



HAL
open science

**La prévention des maladies cardiovasculaires dans un
contexte de double insularité (île de Marie-Galante) :
rôle du pharmacien d'officine dans l'éducation
thérapeutique du patient**

Sophie Leslie Melasse

► **To cite this version:**

Sophie Leslie Melasse. La prévention des maladies cardiovasculaires dans un contexte de double insularité (île de Marie-Galante) : rôle du pharmacien d'officine dans l'éducation thérapeutique du patient. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02438531

HAL Id: dumas-02438531

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02438531>

Submitted on 14 Jan 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

U.F.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2019

Thèse n° 21

THESE POUR L'OBTENTION DU
DIPLÔME D'ETAT de DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Par MELASSE, Sophie Leslie
Née le 13 Août 1991 à Les Abymes (Guadeloupe)

Le 1 Avril 2019

**La prévention des maladies cardiovasculaires dans
un contexte de double insularité (île de Marie-
galante) : rôle du pharmacien d'officine dans
l'éducation thérapeutique du patient.**

Sous la direction de : Karin Martin-Latry

Membres du jury :

Mme Martin-Latry, Karin
Mme Amouroux, Françoise
Mme Raymond, Isabelle

Président
Examineur
Examineur

Remerciements

A ma présidente du jury et ma directrice de thèse, Madame Karine Martin-Latry,
*Docteur en Pharmacie, Cepta/service cardiologie et maladies vasculaires CHU Haut Lévêque,
MCU-PH, UFR des sciences médicales Bordeaux.*

Vous avez accepté spontanément de diriger ce travail de thèse. Vos conseils, vos corrections m'ont beaucoup aidé au cours de ce travail. Votre compétence et expérience dans le domaine de l'éducation thérapeutique ont permis une bonne orientation de ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame Françoise Amouroux

Docteur en Pharmacie, PU, UFR des sciences médicales Bordeaux

Pour avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Sincères remerciements.

A Madame Isabelle Raymond

Docteur en Pharmacie, Praticien hospitalier, Médecine interne, Hôpital Haut Lévêque.

Pour avoir accepté de faire partie de ce jury et de l'intérêt porté à ce travail. Sincères remerciements.

A Madame Laurence Bade Greaux

Docteur en pharmacie, Pharmacie du Soleil

Vous m'avez chaleureusement accueilli dans votre pharmacie durant mon cursus et m'avez fait bénéficier de votre expérience professionnelle. Vous avez accepté que je diffuse des questionnaires dans votre officine. Merci à votre équipe pour leur chaleureux accueil, en particulier, les irréductibles Marc et Murielle, pour leur bonne humeur, leur compétence et leur soutien.

Merci **à mes parents et à mes sœurs** de m'avoir soutenu et encouragé tout au long de mes études. Une mention spéciale à ma mère, pour son soutien inconditionnel et infaillible, qui a toujours été là, dans les bons moments comme dans les moments de doute. Merci à ma sœur jumelle Elodie, mon binôme de tous les temps, d'avoir participé à la relecture de mon travail et à son regard avisé.

Merci **à mes amis**, plus particulièrement à mes deux plus belles rencontres de la fac, Lindy et Leïla, merci pour ces fous rires, ces soirées, que notre amitié perdure !

Sommaire

Introduction	8
Partie 1 : Les maladies cardiovasculaires	10
I. Définitions.....	10
A. Les maladies cardiovasculaires.....	10
B. Les facteurs de risque cardiovasculaire	13
Partie 2 : Données factuelles et recommandations pour la prévention des maladies cardiovasculaires.....	31
I. La prévention.....	31
II. La prévention collective.....	33
III. La prévention individuelle.....	34
Partie 3 : L'éducation thérapeutique du patient.....	38
I. Définitions.....	38
II. Objectifs et finalités de l'ETP	38
III. La maladie chronique	41
IV. Les différents niveaux d'adhésion au traitement de la maladie.....	42
V. Les représentations et croyances de santé du patient	44
VI. L'observance et la non observance thérapeutique.....	45
VII. Le pharmacien d'officine dans l'éducation thérapeutique du patient.....	46
Partie 4 : Étude	53
I. Le contexte de l'île de Marie-galante (Guadeloupe).....	53
A. Les caractéristiques sociodémographiques.....	53
B. La population médicale à Marie-galante	55
C. Epidémiologie des affections cardio-vasculaires.....	58
D. Etat des lieux en éducation thérapeutique du patient.....	64
II. Etude réalisée auprès de patients à risque cardiovasculaire.....	67
A. Présentation de l'objet de l'étude, de la problématique, des questions de recherche et des hypothèses.....	67
B. Méthodologie	67
C. Analyse des résultats de l'étude	70
D. Discussion	82
E. Bilan et perspectives de l'étude.....	87

Conclusion.....	88
Bibliographie.....	89
Annexes	93

Table des illustrations

Table des figures

Figure 1. Hypothèses physiopathologiques associées à la mort subite	12
Figure 2. Métabolisme glucidique	22
Figure 3. Mécanisme physiopathologique d'une carence en insuline	23
Figure 4. Instauration et augmentation d'une insulinothérapie	27
Figure 5. Les fondations éducatives de l'ETP, centrées sur le patient.....	40
Figure 6. La roue de l'éducation thérapeutique : comment favoriser l'apprentissage du patient	41
Figure 7. Les différents stades d'appropriation de la maladie chronique ou de résignation .	43
Figure 8. Carte situant l'île de Marie-galante dans l'Archipel Guadeloupéen.....	53
Figure 9. Représentation de la part des 65 ans et plus par commune de Guadeloupe en 2009.	54
Figure 10. Taux de mortalité standardisé sur la période 2000-2011 (pour 100 000 habitants)	63

Table des tableaux

Tableau 1. Classification des niveaux de pression artérielle	15
Tableau 2. Choix des traitements hypolipémiants en fonction du type de dyslipidémie	20
Tableau 3. Choix d'un traitement pharmacologique dans le diabète de type 2	26
Tableau 4. Choix de la classe thérapeutique en fonction des comorbidités associées.....	36
Tableau 5. Capacité des établissements hospitaliers de Marie-galante selon le type d'hospitalisation et de services en 2012	56

Tableau 6. Activité des établissements hospitaliers selon type d'hospitalisation et de services en 2012.....	57
Tableau 7. Répartition des causes d'admissions en ALD les plus fréquentes sur la période 2006-2012	64

Liste des sigles, acronymes et abréviations non communes

AMT. automesure tensionnelle
AOMI. artériopathie chronique oblitérante des membres inférieurs
ARA II. antagonistes des récepteurs à l'angiotensine II
ARS. Agence Régionale de Santé
AUDRA. Association pour l'Utilisation du Rein Artificiel
AVC. accident vasculaire cérébral
AVK. antivitamines K
CépiDC. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales décès
CMU. couverture maladie universelle
CO. monoxyde de carbone
CSP. code de la santé publique
DASRI. Déchet d'Activité de Soins à Risque Infectieux
DP. dossier pharmaceutique
ECG. électrocardiographie
ETP. éducation thérapeutique du patient
FC. fréquence cardiaque
FIQCS. Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FNPEIS. Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Information Sanitaires
HbA1c. hémoglobine glyquée
HDL. high density lipoprotein
HPST. Hôpital Patient Santé et Territoires
HTA. hypertension artérielle
IDM. infarctus du myocarde
IEC. inhibiteur de l'enzyme de conversion
IG. indice glycémique
IMC. indice de masse corporelle
INPES. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE. Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
LDL. low density lipoprotein
MAPA. mesure ambulatoire de la pression artérielle
OMS. Organisation mondiale de la Santé
PA. pression artérielle
PAD. pression artérielle diastolique
PAS. pression artérielle systolique
PLFSS. Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
SAMU. Service d'Aide Médicale Urgente
SCORE. systematic coronary risk estimation
SROS. schémas régionaux d'organisation sanitaire
TG. triglycérides

Introduction

Le rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 1996 sur la santé dans le monde, constate que la majorité des patients ne sont pas aux objectifs, malgré des thérapeutiques « efficaces ». Il met également en lumière le fait que les patients soient inégalement informés des risques qui découlent de leur maladie ainsi que des outils pour les aider. De nos jours, le constat reste le même.

En effet, la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques est un enjeu important pour le système de soins. Le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques est en constante augmentation. La gestion de ces maladies est de plus en plus complexe pour les patients.

En ce sens, la mise en place de systèmes de prévention des maladies chroniques a permis de réduire l'incidence et la gravité des complications chez les patients. La finalité étant d'amener le patient à développer des compétences d'auto-soins par le biais de l'éducation thérapeutique.

Par conséquent, l'éducation thérapeutique s'insère totalement dans la prévention des maladies chroniques. A cet effet, la loi Hôpital Patient Santé et Territoires (HPST) de 2009 vient définir les nouvelles missions du pharmacien d'officine et lui conférer certaines prérogatives dans l'éducation thérapeutique du patient. A l'échelle du patient, les maladies cardiovasculaires représentent la 1^{ère} cause de mortalité dans le monde.

D'un point de vue géographique cette thèse va concerner les départements et régions d'outremer, elle va s'intéresser à l'île de Marie-galante qui fait partie de l'archipel de la Guadeloupe.

D'un point de vue global, les Antilles françaises sont marquées par une forte morbidité-cardiovasculaire liée à une situation socio-économique défavorable, en plus d'une offre de soins primaires déficitaire (41).

Pour appuyer ce constat, une étude transversale multicentrique menée par *P. CARRERE et al.* (6), entre juillet et décembre 2014, sur la coordination de la prise en charge du risque cardiovasculaire en Guadeloupe, montre que chez cette population à risque, l'accès secondaire aux prises en charge médico-sociales est déficient, particulièrement chez les sujets en position sociale défavorisée.

L'île de Marie-galante dont la population est d'environ 10 000 habitants est d'autant plus confrontée à ces problèmes d'accès aux soins, du fait de son statut de double insularité.

En effet, les médecins spécialistes viennent de la Guadeloupe pour effectuer des consultations mensuelles avec les patients ou le cas échéant, ce sont les patients qui doivent se déplacer en Guadeloupe.

En conséquence, la prise en charge des pathologies graves devient complexe, c'est le cas des maladies cardiovasculaires où la liste d'attente, pour la consultation d'un cardiologue sur l'île, est de plus d'un an d'attente pour certains patients.

En réponse à ces manquements, depuis 2013, des ateliers d'éducation thérapeutique ont d'abord été mis en place pour les patients diabétiques, puis ils se sont étendus aux patients hypertendus et obèses. L'objectif étant d'intervenir en amont et de prévenir la survenue de complications liés aux maladies cardiovasculaires.

Avec ce travail, j'ai choisi comme fil conducteur cette question : comment le pharmacien d'officine peut-il aider le patient à acquérir et développer des compétences d'auto-soins pour faire face aux enjeux qu'impose la double insularité ?

Plusieurs questions de recherche ont découlé de cette question :

- Quel est le contexte ethnographique et socio-culturel de l'île de Marie-galante ?
- Quelles offres de soins sont proposés aux habitants de l'île ?
- Quels sont les facteurs de risque cardiovasculaires qui concerne la population ?
- Comment sont perçus la maladie et les traitements ?
- Quelle est le rôle du pharmacien d'officine dans l'éducation thérapeutique des patients ? Comment le pharmacien d'officine doit-il intégrer cette dynamique dans sa pratique ?

La problématique est donc la suivante : dans le cadre de la prévention des maladies cardiovasculaires à Marie-galante, dans quelles mesures le pharmacien d'officine peut-il développer l'éducation thérapeutique et aider le patient à mieux gérer sa maladie ?

La première partie comporte des données générales sur les maladies cardiovasculaires. La deuxième partie porte sur la prévention des maladies cardiovasculaires. La troisième partie définit l'éducation thérapeutique du patient.

Enfin, la quatrième partie établit le contexte de l'île de Marie-galante en termes de maladies cardiovasculaires, suivi d'une étude réalisée auprès des patients à risque cardiovasculaire. À la suite de cette étude, j'ai voulu mettre en exergue le rôle du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient à risque cardiovasculaire.

Partie 1 : Les maladies cardiovasculaires

I. Définitions

A. Les maladies cardiovasculaires

Le terme de maladies cardiovasculaires englobe les affections liées à l'athérosclérose, ce sont les troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins. Cela peut être des maladies coronariennes, des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et des pathologies vasculaires périphériques. Les complications dues à l'athérosclérose représentent la première cause de mortalité dans la plupart des pays. Parmi les maladies cardiovasculaires, on retrouve également l'insuffisance cardiaque (7).

1. L'angor

L'angor est un syndrome clinique de douleur ou de pression précordiale due à une ischémie myocardique transitoire sans infarctus. Elle est habituellement déclenchée par l'effort ou le stress psychologique et soulagée par le repos ou l'administration sublinguale de nitroglycérine. L'angor se produit lorsque la charge de travail cardiaque dépasse la capacité des artères coronaires à fournir une quantité suffisante de sang oxygéné. Le diagnostic repose sur les symptômes, l'électrocardiographie (ECG) et l'imagerie cardiaque (44).

2. L'infarctus du myocarde (IDM)

L'infarctus du myocarde est défini comme une nécrose myocardique provoquée par l'obstruction aiguë d'une artère coronaire. Les symptômes comprennent une douleur thoracique avec ou sans dyspnée, des nausées et une transpiration. Le diagnostic repose sur l'ECG et sur les marqueurs cardiaques. Le traitement immédiat comprend de l'oxygène, des anti-angineux, des antiplaquettaires et des anticoagulants (44).

3. L'accident vasculaire cérébrale

Les accidents vasculaires cérébraux constituent un groupe hétérogène de troubles provoqués par une brutale interruption localisée du débit sanguin cérébral ou à la rupture d'une artère à l'origine d'un déficit neurologique. Ils peuvent être ischémiques dans la majorité des cas (à la suite d'une occlusion thrombotique des grandes artères ou d'une embolie cérébrale) ou hémorragique (conséquence d'une rupture vasculaire) (44). Les symptômes de l'AVC se manifestent subitement, les principaux signes sont :

- L'apparition soudaine d'une difficulté à s'exprimer ou à comprendre les autres ;
- Une paralysie ou un engourdissement soudain d'un côté du visage, d'un bras ou d'une jambe (hémiparésie) ;

- Une perte soudaine de la vue ou une vision dédoublée ;
- Une perte de l'équilibre ou de la coordination des mouvements ;
- Des céphalées soudaines et violentes, sans cause apparente.

4. L'artériopathie chronique oblitérante des membres inférieurs (AOMI)

La principale étiologie de l'AOMI est l'athéromatose, provoquant un rétrécissement du calibre des artères qui alimentent les membres inférieurs et une perte de charge hémodynamique avec ou sans signes cliniques. Elle se manifeste par une claudication et peut aboutir à une amputation, dans les cas graves. L'AOMI est souvent associée à une atteinte coronarienne et cérébrale pouvant mettre en jeu le pronostic vital (14).

5. L'insuffisance cardiaque

L'insuffisance cardiaque est un syndrome de dysfonctionnement ventriculaire. Le cœur peut ne pas apporter aux tissus suffisamment de sang pour les besoins métaboliques, et l'augmentation des pressions veineuses pulmonaires ou systémiques pulmonaires, secondaire au dysfonctionnement cardiaque peut induire une congestion d'organe. Ce trouble peut être la conséquence d'anomalies de la fonction systolique (le ventricule se contracte et se vide mal : la fraction d'éjection est basse) ou diastolique (le volume télédiastolique ventriculaire est réduit et/ou on a une augmentation de la pression télédiastolique ; la contractilité et la fraction d'éjection sont normales) ou des deux. Des anomalies cardiaques structurelles, des troubles du rythme et des contraintes métaboliques élevées (44).

6. La mort subite d'origine cardiovasculaire

La mort subite cardiaque est une mort naturelle rapide et inattendue due à un effondrement cardiovasculaire. Elle est en général provoquée par une aggravation des maladies cardiaques existantes. Le début soudain de symptômes, comme la douleur au niveau de la cage thoracique et les arythmies cardiaques, particulièrement la tachycardie ventriculaire, peut causer une perte de conscience et un arrêt cardiaque suivi d'une mort biologique.

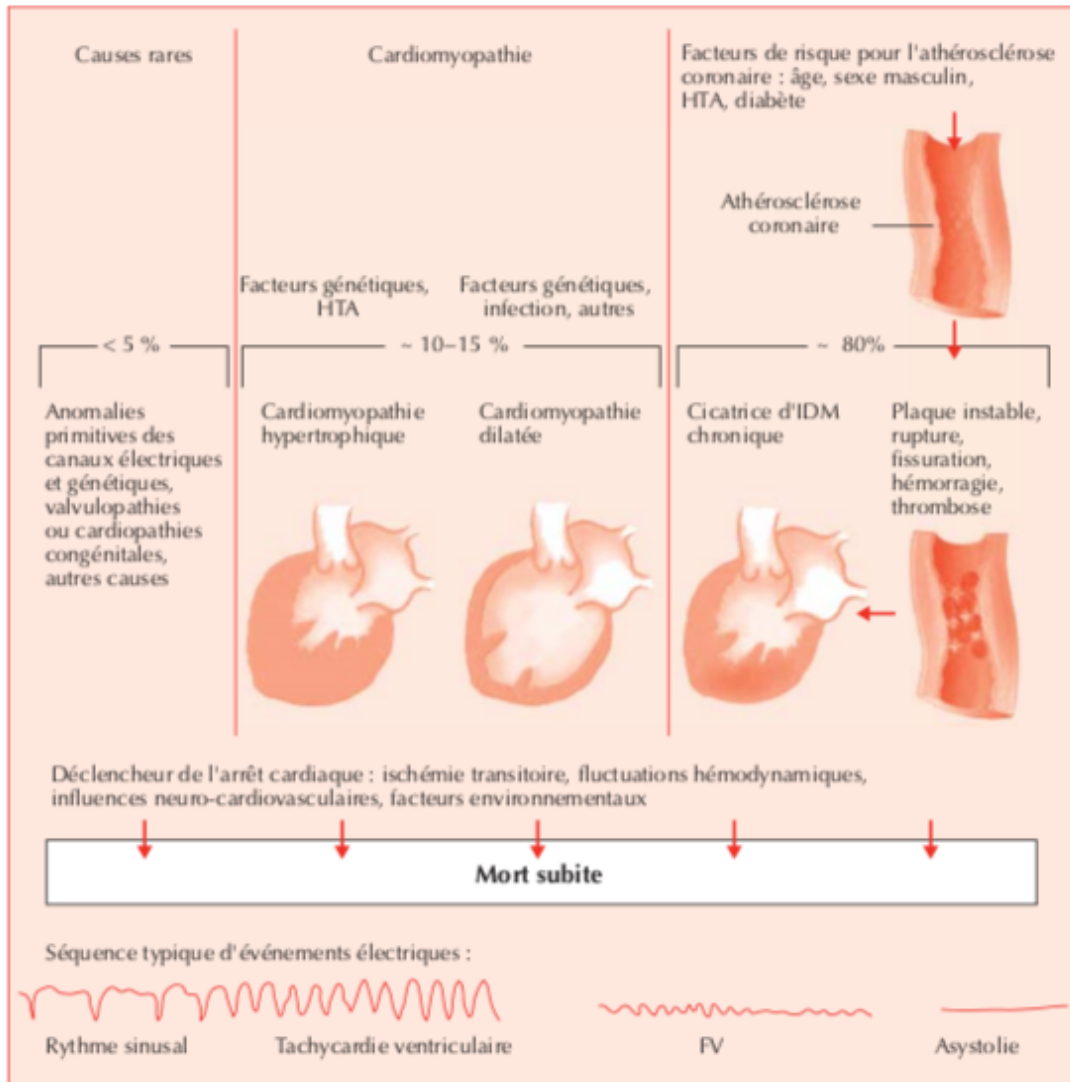


Figure 1. Hypothèses physiopathologiques associées à la mort subite¹

¹ Empana Jean-Philippe, Pierre Ducimetière, et Xavier Jouven. « Facteurs de risque de mort subite de l'adulte en population générale » 4 (2008) : 10.

B. Les facteurs de risque cardiovasculaire

Un facteur de risque désigne : « *une condition associée à une augmentation de l'incidence de la maladie avec un lien supposé causal, contrairement au marqueur de risque qui est une condition associée à la maladie mais sans nécessairement de lien causal* » (7). Il faut donc :

- Que le facteur précède la maladie ;
- Une relation dose-effet : le risque de développer la maladie augmente proportionnellement selon le niveau d'exposition au facteur de risque ;
- Un caractère universel ;
- Une plausibilité physiopathologique ;
- Une liaison forte et indépendante : l'association entre le facteur de risque et ma maladie persiste quel que soit le niveau des autres facteurs de risque.

Les facteurs de risques permettent d'identifier les sujets à risque d'événement cardiovasculaire et de définir des stratégies d'intervention en fonction des facteurs de risques présents.

On distingue plusieurs facteurs responsables de l'augmentation de l'incidence de l'athérosclérose.

Ils sont classés en deux groupes :

- Les facteurs de risque constitutionnels ou non modifiables ;
- Les facteurs environnementaux liés à des facteurs comportementaux ou à l'environnement.

1. Les facteurs de risque non modifiables ou constitutionnels (7)

Ils regroupent l'hérédité, l'âge et le sexe masculin.

a) L'hérédité

Ce sont les antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire ayant touché un ou plusieurs parents du premier degré, ils sont d'autant plus importants si l'âge de survenue des événements est précoce dans la famille : père < 55 ans et mère < 65 ans.

Ces événements sont la survenue d'un :

- Infarctus du myocarde ou la mort subite avant 55 ans chez le père ou le frère.
- Infarctus du myocarde ou mort subite avant 65 ans chez la mère ou la sœur.

- AVC précoce avant 45 ans.

b) L'âge

Les lésions d'athérosclérose apparaissent précocement et s'aggravent avec l'âge. Elles intéressent en premier lieu les niveaux aortique, coronarien puis carotidien. Ce facteur de risque reflète la durée d'exposition d'un individu aux autres facteurs de risque :

- > 50 ans pour l'homme
- > 60 ans pour la femme.

c) Le sexe masculin

Le risque d'athérosclérose est plus élevé chez l'homme que chez la femme.

Ceci, à cause de l'influence bénéfique des œstrogènes naturels sur le profil lipidique, la sensibilité à l'insuline et sur la pression artérielle. De ce fait, la femme est protégée du risque cardiaque jusqu'à 10 à 15 ans après la ménopause.

Néanmoins, le risque d'AVC concerne à part égal les deux sexes.

2. Les facteurs de risque modifiables ou environnementaux

Ils sont représentés par le tabagisme, l'hypertension artérielle, le diabète, l'hypercholestérolémie (l'élévation du cholestérol total, du LDL-cholestérol et de la diminution du HDL-cholestérol), l'obésité abdominale et les facteurs psychosociaux.

a) Le tabagisme

C'est un facteur de risque majeur quel que soit le type de tabagisme, actif ou passif, actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans. Les effets délétères du tabac sont liés à la quantité quotidienne de tabac consommé par jour, à l'âge de début et à la durée de l'exposition (nombre de paquets/années).

Il est responsable d'environ 10% des affections cardiovasculaires. L'effet est plus marqué chez les femmes, les hommes jeunes et les grands fumeurs. Il est surtout exprimé au niveau des membres inférieurs et au niveau coronaire. Il est à l'origine :

- D'un abaissement du taux de HDL-cholestérol, participant au développement des lésions athéroscléreuses ;

- D'un risque de thrombose lié à l'augmentation de l'agrégation plaquettaire, du taux de fibrinogène et de la viscosité sanguine ;
- D'une altération de la vasomotricité artérielle endothélium dépendante expliquant la fréquence des manifestations de spasme coronaire ;
- D'une concentration importante de CO circulant.

Néanmoins, le risque de coronaropathie décroît deux ans après l'arrêt du tabagisme et il rejoint celui de la population générale au terme de 15ans.

b) L'hypertension artérielle (HTA) (8) (11) (17)

i. Définitions

L'hypertension artérielle se définit par « un niveau de pression artérielle qui justifie une intervention thérapeutique, c'est-à-dire un niveau de chiffres tensionnels dont la diminution entraîne un bénéfice clinique différé, démontré chez un individu donné... ».

Elle correspond à une pression artérielle systolique ≥ 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique ≥ 90 mmHg.

Tableau 1. Classification des niveaux de pression artérielle

Catégorie	Systolique (mmHg)	Diastolique (mmHg)
Optimale	< 120	<80
Normale	120-129	80-84
Normale haute	130-139	85-89
HTA stade 1	140-159	90-99
HTA stade 2	160-179	100-109
HTA stade 3	≥ 180	≥ 110
HTA systolique isolée	≥ 140	< 90

ii. Epidémiologie

C'est la première cause de décès prématurés. Elle touche 15 millions de français, elle est souvent asymptomatique mais est associée à une augmentation du risque cardiovasculaire. En effet, c'est l'un des principaux facteurs de risque cardiovasculaire. En effet, elle a un impact

cardiovasculaire cérébral (AVC), cardiaque (insuffisance coronaire et cardiaque) et rénal. Le risque est attribué à la fois à l'élévation de la PAS et de la PAD.

Sa prévalence augmente avec le vieillissement, le poids et le sexe, pour atteindre un plateau après 60 ans. On entend par prévalence « *la proportion du nombre de cas d'une maladie observée à un instant donné sur la population dont sont issus les cas à cet instant* ». La prévalence de la population générale française serait supérieure à 24% après 35 ans.

iii. Physiopathologie

La pression artérielle équivaut au produit du débit cardiaque par la résistance vasculaire totale ($PA = Q \times RPT$). Par conséquent, les mécanismes physiopathologiques impliquent une augmentation du débit cardiaque ou une augmentation de la résistance vasculaire périphérique ou les deux.

Le rein a un rôle déterminant dans la relation pression artérielle – natriurèse. Une élévation de la pression artérielle induit une augmentation de la natriurèse. L'apparition d'une hypertension artérielle supposerait une altération du phénomène de régulation avec un déficit de l'excrétion sodée. En effet, dans plusieurs formes d'HTA, le transport transmembranaire du sodium est anormal, parce que la pompe Na-K (Na^+ , K^+ -ATPase) est défectueuse ou inhibée, ou parce que la perméabilité au Na^+ est augmentée. Il en résulte une augmentation du sodium intracellulaire qui rend la cellule plus sensible à la stimulation sympathique. Le calcium suit le sodium, de sorte que l'accumulation intracellulaire de calcium peut être responsable de cette sensibilité accrue. Comme la pompe Na^+ , K^+ -ATPase peut repomper la noradrénaline libérée dans les neurones sympathiques, l'inhibition de ce mécanisme pourrait également potentialiser l'effet de la noradrénaline, contribuant ainsi à l'élévation de la pression artérielle (44).

A cela, on associe des modifications hémodynamiques rénales avec une perte de l'aptitude à la vasodilatation et une augmentation des résistances rénales.

iv. Diagnostic

Le diagnostic repose sur la mesure de la pression artérielle lors d'un examen systématique ou d'une consultation pour des manifestations neurosensorielles, ou à l'occasion d'une complication. Le diagnostic d'HTA au cabinet doit être effectué dans des conditions standardisées en accord avec les recommandations. La confirmation du diagnostic se fait par la mesure de la PA en dehors du cabinet :

La mesure ambulatoire de la pression artérielle des 24h (MAPA)

Elle prend en compte la variabilité nyctémérale de la pression artérielle et permet une appréciation pronostique. Elle permet d'écarter « l'effet blouse blanche » ou une HTA masquée.

L'automesure tensionnelle (AMT)

Il s'agit d'effectuer 3 mesures le matin avant le petit-déjeuner et la prise de médicaments, 3 mesures avant le coucher, 3 jours de suite, en espaçant les mesures de quelques minutes. Le patient doit noter par écrit les valeurs de PAS et PAD et de la FC observée.

La moyenne des valeurs de PA en AMT ou en MAPA correspondant à une HTA est :

- PAS \geq 135 mmHg ou PAD \geq 85 mmHg.

v. Etiologies

Dans 95% des cas, sa cause est essentielle (sel, poids, sédentarité, hérédité, syndrome métabolique) avec un facteur génétique important dans 30 à 40% des cas. Elle constitue un des éléments du risque cardiovasculaire, justifiant sa prise en charge thérapeutique.

L'HTA secondaire concerne 5% des HTA, l'étiologie est surrénalienne, rénale ou toxique.

vi. Evolution et pronostic

Les sujets hypertendus ont un risque de décès 5 fois plus important lorsqu'ils présentent 1 à 2 facteurs de risque associés. Au-delà, le risque est 15 fois plus important. Le risque d'évènement coronaire fatal double pour chaque augmentation de 20 mmHg.

Les données actuelles attribuent une grande valeur pronostique à la pression pulsée différentielle dans la survenue d'infarctus du myocarde. Elles ont montré qu'elle est corrélée à l'hypertrophie ventriculaire gauche, au développement des complications de l'hypertension artérielle : athérosclérose ou atteinte de la microcirculation et la mortalité cardiovasculaire.

vii. Les traitements antihypertenseurs

Dans la prise en charge d'un hypertendu essentiel non compliqué, cinq classes d'antihypertenseurs ont démontré leur efficacité en prévention cardiovasculaire. En première intention, ces classes sont :

- Les diurétiques
- Les bêtabloquants
- Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)

- Les inhibiteurs calciques (dihydropyridines)
- Les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II)

c) Les dyslipidémies (3)

i. Définitions

Une dyslipidémie se définit par :

- Une hypercholestérolémie pure (élévation du cholestérol plasmatique) : LDL élevé
- Une hypertriglycéridémie pure : triglycérides élevées (> 5mmol/l)
- Une hyperlipidémie mixte : LDL et TG élevés et par un taux de HDL bas,

Ces anomalies contribuant à l'apparition de l'athérosclérose.

Les valeurs usuelles sont :

- HDL cholestérol 0,40 g/l (1 mmol/l) quel que soit le sexe ;
- LDL cholestérol 1,60 g/l (4,1 mmol/l);
- En cas de haut risque cardiovasculaire, le LDL doit être inférieur à 0,7 g/l.

ii. Etiologies

On distingue 3 classes étiologiques :

- Les formes secondaires qui permettent souvent de normaliser le profil lipidique :

Elévation du LDL-c	Hypertriglycéridémie	Diminution du HDL-c
<ul style="list-style-type: none"> • Hépatopathies cholestastiques • Syndrome néphrotique • Anorexie nerveuse • Hypothyroïdie • Grossesse 	<ul style="list-style-type: none"> • Diabète sucré de type 2 • Insuffisance rénale chronique • Obésité • Médicaments (oestrogènes, thiazides, bêtabloquants, inhibiteurs de la protéase, corticostéroïdes, rétinoïdes, ciclosporine) • Alcool 	<ul style="list-style-type: none"> • Diabète sucré de type 2 • Tabagisme • Obésité

- Les dyslipidémies familiales, à transmission génétique, sont à évoquer lors d'antécédents personnels ou familiaux de maladies cardiovasculaires précoces, de signes cliniques et/ou d'un profil lipidique très perturbé (cholestérol total >7 mmol/l, LDL > 5mmol/l et/ou TG > 5mmol/l)
- La forme d'origine polygénique et environnementale.

iii. Diagnostic

Le diagnostic repose sur le dosage des taux plasmatiques de cholestérol total, de triglycérides et de différentes lipoprotéines.

iv. Evolution et pronostic

L'élévation du cholestérol total, du LDL-cholestérol et la diminution du HDL cholestérol sont des facteurs de risque indépendants de maladie cardiovasculaire. A l'inverse, l'élévation du HDL-cholestérol est protectrice. Ces désordres sont associés à une augmentation du risque de coronaropathie. La relation entre cholestérol total ou le LDL-cholestérol et le risque de coronaropathie est linéaire et sans effet de seuil. Les liens entre le cholestérol total et les AVC sont plus discutés, mais ils sont retrouvés avec le HDL-cholestérol.

v. Traitements

Tableau 2. Choix des traitements hypolipémiants en fonction du type de dyslipidémie²

Conditions	Hypercholestérolémie pure (excès de LDL-c)	Hyperlipidémie mixte	Hypertriglycéridémie marquée (≥ 5 mmol/l)
1^{er} choix	<ul style="list-style-type: none"> • Statines (par ordre croissant d'intensité) <ul style="list-style-type: none"> - Fluvastatine - Pravastatine - Simvastatine - Pitavastatine¹ - Atorvastatine^{2,3} - Rosuvastatine⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> • Statines (par ordre croissant d'intensité) <ul style="list-style-type: none"> - Fluvastatine - Pravastatine - Simvastatine - Pitavastatine¹ - Atorvastatine^{2,3} - Rosuvastatine⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> • Modifications du style de vie • Fibrates
Alternatives (en cas d'intolérance ou d'interaction médicamenteuse)	<ul style="list-style-type: none"> • Ezétimibe¹ • Résines • Dérivés de l'acide nicotinique • Eventuellement consultation spécialisée 	<ul style="list-style-type: none"> • Fibrates • Dérivés de l'acide nicotinique • Huiles de poisson • Eventuellement consultation spécialisée 	<ul style="list-style-type: none"> • Dérivés de l'acide nicotinique • Statines • Eventuellement consultation spécialisée
Combinaison en cas d'insuffisance du traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Statines + ezétimibe¹ • Statines + résines • Eventuellement consultation spécialisée 	<ul style="list-style-type: none"> • Statine + ezétimibe¹ • Fibrate + ezétimibe¹ • (Statine + fibrate)³ • Eventuellement consultation spécialisée 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation spécialisée si triglycérides ≥ 5 mmol/l

On associe au traitement médicamenteux des modifications du mode de vie (alimentation adaptée et activité physique)

d) Le diabète (16)

i. Définitions

Le diabète est caractérisé par une hyperglycémie chronique qui résulte soit d'un défaut de sécrétion d'insuline par le pancréas, soit d'un défaut de l'action de l'insuline (insulinorésistance) ou de ces deux anomalies associées.

En effet, l'insuline est nécessaire à la pénétration, à l'utilisation du glucose et à son stockage sous deux formes :

- Sous forme de glycogène hépatique ou musculaire.
- Sous forme de triglycérides dans le tissu adipeux.

ii. Epidémiologie

La prévalence mondiale est estimée à environ 10% ; en France elle s'élève à 6% au-delà de 65 ans.

² Aubert, Drs CAROLE E, et Baris Gencer. « Recommandations de prise en charge des dyslipidémies en 2016 en Suisse ». REVUE MÉDICALE SUISSE, 2016, 5.

Le diabète de type 1, touchant les sujets jeunes, correspond à 15% des cas de diabète. Le diabète de type 2, quant à lui, concerne 80% des diabétiques. Il apparaît généralement vers 45-50 ans.

iii. Physiopathologie

Les glucides présentent une source énergétique importante pour les cellules de l'organisme ainsi que pour la régulation de l'homéostasie du glucose dans le sang.

A l'état physiologique, le maintien de la glycémie à un taux strict met en jeu des systèmes complexes de régulations qui passent par une autorégulation hépatique. La production du glucose est en partie gérée par le foie qui puise dans ces réserves de glycogène et également par une synthèse de novo (néoglucogenèse).

Ces mécanismes régulateurs complexes mettent aussi en jeu une autorégulation rénale, au-delà d'une glycémie de 10 mmol/L qui est le seuil de réabsorption rénale, le glucose va être éliminé par voie rénale.

Il y a aussi une régulation neuro-hormonale qui met en jeu la sécrétion d'adrénaline par les surrénales, la sécrétion de cortisone par l'hypothalamus et enfin une régulation hormonale qui met en jeu les sécrétions endocrines du pancréas avec l'insuline (par les cellules β) hormone hypoglycémiante, le glucagon (par les cellules α) hormone hyperglycémiante et la somatostatine (par les cellules δ) hyperglycémiante.

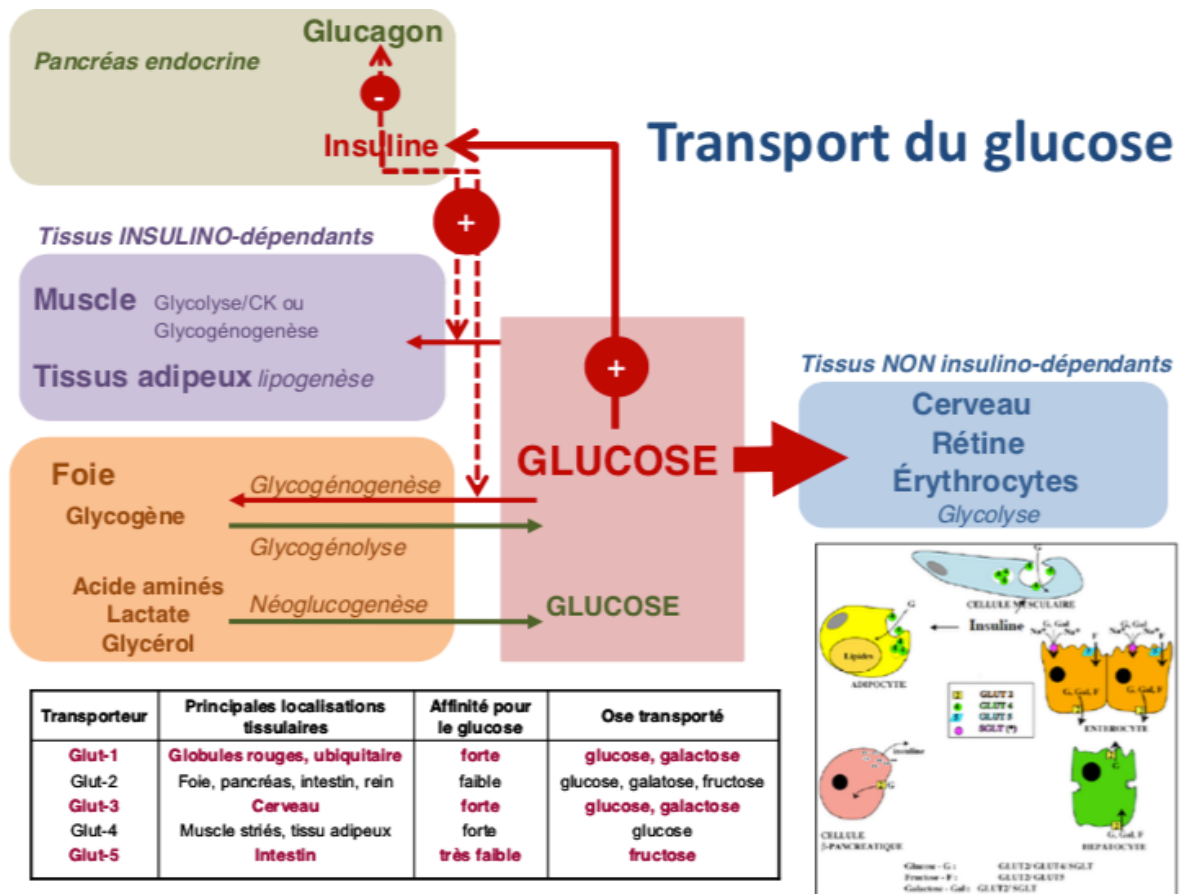


Figure 2. Métabolisme glucidique³

L'hyperglycémie, ou concentration sanguine élevée de sucre, est un effet fréquent du diabète non contrôlé qui conduit avec le temps à des atteintes graves de nombreux systèmes organiques et plus particulièrement des nerfs et des vaisseaux sanguins. On distingue deux types de diabète : le diabète de type 1 et le diabète de type 2.

Le diabète de type 1 est caractérisé par une production insuffisante d'insuline. Pour pallier à ce déficit, il est nécessaire d'avoir une injection quotidienne d'insuline. Les symptômes associés à ce type de diabète et pouvant apparaître brutalement, sont les suivants : une excrétion excessive d'urine, une sensation de soif, une faim constante, une perte de poids, une altération de la vision et de la fatigue.

Le diabète de type 2 quant à lui provient d'une mauvaise utilisation de l'insuline par l'organisme. C'est le plus courant, il résulte en général d'une surcharge pondérale et d'une

³ EC PL3.6-Système endocrine S. Colomer, 2013-14, Université de Bordeaux.

sédentarité. Les symptômes associés à ce type de diabète sont les mêmes que le diabète de type 1, mais atténués.

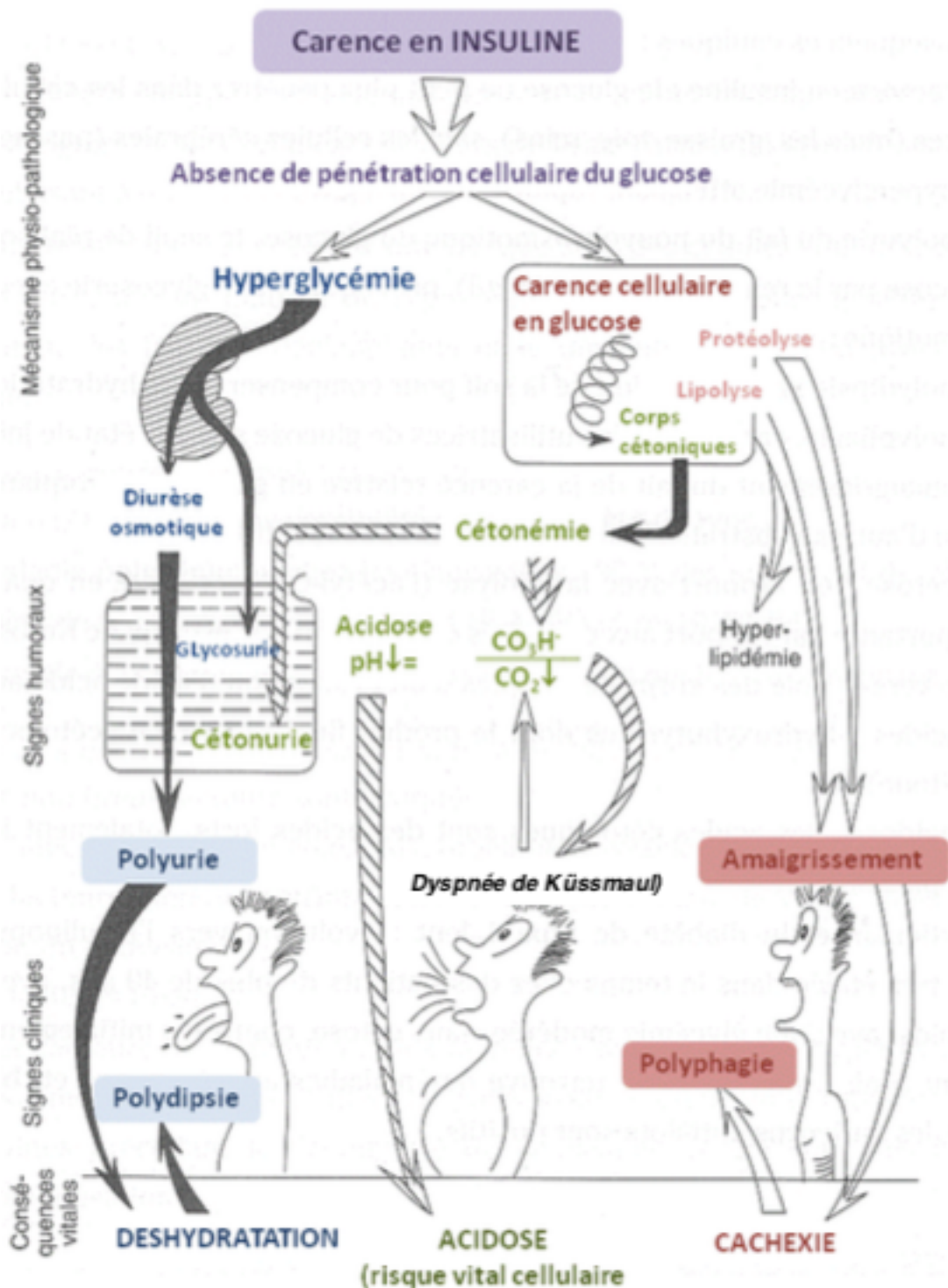


Figure 3. Mécanisme physiopathologique d'une carence en insuline⁴

⁴ EC PL3.6-Système endocrine S. Colomer, 2013-14, Université de Bordeaux.

Le diabète est actuellement défini par une glycémie à jeun ≥ 7 mmol/l (1,26 g/l). Les arguments pour un diabète de type II sont :

- L'âge > 40 ans
- L'indice de masse corporelle > 27 kg/m²
- L'absence de cétonurie
- Un antécédent familial de diabète de type II.

iv. Diagnostic

Le diagnostic biologique du diabète repose sur le seuil glycémique à risque de micro-angiopathie et en particulier la rétinopathie. Le diabète peut être diagnostiqué de 4 façons différentes :

- Si la glycémie à jeun (soit après 8h sans alimentation) est $>$ à 1,26 g/L soit > 7 mmol/L et cela doit être vérifié à 2 reprises sur 2 prélèvements distincts.

C'est donc le seuil glycémique à risque de micro-angiopathie.

- S'il présente des symptômes du diabète tels que la polyurie (élimination importante d'urine), la polydipsie (sensation de soif excessive), ou un amaigrissement inexplicable et tout ceci doit être associé à une glycémie > 2 g/L soit $> 11,1$ mmol/L et à n'importe quel moment de la journée.
- Si la glycémie à la deuxième heure, d'une hyperglycémie provoquée par voie orale ou HGPO (c'est-à-dire 2h après ingestion de 75g de glucose), est $>$ à 2 g/L soit $> 11,1$ mmol/L de glucose dans le sang.
- Enfin, si le taux de l'hémoglobine glyquée ou HbA1c est $> 6,5\%$; après 2 mesures. L'HbA1c est un marqueur d'exposition chronique, il permet d'évaluer le risque de complication chronique.

v. Etiologies (36)

Le diabète se place dans une catégorie hétérogène multifactorielle dans laquelle peut intervenir des facteurs génétiques et environnementaux.

Les données essentielles cliniques du diagnostic étiologique doivent prendre en compte :

- L'âge de l'individu,
- Le poids,
- La répartition des graisses appréciée par la mesure du périmètre abdominale,
- L'existence d'une cétonurie (de corps cétoniques dans les urines),
- L'existence d'une hérédité familiale du diabète,
- L'existence d'antécédents de maladies auto-immunes (au niveau de la thyroïde),
- L'association d'une hypertension artérielle, hyperlipidémie avec une hypertriglycéridémie (Syndrome métabolique),
- L'existence d'antécédents de diabète gestationnel (pendant la grossesse) ou d'accouchement de gros bébé, de macrosomie (enfant à la naissance > 4kg)
- La prise de médicaments qui peuvent être potentiellement diabétogènes.

vi. Evolution et pronostic

Parmi les complications du diabète qui sont la conséquence de l'augmentation de la glycémie, on distingue :

- La glycation des protéines de l'organisme, de ce fait, les protéines cardiaques peuvent être touchées.

Les diabètes de type I et II sont associés à une augmentation importante du risque cardiovasculaire. Pour le diabète de type I, le risque cardiovasculaire apparaît dès l'âge de 30 ans et est d'autant plus important que le contrôle glycémique est mauvais et qu'il y a une néphropathie diabétique associée (micro ou macroalbuminurie et/ou insuffisance rénale). Le diabète de type II et l'intolérance au glucose sont associés à un risque cardiovasculaire majeur. L'effet est plus marqué chez les femmes. Ainsi, le diabétique aura 2 à 4 fois plus de risque d'avoir un problème cardiovasculaire.

- Au même titre, les facteurs de risque d'attaque cérébral qui seront beaucoup plus élevés chez le diabétique.
- L'hypertension qui touche 60 à 65% des diabétiques.
- La cécité, du fait que le glucose en excès se fixe sur les protéines rétiniennes, ce qui altère les fonctions rétiniennes et par voie de conséquence la vision.
- Les problèmes cérébraux par la fixation du glucose sur les protéines cérébrales ce qui porte atteinte au système nerveux. Cela touche 60 à 70% des diabétiques.
- Les amputations, elles commencent par les doigts de pied, on parle de « pied diabétique ».
- Les maladies dentaires.

- La grossesse : la mortalité infantile qui est beaucoup plus élevée que chez une mère non diabétique.
- L'acidocétose
- Les comas hyperosmolaires.
- Les infections.

vii. Traitements antidiabétiques

Tableau 3. Choix d'un traitement pharmacologique dans le diabète de type 2⁵

➔ Alimentation saine, contrôle du poids, augmentation de l'activité physique						Education thérapeutique du patient
➔ Mono-thérapie : Metformine (sauf si insuffisance rénale)						
Efficacité :	Importante					
Hypoglycémie:	Peu fréquentes					
Poids :	Pas d'effet, voire perte pondérale					
Effets II :	Gastro-intestinal / acidose lactique					
Coût :	Faible					
➔ Si cible HbA1c non atteinte après 3 mois, ad bi-thérapie : Metformine +						
	Sulfonylurée	Inh SGLT-2	Gliptine	Ag. GLP-1	Insuline basale	
Efficacité :	Elevée	Intermédiaire	Intermédiaire	Elevée	Traitement le + efficace	
Hypoglycémie:	Modérée	Faible	Faible	Faible	Risque élevé	
Poids :	Prise pondérale	Perte	Pas d'effet	Perte	Prise pondérale	
Effets II :	Hypoglycémie	Uro-génital: déshydratation	Rares	Gastro-inte st.	Hypoglycémie	
Coût :	Faible	Elevé	Elevé	Elevé	Variable	
➔ Si cible HbA1c non-atteinte après 3 mois, ad tri-thérapie : Metformine +						
	Sulfonylurée +	Inh SGLT-2 +	Gliptine +	Ag. GLP-1 +	Insuline basale +	
	Gliptine Inh. SGLT-2 Ag. GLP-1 Insuline basale	Sulfonylurée Gliptine Insuline basale	Sulfonylurée Inh. SGLT-2 Insuline basale	Sulfonylurée Insuline basale	Sulfonylurée Gliptine Inh. SGLT-2 Ag. GLP-1	
➔ Si la combinaison incluant une insuline basale ne permet pas d'atteindre la cible HbA1c après 3 mois :						
- Si seulement sous traitement oral → passer aux traitements injectables						
- Sous analogue GLP-1 → ajouter insuline basale						
- Sous insuline basale justement dosée → ajouter analogue GLP-1, ou de l'insuline pré-prandiale						

Ag : agoniste, DT2 : diabète de type 2, EI : effet indésirable, Inh : inhibiteur, TTT : traitement.

Les indications à l'insuline sont :

- Une décompensation diabétique symptomatique ;

⁵ **Prise en charge du diabète de type 2** -Service de médecine de premier recours–DMCPRU–HUG--2017. Dr O. Braillard, Service de médecine de premier recours, HUG.

- Un diabète inaugural symptomatique (polyurie, polydipsie, asthénie et amaigrissement) avec cétonurie ;
- Une glycémie isolée > 16,7 mmol/l ;
- Une valeur d'HbA1c > 11,5% ;
- Un échec d'obtention de la cible d'HbA1c sous antidiabétiques oraux seuls.

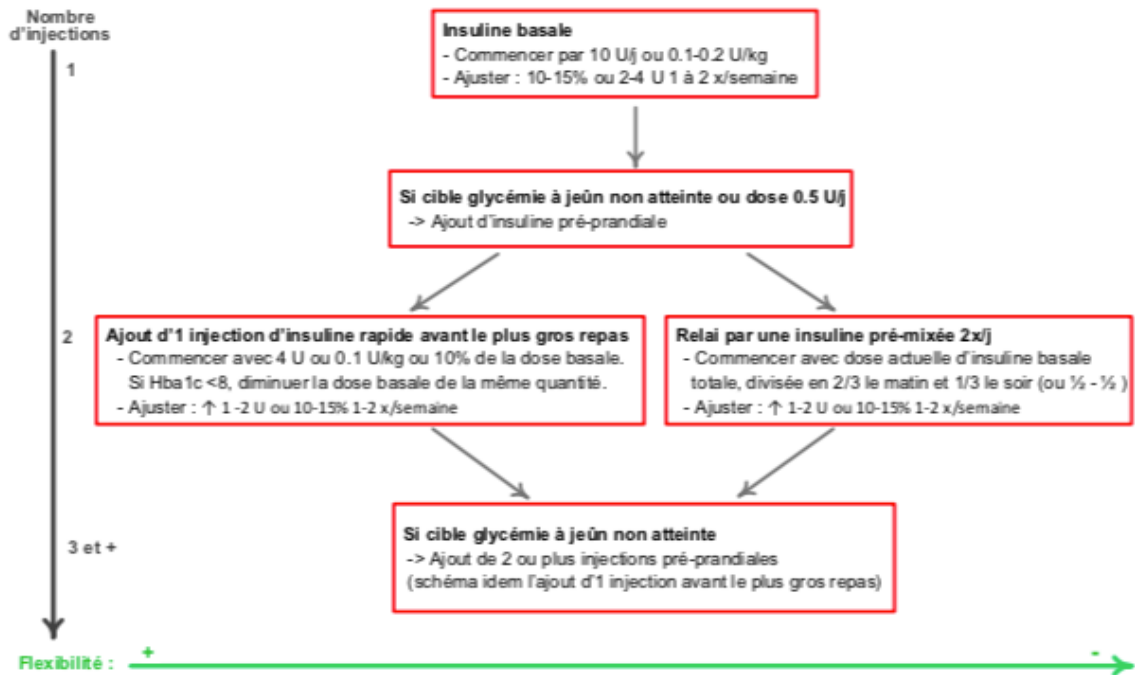


Figure 4. Instauration et augmentation d'une insulinothérapie⁶

3. Les autres facteurs de risques cardiovasculaires (7)

a) La sédentarité

Le manque d'activité physique régulière est associé à une augmentation du risque de mortalité cardiovasculaire dans la plupart des études épidémiologiques.

Elle est définie par une activité physique modérée < 5 fois 30 minutes par semaine ou 3 fois 20 minutes en cas d'activité intense.

⁶ **Prise en charge du diabète de type 2** -Service de médecine de premier recours-DMCPRU-HUG--2017. Dr O. Braillard, Service de médecine de premier recours, HUG.

b) L'obésité

L'obésité abdominale se définit par un périmètre abdominal > 102 cm chez l'homme et 88 cm chez la femme ou un indice de masse corporelle ($\text{poids}/\text{taille}^2$) > 30 .

Les normales sont de 20 à 25 chez l'homme et de 19 à 24 chez la femme.

On parle de surpoids lorsque l'IMC est > 27 et d'obésité > 30 , elle est dite morbide pour des IMC > 40 .

L'obésité peut être de type gynoïde ou androïde. C'est la répartition androïde des graisses, avec l'augmentation de la masse grasse intra-abdominale, qui augmente le plus le risque cardiovasculaire. Elle est estimée par la mesure de la circonférence abdominale au niveau de l'ombilic (< 102 cm chez l'homme et < 88 cm chez la femme.)

L'obésité est très liée à l'HTA, au diabète, aux dyslipidémies ; elle participe à la définition du syndrome métabolique.

c) Le syndrome métabolique

Le syndrome métabolique est défini par l'association d'au moins trois facteurs de risque :

- Le tour de taille > 102 cm chez l'homme et > 88 cm chez la femme
- Des triglycérides ≥ 150 mg/dL ; HDL-cholestérol < 40 mg/dL chez l'homme et < 50 mg/dL chez la femme
- Une tension artérielle $\geq 130 / \geq 85$ mmHg
- Une glycémie à jeûn ≥ 100 mg/dL.

d) Le régime alimentaire

La mortalité cardiovasculaire est réduite chez les consommateurs modérés d'alcool. L'alcool augmenterait le HDL-cholestérol protecteur et serait antiagrégant. Certains alcools comme le vin contiendraient des tanins antioxydants et des polyphénols.

En revanche, la consommation excessive d'alcool est susceptible d'augmenter la pression artérielle, le poids et les triglycérides :

- > 3 verres de vin par jour chez l'homme

- > 2 verres de vin par jour chez la femme.

Le régime alimentaire a une influence au niveau coronaire. Ceci, par la modification de plusieurs facteurs de risque tels que les lipides, la glycémie, l'HTA et l'obésité :

- La consommation d'acides gras saturés est athérogène en augmentant le LDL-cholestérol.
- L'excès de consommation de sel (dont une consommation moyenne 9-10g/j).

4. Les facteurs psychosociaux

Ils sont représentés par des facteurs influents sur l'adhérence aux traitements et les conseils d'hygiène de vie :

- Un niveau socio-économique bas ;
- L'absence de soutien social ;
- Le stress au travail et en famille ;
- La dépression, l'anxiété.

5. L'évaluation globale du risque cardiovasculaire (SCORE = Systematic Coronary Risk Estimation)

Un score est établi sur la base d'un nombre de facteurs de risque présents :

- Tabagisme actuel ou arrêt depuis moins de trois ans ;
- Hypercholestérolémie LDL-cholestérol >1,6g/L ;
- Hypertension \geq 140/90 traité ou non ;
- Diabète traité ou non ;
- HDL-cholestérol bas < 0,40 g/L ;
- Age (homme > 50 ans, femme > 60 ans)
- Antécédents coronaires familiaux :
 - o Avant 55 ans chez le père ou un sujet masculin parent au premier degré,
 - o Avant 65 ans chez la mère ou un sujet féminin parent au premier degré.

On tient aussi compte d'un éventuel facteur protecteur : HDL-cholestérol élevé \geq 0,6 g/L. Dans ce cas on « soustrait 1 point » au « score de risque ».

Quatre niveaux de risque cardiovasculaire sont ainsi définis⁷ :

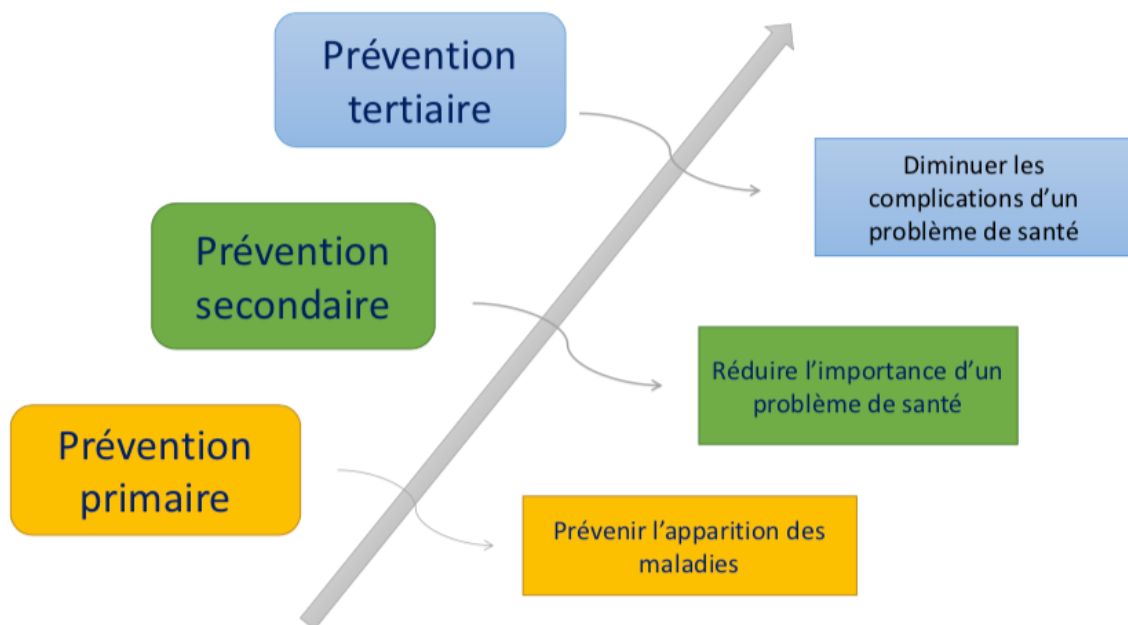
Niveau de risque cardio-vasculaire	
Faible	SCORE < 1 %
Modéré	1 % ≤ SCORE < 5 %
	Diabète de type 1 ou 2 < 40 ans sans facteur de RCV ni atteinte d'organe cible
Élevé	5% ≤ SCORE < 10 %
	Diabète de type 1 ou 2 : < 40 ans avec au moins un facteur de RCV ou atteinte d'organe cible ; ≥ 40 ans sans facteur de RCV ni atteinte d'organe cible
	Patient ayant une insuffisance rénale chronique modérée
	TA ≥ 180/110 mmHg
Très élevé	SCORE ≥ 10 %
	Diabète de type 1 ou 2 ≥ 40 ans avec au moins un facteur de RCV ou atteinte d'organe cible
	Patient ayant une insuffisance rénale chronique sévère
	Maladie cardio-vasculaire documentée (prévention secondaire)

⁷ « Principales dyslipidémies : stratégies de prise en charge », fiche mémo, HAS, Février 2017.

Partie 2 : Données factuelles et recommandations pour la prévention des maladies cardiovasculaires

I. La prévention

La prévention désigne : « l'ensemble des actions visant à éviter, retarder ou réduire les conséquences d'un événement défavorable en termes de santé individuelle ou collective, dans une situation de relative certitude scientifique » (42). On distingue trois types de prévention : primaire, secondaire ou tertiaire, ils correspondent à des états successifs de la maladie. Cela va des moyens à mettre en œuvre pour empêcher l'apparition des pathologies jusqu'à leur thérapeutique (7) (12).



8

A. La prévention cardiovasculaire

La prévention cardiovasculaire consiste à supprimer ou à baisser le plus possible l'ensemble des facteurs de risque afin de diminuer le risque de survenue d'évènements cardiovasculaires. Elle peut s'appliquer spécifiquement à chaque individu (prévention individuelle) mais également à l'ensemble de la population (prévention collective).

⁸ Chateau-Degat, Dr Walé KANGAMBEGA. « EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT », s. d., 58.

Sur le plan individuel, c'est le développement du dépistage des sujets à risque, le contrôle des facteurs modifiables et la prescription de traitements adaptés qui prévaut.

La prise en charge repose sur les trois paliers de la prévention : la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Puis l'action individuelle et collective :

B. La prévention primaire

Il s'agit de prévenir la survenue ultérieure d'accidents cardiovasculaires avérés ; mortels ou non mortels, chez des patients n'ayant aucune pathologie cardiaque ou vasculaire décelable.

Cela, par le biais d'une prise en charge thérapeutique des facteurs de risque cardiovasculaire par rapport au niveau de risque cardiovasculaire de l'individu.

En amont, la prévention cardiovasculaire par des campagnes (anti-tabac, programme d'éducation nutritionnelle, lutte contre la sédentarité...) a pour but :

- Le dépistage des sujets à risque au niveau des familles à très haut risque.
- La prévention de l'installation des facteurs de risque.

C. La prévention secondaire

Elle concerne les patients n'ayant pas de pathologie cardiaque ou vasculaire cliniquement décelable mais qui présentent des lésions athéroscléreuses infra-cliniques.

Ici, par une prise en charge thérapeutique des facteurs de risque cardiovasculaire, on veut agir en prévenant l'expression clinique ultérieure de ces lésions et dépister d'autres localisations éventuelles et favoriser leur régression dans certains cas.

D. La prévention tertiaire

La population ciblée sont les patients ayant déjà eu un accident cardiovasculaire.

On veut éviter la récurrence ultérieure d'accidents cardio-vasculaires, réduire la morbidité cardiovasculaire et dépister toutes les localisations de la maladie athéroscléreuse.

On associe une prise en charge médicamenteuse des facteurs de risque à une prise en charge thérapeutique de la maladie cardiovasculaire décelée. Par exemple, les mesures à prendre après un IDM peuvent être mémorisées sous l'acronyme « BASIC » :

- B pour bêtabloquant ;
- A pour antiagrégants,
- S pour statine ;
- I pour inhibiteur de l'enzyme de conversion ;
- C pour contrôle optimal des facteurs de risque (arrêt du tabagisme, contrôle de la pression artérielle, contrôle de la glycémie, lutte contre la sédentarité).

II. La prévention collective

La prévention collective passe par la réduction du nombre de facteurs de risque au sein de la population par des moyens non pharmacologiques (campagnes de prévention).

Les objectifs sont :

- D'éviter l'acquisition des facteurs de risque en particulier chez les enfants,
- D'empêcher l'augmentation de niveau des facteurs de risque au cours du temps chez les sujets à risque faible ou moyen, afin d'éviter la prescription de médicaments.
- De réduire le nombre de sujets à haut risque nécessitant un traitement médicamenteux.

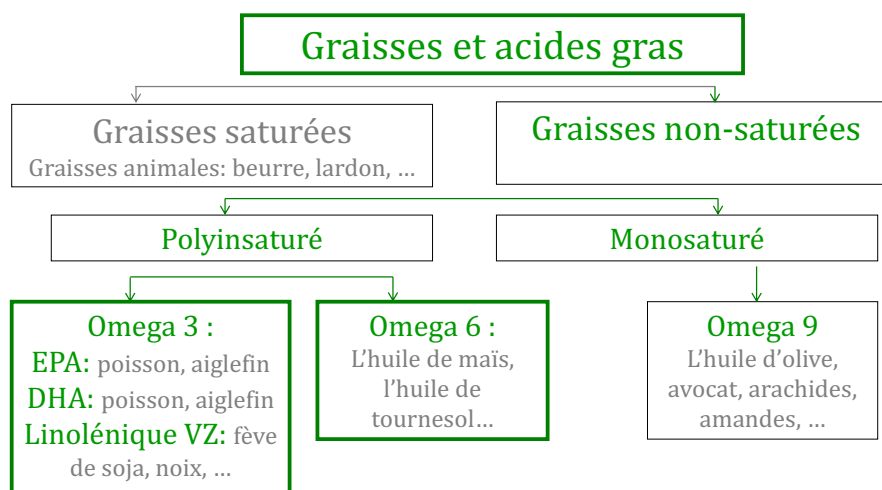
L'OMS préconise aux états des mesures à prendre concernant :

A. La lutte contre le tabagisme

- Surveiller la consommation de tabac et les politique de prévention ;
- Protéger la population contre la fumée du tabac dans les lieux publics et le lieu de travail ;
- Offrir une aide à ceux qui veulent arrêter le tabac ;
- Mettre en garde contre les méfaits du tabagisme ;
- Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage ;
- Augmenter les taxes et le prix du tabac.

B. La promotion d'une alimentation saine

- D'élaborer une politique et un plan d'action national sur l'alimentation et la nutrition (priorités nationales en matière de nutrition) ;
- Préconiser des produits alimentaires plus favorables à la santé (diminuer la teneur en sel, éliminer les acides gras *trans* produits industriellement, diminuer les acides gras saturés, limiter les sucres libres ;



9

- Fournir au consommateur des informations exactes et équilibrées pour qu'il puisse faire des choix favorables à la santé en connaissance de cause.

C. La promotion de l'exercice physique

L'activité physique modifie certains facteurs de risque (maintien d'un poids normal, diminution de la consommation de tabac et modification du régime alimentaire). Par ailleurs, l'activité physique diminue le LDL-cholestérol, augmente le HDL-cholestérol, et diminue la pression artérielle.

III. La prévention individuelle

En premier lieu, on évalue les facteurs de risque chez la population cible, avec un bilan lipidique réalisé chez l'homme > 40 ans et la femme > 50 ans ou ménopausée et chez tous les sujets présentant une maladie cardiovasculaire.

Elle concerne la prise en charge spécifique des facteurs de risques et des mesures hygiéno-diététiques :

⁹ UE officine, 6^{ème} année « Poissons et alimentation – effets bénéfiques et risques ». I. Passagne. 2015. Laboratoire de toxicologie, université de Bordeaux.

A. Le tabagisme

Il s'agit de la mise en place de stratégies comportementales.

L'arrêt du tabac est important. Les personnes qui cessent de fumer réduisent de moitié leur risque de développer une maladie des artères coronaires comparativement à celles qui continuent de fumer. Il réduit aussi le risque de décès après une revascularisation chirurgicale ou un infarctus du myocarde.

B. La nutrition (37)

Plusieurs modifications sont bénéfiques :

- Un apport en acides gras saturés <10%, en favorisant les acides gras polyinsaturés.
- Un apport quotidien en sel < 5g.
- Du poisson 2 fois par semaine.
- Davantage de consommation de fruits et légumes.
- La limitation de la consommation d'alcool (20g/jour pour les hommes et 10g/jour pour les femmes).
- Le contrôle du poids en cas de surpoids ou obésité.

C. L'activité physique

- Minimum 30 minutes d'activité physique modérée 3 fois par semaine.

L'activité physique exerce des effets métaboliques sur :

- Le développement de la masse musculaire et la réduction de la masse grasse, induisant :
 - Une réduction de l'insulinorésistance ;
 - Une diminution de la triglycéridémie et une augmentation du HDLc ;
- Le système cardiovasculaire avec :
 - Une diminution de la pression artérielle au repos ;
 - Un allongement du périmètre de marche pour les AOMI ;

- Un meilleur pronostic des complications coronariennes ischémiques, probablement via des mécanismes de préconditionnement.

D. Le contrôle des facteurs de risque

- Contrôler *l'hypertension artérielle* :

- Par des règles hygiéno-diététiques. (Une alimentation saine pauvre en sel, et si nécessaire, une perte de poids et une augmentation de l'activité physique).
- Par un traitement médicamenteux (diurétiques, inhibiteurs calciques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, antagonistes du récepteur de l'angiotensine et bêtabloquants).
- L'objectif tensionnel est une pression artérielle systolique < 140 mmHg et diastolique < 90 mmHg.

Tableau 4. Choix de la classe thérapeutique en fonction des comorbidités associées¹⁰

Comorbidités	Choix préférentiel
Patient diabétique à partir du stade microalbuminurie ou insuffisance rénale	IEC ou ARA2
Patient avec une insuffisance rénale ou une protéinurie	IEC ou ARA2
Patient insuffisant cardiaque	IEC (sinon ARA2), bêtabloquants ayant l'AMM dans cette indication, diurétiques
Patient coronarien	IEC, bêtabloquants
Patient post-AVC	Diurétiques thiazidiques, IEC (sinon ARA2), et inhibiteurs calciques

- Equilibrer *le diabète*

- Avec un taux d'HbA1c < 7%.

- Contrôler *les dyslipidémies*

- L'objectif est un taux de LDL-cholestérol de 0,70 mg/dL pour les sujets à très haut risque, un taux à 100mg/dL pour les sujets à haut risque et 115mg/dL en cas de risque modérée ou bas.
- La stratégie thérapeutique varie en fonction du risque cardiovasculaire et de la concentration en LDL-C.¹¹

¹⁰ « Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte », fiche mémo, HAS, Septembre 2016.

Niveau de risque cardio-vasculaire	Objectif de C-LDL	Intervention de première intention*	Intervention de deuxième intention
Faible	< 1,9 g/L (4,9 mmol/L)	Modification du mode de vie	Modification du mode de vie + Traitement hypolipémiant
Modéré	< 1,3 g/L (3,4 mmol/L)		
Élevé	< 1,0 g/L (2,6 mmol/L)	Modification du mode de vie + Traitement hypolipémiant	Modification du mode de vie + Intensification du traitement hypolipémiant
Très élevé	< 0,70 g/L (1,8 mmol/L)		

- Freiner *l'athérogénèse*

- Par un traitement antiplaquettaire en monothérapie en prévention secondaire et en bithérapie après un syndrome coronarien aigu en cas de pose de stent coronaire.

IV. L'éducation thérapeutique du patient et la prévention

L'éducation thérapeutique du patient se situe au niveau de la prévention secondaire, au niveau des facteurs de risques et au début de la maladie. Elle intervient aussi lors de la prévention tertiaire lorsqu'on cherche à diminuer les complications de la maladie et la maladie. L'ETP dans la prévention des maladies cardiovasculaires vise à améliorer l'état de santé des malades, en particulier en prévenant des complications aiguës et à long terme, et en optimisant la qualité de vie des patients.

¹¹ « Principales dyslipidémies : stratégies de prise en charge », fiche mémo, HAS, Février 2017.

Partie 3 : L'éducation thérapeutique du patient

I. Définitions

Il existe plusieurs définitions de l'éducation thérapeutique. Celle qui prévaut est celle donnée par l'OMS en 1998 :

« L'éducation thérapeutique a pour objet de former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie. L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux. L'éducation thérapeutique du patient comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement. La formation doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants » (10).

D'autres définitions permettent d'étayer celle de l'OMS :

« L'éducation thérapeutique est donc un processus par étape, intégré dans les démarches de soins, comprenant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements, les soins, l'organisation et les procédures hospitalières, les comportements de santé et ceux liés à la maladie, et destinées à aider le patient (et sa famille) à comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge son état de santé et favoriser un retour aux activités normales ». Pr Alain DECCACHE université catholique de Louvain en 1989.

« L'éducation thérapeutique vise à faire acquérir au patient des compétences lui permettant d'assurer par lui-même tout ou partie de son traitement et de réaliser les changements personnels nécessaires pour concilier son projet de vie avec les exigences de la gestion de la maladie et du traitement ». Pr Rémi GAGNAYRE laboratoire de Pédagogie de la Santé, Bobigny- France.

II. Objectifs et finalités de l'ETP

De ces définitions on peut dégager les objectifs de l'éducation thérapeutique du patient qui sont (15) :

- Permettre au patient atteint par une maladie chronique de reconquérir son autonomie,
- Eviter l'aggravation et/ou la survenue de complications,
- Favoriser le retour aux activités normales.

De ce fait, il acquiert des compétences d'auto-soins, pour :

- Soulager les symptômes ;
- Prendre en compte les résultats d'une auto-surveillance, d'une automesure ;
- Adapter des doses de médicaments, initier un auto-traitement ;
- Réaliser des gestes techniques et des soins ;
- Mettre en œuvre des modifications à son mode de vie (équilibre diététique, activité physique...)
- Prévenir des complications évitables ;
- Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie ;
- Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

Ceci par les moyens suivants :

- L'éducation du patient à sa maladie : comprendre la maladie, les traitements, l'organisation et les procédures ambulatoires et hospitalières de prise en charge ;
- L'éducation à la collaboration aux soins ;
- L'éducation à l'observance ;
- L'éducation à la santé pour favoriser l'adaptation de ces comportements personnels afin de préserver son potentiel de santé.

Par voie de conséquence, faire acquérir au patient des compétences qui correspondent à l'acquisition de :

- Savoirs
- Savoir-être
- Savoir-faire.

En découle, des compétences d'adaptation, afin de :

- Se connaître soi-même, avoir confiance en soi ;
- Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress ;
- Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles ;
- Prendre des décisions et résoudre un problème ;
- Se fixer des buts à atteindre et faire des choix ;
- S'observer, s'évaluer et se renforcer.



Figure 5. Les fondations éducatives de l'ETP, centrées sur le patient¹²

Par ailleurs, Il est important de distinguer l'éducation thérapeutique du patient qui est centrée sur le patient lui permettant de favoriser son autonomie, de faciliter son adhésion aux traitements prescrits et d'améliorer sa qualité de vie ; de l'éducation du patient à sa maladie permettant de favoriser la vie avec une maladie ; et d'un dernier terme : l'éducation pour la santé, incitant les individus à vouloir être en bonne santé.

De même, il faut également distinguer l'éducation thérapeutique du simple acte d'information. La transmission de connaissances se fait de façon unidirectionnelle, étant donné que le soignant délivre les informations selon ses références. Il prend peu en compte ce que croit le patient, celui-ci, n'est autre que le réceptacle des envies du soignant, il est dans une attitude passive. L'apprentissage exclut le savoir-faire et le savoir-être, car il est très bref.

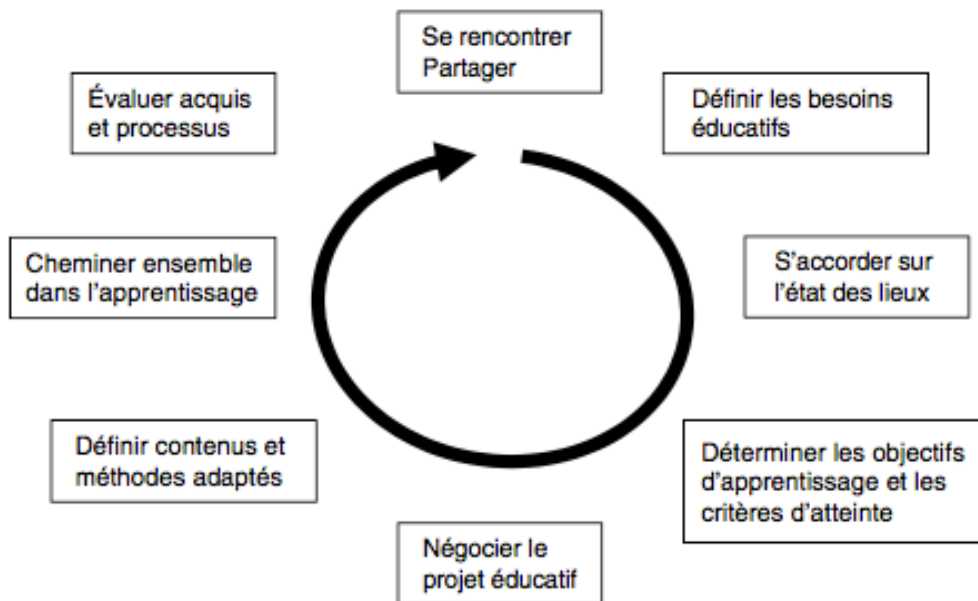
En revanche, l'éducation thérapeutique du patient est à double sens. Il y a une transmission d'information. Le soignant interroge au départ les croyances et les connaissances du patient. Il respecte ce que le patient dit, il délivre des informations en partant de ce que sait et croit le patient. Ces informations sont adaptées au contexte de vie du patient. Le soignant vérifie que le patient a retenu et en retour, il apprend aussi de son patient.

Dans cette posture, le patient questionne les informations qu'il reçoit. Il y a une participation active, on a un apprentissage de compétences.

En faisant la synthèse de ces définitions, on peut dégager quelques grands axes concernant l'éducation thérapeutique du patient, elle amène le patient à :

¹² Chateau-Degat, Dr Walé KANGAMBEGA. « EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT », s. d., 58.

- Partager son vécu et ses attentes avec son entourage personnel et professionnel, et avec les soignants.
- Se clarifier sur sa motivation à se soigner.
- S'expliquer sa maladie et ses symptômes à partir de son expérience quotidienne.
- Comprendre l'utilité et les modalités de ses traitements médicamenteux.
- Envisager l'importance des comportements de santé relatifs à la diététique et à l'activité physique.
- Repérer des manifestations corporelles et les interpréter comme des signes d'une aggravation ou d'une complication.
- Intégrer au mieux les auto-soins dans la réalité de son quotidien.



13

Figure 6. La roue de l'éducation thérapeutique : comment favoriser l'apprentissage du patient

III. La maladie chronique

On distingue trois réalités distinctes de la maladie :

- L'altération biologique (disease)
- Le vécu subjectif du malade (illness)
- Le processus de socialisation des épisodes pathologiques (sickness)

Les maladies chroniques, par exemple : les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, les cancers, les affections respiratoires chroniques, le diabète... sont des affections

13

« Éducation thérapeutique des patients diabétiques » A. Golay, G. Lagger, A. Lasserre Moutet, M. Chambouleyron, A. Giordan. 2010.

de longue durée qui évoluent le plus souvent lentement. Selon l’OMS, elles sont responsables de 63% des décès dans le monde (29).

Le rapport de l’OMS de 1996, fait le constat que la majorité des patients ne sont pas aux objectifs, malgré des thérapeutiques « efficaces ». Il met en exergue le fait que les patients sont inégalement informés des risques de leur maladie, des outils pour les aider.

L’augmentation de la prévalence des maladies chroniques est un défi pour le système de santé afin de mieux prendre en charge et de préserver la qualité de vie des personnes atteintes. L’OMS fait de l’amélioration de la qualité de vie de ces personnes une priorité, il s’agit de :

- Mieux connaître pour le patient sa maladie pour mieux la gérer,
- Elargir la médecine de soins à la prévention,
- Faciliter la vie quotidienne des malades,
- Mieux connaître les besoins.

La maladie chronique, par son inscription dans la durée, qui occasionne régulièrement une détérioration de la santé, par son caractère multi factoriel, par son apparition tout au long de la vie, par la présence de comorbidités chez un même patient, requiert une réponse adaptée et nuancée de santé dans un contexte où le besoin de suivi médical et paramédical des patients porteurs de ces maladies chroniques s’accroît inévitablement.

L’ETP constitue, pour un certain nombre de pathologies chroniques un élément indispensable de la stratégie de traitement et de soins dont elle fait partie intégrante. Et ceci, même si tous les patients n’ont pas les mêmes besoins et même si l’ETP ne relève pas, pour toutes les pathologies chroniques, du même modèle d’intégration ni du même intérêt.

L’efficacité de l’ETP a été soulignée pour un certain nombre de pathologies comme le diabète, l’asthme, l’insuffisance cardiaque, l’hypertension artérielle, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, la mucoviscidose, l’infection à VIH et le Sida.

IV. Les différents niveaux d’adhésion au traitement de la maladie

Selon le Health Beliefs Model, il y a quatre niveaux d’adhésion au traitement de sa maladie. Il s’agit, en premier lieu, de l’intégration psychique : le patient se perçoit-il réellement malade ? Le deuxième niveau d’adhésion concerne l’anticipation des conséquences morbides et bénéfiques de la maladie et d’une prise en charge : Comment perçoit-il les risques de cette maladie ? Le troisième porte sur la compréhension des enjeux et des décisions thérapeutiques : Comment perçoit-il l’intérêt du traitement proposé ? Enfin, le quatrième met en avant la volonté de participation et d’autonomie : Comment perçoit-il les inconvénients et les bénéfices du traitement proposé ?

Pour accepter de se soigner, le patient doit :

- Être convaincu d'être malade ;
- Être persuadé que la maladie et ses conséquences peuvent être graves ;
- Penser que ses traitements sont (seront) efficaces ;
- Penser que les bénéfices liés au traitement sont supérieurs aux contraintes et aux inconvénients.

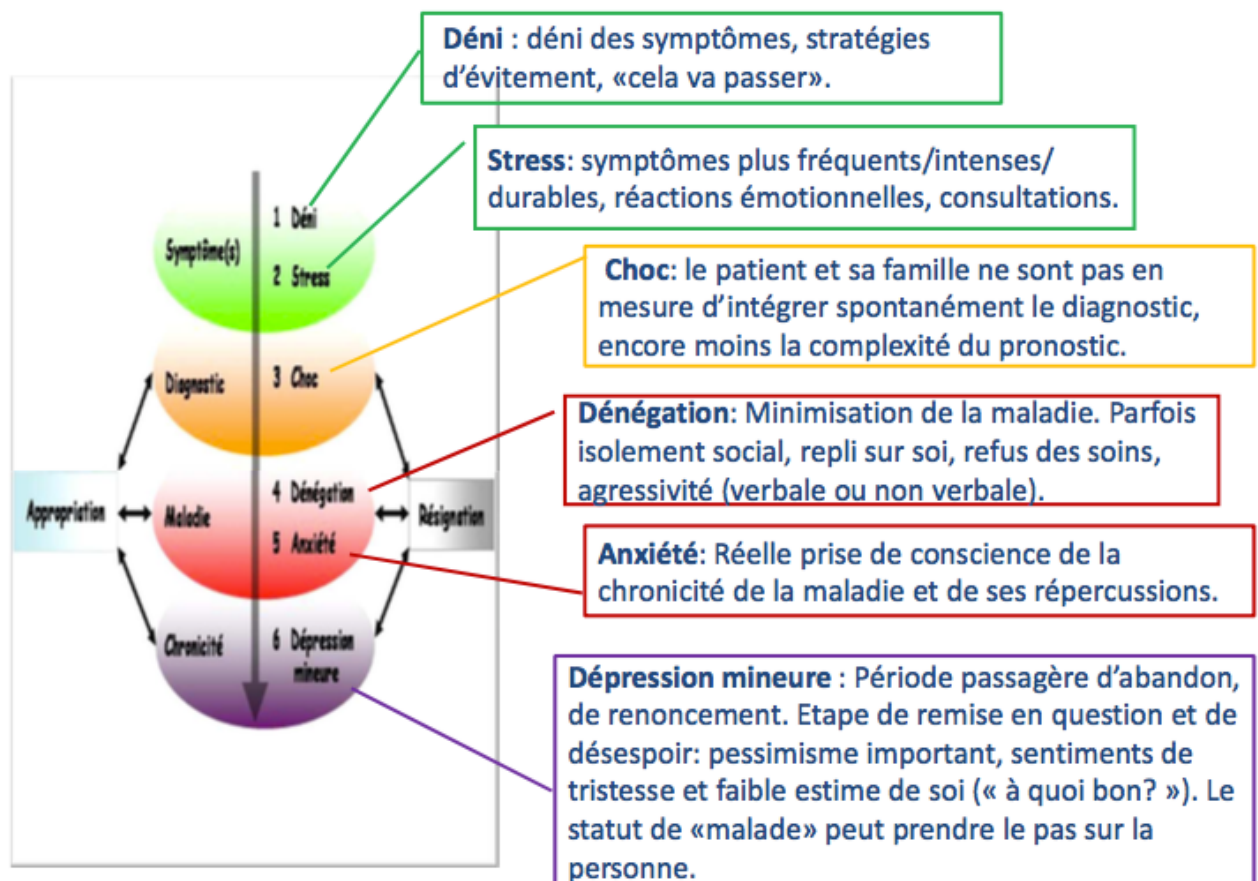


Figure 7. Les différents stades d'appropriation de la maladie chronique ou de résignation ¹⁴

¹⁴ UE ETP_4e_CM BEP Ecoute active Mars 2015I_R.pdf. Isabelle RAYMOND, service de médecine interne et maladies infectieuses hôpital haut levêque.

V. Les représentations et croyances de santé du patient

Les représentations ou conceptions de la santé font référence à la façon dont les gens perçoivent et définissent la santé. Les représentations des maladies sont définies comme un ensemble organisé de croyances qu'entretiennent les individus au sujet des maladies en général ou d'une maladie en particulier.

Selon *J. Abric* en 2003, la représentation de la maladie est un ensemble organisé d'informations, d'opinions, d'attitudes et de croyances à propos d'un objet donné. Elle est fortement marquée par des valeurs sociales. Elle est construite par une personne pour faire du sens avec la maladie. Elle est élaborée à partir de :

- L'expérience vécue ou observée de la maladie ;
- Le recueil d'informations auprès de professionnels de santé, les médias ou la famille ;
- L'interprétation de l'information.

Elle est de nature personnelle à chacun, émane des interactions avec l'environnement. Il n'est pas nécessaire qu'elle soit conforme au savoir scientifique. Elle permet de comprendre ou d'anticiper les comportements qui peuvent sembler incohérents.

Selon le modèle d'autorégulation du comportement de maladie de *Leventhal, Zimmerman et Gutmann 1984*, la représentation de la maladie est construite individuellement à partir de trois sources d'information de base (20) :

- La première source d'information est le fond commun de renseignements profanes assimilés précédemment par la personne à travers ses communications sociales antérieures et ses connaissances de la maladie liées à son appartenance culturelle.
- La seconde source d'information provient de ressources perçues comme faisant autorité dans le domaine telles que le médecin ou les parents.
- La troisième source d'information vient de sa propre expérience en tant que malade, de son vécu des troubles somatiques et des symptômes mais également à la recherche dans sa mémoire d'indications abstraites liant ces symptômes avec des diagnostics possibles.

Le malade se construit une représentation de la maladie qui s'ordonne selon différentes dimensions :

- L'identité de la menace
- L'évolution dans le temps
- Les causes correspondant aux croyances
- Les conséquences (réelles ou imaginaires) de la maladie
- La guérison
- Les émotions liées au vécu de la maladie.

L'identité désigne la façon dont l'individu définit la maladie en question ainsi qu'aux symptômes qu'il y associe.

Les représentations et croyances de santé du patient, font donc intervenir le locus de contrôle, c'est une caractéristique individuelle qui reflète lors d'un événement ce que le sujet considère comme relevant de sa responsabilité (*locus dit interne*) et de celle des autres ou des

circonstances extérieures, par exemple leur sort dépend de la chance, de Dieu (*locus dit externe*).

VI. L'observance et la non observance thérapeutique

L'observance thérapeutique se définit comme étant « le degré de conformité de ce qui a été pris par rapport à ce qui a été prescrit » ou encore « le suivi exact des modalités de prises médicamenteuses en termes de dosage, de forme, de voie d'administration, de quantité par prise et par jour, de respect entre les prises et des conditions spécifiques d'alimentation, de jeûne, de boissons ou de substances pouvant modifier la cinétique du traitement ».

Appliquée aux maladies chroniques, l'Organisation Mondiale de la Santé (2003) propose la définition suivante: « *la mesure avec laquelle les comportements d'une personne devant prendre un médicament, suivre un régime alimentaire et/ou changer de mode de vie, correspondent aux recommandations convenues avec un professionnel de santé* ».

A contrario, la non observance se définit comme étant la prise erronée des médicaments, en termes de quantités, de respect des horaires, des contraintes d'alimentation ou de boisson, de régularité... selon le niveau d'exigence requis pour une efficacité optimale et une tolérance maximale. Ainsi, 30 à 40% des patients sont inobservants. Par exemple, 60% des personnes traitées par contre l'hypertension artérielle ne sont pas contrôlées de manière satisfaisante, seuls 7% des diabétiques respectent correctement leur prescription.

Il existe diverses typologies pouvant aboutir à l'inobservance (26) :

- Le patient prend son traitement très rarement ;
- Le patient alterne des longues périodes de prise et de non prise de son traitement ;
- Le patient saute des jours entiers de traitement ;
- Le patient saute des prises de son traitement ;
- Le patient saute un certain médicament ;
- Le patient prend son traitement avec plusieurs heures de retard ;
- Le patient ne suit pas les contraintes hydriques et alimentaires exigées par son traitement ;
- Le patient adhère au traitement après l'avoir modifié ;
- Le patient adhère à un traitement inconnu et incorrect.

Les principaux facteurs susceptibles d'influencer l'observance thérapeutique sont (39) :

- Le patient :
 - L'âge (les difficultés fonctionnelles diverses limitant l'adhésion au traitement)
 - Les contraintes socio-professionnelles (les horaires de travail ou le coût des médicaments)
 - Les connaissances et croyances (y compris l'entourage)
 - Le niveau d'anxiété et le statut émotionnel (la dépression).

- La maladie :
 - L'intensité des symptômes
 - La gravité, le pronostic
 - La durée (maladies chroniques)
 - La nature (maladies psychiatriques).

- Le traitement :
 - L'efficacité
 - La tolérance (manifestations indésirables)
 - La galénique (taille du comprimé...)
 - Le nombre de prises journalières
 - Les Co-médications

- Le médecin :
 - La relation de confiance
 - La motivation, la force de conviction
 - La communication

- Le système de soins :
 - L'isolement relatif du médecin
 - La coordination entre les soignants
 - Les dossiers médicaux électroniques
 - Le financement en fonction des performances.

Pour mesurer l'observance, il existe plusieurs techniques de mesures :

- L'analyse des consommations de soins ;
- Les questionnaires tels que le questionnaire d'évaluation de l'observance établi par l'assurance maladie ou l'échelle de Morisky.
- Les mesures biologiques et pharmacologiques.

VII. Le pharmacien d'officine dans l'éducation thérapeutique du patient

A. Les « soins pharmaceutiques »

Au cours de ces dernières années, le rôle du pharmacien dans le système de soins a beaucoup évolué. L'exercice de la pharmacie tend à évoluer vers une approche centrée sur le patient. En effet, ces principales activités recouvrent la préparation et la dispensation des médicaments et autres produits de santé, le suivi du traitement. Ainsi que les activités visant à promouvoir la santé, le bien-être des patients, de la population en général et à atteindre les

objectifs en matière de santé. Dans ce contexte, la pharmacie clinique et les soins pharmaceutiques se sont développés.

La pharmacie clinique est une discipline de santé centrée sur le patient dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soins. Pour cela, les actes de pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé. Le pharmacien exerce en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants (13).

Le concept de soins pharmaceutiques est l'application des principes de la pharmacie clinique à un patient donné. Ils sont centrés sur la prise en charge de thérapeutique médicamenteuse, administrative, sociale, sanitaire, de prévention et d'hygiène de vie du patient.

Les soins pharmaceutiques impliquent une succession de démarches comprenant des similarités avec la démarche éducative de l'éducation thérapeutique :

- Accueil et contrôle administratif (établir une relation de confiance avec le patient)
- Validation de la demande (obtenir l'information)
- Dispensation, informations et conseils
- Enregistrement (DP, historique médicamenteux)
- Accompagnement de la médication.

Le suivi des soins pharmaceutiques est un processus basé sur six étapes :

- L'identification des problèmes liés au médicament ou à la pathologie
- L'évaluation des attentes du patient
- L'établissement d'un plan spécifique avec des objectifs bien définis, en concertation si nécessaire avec les autres prestataires de soins, ainsi qu'un plan de monitoring
- L'exécution du plan
- L'évaluation des résultats en fonction des objectifs
- L'adaptation du plan si nécessaire et la communication aux autres intervenants concernés.

Leur efficacité a été démontrée pour améliorer l'observance, l'efficacité et la qualité des traitements et diminuer l'iatrogénie et les coûts des soins.

Le développement de la pharmacie clinique et des soins pharmaceutiques permet au pharmacien d'être un acteur essentiel de la prise en charge globale du patient. L'éducation thérapeutique est partie intégrante des soins pharmaceutiques.

B. La loi Hôpital Patient Santé et Territoires

La loi HPST, adoptée le 21 juillet 2009, et ses décrets d'application, ont d'abord permis d'inscrire l'éducation thérapeutique du patient dans la loi (Art L. 1161-1 à L. 1161-4 du CSP) (27). Elle reconnaît notamment l'intégration de l'ETP dans le parcours de soins des patients atteints de maladie chronique. La loi HPST, par l'article 38, a également défini huit nouvelles missions pour le pharmacien d'officine (Article L5125- 1-1 A du CSP) :

1. Contribue aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 ;
2. Participe à la coopération entre professionnels de santé ;
3. Participe à la mission de service public de la permanence des soins ;
4. Concourt aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;
5. Peut participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ;
6. Peut assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit la convention pluriannuelle visée au I de l'article L. 313-12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ;
7. Peut, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1 du présent code, être désigné comme correspondant au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médications destinés à en optimiser les effets ;
8. Peut proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

Auparavant, dans les textes, les missions du pharmacien étaient essentiellement consacrées à la dispensation des médicaments et à l'exécution des préparations magistrales et officinales. Cette loi permet donc de reconnaître des missions déjà assurées par le pharmacien, telles que sa contribution aux soins de premiers recours, sa participation à la permanence des soins et à la coopération entre les professionnels de santé...

Le conseil pharmaceutique est également reconnu comme un acte de santé appartenant aux soins de premiers recours (Ar. L1411-11 du CSP).

Ces nouvelles missions renforcent le rôle du pharmacien d'officine et le place au cœur du système de santé. La loi HPST autorise donc les pharmaciens à participer à l'éducation thérapeutique du patient. Cependant, ils ne peuvent pas mettre au point seuls des programmes d'éducation thérapeutique mais ils peuvent en assurer la coordination.

C. Les atouts et les faiblesses du pharmacien d'officine dans l'ETP

1. Les atouts du pharmacien dans l'ETP (43)

Dans l'éducation thérapeutique du patient, le pharmacien dispose de nombreux atouts.

a) Le réseau de proximité, l'accessibilité et la disponibilité du pharmacien

Selon les derniers chiffres de l'INSEE datant d'août 2018, en France, on compte 21670 pharmacies d'officine soit une pharmacie pour 3066 habitants. Le service de garde d'urgence permet une accessibilité du pharmacien 7 jours sur 7, 24 heures sur 24. En raison du maillage territoriale, la répartition géographique est harmonieuse sur l'ensemble du territoire, ce qui garantit une égale accessibilité aux médicaments.

Le pharmacien se situe dans un carrefour dans le parcours de soin du patient. En effet, il est en contact fréquent avec le patient lors de la délivrance de ses médicaments. C'est un acteur privilégié dans l'aide à l'adhésion du patient à son traitement. Il sécurise le patient dans son environnement. C'est un médiateur entre le système de soin et la vie quotidienne ; et entre des savoirs techniques et des représentations compatibles avec le bon usage des médicaments.

b) Le pharmacien est le spécialiste du médicament

Le pharmacien est le spécialiste du médicament, il explique les modalités de prise des médicaments, apprend au patient les techniques d'administration, sensibilise le patient sur les risques d'interaction médicamenteuse et d'effets indésirables, facilite l'organisation de la prise des médicaments.

Il peut également aider le patient à la compréhension de sa maladie et de ses traitements. Pour adhérer au traitement, le patient doit avoir des connaissances sur les médicaments qui lui sont prescrits, leurs rôles, leurs bénéfices et leurs risques. Il a aussi un rôle dans la surveillance de l'observance des patients.

Le pharmacien a donc toute sa place dans la gestion thérapeutique au sein d'une équipe pluridisciplinaire d'éducation thérapeutique du patient.

c) Le pharmacien a une connaissance globale du patient

Le pharmacien a également une vision globale et transversale de tous les médicaments pris par le patient qu'ils soient prescrits ou non. En effet, le Dossier Pharmaceutique (DP)

permet aux pharmaciens d'avoir une vue globale des traitements dispensés quel que soit la pharmacie dans laquelle ils ont été délivrés et d'éviter au quotidien les risques d'interactions médicamenteuses et les redondances de traitement. Par ailleurs, il connaît également son contexte familial et socio-professionnel et a souvent instauré une relation de confiance avec le patient.

d) La formation en ETP

L'éducation thérapeutique du patient est aujourd'hui partie intégrante de la formation initiale et continue des pharmaciens. L'arrêté du 14 janvier 2015 – art. 4 modifiant l'arrêté du 2 août 2010, relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'ETP, préconise que l'acquisition de ces compétences requiert une formation d'une durée minimale de quarante heures d'enseignements théoriques et pratiques pouvant être sanctionnée par un certificat ou un diplôme. Il est ainsi sensibilisé à de nouvelles disciplines comme la psychologie, la pédagogie, en plus des compétences scientifiques et thérapeutiques. Le pharmacien dispose également de diplômes universitaires et de masters d'éducation thérapeutique proposés par des organismes spécialisés dans l'ETP.

Ses différents rôles dans l'éducation thérapeutique du patient peuvent se résumer ainsi :

- Créer un climat favorable à l'ETP
- Analyser avec le patient, sa situation, ses pratiques de santé et convenir de ses besoins en ETP
- S'accorder, avec le patient et son entourage sur les ressources nécessaires pour s'engager dans un projet et construire avec lui un plan d'action
- Se coordonner avec les différents acteurs de la démarche d'ETP pour déployer les activités
- Mettre en œuvre le plan d'action avec le patient et son entourage
- Co-évaluer avec le patient les pratiques et les résultats de la démarche d'ETP.

e) La crédibilité du pharmacien

Le statut socioprofessionnel et le fonctionnement du pharmacien en font un professionnel de santé « à part », en raison de l'enjeu commercial de sa démarche et de l'image de commerçant qui lui est associée.

D'après l'étude Ipsos Santé « les français et leur pharmacien » réalisée en 2008, il en ressort que les français apprécient la proximité et le rôle de conseil des pharmaciens qu'ils voient avant tout comme des professionnels de santé.

2. Les faiblesses du pharmacien dans l'ETP

Légitimement apte à réaliser l'ETP, le pharmacien d'officine rencontre de nombreux obstacles pour le développement de l'ETP au sein de l'officine.

f) Le manque de temps

Le manque de temps est le frein le plus fréquemment évoqué par les officinaux interrogés par l'INPES dans les enquêtes baromètre santé. Les activités du pharmacien au sein de l'officine sont nombreuses. Il peut donc être difficile pour le pharmacien de trouver le temps nécessaire pour se former et s'impliquer dans l'éducation thérapeutique du patient.

g) Le manque de rémunération

Le financement des programmes d'éducation thérapeutique réalisés en ambulatoire est assuré essentiellement par des fonds gérés par l'assurance maladie : le FNPEIS (Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Information Sanitaires), le FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins), auxquels il faut rajouter les financements sur les crédits d'Etat, les financements par les associations de patients et par l'industrie pharmaceutique.

Pour beaucoup, ces financements sont non pérennes ce qui nuit au développement de l'éducation thérapeutique. Une rémunération forfaitaire des activités d'éducation thérapeutique réalisées dans le cadre de programme structuré et pluridisciplinaire est actuellement expérimentée. Le pharmacien peut donc être rémunéré dans le cadre de ces programmes d'éducation thérapeutique.

Historiquement, la rémunération des officines est fondée exclusivement sur la marge commerciale liée à la vente des médicaments et des autres produits de santé.

L'article 39 du PLFSS 2012 (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale) introduit une rémunération de l'acte de dispensation et une rémunération à la performance des actions de santé publique (actions de dépistage ou de prévention, accompagnement de patients atteints de pathologies chroniques...).

Suite à l'adoption du PLFSS 2012, une nouvelle convention pharmaceutique a été signée entre l'assurance maladie et les syndicats officinaux le 4 avril 2012 et est parue au Journal officiel du 6 mai 2012. Elle prévoit notamment une rémunération de l'accompagnement des patients chroniques par le pharmacien. Il s'agit de l'accompagnement des patients sous anticoagulants oraux (AVK) et des patients asthmatiques.

h) La nécessité d'un espace de confidentialité

La mise en œuvre de séances d'éducation thérapeutique du patient à l'officine nécessite un espace de confidentialité dédié, isolé visuellement et phoniquement de l'espace de vente, permettant ainsi de créer un espace de convivialité afin de favoriser le dialogue avec le patient et de différencier l'éducation de la délivrance des médicaments. Les espaces de confidentialité sont de plus en plus présents dans les officines. Cependant, l'enquête des ARS montre que 34% des pharmacies ne dispose pas d'un espace de confidentialité adapté.

i) Le manque de collaborations interprofessionnelles

En ambulatoire, les professionnels de santé exercent le plus souvent de manière isolée. L'implication du pharmacien dans une équipe pluridisciplinaire est une approche nouvelle du mode d'exercice.

D. Les outils à disposition du pharmacien

Dans l'exercice quotidien du pharmacien, de nombreux outils sont à disposition du pharmacien pour développer l'éducation thérapeutique du patient. Il peut s'agir de support d'informations ou d'animations :

- Le DP
- Le plan de prise
- Les dispositifs médicaux de démonstration ou de mesure (matériel de soins)
- Les brochures, affiches, dépliants, tracts, synthèses
- Classeur, vidéo, CD, jeux éducatifs, objet de la vie courante
- Les entretiens confidentiels
- Les programmes d'ETP
- Les associations de patients.

Entre 2006 et 2011, on compte 133 naissances pour 121 décès en moyenne par an. Par ailleurs, la population compte plus de femmes que d'hommes. Cette proportion s'accroît avec l'âge.

La population est relativement âgée, 21% des Marie-galantais sont âgés de 65 ans ou plus. Depuis 1990, la proportion de personnes âgées de moins de 25 ans a diminuée de 48% sur l'île alors que le nombre d'individus âgés de 65 ans ou plus a progressé de 57%.

La commune de Saint-Louis contient la population la plus âgée de Marie-galante.

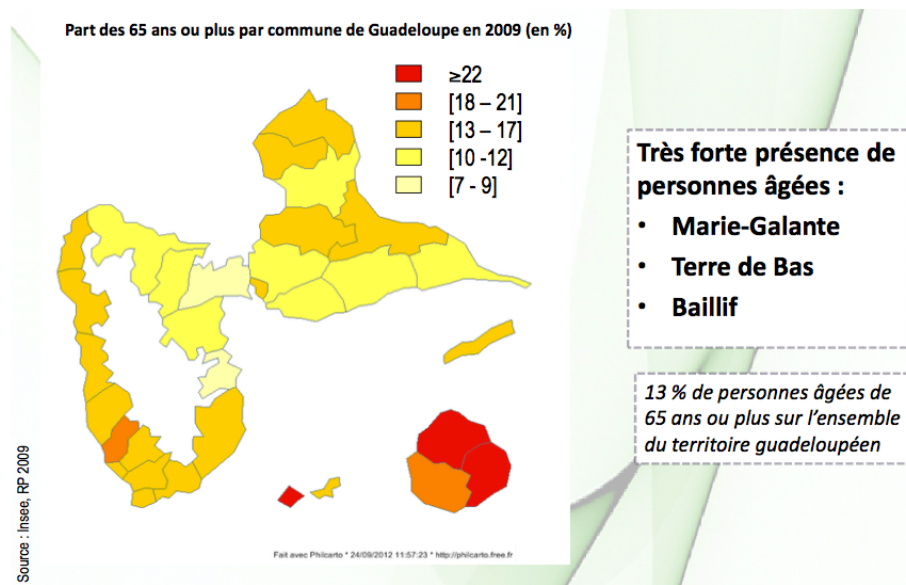


Figure 9. Représentation de la part des 65 ans et plus par commune de Guadeloupe en 2009.¹⁶

2. L'activité économique

Le secteur de l'agriculture, la sylviculture et de la pêche est prépondérant à Marie-galante, il représentait environ 55% en 2011.

3. La population active et les emplois

Depuis 2006, le nombre d'emplois a diminué de 2%. En 2011, 3516 emplois étaient recensés à Marie-galante. Le secteur tertiaire englobe 71% des emplois.

¹⁶ Pitot, Sandrine, et Vanessa Cornely. « LA POPULATION AGEÉE en Guadeloupe », 2009, 22.

Le taux de chômage atteint 27% de la population active sur l'île. Il atteint 54% chez les 15-24 ans, 27% chez les 25-54 ans et 12% chez les 55-64 ans.

4. La couverture sociale

La part de personnes couvertes par le régime général à Marie-galante atteint 78,5% de la population en 2013. Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) de base représente 14,3%, ceux de la CMU complémentaire : 24,5%. On compte également 1% de bénéficiaires de l'aide médicale d'état.

B. La population médicale à Marie-galante

En 2018, les professionnels de santé libéraux exerçant à Marie-galante sont : 9 médecins omnipraticiens dont 1 pédiatre et on dénombre 1 chirurgien-dentiste. En 2013, on comptait environ 39 auxiliaires médicaux ; dont 29 infirmiers, 3 cabinets de masseurs kinésithérapeutes et 1 pédicure-podologue.

Depuis 2014, 20 établissements sanitaires et sociaux sont présents à Marie-galante, concentrés pour la plus grande majorité dans la commune de Grand-bourg :

- 3 établissements hospitaliers :
 - o 1 centre hospitalier avec 47 places
 - o 1 établissement de soins de courte durée avec 40 places
 - o 1 centre de dialyse AUDRA
- 1 centre d'examen de santé ;
- 3 établissements et services pour personnes handicapées ;
- 2 établissements et services pour personnes âgées ;
- 1 antenne de centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie ;
- 1 club de prévention ;
- 1 service de soins infirmiers à domicile.

Tableau 5. Capacité des établissements hospitaliers de Marie-galante selon le type d'hospitalisation et de services en 2012¹⁷

<i>Type d'hospitalisation</i>	<i>Service</i>	<i>Centre hospitalier Sainte-Marie</i>	<i>Polyclinique Saint-Christophe</i>	<i>Ensemble des établissements</i>
<i>Hospitalisation complète (nombre de lits)</i>	Médecine	13	25	38
	Chirurgie	14	0	14
	Obstétrique	10	0	10
	Psychiatrie	0	0	0
	Soins de suite et de réadaptation	10	15	25
	Soins de longue durée	0	0	0
<i>Hospitalisation partielle ou anesthésie et chirurgie ambulatoire (nombre de places)</i>	Médecine	0	0	0
	Chirurgie	0	0	0
	Obstétrique	0	0	0
	Psychiatrie	0	0	0
	Soins de suite et de réadaptation	0	0	0
Hospitalisation à domicile (nombre de places)	Soins de longue durée	0	0	0

¹⁷ Pitot Sandrine « Profil socio-sanitaire des communes de Marie-galante », rapport d'étude ORSAG, 2014, 40.

Tableau 6. Activité des établissements hospitaliers selon type d'hospitalisation et de services en 2012¹⁸

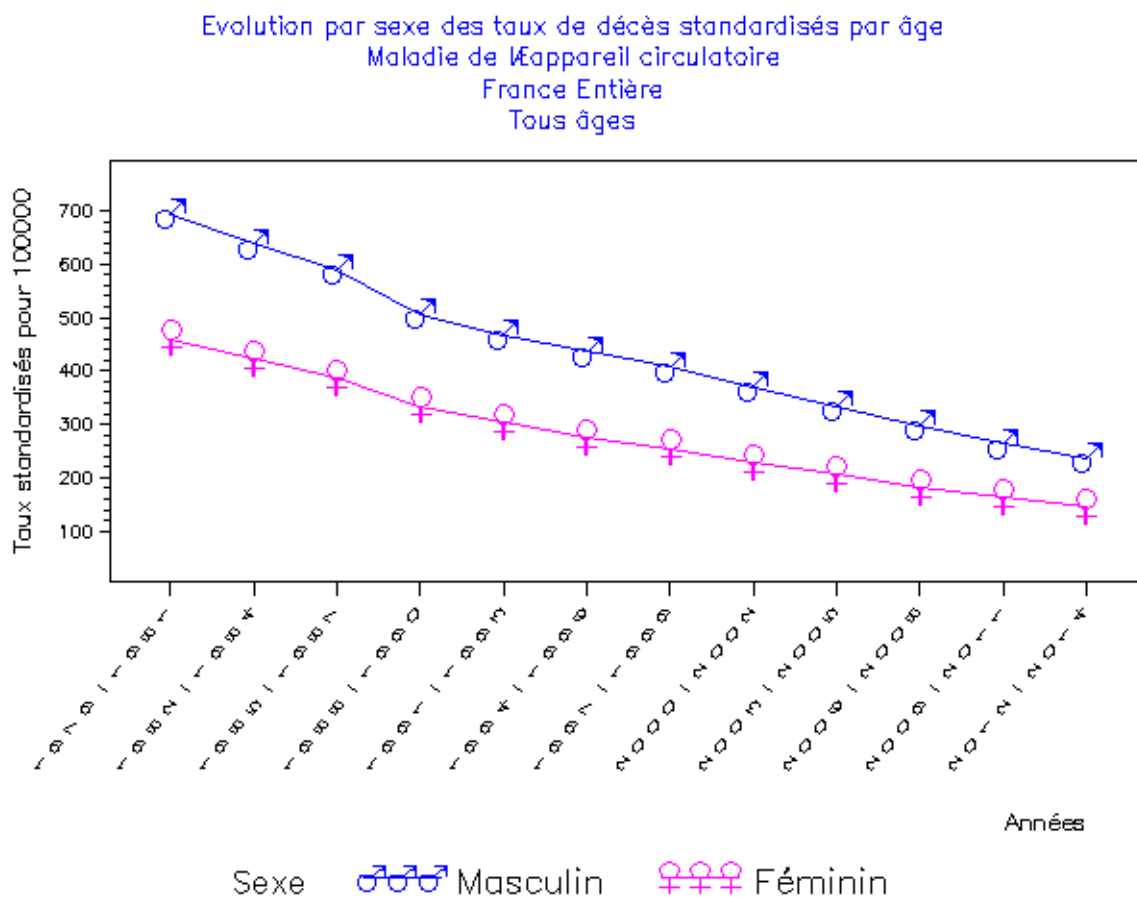
<i>Type d'hospitalisation</i>	<i>Service</i>	<i>Centre hospitalier Sainte-Marie</i>	<i>Polyclinique Saint-Christophe</i>	<i>Ensemble des établissements</i>
Hospitalisation complète (nombre d'entrées totales)	Médecine	537	308	845
	Chirurgie	274	0	274
	Obstétrique	194	0	194
	Psychiatrie	0	0	0
	Soins de suite et de réadaptation	184	395	579
	Soins de longue durée	0	0	0
Hospitalisation partielle ou anesthésie et chirurgie ambulatoire (nombre de venues)	Médecine	0	0	0
	Chirurgie	0	0	0
	Obstétrique	37	0	37
	Psychiatrie	0	0	0
	Soins de suite et de réadaptation	0	0	0
Hospitalisation à domicile (nombre de journées de prise en charge)	Soins de longue durée	0	0	0

¹⁸ Pitot Sandrine « Profil socio-sanitaire des communes de Marie-galante », rapport d'étude ORSAG, 2014, 40.

C. Epidémiologie des affections cardio-vasculaires

1. Le contexte national

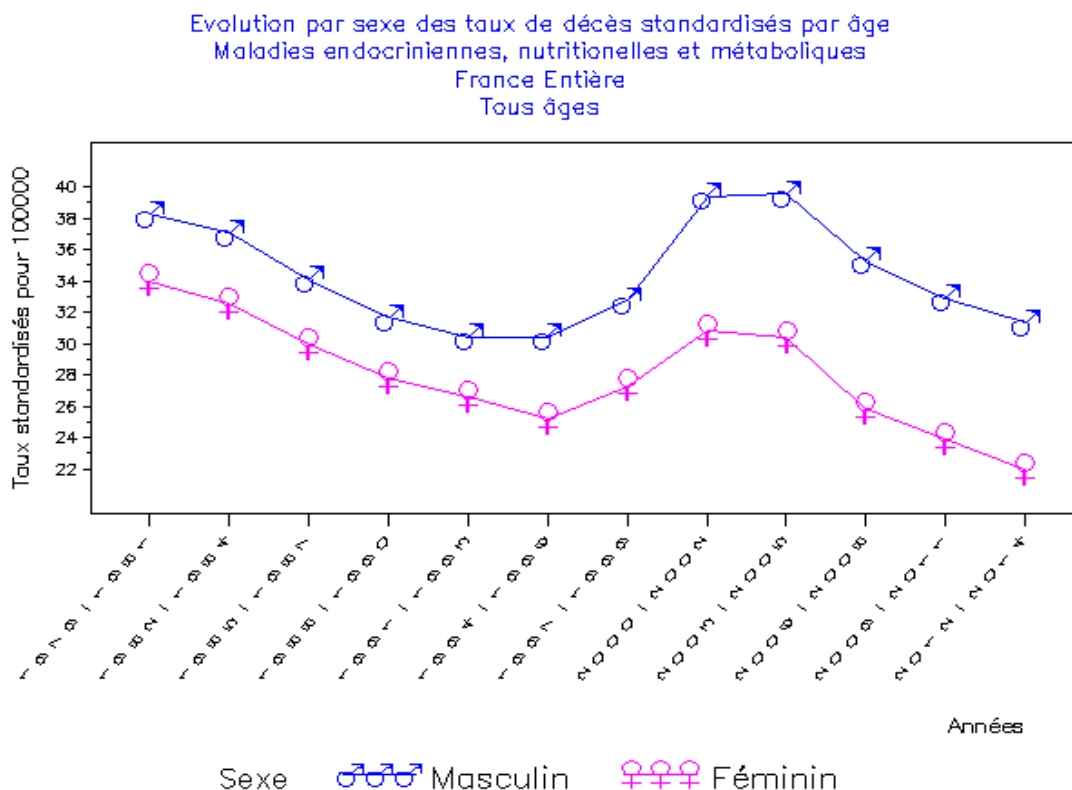
D'après les données recueillies au CépiDC pour l'INSERM, les taux de décès standardisés pour tous âges en France, entre 2012 et 2014, concernant les maladies de l'appareil circulatoire représentent environ :



Source : CépiDC - INSERM

- 140 décès pour 100 000 habitants pour les femmes ;
- 280 décès pour 100 000 habitants pour les hommes.

En ce qui concerne les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques, le taux de décès standardisé s'élève à environ :



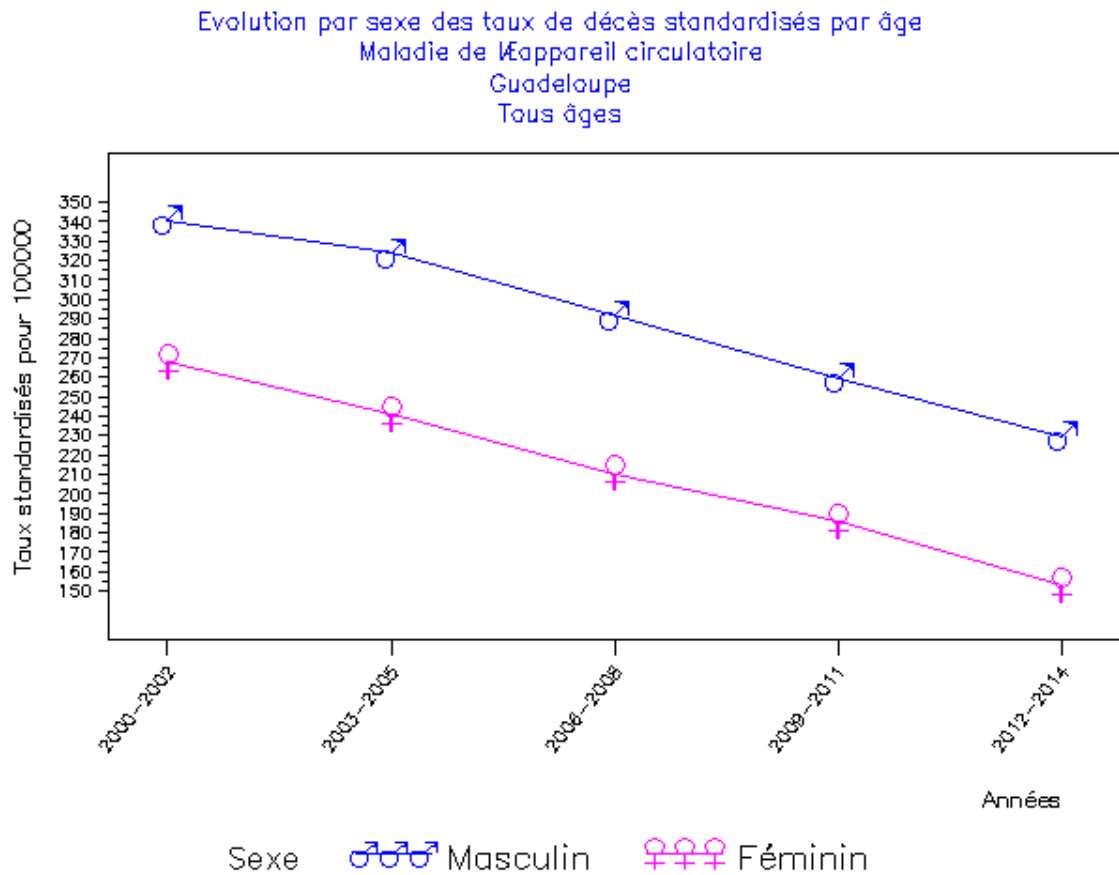
Source : CépiDC - INSERM

- 22 décès pour 100 000 habitants pour les femmes ;
 - 33 décès pour 100 000 habitants pour les hommes pour la même année.
- Il est a noté que les hommes sont plus touchés que les femmes par ces taux.

Les maladies cardiovasculaires constituent en France la première cause de recours aux soins en médecine libérale, d'admission en affection de longue durée et de consommation médicale. C'est la seconde cause de mortalité, la troisième cause de mortalité avant 65 ans ainsi que d'hospitalisation en court séjour, et le quatrième motif médical de mise en invalidité.

2. Le contexte guadeloupéen

A l'échelle guadeloupéenne, les données relatives au taux de décès standardisés par âge, concernant les maladies de l'appareil circulatoire, entre 2012 et 2014, représentent une proportion de :

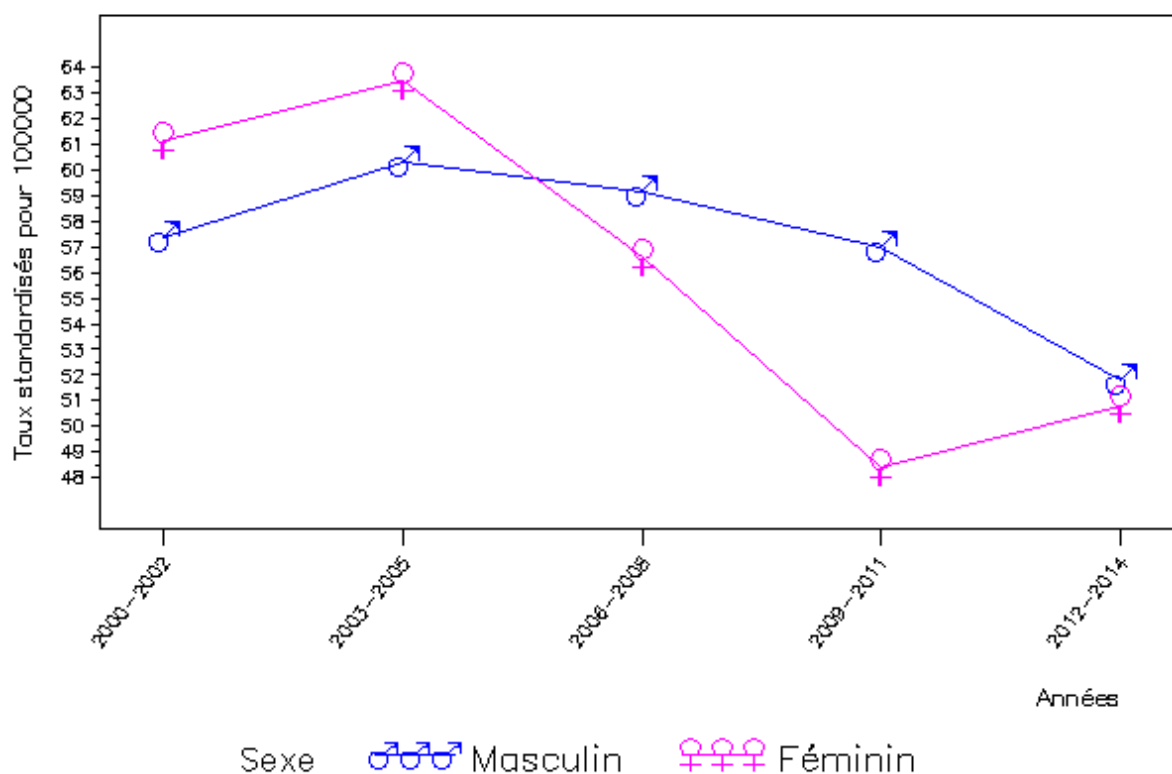


Source : CépiDC - INSERM

- 160 décès pour 100 000 habitants pour la population féminine ;
- 250 décès pour 100 000 habitants pour les hommes.

En ce qui concerne les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques, les taux de décès représentent :

Evolution par sexe des taux de décès standardisés par âge
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
Guadeloupe
Tous âges



Source : CépiDC - INSERM

- 51 décès pour 100 000 habitants pour les femmes ;
- 53 décès pour 100 000 habitants pour les hommes.

La population guadeloupéenne s'élevant à environ 400 000 habitants, ce taux de décès est beaucoup plus élevé que dans la France hexagonale.

Les affections cardiovasculaires sont la 1^{ère} cause de décès en Guadeloupe. Les Guadeloupéens sont plus touchés que les femmes en France hexagonale. Avant 65 ans, la mortalité par affections cardio-vasculaires est plus élevée en Guadeloupe qu'en France hexagonale.

3. La prévalence des facteurs de risques cardiovasculaires en Guadeloupe

D'après les résultats publiés en 2017, concernant l'enquête réalisée auprès de 851 personnes en 2013 par KANNARI, évaluant l'état de santé de population guadeloupéenne en termes de prévention du surpoids, de l'obésité et de certaines maladies d'intérêt (diabète, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, asthme) (34) :

Concernant l'hypercholestérolémie (23) :

- Pour un peu moins de 4 guadeloupéens sur 5, le dernier dosage de la cholestérolémie date de l'année précédant l'enquête.
- Moins de 2 adultes sur 10 déclarent s'être déjà vu signaler une hypercholestérolémie par leur médecin.
- 40% de la population enquêtée ne bénéficie d'aucune stratégie thérapeutique pour leur hypercholestérolémie.
- Les autres facteurs associés sont l'âge (65-74 ans), le sexe (la majorité sont des femmes) et l'hypertension (18%).

Concernant l'hypertension artérielle (24) :

- Près de 4 guadeloupéens sur 10 sont touchés par l'hypertension dont plus d'1 sur 10 n'a pas connaissance de son HTA.
- Il y a une forte proportion d'hypertendus qui suivent un traitement antihypertenseur mais pour plus de la moitié la pression artérielle reste trop élevée.

Concernant le surpoids et l'obésité :

- 6 adultes sur 10 sont en surcharge pondérale. 1 sur 4 sont obèses. Les femmes sont les plus touchées. La surcharge pondérale augmente avec l'âge.

Concernant le diabète (32) :

- Un peu plus d'1 guadeloupéen sur 10 déclare souffrir de diabète.

La prévalence de ces facteurs de risques est prépondérante chez les sujets âgés de plus de 45 ans, les femmes sont plus touchées que les hommes et les personnes n'ayant aucun diplôme ou un niveau inférieur au bac sont davantage touchées. La prévalence de la surcharge pondérale est plus importante chez les diabétiques et les hypertendus par rapport à la population générale.

4. Le contexte Marie-galantais

Les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de mortalité chez les femmes suivies des tumeurs à Marie-galante. C'est l'inverse pour les hommes.

Globalement, 25% des décès sont dus à des tumeurs, puis 20% concernent des causes extérieures de traumatismes et empoisonnements et enfin, 15% des décès sont dus à des maladies de l'appareil circulatoire.

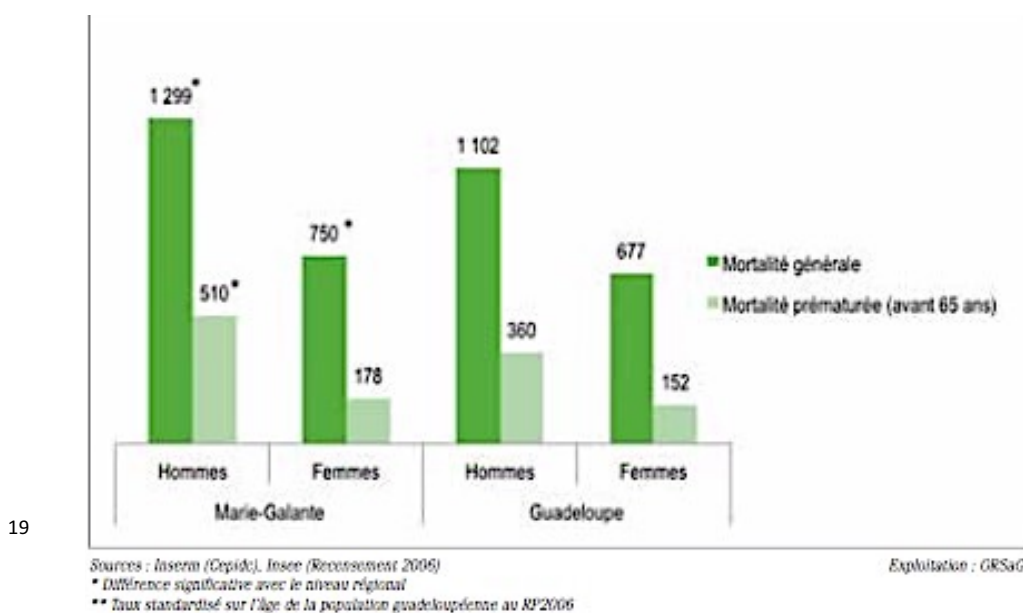


Figure 10. Taux de mortalité standardisé sur la période 2000-2011 (pour 100 000 habitants)

De 2006 à 2012, 165 admissions en ALD en moyenne par an sont survenues avant l'âge de 65 ans, soit 49 % des admissions. Le diabète de type 1 et 2 est la première cause d'admissions en ALD avant 65 ans (27 %), suivie de l'hypertension artérielle sévère (26 %) et des tumeurs (13 %).

¹⁹ Pitot Sandrine « Profil socio-sanitaire des communes de Marie-galante », rapport d'étude ORSAG, 2014, 40.

Tableau 7. Répartition des causes d'admissions en ALD les plus fréquentes sur la période 2006-2012²⁰

	Marie-galante		Guadeloupe	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Hypertension artérielle sévère	21%	30%	22%	29%
Diabète de type 1 et 2	18%	28%	22%	25%
Tumeur	23%	9%	17%	11%
Affections psychiatriques de longue durée	7%	5%	7%	6%
Accident vasculaire cérébral invalidant	6%	4%	5%	3%
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies vasculaires graves, cardiopathies congénitales graves	5%	4%	5%	4%
Maladie d'Alzheimer et autres démences	3%	5%	2%	4%
Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	3%	3%	2%	2%
Autres	14%	12%	17%	16%
Ensemble	100%	100%	100%	100%

D. Etat des lieux en éducation thérapeutique du patient

Selon le rapport de l'INPES (19), concernant l'éducation thérapeutique dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de 2006 à 2011 en Guadeloupe, en ce qui concerne les maladies cardiovasculaires, il s'agissait de s'orienter vers la prévention et la coordination avec l'ETP par la création d'unité d'exploration cardiovasculaire pour le dépistage des patients à hauts risques cardiovasculaire et de développer l'éducation thérapeutique dans les réseaux. En ce qui concerne le diabète, il a été relevé que les patients

²⁰ Pitot Sandrine « Profil socio-sanitaire des communes de Marie-galante », rapport d'étude ORSAG, 2014, 40.

avaient peu d'autonomie vis-à-vis de la maladie ainsi que dans le cadre de la prise en charge d'où une demande importante en éducation thérapeutique.

De part cet état des lieux, il est bien de positionner l'ancrage éventuel de l'éducation thérapeutique sur l'île de Marie-galante.

1. Le service thérapeutique de la Polyclinique Saint-Christophe

C'est un programme d'éducation thérapeutique axé autour des maladies cardiovasculaires. Il est articulé autour d'un pôle diabète créé en octobre 2013. Il accueille 8 patients par semaine, l'équipe est composée d'infirmiers, de diététiciens, médecins... un personnage imaginaire « SIKIDI » représentant une abeille, il fait le lien entre le patient, sa maladie et sa prise en charge. Ce programme est beaucoup axé sur une meilleure connaissance de l'alimentation et pousser à la prise en main de la maladie par le patient (1).

PATHOLOGIE	DIABETE	
PUBLIC CONCERNÉ	Enfants	Non
	Adolescents	Non
	Adultes	Oui - Type 1 et 2
DÉROULEMENT DU PROGRAMME		
LIEUX	Hospitalisation conventionnelle	Oui
	En ambulatoire	Non
	Au domicile, Cabinet, MSP, Assoc...	Non
ATELIERS	Individuels	Oui
	Collectifs	Oui
DURÉE DU PROGRAMME	14 jours	

21

2. Place du pharmacien d'officine dans les ateliers d'éducation thérapeutique

Dans ce service, le pharmacien d'officine ne participe pas aux ateliers puisqu'il s'agit de médecins, d'infirmiers ou de diététiciens qui en assure l'encadrement.

En ce qui concerne l'exercice de la pharmacie à Marie-galante, l'île compte 5 pharmacies d'officine :

- 1 dans la ville de Saint-Louis
- 1 dans la ville de Capesterre
- 3 dans la ville de Grand-bourg.

²¹ Livret de présentation des programmes autorisés en Guadeloupe, Ses dépendances et les îles du Nord, ARS.

Plusieurs conditions sont requises pour mettre en place l'ETP à l'officine, il faut (2) :

- Avoir suivi une formation de niveau 1 en ETP et adhérer à un réseau de santé doté d'un programme ;
- Sensibiliser l'équipe officinale pour orienter les patients éligibles vers le pharmacien en charge des entretiens pharmaceutiques.
- Organiser cette activité dans le temps et dans l'espace ;
- Travailler en collaboration avec d'autres professionnels de santé, donc assister régulièrement aux réunions organisées par le réseau de santé.

II. Etude réalisée auprès de patients à risque cardiovasculaire

A. Présentation de l'objet de l'étude, de la problématique, des questions de recherche et des hypothèses.

Cette étude a porté sur les représentations sociales et culturelles de la maladie et des traitements qu'ont les patients à risque cardiovasculaire, sur l'île de Marie-galante.

Cette étude se base sur six questions de recherche :

- Quels sont les principaux facteurs de risque cardiovasculaires ?
- Comment est perçue la maladie et les traitements ?
- Quel est le niveau d'observance des traitements ?
- Comment est ancrée l'éducation thérapeutique sur l'île ?
- Quelle est la place du pharmacien dans le traitement des patients ?
- Que pense les habitants de l'accès aux soins ?

Afin de répondre à ces questions trois hypothèses nécessitent d'être proposées à l'expérimentation :

- Le fait de sensibiliser les patients aux risques cardiovasculaires permet de diminuer le risque de survenue d'évènements.
- Les ateliers d'éducation thérapeutique permettent d'améliorer la gestion quotidienne du traitement chez les patients.
- Lorsque les pharmaciens d'officine intègrent l'éducation thérapeutique dans leur exercice, les patients peuvent mieux réagir face aux risques liés à leur pathologie.

B. Méthodologie

Afin de recueillir les données permettant de valider ou d'invalider les différentes hypothèses énoncées précédemment, une méthode de recueil a été utilisée : l'enquête ; par le biais d'un questionnaire intitulé « vous et vos médicaments ».

1. Le mode de sélection des participants

La recherche a été menée à la pharmacie du Soleil située à Grand-bourg de Marie-galante. Elle a été conduite avec un échantillon total de 20 patients. Ceci, en partant du fait qu'un pharmacien d'officine dans l'exercice quotidien est amené à être en contact direct avec

les patients, qui plus est, lors de la délivrance des médicaments. Il est donc à même d'interagir avec eux.

Les questionnaires ont été distribués durant les heures où la fréquence des patients était moindre.

L'objectif principal était d'obtenir des réponses concernant les représentations des participants sur les maladies cardiovasculaires et leurs traitements.

Pour ce faire, un questionnaire a été mis en place. Ce dernier fait intervenir les domaines suivant :

- Les facteurs de risques cardiovasculaires
- L'observance médicamenteuse
- L'éducation thérapeutique
- La prévention
- Le pharmacien.

2. L'outil : le questionnaire

Le questionnaire se compose d'onze questions. Parmi ces questions, il y a huit questions fermées et trois questions ouvertes. Le but est d'obtenir un panel de réponses, sans restriction, ni indicateur. Aux questions ouvertes, les patients sont libres de répondre ce qu'ils veulent et aux questions fermées des réponses préétablies leurs sont proposées.

Au regard de ce questionnaire, Pour le pharmacien il s'agira :

- D'identifier les différentes perceptions des patients vis-à-vis des médicaments à Marie-galante.
- D'améliorer sa pratique dans l'accompagnement des patients à risque cardiovasculaire.

Pour le patient :

- D'acquérir des compétences dans la prise en charge de sa maladie.
- De mieux connaître les différents « savoirs, savoirs faire et savoir être » liés à son traitement médicamenteux.

3. Présentation des questions

Il convient de présenter les différentes questions. La question d'introduction et les questions 1 et 2 permettent d'identifier les facteurs de risques et les antécédents cardiovasculaires présents.

La question 3 porte sur la perception que les patients ont de l'origine de la maladie.

La question 4 permet de savoir si le patient est capable de dire quels sont les médicaments qu'il prend au quotidien.

La question 5 permet d'avoir une idée sur l'observance des traitements. Pour collecter les données faisant lien à l'observance, j'ai utilisé le tableau d'évaluation de l'observance de Girerd. X. et al. Il comprend six questions qui exigent des réponses fermées :

Comment évaluer le niveau d'observance de votre patient ?

Votre patient répond par oui ou par non à chacune de ces 6 questions :

- 1) Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ?***
- 2) Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?***
- 3) Vous est-il arrivé de prendre votre traitement en retard par rapport à l'heure habituelle ?***
- 4) Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?***
- 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 ?***
- 6) Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?***

- ***Si votre patient répond non à toutes les questions,
Il est considéré comme un bon observant.***

- ***Si votre patient répond oui une ou deux fois,
Il est considéré comme non observant mineur.***

- ***Si votre patient répond oui trois fois ou plus,
Il est considéré comme non observant.***

La question 6 porte sur la présence d'aidants dans la gestion quotidienne du traitement.

La question 7 porte sur la perception que les patients ont vis-à-vis de leurs médicaments.

La question 8 permet de connaître, dans le cadre de la prévention, le niveau d'activité physique des patients.

La question 9 porte sur l'éducation thérapeutique.

Les questions 10 et 11, sont différentes, elles permettent d'avoir le ressenti du patient vis-à-vis du pharmacien d'officine et de la qualité des soins à Marie-galante.

L'intégralité du questionnaire se trouve en annexe.

4. Les participants

Sur les 20 personnes interrogées, trois personnes n'ont pas accepté de répondre. Cinq patients ont répondu, mais leurs réponses étaient incomplètes, elles ont donc été écartées de l'étude car elles constituaient un biais pour l'interprétation des résultats. Parmi ces cinq patients, un patient qui souffrait d'asthme a été écarté de l'étude car sa pathologie n'était pas en rapport avec la problématique de l'étude.

Les réponses aux questionnaires retenues dans l'étude sont celles des patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaire et des maladies cardiovasculaires.

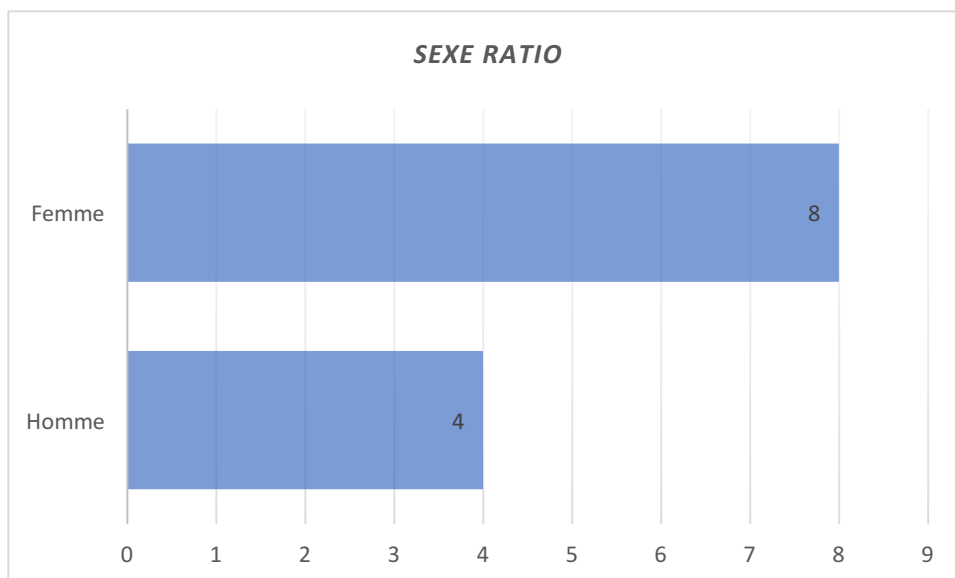
Au final, seul les réponses au questionnaire de 12 patients ont été intégré à l'étude.

C. Analyse des résultats de l'étude

1. Analyse des réponses des questionnaires

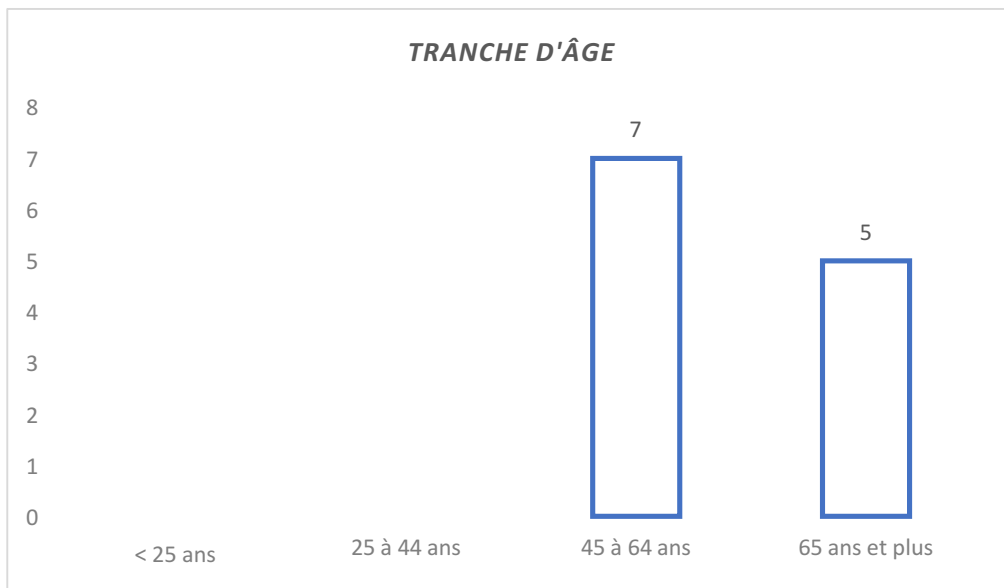
- a) Présentation des données relatives aux facteurs de risque, aux pathologies à risque cardiovasculaire et aux antécédents cardiovasculaires.

Graphique 1. Le sexe ratio des patients interrogés



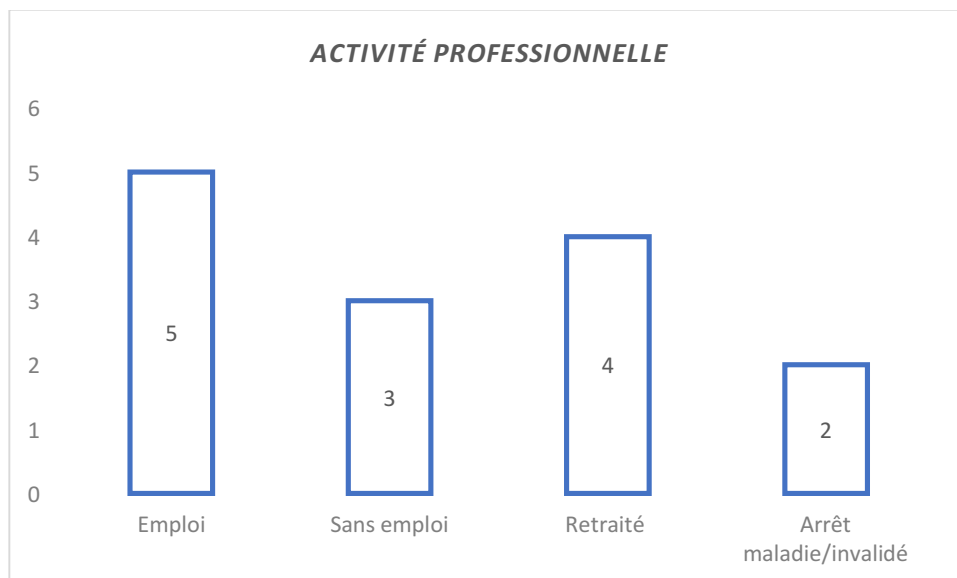
Huit personnes ayant participées à l'étude étaient des femmes, contre quatre hommes.

Graphique 2. La tranche d'âge des patients interrogés



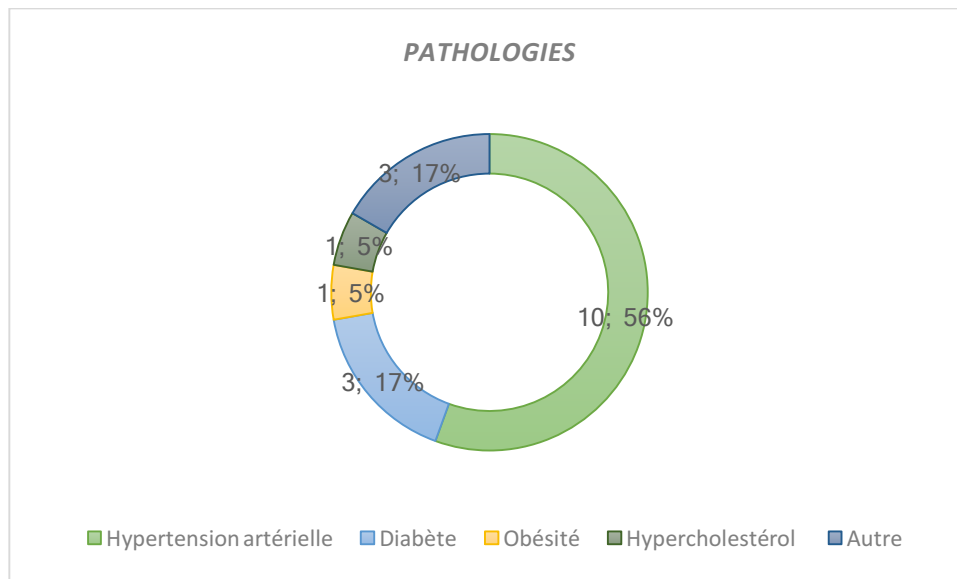
Ce graphique donne une vue d'ensemble de la tranche d'âge des personnes ayant participé à l'étude. Sept participants étaient âgés entre 45 et 64 ans, 5 participants avaient 65 ans et plus.

Graphique 3. L'activité professionnelle des patients interrogés



Ce graphique porte sur l'activité professionnelle des participants. On peut observer que cinq d'entre eux avaient un emploi, trois n'exerçaient aucune activité professionnelle, il y avait quatre retraités et deux des participants étaient en arrêt maladie ou en invalidité (un en activité professionnelle et l'autre sans emploi à la suite d'un arrêt maladie).

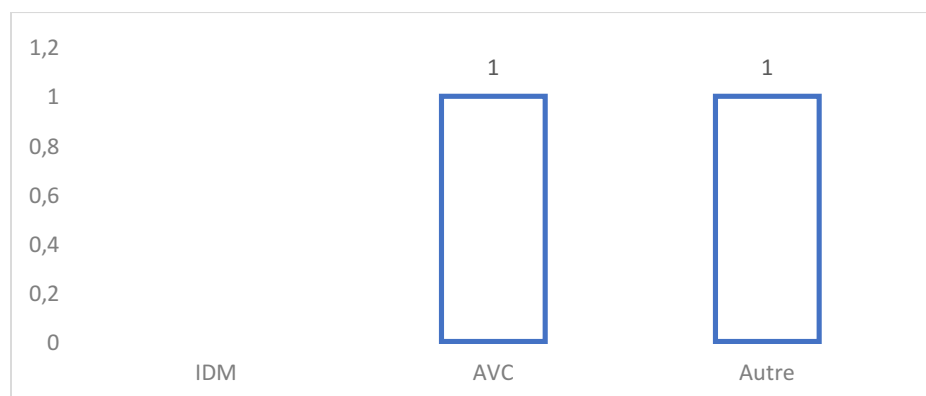
Graphique 4. La présence de pathologies à risque cardiovasculaire



Autres pathologies : Déficit de la protéine S, Epilepsie, insuffisance rénale (dialyse).

Ce graphique montre que 56% des personnes interrogées sont hypertendues, 17% souffrent de diabète, 5% d'obésité et 5% d'hypercholestérolémie. Les 17% restant représentent les autres pathologies associées dont souffrent trois des participants.

Graphique 5. Les antécédents de maladie cardiovasculaire

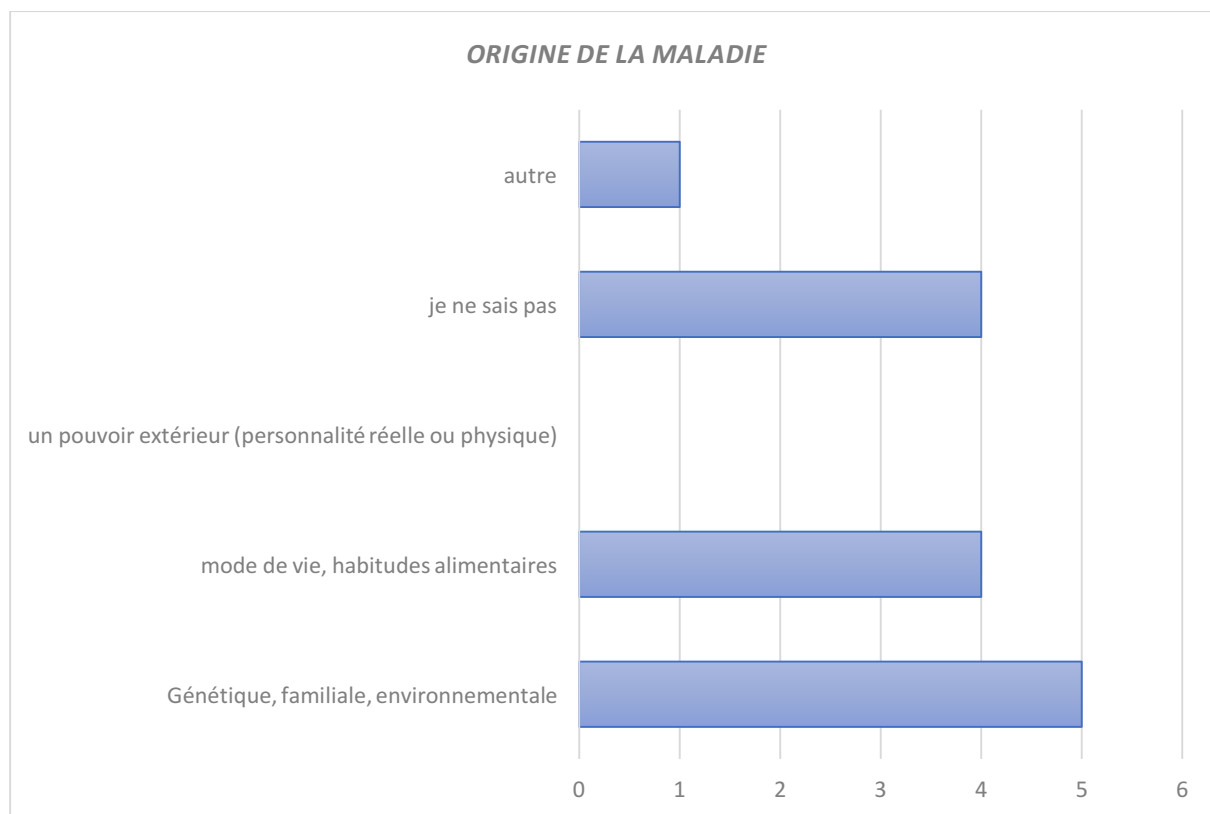


Autre : infarctus mésentérique thrombose veine porte.

Dans l'échantillon interrogé, un patient interrogé a eu un accident vasculaire cérébral. Par ailleurs, la personne atteinte d'un déficit de la protéine S, a un antécédent d'infarctus mésentérique thrombose veine porte.

b) Présentation des données relatives à la perception de l'origine de la maladie

Graphique 6. Origine de la maladie



A cet intitulé, les participants pouvaient cocher plusieurs réponses.

Eu égard aux résultats recueillis, cinq patients disent que l'origine de leur maladie est soit génétique, familiale et/ou environnementale. Tandis que pour quatre d'entre eux, la maladie proviendrait du mode de vie et des habitudes alimentaires. Néanmoins, aucun des patients n'a évoqué un pouvoir extérieur. Par ailleurs, quatre personnes interrogées ne savent pas d'où vient leur maladie.

Parmi les participants, l'un d'entre eux a coché uniquement la case « autre », il s'agit d'un patient hypertendu et diabétique, ce dernier a évoqué le stress comme étant à l'origine de sa maladie.

c) Présentation des différents traitements médicamenteux pouvant être cités par les patients

Pour procéder à l'analyse de la question : quels sont vos médicaments, pourriez-vous les citer ? Il convient de classer les médicaments, tout en ciblant les traitements en lien avec les facteurs de risques cardiovasculaires. Les médicaments récurrents dont la liste est non exhaustive sont :

Les médicaments antihypertenseurs

- Cotareg, amlodipine, valsartan/hydrochlorothiazide, loxen, bipreterax, esidrex, exforge, coveram, wytens, tareg, rasilez, valsartan, bisoprolol, acebutolol.

Les médicaments antidiabétiques

- Lantus, apidra, glucophage, diamicron.

Les médicaments anti-cholestérols

- Atorvastatine.

Les médicaments antiagrégant plaquettaire et anticoagulants

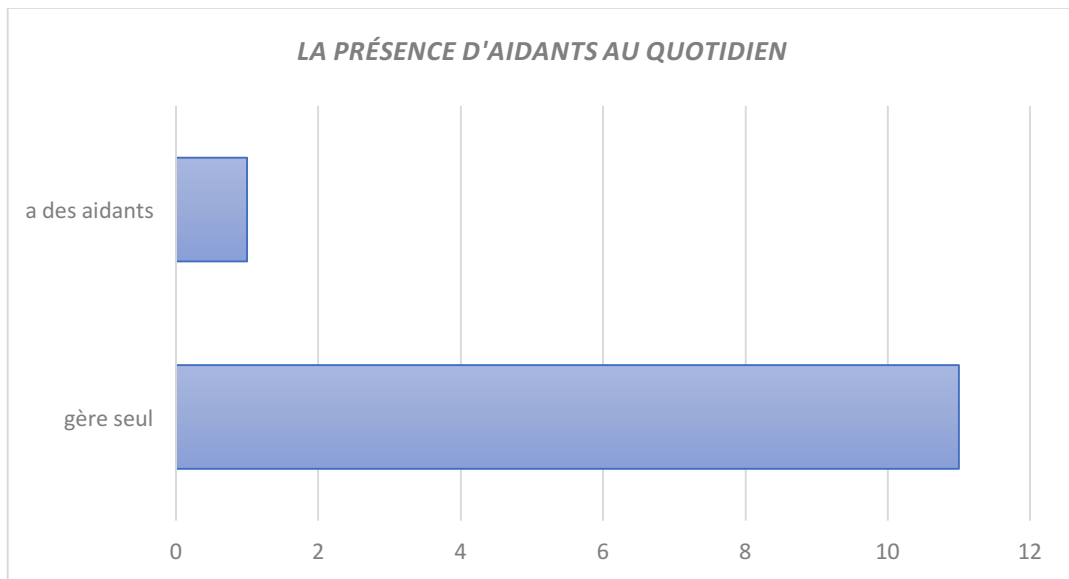
- Kardegic, sintrom.

A cet intitulé, cinq participants n'ont pas su citer leurs médicaments. Parmi eux : un participant a annoté le questionnaire avec la mention « voire ordonnance » tandis que les autres s'aidaient de leur ordonnance ou des boîtes des médicaments.

A l'inverse, sept participants ont su citer leurs médicaments, dont un capable de citer ses médicaments, pouvait préciser les dosages (antihypertenseurs et nombre d'unités à injecter pour l'insuline). Il y avait aussi, un patient hypertendu et diabétique sous traitement antihypertenseur mais qui n'avait « rien pour le diabète pour l'instant ».

d) Présentation des données relatives à la présence d'aidants

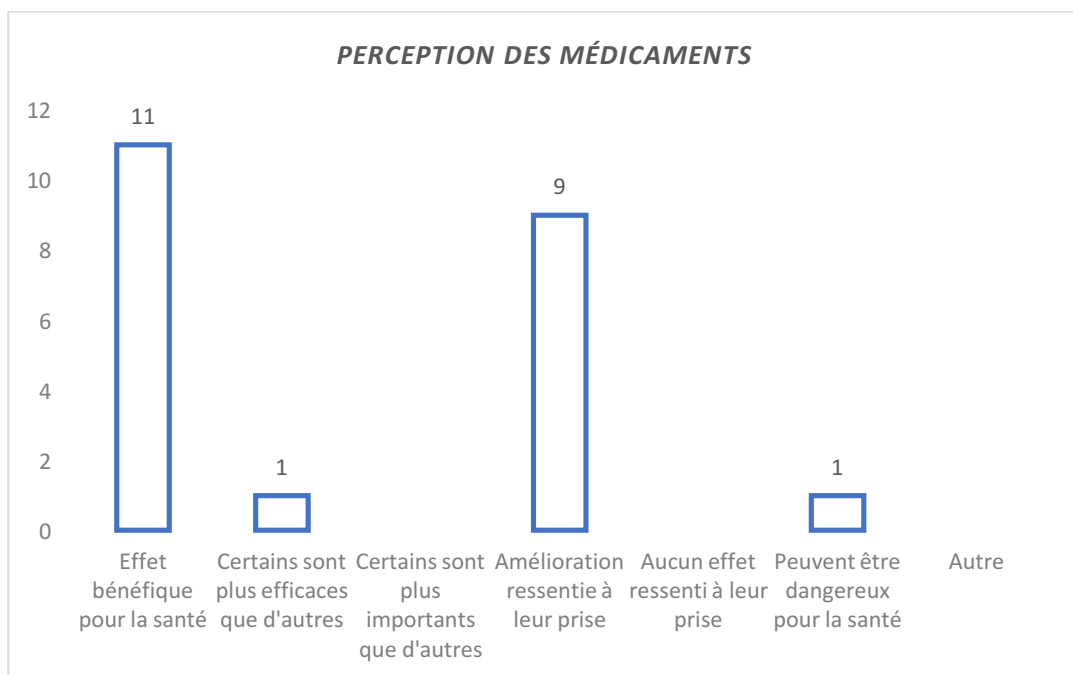
Graphique 8. La présence d'aidants au quotidien



Sur l'échantillon interrogé, un des participants dispose d'aidants dans la gestion de sa maladie. A contrario, les onze restants, gère seul leur traitement.

e) Présentation des données relatives à la perception des médicaments

Graphique 9. La perception des médicaments

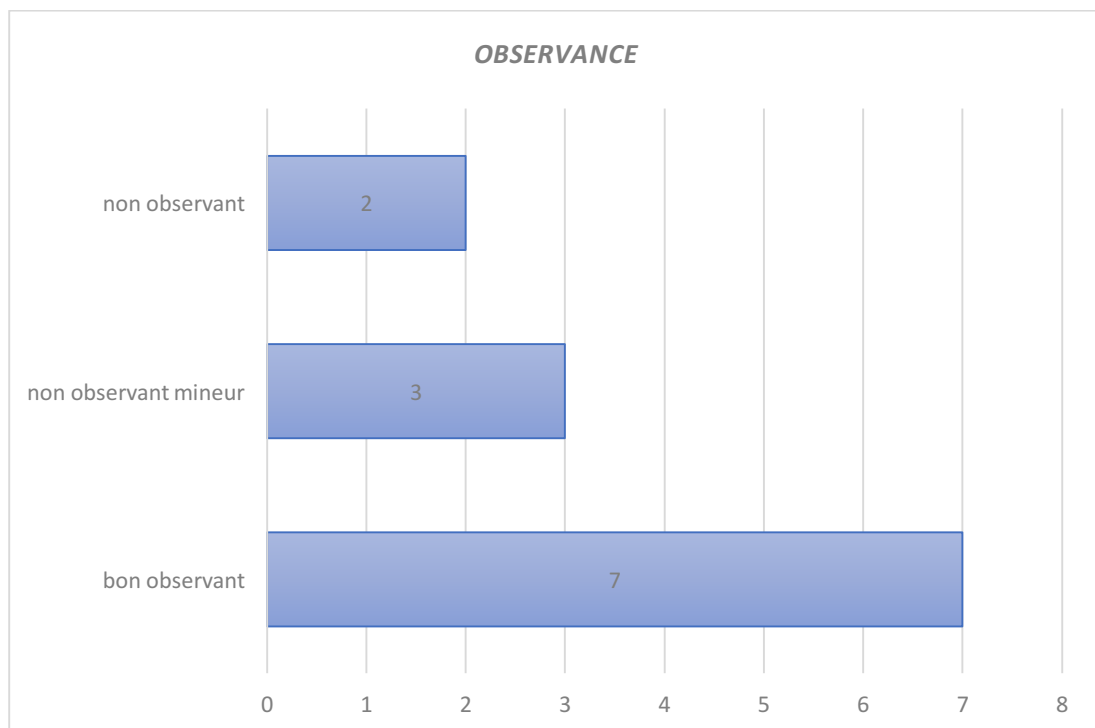


A cet intitulé, les participants pouvaient cocher plusieurs réponses.

11 participants à l'enquête pensent que les médicaments prescrits ont un effet bénéfique pour la santé et, neuf d'entre eux, qu'ils ressentent une amélioration à la prise des médicaments. Néanmoins, un d'entre eux a répondu qu'ils pouvaient être dangereux pour la santé, notamment, selon lui, à cause de la prolongation du traitement. Enfin, une personne pense que certains sont plus efficaces que d'autres en précisant le fait que c'est un traitement à prendre à vie.

f) Présentation des données relatives à l'observance des traitements médicamenteux.

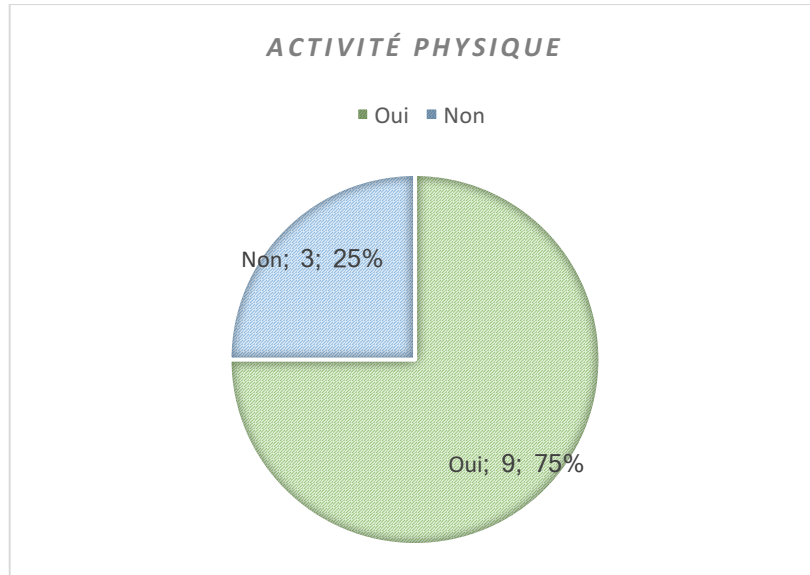
Graphique7. Evaluation du niveau d'observance du traitement médicamenteux



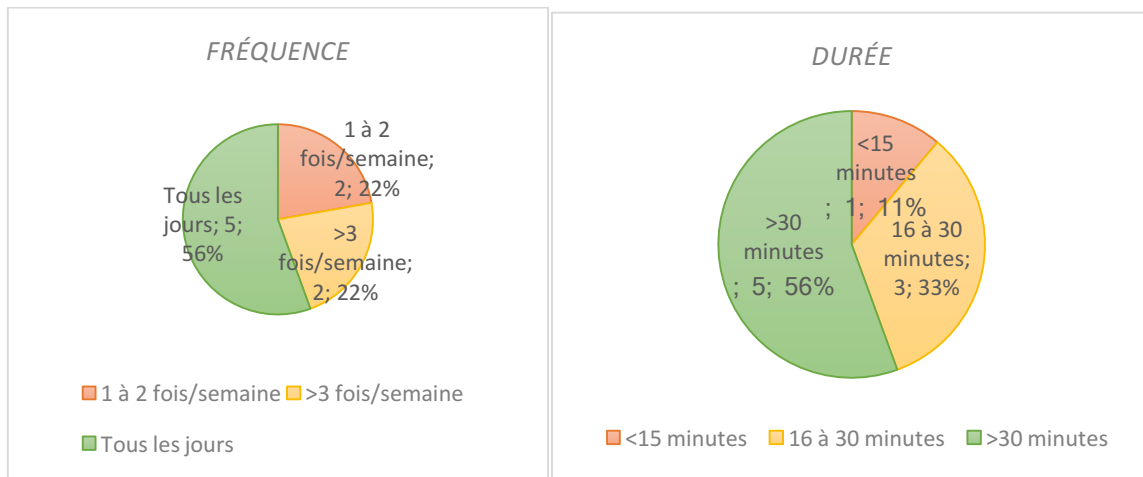
Au vu des résultats, 58% des patients sont bon observant (soit sept participants), 25% sont non observant mineur (soit trois participants) et 17% des patients sont non observant (soit deux participants).

g) Présentation des données relatives à la pratique d'une activité physique et sportive

Graphique 10. L'activité physique



Graphiques 11. La fréquence et la durée de l'activité physique et sportive

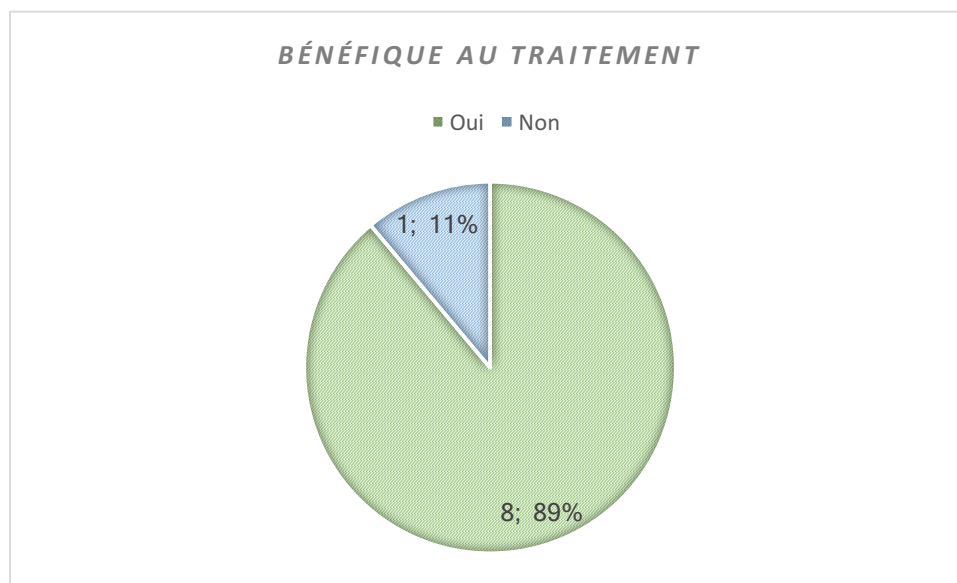


Le graphique 10 montre que 75% des participants pratiquent une activité physique régulière, contre 25% de sédentaires.

D'après le graphique 11, 56% des patients pratiquent une activité physique tous les jours. 22% 1 à 2 fois par semaine et les 22% restants, plus de 3 fois par semaine.

Selon les données recueillies concernant la durée de l'activité physique, 56% des participants pratiquent une activité physique pendant plus de 30 minutes. 33% d'entre eux, y passent entre 16 à 30 minutes et 11%, font moins de 15 minutes.

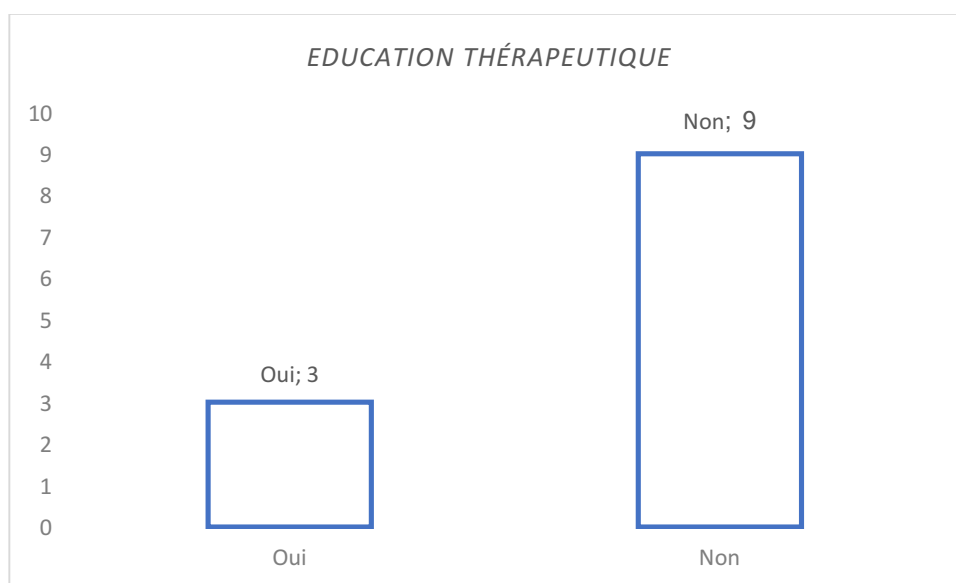
Graphique 12. Les bénéfices de l'activité physique pour le traitement de la maladie



Au vu des résultats, 89% des patients pensent que pratiquer une activité physique et sportive est bénéfique à leur traitement.

h) Présentation des données relatives à l'éducation thérapeutique

Graphique 13. L'éducation thérapeutique



A l'aide de cet intitulé, je voulais savoir si les patients connaissaient l'éducation thérapeutique. Au vu des résultats obtenus, neuf participants n'avaient aucune idée de ce qu'était l'éducation thérapeutique, contre seulement trois participants.

Parmi les trois participants qui connaissaient l'éducation thérapeutique, un seul avait déjà participé à un atelier. Lors de cet atelier, il y avait des médecins, des infirmiers, des nutritionnistes et des diététiciens. Ces ateliers l'ont aidé à bien comprendre sa maladie, son traitement, comment s'alimenter et surtout les conduites à tenir face aux risques.

i) Présentation des données relatives à la place du pharmacien

A la question : pour vous, quelle est la place de votre pharmacien d'officine dans votre santé ?
Voici un aperçu des réponses de l'échantillon :

Importante

- « C'est une personne ressource » ;
 - « Il sert à l'accompagnement de mes traitements » ;
 - « Une aide » ;
 - « Il est très important » ;
 - « Il joue un rôle important, aide quand on est en panne de médicaments ».
- ➔ 3 personnes ont insisté sur le fait que le pharmacien leur ait d'une aide importante dans la prise en charge de leur traitement.

Explications

- « Explication du traitement » ;
 - « Répondre aux questions concernant la santé, bien orienter les patients vers les professionnels de santé » ;
 - « De bonnes explications, des réponses ».
- ➔ 3 personnes ont évoqué le rôle du pharmacien dans l'explication des traitements.

Conseils

- « Bien conseiller dans la prise en charge de sa maladie et l'alimentation » ;
 - « Conseil par rapport à la prise de mes médicaments ».
- ➔ 3 personnes ont souligné le rôle de conseils du pharmacien.

Aucune

- « Aucune ».
- ➔ Il s'agit du ressenti d'un patient qui n'a pas développé son propos.

j) Présentation des données concernant le point de vue de la population sur l'accès aux soins à Marie-Galante

A la question : concernant l'accès aux soins à Marie-galante, que diriez-vous ? Voici un aperçu des réponses de l'échantillon :

L'offre de soins

Neuf participants ont émis des remarques par rapport à l'offre de soins :

- « Les soins chirurgicaux ne sont plus possibles depuis quelques années, c'est ce que je déplore » ;
- « Limitée » ;
- « Le nombre de médecin généraliste est correct, il n'y a pas de spécialiste, un seul dentiste, un seul ophtalmologiste, mieux vaut ne pas avoir de grosse maladie à Marie-galante » ;
- « On n'a pas tous les soins que l'on désire » ;
- « Il manque beaucoup de choses à améliorer, notamment la qualité des soins » ;
- « Il manque des spécialistes, dentistes, cardiologue, dermatologue » ;
- « Il manque beaucoup de choses, on n'est pas très desservis » ;
- « On doit prendre le bateau pour les examens particuliers : doppler, ORL » ;
- « Prise en charge limitée, pas assez d'équipement à l'hôpital ».

Néanmoins, il y a eu des nuances dans les réponses, trois personnes ont répondu :

- « Bien » ;
- « On est bien équipés » ;
- « Bonne » ;

En cas d'urgence vitale

- « Délaissés, laissés pour compte, on a des médecins, pharmacies, un dispensaire mais en primordial l'hôpital (la chirurgie et la maternité sont fermés). Si accident, l'évacuation se fait par hélicoptère, la personne meure sinon. Par exemple, pour un AVC, l'injection doit se faire dans les 4 heures » ;
- « En cas d'urgence, les soins ne sont pas adaptés » ;

Un des participants n'a pas répondu à cet item.

D. Discussion

1. Les principaux résultats

La première question de recherche portait sur les facteurs de risques cardiovasculaires. Concernant les facteurs non modifiables il est à noter que tous les participants étaient âgés de plus de 45 ans. S'agissant des facteurs psychosociaux, sept participants étaient sans activité professionnelle ou retraités. À propos des facteurs modifiables, la majorité des participants souffraient d'hypertension. On retrouve ensuite, le diabète, l'obésité et l'hypercholestérolémie. Parmi les antécédents de maladies cardiovasculaires, un des participants a un antécédent d'accident vasculaire cérébral.

La seconde question de recherche concernait la perception de l'origine de la maladie et des traitements. Il en résulte que, pour la majorité des participants, l'origine de leur maladie provient d'un facteur génétique, familial et environnemental. Ils considèrent également que leur mode de vie et leurs habitudes alimentaires entrent en compte, tout comme le stress.

Pour ce qui est de la perception des médicaments, 11 personnes interrogées pensent que la prise de leur traitement médicamenteux a un effet bénéfique pour leur santé et qu'ils ressentent une amélioration à leur prise. Aux items « certains sont plus efficaces que d'autres », « certains sont plus importants que d'autres » et « ils peuvent être ou sont dangereux pour votre santé », les patients pouvaient répondre librement. Seuls deux participants ont répondu.

La troisième question de recherche concernait l'observance du traitement. Il en résulte que seul deux participants étaient non observant, soit 17%. Ce chiffre est à mettre en corrélation avec les résultats obtenus concernant la perception des médicaments. En outre, 11 personnes, sur les 12 interrogées, géraient leur traitement seul au quotidien. Certains connaissaient les indications de leurs médicaments mais ne pouvaient les nommer. Ils étaient donc dans l'incapacité de retranscrire le nom des médicaments.

La quatrième question de recherche concernait l'éducation thérapeutique. Neuf des participants ne savaient pas ce que c'était. Parmi ceux qui connaissaient la notion d'éducation thérapeutique, une personne avait participé à un atelier d'éducation thérapeutique, encadré par des médecins, infirmiers, nutritionnistes et diététiciens.

La cinquième question concernait la place du pharmacien d'officine dans la prise en charge de la maladie des participants. Pour les participants, le pharmacien a un rôle de conseil et d'aide.

La sixième question de recherche concernait l'offre de soins. Les participants ont mis en avant le manque de médecins spécialistes, la fermeture de services hospitaliers et la difficulté de prise en charge liée à la situation de double insularité.

Selon l'Ordre des pharmaciens, le rôle du pharmacien en termes d'éducation thérapeutique est :

- D'aider à la compréhension de la maladie et des traitements.
- D'aider à la compréhension des examens de biologie médicale.
- D'informer et sensibiliser au bon usage des médicaments.

- D'apprendre à utiliser les médicaments nécessitant une technique d'administration particulière.
- D'aider dans l'apprentissage de l'auto-surveillance de la maladie et des traitements.
- De soutenir et accompagner le patient tout au long de sa prise en charge.

Le questionnaire de l'étude pourrait servir de trame au pharmacien, afin d'établir un diagnostic éducatif du patient. En effet, en le faisant remplir au patient, il lui permettrait d'avoir une idée des questions à aborder avec le patient :

- Qu'est-ce qu'il a ? on fait intervenir la dimension biologique.
- Qu'est-ce qu'il fait ? c'est la dimension socio-professionnelle.
- Qu'est-ce qu'il sait ? c'est la dimension cognitive.
- Qui est-il ? c'est la dimension psychologique.
- Quel est son projet ? c'est la dimension motivation.

Nous allons voir, à partir des réponses apportées par les participants, comment le pharmacien pourrait concrètement développer l'ETP dans la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire modifiables.

1. La perception de l'origine de la maladie

Quatre personnes sur les douze participants à l'étude ont répondu qu'ils ne savaient pas d'où provenait leur maladie. Ils ont tous plus de 65 ans. Trois sont hypertendus et un souffre en plus de l'hypertension, de diabète, d'obésité, d'hypercholestérolémie et d'insuffisance rénale. Néanmoins, ils étaient tous « bon observant », sauf un qui était « non observant mineur ».

Il serait intéressant pour le pharmacien de travailler sur les différents locus externe et interne des patients pour établir quels sont les motivations qui les poussent à prendre leur traitement, même s'ils disent ne pas savoir l'origine de leur maladie. Il devrait donc discuter avec le patient de la représentation qu'il a de sa maladie et parler du vécu des traitements prescrits. Au bout du compte, on aidera les patients à prendre conscience de leur représentation de la maladie et des traitements.

Quatre participants ont évoqué le mode de vie et les habitudes alimentaires comme origine de leur maladie.

Le pharmacien pourrait rappeler au patient les mesures hygiéno-diététiques en les adaptant au patient :

- Encourager une alimentation de type méditerranéen qui diminue fortement le risque cardiovasculaire. En promouvant la consommation de produits locaux :
 - La consommation de poissons frais, 2 ou 3 fois par semaine, dont au moins du poisson gras.
 - Les aliments riches en polyphénols (fruits, légumes...).
 - Les aliments riches en vitamines et en caroténoïdes à « effet antioxydant »
 - Eviter les aliments transformés.

- Réduire les apports en sel.... (Cf. prévention).
- Quelques exemples et avantages de consommer des produits locaux (22) :
 - Fruits et tubercules à sucres lents et indice glycémique bas (IG) :
 - Banane « poyo » : IG 40
 - Igname : IG 37
 - Patates douces : IG 40
 - Malanga : IG 55
 - Fruits locaux riches en antioxydants, exemples :
 - Mangues : 128 mg de vitamines C
 - Cerise pays : 1800 mg de vitamine C.

2. La connaissance des médicaments

Lors du remplissage du questionnaire, certains patients ont rencontré des difficultés à répondre. Si tous savent dire de quelle pathologie ils souffrent certains ne peuvent citer le nom des molécules qui leurs sont prescrites. Ce constat est régulièrement fait au comptoir, en effet, beaucoup de patients fonctionnent au visuel des boîtes des médicaments ou de la couleur des comprimés...

Cette question était pertinente, pour évaluer la connaissance des médicaments, le patient :

- Connaît-il son traitement ?
- Connaît-il le nom des principes actifs ?
- Sait-il à quoi ils servent ?
- Comprend-il l'ordonnance (schéma posologique, modalités de prise) ?

Au vu des résultats, le pharmacien pourrait développer avec le patient les différentes compétences concernant les traitements médicamenteux en s'adaptant à la dimension cognitive du patient, c'est à dire :

- Citer ses médicaments ;
- Donner la posologie, le moment de prise ;
- Décrire les effets indésirables ;
- Reconnaître et gérer une situation d'urgence.

Il doit donc identifier avec le patient les différents objectifs relatifs au traitement et son intégration dans sa vie quotidienne.

Par conséquent, il ne devrait pas juste s'arrêter au fait que certains patients disent qu'ils connaissent leurs médicaments. On remarque que certains d'entre eux ne savent pas citer le nom des médicaments. D'autres ne prennent pas correctement leur traitement.

3. L'observance

Pour les personnes « non observant mineur », une personne l'était car elle avait oublié de prendre son traitement le matin. Pour deux autres personnes, depuis leur dernière consultation ils ont été en panne de médicament. Il est arrivé à une personne de prendre son

traitement avec du retard par rapport à l'heure habituelle. Enfin, un autre participant n'a pas pris son traitement car certains jours sa mémoire lui fait défaut.

La plupart des personnes interrogées étaient « bon observant », ces résultats sont à nuancer. On remarque souvent au comptoir que certains patients ont encore des médicaments chez eux. Certains patients veulent renouveler leur traitement parce qu'ils sont à court de médicaments alors qu'ils auraient dû encore en avoir.

Au niveau de l'observance, le pharmacien peut identifier les causes, de non observance, relatives au patient, à la maladie, au traitement, au médecin, au système de soins... et chercher en collaboration avec les patients, les moyens de l'améliorer (plan de prise, pilulier...) afin de diminuer ou de supprimer les causes de non observance. Par ailleurs, le DP et l'historique du patient sont des outils à disposition du pharmacien pour s'assurer de l'observance du patient.

Le pharmacien devrait tout d'abord faire un rappel sur la maladie au patient, discuter avec lui de la nécessité de son traitement.

Par exemple, pour les personnes qui ont été en panne de médicaments depuis leur dernière consultation, le pharmacien doit leur expliquer comment prévoir les renouvellements d'ordonnances.

S'agissant des personnes qui ont pris leur traitement avec du retard par rapport à l'heure habituelle. Le pharmacien pourrait voir l'incidence du retard (marge thérapeutique). Ceci, afin de prévoir avec le patient comment planifier la prise des médicaments afin d'éviter la réitération, tout en tenant compte du quotidien du patient.

Concernant les personnes dont la mémoire leur fait défaut, il faudrait repérer la fréquence de ces oublis et prévoir avec le patient les conduites à tenir en cas d'oubli.

4. L'activité physique

En termes de prévention des maladies cardiovasculaires, l'activité physique joue un rôle important car elle favorise un meilleur équilibre métabolique dans la correction des facteurs de risque modifiables. D'où l'importance du pharmacien à inciter les patients à pratiquer une activité physique, en tenant compte des spécificités des patients : jardinage, marche, course à pied, vélo, parcours sportifs mis en place dans les communes, associations de randonnées santé de l'île...

5. L'éducation thérapeutique

L'étude avait également pour objectif de savoir si les patients connaissaient la notion d'éducation thérapeutique. Il en résulte que la majorité des patients ne la connaissait pas et n'avait, de ce fait, jamais participé à des ateliers.

Le pharmacien devrait repérer les patients nécessitant l'acquisition de compétences d'auto-soins et les orienter vers les ateliers d'éducation thérapeutique en place. Il pourrait

également développer des entretiens de conseils avec le patient à chaque renouvellement d'ordonnance.

6. La place du pharmacien d'officine dans la santé des patients

Les termes « explications des traitements », « aide », « conseils », « orienter vers les professionnels de santé » sont revenus souvent dans les réponses des participants comme rôle du pharmacien dans leur santé.

Le pharmacien doit donner les effets des traitements, le mode d'action, les posologies, les effets indésirables et les contre-indications éventuelles en partant de ce que sait le patient et par rapport à ce qui lui a été dit au cabinet du médecin. Pour permettre aux patients d'acquiescer des gestes :

- Prendre son traitement ;
- Prévoir les modalités de prise ;
- Surveiller les effets secondaires ;
- Assurer la surveillance clinique et biologique pour évaluer l'efficacité du traitement (rappel d'analyses, automesure...).

Le pharmacien devrait renforcer son rôle d'éducateur auprès des patients qui ne l'associent pas à cette compétence. En effet, l'éducation thérapeutique complète la prise en charge, elle participe à l'observance et a pour objectif d'impliquer le sujet dans la prise en charge et le contrôle de ses désordres.

E. Bilan et perspectives de l'étude

Consciente des limites de ce travail, quelques précisions méritent d'être apportées.

Le choix du comptoir comme lieu de diffusion des questionnaires n'est pas anodin car dans l'exercice quotidien, au moins une ordonnance sur deux concerne une prise en charge médicamenteuse des facteurs de risque cardiovasculaires.

Un faible échantillon a été utilisé pour réaliser cette étude, ce questionnaire étant assez long à remplir, il mobilisait du temps au comptoir. Certains participants ont pris le temps de répondre au questionnaire à leur domicile et l'ont ramené. Il a aussi fallu poser les questions à vive voix à des participants qui étaient dans l'incapacité de remplir le questionnaire par eux-mêmes, en essayant de ne pas influencer les réponses. Il a également été difficile de faire remplir le questionnaire car beaucoup de personnes ont une tierce personne pour récupérer leurs médicaments à la pharmacie.

Par ailleurs, le service infirmier est bien couvert sur l'île. La plupart de la population âgée dispose d'un infirmier à domicile. C'est le cas aussi de beaucoup de personnes qui nécessitent un aidant.

Grâce à cette étude, il a été mis en évidence que le pharmacien d'officine doit davantage développer l'éducation thérapeutique auprès des patients. Les aspects « explication des médicaments », « aide à la prise en charge du traitement » et « observance » s'en dégagent comme axe de travail pour le pharmacien d'officine.

L'étude gagnerait à prendre en compte les résultats auprès des patients, en termes d'acquisition de compétences d'auto-soins liés aux ateliers effectués dans le cadre du projet thérapeutique réalisé à la Polyclinique Saint-Christophe.

Conclusion

Le pharmacien d'officine, professionnel de santé accessible dans le parcours de soin du patient, est un acteur privilégié dans l'accompagnement du patient en ce qui concerne l'adhésion à son traitement. De par son rôle dans la prévention de la santé, il dispose de divers outils pour développer l'éducation thérapeutique.

Dans la prévention des maladies cardiovasculaires, l'éducation thérapeutique vise à améliorer l'état de santé des malades en prévenant les complications et en optimisant la qualité de vie des patients.

Sur l'île de Marie-galante qui est sujette à une offre de soins déficitaire, les patients à risques cardiovasculaires attendent plus particulièrement des explications concernant leur traitement et une aide dans la prise en charge de leur maladie.

Par conséquent, le pharmacien d'officine doit renforcer son rôle d'éducateur en développant une ETP de proximité à l'officine. Ce qui va lui permettre de développer les compétences d'auto-soins et d'adaptation des patients, afin de faire face aux situations d'urgence. Pour se faire, il doit établir avec le patient un diagnostic éducatif par le biais d'entretiens pharmaceutiques. Ce qui nécessite ensuite un suivi des patients, lors de chaque renouvellement d'ordonnance, pour évaluer l'observance, l'efficacité du traitement et l'absence d'effets secondaires. Il faudrait aussi renforcer l'implication du pharmacien d'officine dans les ateliers d'éducation thérapeutique existants. En effet, il est très peu sollicité dans la prise en charge du patient cardiovasculaire. Alors que, dans un contexte insulaire, ses compétences sont nécessaires au sein du réseau de collaboration inter professionnel. La finalité étant d'apporter une aide effective au patient tout au long de son traitement.

En 2017, Afin d'améliorer l'accès aux soins spécialisés et de permettre le développement de la télémédecine sur l'île de Marie-galante, en ce qui concerne les patients en insuffisance cardiaque, l'ARS a mis en place un dispositif de télé-échographie cardiaque à distance.

Bibliographie

1. ARS Guadeloupe. (s.d.). Education thérapeutique du patient en Guadeloupe, *ses dépendances et les îles du Nord*, 40.
2. Atallah, D. A. (2014, Avril). Motiver le patient par une ETP de proximité . Le concours médical.
3. Aubert, D. C. (2016). « Recommandations de prise en charge des dyslipidémies en 2016 en Suisse ». 5. REVUE MÉDICALE SUISSE.
4. Baudrant, M. J. (2008, Décembre). Réflexions sur la place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient. 27, 4. J Pharm Clin.
5. Brunie, V. J.-S. (2017). Le rôle du pharmacien d'officine dans l'éducation thérapeutique du patient. 29, 3. John Libbey Eurotext.
6. Carrère, P., M. Héryn, J. Hélène-Pelage, A. Atallah, J. Inamo, et T. Lang. « P4-29: Cardiovascular risk management in the French Caribbean : better coordination needed ». Annales de Cardiologie et d'Angéiologie, 35es Journées de l'Hypertension Artérielle 9th International Meeting of the French Society of Hypertension, 64, Supplement 1 (décembre 2015): S33.
7. CEMV. (s.d.). Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention. ECNi. Item N°08.219. 10.
8. Chamontin, P. B. (s.d.). « 130 - HYPERTENSION ARTERIELLE DE L'ADULTE : EPIDEMIOLOGIE, ETIOLOGIE, PHYSIOPATHOLOGIE, DIAGNOSTIC, EVOLUTION, PRONOSTIC ET TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE ESSENTIELLE. ». 26.
9. Coutu, M.-f., & D, P. (s.d.). Questionnaire sur la représentation de la maladie. 32. Centre d'Action en Prévention et Réadaptation de l'Incapacité au Travail.
10. Daher, M.-l. (s.d.). Initiation à l'éducation thérapeutique. 54.
11. Dr Sustersic, D. M. (2016). Hypertension artérielle: diététique. Société scientifique de Médecine Générale.
12. Flajolet, A. (s.d.). Rapport Flajolet. Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire. *Annexe 1: LA*

PREVENTION : définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales, 89. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.

13. GSASA. (2011). Définition de la pharmacie clinique. 2.
14. HAS. (2008). Artériopathie chronique oblitérante des membres inférieurs. . 1.
15. HAS. (2009, Mars). Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation: Juin 2007. 4, 39-43.
16. HAS. (2013, Janvier). Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. Recommandation de bonne pratique. 23.
17. HAS. (2016). Fiche mémo. Prise en charge de l'hypertension de l'adulte. 10.
18. Haut conseil de la santé publique. (2009, Novembre). l'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premiers recours. 38.
19. INPES. (2007). L'éducation thérapeutique du patient dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire de 3e génération 2006-2011. 64.
20. Issaurat, O. (s.d.). Psychologie de la santé. 44.
21. Janoly-Dumenil, & Audrey. (2017, Avril). L'entretien pharmaceutique: une action d'ETP? 34.
22. Joseph, H. (2016, Janvier 2). Soyons tous locavores. Ted x Talks.
23. KANNARI. (2017). L'hypercholestérolémie en Guadeloupe en 2013. 20. ORSAG.
24. KANNARI. (2017). L'hypertension artérielle en Guadeloupe en 2013. 24. ORSAG.
25. Lupau, D. F.-M.-S. (2017, Juin). Les entretiens pharmaceutiques dans l'hypertension artérielle à l'officine. 66, 119-122. Société française d'hypertension artérielle.
26. Martin-Latry, K. (2015). *UE éducation thérapeutique*. UFR des sciences pharmaceutiques.
27. Ministère des affaires sociales, d. l. (2015). Arrêté Janvier 2015 ETP. 6. Journal officiel.
28. Mrabet, M. (s.d.). les mesures en épidémiologies. 50.

29. OMS. (1998). Education thérapeutique du patient. 56.
30. OMS. (2007). Prévention des maladies cardiovasculaires. 20.
31. ORSAG. (2014). Profil socio-économique des communes de Marie-Galante. 40.
32. ORSAG. (2015). Données sur le diabète en Guadeloupe. 8.
33. Perrine. (2018, Février). *L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE EN FRANCE : PRÉVALENCE, TRAITEMENT ET CONTRÔLE EN 2015 ET ÉVOLUTIONS DEPUIS 2006*, 10.
34. Pitot, S. (2012). Les affections cardiovasculaires en Guadeloupe. 4. ORSAG.
35. Ponthier, N. (2013). L'éducation thérapeutique du patient: principes, enjeux et finalités. 4. Bulletin infirmier du cancer.
36. Rigalleau, V. J. (2007). « Étiologie et physiopathologie du diabète de type 2 ». EMC - Endocrinologie.
37. Roberfroid, D. (2014, Février). *Prévention primaire des maladies cardiovasculaires par une alimentation de type méditerranéen*, 2. Minerva.
38. Saout, M. C. (2008). POUR UNE POLITIQUE NATIONALE D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT . 165.
39. Scheen, A. J. (s.d.). Non observance thérapeutique: causes, conséquences, solutions. 7. Rev Med Liège.
40. Sirieix, M.-e. (2012, Juin). *Moyens et objectifs de la prévention primaire chez les patients à haut risque cardiovasculaire*, 5. (L. r. praticien, Éd.)
41. Sportouch, D., J. Helene-Pelage, A. Atallah, T. Lang, J. Inamo, et P. Carrere. « P-152: Control of diabetes in poor Guadeloupean population: universal health coverage is still not enough ». *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*, 35es Journées de l'Hypertension Artérielle 9th International Meeting of the French Society of Hypertension, 64, Supplement 1 (décembre 2015).

Listes des sites internet

42. Acadpharm, le dictionnaire de l'académie nationale de pharmacie : <http://dictionnaire.acadpharm.org/w/Acadpharm:Accueil>

43. Cespharm, éducation et prévention pour la santé, article « rôle du pharmacien » publié le 19/10/2018 : www.cespharm.fr
44. Le Manuel MSD, définitions, consulté en septembre 2018: www.msmanuals.com
45. OMS: www.who.int/fr

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire destiné aux patients (11 items)

Vous et Vos médicaments

Vous êtes :

- Homme
- Femme
- Tranche d'âge
 - Moins de 25 ans
 - 25 à 44 ans
 - 45 à 64 ans
 - 65 ans et plus
- Activité professionnelle
 - Emploi
 - Sans emploi
 - Retraité
 - Arrêt maladie / invalidité

1 De quelle(s) pathologie(s) souffrez-vous :

- Hypertension artérielle
- Diabète
- Obésité
- Hypercholestérol
- Autre :

2 Vous avez eu :

- Un infarctus au cœur
- Un accident vasculaire cérébral
- Autre :

3 Quelle est selon vous l'origine de votre maladie ? :

- Génétique, familiale, environnementale
- Mode de vie, habitudes alimentaires
- Un pouvoir extérieur (une personnalité réelle ou symbolique)
- Je ne sais pas
- Autre :

4 Quels sont vos médicaments, pourriez-vous les citer ? :

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

5 Concernant la prise de vos médicaments :

1. Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ?
 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

6 Dans la prise en charge de votre maladie, au quotidien :

- Vous gérez votre traitement seul
- Vous avez des aidants (famille, infirmiers...)

7 Que pensez-vous de vos médicaments ?

- Ils ont un effet bénéfique pour votre santé
- Certains sont plus efficaces que d'autres

Précisez :

- Certains sont plus importants que d'autres

Précisez :

- Vous ressentez une amélioration à leur prise
- Vous ne ressentez aucun effet à leur prise
- Ils peuvent être ou sont dangereux pour votre santé

Autre :

8 Pratiquez-vous une activité physique régulière (marche, loisirs, sports, jardinage...) ?

- Non
- Oui :

1. A quelle fréquence ?

- 1 à 2 fois par semaine
- Plus de 3 fois par semaine
- Tous les jours

i.

2. A quelle durée ?

- < 15 minutes
- 16 à 30 minutes
- > 30 minutes

3. La pratique d'une activité physique vous a-t-elle aidé dans votre traitement ?

- Oui
- Non

9 Connaissez-vous l'éducation thérapeutique ?

- Non
- Oui :

1. Vous avez déjà participé à des ateliers d'éducation thérapeutique :

- Oui
 - i. Parmi les intervenants, il y avait des :
 - Médecins
 - Pharmaciens
 - Infirmiers
 - Nutritionnistes, diététiciens
 - Associations de patients
- Non

2. Si oui, ces ateliers vous ont aidé à bien comprendre votre maladie, votre traitement, l'alimentation et les conduites à tenir :

- Oui
- Non

10 Pour vous, quelle est la place de votre pharmacien d'officine dans votre santé ?

.....

.....

.....

.....

11 Concernant l'accès aux soins à Marie-galante, que diriez-vous ?

.....

.....

.....

.....

ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE D'UN TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Respect du traitement prescrit : où en est votre patient ?

	Oui	Non
Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Girerd X. et al. Évaluation de l'observance par l'interrogatoire au cours du suivi des hypertendus dans des consultations spécialisées - Arch Mal Cœur Vaiss. 2001 Aug ; 94 (8) : 839-42

Comment évaluer le niveau d'observance de votre patient ?

Votre patient répond par oui ou par non à chacune de ces 6 questions.

- **Si votre patient répond non à toutes les questions,**
il est considéré comme un bon observant.
- **Si votre patient répond oui une ou deux fois,**
il est considéré comme non observant mineur.
- **Si votre patient répond oui trois fois ou plus,**
il est considéré comme non observant.

Ce questionnaire est également disponible sur www.ameli.fr
espace Professionnels de santé>Médecins, rubrique Exercer au
quotidien>Prescriptions>La prescription de médicaments.

Serment de Galien

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

D'honorer ceux qui m'ont instruite dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

RESUME en français

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité sur l'île de Marie-galante, l'une des îles de la Guadeloupe. En termes de prévalence, le diabète est la première cause d'admission en ALD avant 65 ans, suivi de l'hypertension artérielle sévère. Cette thèse porte sur le rôle du pharmacien d'officine dans l'éducation thérapeutique des patients présentant un risque de maladie cardiovasculaire. L'éducation thérapeutique du patient intervient à tous les niveaux de la prévention pour assurer une prise en charge personnalisée et optimale du patient. De plus, elle s'inscrit dans les nouvelles missions du pharmacien définies par la loi HPST. Dans ce contexte, une étude a été réalisée sur un échantillon de patients à risque cardiovasculaire, à l'aide d'un questionnaire intitulé « vous et vos médicaments ». Elle porte sur les représentations sociales et culturelles de la maladie et des traitements, afin d'identifier les différents locus impliqués dans la décision du patient à se soigner. L'observance a également été évaluée, ainsi que la place du pharmacien d'officine dans la santé des patients. Au vu des résultats obtenus, il semble que le pharmacien d'officine devrait approfondir les connaissances du patient en matière de traitement médicamenteux afin d'améliorer ses compétences d'auto-soins. En outre, le défi pour le pharmacien d'officine est de renforcer son rôle d'éducateur car il n'est pas perçu comme tel.

TITRE et RESUME en anglais

Prevention of cardiovascular diseases in a context of dual insularity (Marie-Galante Island): the role of the pharmacist in the patient's therapeutic education.

Cardiovascular diseases are the leading cause of death on the island of Marie-Galante, one of the islands of Guadeloupe. In terms of prevalence, diabetes is the leading cause of ALD admission before age 65, followed by severe high blood pressure. This thesis focuses on the role of the pharmacist in the therapeutic education of patients at risk of cardiovascular disease. Therapeutic patient education is provided at all levels of prevention to ensure personalized and optimal patient care. In addition, it is in line with the pharmacist's new missions defined by the HPST law. In this context, a study was conducted with a sample of cardiovascular risk patients using a questionnaire entitled "you and your medications". It focuses on the social and cultural representations of the disease and treatments, in order to identify the different locus involved in the patient's decision to seek treatment. Compliance was also assessed, as well as the place of the pharmacist in patients' health. Based on the results obtained, it appears that the pharmacist should further develop the patient's knowledge of drug treatments in order to increase his or her self-care skills. In addition, the challenge for the pharmacist is to strengthen his role as an educator because he is not perceived as such.

DISCIPLINE

Science du vivant – Sciences pharmaceutiques

MOTS-CLES

Pharmacien, éducation thérapeutique, prévention, observance, maladies cardiovasculaires, diabète, hypertension, marie-galante.

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R : Université de Bordeaux, U.F.R des sciences pharmaceutiques, 146 rue Léo Saignat 33076 BORDEAUX cedex.