



HAL
open science

Amélioration du suivi du patient diabétique et place du pharmacien d'officine : Enquête auprès des structures auvergnates dispensant l'ETP

Marie Malaure

► To cite this version:

Marie Malaure. Amélioration du suivi du patient diabétique et place du pharmacien d'officine : Enquête auprès des structures auvergnates dispensant l'ETP. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03188617

HAL Id: dumas-03188617

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03188617>

Submitted on 2 Apr 2021

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.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE PHARMACIE

Année : 2020

N°

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement
le 26 novembre 2020
par
Marie MALAURE

Amélioration du suivi du patient diabétique et place du pharmacien d'officine : Enquête auprès des structures auvergnates dispensant l'ETP

Directeur de thèse : **Mme Sabrina BEDHOMME**

Jury

Président : **Mme Brigitte VENNAT**

Professeur,
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Membres : **Mme Sabrina BEDHOMME**

Maître de conférences associé,
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Mme Anne GRAND-BOYER

Maître de conférences, Praticien Hospitalier
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Mme Laure PERSIANI

Docteur en Pharmacie,
Pontaumur

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE PHARMACIE

Année : 2020

N°

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement
le 26 novembre 2020
par
Marie MALAURE

Amélioration du suivi du patient diabétique et place du pharmacien d'officine : Enquête auprès des structures auvergnates dispensant l'ETP

Directeur de thèse : **Mme Sabrina BEDHOMME**

Jury

Président : **Mme Brigitte VENNAT**

Professeur,
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Membres : **Mme Sabrina BEDHOMME**

Maître de conférences associé,
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Mme Anne GRAND-BOYER

Maître de conférences, Praticien Hospitalier
UFR Pharmacie de Clermont-Ferrand

Mme Laure PERSIANI

Docteur en Pharmacie,
Pontaumur

REMERCIEMENTS

A ma Directrice de thèse, Mme Sabrina BEDHOMME,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de l'intérêt que vous avez porté à ce sujet. Merci pour le temps que vous avez accordé à l'élaboration de ce travail, pour vos relectures et améliorations pertinentes.

A ma Présidente de thèse, Mme Brigitte VENNAT,

Merci de me faire l'honneur et le plaisir de présider ce jury. Merci également pour la qualité des enseignements que vous avez mis en place au sein de cette faculté, en particulier pour la filière Officine, et pour la bienveillance que vous portez aux étudiants.

A Mme Anne GRAND-BOYER,

Merci grandement d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Merci également de nous enseigner, entre autres, ce lien ville-hôpital si important dans le parcours de soin des patients.

A Mme Laure PERSIANI,

Merci d'avoir accepté de participer à l'obtention de cette thèse. Merci pour ton accueil et ta bonne humeur durant ces mois de stage. Merci de m'avoir accordé ta confiance et de l'autonomie que cela m'a permis d'acquérir. Ta dernière stagiaire te souhaite le meilleur pour la suite de ta carrière.

Aux structures auvergnates d'Education Thérapeutique du Patient,

Merci de m'avoir accordé du temps pour répondre au questionnaire malgré cette période sanitaire si particulière. Merci pour le travail que vous effectuez auprès des patients.

A mes parents,

Merci pour votre soutien, votre amour et tout ce que vous faites pour moi. Merci de m'avoir toujours épaulé dans les bons moments, comme les plus difficiles. Je vous dois tellement et ne vous remercierai jamais assez.

A mes grands-parents,

Merci pour votre soutien, votre amour et la fierté dont vous avez toujours fait preuve.

A ma famille,

Merci pour votre affection.

A mes ami(e)s,

Je ne vous nommerai pas tous, vous vous reconnaitrez. Merci pour votre soutien et tous ces bons moments passés, de la maternelle à aujourd'hui.

A mes anciens collègues,

A Isabelle, Françoise, Marie-Amandine, Johanne, Barbara ainsi que Francis, Jean-Pierre, Marjorie,

Merci de m'avoir permis de faire mes premiers pas en officine de la meilleure des façons.

A Laure, Christine, Jocelyne, Sébastien, Cécile, Anaëlle, Florent,

Merci de m'avoir permis de poursuivre ces enseignements et de travailler dans la bonne humeur.

A Aymeric, Valérie, Anne, Karine, Angèle, Mélanie, Manon, Sandrine, Marie-Pierre,

Merci pour cet accueil chaleureux et la confiance accordée.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	6
LISTE DES ABREVIATIONS	7
INTRODUCTION	9
Partie 1 : Le Diabète	10
1 Définition	10
2 Epidémiologie.....	10
3 Diagnostic	11
4 Les types de diabète	11
4.1 Le diabète de type 1 (DT1).....	11
4.2 Le diabète de type 2 (DT2).....	11
5 Complications et suivi du patient.....	12
5.1 Complications aiguës	12
5.2 Complications chroniques	13
5.3 Suivi du patient.....	15
6 Stratégies thérapeutiques et prise en charge.....	16
6.1 Règles hygiéno-diététiques	16
6.2 Traitements médicamenteux	16
6.2.1 Diabète de type 1.....	16
6.2.2 Diabète de type 2.....	19
6.3 L'éducation thérapeutique du patient (ETP)	23
6.3.1 Définition et législation	23
6.3.2 Intérêt de l'ETP chez les diabétiques.....	25
Partie 2 : Enquête auprès des structures d'ETP de la région Auvergne	28
1 Matériel et méthodes.....	30
2 Biais et limites	31
3 Résultats	31
3.1 Visibilité des programmes existants et moyens de développement.....	32
3.2 Recrutement et effectif des patients	33
3.3 Recrutement et effectif des intervenants	34
3.4 Suivi des patients après les séances.....	35
3.5 Transmission et modes de transmission des bilans aux PS.....	36
3.6 Lien ville-hôpital et ville-ville	37

3.7	Reprises éducatives en ville	39
3.8	Place des pharmaciens d'officine	39
3.9	Place de la télémédecine	41
4	Discussion.....	43
4.1	Visibilité des programmes existants et moyens de développement.....	43
4.2	Recrutement et effectif des patients	45
4.3	Recrutement et effectif des intervenants	46
4.4	Suivi des patients après les séances.....	46
4.5	Transmission et modes de transmission des bilans aux PS.....	47
4.5.1	Transmission des bilans.....	47
4.5.2	Modes de transmission des bilans	49
4.6	Lien ville-hôpital et ville-ville	52
4.6.1	Le lien ville-hôpital	52
4.6.2	Le lien ville-ville.....	54
4.7	Reprises éducatives en ville	56
4.8	Place des pharmaciens d'officine	58
4.8.1	Visibilité des programmes et orientation	58
4.8.2	Collaboration ville-hôpital et ville-ville	58
4.8.3	Reprise éducative à l'officine	60
4.8.4	Exemples d'implication du pharmacien dans d'autres pays.....	62
4.9	Place de la télémédecine	68
	CONCLUSION.....	73
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	75
	ANNEXES.....	87

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX :

Tableau I : Résumé des différences entre DT1 et DT2	12
Tableau II : Récapitulatif des différentes insulines	18
Tableau III : Les ADO non associés	21
Tableau IV : Les ADO associés.....	22
Tableau V : Les antidiabétiques injectables (hors insuline).....	22

FIGURES :

Figure 1 : Les différents modes d'action des ADO	23
Figure 2 : Missions et interactions des intervenants dans le dispositif ASALEE en 2017 ..	57
Figure 3 : Fonctions des intervenants dans un GMF à Laval.....	66
Figure 4 : Résumé des actes de télémédecine	68

LISTE DES ABREVIATIONS

ADO : AntiDiabétiques Oraux

AFRET : Association pour la Formation et la Recherche en Education Thérapeutique

AOD : Anticoagulants Oraux d'action Directe

AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

ARCD : Association Réseau Cantal Diabète

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accidents Vasculaires Cérébraux

AVK : AntiVitamine K

BPCO : BrochoPneumopathie Chronique Obstructive

BPM : Bilan Partagé de Médication

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

CNP : Convention Nationale Pharmaceutique

CNUPL : Conférence Nationale des URPS Pharmaciens Libéraux

COVID : COrona Vlrus Disease

CSP : Code de la Santé Publique

DAWN : Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs

DCCT : Diabetes Control and Complications Trial

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DMP : Dossier Médical Partagé

DPP : DiPeptidyl Peptidase

DSQ : Dossier Santé Québec

DT : Diabète de Type

ECG : ElectroCardioGramme

ENTRED : Echantillon National Témoin REprésentatif des personnes Diabétiques

ETAPES : Expérimentation de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours En Santé

ETP : Education Thérapeutique du Patient

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GLP : Glucagon-Like Peptide

GMF : Groupe de Médecine de Famille

HAS : Haute Autorité de Santé

HbA1c : Hémoglobine glyquée

HDL-c : High Density Lipoprotein - cholesterol

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

HTA : HyperTension Artérielle

IMC : Indice de Masse Corporelle

IPSPL : Infirmier Praticien Spécialisé en soins de Première Ligne

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

Min : Minutes

MSSanté : Messageries Sécurisées de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PS : Professionnels de Santé

SGLT2 : Sodium Glucose cotransporter type 2

URPS : Unions Régionales des Professions de Santé

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

UTEP : Unité Transversale pour l'Education du Patient

INTRODUCTION

La prévalence des maladies chroniques est en constante augmentation et constitue un enjeu majeur de Santé Publique. Le diabète, touchant plus de 3.3 millions de patients en France, ne fait pas exception.

Une prise en charge globale du patient est nécessaire et établie. Au-delà du traitement médicamenteux, le respect des règles hygiéno-diététiques et du suivi médical sont impératifs pour éviter et/ou retarder les complications graves aiguës et chroniques.

L'observance et l'autonomisation du patient sont essentielles pour la réussite de la prise en charge. L'Education Thérapeutique du Patient (ETP) peut aider grandement les diabétiques dans cette démarche. L'efficacité des programmes d'ETP n'est d'ailleurs plus à démontrer.

Ces éléments nous ont amené à nous questionner sur la réelle intégration des patients diabétiques dans les programmes. De plus, les bénéfices de l'ETP s'amenuisant avec le temps, nous nous sommes également interrogés sur le suivi des patients à la sortie de ces programmes.

La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » a permis aux pharmaciens d'officine de participer à l'ETP. Nous nous sommes donc également demandés le rôle qu'ils pouvaient jouer dans ce domaine.

D'une manière générale, nous avons souhaité savoir comment améliorer le suivi des patients diabétiques en ETP.

Pour répondre à ces interrogations, nous avons donc mené une enquête auprès des structures auvergnates dispensant des séances d'ETP aux patients diabétiques de type 1 et 2.

Dans ce travail, une première partie permettra d'effectuer un rappel sur la pathologie diabétique et sa prise en charge ; une deuxième partie exposera les résultats de l'enquête, qui seront ensuite discutés.

Partie 1 : Le Diabète

1 Définition

Le diabète est une maladie chronique qui survient lorsque le pancréas ne produit plus assez d'insuline ou que celle-ci est mal utilisée par l'organisme ou lorsque ces deux anomalies sont associées. L'insuline est une hormone qui permet la régulation de la concentration sanguine de sucre dans le corps, ou glycémie. De ce fait, une personne diabétique va moins bien assimiler le sucre contenu dans l'alimentation, ce qui va provoquer une hausse de ce taux dans le sang, appelée hyperglycémie.

Dans l'alimentation, trois familles d'aliments existent : les glucides (qui sont les plus importants dans l'explication du diabète), les lipides et les protides.

Lorsque nous mangeons, les aliments passent par l'estomac puis par l'intestin où ils rejoignent la circulation sanguine, augmentant alors la glycémie. Le pancréas va détecter cette augmentation et va libérer de l'insuline, produite par les cellules Bêta regroupées en îlots de Langerhans. Cette insuline va permettre au glucose de pénétrer dans les cellules de l'organisme tels que les muscles, le tissu adipeux mais également le foie où il est stocké. Cette pénétration va faire baisser la glycémie.

Une autre hormone joue sur l'équilibre glycémique, il s'agit du glucagon. A l'inverse de l'insuline qui a des propriétés hypoglycémiantes, le glucagon est hyperglycémiant. En effet, il va mobiliser le glucose stocké dans le foie lors d'une baisse de glycémie dans le corps.

Cet équilibre permet de maintenir une glycémie stable. Dans le cas d'une personne diabétique, il est rompu.

2 Epidémiologie

En 2014, dans le monde, le nombre de personnes atteintes de diabète s'élevait à 422 millions.(1) Ce dernier était, en 1980, de 108 millions et l'OMS le planifie à 622 millions pour 2040.(2)

D'après les dernières données de Santé Publique France, datant de 2016, le diabète touche 3,3 millions de personnes en France. Cela représente pratiquement 5% de la population nationale.(3)

Cette prévalence est en constante augmentation en France, comme dans la totalité du globe, ce qui fait du diabète une véritable maladie pandémique.

Parmi ces chiffres, 10% concernent des personnes touchées par le diabète de type 1 et 90% sont des diabétiques de type 2.(4)

3 Diagnostic

Le diagnostic du diabète se fait, en laboratoire, grâce au dosage de la glycémie. Il est avéré lorsque cette dernière est égale ou supérieure à 1.26g/L à jeun, à deux reprises ou égale ou supérieure à 2g/L à n'importe quel moment de la journée. (Une personne non diabétique aura un taux de glycémie compris entre 0.74 et 1.06g/L).(5)

4 Les types de diabète

Il existe plusieurs types de diabète. Les plus courants, le diabète de type 1 et le diabète de type 2, que nous détaillerons dans cette thèse ; et les autres types de diabète : gestationnel, MODY, LADA ou encore les diabètes secondaires à certaines maladies ou à la prise de traitement.(6)

4.1 Le diabète de type 1 (DT1)

Le diabète de type 1 touche généralement les personnes jeunes de moins de 20 ans. Il s'agit ici d'une maladie auto-immune entraînant la destruction des cellules Bêta des îlots de Langerhans, et donc une carence de production en insuline. Ce processus démarre bien avant l'apparition des premiers symptômes puisqu'ils apparaissent lorsque 80 à 90% de ces cellules sont détruites.(7)

4.2 Le diabète de type 2 (DT2)

Le diabète de type 2 va apparaître surtout chez les personnes de plus de 40 ans. Cependant, depuis quelques années, il se développe chez des personnes de plus en plus jeunes, du fait d'un mode de vie de plus en plus sédentaire de la population et de mauvaises habitudes alimentaires.(8) Il résulte de deux anomalies pouvant être coexistantes : soit le pancréas ne fabrique plus assez d'insuline, on parle d'insulinopénie, soit cette insuline ne joue plus son rôle, on parle alors d'insulinorésistance (notamment

vis-à-vis des cellules du foie et des muscles). Il existe plusieurs facteurs favorisant au diabète de type 2, et ceux-ci peuvent s'entrecroiser : l'origine génétique, le surpoids, un niveau d'activité physique insuffisant, une mauvaise alimentation, etc...

Le tableau ci-dessous reprend les différences entre le diabète de type 1 et le diabète de type 2.

	Diabète de type 1	Diabète de type 2
Age de découverte	Avant 20 ans	Après 40 ans
Hérédité	Peu	Elevée
Surpoids/Obésité	Non	Oui
Auto-immunité	Oui	Non
Insulinosécrétion	Aucune (à terme)	+/- (insulinopénie)
Insulinorésistance	Non	Oui
Complications	Oui	Oui

Tableau 1 : Résumé des différences entre DT1 et DT2 (8)

5 Complications et suivi du patient

Quel que soit le type de diabète dont le patient souffre, les complications sont les mêmes.

5.1 Complications aiguës

Elles constituent une urgence métabolique. Elles sont dues à un mauvais équilibre glycémique (hypoglycémies ou hyperglycémies sévères) pouvant aboutir, in fine, à un coma.

- Hypoglycémies

Elles apparaissent le plus souvent, d'un point de vue thérapeutique, à cause de l'insuline, des sulfamides hypoglycémisants ou des glinides. Soit les quantités ingérées ont été trop élevées, soit le patient a eu une activité physique intense inhabituelle ou encore lorsqu'une prise alimentaire a été moindre ou nulle.

- Hyperglycémies

Elles sont provoquées lors d'un défaut ou oubli d'injection de l'insuline ou d'un manque d'observance du traitement. Elles peuvent survenir également lors d'infection, de pathologies sous-jacentes ou de stress.

Les signes d'hyper- et d'hypo-glycémie devraient être connus du patient. Cependant, malgré les enseignements prodigués actuellement, 39% des DT1 déclarent avoir eu au moins une hypoglycémie sévère durant l'année. Ce taux était de 10% pour les DT2.(9) Ces chiffres montrent que cet enseignement doit être poursuivi et intensifié.

Ils nous sont rapportés par l'étude Entred (Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques) 2007-2010. Elle fait suite à la première étude Entred 2001-2003 et est menée sur des patients DT1 ou DT2 résidant en métropole, à la Réunion, en Martinique, Guyane ou Guadeloupe. Elle a pour objectif de recueillir des informations concernant l'état de santé de diabétiques, leur prise en charge, leur coût, leur qualité de vie et leurs besoins. Une troisième édition est actuellement en cours.(10)

5.2 Complications chroniques

Ces complications pourront être majorées en cas de pathologies associées telles que l'hypertension artérielle (HTA) ou l'hypertriglycéridémie.

- Microangiopathiques

Elles vont concerner la rétinopathie, la néphropathie et la neuropathie diabétique.

La rétinopathie diabétique va engendrer une baisse de l'acuité visuelle progressive pouvant aboutir à une cécité. Elle est la première cause de cécité en France chez les moins de 65 ans et la 3^{ème} cause en général.(11)

Concernant la néphropathie diabétique, une protéinurie apparaîtra en premier lieu jusqu'à une insuffisance rénale au stade terminal. Le diabète constitue la première cause d'insuffisance rénale chronique en France.

Pour la neuropathie, elle peut être soit périphérique avec des troubles sensitivomoteurs qui sont prédominants aux membres inférieurs (paresthésies, douleurs, troubles de la sensibilité), soit autonome avec une atteinte des fibres amyéliniques pouvant toucher plusieurs systèmes du corps humain.

- Macroangiopathiques

Elles sont d'ordre cardiovasculaire et cérébrovasculaire et comprennent l'insuffisance coronarienne, l'artérite des membres inférieurs (encore appelée Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs ou AOMI) et les accidents vasculaires cérébraux (AVC).

L'insuffisance cardiaque est cinq fois plus fréquente chez les femmes et deux fois plus fréquente chez les hommes atteints de diabète.(12)

Concernant l'AOMI, la possibilité d'en développer est 7 fois plus importante chez un patient diabétique.(13) D'après l'étude CODIAB, menée en 1998, les maladies vasculaires périphériques ont concerné 19% des patients.(14)

D'après l'étude Entred 2007-2010, les médecins déclaraient que 5% de leurs patients diabétiques de type 2 avaient eu un AVC et 2.1% pour les patients diabétiques de type 1.(9)

Les hypoglycémies peuvent également avoir un impact négatif sur la santé du patient.(15) Une surmortalité des personnes diabétiques par rapport aux non diabétiques était retrouvée (mortalité 1.5 à 2 fois plus élevée (16)) pour les décès liés à une cardiopathie ischémique, à une pathologie cérébrovasculaire ou encore à une insuffisance rénale ou hépatique.(17) L'éducation du patient à ces problématiques sera primordiale afin de réduire au maximum cette surmortalité.

- Autres complications chroniques

- Infections

Le patient diabétique est plus sensible aux infections et celles-ci peuvent déséquilibrer le diabète. Les quatre principales sont retrouvées au niveau cutané, dentaire puis urinaire et génital.(11)

Avec notamment des complications dentaires à types de carie dentaire, gingivite ou parodontie, pouvant aboutir à une perte des dents précoce.

- Pied diabétique

Les lésions au niveau des pieds sont très fréquentes chez les patients diabétiques. Du fait de la neuropathie périphérique et de la mauvaise circulation, elles peuvent aboutir à une amputation. En raison de la complexité de prise en charge, la prévention est une nécessité, une hygiène soignée et un contrôle régulier doivent être réalisés par le patient. La sensibilisation des professionnels de santé (PS) est également requise et des forfaits

annuels de prévention sont pris en charge par l'assurance maladie.(18,19) Les patients doivent donc être avertis, non seulement des risques, mais également des moyens qui leur sont proposés pour y faire face.

Comme le montre l'étude DCCT (Diabetes Control and Complications Trial), la recherche d'une normoglycémie et d'une hémoglobine glyquée contrôlée réduisent les complications à long terme et sont impératives pour le patient, tout comme un suivi approprié chez différents professionnels de santé.(20)

5.3 Suivi du patient

Une visite chez le médecin traitant est recommandée tous les 3 mois. Ajouté à cette visite, un contrôle de l'hémoglobine glyquée (HbA1c). La glycation de l'hématie a lieu durant toute sa vie, soit 90 à 120 jours, et est proportionnelle à la glycémie, ce qui est un excellent marqueur des variations glycémiques sur 3 mois. La valeur cible est de 7% à 7.5% pour les diabétiques de type 1. Concernant les diabétiques de type 2 elle est de 7% au maximum mais une adaptation de ce taux, en fonction de la situation clinique du patient, est préconisée par l'HAS. Cf Annexe 1 : Objectifs cibles de l'hémoglobine glyquée chez les diabétiques de type 2.(21)

Une visite annuelle est préconisée chez les spécialistes suivants : cardiologues, ophtalmologues, podologues et dentistes.(22)

Cependant, d'après l'Entred 2007-2010, seules 39 % des personnes DT2 et 18% des DT1 avaient consulté au moins une fois, durant l'année, un cardiologue ou avaient eu un électrocardiogramme (ECG) en libéral. Pour la visite ophtalmologique, 52% des DT2 l'avaient effectuée et 53% pour les DT1(9). Ces chiffres, s'avérant extrêmement médiocres, montrent que chaque professionnel de santé doit s'impliquer et s'assurer du bon suivi des patients et leur en expliquer l'importance.

6 Stratégies thérapeutiques et prise en charge

6.1 Règles hygiéno-diététiques

Quel que soit le type de diabète, des règles hygiéno-diététiques doivent être mises en place par le patient. Il s'agit même du traitement de première intention dans le diabète de type 2.

Tout d'abord, une alimentation équilibrée est préconisée. Il ne s'agit pas de faire un régime mais de consommer des aliments variés et en bonne quantité.

Ensuite, une activité physique régulière doit être initiée à raison de minimum 30 minutes par jour. Celle-ci doit être adaptée en fonction des possibilités du patient et ne doit pas être confondue avec le sport. En effet, l'activité physique consiste à privilégier la marche ou le vélo à la voiture, prendre les escaliers au lieu de l'ascenseur, jardiner etc...

L'alimentation et l'activité physique ont un impact sur l'hémoglobine glyquée comparable à celui de la plupart des molécules hypoglycémiantes, en plus, elles permettent de réduire les différentes complications, en particulier celles cardiovasculaires.(23)

Enfin, si le patient diabétique est fumeur, un sevrage doit être amorcé. Si ce dernier n'est pas effectué, les complications déjà liées au diabète vont être accrues.

L'accompagnement du patient, dans ces différents changements de vie, est primordial tout au long de leur mise en place mais un suivi est également nécessaire puisque ces règles devront être appliquées à vie.

6.2 Traitements médicamenteux

6.2.1 Diabète de type 1

Le patient diabétique de type 1 sera sous insulinothérapie à vie, elle viendra se substituer à l'insuline qui n'est plus produite par le pancréas. L'objectif du traitement est d'obtenir le meilleur équilibre glycémique (normoglycémie) avec un schéma d'injection sous cutané le plus confortable pour le patient.

Actuellement, les inoculations d'insuline visent à répliquer l'insulinosécrétion physiologique grâce à un schéma « basal-bolus » comportant une insulinosécrétion basale continue sur toute la journée et des pics sécrétoires post prandiaux.

L'injection se fera via différents dispositifs : un stylo à injection, une seringue ou une pompe à insuline.

Différents types d'insuline existent, elles varient en fonction de leur délai et durée d'action. Il existe les insulines humaines comparables à l'hormone humaine ou les analogues qui confèrent des propriétés pharmacocinétiques différentes à l'insuline. Elles sont dites ultra lentes ou ultra rapides, permettent la diminution des épisodes d'hypoglycémie et un meilleur confort pour les patients.(24) Elles sont toutes fabriquées par génie génétique à partir de levures ou de bactéries.

Un récapitulatif des différentes insulines est disponible dans le tableau II ci-dessous.

	Action	DCI	Nom Commercial	Délai d'action	Durée d'action	Moment d'injection		
Insulines humaines	Rapide		ACTRAPID®	15 à 30min	4 à 6h	Au début du repas		
			INSUMAN® Rapide					
			UMULINE® Rapide					
	Intermédiaire NPH		INSULATARD®	1h30	12 à 16h	Hors ou au moment des repas		
			UMULINE® NPH					
	Intermédiaire mélangé (insuline rapide + intermédiaire)		MIXTARD®	15 à 30min	12 à 16h	Au début du repas		
UMULINE® Profil								
Analogues	Lent	Glargine	ABASAGLAR®	2 à 4h	20 à 24h	Indépendante des repas, à heure régulière		
			LANTUS®					
			TOUJEO®					
	Rapide	Détémir	LEVEMIR®	5 à 15min	2 à 4h	Au début du repas		
		Déglutec	TRESIBA®					
		Glulisine	APIDRA®					
	Intermédiaire (mélange d'analogues d'insuline rapide et intermédiaire)	Asparte + Asparte Protamine	NOVOMIX®	15 à 30min	12 à 16h	Au début du repas		
							Lispro + Lispro Protamine	HUMALOG MIX®

Tableau II : Récapitulatif des différentes insulines (25)

6.2.2 Diabète de type 2

Dans le cas du diabète de type 2, le traitement médicamenteux ne sera instauré que lors de l'échec du suivi des règles hygiéno-diététiques seules. En premier lieu, le patient sera sous antidiabétiques oraux (ADO). Il existe différentes classes que nous allons détailler.(11)

- Les insulino-sensibilisateurs

Cette classe médicamenteuse va permettre à l'insuline, présente dans le sang, d'augmenter son efficacité.

- Les biguanides :

Dans cette classe, nous retrouvons la Metformine qui est le traitement médicamenteux de première intention. Il va permettre de diminuer l'insulinorésistance en augmentant la sensibilité à l'insuline au niveau musculaire, en retardant l'absorption intestinale du glucose et en réduisant la production hépatique de glucose. Ce traitement ne provoque donc pas d'hypoglycémie. Les effets indésirables majeurs sont les troubles digestifs, le traitement est à prendre en milieu ou en fin de repas pour avoir une meilleure tolérance. En cas d'examens médicaux avec des produits de contraste, le patient devra arrêter la prise le jour J et ne le reprendre que 48h après en raison du fort risque d'acidose lactique.

- Les insulino-sécréteurs

Comme leur nom l'indique, ces médicaments vont stimuler la sécrétion d'insuline et peuvent donc engendrer des hypoglycémies. Leur efficacité dépend de la capacité du pancréas à libérer l'insuline.

- Les sulfamides hypoglycémifiants

- Les glinides

- Les autres ADO

- Les inhibiteurs de l'alpha-glucosidase

Ils vont ralentir l'absorption digestive des glucides. L'effet indésirable majeur sera essentiellement digestif, la prise du comprimé au début du repas permettra d'atténuer cet effet.

➤ Les incrétines

Ce sont des insulinosécréteurs sans risque d'hypoglycémie puisque la sécrétion a lieu selon l'apport alimentaire. En effet, le système des incrétines va reposer sur une hormone libérée par l'intestin nommée Glucagon-Like Peptide 1 (GLP1). Elle est sécrétée très fortement lors des prises alimentaires et faiblement à jeun. Cette hormone va stimuler la sécrétion d'insuline et également ralentir la vidange gastrique, lors des repas.

- Les agonistes du GLP1

Ces traitements seront tous sous forme injectable.

- Les inhibiteurs des dipeptidyl peptidase-4 (DDP-4)

Ils vont empêcher la dégradation du GLP1.

➤ Les inhibiteurs du SGLT2 (Sodium Glucose cotransporter type 2)

Cette classe médicamenteuse va permettre d'éliminer du glucose via l'urine (entraînant une glycosurie) en réduisant la réabsorption faite par les reins.(26,27) Après plusieurs années d'attente en France, une publication au Journal Officiel datant du 1^{er} avril 2020, permet l'accès et le remboursement d'une molécule parmi les inhibiteurs du SGLT2. Il s'agit de la Dapagliflozine (FORXIGA[®], XIGDUO[®]).(28)

Ces différents traitements sont résumés à l'aide des tableaux ci-dessous.

	Classe médicamenteuse	DCI	Nom commercial	Induisant des hypoglycémies	Moment de prise
Insulino-sensibilisateurs	Biguanides	Metformine	GLUCOPHAGE® STAGID®	Non	Milieu ou fin de repas
Insulino-sécréteurs	Sulfamides hypoglycémifiants	Glibenclamide	DAONIL® HEMI-DAONIL®	Oui	Début de repas (prise uniquement si repas)
		Gliclazide	DIAMICRON®		
		Glimépiride	AMAREL®		
	Glipizide	GLIBENESE® MINIDIAB® OZIDIA®			
Glinides	Répaglinide	NOVONORM®			En cours ou en dehors de repas
Autres	Inhibiteurs de l'alpha-glucosidase	Acarbose	GLUCOR®	Non	Début de repas
	Inhibiteurs des DDP4	Saxagliptine	ONGLYZA®	Non	En cours ou en dehors de repas
		Sitagliptine	JANUVIA® XELEVIA®		
		Vildagliptine	GALVUS®		
	Inhibiteurs du SGLT2	Canagliflozine	INVOKANA®	Non	En cours ou en dehors de repas
		Dapagliflozine	FORXIGA®		
		Empagliflozine	JARDIANCE®		
Ertugliflozine		STEGLATRO®			

Tableau III : Les ADO non associés

Ces ADO peuvent être associés entre eux mais il ne faut pas combiner deux molécules d'une même classe médicamenteuse. Certaines de ces associations sont commercialisées et regroupées dans un seul comprimé, elles sont détaillées dans le tableau suivant.

Classes médicamenteuses	DCI	Nom commercial
Biguanide + Sulfamide hypoglycémiant	Metformine + Glibenclamide	GLUCOVANCE®
Biguanide + Inhibiteur des DDP4	Metformine + Saxagliptine	KOMBOGLYZE®
	Metformine + Sitagliptine	JANUMET® VELMETIA®
	Metformine + Vildagliptine	EUCREAS®
Biguanide + Inhibiteur du SGLT2	Metformine + Canagliflozine	VOKANAMET®
	Metformine + Dapagliflozine	XIGDUO®

Tableau IV : Les ADO associés

Classes médicamenteuses	DCI	Nom commercial	Nombre d'injection
Agoniste du GLP1	Dulaglutide	TRULICITY®	1 fois par semaine
	Exénatide	BYDUREON®	1 fois par semaine
		BYETTA®	2 fois par jour (dans l'heure précédant le repas)
	Liraglutide	VICTOZA®	1 fois par jour
	Sémaglutide	OZEMPIC®	1 fois par semaine
Agoniste du GLP1 + Insuline	Liraglutide + insuline Dégludec	XULTOPHY®	1 fois par jour

Tableau V : Les antidiabétiques injectables (hors insuline)

Un schéma récapitulatif des différentes classes d'ADO, permet de mieux clarifier les différents mécanismes d'action.

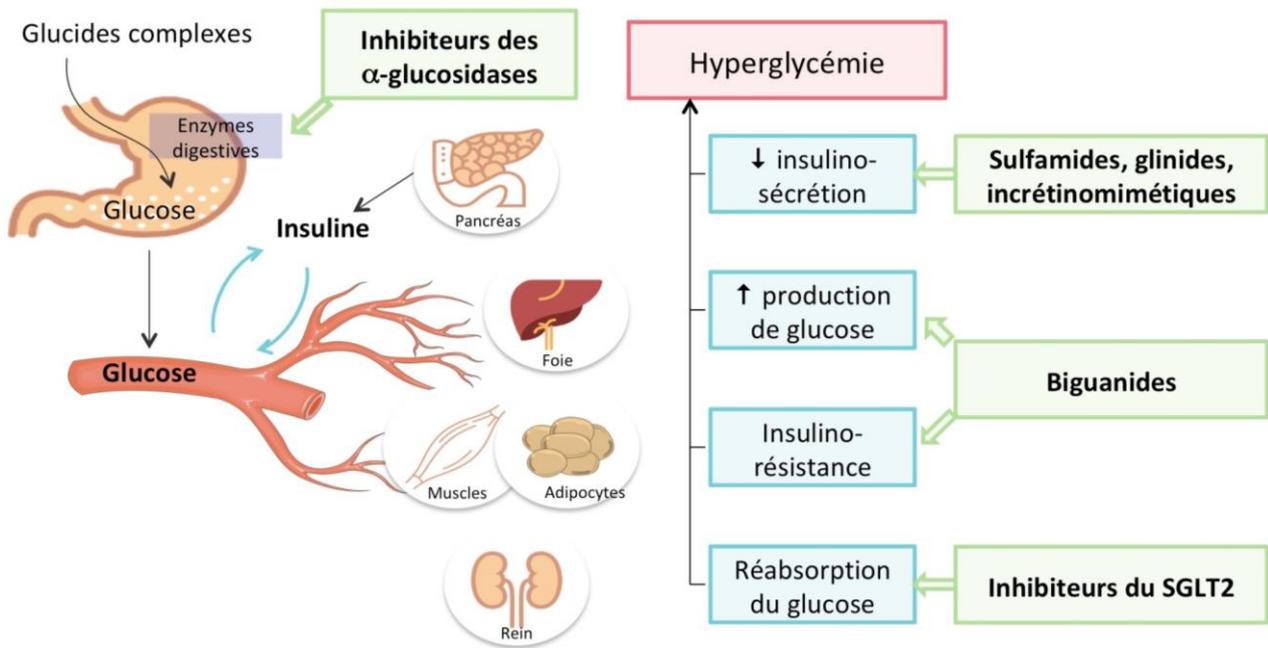


Figure 1 : Les différents modes d'action des ADO (29)

Dans un deuxième temps, lorsque la glycémie n'est plus équilibrée malgré les différentes associations médicamenteuses, une insulinothérapie, comme pour le DT1, doit être envisagée avec le patient.

Les stratégies médicamenteuses pour le diabète de type 2, par l'HAS, sont à retrouver à l'Annexe 2 : Stratégies médicamenteuses du diabète de type 2 par l'HAS.

6.3 L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

6.3.1 Définition et législation

En 1996 (et traduit en français en 1998), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) statuait l'ETP. « [Elle] a pour but de former les patients à l'autogestion, à l'adaptation du traitement à leur propre maladie chronique, et à leur permettre de faire face au suivi quotidien. Elle est essentielle pour une autogestion efficace et pour la qualité des soins des maladies de longue durée, même si les patients souffrant de maladies aiguës ne doivent pas en être exclus. »(30)

Cette définition sera reprise en France, par la HAS, en 2007.(31) Elle résume la prise en charge du patient à l'annonce de son diagnostic à l'aide d'un arbre décisionnel, inséré à Annexe 3 : Prise en charge d'un patient dont la maladie chronique a été diagnostiquée (31) Elle comportera toujours quatre étapes :

- Le diagnostic éducatif : en cernant les besoins et les attentes du patient.
- La négociation d'objectifs : en définissant les compétences à acquérir en accord avec le patient (et en ordre de priorité pour sa santé).
- L'intervention éducative : avec la réalisation d'ateliers individuels ou collectifs.
- L'évaluation des résultats : sur les objectifs mais également sur le déroulement/contenu de l'éducation thérapeutique.

L'éducation thérapeutique est encadrée et valorisée par la loi HPST de 2009. Elle statue également les nouvelles missions confiées aux pharmaciens d'officine, parmi elles :

- « Participent à la coopération entre professionnels de santé.
- Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients.
- Peuvent dans le cadre des coopérations prévues par l'article L.4011-1 du CSP (voir Annexe 5 : Article L4011-1 du CSP) être désignés comme correspondants au sein d'une équipe de soins par le patient.
- Peuvent proposer des conseils ou des prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes. »(32)

L'ETP s'inscrit dans un cadre législatif et réglementaire. Tous les programmes d'ETP doivent faire l'objet d'une déclaration auprès de l'ARS de la région. L'autorisation sera délivrée par le Directeur général pour une durée de quatre ans, renouvelable. Les programmes doivent être autorisés, qu'ils soient en milieu hospitalier, en ville, en réseau ou dans une association, conformément à l'article 84 de la loi du 21 juillet 2009 de la loi HPST.(33) De plus, l'ETP doit être mise en place par minimum deux professionnels de santé formés, de fonction différente, avec la présence obligatoire d'un médecin. Ces ateliers sont référencés, par département, sur le site de l'ARS.

Les structures peuvent s'appuyer sur les Unités Transversales pour l'Education du Patient (UTEP). Ces dernières les aident pour « la structuration et la formalisation de programme

d'ETP, la création ou adaptation d'outils pédagogiques et d'évaluation, la rédaction du dossier de demande ou de renouvellement auprès de l'ARS. Certaines proposent des formations sur différents thèmes autour de l'ETP. ».(34)

L'ETP est en pleine expansion. En France, entre 2010 et 2018, près de 4000 programmes ont été autorisés. Parmi eux, 31% concernaient les patients diabétiques.(35)

L'éducation du patient diabétique vise à atteindre plusieurs objectifs majeurs comme l'observance des traitements médicamenteux et des règles hygiéno-diététiques ou encore la prévention des complications à long terme.

6.3.2 Intérêt de l'ETP chez les diabétiques

- Améliorer l'observance du patient

Il y a parfois des discordances entre la prescription médicale et le suivi qu'en fait le patient, c'est ce que l'on appelle l'observance thérapeutique. D'après l'ARS île de France, 41% des DT2 franciliens sont non observants.(36) « La non-observance des traitements prescrits est d'autant plus fréquente que les patients sont plus âgés, qu'ils sont « polymédicamentés », que le nombre quotidien de prises est plus élevé, que la durée du traitement est plus longue et que la pathologie est peu ou pas symptomatique. »(37) En France, 28% des patients s'injectent moins d'insuline que ce que leur a prescrit leur médecin.(38) Et seulement 39% des DT2 sont considérés comme observants.(39)

Pour beaucoup de patients les causes d'oubli étaient, notamment, l'intolérance ou encore la fréquence des prises.(40) L'étude Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs 2 (DAWN2™) révèle que 64% des DT1 en France s'inquiètent des hypoglycémies pouvant survenir en journée ou la nuit.(41) L'observance concerne les traitements médicamenteux mais également le suivi des règles hygiéno-diététiques. Cette inobservance peut engendrer une inefficacité du traitement et ainsi une intensification thérapeutique inappropriée ou encore une persistance des symptômes accompagnée d'une diminution de la qualité de vie. L'enquête Diabasis révélait qu'au moment du diagnostic, les patients manquaient d'informations. Ils désiraient plus d'explications sur les traitements à 85%, sur les médicaments à 49%, sur la maladie à 43% et sur les RHD à 33%.(42) L'information du patient sur sa maladie est le premier pas pour mettre en place une bonne adhésion thérapeutique. L'autodétermination est à rechercher et sera la forme la plus propice à un changement durable. L'éducation thérapeutique pourra permettre d'apporter une meilleure

compréhension de la maladie, tolérance des traitements et de lutter contre certaines causes d'oubli à l'aide d'outils, de conseils ou encore de mises en situation (injection d'insuline, par exemple).

- Améliorer le suivi du patient

Rappelons que, d'après l'enquête Entred 2007-2010, 61% des DT2 et 82% des DT1 n'avaient pas effectué leur visite annuelle recommandée chez le cardiologue et quasiment la moitié des DT1 et des DT2 n'avaient pas consulté leur ophtalmologue.(9)

Il est essentiel que chaque PS rappelle et s'assure du bon suivi du patient mais l'ETP pourra également permettre d'améliorer ces chiffres. En effet, durant les programmes, les recommandations du suivi pourront être rappelées et son importance pourra être expliqué.

- Améliorer la qualité de vie du patient

En 2018, Diabète LAB mène une enquête sur les besoins et les attentes des patients diabétiques en France.(43) Elle dévoile que ces derniers ne trouvent pas forcément un espace adéquat au travail pour suivre leur traitement, ce qui représente une source de stress. On apprend également que les patients estiment ne pas avoir eu une formation suffisante à l'annonce du diagnostic.

L'étude DAWN2™ montre que les patients sont également en demande d'une meilleure écoute et d'un meilleur suivi psychologique et émotionnel concernant leur pathologie au long cours. Enfin, pour ceux ayant pu y participer, les patients regrettent que les ateliers d'éducation thérapeutique soient orientés uniquement sur la médication.(44,45)

- Aider le patient et ses proches à la compréhension de la pathologie

L'acteur principal de l'ETP sera le patient mais il est important que sa famille ou ses proches soient pris en compte dans son accompagnement. Pour les jeunes patients DT1, l'implication des parents et/ou des proches est impérative, même si un processus d'autonomisation devra s'effectuer à l'adolescence. L'entourage a un rôle primordial également tout au long du restant de la vie du patient, et ce, quel que soit le type de diabète. L'implication des conjoints dans la maladie permet l'amélioration de la prise en charge des patients diabétiques.(46) Cependant, certains d'entre eux déplorent le manque de connaissances sur certains points, ou ils s'avèrent moins informés que les patients diabétiques. Ceci s'explique notamment par le fait qu'ils ne peuvent pas toujours assister aux séances d'éducation thérapeutique.(46,47)

Au vu des interrogations des patients et de leur entourage sur la pathologie, des complications gravissimes, du mauvais suivi des consultations médicales recommandées et de l'inobservance, l'ETP a une place prépondérante dans la stratégie thérapeutique quel que soit le type de diabète. Elle semble donc être une nécessité, doit répondre à plusieurs demandes et doit s'adapter au patient.

Partie 2 : Enquête auprès des structures d'ETP de la région Auvergne

Une enquête menée, en 2012, en région Auvergne auprès de patients DT1 et DT2, portant sur la gestion de la maladie et les difficultés rencontrées, nous révèle que parmi les patients traités par insulinothérapie, 20% ont rencontré des difficultés lors d'une activité physique, d'un changement d'alimentation, une période de jeûne ou lors de déplacements. Concernant ceux traités uniquement par ADO, 48% pensaient qu'ils prenaient trop de médicaments, 40% affirmaient avoir des effets indésirables et 30% avouaient ne pas être totalement observants lorsqu'ils ne se trouvaient pas chez eux.

De plus, l'alimentation et l'activité physique étaient une contrainte pour respectivement 60% et 40% des patients. 25% d'entre eux avouaient même ne pas suivre les RHD.

Certains points sont encore plus alarmants, un tiers des diabétiques interrogés ne connaissaient pas la signification de l'hémoglobine glyquée et 72% ne faisaient pas l'injection d'insuline correctement.

Un cinquième des diabétiques jugeaient ne pas avoir reçu d'explications suffisantes concernant le diabète. Enfin, 75% désiraient en savoir plus sur la pathologie et les structures dispensant des conseils.

Cela montre un intérêt du patient à se former pour devenir acteur dans sa maladie et prouve la nécessité des programmes d'éducation thérapeutique en Auvergne.(48)

Ces résultats nous ont conduit à nous interroger sur la réalité de l'intégration de ces programmes dans le parcours de soin du patient ainsi que sur le suivi des patients à l'issue de leur participation aux programmes.

Pour cela, nous avons souhaité établir un état des lieux des pratiques au sein des programmes d'ETP sur la région Auvergne. Nos principales interrogations portaient sur la visibilité des programmes, le suivi effectué auprès de leurs patients, les liens qu'ils développent avec les PS notamment de ville et de la place qu'ils attribuent aux pharmaciens d'officine dans ce domaine.

Un inventaire des structures auvergnates, dispensant des séances d'ETP chez les diabétiques, a été réalisé, d'après les listes officielles de l'ARS.(49) Après recherches, 10 structures ont été recensées.

- Association pour la Formation et la Recherche en Education Thérapeutique (AFRET) à Issoire
- Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Montpied à Clermont-Ferrand
- Centre Hospitalier Universitaire Estaing à Clermont-Ferrand
- Centre Hospitalier de Thiers (avec le « Point Santé »)
- Cap Santé Allier (anciennement du Réseau Métabolique Allier)
- Centre Hospitalier Jacques Lacarin à Vichy
- Centre Hospitalier de Moulins Yzeure
- Centre Hospitalier de Montluçon
- Association Réseau Cantal Diabète (ARCD)
- Centre Hospitalier du Puy en Velay

Le Centre Hospitalier Paul Ardier à Issoire, ne dispensant que des ateliers d'ETP sur le diabète gestationnel, n'a pas été inclus dans l'enquête.

Précisons que d'autres dispositifs éducatifs existent en Auvergne mais ne font pas l'objet d'un recensement au niveau de l'ARS car il ne s'agit pas d'ETP à proprement parler. Parmi eux, en ville, nous pouvons citer l'Association AFD 63-03. Cette association propose des ateliers à Clermont Ferrand, Thiers ou Issoire.(50)

Le programme de septembre 2019 à juin 2020 a abordé les thèmes suivants :

- Les réunions de groupes d'échanges et dialogues entre patients diabétiques
- Les ateliers/débats nutrition « Mon alimentation adaptée au diabète »
- Les ateliers lecture des étiquettes
- Les ateliers cours de cuisine
- Les ateliers activité physique
- Conférence de posologie

A l'hôpital, la Clinique Médicale Cardio-Pneumologie à Durtol dispose d'une validation par l'ARS pour dispenser des ateliers d'ETP sur les maladies cardiovasculaires. Elle met cependant en place un accompagnement éducatif pour les patients présentant un diabète associé.

1 Matériel et méthodes

Nous souhaitions interviewer une personne clé pour chacune de ces structures. Après contact avec eux, il a été plus facile d'un point de vue organisationnel, qu'aucun statut particulier ne soit retenu pour répondre au questionnaire. Nous avons réussi à obtenir 8 entretiens.

Il s'agit d'entretiens semi-dirigés destinés à recueillir des données qualitatives. Nous avons donc favorisé les questions ouvertes afin que les PS puissent s'exprimer librement. Ces derniers ont été questionnés selon un protocole établi et nous avons adopté une posture d'écoute, en évitant d'influencer les réponses. Ce questionnaire est disponible à l'annexe 7 et aborde les points suivants :

- La visibilité des programmes d'ETP existants
- Le recrutement des patients
- Le recrutement des intervenants
- Le suivi des patients après les séances
- La transmission des bilans aux PS
- Le lien ville-hôpital
- Les reprises éducatives en ville
- La place des pharmaciens d'officine

A l'issue de l'entretien semi-dirigé, la conversation a continué avec plusieurs des interlocuteurs sur la thématique de la télémédecine, alors d'actualité en raison de la pandémie de la COVID-19. Il nous a semblé intéressant d'analyser également ces verbatims, même si cela n'était pas prévu initialement.

Au début de la rédaction de cette thèse, il était prévu que les entretiens se déroulent tous en face-à-face. Cependant, à cause de la COVID-19, certains entretiens ont dû être menés par téléphone ou visioconférence.

Chaque entretien a été enregistré, après consentement oral de l'interlocuteur. Par la suite, il a été retranscrit à l'identique, par écrit, en essayant le plus possible de faire transparaître le non verbal (rires, pauses, réflexions...).

2 Biais et limites

Avant d'analyser les résultats de cette étude, il est important d'énoncer qu'elle contient plusieurs biais possibles.

- Biais des interrogés

Le fait que tous les interviewés n'aient pas le même statut peut engendrer des biais dans les réponses. On peut facilement déduire qu'elles auraient pu être différentes en fonction du corps de métier.

- Biais de l'intervieweur

Malgré le guide d'entretien réalisé, les questions n'ont pas pu être toujours posées de la même façon. Le déroulé de l'interview devant être adapté en fonction des réponses de chacun.

- Biais d'environnement

Les questionnaires n'ont pas été posés de la même manière. Nous pouvons imaginer qu'un entretien en face-à-face permet une meilleure relation de confiance, et donc une meilleure expression de l'interlocuteur.

3 Résultats

Les résultats sont présentés de manière anonyme, seul le statut de la personne interrogée est présent, selon la forme suivante :

- Q1 : médecin coordinateur
- Q2 : sage-femme coordinateur
- Q3 : infirmier coordinateur
- Q4 : infirmier cadre de santé
- Q5 : infirmier puériculteur
- Q6 : infirmier d'éducation
- Q7 : endocrinologue
- Q8 : infirmier cadre de santé

3.1 Visibilité des programmes existants et moyens de développement

Toutes les personnes interrogées s'accordent pour dire que les programmes existants ne sont pas assez visibles et connus des patients. Q2 : « Je pense que pour les patients c'est pas clair ce qui existe sur le territoire... » et Q4 : « Je trouve que quand on voit le nombre de patients inclus dans un programme, comparé au nombre de patients porteurs de la maladie, bien sûr que non... ça manque d'information. »

Concernant les moyens de communication pour promouvoir les programmes d'ETP, plusieurs ont été cités. Tout d'abord les vecteurs pourraient être les professionnels de santé mais « c'est très dépendant du niveau d'information des professionnels et également de l'intérêt des professionnels à l'éducation thérapeutique. » d'après Q4. La moitié d'entre eux, nous disent que le recrutement se fait beaucoup en interne dans les structures. « C'est principalement nous qui faisons connaître notre propre programme » nous rapporte Q2. Q6 nous apprend qu'ils font la promotion de leur programme sur une journée entière, une fois par an. En ce qui concerne la pédiatrie, la question est un peu biaisée puisque la découverte d'un DT1 se fera toujours en urgence à l'hôpital et de ce fait, le patient pourra bénéficier de l'ETP présente dans le service.

Les hôpitaux, cliniques et spécialistes de ville ne semblent pas vraiment relayer l'information et envoyer les patients pour de l'ETP dans les structures de ville.

Les médecins généralistes sont le plus souvent cités pour faire découvrir les programmes. Certains ont déposé des affiches dans leur cabinet et mettent à disposition ou distribuent des flyers aux patients. Parmi tous les PS, ce sont majoritairement eux qui envoient des patients aux structures proposant des séances d'ETP. Cependant certains trouvent qu'ils ne relayent pas assez les programmes, et ce par manque de temps et de surcharge de travail. D'autres en revanche ne sont pas impliqués et semblent même être contre les programmes. Q4 nous révèle « Moi j'ai des patients qui m'ont dit « oui mon médecin il n'est pas favorable à ce que je vienne à votre programme, donc si mon médecin me dit non, bah je veux pas aller contre mon médecin. » »

Certains d'entre eux voient grandement l'intérêt du pharmacien d'officine pour promouvoir et expliquer l'ETP. « C'est vraiment un endroit où les patients vont souvent, c'est un endroit privilégié pour avoir de l'information. Euh nous ce qu'on a remarqué c'est que les patients quand c'est LEUR pharmacien qui leur explique quelque chose, c'est pris au sérieux. » (Q2). D'après Q1, certains leur envoient quelques patients et sont même impliqués au sein de la structure. Cependant cela semble encore être limité, « on voit qu'il

y a des pharmacies qui sont dynamiques, aidantes et qui rentrent plus dans l'information et puis d'autres qui en sont très éloignées... » (Q2).

Les professions paramédicales sont également parfois citées, notamment les infirmières libérales, comme moyen de communication sur l'ETP.

Lorsque nous avons cité comme exemple la sécurité sociale, deux interviewés nous ont appris qu'ils avaient été en contact avec pour promouvoir les programmes d'ETP. Chacun d'entre eux a eu une réponse négative en justifiant un souci de concurrence vis-à-vis des autres programmes existants. Une forte incompréhension a été exprimée par nos deux intéressés. D'après Q3, une autre concurrence a été évoquée, par rapport au programme SOPHIA, qui n'a pas été comprise non plus, « sachant qu'on est pas du tout sur le même créneau et qu'on est plutôt complémentaires qu'en concurrence... ».

Enfin, le bouche-à-oreille commence à être un bon moyen de promouvoir les programmes existants d'après les interviewés. Et une personne nous a cité que les réseaux sociaux pourraient être un vecteur d'information à l'avenir.

L'interviewé Q4 nous rappelle cependant que « l'information il faut vraiment qu'elle soit multiple, qu'elle soit diverse et qu'elle soit renouvelée » afin d'arriver dans la vie du patient à un moment où il va y être réceptif.

3.2 Recrutement et effectif des patients

Concernant les structures hospitalières, toutes nous rapportent que beaucoup de leurs patients participant aux séances sont des découvertes de diabète durant une hospitalisation. Deux interrogés nous informent que le flux de recrutement le plus important vient des médecins généralistes mais qu'ils les orientent pour une hospitalisation pour déséquilibre diabétique et non pour l'ETP. « C'est plus l'avis d'expertise du médecin qui est recherché. C'est rarement le programme d'éducation qui va derrière. » (Q2). Le bouche-à-oreille leur permet également de toucher un plus grand nombre de patient. On note que l'ETP dispensée en hospitalisation présente moins de difficulté au niveau de l'organisation et des effectifs des patients, ceux-ci étant souvent sur place pendant plusieurs jours, contrairement aux structures ambulatoires.

Concernant ces dernières, le médecin traitant est celui cité le plus souvent pour le recrutement des patients. Il est suivi par les professions paramédicales, notamment une diététicienne qui nous a été citée et qui orientait les patients vers de l'ETP lorsque ceux-ci

étaient diabétiques. Le bouche-à-oreille permet là aussi de toucher un plus grand nombre de patients. Les pharmaciens semblent orienter quelques patients. Enfin, nous pouvons noter que seul Q8 recevait des patients envoyés par un hôpital pour des séances d'ETP qu'il ne dispensait pas.

On peut remarquer que le problème d'effectif des patients ne se pose que pour les séances de groupe. Les interviewés Q1 et Q6 s'accordent sur le fait que ces effectifs ne sont pas toujours suffisants. « Non, on peine à faire venir les gens en ateliers de groupe, y a toujours une réticence pour les faire venir en ateliers de groupe, c'est un peu compliqué hein... » (Q6). De plus, les personnes initialement prévues ne se déplacent finalement pas toujours, souvent pour raisons personnelles.

Des problèmes organisationnels sont également soulevés. « C'est pour ça que c'est compliqué parce que des fois, on se dit bon on va démarrer un groupe à 12. Mais le jour où ils vont venir à 12, avec leur conjoint, puisque nous on invite les conjoints, euh la salle ne va pas être assez grande. Donc tout est une histoire d'intendance, de matériel, qui sont compliqués à gérer. » (Q1)

Concernant les effectifs, des problèmes au niveau du déplacement des patients sont notés, tels que le manque de motivation, les difficultés de transport (personnes âgées, habitant loin...), personne en activité professionnelle le jour des séances etc.

Les séances individuelles sont donc souvent préférées et semblent plus faciles à mettre en place.

3.3 Recrutement et effectif des intervenants

On constate une nouvelle fois une différence entre la ville et l'hôpital. Les structures ambulatoires n'ont pas réellement de difficultés à recruter des intervenants, « ce n'est pas la difficulté première. On n'a jamais annulé un atelier pour ça. » (Q1). Les structures vont plutôt chercher les professionnels sur leurs lieux d'exercice et se présenter aux nouveaux arrivants. L'interviewé Q3 nous explique qu'ils cherchent les professionnels partout sur leur département, afin qu'ils puissent dispenser des séances d'ETP directement à leur cabinet afin d'éviter des temps de trajets trop longs aux patients : « Du coup pour nous ce qui est intéressant c'est d'en avoir partout sur le département pour qu'ils puissent faire leur séance éducative directement sur leur lieu d'exercice et proche des patients en fait. ». Certaines de ces organisations forment les professionnels aux 40h nécessaires s'ils ne le

sont pas et qu'ils désirent adhérer au groupement. Plusieurs de ces structures nous révèlent qu'elles sont parfois sollicitées par les professionnels du secteur afin d'être actifs en ETP. Ces derniers étant généralement des diététiciens et des psychologues.

Pour les hôpitaux, cela semble plus compliqué. Certains ont des temps dédiés mais cela semble faible et il y a moins de pluriprofessionnalité. On retrouve généralement toujours les infirmiers et parfois des médecins, diététiciens et psychologues. Cependant, une de ces structures trouve leur équipe suffisamment importante et un temps supplémentaire sera même bientôt accordé. En revanche, l'interviewé pense qu'ils sont un cas isolé : « Notre chance c'est qu'on a un directeur qui est très attentif en ce moment aux besoins. » (Q2). Pour les autres, plusieurs points sont relevés concernant leurs difficultés. Tout d'abord le turn-over fréquent des équipes devant s'adapter à la philosophie de l'ETP. De plus, certains n'ont pas suivi la formation de 40h obligatoire et doivent donc être formés. Enfin, Q5 nous explique qu'une infirmière et une psychologue sont bien présentes mais pas uniquement dédiées au diabète ni à l'ETP.

3.4 Suivi des patients après les séances

Nos interviewés Q1, Q2, Q3 et Q4 s'accordent sur le fait de faire une séance bilan entre 6 mois et 1 an à la suite du programme éducatif. Q7 propose un suivi à 3 mois post-hospitalisation mais les patients sont revus fréquemment ensuite, pas seulement pour de l'ETP : « après c'est des patients qu'on voit de façon systématique au moins sur le plan médical, tous les 4 mois ils reviennent en consultation ». Pour Q4, le suivi est effectué 1 mois après le passage en hospitalisation avec une consultation médicale, infirmière et diététique. Concernant Q6 et Q8, il n'y a pas un suivi défini d'office après les séances mais les patients peuvent bénéficier d'un accompagnement ou de séances complémentaires s'ils le souhaitent.

En général, la séance bilan finale réalisée reprend les objectifs définis au bilan initial « en faisant toujours attention de ne pas culpabiliser les gens ou les dévaloriser » (Q1). A la suite, un 2^{ème} programme de renforcement peut être proposé comme dans la structure de Q3. Quasiment toutes ces structures proposent aux patients de revenir faire des séances à leur demande, sans limitation.

Des aides peuvent également être proposées en complémentarité des séances. Citons par exemple, l'établissement de Q2 qui réserve des créneaux pour les examens complémentaires (notamment de cardiologie) pour les diabétiques ayant participé au

programme d'ETP. Une convention a également été créée dans la structure de Q1 pour que les patients puissent faire du sport et de la sophrologie, gratuitement, pendant 1 an, à la suite du programme. La même idée se met en place avec un psychologue.

En pédiatrie, c'est une situation à part puisque le suivi se passe toujours au même endroit, le suivi en libéral n'existant pas. En revanche, le passage ado-adulte est travaillé notamment sur le rythme et le déroulé des séances.

3.5 Transmission et modes de transmission des bilans aux PS

Pour 7 de nos 8 interviewés, la transmission des bilans se fait toujours au médecin généraliste du patient. Ils transmettent systématiquement le bilan éducatif final avec le travail réalisé, les séances effectuées ainsi que les objectifs atteints et à atteindre. Parmi eux, 5 transmettent également le bilan éducatif initial avec les séances étant proposées au patient et pour les informer que celui-ci rentre dans une démarche complémentaire d'ETP. Certains rajoutent un envoi supplémentaire lors du suivi du patient, comme par exemple, celui réalisé à un mois post hospitalisation.

Une seule structure nous indique transmettre à d'autres professionnels comme les endocrinologues, cardiologues, néphrologues, infirmiers : « Tous ceux qu'on a pu identifier qui gravitent autour du patient. Ça, ça nous paraît important. » (Q1). Néanmoins, il est possible, d'après les autres structures interrogées, qu'elles transmettent à d'autres professionnels, à la demande du patient.

Cependant, on ressent que les structures n'ont pas forcément de retour des médecins généralistes comme par exemple Q3 qui termine de répondre par « Après est-ce que les médecins le lisent... euh... ça j'ai pas de retour... ».

Concernant les modes de transmission, c'est le courrier qui est privilégié. Certains essayent d'innover en créant notamment un classeur papier regroupant tous les documents, protocoles, suivi des patients etc... Il a été construit entre les professionnels libéraux et hospitaliers pour améliorer le lien ville-hôpital. Il appartient au patient et est donc consultable par tous les PS que celui-ci pourra rencontrer.

Le projet suivant sera de le transférer sous forme numérique sous les outils régionaux MonSisra. Les problèmes soulevés sont que l'informatique reste encore compliquée pour certains et que les zones blanches sont encore trop présentes... Cependant, deux de nos

structures interrogées, ont déjà mis à profit cette technologie et utilisent MonSisra pour communiquer entre professionnels suivant un même patient dans le parcours d'ETP. Le patient bénéficie de ce dossier en version papier.

Concernant les difficultés rencontrées, les interviewés nous font remonter que certains intervenants, comme les éducateurs sportifs, ne sont pas considérés comme PS ni paramédicaux et n'y ont donc pas accès. Pour les PS ne faisant pas partie de MonSisra, une version papier est envoyée par l'équipe de coordination. Cependant, on apprend que si cette dernière n'était pas présente, les professionnels n'auraient pas le temps nécessaire pour s'y consacrer : « Alors si y avait pas l'équipe de coordination, oui ça serait un frein parce que les professionnels n'auraient pas le temps de s'amuser à... à faire ça... » (Q3). D'ailleurs une des personnes interrogées avouait ne pas communiquer avec d'autres PS par manque de temps et d'organisation.

Nous pouvons noter que seulement une structure adresse des courriers aux pharmaciens. Quand nous les avons cités en exemple, un interviewé s'étonne même qu'ils aient le droit d'envoyer des courriers médicaux aux pharmaciens.

3.6 Lien ville-hôpital et ville-ville

Concernant le lien ville-hôpital, pour nos interviewés 1 et 2, les interactions ont l'air de bien se passer. Les PS de ville interagissent avec ceux de l'hôpital notamment via des formations en commun. Ils révèlent que ce lien est important. « Donc nos spécialistes et libéraux se connaissent et y a ce lien qui est nécessaire. » (Q2). « Un des objectifs de notre association c'était aussi de décroquer la ville et l'hôpital. » (Q1).

A l'inverse, pour la structure 4, les liens semblent limités au courrier obligatoire au médecin généraliste. Il n'y a pas de temps de rencontre ou de concertation. « On va dire la réglementation impose que le médecin généraliste soit informé, on répond à une réglementation. ». Un problème de temps, de la part des deux parties, est soulevé. Cependant, elle avoue que ce manque de lien est uniquement avec les médicaux et qu'il est plus facile de le mettre en place avec les professions paramédicales. D'ailleurs certains d'entre eux se déplacent pour dispenser des séances à l'hôpital.

Pour les structures 3,5,6 et 8, ce lien ville-hôpital est qualifié de « compliqué ». Pour celles hospitalières, elles avouent ne pas avoir beaucoup de liens avec les médecins généralistes, n'ayant pas de retour des courriers envoyés, « à part si le médecin traitant

discute avec le patient et que le patient nous fait remonter des choses, vous voyez... » (Q6). En revanche, le lien avec les infirmières libérales semble être établi. A l'instar de Q7 qui nous explique que la boucle, médecin hospitalier/infirmière libérale effectuant le relais hôpital-ville-patient, marche bien.

Pour les structures de ville, le lien ville-hôpital est également qualifié de « compliqué », notamment par le fait qu'il y ait beaucoup d'intervenants et que ceux-ci changent souvent. L'interviewé 3 nous indique qu'ils n'ont « pas encore réussi à mettre en place un lien ville-hôpital ». En effet, quand l'hôpital les contacte, c'est pour former le patient rapidement avant sa sortie parce qu'ils n'ont pas eu le temps, et non pour effectuer une démarche d'ETP par la suite. L'idéal, pour cette structure, serait de mettre en place certaines séances durant l'hospitalisation et d'autres, par la suite, en ambulatoire. Ceci s'effectuerait sans répéter forcément les mêmes thématiques, mais plus dans l'objectif d'évolution progressive des connaissances. Enfin, elle nous annonce que les aspects financiers influencent beaucoup les décisions des hôpitaux. « Y a pas vraiment une volonté de la direction de promouvoir de l'éducation thérapeutique et de faire quelque chose de correct...donc partant de là on ne cherche pas non plus à avoir des liens avec le reste quoi... ».

Le lien ville-ville est également compliqué. Bien que les structures de ville pensent que cela varie en fonction des secteurs, elles témoignent que les PS ne se connaissent pas et elles essayent de favoriser ce décloisonnement. La structure 3 organise notamment des formations aux 40h d'ETP avec l'objectif que les professionnels se rencontrent. Lorsque ces formations ont lieu, « on se rend compte que les professionnels entre eux ils ne se voient jamais, ils ne se rencontrent pas ». Enfin, notre interviewé 4 nous explique sa légitimité à nous parler du lien ville-ville et des difficultés rencontrées puisqu'il a été coordinateur d'un réseau diabète en ville, pendant 6 ans. On apprend que du côté des paramédicaux, le lien est beaucoup plus facile à mettre en place qu'avec les médecins et les pharmaciens. « Combien de fois on m'a dit « écoutez je sais me débrouiller avec ma clientèle, je m'en débrouille. ». Venez pas mettre votre nez dans mes affaires quoi... [...] Et je pense que les médecins ou les pharmaciens ont besoin d'un interlocuteur médical pour avoir euh... pour considérer que l'affaire elle vaut la peine de s'investir. [...] Donc vous voyez y a tout ce qu'on dit à l'oral quand on vous dit pourquoi l'ETP ça ne marche pas, on vous dira « on n'a pas le temps, on n'a pas de moyen » et y a tout ce qu'on dit pas... »

Enfin concernant la pédiatrie, quelques liens sont effectués avec les infirmiers libéraux mais un lien hôpital-école a été créé. L'infirmier du service se déplace dans les crèches, écoles, etc. si le souhait se manifeste. De plus, les coordonnées sont laissées en cas de besoin de contact. A côté, des journées d'information sont créées pour les instituteurs de maternelle et primaire ainsi qu'une journée régionale pour les infirmiers de collèges et lycées.

3.7 Reprises éducatives en ville

Les professionnels interrogés ne semblent pas contre l'idée mais il faut qu'il y ait un discours unanime pour ne pas compliquer les choses pour les patients. Q2 pense qu'il faut que ce soit une extension aux programmes existants sur le territoire. Cependant, les avis divergent parfois sur le nombre de personnes pouvant effectuer le relais. D'après Q4 il faut que ce soit « tous les acteurs premiers recours, c'est évident qu'il faut que tout le monde s'y mette », mais d'après Q5 « c'est très bien d'avoir du relais mais je pense qu'il faut qu'il n'y ait pas non plus trop d'intervenants parce qu'on finit par pas tous dire la même chose... ». De plus, ce dernier interviewé trouve que les professionnels de la ville sont formatés au DT2 et pas assez sensibilisés au DT1.

Un bon exemple se passe avec la structure 7. Comme dit précédemment, elle développe un lien fort avec les infirmiers effectuant le relai en ville avec un accompagnement technique et éducatif. Ils sont souvent sélectionnés et des rencontres s'effectuent au moins une fois par an pour échanger sur les généralités ou plus spécifiquement sur les patients en commun.

Enfin Q1 souligne que le dispositif Asalée (Action de Santé Libérale En Equipe), avec qui ils sont en lien, permet de bons rappels aux patients.

3.8 Place des pharmaciens d'officine

Plus de la moitié de nos interviewés pensent que les pharmaciens pourraient orienter/recruter des patients. En effet, avec le médecin, ils voient les patients tous les mois ou tous les trois mois. Certains de nos interrogés pensent même que les pharmaciens sont mieux placés pour en parler que les médecins. Ces derniers n'ayant souvent pas le temps ou ayant du mal à passer le relai. Cependant Q2 suggère que les pharmaciens informent le médecin traitant du patient, en amont de l'orientation,

notamment via MonSisra : « Parce que diplomatiquement si on envoie vers un autre médecin ou un autre programme, SANS en avoir informé le médecin traitant, ça serait très très mal pris. Qu'il soit juste d'accord, qu'il y ait un lien, par exemple avec la messagerie sécurisée MonSisra. ».

Concernant la reprise éducative à l'officine, nos interviewés sont plutôt favorables. Notamment Q4 : « Moi j'adorerais avoir un pharmacien de ville qui fasse partie de notre équipe et qui fasse des choses au niveau de l'officine et qu'on travaille en commun quoi ! ». Certains sont favorables mais préféreraient que les pharmaciens fassent partie de leur structure et animent des ateliers, en coordination, à l'intérieur de celle-ci.

Plusieurs leviers pour un entretien à l'officine sont évoqués. Tout d'abord le maillage territorial idéal des pharmacies. Elles sont présentes dans des lieux où il n'y a pas forcément de médecin et c'est « une zone très clairement identifiée par tous les patients comme un lieu de santé » selon Q2. Les pharmaciens sont proches de la population et connaissent bien leurs patients. De plus, certains rappellent le rôle important qu'a tenu la pharmacie pendant la COVID-19, par exemple dans le soutien des patients ou les livraisons mises en place. « Ils n'ont pas lâché leurs patients, ils se sont montrés très très disponibles pour assurer une continuité... voilà c'est... ça rend optimiste de voir ça... » d'après Q2. Ensuite, les interrogés rappellent que les patients ont besoin d'un accompagnement toute leur vie, du fait de la chronicité de la pathologie et que si l'information n'est pas répétée, elle ne sera pas efficace sur le long terme. Q4 nous explique que les patients ne vivent pas dans la structure d'ETP et donc que ce sont les médecins traitants et les pharmaciens qui sont en première ligne une fois qu'ils quittent la structure. Q1 serait favorable à des entretiens pharmaceutiques répétés : « tous les ans il faudrait un entretien pour des rappels ». Enfin, Q3 nous informe que certains pharmaciens sont investis et sont en demande de briefings sur l'ETP ou le diabète. Toutefois, Q6 nous explique que les pharmaciens devront réorienter les patients s'ils décèlent quelque chose lors de l'entretien.

Des freins sont également soulevés. Tout d'abord d'un point de vue organisationnel au sein de la pharmacie. Nos interrogés trouvent que les pharmacies voient beaucoup de patients et ont souvent un rythme soutenu, or l'ETP prend du temps et ils sont donc sceptiques sur le fait de pouvoir prendre une heure pour réaliser l'entretien. Ils appuient également sur le fait que l'officine devra disposer d'un espace confidentiel, isolé physiquement et phoniquement. De plus, Q8 pense que les patients ne sont pas habitués

à prendre un rendez-vous à la pharmacie et qu'ils peuvent venir quand le pharmacien n'est pas présent. Ensuite Q3 nous explique que la formation à l'ETP sur plusieurs jours peut être un frein car pour des petites officines, il est compliqué que le pharmacien s'absente. Enfin pour toutes nos structures, il est primordial d'avoir un discours unanime pour ne pas perturber les patients. « Je pense qu'il faut que les gens se coordonnent, se forment ensemble, aient le même discours parce que ça peut être génial quand ça fonctionne et que les gens vont tous dans le même sens mais si on a des discours qui sont discordants, en particulier sur l'alimentation... là on est néfastes. Il ne faut pas que les gens fassent leur petite cuisine dans leur coin. » s'exprime Q1.

Cette même structure a mis en place une formation pluridisciplinaire avec des cas cliniques sur le diabète. Un groupe composé d'un médecin, d'un pharmacien, d'un diététicien et d'un infirmier travaille ensemble sur le cas. Cela permet d'apprendre à se connaître, de découvrir les champs de compétence de chacun et d'uniformiser les discours. De plus, Q1 nous fait part de son avis sur le fait qu'il est primordial d'avoir des formations universitaires pluridisciplinaires.

A côté des entretiens, la structure de l'interrogé Q2 avait réfléchi à une collaboration avec les pharmaciens pour faire de la téléconsultation avec leurs patients isolés.

Pour terminer, les structures de Q2 et Q8 nous ont mentionné que les relations avec les pharmaciens ont pu être compliquées car certains ne dispensaient pas le lecteur spécifique inscrit sur la prescription et avec lequel le patient s'était formé.

De plus, Q1 nous rappelle qu'il faut que les pharmacies voulant faire une démarche d'ETP le fassent dans l'intérêt du patient et pas dans un but lucratif.

3.9 Place de la télémédecine

Les avis sur ce sujet sont partagés. Certains ne l'ont pas mise en place, d'autres ne voient la télémédecine que pour dépanner et quelques-uns sont pour et l'ont déjà mise en pratique. Un interrogé nous avoue avoir été contre jusqu'à ce qu'il se forme et change d'avis.

Ceux voyant l'utilisation de la télémédecine de façon exceptionnelle nous expliquent qu'une relation particulière, avec le patient, s'établit en présentiel et qu'elle n'est pas retrouvée derrière un téléphone ou un ordinateur. Ils se méfient des non-dits du patient et

de leur non-ressenti. Ils s'accordent sur le fait que pour un complément d'information, un petit atelier (comme l'alimentation), des choses « simples », la télémédecine est envisageable. Enfin, un interviewé, ayant dû faire des téléconsultations à cause de la COVID-19, trouve que les séances étaient moins longues qu'en présentiel.

Ceux étant favorables à l'utilisation de la télémédecine ont déjà mis en place plusieurs choses. Des « web-entretiens » et « web-ateliers » ont été validés par l'ARS. Des téléconsultations ont, bien sûr, été réalisées mais la télésurveillance a également été développée. Cette dernière a notamment été menée pour le diabète gestationnel, grâce à LibreView, une plateforme cloud sécurisée. Cette pratique s'est avérée efficace et les patientes en sont satisfaites.

Selon les interviewés adeptes de la télémédecine, plusieurs avantages ressortent. Cela engendre moins de stress pour les patients (pour trouver la salle, se rendre à l'hôpital, ...). La télémédecine permet également d'éviter des transports (parfois onéreux et inutiles), des jours de congés posés, des gardes d'enfants, etc.

Concernant les freins, quasiment tous nos interviewés s'accordent sur le fait qu'un meilleur réseau doit être développé car il existe encore beaucoup de zones blanches. De plus, il faut que les patients aient le matériel adéquat et soient formés. D'ailleurs, certaines structures vont mettre en place des ateliers afin de les familiariser. Certains interviewés pensent que l'enjeu va être de développer des interfaces très simples et intuitives. Concernant la télésurveillance, il y a souvent l'aide d'une tierce personne (famille, infirmier...) pour effectuer les connexions.

Enfin, une structure nous explique que la télémédecine, selon le gouvernement, se développe en partie pour pallier aux déserts médicaux mais perçoit beaucoup d'incohérence. « Lutter contre les déserts médicaux grâce à la téléconsultation alors qu'ils habitent en zone blanche... il va falloir une cohérence au bout d'un moment... ». De plus, elle précise qu'il y a également besoin de médecins en face de l'ordinateur pour répondre aux besoins...

4 Discussion

4.1 Visibilité des programmes existants et moyens de développement

Le constat est unanime : les programmes d'ETP manquent de visibilité. Il est impératif de trouver des moyens de communication efficaces.

A l'heure actuelle, bien que l'on retrouve la liste des programmes d'ETP existants sur le site de l'ARS (49), on peut imaginer qu'il s'agit d'une ressource peu connue des patients. De plus il n'existe pas de recensement complet des offres d'accompagnements présentes sur le territoire. Or, le développement des programmes implique qu'ils soient connus. Il est donc fondamental d'augmenter la visibilité de ceux-ci, notamment sur internet.

La promotion des programmes par les PS semble opportune.

Actuellement, ce sont les structures dispensant les programmes ainsi que les médecins traitants qui semblent le plus faire connaître l'offre disponible en ETP. Il est nécessaire que les spécialistes de ville et les hôpitaux informent davantage les patients sur cette complémentarité de soins.

Bien que les médecins généralistes soient les professionnels de santé orientant le plus les patients, certains manquent de temps pour le faire ou y sont réfractaires. De plus, certains envoient les patients vers les structures hospitalières dans l'objectif d'un équilibre glycémique et non pour le programme d'ETP. Nous pouvons alors nous demander si leurs connaissances sur les programmes sont assez développées ?

Les professions paramédicales semblent également vouloir s'investir dans l'ETP et notamment dans l'orientation des patients. Les mettre à contribution pour faire connaître les programmes semble une bonne piste à développer.

Les officines semblent également être un bon moyen pour augmenter la visibilité des programmes. En effet, c'est un espace identifié comme un lieu de santé pour les patients, qui y viennent tous les mois ou tous les 3 mois, et qui ont confiance en leur pharmacien. Ce dernier pourra évoquer les programmes d'ETP en détail lorsqu'il ressentira que le patient est réceptif ou en demande.

Nous aurions pu penser que l'Assurance Maladie pouvait contribuer à faire connaître l'offre existante sur le territoire. Il se trouve que cette éventualité n'est finalement pas

envisageable ; notamment du fait que l'Assurance Maladie dispose de son propre programme : SOPHIA. Lancé en 2008, il s'agit d'un service gratuit proposé aux patients majeurs, en complément du traitement et des conseils de leur médecin traitant. Il apporte un soutien, des informations et des conseils personnalisés, par mail, courrier ou téléphone. Ce service compte presque 820 000 adhérents.(51)

Il semble que SOPHIA pourrait être complémentaire des programmes d'ETP, plutôt que concurrent puisqu'il s'agit d'un programme d'accompagnement exclusivement à distance.

Enfin, faire découvrir les programmes via les réseaux sociaux pourrait permettre de toucher un plus grand nombre de patients.

La nécessité de participer à ces programmes semble évidente. A titre d'exemple, d'après l'Observatoire « L&Vons » seulement 36% des DT2 sous insulinothérapie se jugent autonomes pour gérer leur traitement. On découvre même que 36% des patients n'adaptent jamais ou rarement leurs doses d'insuline.(52)

Il est regrettable que plus de patients ne puissent profiter de ces programmes car leur efficacité n'est plus à démontrer. Prenons un exemple dans le Puy de Dôme, avec l'Association pour la Formation et la Recherche en Education Thérapeutique (AFRET) à Issoire. Il s'agit d'une association avec une équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, pharmaciens, diététiciens, etc. libéraux ou hospitaliers) proposant différents programmes d'ETP sur : le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'obésité et l'insuffisance cardiaque.(53)

Une étude parue en 2016 a permis de montrer l'impact de cette association sur les DT2.

A 6 mois de la participation à un programme d'ETP, on note une augmentation significative du HDL-c. On observe également une diminution significative de l'IMC et de l'HbA1c. A un an, cette diminution est non significative.

On constate également que 57% des DT2 ont eu une stabilisation thérapeutique ou des traitements en moins et 18% ont repris une activité physique.(54)

De plus, nous pouvons voir qu'un accompagnement du patient lui est toujours profitable. En effet, une enquête réalisée en juin 2014, sur le service SOPHIA, a mis en évidence que pour 85% de leurs adhérents, ce service les a aidés à mieux comprendre le diabète et ses complications, 75% d'entre eux déclarent manger plus équilibré et 63% prendre leurs médicaments plus régulièrement.(51) En 2018, une seconde étude conforte ces précédents résultats et montre que 88% des patients adhérents placent ce service comme

un bon complément entre deux rendez-vous chez leur médecin traitant.(55)

4.2 Recrutement et effectif des patients

Pour les structures hospitalières, comme de ville, le flux majeur d'orientation des patients provient des médecins traitants. Le bouche-à-oreille semble être un facteur non négligeable dans le recrutement des patients.

Les structures ambulatoires rajoutent que les professions paramédicales et les pharmaciens peuvent orienter quelques patients. Nous pouvons nous interroger sur le fait que les structures hospitalières ne les citent pas. Ces professionnels ont-ils les connaissances suffisantes sur ces programmes pour orienter des patients ? Un lien est-il présent ?

Un autre questionnement se pose. Les patients sont donc orientés vers les structures hospitalières majoritairement par les médecins traitants. Cependant ils le font en première intention pour soigner un déséquilibre glycémique et non pour le programme d'ETP. Nous pouvons penser que le taux d'orientation pourrait augmenter si les médecins étaient plus informés sur les programmes proposés.

Enfin, les structures hospitalières ne dispensant pas d'ETP ne sont quasiment jamais citées comme un moyen d'orientation. Pourtant, dans l'intérêt du patient et dans la poursuite de sa prise en charge, celles-ci devraient informer et/ou orienter les patients vers des structures en dispensant.

Le déplacement des patients aux séances peut s'avérer compliqué. Ils peuvent avoir des difficultés au niveau du transport, de l'organisation professionnelle, ou encore manquer de motivation. Ceci semble être un problème au niveau national puisque 13% des patients déclarent ne pas avoir eu accès aux soins médicaux par manque de temps ou parce que les PS étaient trop loin, d'après une étude menée en France en 2018. Ils souhaitent donc un meilleur accès aux soins, notamment grâce à la télémédecine.(43) Pour remédier à cela, nous avons pu voir grâce à cette enquête que certaines structures ambulatoires essayent de répartir les PS, dispensant des séances, sur le territoire.

Rajoutons que le déplacement des patients peut influencer également l'organisation des séances et cela peut s'avérer problématique pour les structures ambulatoires. En effet, les ateliers de groupe sont planifiés et peuvent être désorganisés en cas d'absence des

patients. Il en est de même lorsque les familles des diabétiques sont conviées et n'ont pas prévenu de leur présence. Cette organisation semble plus facile lorsque les patients sont hospitalisés car ils sont directement sur place. Bien que les séances individuelles et collectives ont fait leur preuve en matière d'efficacité, celles en individuelles peuvent être privilégiées, les effectifs étant suffisants et l'organisation moins compliquée à mettre en place.(56)

4.3 Recrutement et effectif des intervenants

Il faut distinguer l'organisation en ambulatoire de celle hospitalière. Concernant la première, les professionnels sont adhérents et le recrutement est facilité, il n'y a pas de problème d'effectif. La pluriprofessionnalité est présente et les professions paramédicales sont souvent volontaires à s'investir en ETP. De plus, les structures proposent souvent la formation nécessaire aux professionnels désirant s'engager s'ils n'ont pas pu l'effectuer.

Pour les structures hospitalières, cela semble plus compliqué. Le turn-over des équipes est souvent critiqué. De plus, les professionnels présents ne sont pas toujours formés à l'ETP, ni dédiés uniquement à cette activité et manquent de temps pour s'investir. On remarque également que la pluriprofessionnalité est beaucoup moins présente.

Pourtant les diabétiques ayant disposé d'une formation lors d'une hospitalisation avec une équipe pluridisciplinaire déclarent qu'il s'agit d'un « moment important dans l'acceptation de leur maladie et la volonté de la prendre en charge ».(43)

4.4 Suivi des patients après les séances

Pour les adultes, on constate qu'un suivi post-programme d'ETP est effectué à 1 mois, 3 mois, 6 mois ou 1 an et que des aides pour les consultations ou des activités peuvent être associées. Bien que les patients puissent refaire des séances s'ils le souhaitent, on constate que le suivi du patient en ETP ne dure qu'une année au maximum. Or, les effets de l'ETP s'amenuisent avec le temps, si les messages éducatifs ne sont pas répétés.(57)

Il serait intéressant d'avoir un relai en ville pour maintenir les acquis fondamentaux des programmes.

Nous pouvons imaginer que le pharmacien, du fait de son statut de professionnel de santé et voyant le patient le plus souvent chaque mois, pourrait vérifier les connaissances de celui-ci.

4.5 Transmission et modes de transmission des bilans aux PS

4.5.1 Transmission des bilans

La transmission au médecin généraliste est quasiment systématique et ce, tout au long de la prise en charge du patient en ETP. Ceci peut s'expliquer par le fait que cette transmission est obligatoire.

En effet, un décret du 20 juillet 2016 a rendu obligatoire la transmission d'une lettre de liaison entre les professionnels de santé.(58) Chaque praticien adressant un patient à un établissement de santé doit mentionner « les motifs de demande d'hospitalisation, les traitements en cours et les allergies connues ». En retour, le jour même d'une sortie d'hospitalisation, la lettre de liaison doit être communiquée au médecin traitant ou au professionnel ayant adressé le patient. Elle doit comporter :

- « l'identification du patient, du médecin traitant, le cas échéant du praticien adresseur, ainsi que l'identification du médecin de l'établissement de santé qui a pris en charge le patient avec les dates et modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation,
- le motif d'hospitalisation,
- la synthèse médicale du séjour (précisant le cas échéant, les événements indésirables survenus pendant l'hospitalisation, l'identification de micro-organismes multirésistants ou émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang, la pose d'un dispositif médical implantable),
- les traitements prescrits à la sortie de l'établissement et ceux arrêtés durant le séjour et le motif d'arrêt ou de remplacement, (en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement),
- l'annonce, le cas échéant, de l'attente de résultats d'examens ou d'autres informations qui compléteront cette lettre de liaison,
- les suites à donner, le cas échéant, y compris d'ordre médico-social, tels que les actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières. »

Le compte rendu d'hospitalisation doit quant à lui être envoyé dans les 8 jours.

La transmission de ces informations apparaît indispensable au bon suivi des patients ; cependant sa mise en place au niveau national reste compliquée et n'est pas encore acquise.

En effet, une étude auprès des médecins de ville, publiée en 2009, évaluait la qualité de la communication entre les médecins généralistes de la région parisienne et leurs confrères hospitaliers. Elle révèle que le délai de réception du compte rendu se situe entre 8 et 30 jours et est considéré comme long ou trop long pour 94% d'entre eux.

Une autre étude, réalisée en 2006, montre que les médecins généralistes étaient prévenus de la sortie des patients à seulement 23%.⁽⁵⁹⁾ Une enquête de l'URML Île-de-France démontre que le compte rendu arrive dans les 8 jours réglementaires dans seulement 33% des cas. De plus, on observe que les médecins ayant adressé eux-mêmes les patients à l'hôpital obtiennent plus de retours que lorsqu'ils ne sont pas les initiateurs de l'hospitalisation. Ceci s'explique par le fait qu'ils ne sont pas suffisamment référencés dans le dossier médical des patients. L'identification des professionnels de santé habituels des patients doit être plus prononcée.

Dans d'autres études, nous pouvons retrouver que les médecins souhaitent davantage de communication à leur égard, en plus du compte rendu. Ils regrettent notamment le manque de communication par téléphone pendant une hospitalisation. En effet, 35% avaient eu un appel, lors d'une étude menée en 2014 auprès de médecins parisiens.⁽⁶⁰⁾ Cependant, en Auvergne, on remarque qu'il n'y a pas forcément de retour des médecins traitants, lors de la réception du récapitulatif, ce qui est déploré par les structures dispensant les programmes.

Peu de ces structures transmettent les dossiers bilans aux autres PS du patient. Or, pour améliorer le suivi du patient et les liens ville-hôpital et ville-ville, cette transmission devrait pouvoir s'effectuer auprès de tous les professionnels de santé « réguliers » des patients (médecin, infirmier, pharmacien...).

Lors de notre enquête, les structures ne participant pas aux transmissions entre PS l'expliquent par un manque de temps. Ceci peut être confirmé par certaines autres structures qui arriveraient à la même problématique si elles n'avaient pas d'équipe de coordination pour les aider.

Nous pouvons imaginer que ce manque de transmission soit également engendré par une difficulté à obtenir toutes les données des différents intervenants dans le parcours de soin d'un patient. Des outils sont développés afin de repérer plus facilement et rapidement les PS gravitant autour d'un patient. Dans de nombreuses régions, les URPS ont créé et mis en place des cartes de coordination des soins regroupant les différentes informations des

professionnels de santé habituels du patient. Il est du devoir du patient de la faire remplir à chaque acteur de santé afin de permettre une meilleure identification de ces différents professionnels, notamment en cas d'hospitalisation.

Prenons exemple de la carte de coordination réalisée par les URPS Hauts-de-France, disponible à l'Annexe 6.(61) Elle va contenir 3 volets :

- Sur le premier, seront disponibles concernant le patient : nom, prénom, date de naissance, téléphone et les coordonnées de la personne à prévenir ; ainsi que des conseils en cas d'hospitalisation.
- Sur le 2^{ème} se trouvera les coordonnées des professionnels de santé.
- Le 3^{ème} volet permettra au patient de renseigner certaines informations comme ses allergies ou s'il est diabétique, par exemple.

Pour compléter cette carte, une application mobile est en cours de développement.(62)

Seulement une des structures interrogées adresse ce bilan au pharmacien du patient. A l'inverse, une personne ne pensait pas qu'il était possible d'envoyer des courriers médicaux aux pharmaciens. Il semble essentiel de replacer le pharmacien comme un professionnel de santé à part entière dans l'esprit du corps médical. Précisons que le pharmacien est défini comme un Professionnel de Santé par les articles 4211-1 à 4252-3 du Code de la Santé Publique (CSP).(63)

4.5.2 Modes de transmission des bilans

En Auvergne, le courrier semble être encore le moyen privilégié de transmission. Le patient lui-même peut être transmetteur. Par exemple, une de nos structures a réalisé un classeur papier, en collaboration avec les PS de ville et d'hôpital, qui est remis au patient. Ce dernier l'apporte et le fait remplir à chaque consultation.

A l'avenir, l'idéal serait de basculer sous un dossier numérique grâce, par exemple, aux outils régionaux de MonSISRA. Ce dernier est mis en place par le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Sara (pour Système d'Information Santé en Auvergne-Rhône-Alpes).

D'après le ministère des Solidarités et de la Santé, le GCS « est l'outil de coopération privilégié dans le cadre des coopérations entre le secteur public et privé, mais également entre la ville et l'hôpital. Il permet d'associer des établissements de santé publics comme privés, des centres de santé, des maisons de santé et des professionnels médicaux

libéraux à titre individuel ou collectif, ou encore les acteurs du secteur médico-social. »(64)

MonSISRA regroupe une messagerie sécurisée de santé (MSSanté) mais permet aussi d'avoir accès aux autres services e-santé Sara tel que la télémédecine. Il est mis à disposition des PS gratuitement, en région Auvergne-Rhône-Alpes, dans l'objectif d'obtenir une prise en charge continue et globale du patient.(65)

Concernant les MSSanté, comme son nom l'indique il s'agit d'une messagerie classique mais sécurisée, s'adressant aux professionnels de santé. Ajouté à cela, un annuaire rassemblant l'ensemble des professionnels de santé est disponible. Les PS peuvent donc échanger sur leurs patients de façon sécurisée, en garantissant une confidentialité, qu'il s'agisse d'un compte rendu, d'examens médicaux.... Il s'agit du moyen de communication le plus rapide et il permet de relier les professionnels entre eux et ce quelle que soit leur localisation. Chaque PS peut créer sa messagerie à l'aide de sa carte de professionnel de santé ; il peut y avoir accès sur PC, tablette ou mobile, ce qui permet des échanges à tout moment, même en déplacement.

Cet outil aura un réel bénéfice si tous les PS et structures l'adoptent. En juillet 2019, on recensait plus de 70% des CHU et 1/3 des PS libéraux (dont plus d'un médecin sur deux) communiquant à l'aide de MSSanté.(66) Concernant les pharmacies en Auvergne, les taux d'officines équipées à MonSisra sont de 16% en Haute-Loire, 66% en Allier, 49% en Puy de Dôme et de 11% dans le Cantal. (67) Ce service permet le partage de documents utiles à la coordination des soins interprofessionnels.(66)

Cependant, des freins à ce développement sont évidents. En Auvergne, il existe encore beaucoup de zones blanches ou ne permettant pas une connexion suffisante. De plus, ce mode de communication implique des connaissances informatiques qui peuvent faire défaut à certaines personnes. Enfin, tous les professionnels travaillant auprès des structures d'ETP ne sont pas considérés comme des PS et ne peuvent pas avoir accès à ce service, comme par exemple, les éducateurs sportifs. Toutes les personnes de l'équipe s'occupant d'un même patient ne pourront donc pas communiquer ensemble sur cet outil.

Certains modes de communication n'ont pas été cités lors de notre enquête mais peuvent exister. Le téléphone peut être plébiscité lors d'urgence mais ne permet pas de laisser de trace. Le fax est un outil de communication fréquemment utilisé par les professionnels de santé. Mais, pour les jeunes médecins, l'envoi par mail est désiré.(68)

Enfin, personne durant nos interviews n'a évoqué le Dossier Médical Partagé (DMP). Et pourtant, le DMP se présente comme un « carnet de santé numérique ». Il va permettre de renforcer les liens entre les différents professionnels de santé, en particulier ceux entre la ville et l'hôpital. Les PS pourront avoir accès aux données de santé concernant le patient, via sa carte vitale. Ce dossier va regrouper :

- L'historique de soins des deux dernières années
- Les antécédents médicaux
- Les résultats d'examen
- Les comptes rendus d'hospitalisation
- Les coordonnées des proches à prévenir ainsi que les directives de fin de vie

Il va permettre un meilleur suivi des patients et éviter, par exemple, des interactions médicamenteuses ou une sur-médication. A l'avenir, les différents ateliers d'éducation thérapeutique pourraient y figurer afin de pouvoir faire des reprises éducatives, à titre d'exemple.(69) C'est un outil complémentaire aux MSSanté.(66)

Toutefois, le DMP n'est pas obligatoire, le choix revient au patient de l'ouvrir ou non. De plus, il reste libre de choisir quel professionnel pourra le consulter et quelles informations y figurent.(70) De ce fait, le DMP émettra des limites à une transmission complète des informations médicales des patients.

Certains réseaux disposaient déjà de dossiers partagés à l'instar de RéPOP à Lyon, en 2006, un réseau ville-hôpital de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie. Il bénéficie d'un « Dossier de Suivi Partagé » accessible à tous les professionnels de santé accompagnant un même enfant au sein du réseau, sur une plateforme Internet sécurisée.(71)

Quel que soit le moyen de communication utilisé, les professionnels de santé doivent pouvoir garantir au patient la sécurisation des données le concernant.

Récemment le règlement général européen sur la protection des données personnelles (RGPD), entré en application le 25 mai 2018, a défini la notion de données de santé : « Les données à caractère personnel concernant la santé sont les données relatives à la santé physique ou mentale, passée, présente ou future, d'une personne physique (y compris la prestation de services de soins de santé) qui révèlent des informations sur l'état de santé de cette personne. »(72)

C'est en réalité depuis le 6 janvier 1978 que la protection des données médicales est encadrée pour la première fois par la loi « Informatique et Libertés ». La France étant

pionnière en Europe. Cette protection fut ensuite renforcée le 4 mars 2002 par la loi Kouchner relative au secret médical et le 15 mai 2007 par le Décret n° 2007- 960 concernant la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique.(73)

4.6 Lien ville-hôpital et ville-ville

4.6.1 Le lien ville-hôpital

Concernant le lien ville-hôpital, on ne retrouve pas une réponse unanime. Certaines structures ont réussi à développer des liens, ce qui était un souhait depuis le lancement de leur programme. Ces liens se sont développés notamment via des formations en communs et les PS notent que cette collaboration est très importante.

A l'inverse, pour d'autres structures, le seul lien établi est imposé par la législation et l'obligation de transmettre. Ceci s'expliquait par un manque de temps.

Enfin, 50% de nos répondants qualifient ce lien de « compliqué ».

Ce qui ressort assez majoritairement sont que les liens semblent être plus faciles à mettre en place avec les professions paramédicales plutôt que médicales. Le turn-over fréquent des équipes hospitalières est une nouvelle fois pointé du doigt, ne permettant pas de tisser de véritables liens.

D'après les statistiques, les médecins traitants sont volontaires à une meilleure collaboration. En effet, selon l'Ordre National des Médecins, près de 80% d'entre eux souhaiteraient des coopérations plus étroites entre la ville et l'hôpital.(74)

Certains évoquent les nouvelles technologies comme moyen d'amélioration de la communication entre la ville et l'hôpital dans les années à venir.(60)

Cependant, sur le terrain, on constate que certains ne sont pas volontaires et sont même réfractaires aux collaborations pluridisciplinaires...

Au niveau national, de plus en plus d'établissements hospitaliers s'impliquent dans les relations établies avec les praticiens de ville.

En matière d'éducation thérapeutique, certains services de diabétologie se sont penchés sur la reprise éducative en ville. A l'exemple du CHU de Clermont-Ferrand qui a intégré des « synthèses éducatives » aux comptes rendus adressés aux médecins traitants dans le but d'une poursuite de l'ETP des patients diabétiques. Les médecins traitants la jugent

utile, une fois qu'ils en ont pris connaissance, pour leurs consultations ultérieures et ainsi poursuivre l'éducation thérapeutique initiée. Cependant, les freins soulevés à la reprise éducative et à la pratique de l'ETP sont notamment le manque de temps, d'implication dans les programmes et de formation en ETP.(75)

Au service d'endocrinologie du Centre Hospitalier Lyon Sud, un courrier pharmaceutique de sortie est adressé aux médecins traitants, mais également aux pharmaciens d'officine et au réseau d'éducation thérapeutique associé afin de sécuriser et d'assurer « la continuité des soins pharmaceutiques » et d'améliorer le lien entre l'hôpital et les autres professionnels de santé du secteur ambulatoire.(76)

Un autre exemple de dispositif prometteur a été mené à Nancy afin de réduire les ré-hospitalisations chez les patients âgés. Une fiche de sortie d'hospitalisation est réalisée par une infirmière dédiée et envoyée dans les 48h à tous les professionnels de santé de ville (médecin traitant, infirmière, kinésithérapeute, pharmacien etc...), en plus des documents de sortie. Cette fiche a été élaborée par des professionnels hospitaliers et libéraux en coopération. Cette infirmière contacte par téléphone le patient ou sa famille dans les 72h suivant la sortie. Enfin, dans les 4 à 6 semaines, une visite est effectuée au domicile par un professionnel de santé désigné au préalable. Ce fonctionnement permet au patient un meilleur retour à domicile et, à terme, une diminution du risque de ré-hospitalisation. Cette étude montre également qu'un meilleur partage des informations entre les professionnels de santé de ville et à l'hôpital permet d'optimiser la relation entre les deux.(77)

Ensuite, nous pouvons parler de la conciliation médicamenteuse. Elle s'effectue lors du séjour d'un patient à l'hôpital. Il en existe deux. Une à l'admission du patient : la conciliation d'entrée, et une en quittant le service : la conciliation de sortie. La première est réalisée en premier lieu en établissant une liste des médicaments pris par le patient avant son hospitalisation et qui sera comparée avec les ordonnances établies durant le séjour hospitalier afin de repérer les divergences (intentionnelles ou non). Concernant la conciliation médicamenteuse de sortie, un entretien avec le patient est réalisé afin d'expliquer les traitements actuels et ayant pu changer, afin de garantir une meilleure compréhension et observance. De plus, les médecins traitants et pharmaciens respectifs sont informés, avant la sortie du patient, en plus du courrier de sortie, des nouvelles prescriptions, et parfois de conseils associés. Elle permet d'anticiper la sortie, de renforcer

le lien ville-hôpital et d'aider les médecins et officine de ville à améliorer le suivi des patients en sortie d'hospitalisation. Ces professionnels étant en demande d'une meilleure communication sont très favorables à cette initiative.(78) De plus, 95% des établissements de santé jugent que la conciliation médicamenteuse permet de renforcer la collaboration pluridisciplinaire ville-hôpital-ville.(79)

En pratique, une étude a été menée en 2017 entre le Centre Hospitalier Public du Cotentin (CHPC) et les pharmaciens d'officine concernés. Un compte rendu de conciliation en sortie d'hospitalisation (pour certains patients âgés jugés à haut risque de iatrogénie) est envoyé à tous les professionnels de santé du patient dont sa pharmacie de ville. C'est sur le ressenti et la satisfaction de ces dernières, ayant reçu le compte rendu, que se porte l'étude. Elle montre que 2/3 des pharmacies le numérisent afin de l'intégrer au fichier informatique du patient et 1/3 l'archivent en format papier. 84.6% l'utilisent pour expliquer les changements thérapeutiques aux patients et 92.3% le confrontent au renouvellement par le médecin de ville afin de vérifier que celui-ci corresponde à la dernière prescription hospitalière. Enfin, cette étude révèle que les pharmaciens d'officine aimeraient que cette pratique soit systématisée à tous les patients.(80)

Nous pouvons voir qu'un meilleur lien entre la ville et l'hôpital est profitable au patient, dès lors que les professionnels sont impliqués dans une meilleure collaboration.

4.6.2 Le lien ville-ville

Le lien ville-ville ne semble pas être plus simple. Bien que cela dépende des secteurs, beaucoup de PS ne se connaissent pas. Là encore, le lien semble plus facile à établir avec les paramédicaux que les médecins ou les pharmaciens. Ces derniers portant de l'intérêt aux formations ou à l'ETP en fonction du statut professionnel de l'interlocuteur ; sous estimant sûrement ce que chaque professionnel peut apporter au patient. On retrouve également que les formations permettent de pallier à ce décloisonnement, si les professionnels y participent.

Le lien ville/ville est réalisé avec réussite dans certaines structures pluridisciplinaires.

En île de France, par exemple, les réseaux de diabète Diabète 92, Revesdiab et Paris Diabète ainsi que l'association Française des Diabétiques d'île de France se sont

regroupés en un Réseau Régional Diabète R2D, en 2017. Il s'agit d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS).

Leurs principales missions sont :

- « Venir en appui des professionnels de 1er recours
- Développer l'accessibilité aux ressources et à l'information pour les patients
- Participer à la promotion de l'ETP
- Assurer la collaboration avec les réseaux pluri thématiques territoriaux, les réseaux régionaux, et les plateformes territoriales d'appui pour l'expertise et la coordination du parcours du patient diabétique en situation complexe.»(81)

Dans le cadre de la loi HPST de 2009, les associations membres ont chacune développé des programmes d'ETP autorisés par l'Agence Régionale de Santé d'Ile-De-France. Ces programmes comportent des ateliers individuels et collectifs.

En détaillant plus spécifiquement Paris Diabète, nous pouvons voir que les concertations pluriprofessionnelles sont bien présentes et que l'offre de soin pour le patient est assez complète.

En effet, cette association en réseau regroupe plusieurs professionnels médicaux et paramédicaux comme des médecins généralistes, des diabétologues, des infirmiers, des pharmaciens, des diététiciens, des podologues, des éducateurs sportifs... Chaque professionnel peut proposer l'adhésion à des patients qu'il juge en besoin ou en demande d'informations ou de formations.

L'inscription du patient lui permet de bénéficier :

- d'un bilan médical une fois par an par son médecin traitant ou son diabétologue,
- d'un bilan effectué par un diététicien accompagné de six suivis par an,
- d'un bilan par un infirmier avec trois forfaits de suivi,
- d'un bilan et de trois suivis avec un pharmacien,
- d'un bilan par un podologue,
- ainsi que de neufs ateliers d'éducation thérapeutique en groupe.

Ces services sont disponibles à l'

Annexe 4 : Inclusion d'un patient dans le Réseau Paris Diabète.

De plus, au sein du réseau, des outils, pour les professionnels de santé, sont créés afin de faciliter la réalisation des ateliers.

Un diagnostic éducatif au début de l'adhésion et un bilan au bout d'un an sont réalisés. Ils sont adressés au médecin généraliste et au diabétologue du patient.(82)

On peut constater que le pharmacien est parfaitement intégré au réseau et joue pleinement son rôle de professionnel de santé, en effectuant des suivis et en dispensant, s'il le souhaite et après formation, des séances d'éducation thérapeutique.(83)

Des réunions interprofessionnelles sont également réalisées régulièrement et un annuaire, référençant différents professionnels de santé et structures, a été créé afin de coordonner au mieux le parcours de soin du patient.

Avec la présentation de ces exemples mis en place, on ne peut que constater qu'une collaboration pluridisciplinaire permet un parcours de soin plus facile pour le patient.

4.7 Reprises éducatives en ville

Les PS sont plutôt favorables à une reprise éducative en ville.

La condition première est d'avoir un discours éducatif unanime pour ne pas perdre le patient et, au final, lui être délétère. Ce qui diffère, dans les avis recueillis, porte sur le nombre d'intervenants. Certains pensent que tous les acteurs de santé de premier recours doivent se placer dans une démarche et une reprise éducative. D'autres pensent que s'il y a trop d'intervenants, cela risque de perturber le patient.

Cependant, nous pouvons imaginer que le patient voit quasiment toujours les mêmes PS de premier recours et, finalement, n'aura pas trop d'intervenants.

Des reprises éducatives sont déjà réalisées par des infirmières en collaboration avec les structures éducatives. Le dispositif Asalée, par exemple, permet également un accompagnement du patient efficace en ville.

Le dispositif Asalée (Action de Santé Libérale En Equipe), créé en 2004, est un dispositif de coopération qui permet des délégations d'actes ou d'activités des médecins généralistes vers des infirmiers libéraux. Il « s'inscrit dans un mouvement [...] de transformation des soins primaires. [...] [Il] constitue en ville une offre alternative aux programmes d'ETP collective autorisés par les Agences régionales de santé (ARS), dans des réseaux de santé et des Maisons de santé pluriprofessionnelles, par exemple. ». Après avoir suivi une formation, les infirmiers peuvent notamment procéder aux examens du fond d'œil, des pieds, pratiquer des ECG... Ils répondent également aux questions éventuelles des patients et abordent les thèmes du suivi de la maladie ou des règles

hygiéno-diététiques. Ils ont accès au dossier des patients et peuvent eux-mêmes y ajouter des données et également « alerter » les médecins sur le suivi ou d'autres remarques pertinentes.

En 2008, une étude de l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) montre des résultats très bénéfiques sur les patients diabétiques de type 2 inclus dans le dispositif notamment sur le suivi et l'équilibre glycémique.(84)

Au départ, le domaine de collaboration ne concernait que le diabète, dorénavant il est mis en place également pour les campagnes de dépistage du cancer, le repérage des troubles cognitifs, le suivi des personnes à risque cardiovasculaire et des patients fumeurs (notamment avec un dépistage de la BPCO).(85,86)

Le réseau, né dans le département des Deux Sèvres, s'est progressivement étendu pour atteindre un niveau national.

Les patients apprécient « une organisation simple, dans un même lieu, qui leur fait gagner du temps en évitant de devoir aller rencontrer un ou plusieurs spécialistes ou paramédicaux dans différents lieux. » Du côté des médecins, « l'amélioration de la qualité de leur prise en charge se traduit selon eux, pour certains patients, en termes de connaissances et de compétences acquises dans la gestion de leur maladie, en termes d'améliorations biologiques (hémoglobine glyquée), cliniques (perte de poids), ou encore de qualité de vie, et en termes de diminution des thérapeutiques médicamenteuses. » (86)

Les missions et interactions de ce programme sont résumées ci-dessous :

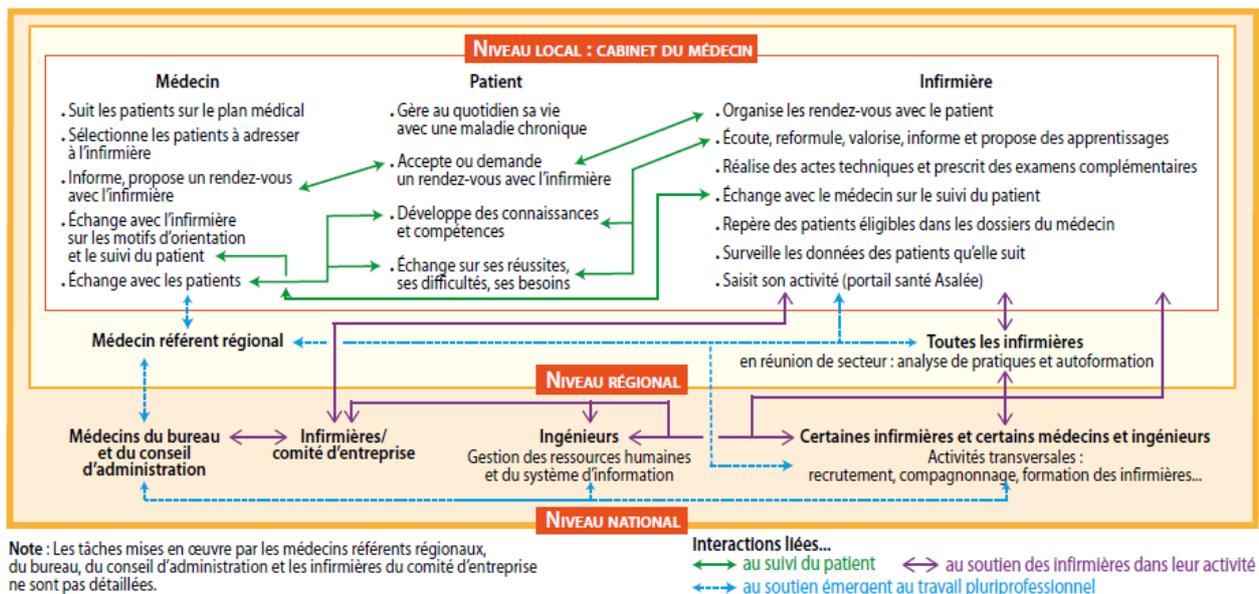


Figure 2 : Missions et interactions des intervenants dans le dispositif ASALEE en 2017 (86)

Une étude portant sur les changements perçus par des patients DT2, à la suite de consultations avec un infirmier Asalée, a été menée en Auvergne. Plusieurs points positifs sont relevés. Les patients apprécient la communication entre le médecin et l'infirmier. Ils évoquent le fait que les différents dispositifs peuvent être complémentaires et sont satisfaits d'avoir des rappels si besoin. De plus, 25% d'entre eux se sont mis à pratiquer une activité physique régulière, d'autres ont poursuivi ou intensifié une activité déjà existante. Ce dispositif a permis une perte de poids ou un meilleur équilibre de la pathologie et 67% se sentent mieux depuis la prise en charge. Enfin, tous les patients s'accordent pour dire qu'Asalée est essentiel à la prise en charge du diabète, d'autant plus si les patients n'ont pas suivi de programme d'ETP. (87)

Ces résultats montrent qu'un accompagnement du patient en ville lui est profitable. Nous pouvons imaginer que ces résultats seraient encore meilleurs en complément d'un programme éducatif. Une reprise éducative en ville a donc tout à fait sa place dans le parcours de soin du patient.

4.8 Place des pharmaciens d'officine

4.8.1 Visibilité des programmes et orientation

Les structures d'ETP estiment que les pharmaciens ont leur rôle à jouer pour augmenter la visibilité des programmes et orienter les patients. Certaines étant déjà investies.

L'officine, bien identifiée comme un lieu de santé, est idéale pour promouvoir les messages d'ETP à des patients venant tous les mois ou 3 mois et ayant confiance en leur pharmacien.

Cependant, si une orientation est envisagée, il est de rigueur d'en informer le médecin traitant, via MonSisra par exemple.

4.8.2 Collaboration ville-hôpital et ville-ville

Concernant le lien ville-hôpital, les liens avec les pharmaciens ne semblent pas établis. Seulement une structure interrogée transmettait les informations de sortie du patient, ce qui est très faible. Pourtant les pharmaciens ont besoin de recevoir les courriers médicaux et ce, pour plusieurs raisons comme par exemple :

- Pour savoir que le patient est entré dans une démarche d'ETP

- En cas de changements thérapeutiques, pour les expliquer au patient et vérifier que le médecin traitant les a appliqués lors du renouvellement
- Si une reprise éducative est envisagée dans le futur, il sera indispensable de savoir le programme effectué par le patient, les difficultés rencontrées...

Les pharmaciens d'officine sont demandeurs d'une meilleure relation.

Une enquête menée par la CNUPL (Conférence Nationale des URPS Pharmaciens Libéraux) en 2017 a démontré qu'ils souhaitaient jouer pleinement leur rôle en matière de suivi et d'accompagnement des patients en sortie d'hospitalisation. En effet, ils aimeraient en être informés pour 84% d'entre eux. Cependant, cette étude montre également que, pour la délivrance médicamenteuse, 24% d'entre eux ne seront jamais contactés et 40% le seront rarement.(88)

En ce qui concerne le lien ville-ville, ce qui ressort à l'unanimité est que les PS, bien que travaillant tous en ville et sur un même secteur, ne se connaissent pas.

Certaines structures d'ETP ont tenté des approches avec les pharmaciens. Elles souhaitaient qu'ils participent au programme mais les réponses n'ont pas été très positives. Elles trouvent que le dialogue peut être plus ou moins compliqué en fonction du statut professionnel de l'interlocuteur faisant la démarche. Certaines pharmacies sont tout de même investies et collaborent avec les structures pour y dispenser des séances. Là encore, il est nécessaire que les pharmacies reçoivent les bilans des programmes.

Que ce soit en ville ou à l'hôpital, il est essentiel de replacer, dans l'esprit du corps médical, le pharmacien comme un PS à part entière dans le parcours de soin du patient. Le pharmacien, devant à ce titre, recevoir les courriers médicaux des patients. Ceci pourra notamment se faire, de façon sécurisée, via MonSisra (MSS) ou le DMP. Une collaboration plus forte doit se mettre en place pour améliorer la continuité des soins. Les formations pluridisciplinaires semblent pouvoir améliorer ces liens.

L'implication des pharmaciens pour une meilleure collaboration semble bien présente.

Une étude à Clermont-Ferrand concernant le lien ville-hôpital pour les patients greffés hépatiques confirme l'engouement des pharmaciens pour se former et améliorer les liens entre les différents professionnels de santé. En effet, 95 % d'entre eux estiment avoir leur place dans l'éducation thérapeutique, 89 % aimeraient renforcer leur rôle dans ce secteur et avoir une place au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Enfin 61% désirent améliorer les collaborations avec les médecins. De plus, 98% désireraient des formations, sur les

traitements pouvant être prescrits aux patients, mais que celles-ci soient effectuées en collaboration avec les médecins et pharmaciens hospitaliers. Cette enquête a également mis en avant que 100% de pharmaciens officinaux désiraient être informés de la sortie d'hospitalisation des patients greffés. Des études concernant d'autres pathologies démontrent le même désir de collaboration et d'information de la part des officinaux, et qu'ils souhaiteraient recevoir le courrier de sortie d'hospitalisation.(89)

4.8.3 Reprise éducative à l'officine

Les structures sont plutôt favorables à une reprise éducative par les pharmaciens, s'ils sont motivés et impliqués. Même si certains aimeraient plutôt avoir directement un pharmacien au sein de leur structure pour réaliser des ateliers sur les médicaments, par exemple.

La reprise éducative est primordiale pour maintenir les bénéfices de l'ETP.

L'officine, de par son maillage territorial idéal, la confiance que lui portent les patients, ainsi que le lien patient/pharmacien privilégié, semble adaptée pour l'effectuer. Cependant, cette reprise devra s'effectuer en collaboration avec les structures, afin d'adopter un même discours.

Bien qu'ils admettent que certaines pharmacies soient déjà investies en ETP, des réticences sont néanmoins soulevées par nos interviewés. Il faut que les conditions de confidentialité soient respectées, que les pharmaciens prennent du temps pour bien réaliser l'entretien (environ 1h), qu'ils aient du temps pour se former à l'ETP et que ce ne soit pas dans un but lucratif.

Nous pouvons imaginer que ces freins évoqués proviennent, en partie, de la méconnaissance des accompagnements pharmaceutiques effectués en pharmacie, ayant déjà à répondre à ces impératifs.

En effet, actuellement en France, en officine, les pharmaciens sont autorisés à dispenser, pour l'heure, quatre types d'entretiens pharmaceutiques. Ceci a été permis par la loi HPST et concrétisé par la Convention Nationale Pharmaceutique (CNP). Ces entretiens concernent les patients sous traitements chroniques par Antivitamine K (AVK) (Avenant 1 de la CNP) (90), par anticoagulants oraux d'action directe (AOD) (Avenant 8 de la CNP) (91), les patients asthmatiques sous corticoïdes inhalés (Avenant 4 de la CNP) (92) et les patients sous anticancéreux oraux (Avenant 21 de la CNP).(93) Les objectifs étant

l'amélioration des connaissances du patient sur sa maladie et ses traitements et ainsi avoir une meilleure qualité de vie.

Ajouté à ces entretiens, en 2018, le Bilan Partagé de Médication (BPM) vient renforcer un peu plus le rôle du pharmacien en tant que professionnel de santé (Avenant 12 de la CNP).(94) Il s'adresse aux « patients de 65 ans et plus avec au moins une affection de longue durée et les patients à partir de 75 ans, sous traitement au moment de l'adhésion, pour lesquels au moins cinq molécules ou principes actifs sont prescrits, pour une durée consécutive de traitement supérieure ou égale à 6 mois ». Il a pour but de lutter contre la iatrogénie, d'aider le patient à comprendre son traitement et son administration.

Ces entretiens ne se substituent pas et ne constituent pas un programme d'ETP mais placent les pharmaciens en tant qu'éducateur de santé. Le maillage territorial fait du pharmacien un professionnel de santé de premier recours indispensable (étant parfois même le seul). De plus, ces dispositifs sont une réussite sur le plan social et médical pour les patients et les pharmaciens.(39)

Un entretien pharmaceutique chez les patients diabétiques en officine pourrait également être justifié et constituer une grande amélioration dans la prise en charge. Il pourrait permettre une continuité des différents ateliers d'ETP que le patient aurait pu suivre, et placer le pharmacien d'officine au cœur de son rôle de professionnel de santé. D'autant plus que 97% des pharmaciens se disent prêts à participer à ces entretiens sur d'autres pathologies, tel que le diabète.(95)

Des projets concernant le développement de ces entretiens ont été développés et testés, comme celui de Pierre Garcia Santos et al. (39) concernant le DT2. Son entretien est construit sur la recherche et les causes de l'inobservance chez les patients diabétiques ; ensuite, un deuxième entretien est proposé au patient, parmi plusieurs thèmes. Une communication aux autres PS sur ces entretiens doit être impérative. Ici, une fiche récapitulative est proposée et transmise par courrier ou via MSSanté. Elle informe le médecin prescripteur de la réalisation d'un entretien pharmaceutique et résume les points forts, les points à améliorer et les thèmes qui seront abordés au cours du deuxième entretien pharmaceutique. De même, l'inscription de certaines données au DMP du patient est envisagée et faciliterait le lien interprofessionnel.

Plus de 80% des patients ayant participé le recommanderaient à un proche ou une connaissance et plus de 90% jugent l'entretien pharmaceutique réalisé plutôt utile.

Enfin, dans les conclusions de l'étude DAWN2™ on apprend que les patients diabétiques désirent que les PS intègrent d'avantage la dimension psychosociale dans la prise en charge de la pathologie afin d'obtenir un meilleur suivi thérapeutique et d'améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille. L'officinal, après formation dans ce domaine, pourra évoquer ces thèmes lors des séances isolées.(96) D'autres investigations, en France, ont montré la volonté croissante du patient chronique de bénéficier d'une prise en charge personnalisée par son pharmacien d'officine pour l'aider dans la gestion quotidienne de la maladie.(39)

Du fait de sa proximité avec les patients, que ce soit en termes de maillage territoriale ou de la confiance établie avec les patients, le pharmacien d'officine se place comme un professionnel de santé facilement accessible et a un rôle à jouer dans l'éducation des patients atteints de maladies chroniques.

4.8.4 Exemples d'implication du pharmacien dans d'autres pays

Nous avons souhaité savoir la place qu'occupaient les pharmaciens dans le parcours de soins des patients à l'étranger.

En 2008, une étude du Commonwealth Fund, a comparé les systèmes de soins entre huit pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économique) : l'Allemagne, l'Australie, le Canada, les États-Unis, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et la France. Ce travail révèle que la France est la moins bien classée sur plusieurs points, dont l'implication des patients dans les soins, la liaison ville-hôpital, la coordination et les échanges entre les médecins et les pharmaciens.(97)

Le Canada se place comme un pays avancé en matière de concertation pluri-professionnelle et notamment d'éducation thérapeutique et de suivi des patients diabétiques. Sur ses 10 provinces, la prévalence des diabétiques est de 6.8% de la population. Elle s'élève à 8.7% en comptant uniquement les personnes adultes de 20 ans et plus, ce qui représente 1 Canadien sur 11.(98) Proportionnellement, le Canada compte

plus de patients diabétiques que la France où la prévalence est de 5%.

Les prestations délivrées aux patients diabétiques, notamment au sein des pharmacies canadiennes, ont considérablement évolué ces dix dernières années. Parmi les nouvelles missions, le pharmacien peut proposer la vaccination antigrippale et antipneumococcique, recommandées par Diabetes Canada (à l'exception du Québec). Il peut également renouveler les ordonnances afin d'assurer la continuité du traitement (en informant le prescripteur initial), avoir accès aux délivrances effectuées (à l'échelle de cette même province et à l'exception des médicaments en vente libre...) et aux résultats d'examens biologiques, qu'ils sont autorisés à prescrire et à en interpréter les résultats. (99)

Le pharmacien est donc au cœur du suivi des patients diabétiques. Il contribue à désengorger les salles d'attente des médecins en traitant les cas non urgents et permet de consolider la collaboration entre professionnels de santé.

Nous pouvons remarquer que ces missions sont plus larges que celles en vigueur en France et que les collaborations entre professionnels sont plus présentes. Le modèle de médecine française reste traditionnel, chacun à une répartition des tâches bien précise et ne souhaite pas qu'une autre catégorie de PS puisse également les effectuer. Prenons l'exemple de la vaccination antigrippale en officine, autorisée en France depuis le 1er mars 2019.(100) Elle a fait l'objet d'une expérimentation, en 2017, dans deux régions (Auvergne-Rhône-Alpes et Nouvelle Aquitaine) et a été mal perçue notamment par les infirmiers et les médecins généralistes. En effet, 51% de ces derniers étaient hostiles à cette expérimentation et 55% pensaient que cela ne doit pas faire partie des missions du pharmacien.(101) Nous pouvons donc penser qu'il faudra du temps pour obtenir les mêmes missions que nos confrères pharmaciens canadiens.

Dans la province de l'Ontario, un programme nommé « MedsCheck » a été mis en place pour plusieurs pathologies dont le diabète de type 1 et 2 en 2010. Il s'agit d'un entretien individuel isolé, entre le patient et un pharmacien, mené en officine de ville. Il permet d'évoquer les traitements du patient, l'observance et aboutit à la dispensation de conseils afin de favoriser l'autogestion de la pathologie par le patient. Chaque entretien a lieu une fois par an et dans la même pharmacie.(102) Le programme « MedsCheck Diabetes » a été initié chez pratiquement la moitié des Ontariens.(103) Ce programme fait écho aux entretiens pharmaceutiques et bilans de médication qui sont dispensés en France. Il serait judicieux d'inclure le thème du diabète dans les entretiens français.

Nous allons à présent détailler les moyens mis en place au bénéfice des patients diabétiques dans la province du Québec.

A l'instar du DMP, il existe, au Québec, le Dossier Santé Québec (DSQ). Il s'agit d'un outil sécurisé qui permet un accès direct, par les professionnels autorisés, à certains renseignements de santé des usagers, peu importe le lieu de dispensation des soins. Il va contenir notamment les résultats d'analyse ou d'imagerie, les médicaments prescrits, les hospitalisations, les allergies ou encore les différents professionnels de la santé suivant le patient, permettant ainsi une concertation pluri-professionnelle plus aisée. De plus, il existe un système de gestion des ordonnances électroniques : la prescription est transmise directement au pharmacien d'officine à la suite de la consultation médicale.(104)

Le patient peut accéder aux renseignements le concernant contenus dans le DSQ par l'application Web : Carnet Santé Québec. Le DSQ permet aussi la prise de rendez-vous en ligne et la recherche d'un médecin.(105)

Parmi les établissements de santé pouvant en bénéficier, 98.8% étaient rattachés au DSQ en 2017.(106)

Un bon exemple de travail pluriprofessionnel se trouve dans les Groupes de Médecine de Famille (GMF). Mis en place au Québec en 2002, il s'agit d'un groupement de médecins travaillant en concertation avec d'autres professionnels de santé, tels que des infirmiers, des psychologues ou des pharmaciens. Tous les médecins ont accès à l'ensemble des dossiers médicaux informatisés des patients inscrits.(107)

Les GMF, ayant une organisation interprofessionnelle, créent des protocoles de soins et des ordonnances collectives, ce qui homogénéise les pratiques et renforce le lien entre professionnels de santé. Ils permettent d'améliorer l'accès, la prise en charge et la continuité des soins mais également la mise en place d'une approche préventive.

Chaque corps de métier a bien entendu des fonctions et rôles différents mais qui sont complémentaires.

Les médecins peuvent effectuer des consultations dans leur bureau mais également à domicile. En plus de leur rôle de diagnostic et de traitement, ils participent au suivi des patients, à la coordination des services de santé et à l'organisation des réunions avec l'équipe interprofessionnelle.

Les infirmiers ont un rôle prépondérant. A l'instar du réseau Asalée en France, la collaboration médecin-infirmier est très présente. En plus des soins, leurs activités

pourront être similaires à celles des médecins, notamment grâce aux ordonnances établies par ceux-ci. Elles consistent en l'évaluation des conditions de santé des patients, la surveillance clinique ainsi que l'initiation aux mesures diagnostiques ou thérapeutiques, l'ajustement des traitements médicamenteux, selon une ordonnance. Ils peuvent aussi réaliser des actions d'éducation thérapeutique et évaluer la capacité du patient et de son entourage à suivre ces recommandations. De plus, ils permettent la liaison entre les différents professionnels de santé du réseau, mais également ceux en dehors, comme les pharmacies d'officine.

Concernant les pharmaciens présents dans le GMF, ils travaillent, eux aussi, en concertation avec les différents pharmaciens du secteur d'implantation du groupement mais également avec les médecins de ville. Ils permettent donc un suivi et une continuité des soins des patients inscrits au GMF.

La réciprocité est vraie et les pharmaciens de ville peuvent envoyer leurs patients, qu'ils jugent demandeurs ou dans la nécessité, à un médecin ou une infirmière du groupement. Un pharmacien hors groupement pourra également être sollicité ponctuellement afin de dispenser différents programmes éducatifs.

Les pharmaciens au sein du GMF peuvent réaliser des ateliers sur les traitements des patients, être sollicités par les autres professionnels de santé du groupement pour des conseils sur le bon usage des médicaments et participer aux décisions des traitements, ainsi qu'assurer un suivi adéquat. De ce fait, ils sont habilités à effectuer un ajustement des posologies, sous couvert d'une ordonnance établie par le médecin. Comme énoncé plus haut, ils peuvent participer à la continuité et à la liaison des services et soins médicaux du patient, en ville ou lors d'une hospitalisation.(108)

Pour illustrer ces propos, prenons l'exemple d'un protocole interdisciplinaire réalisé pour le suivi de la clientèle diabétique en GMF de Laval, au Québec, afin d'harmoniser les pratiques.(109) Notons tout d'abord qu'il s'adresse à une clientèle de diabétiques mais également de pré-diabétiques.

Le travail pluri-disciplinaire met en jeu médecins, infirmiers comme nous l'avons énoncé précédemment. Cependant, ici, il existe un infirmier dit « praticien spécialisé en soins de première ligne » (IPSPL), qui va pouvoir réaliser les mêmes activités que le médecin à l'exception du diagnostic initial et de l'initiation des traitements. Un nutritionniste sera également présent pour adapter l'alimentation au mode de vie du patient ; tout comme un kinésologue qui va initier le patient à une bonne activité physique. Un pharmacien pourra

effectuer des ajustements de posologies sous ordonnance médicale et éduquer les patients à leur thérapie.

Ce tableau récapitulatif ci-dessous permet de voir les fonctions principales des différents intervenants.

Activités	Intervenants			
	Md	IPSPL	Inf. GMF	Nutritionniste
▪ Assure le dépistage	√	√		
▪ Confirme le diagnostic	√			
▪ Recherche et/ou confirme les facteurs de risque et les comorbidités	√	√		
▪ Établit le plan de traitement initial	√			
▪ Instaure la médication	√			
▪ Ajuste la médication	√	√	Selon o.c.	
▪ Identifie au dossier l'amorce du suivi interdisciplinaire selon entente locale	√	√		
▪ Poursuit et complète la collecte de données	√	√	√	√
▪ Évalue l'état physique	√	√	√	
▪ Évalue le contexte psycho-social-familial	√	√	√	√
▪ Renseigne l'utilisateur sur son état de santé	√	√	√	√
▪ Assure le suivi selon le processus clinique	√	√	√	
▪ Détermine les valeurs cibles attendues	√	√	√	
▪ Précise la fréquence des labos et/ou collabore	√	√	Selon o.c.	
▪ Procède et/ou collabore au dépistage des complications	√	√	√	
▪ Établit le traitement des complications	√	√		
▪ Précise la fréquence des visites médicales si diffère du protocole	√	√		
▪ Réfère aux ressources existantes	√	√	√	√
▪ Assure une disponibilité ou celle d'un remplaçant pour répondre aux questions de l'infirmière relativement au suivi interdisciplinaire	√	√		
▪ Peut cesser le suivi (aviser autres membres de l'équipe)	√	√	√	√
▪ Discute et/ou réfère au médecin lorsque cibles non atteintes, complications ou non-réponse aux Tx		√	√	√
▪ Assure la liaison entre l'utilisateur, le médecin, l'IPSPL et les autres intervenants			√	√

Figure 3 : Fonctions des intervenants dans un GMF à Laval (109)

Pour résumer, les GMF ont mis en place une collaboration médecin-infirmier très forte, à l'instar du dispositif Asalée en France. Ils permettent une réelle concertation pluriprofessionnelle autour du patient diabétique en faisant intervenir différentes catégories de PS. Un point primordial est que ces groupements ont mis en place un professionnel de santé « de liaison » surveillant le suivi adéquat du patient en ville ou lors d'une hospitalisation. Cette personne pourra être contactée à n'importe quel moment lorsque le patient aura une interrogation.

Nous voyons également que le pharmacien peut tenir une place importante. Il peut tenir ce rôle de professionnel de liaison et ainsi faciliter les échanges entre les professionnels de santé, mais également s'assurer du bon suivi du patient et être son référent. Il peut effectuer des ateliers d'éducation auprès des patients, être consulté au sujet du traitement médicamenteux mais aussi l'adapter afin de permettre au patient d'obtenir les objectifs ciblés par une ordonnance.

Lors de notre enquête, à l'évocation de ces missions, les interviewés trouvaient cela très bien mais ne voyaient pas cela réalisable en France à l'heure actuelle.

Des études semblables ont été menées au Royaume Uni et aux USA. Elles ont porté sur l'impact que pouvait avoir le pharmacien d'officine sur la surveillance et l'éducation du patient diabétique de type 2. Des conseils étaient donnés par des pharmaciens, sur la maladie, le traitement et les facteurs de risques cardiovasculaires, sur une période d'un an. Les résultats ont montré une diminution du taux d'HbA1c, de la tension artérielle, de l'IMC et de la glycémie en général, ainsi qu'une meilleure connaissance de leur maladie chez les patients de l'échantillon. Ces études ont montré tout l'intérêt que pouvait avoir l'implication du pharmacien de ville dans l'amélioration de la prise en charge du diabète, aussi bien en termes de réduction des comorbidités, qu'au niveau de l'observance thérapeutique.(110,111)

Aux États-Unis, dans une méta-analyse, Wubben et Vivian ont comparé 21 études portant sur le rôle du pharmacien d'officine dans l'éducation des patients diabétiques. Une baisse de l'hémoglobine glyquée de plus de 0.5% a été retrouvée pour 13 d'entre elles. Un tiers ont démontré une baisse de la pression artérielle. Ceci a notamment été permis par une éducation aux patients entre deux rendez-vous, ainsi qu'un rappel de ceux à effectuer. Le point le plus important a été que les pharmaciens faisaient le lien et le relai entre les patients et les autres professionnels de santé.(112) Les professionnels de santé ont constaté qu'une intensification de traitement plus précoce a été notée lors de l'intervention des pharmaciens. Une transmission des problèmes rencontrés par les patients peut être bénéfique, de même qu'un ajustement thérapeutique après analyse pharmacologique.(113) Ces résultats montrent bien que le pharmacien d'officine peut apporter un réel bénéfice dans le parcours de soin des patients diabétiques.

4.9 Place de la télémédecine

Il semble opportun, avant de discuter des résultats, d'expliquer ce qu'est la télémédecine. La loi HPST a également permis de définir pour la première fois la télémédecine. Elle est « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. » (114) Elle va permettre une communication soit entre les PS entre eux, soit entre les PS et un patient.

Puis, en 2010, un décret définit cinq actes la constituant, à savoir :

- La téléconsultation : permet à un PS de pratiquer une consultation à distance du patient et d'établir un diagnostic. Le patient peut être assisté par un autre PS.
- La téléexpertise : permet à un PS de demander, à distance, l'avis d'un confrère par l'envoi d'éléments médicaux (à distance de la consultation avec le patient).
- La télésurveillance : permet à un PS d'interpréter, à distance, les données recueillies au domicile du patient.
- La téléassistance : permet à un PS d'assister, à distance, un confrère au cours de la réalisation d'un acte.
- La régulation : réponse apportée dans le cadre de l'activité des centres 15.



Figure 4 : Résumé des actes de télémédecine (114)

En auvergne, tous les PS ne semblent pas prêts à l'utilisation de la télémédecine. Pourtant, en 2018, Diabète LAB mène une enquête sur les besoins et les attentes des patients diabétiques en France. Ils souhaitent un meilleur accès aux soins, notamment grâce à la télémédecine. Pour 50% d'entre eux « l'incertitude sur [leur] avenir et la gestion pluri-quotidienne de [leur] pathologie constituent les principales difficultés et contraintes dans leur vie ». Ils souhaitent que les nouvelles technologies les aident à améliorer ces aspects.(43)

Pour ceux n'étant pas contre son utilisation, plusieurs choses ressortent.

Concernant la téléconsultation en ETP, certains sont pour et ont créé des web-ateliers ou web-entretiens. Ils trouvent que cela engendre moins de problèmes financiers et organisationnels aux patients. D'autres emploieraient la téléconsultation uniquement en dépannage et pour un complément de séance ou un petit atelier tel que sur l'alimentation. Ceci s'explique par le fait qu'ils trouvent que l'ETP développe, avant tout, une relation particulière avec les patients. Ils pensent que ces derniers ne se livrent pas de la même façon en étant derrière un écran.

Concernant la télésurveillance, certains l'ont mise en place, avec succès, pour le diabète gestationnel, notamment via LibreView. Ce dispositif est une plateforme cloud sécurisée qui récupère et stocke les informations glycémiques des patients. Ces informations proviennent soit du lecteur de glycémie FreeStyle Libre, soit de l'application associée FreeStyle LibreLink. Une fois synchronisées, elles sont accessibles, 24h/24 et 7j/7, par le patient mais également par son médecin, bénéficiant d'un accès autorisé. Ce dernier pouvant donc analyser les résultats à distance ou lors d'une consultation.(115)

Au niveau national, bien que l'on pourrait inclure toutes ces pratiques de télémédecine en diabétologie, c'est le domaine de la télésurveillance qui s'est le plus développé et qui bénéficie, pour l'heure, aux patients.(116) Nous pouvons tout de même noter quelques essais en téléexpertise pour la gestion des pieds diabétiques, notamment avec le service Domoplaies (18), ou encore en Picardie où des infirmiers libéraux sont mis en contact avec l'équipe « plaies et escarres » du Centre Hospitalier.(117) Ces projets pouvant être suivis d'une téléconsultation.

L'étude Entred de 2007 montrait que 45% des DT1 et 31% des DT2 avaient été hospitalisés au moins une fois dans l'année. La télémédecine pourrait permettre un meilleur accès aux soins, le rappel de conseils et donc, à terme une diminution des

hospitalisations.(9) D'après Franc S. et al., les objectifs de la télémédecine seraient, bien sûr, d'obtenir globalement un meilleur équilibre glycémique. Plus spécifiquement, concernant le DT1, ils pourraient porter sur l'aide des patients vis-à-vis de leur ajustement insulinique ; pour le DT2, ils pourraient aussi porter sur l'ajustement thérapeutique mais aussi et surtout sur le changement de mode de vie et le suivi plus adéquat des RHD.(118)

Environ 50 000 applications portant sur la santé sont déjà disponibles et en constante augmentation. Près de 43% des Français disent s'en servir dans leur vie quotidienne.(119) Celles visant à aider les patients diabétiques permettent notamment de créer un e-carnet de glycémie, de quantifier les glucides ou encore d'obtenir des fiches conseils ; permettant au patient de s'investir encore davantage dans la gestion de la maladie.

De nouvelles applications permettent dorénavant la transmission d'informations avec les professionnels de santé des patients, et donnent ainsi un accès à la télésurveillance.

Parmi elles, nous pouvons citer DIABNEXT qui obtient le prix du Coup de Cœur du jury du Prix de l'Innovation 2019 de la Société Française de Télémédecine.(120)

DIABNEXT est une société qui a commercialisé une plateforme de télésurveillance du diabète. Elle permet aux patients d'obtenir un e-carnet d'auto-surveillance glycémique grâce à une application mobile. Celui-ci s'enrichit automatiquement à l'aide d'appareils connectés en Bluetooth® :

- Le CLIPSULIN qui s'adapte à tous les stylos d'insuline et qui va collecter les unités d'insuline injectées.
- Le GLUCONEXT qui se connectera aux lecteurs de glycémie et transmettra les valeurs obtenues.

De plus, une plateforme DIABNEXT PRO a été créée pour les professionnels de santé afin de suivre les données des patients et ainsi d'obtenir les résultats de mesure de la glycémie en temps réel afin d'optimiser l'adaptation des traitements lors des consultations. L'application pourra éventuellement permettre aux patients de compter leur apport en glucides lors des repas en prenant en photo leur assiette, d'interagir avec la communauté ayant adhéré au réseau, de les aider dans leur activité physique et dans l'accompagnement thérapeutique.(121)

De plus, suite à l'accréditation par la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins), cette solution est remboursée par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) pour les patients diabétiques rentrant dans le programme ETAPES (Expérimentation de

Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours En Santé).

L'expérimentation ETAPES a été instaurée dans l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Mise en place par le Ministère des Solidarités et de la Santé, elle vise à « encourager et soutenir financièrement le déploiement de projets de télésurveillance cohérents et pertinents sur l'ensemble du territoire. ». Cela va concerner cinq pathologies, dont le diabète (avec des critères d'éligibilité). En 2018, cette même loi reconduit, à l'article 54, l'expérimentation pour 4 ans.(122)

Nous pouvons citer également l'application Diabeo®, disponible uniquement sur ordonnance et faisant partie des dispositifs médicaux de classe IIb. Cette application est couplée à un patch collé sur le bras et à un lecteur de glycémie. Elle permet aux patients d'ajuster leur dose d'insuline à injecter en se fiant à la prescription médicale et d'avoir un e-carnet d'auto-surveillance glycémique transmissible à l'équipe soignante. Elle permet également aux patients de recevoir des conseils hygiéno-diététiques. L'équipe soignante est, bien entendu, incluse et reçoit en temps réel les résultats glycémiques des patients avec la possibilité de paramétrer des alertes en cas de seuils dépassés. De plus, en accord préalable avec le médecin, une infirmière de télé-diabétologie pourra exercer un suivi entre les consultations.

Une étude nommée Telediab 1 (entre 2007 et 2009) menée chez 180 patients DT1 mal équilibrés, démontre une baisse de 0.7% de l'HbA1c, passant même à 0.9% pour les patients bénéficiant de télé-suivi pendant 6 mois, grâce à cette application. Ces résultats nous montrent que Diabeo® a permis une amélioration en termes d'équilibre glycémique mais également que le suivi motivationnel par téléconsultation, accentuait ces constats. Une nouvelle étude nationale TELESAGE (pour Suivi A Grande Echelle d'une cohorte de patients diabétiques de type 1 par TELEmédecine) incluant 700 DT1 ou DT2 sous injection basal-bolus est lancée, en 2013, afin de confirmer ces résultats et permettre ou non le remboursement de l'application. Elle va comparer le suivi habituel versus Diabeo® seul et Diabeo® + télésurveillance par une infirmière (protocole validé par le médecin). Elle comparera en plus la qualité de vie, les hypoglycémies, la satisfaction des patients et les aspects médico-économiques.(123,124)

Nous pouvons voir que la télémédecine en diabétologie permet aux patients d'avoir un rôle plus actif dans leur pathologie et développe l'accompagnement thérapeutique. Cependant des obstacles majeurs au déploiement de la télémédecine et à ce mode de

suivi sont bien évidemment présents.

En Auvergne, les freins soulevés sont les zones blanches présentes sur le territoire, la nécessité d'avoir le matériel adéquat et les difficultés en informatique de certains patients. Concernant ces dernières, des ateliers vont parfois être développés pour aider les patients. On apprend que les PS de premières lignes sont souvent sollicités à ce sujet pour aider les patients et, de ce fait, place le pharmacien comme potentiel aidant. D'ailleurs certains PS voient l'officine comme un lieu où les patients pourraient effectuer leur téléconsultation.

Nous pouvons rajouter que l'adhésion des patients et des soignants aux nouvelles technologies doit évidemment être présente.

La télémédecine nécessite encore du temps pour une utilisation quotidienne par tous mais elle est souvent perçue comme une future solution pour améliorer le système de soin et la prise en charge des patients.

CONCLUSION

Le diabète, véritable pandémie mondiale avec plus de 422 millions de personnes atteintes, engendre des complications graves nécessitant une prise en charge globale.

L'Education Thérapeutique du Patient, qui fait partie intégrante de la stratégie thérapeutique, permet notamment une meilleure connaissance de la pathologie et améliore l'observance, le suivi et la qualité de vie des patients.

Une enquête menée auprès des structures auvergnates dispensant des programmes d'ETP a mis en exergue plusieurs éléments permettant d'améliorer le suivi du patient.

Le premier constat fait apparaître que la visibilité des programmes doit être augmentée afin que plus de patients puissent en bénéficier.

Ensuite, une collaboration plus importante entre les Professionnels de Santé d'un même patient doit être développée, notamment avec la transmission des dossiers à la sortie des programmes. Cette transmission d'informations peut être freinée par le manque de temps, de personnel et de connaissances sur les PS habituels des patients. Des initiatives efficaces sont développées et des outils tels que MonSisra et le DMP permettent, en partie, d'y remédier.

Le fait que l'efficacité de l'ETP diminue avec le temps et que le suivi des patients s'effectue au maximum sur l'année suivant le programme d'ETP, nous amène à conclure qu'une reprise éducative doit être initiée.

A ce sujet, les PS dispensant les séances sont majoritairement favorables à une reprise éducative en ville et soulignent pleinement son intérêt. Tous les PS de premier recours pourraient donc l'effectuer, dont le pharmacien d'officine.

La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » permet à ces derniers de participer à l'ETP en dispensant, par exemple, des séances dans les programmes ; mais également d'accompagner des patients, notamment via des reprises éducatives à l'officine. De par sa proximité, avec un maillage territorial idéal, et le lien privilégié qu'il développe avec ses patients, le pharmacien d'officine a tout son rôle à jouer dans le parcours de soin du patient. Il pourra notamment agir en augmentant la visibilité des programmes, en participant aux collaborations pluriprofessionnelles ou en effectuant des reprises éducatives à l'officine.

Ces missions pourront s'effectuer à la condition que les pharmaciens soient motivés et que le corps médical les intègre en tant que PS dans le parcours de soin du patient. Au Canada, ces rôles sont déjà exploités avec succès.

Enfin la télémédecine pourra permettre, à terme, lorsque certains freins seront soulevés, un meilleur suivi des patients. En particulier, la téléconsultation qui peut éviter certaines absences des patients aux séances ; ainsi que la télésurveillance qui permet au patient d'être plus actif dans sa maladie tout en bénéficiant d'un accompagnement thérapeutique.

Le Doyen de l'UFR de Pharmacie,
Brigitte VENNAT

Le Président du Jury,
Brigitte VENNAT

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation Mondiale de la Santé. Diabète [Internet]. World Health Organization. 2018 [cité 30 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. FFD. Le diabète dans le monde [Internet]. Fédération Française des Diabétiques. 2017 [cité 15 août 2019]. Disponible sur: <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/definition-diabete/chiffres-monde>
3. Santé Publique France. Diabète [Internet]. Santé Publique France. 2019 [cité 15 août 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/donnees/#tabs>
4. IDF. Type 1 diabetes [Internet]. International Diabetes Federation. 2017 [cité 15 août 2019]. Disponible sur: <https://www.idf.org/aboutdiabetes/type-1-diabetes.html>
5. Assurance Maladie En Ligne (Ameli). Diagnostic du diabète [Internet]. Ameli.fr. 2019 [cité 27 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/diagnostic/diagnostic-diabete>
6. Équipe de professionnels de la santé de Diabète Québec. Les autres types de diabète [Internet]. Diabète Québec. 08/18 [cité 20 août 2019]. Disponible sur: <http://www.diabete.qc.ca/fr/comprendre-le-diabete/tout-sur-le-diabete/types-de-diabete/les-autres-types-de-diabete>
7. Fédération Française des Diabétiques. Diabète : comprendre votre traitement [Internet]. 2015 [cité 27 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=Pr5pQ72Qssl>
8. Buffet C, Vazier C. Diabète sucré de type 1 et de type 2. In: Endocrinologie, Diabétologie, Nutrition. Elsevier Masson. 2020. p. 220-3.
9. Druet C, Roudier C, Romon i, Assogba F, Bourdel Marchasson I. Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques, Entred 2007-2010. Institut de Veille Sanitaire INVS; 2013.
10. Santé Publique France. Etude Entred 2007-2010 [Internet]. Santé Publique France. 2019 [cité 6 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/documents/rapport-synthese/etude-entred-2007-2010>
11. Fischer P, Ghanassia E, Baraut M-C. Endocrinologie, diabétologie, nutrition. Vernazobres-Gregu. 2017. 439 p. (KB; vol. n°9).
12. Schlienger J-L. Complications du diabète de type 2. Presse Médicale. mai

2013;42(5):839-48.

13. Assurance Maladie En Ligne (Ameli). Artérite des membres inférieurs : définitions, causes et facteurs de risque [Internet]. Ameli.fr. 2019 [cité 12 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/arterite-membres-inferieurs/definition-causes-facteurs-risque>
14. Delcourt C, Vauzelle-Kervroedan F, Cathelineau G, Papoz L. Low Prevalence of Long-Term Complications in Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus in France: A Multicenter Study. *J Diabetes Complications*. 1 mars 1998;12(2):88-95.
15. Bordier L, Bauduceau B. Equilibre glycémique et complications macroangiopathiques du diabète. *Int J Med Surg*. 14 juill 2017;4(1):23-7.
16. Haute Autorité de Santé HAS. Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète. oct 2014;1-98.
17. Fagot A, Romon I, Fosse S, Roudier C. Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France. Synthèse épidémiologique. *Santé Publique Fr*. nov 2010;12p.
18. Martini J. La prise en charge du pied diabétique dans un territoire de santé. *Médecine Mal Métaboliques*. oct 2016;10(6):537-41.
19. Assurance Maladie En Ligne (Ameli). Diabète : prévenir les complications du pied [Internet]. Ameli.fr. 2017 [cité 23 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pedegree-podologue/exercice-professionnel/prescription-prise-charge/situation-patient-diabete/situation-patient-diabete>
20. Aiello LP, Group for the DR. Diabetic Retinopathy and Other Ocular Findings in the Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Study. *Diabetes Care*. 1 janv 2014;37(1):17-23.
21. Haute Autorité de Santé HAS. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. janv 2013;28.
22. Assurance Maladie En Ligne (Ameli). Surveillance du diabète : les fondamentaux [Internet]. Ameli.fr. 2019 [cité 12 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/surveillance-fondamentaux/surveillance-fondamentaux>
23. Schlienger J-L. La prise en charge hygiéno-diététique du diabète de type 2 : première étape de l'itinéraire. *Médecine Mal Métaboliques*. mars 2016;10(2):101-6.
24. Chaari C, Harrabi T, Fennira E, Mhidhi S, Ali M, Ben Mami F. L'impact du switch des diabétiques de type 1 aux analogues de l'insuline sur l'hypoglycémie. *Ann Endocrinol*.

2015;76(4):547-8.

25. Service de Diabétologie du CHU Rangueil. Les différentes insulines [Internet]. Réseau Diabète en Midi-Pyrénées | Diamip. 2019 [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.diamip.org/>

26. Collège National de Pharmacologie Médicale (CNPM). Inhibiteurs des SGLT2 [Internet]. Pharmacomédicale. 2019 [cité 10 oct 2019]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/inhibiteurs-des-sgl2>

27. Inzucchi SE, Zinman B, Wanner C, Ferrari R, Fitchett D, Hantel S, et al. SGLT-2 inhibitors and cardiovascular risk: Proposed pathways and review of ongoing outcome trials. *Diab Vasc Dis Res.* mars 2015;12(2):90-100.

28. Ministère des Solidarités et de la Santé. Arrêté du 24 mars 2020 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux. *Journal Officiel de la République Française* avr 1, 2020.

29. Collège National de Pharmacologie Médicale (CNPM). Antidiabétiques : Les points essentiels [Internet]. Pharmacomédicale. 2019 [cité 10 oct 2019]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/antidiabetiques-les-points-essentiels>

30. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Education Thérapeutique du Patient : programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. 1998.

31. Haute Autorité de Santé HAS. Éducation thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation. juin 2007;8.

32. Ministère de la Santé et des Sports, ANAP. La loi HPST à l'hôpital : Les clés pour comprendre [Internet]. Ministère chargé de la santé; 2010 [cité 17 oct 2019]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/la-loi-hpst-a-lhopital-les-cles-pour-comprendre/>

33. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 84 [Internet]. Code de la Santé Publique juill 21, 2009. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_84

34. Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes. Les pôles ressources en ETP dans la région [Internet]. ARS Auvergne-Rhône-Alpes. 2020 [cité 22 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/les-poles-ressources-en-etp-dans-la-region>

35. Buzyn A. Colloque sur « le pouvoir d'agir (empowerment) des patients questionne

l'éducation thérapeutique et ses acteurs ». Ministère Solidar Santé. 31 janv 2018;8.

36. Devys C, Bildstein V. Etude de l'observance médicamenteuse des patients diabétiques de type II en Île-de-France. sept 2016;4.

37. Penfornis A. Observance médicamenteuse dans le diabète de type 2 : influence des modalités du traitement médicamenteux et conséquences sur son efficacité. *Diabetes Metab.* avr 2003;29(2):31-7.

38. Académie nationale de Pharmacie. Observance des traitements médicamenteux en France [Internet]. 2015 [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/rapport-de-lacademie-nationale-de-pharmacie-observance-des-traitements-medicamenteux-en-france/>

39. Garcia Santos P, Bernard L, Bedhomme S, Blum S, Gravelin M, Leonce MF, et al. L'entretien pharmaceutique pour le patient diabétique de type 2 : élaboration d'une fiche de suivi. *Ann Pharm Fr.* sept 2017;75(5):385-97.

40. Belhabib G, Lahyani M, Mhiri A, Gloulou O, Sahli J, Chouchane N. Évaluation des facteurs conditionnant l'observance thérapeutique chez le patient diabétique. *Pharm Hosp Clin.* 31 oct 2017;53(2):87-96.

41. Reach G, Consoli SM, Halimi S, Colas C, Duclos M, Fontaine P, et al. The multinational second Diabetes, Attitudes, Wishes and Needs study: results of the French survey. *Patient Prefer Adherence.* 12 févr 2015;9:289-97.

42. Virally M, Hochberg G, Eschwège E, Dejager S, Mosnier-Pudar H, Pexoto O, et al. Enquête Diabasis : perception et vécu du diabète par les patients diabétiques. *Médecine Mal Métaboliques.* déc 2009;3(6):620-3.

43. Fédération Française des Diabétiques. Résultats de l'étude : Qualité de vie avec le diabète [Internet]. Diabète LAB. 2018 [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: <https://diabetelab.federationdesdiabetiques.org/resultats-etude-qualite-vie-diabete/>

44. Fontaine P, Halimi S. Résultats de DAWN2™. Quelles conséquences pour l'organisation des soins ? *Médecine Mal Métaboliques.* déc 2013;7:S53-7.

45. Peyrot M, Burns KK, Davies M, Forbes A, Hermanns N, Holt R, et al. Diabetes Attitudes Wishes and Needs 2 (DAWN2): A multinational, multi-stakeholder study of psychosocial issues in diabetes and person-centred diabetes care. *Diabetes Res Clin Pract.* févr 2013;99(2):174-84.

46. Calafiore M, Stalnikiewicz B, Favre J, Leblanc M, Pruvost M, Bayen M, et al. Quels sont les retentissements du diabète de type 2 sur la vie des conjoints de patients diabétiques ? *Médecine Mal Métaboliques.* oct 2015;9(6):566-74.

47. Beltrand J, Godot C, Robert J-J. Les spécificités du diabète, de son traitement et de l'approche éducative chez l'enfant et l'adolescent. *Médecine Mal Métaboliques*. nov 2015;9(7):649-54.
48. Bedhomme S, Roche B, Ramin M, Tauveron I, Vennat B. Place du pharmacien d'officine dans l'éducation thérapeutique du patient diabétique. *Médecine Mal Métaboliques*. nov 2012;6(5):435-40.
49. Agence Régionale de Santé (ARS). Les programmes autorisés en Auvergne-Rhône-Alpes [Internet]. 2020 [cité 20 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/les-programmes-autorises-en-auvergne-rhone-alpes>
50. AFD 63-03. Toutes les activités de L' AFD 63 2019-2020 [Internet]. Diabet63. 2019 [cité 15 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.diabet63.com/>
51. Assurance Maladie En Ligne (Ameli). Le service sophia de l'Assurance Maladie [Internet]. Ameli.fr. 2019 [cité 15 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/sophia/service-sophia-assurance-maladie>
52. Halimi S. Perspectives pour améliorer la prise en charge des patients diabétiques de type 2 sous insuline. *Médecine Mal Métaboliques*. mai 2015;9(3):3S34-42.
53. Association pour la Formation et la Recherche en Education Thérapeutique (AFRET). Vital Diabète [Internet]. AFRET. [cité 15 oct 2019]. Disponible sur: <https://afretissoire.jimdo.com/>
54. Raynaud Christine. Impact à un an d'un programme d'éducation thérapeutique du patient adulte diabétique de type deux: étude quantitative à partir des données de l'AFRET à Issoire [Thèse d'exercice: Médecine]. [Clermont-Ferrand]: Université de Clermont Ferrand; 2016.
55. Assurance Maladie En Ligne (Ameli). Le service sophia diabète en pratique [Internet]. Ameli.fr. 2019 [cité 11 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/service-sophia-pour-les-personnes-diabetiques/le-service-sophia-diabete-en-pratique>
56. Mosnier-Pudar H, Hochberg-Parer G. Éducation thérapeutique, de groupe ou en individuel : que choisir ? *Médecine Mal Métaboliques*. sept 2008;2(4):425-31.
57. Haute Autorité de Santé HAS. Éducation thérapeutique du patient (ETP). Évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques - Actualisation de l'analyse de la littérature [Internet]. 2018 juin [cité 4 oct 2020] p. 154. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2884714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp-evaluation-de-l-

efficacite-et-de-l-efficiency-dans-les-maladies-chroniques

58. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. juill 20, 2016.
59. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant? Presse Médicale. mai 2009;38(10):1404-9.
60. Hiance-Delahaye A, Teillet L, Lechowsky L, Aquino J-P, Harboun M. Iatrogénie médicamenteuse, sujet âgé et lien ville-hôpital : enquête sur la transmission médicale hospitalière à la médecine générale. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. juill 2014;15(85):3-11.
61. URPS Hauts-de-France. Carte de coordination de soins [Internet]. Unions Régionales des Professions de Santé. 2015 [cité 7 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.urps-hdf.fr/carte-de-coordination-de-soins/>
62. URPS Hauts-de-France. Application « Mes soignants » [Internet]. 2015 [cité 7 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.urps-hdf.fr/application-mes-soignants/>
63. Direction de l'information légale et administrative. Qui sont les professionnels de santé ? [Internet]. Vie publique. 2019 [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/fiches/37855-categories-de-professionnels-de-sante-code-se-la-sante-publique>
64. Direction générale de l'offre de soins DGOS. Le groupement de coopération sanitaire - GCS [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 17 oct 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/article/le-groupement-de-cooperation-sanitaire-gcs>
65. GCS Système d'Information Santé en Auvergne-Rhône-Alpes. MonSisra [Internet]. GCS Sara. [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.sante-ra.fr/services/monsisra/>
66. ASIP Santé. Messageries sécurisées de santé (MSSanté) [Internet]. 2019 [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/mssante.pdf
67. GCS Système d'Information Santé en Auvergne-Rhône-Alpes. Animation territoriale [Internet]. GCS Sara. [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.sante-ra.fr/animation-territoriale/>
68. Riviere Q. Transmission d'information entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes de la Somme dans le cadre du suivi ambulatoire des patients (consultation) : analyse descriptive des pratiques et opinion des protagonistes sur la qualité de cet échange. [Thèse d'exercice : Médecine]. [Amiens]: Université de Picardie

Jules Verne; 2016.

69. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM). DMP : Dossier Médical Partagé [Internet]. l'Assurance Maladie. [cité 22 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.dmp.fr/>
70. Bezanson C. Le Dossier Médical Partagé. Rev Francoph Orthopt. déc 2017;10(3-4):122-4.
71. Treppoz S. Le RéPOP du Grand Lyon : réseau ville-hôpital de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie. Archives de Pédiatrie. mai 2006;13:641-5.
72. Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Santé [Internet]. CNIL. [cité 7 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/sante>
73. Ordre National des Pharmaciens. Comment garantir la sécurité des données de santé ? J Ordre Natl Pharm. mars 2013;(23):7-9.
74. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Construire l'avenir à partir des territoires [Internet]. 2017 [cité 6 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.labecedaire.fr/wp-content/uploads/2017/06/reformevoelueparlesmedecins.pdf>
75. Roche B, Ledriant G, Mathonnat MD, Batisse Lignier M, Tauveron I. Les synthèses éducatives (SE) intégrées dans les comptes rendus d'hospitalisation adressés aux médecins traitants (MT) sont-elles un relais pour la poursuite de l'éducation thérapeutique des patients diabétiques ? Diabetes Metab. mars 2013;39:A78.
76. Simonin C, Skalli S, Martin C, Nouvel M, Faudel A, Parat S, et al. Continuité des soins pharmaceutiques après l'hospitalisation du patient diabétique de type 2 : Mise en place d'un courrier pharmaceutique de sortie. Diabetes Metab. mars 2013;39:A78-9.
77. Bertrand C. Parcours de santé et coordination ville-hôpital: étude d'une expérimentation Nancéenne visant à réduire les ré-hospitalisations précoces des patients âgés repérés à risque [Thèse d'exercice : Médecine]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2015.
78. Ledroit M, Megne Wabo M, Berroneau A, Xuereb F, Breilh D. Conciliation médicamenteuse et lien ville-hôpital. Actual Pharm. déc 2017;56(571):39-41.
79. Wolf-Thal C. La pharmacie clinique : Etat des lieux et perspectives d'une discipline en développement. Les cahiers de l'Ordre national des pharmaciens. déc 2018;(13):28.
80. Laplagne S, Potaufeu J, Bannie F, Genoux-Lubain M, Descampeaux C. La Conciliation des traitements médicamenteux de sortie (CTMS) chez le sujet âgé : quid de son devenir en ville ? Pharm Hosp Clin. déc 2017;52(4):392.
81. R2D Ile de France. Réseau Régional Diabète [Internet]. 2017 [cité 24 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.r2diabete.org/>

82. Association Paris Diabète. Guide du professionnel [Internet]. 2019. Disponible sur: http://www.rspp.fr/component/docman/doc_download/2673-2019-guide-pro?Itemid=
83. Beylot G. Le réseau de soins Paris Diabète. Actual Pharm. févr 2013;52(523):53-4.
84. Bourgueil Y, Fur PL, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE. IRDES Inst Rech Doc En Econ Santé. nov 2008;(136):8.
85. Association Asalée. ASALEE MIX 50MO [Internet]. 2014 [cité 28 oct 2019]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=NUy_2zEZKHI
86. Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. IRDES Inst Rech Doc En Econ Santé. avr 2018;(232):8.
87. Daussin PD. Changements perçus par les patients diabétiques de type 2 à la suite de consultations avec un infirmier ASALÉE : étude qualitative par entretiens individuels [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. [Clermont-Ferrand]: Université de Clermont Ferrand; 2018 [cité 17 déc 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02087548>
88. Conférence Nationale des URPS Pharmaciens Libéraux. Les Pharmaciens et la sortie hospitalière [Internet]. 2017 [cité 15 nov 2019]. Disponible sur: https://urpspharmaciens-centrevalde Loire.org/wp-content/uploads/2018/02/Enquete_CNUPL.pdf
89. Talavera-Pons S, Jury F, Mulliez A, Lamblin G, Laurent D, Abergel A, et al. Le patient greffé hépatique à l'officine : analyse des besoins des pharmaciens pour optimiser le relais hôpital–ville. Pharm Hosp Clin. juin 2016;52(1):58-63.
90. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Journal officiel de la République Française : Avenant n°1 [Internet]. juin 27, 2013 p. 16. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5276/document/avenant-1-convention-pharmaciens_journal-officiel.pdf
91. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Journal officiel de la République Française : Avenant 8 et 9 [Internet]. juin 28, 2016 p. 19. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5304/document/avenants-8-9-convention_journal-officiel.pdf
92. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des droits des femmes. Journal officiel de la République Française : Avenant n°3, 4 et 5 [Internet]. déc 2, 2014 p. 37.

- Disponible sur:
https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5303/document/avenants-3-4-5-convention-pharmaciens_journal-officiel.pdf
93. Ministère des Solidarités et de la Santé. Journal officiel de la République Française : Avenant 21 [Internet]. sept 30, 2020 p. 104. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042376946>
94. Ministère des Solidarités et de la Santé. Journal officiel de la République Française : Avenant 12 [Internet]. mars 16, 2018 p. 19. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/415492/document/avenant_12_jo.pdf
95. Garcia Santos P. Les entretiens pharmaceutiques pour le patient diabétique de type 2 [Thèse d'exercice : Pharmacie]. [Clermont-Ferrand]: Université de Clermont Ferrand; 2016.
96. Optimisation de la prise en charge des diabétiques : le programme DAWN 2TM (Diabetes attitudes, wishes and needs). Médecine Mal Métaboliques. avr 2014;8(2):237.
97. Morel A, Jourdain-Menninger D, Lecoq G. Evaluation de la prise en charge du diabète. Insp Générale Aff Soc. avr 2012;RM2012-033P(1):353.
98. Agence de la santé publique du Canada. Chapitre 1 : Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres – Fardeau [Internet]. Gouvernement Of Canada. 2011 [cité 15 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/rapports-publications/diabete/diabete-canada-perspective-sante-publique-faits-chiffres/chapitre-1.html#tbl11>
99. Mansell K, Edmunds K, Guirguis L. Pharmacists' Scope of Practice: Supports for Canadians with Diabetes. Can J Diabetes. déc 2017;41(6):558-62.
100. Ordre National des Pharmaciens. Vaccination à l'officine [Internet]. Ordre National des Pharmaciens. 2019 [cité 19 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Champs-d-activites/Vaccination-a-l-officine>
101. Foul M. Vaccination antigrippale en pharmacie : pas convaincus, les généralistes donnent 4,8/10 [Internet]. Le Quotidien du médecin. 2018 [cité 19 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/vaccination-antigrippale-en-pharmacie-pas-convaincus-les-generalistes-donnent-4810>
102. Ministry of Health and Long-Term Care. Professional Pharmacy Services Guidebook 3.0. Queen's Print Ont. juill 2016;(020262):115.
103. MacCallum L, Consiglio G, MacKeigan L, Dolovich L. Uptake of Community

Pharmacist-Delivered MedsCheck Diabetes Medication Review Service in Ontario between 2010 and 2014. *Can J Diabetes*. juin 2017;41(3):253-8.

104. Gouvernement du Québec. Dossier santé Québec [Internet]. Québec.ca. 2018 [cité 1 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.quebec.ca/sante/vos-informations-de-sante/dossier-sante-quebec/>

105. Gouvernement du Québec. Carnet santé Québec [Internet]. Québec.ca. 2019 [cité 1 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.quebec.ca/sante/vos-informations-de-sante/carnet-sante-quebec/>

106. Ministère de la Santé et Services sociaux Québec. Rapport annuel de gestion [Internet]. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2017 [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: https://www.chudequebec.ca/getmedia/2f10ccc2-b224-4fe7-acb1-4474fccbe9d1/RAP_12_17_diabet_VF.aspx

107. Site officiel du gouvernement du Québec. Groupe de médecine de famille (GMF), GMF-U et super-clinique [Internet]. Québec.ca. 2020 [cité 2 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/gmf-gmf-u-et-super-clinique/>

108. Edmond JG, Pettigrew J, Coté C, Lalancette J, Sasseville DL. Le groupe de médecine de famille : un atout pour le patient et son médecin [Internet]. Direction générale des affaires médicales et universitaires; 2006 [cité 1 mars 2020]. Disponible sur: <https://studylibfr.com/doc/4877207/devenir-un-gmf---guide-d-accompagnement>

109. Centre de santé et de services sociaux de Laval. Protocole interdisciplinaire - Suivi de la clientèle diabétique en GMF [Internet]. 2012. Disponible sur: [http://www.recherchepl.ca/media/download/155/Protocole%20interdisciplinaire%20-%20Suivi%20de%20la%20client%C3%A8le%20diab%C3%A9tique%20en%20GMF%20\(P-I-019\).pdf](http://www.recherchepl.ca/media/download/155/Protocole%20interdisciplinaire%20-%20Suivi%20de%20la%20client%C3%A8le%20diab%C3%A9tique%20en%20GMF%20(P-I-019).pdf)

110. Ali M, Schifano F, Robinson P, Phillips G, Doherty L, Melnick P, et al. Impact of community pharmacy diabetes monitoring and education programme on diabetes management: a randomized controlled study. *Diabet Med*. 2012;29(9):e326-33.

111. Fera T, Bluml BM, Ellis WM, Schaller CW, Garrett DG. The Diabetes Ten City Challenge: interim clinical and humanistic outcomes of a multisite community pharmacy diabetes care program. *J Am Pharm Assoc JAPhA*. avr 2008;48(2):181-90.

112. Wubben DP, Vivian EM. Effects of pharmacist outpatient interventions on adults with diabetes mellitus: a systematic review. *Pharmacotherapy*. avr 2008;28(4):421-36.

113. Meade LT, Tart RC, Buzby HL. Evaluation of Diabetes Education and Pharmacist

- Interventions in a Rural, Primary Care Setting. *Diabetes Spectr.* 31 févr 2018;31(1):90-5.
114. Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). La télémédecine [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 5 avr 2020]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-telemedecine>
115. Abbott Diabetes Care. LibreView [Internet]. FreeStyle. [cité 19 oct 2020]. Disponible sur: <https://myfreestyle.be/fr/produit/libreview/>
116. Benhamou P-Y, Muller M, Lablanche S, Debaty I. La télémédecine au service de la prise en charge des patients diabétiques : développements actuels et conditions du succès. *Eur Res Telemed.* 1 mars 2013;2(1):23-8.
117. Lalau J, Boutet-Rixe C, Peltier A, Huart C. La télé-expertise au service du patient diabétique : une première expérience en Picardie. *Diabetes Metab.* 20 mars 2014;40(S1):A95-6.
118. Franc S, Daoudi A, Mounier S, Boucherie B, Dardari D, Laroye H, et al. Telemedicine and diabetes: Achievements and prospects. *Diabetes Metab.* 1 déc 2011;37(6):463-76.
119. Joubert M, Guillaume A, Galie S, Halbron M, Melki V, Franc S, et al. m-santé francophone et diabète : avancées en 2017. *Médecine Mal Métaboliques.* oct 2017;11(6):530-6.
120. DIABNEXT Coup de Cœur du jury du Prix de l'Innovation 2019 de la Société Française de Télémédecine [Internet]. DIABNEXT. 2019 [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.diabnext.com/fr/diabnext-coup-de-coeur-du-jury-du-prix-de-linnovation-2019-de-la-societe-francaise-de-telemedecine/>
121. Application diabète - Suivi automatique de l'insuline et des glycémies pour les diabétiques [Internet]. DIABNEXT. 2018 [cité 28 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.diabnext.com/fr/>
122. DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins. ÉTAPES : Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours En Santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 28 janv 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/etapes-experimentations-de-telemedecine-pour-l-amelioration-des-parcours-en>
123. Franc S, Benhamou P, Catargi B, Chaillous L, Fontaine P, Gin H, et al. PO25 Télésage (TELE- Suivi A Grande Échelle de diabétiques de type 1 et 2 sous schéma

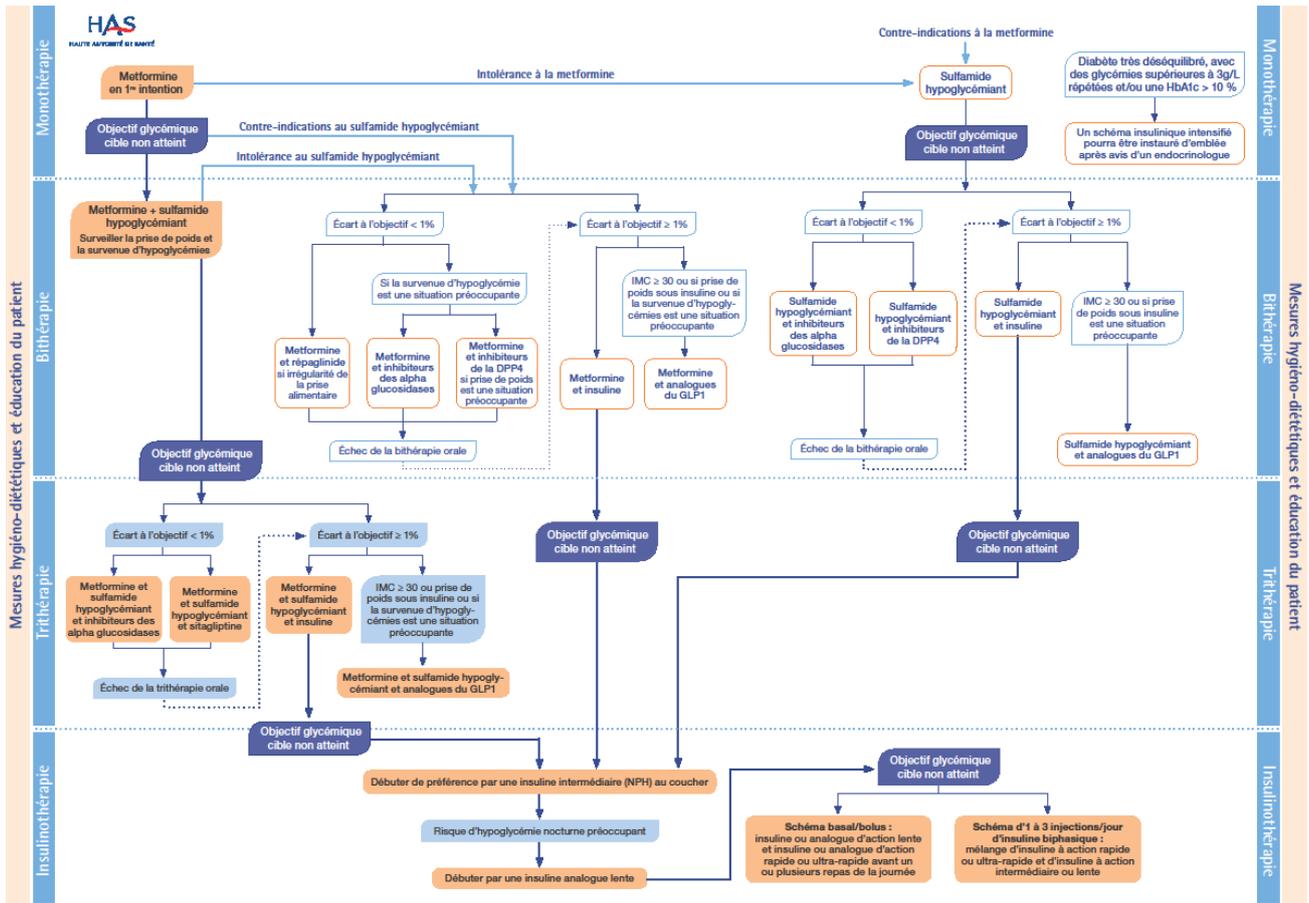
basal-bolus) : Première étude medico-économique sur le télésuivi du diabétique, destinée à répondre aux questions d'organisation des soins et à obtenir un remboursement. *Diabetes Metab.* mars 2014;40:A27.

124. Franc S, Borot S, Ronsin O, Quesada J-L, Dardari D, Fagour C, et al. P1135 Technologie, soutien motivationnel et télémédecine : quelle est la bonne combinaison ? Analyse épidémiologique de l'étude Télédiab 1. *Diabetes Metab.* mars 2013;39:A63.

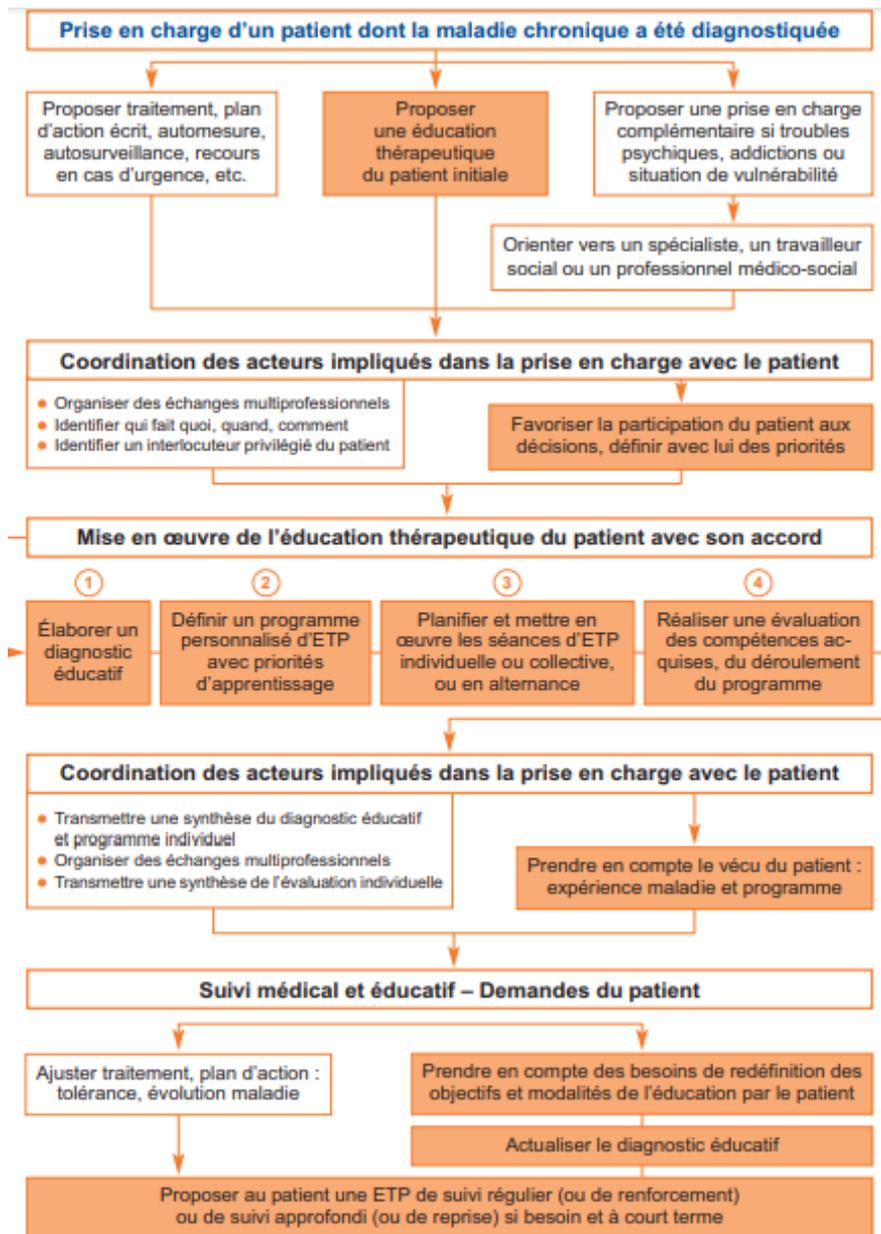
ANNEXES

Profil du patient		HbA1c cible
Cas général	La plupart des patients avec DT2	≤ 7 %
	DT2 nouvellement diagnostiqué, dont l'espérance de vie est > 15 ans et sans antécédent cardio-vasculaire	≤ 6,5 % ¹
	DT2 : <ul style="list-style-type: none"> avec comorbidité grave avérée et/ou une espérance de vie limitée (< 5 ans) ou avec des complications macrovasculaires évoluées ou ayant une longue durée d'évolution du diabète (> 10 ans) et pour lesquels la cible de 7 % s'avère difficile à atteindre car l'intensification médicamenteuse provoque des hypoglycémies sévères 	≤ 8 %
Personnes âgées	Dites « vigoureuses » dont l'espérance de vie est jugée satisfaisante	≤ 7 %
	Dites « fragiles », à l'état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des malades	≤ 8 %
	Dites « malades », dépendantes, en mauvais état de santé en raison d'une polyopathie chronique évoluée génératrice de handicaps et d'un isolement social	< 9 % et/ou glycémies capillaires préprandiales entre 1 et 2 g/l
Patients avec antécédents (ATCD) cardio-vasculaires	Patients avec ATCD de complication macrovasculaire considérée comme non évoluée	≤ 7 %
	Patients avec ATCD de complication macrovasculaire considérée comme évoluée : <ul style="list-style-type: none"> infarctus du myocarde (IDM) avec insuffisance cardiaque atteinte coronarienne sévère (tronc commun ou atteinte tritrunculaire ou atteinte de l'interventriculaire antérieur [IVA] proximal) atteinte polyartérielle (au moins deux territoires artériels symptomatiques) artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) symptomatique accident vasculaire cérébral récent (< 6 mois) 	≤ 8 %
Patients avec insuffisance rénale chronique (IRC)	IRC modérée (stades 3A ² et 3B)	≤ 7 %
	IRC sévère ou terminale (stades 4 et 5)	≤ 8 %
Patientes enceintes ou envisageant de l'être	Avant d'envisager la grossesse	< 6,5 %
	Durant la grossesse	< 6,5 % et glycémies < 0,95 g/l à jeun et < 1,20 g/l en post-prandial à 2 heures

Annexe 1 : Objectifs cibles de l'hémoglobine glyquée chez les diabétiques de type 2



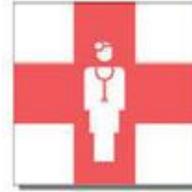
Annexe 2 : Stratégies médicamenteuses du diabète de type 2 par l'HAS



Annexe 3 : Prise en charge d'un patient dont la maladie chronique a été diagnostiquée (31)

**Inclusion
du
PATIENT**

=



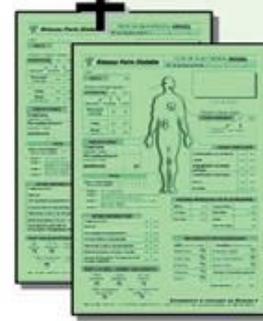
Un suivi
coordonné
par son médecin
(généraliste ou diabétologue)



**1 Bilan et 3 Forfaits
de suivis
INFIRMIERS**
(par an, selon les besoins du patient)



**1 Bilan et 6 Suivis
de DIETETIQUE**
(par an, selon les besoins du patient)



**1 Bilan
MEDICAL
PAR AN**



**1 Bilan
PODOLOGIQUE**



**1 Bilan +3 Suivis
PHARMACIENS**
par an



**9 ateliers
d'EDUCATION
THERAPEUTIQUE
de groupe**
(12 séances par mois,
sur les thèmes de la podologie,
la diététique, l'activité physique, le
suivi infirmier)

Article L4011-1

Modifié par [LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 - art. 66 \(V\)](#)

Par dérogation aux articles L. 1132-1, L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4221-1, L. 4241-1, L. 4241-13, L. 4251-1, L. 4301-1, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4322-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4352-2, L. 4361-1, L. 4362-1, L. 4364-1, L. 4371-1, L. 4391-1, L. 4392-1, L. 4393-8, L. 4394-1 et L. 6316-1, les professionnels de santé travaillant en équipe peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération pour mieux répondre aux besoins des patients. Par des protocoles de coopération, ils opèrent entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention ou réorganisent leurs modes d'intervention auprès du patient.

Les protocoles de coopération précisent les formations nécessaires à leur mise en œuvre.

Le patient est informé des conditions de sa prise en charge dans le cadre d'un protocole de coopération.

Annexe 5 : Article L4011-1 du CSP

POUR OPTIMISER LE RETOUR À DOMICILE EN CAS D'HOSPITALISATION : AVANT : Prévenir mes soignants de mon hospitalisation. PENDANT : Présenter cette carte aux professionnels de santé du service hospitalier. AVANT MA SORTIE : Demander à prévenir vos soignants et votre pharmacie avant votre retour à domicile. S'assurer de la présence de tous les documents nécessaires à la continuité des soins avant votre sortie. APRÈS : Prendre contact avec mes professionnels de santé pour la réalisation de mon suivi.		OFFERTE PAR :  Maison des URPS 118 bis rue Royale 59000 LILLE 03 20 14 22 15		MA CARTE DE COORDINATION DE SOINS CRÉÉE LE NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : TÉLÉPHONE : PERSONNE À PRÉVENIR : (Nom et téléphone)	
Carte à conserver avec votre carte vitale		Identification de mes professionnels de santé : (Nom, Prénom, Téléphone et Mail sécurisé)		Je suis <input type="checkbox"/> Diabétique <input type="checkbox"/> En traitement sous anticoagulant <input type="checkbox"/> Allergique, (à préciser) <input type="checkbox"/> Autre	
Médecin traitant		Masseur-kinésithérapeute		Informations personnelles :	
Infirmier(e) libéral(e) référent(e)		Laboratoire			
Pharmacie		Autres-professionnels			
		Médico-social			

Annexe 6 : Carte de coordination des soins par l'URPS Hauts-de-France

1. Selon-vous, les programmes d'ETP existants sont-ils assez visibles/connus des patients ? Si non, quels pourraient être les moyens privilégiés d'information des patients ? (Sécurité sociale, spécialistes, généralistes, pharmaciens etc...)
2. Comment (et par qui) vos patients sont-ils recrutés ? Rencontrez-vous des difficultés pour le recrutement ? Les effectifs sont-ils toujours suffisants ?
3. Comment recrutez-vous les intervenants ? Rencontrez-vous des difficultés ?
4. Existe-t-il un suivi des patients après les séances d'ETP ? comment est-il réalisé ?
5. Un bilan des séances réalisées est-il transmis aux autres PS du patient ? (Médecins généralistes, spécialistes de ville, pharmaciens d'officine ?)
6. Comment définiriez-vous le lien ville-hôpital et ville-ville à l'heure actuelle ?
7. Pensez-vous qu'un suivi en ville et des actions éducatives via les pharmaciens d'officines ou les infirmiers seraient réalisables et profitables aux patients ?
8. Quelle place accorderiez-vous aux pharmaciens d'officine ? Pensez-vous que nous pourrions recruter/orienter des patients ?
9. Les pharmaciens peuvent faire des entretiens à l'officine, le saviez-vous ? Quelle place leur attribueriez-vous dans la complémentarité de vos séances ? Une reprise éducative à l'officine vous semble-t-elle possible et/ou bénéfique pour le patient ?
10. Au Canada, les pharmaciens sont très impliqués dans les démarches d'ETP chez les patients diabétiques (notamment dans les Groupes de Médecine de Famille). Ils peuvent être le référent du patient, s'assurer de son bon suivi et être un médiateur entre les différentes structures hospitalières et de ville. Ils animent également des ateliers et peuvent adapter le traitement des patients afin d'obtenir les résultats prescrits par le médecin. Cela vous semble-t-il réalisable en France ?

Annexe 7 : Questionnaire

Résumé :

Le diabète, en raison de sa prévalence toujours croissante et des lourdes complications qu'il engendre, constitue un enjeu majeur de Santé Publique. Dans cette pathologie chronique, l'observance et l'autonomie du patient sont essentielles. L'Education Thérapeutique du Patient permet notamment d'aider le patient dans cette démarche. Une enquête a été réalisée auprès des différentes structures proposant des programmes d'ETP destinés aux patients diabétiques en Auvergne, afin de dresser un état des lieux de leurs pratiques et de leurs besoins. Un des points importants révélé par ce travail est le fait que les programmes d'ETP nécessitent une meilleure visibilité afin que plus de patients puissent en bénéficier. Il semble également primordial pour les acteurs de l'ETP, qu'une collaboration entre les Professionnels de Santé habituels du patient, se mette en place et qu'une reprise éducative en ville puisse s'effectuer à l'issue des programmes. A ce titre, le pharmacien d'officine, en tant que PS ayant obtenu la confiance des patients, pourrait répondre à ce besoin. Dispensant déjà des entretiens pharmaceutiques sur certaines pathologies, il se place comme un véritable accompagnateur dans le parcours de soin des patients chroniques. Un des éléments clés du succès d'une collaboration interprofessionnelle, souligné par les intervenants en ETP, est la communication. De nombreux outils ont déjà été développés ou sont en cours de développement pour faciliter les échanges entre les PS. Les nouvelles technologies, telle que la télémédecine, peuvent également permettre d'améliorer la qualité de vie et le suivi des patients diabétiques, en développant notamment l'accompagnement thérapeutique à distance.

Mots-clés :

- Diabète
- Observance
- Education thérapeutique
- Collaboration interprofessionnelle
- Pharmacien d'officine
- Télémédecine