sur le rôle donné au pharmacien qui le replace dans sa position première de professionnel de santé.

C'est au cours de l'entretien de suivi que l'on pourra évaluer l'efficacité du bilan partagé de médication mais le retour des premières étapes rapporté par les patients ne laisse présager que du positif et encourage le pharmacien à continuer cette nouvelle mission de suivi éducatif.

D'un point de vue pratique, lors de l'entretien, il est nécessaire de suivre une trame (apportée par un questionnaire déjà établi) mais il me semble important que le discours du pharmacien s'adapte à la personne qui se trouve face à lui. En effet, il faut prendre en considération le niveau de compréhension du patient par rapport à sa maladie, il semble ainsi nécessaire de laisser de la souplesse au pharmacien ; notamment sur son organisation au cours de l'entretien.

BIBLIOGRAPHIE

1. Cahier+thématique+13+-+Pharmacie+clinique.pdf [Internet]. [cité 27 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/429903/2024829/version/11/file/Cahier+th%C3%A9matique+13+-+Pharmacie+clinique.pdf>
2. Morichaud A. Education Thérapeutique du Patient : Méthodologie du « diagnostic éducatif » au « projet personnalisé » partagés. Presses Universitaires de Provence. 2014. 195 p.
3. TDB_Diabete_2015.pdf [Internet]. [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: http://irepsreunion.org/CCD/ressources/TDB_Diabete_2015.pdf
4. reco2clics__diabete_type_2.pdf [Internet]. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reco2clics__diabete_type_2.pdf
5. Diabète de type 2 [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/diabete-type-2>
6. Les chiffres du diabète en France [Internet]. [cité 7 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/diabete/chiffres-france>
7. ors_chiffres_diabete_14112018.pdf [Internet]. [cité 26 avr 2019]. Disponible sur: https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/ors_chiffres_diabete_14112018.pdf
8. Deux fois plus de diabétiques dans l'île que dans l'Hexagone : A La Réunion le diabète est un fléau, pas une fatalité [Internet]. Imaz Press Réunion : l'actualité de la Réunion en photos. 2018 [cité 2 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.ipreunion.com/actualites-reunion/reportage/2018/11/14/diabete-diabete,93690.html>
9. Diabète de type 2 : un coût médical qui augmente avec le temps | ameli.fr | Centre de santé [Internet]. [cité 26 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/centre-de-sante/actualites/diabete-de-type-2-un-cout-medical-qui-augmente-avec-le-temps>
10. Le diabète dans le monde | Diabete.fr [Internet]. [cité 27 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.diabete.fr/comprendre/diabete/le-diabete-dans-le-monde>
11. L'AVENIR DE L'OFFICINE MIS EN SCÈNE - Le Moniteur des Pharmacies n° 2931 du 28/04/2012 - Revues - Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. [cité 7 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-2931/l-avenir-de-l-officine-mis-en-scene.html>
12. Santé M des S et de la. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 7 juin 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/>
13. d'Ivernois J-F, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. 5ième. Maloine; 2016. 155 p.
14. DAOU J. Quelle place doit prendre le e-commerce dans la relation pharmacien-patient ? 2017.
15. Brion, Aulagner. Pharmacie clinique à l'officine. MALOINE. 2018. 331 p.
16. Bimedoc.com : Les activités de pharmacie clinique en toute simplicité [Internet]. Bimedoc.com. [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.bimedoc.com>
17. PIM-Check - Potentially Inappropriate Medication - Patients in the Internal Medicine Unit [Internet]. [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.pimcheck.org/>
18. Husson M-C. Thériaque ® : base de données indépendante sur le médicament, outil de bon usage pour les professionnels de santé. /data/revues/00034509/00660005/08000977/ [Internet]. 4 déc 2008 [cité 11 juin 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/194587>
19. Des outils à la disposition des professionnels de santé | Bon usage du médicament [Internet]. [cité 11 juin 2019]. Disponible sur: <https://reflexeiatrogenie.com/des-outils-a-la-disposition-des-professionnels-de-sante/>
20. 131017_ASIP_DMP_MSSANTE_CNNSE.pdf [Internet]. [cité 2 juin 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/131017_ASIP_DMP_MSSANTE_CNNSE.pdf
21. DMP : Découvrir le DMP [Internet]. [cité 11 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.dmp.fr/patient/je-decouvre#Le-DMP-qu-est-ce-que-c-est>
22. Généralisation de la télémédecine en France [Internet]. [cité 30 mai 2019]. Disponible sur:

- <https://www.ameli.fr/assure/actualites/generalisation-de-la-telemedecine-en-france>
23. reco2clics__diabete_type_2.pdf [Internet]. [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reco2clics__diabete_type_2.pdf
 24. Les mesures hygiéno-diététiques - Sanofi-Diabète [Internet]. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.sanofi-diabete.fr/comprendre-diabete/mesures-de-la-glycemie/quels-traitements/mesures-dietetiques-hygiene-vie>
 25. ANEPF. Guide pratique de l'étudiant en pharmacie. 19^e éd. EDITEUR ANEPF; 2017. 388 p.
 26. Diabète [Internet]. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada. [cité 10 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.coeuretavc.ca:443/fr-ca/heart/risk-and-prevention/condition-risk-factors/diabetes/>
 27. Ferrera-Bibas, F, Honoré S. Soins Pharmaceutiques appliqués au patient diabétique de type 2. en cours.
 28. L'observance thérapeutique : déterminants et modèles théoriques. Prat Psychol. 1 mars 2007;13(1):1-19.
 29. orsoi_tb_nutrition_sante_reunion_synthese_2018.pdf [Internet]. [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/orsoi_tb_nutrition_sante_reunion_synthese_2018.pdf
 30. Allenet B, Juste M, Mouchoux C, Collomp R, Pourrat X, Varin R, et al. De la dispensation au plan pharmaceutique personnalisé : vers un modèle intégratif de pharmacie clinique. Pharm Hosp Clin. mars 2019;54(1):56-63.
 31. Les outils – Site de l'URPS Pharmaciens PACA [Internet]. [cité 27 mars 2019]. Disponible sur: http://www.urps-pharmaciens-paca.fr/?page_id=6269
 32. Grille d'entretien du Bilan de medication [Internet]. [cité 9 juin 2019]. Disponible sur: <http://sfpc.eu/fr/actualites/450-grille-d-entretien-du-bilan-de-medication.html>
 33. Éducation thérapeutique du patient modèles, pratiques et évaluation. Saint-Denis: INPES; 2010.
 34. Actions ETP – Site de l'URPS Pharmaciens PACA [Internet]. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: http://www.urps-pharmaciens-paca.fr/?page_id=6120
 35. fiche_2_etp.pdf [Internet]. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/fiche_2_etp.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Décret n° 2018-841 du 3 octobre 2018

Article 1

A la sous-section préliminaire de la section 2 du chapitre V du titre II du livre Ier de la cinquième partie du code de la santé publique, il est ajouté les articles R. 5125-33-6 et R. 5125-33-7 ainsi rédigés :

« Art. R. 5125-33-6.-Pour l'application du 8° de l'article L. 5125-1-1 A, le pharmacien d'officine peut :

« 1° Mettre en place des actions de suivi et d'accompagnement pharmaceutique. Il prévient l'iatrogénie médicamenteuse. Il garantit le bon usage des médicaments et le suivi de l'observance en procédant à l'analyse des informations relatives au patient et à l'ensemble de ses traitements. Sauf opposition du patient, les préconisations qui en résultent sont formalisées et transmises au médecin traitant ;

« 2° Mettre en place des actions de prévention et de promotion de la santé parmi les domaines d'action prioritaires de la stratégie nationale de santé définie en application de l'article L. 1411-1-1. Dans ce cadre, il contribue aux campagnes de sensibilisation et d'information sur des sujets de santé publique. Il transmet aux différents publics concernés des informations scientifiquement validées sur les moyens de prévention et sur les maladies, avec le souci de délivrer un message adapté et accessible au public ;

« 3° Participer à des actions d'évaluation en vie réelle des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique en collaboration avec les autorités sanitaires ;

« 4° Participer au dépistage des maladies infectieuses et des maladies non transmissibles ;

« 5° Participer à la coordination des soins en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient dans le respect de son parcours de soins coordonné par le médecin traitant mentionné à l'Art. R. 5125-33-7.-Pour l'application des dispositions mentionnées à l'article R. 5125-33-6, le pharmacien respecte la confidentialité des échanges avec le patient. Il dispose à cette fin de locaux permettant un accueil individualisé.

« Il se forme et actualise ses connaissances pour la bonne mise en place des actions prévues à l'article R. 5125-33-6.

« Il intègre les informations dans le dossier médical partagé du patient prévu à l'article L. 1111-4 du code de la santé publique. Il assure un retour d'information au médecin traitant avec l'accord du patient. »

Annexe 2 : Guide d'entretien du bilan de médication

BILAN DE MEDICATION



Nom :

Né(e) le :

Prénom :

Age :

Poids (kg) :

Sexe : ☐ F ☐ M

Mode de vie : ☐ Seul(e)

☐ Avec conjoint

☐ Avec famille

☐ Autre:

Lieu de vie : ☐ Domicile (habitation individuelle)

☐ Domicile (habitation collective)

☐ Foyer logement

☐ EHPAD

☐ Autre:

Date de l'entretien :

Contexte: ☐ Sortie d'hospitalisation

☐ A la demande du médecin traitant

☐ Doute sur l'observance

☐ Polymédication

☐ Autre :

Visite : ☐ Bilan initial

☐ Réévaluation n°

Aides existantes :

Aide-ménagère ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

IDE ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Kinésithérapeute ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Portage des repas ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Téléalarme ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Autre ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Précisez :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

.....
.....

Nom et coordonnées du (des) médecin(s) spécialiste(s) :

.....
.....

Nom et coordonnées de l'infirmier(e) à domicile :

.....
.....

Nom et coordonnées de l'aidant principal :

.....
.....

Antécédents et Comorbidités

Pathologies cardiovasculaires :

HTA	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Hypercholestérolémie	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Fibrillation auriculaire ou flutter	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
IDM ou insuffisance coronarienne	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Insuffisance cardiaque	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Artériopathie des membres inférieurs	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
AVC avec ou sans séquelle	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Accident Ischémique Transitoire	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Diabète	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas

Pathologies psychiatriques :

Dépression	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Trouble bipolaire	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Trouble psychotique	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas

Pathologies neurologiques :

Maladie de Parkinson	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Epilepsie	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Démence	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas

Autres pathologies :

Insuffisance rénale	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Cancer en cours d'évolution	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Pathologie pulmonaire chronique	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Dysthyroïdie	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
UGD < 2 mois et/ou RGO symptomatique	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Ostéoporose fracturaire	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Maladie de système (Horton, PR, Goujerot)	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas

Autres pathologies ? (précisez)

.....

.....

Autres :

Chute au cours des 3 derniers mois	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Plainte du sommeil	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Somnolence en journée	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Perte de poids de + de 4.5 kg dans l'année	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Perte d'appétit	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Incontinence urinaire	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas

Traitements médicamenteux

DCI / Dosage	OUI	NON	Posologie Moment de prise	OUI	NON	Indication	OUI	NON	Date de début du traitement (jjmmaaaa)	Biologie ou éléments d'efficacité ou d'effets indésirables en lien avec le médicament
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										

Nombre de médicaments :

Allergies médicamenteuses :☐ oui☐ non☐ ne sait pas

Si oui, précisez :

.....

.....

Vaccinations :

Êtes-vous à jour des vaccinations suivantes ?

Grippe ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pasTétanos ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pasPneumocoque ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas**Gestion globale du traitement :**

Utilisez-vous un pilulier ?

☐ oui ☐ non

Si oui, est-ce vous qui le préparez ?

☐ oui ☐ non

Allez-vous chercher vous-mêmes vos médicaments à la pharmacie ?

☐ oui ☐ non ☐ non applicable

Gérez-vous la prise de vos traitements seuls ?

☐ oui ☐ non ☐ non applicable**Prescription des médicaments :**

Les horaires de prise de vos médicaments sont-ils adaptés à votre mode de vie ?

☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si non, précisez :

.....

.....

Pensez-vous que vous prenez trop de médicaments ?

☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas**Gestion du stock de médicaments :**

Vous arrive-t-il de manquer de médicaments ?

☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Avez-vous au contraire un stock de médicaments excédentaire ?

☐ oui ☐ non ☐ ne sait pasPossédez-vous un stock de médicaments en commun avec vos proches ? ☐ oui ☐ non ☐ non applicable**Préparation et prise des médicaments :**

Avez-vous des difficultés liées à la forme de certains de vos médicaments (comprimés à avaler, gouttes à compter ?)

☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, quel(s) médicament(s) vous posent problème et pourquoi ?

.....

.....

.....

Si oui, ces difficultés sont-elles expliquées par

Un déficit moteur à la main prédominante

☐ oui ☐ non

Un déficit visuel retentissant sur la vie quotidienne

☐ oui ☐ non

Y-a-t-il des médicaments que vous écrasez ou des gélules que vous ouvrez ?

☐ oui ☐ non ☐ non applicable

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....
.....
.....

Vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments ?

☐ oui ☐ non ☐ non applicable

Si oui, lesquels et pourquoi ?

.....
.....
.....

Pendant les 2 dernières semaines, y a-t-il eu des jours où vous n'avez pas pris vos médicaments ?

☐ oui ☐ non

Lorsque vous voyagez ou vous quittez votre domicile, vous arrive-t-il d'oublier d'emporter vos médicaments ?

☐ oui ☐ non

Avez-vous pris vos médicaments hier ?

☐ oui ☐ non

Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de prendre vos médicaments ?

☐ oui ☐ non

Si vous vous sentez plus mal en prenant vos médicaments, arrêtez-vous de les prendre ?

☐ oui ☐ non

Avez-vous des difficultés pour vous rappeler qu'il faut prendre vos médicaments chaque jour ?

☐ oui ☐ non

Utilité des médicaments :

Pensez-vous que certains de vos médicaments ne sont pas utiles ?

☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....
.....
.....

Effets secondaires :

Pensez-vous avoir déjà eu des effets secondaires suite à la prise de médicaments ?

☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, quel(s) effet(s) secondaire(s) avec quel(s) médicament(s) ?

.....
.....
.....

Suivi du traitement :

Si certains de vos médicaments nécessitent un suivi par prise de sang, rencontrez-vous des difficultés à la faire ? ☐ oui ☐ non ☐ non applicable

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....
.....

Automédication :

Avez-vous parfois recours à la prise de médicaments sans prescription ? ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....
.....

Avez-vous déjà diminué ou augmenté les doses de certains médicaments de votre propre initiative ?

☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....
.....

Autre :

Avez-vous des besoins particuliers ou des interrogations concernant vos médicaments non abordés lors de cet entretien?

.....
.....

Perception du traitement :

Pensez-vous que les médicaments peuvent améliorer votre santé ? ☐ oui ☐ non ☐ non applicable

Interventions pharmaceutiques transmises au médecin généraliste

	<u>Interventions pharmaceutiques destinées au médecin</u>	<u>Interventions pharmaceutiques destinées au patient</u>	<u>IP acceptée par le médecin</u>	
			oui	non
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Annexe 3 : Questionnaire de Girerd

TEST D'ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE

1. Ce matin avez vous oublié de prendre votre médicament ?
☐ Oui ☐ Non
2. Depuis la dernière consultation avez vous été en panne de médicament ?
☐ Oui ☐ Non
3. Vous est il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?
☐ Oui ☐ Non
4. Vous est il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours votre mémoire vous fait défaut ?
☐ Oui ☐ Non
5. Vous est il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?
☐ Oui ☐ Non
6. Pensez vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?
☐ Oui ☐ Non

INTERPRÉTATION DU TEST :

OUI (0) : Bonne observance

OUI (1 ou 2) : Minime problème d'observance

OUI (> 3) : Mauvaise observance

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence de mes maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

- ❖ *D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.*
- ❖ *D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.*
- ❖ *De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.*
- ❖ *En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.*

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre, méprisé de mes confrères, si j'y manque.