

ANNÉE 2020-2021

N° 2021-002

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN PHARMACIE

par

WISSEM LAKHSASSI

Présentée et soutenue publiquement le 1 mars 2021

Entretiens pharmaceutiques et diabète de type 2 : évaluation de l'impact du pharmacien d'officine sur les hypoglycémies provoquées par les antidiabétiques oraux.

Présidente :

Dr BOBIN Christine, Maître de Conférences, Praticien Biologiste Spécialiste du Centre Anticancéreux

Directeur de thèse :

Dr HUON Jean-François, Pharmacien Hospitalier, Maître de Conférence Associé en Santé Publique et Pharmacie Clinique

Membres du jury :

OGER Anne-Claire, Coordinatrice de projets chez URPS Pharmaciens Pays de la Loire

LAUNAY Maryne, Chargée de missions chez URPS Pharmaciens Pays de la Loire

REMERCIEMENTS

A la présidente du jury, Mme Christine BOBIN.

C'est un réel honneur pour moi que vous ayez accepté de présider ma thèse. La personne que vous êtes et le soutien que vous portez aux étudiants ont facilité ce choix. Merci.

Au directeur de thèse, M Jean-François HUON.

Lorsque vous avez proposé ce sujet de thèse, je n'ai pas hésité longtemps pour prendre part à l'aventure avec vous, même si je ne savais pas encore ce qui m'attendait. Je ne regrette rien, merci pour votre implication dans mon travail et votre patience.

Aux membres du jury, Mme Anne-Claire OGER et Mme Maryne LAUNAY.

C'était un plaisir de partager cette étude avec vous et l'ensemble des membres de l'URPS Pharmacien Pays de la Loire. Au-delà du travail et de la rigueur que cela impliquait, vous êtes deux belles personnes et je vous souhaite le meilleur pour l'avenir. Merci pour votre soutien et votre bienveillance.

A toi Tiphaine.

Je sais que cela n'a pas été facile pour toi, ta patience a été mise à rude épreuve durant toutes ces années, mais tu m'as toujours soutenu envers et contre tout. Tu as été mon moteur dans ce travail. Merci d'être ce que tu es, tu m'as beaucoup apporté, surtout ne change jamais.

A toi Astrid.

Qu'aurais-je fait sans ta parfaite maîtrise de notre belle langue française ? Tu nous bassines depuis l'enfance pour que l'on arrête de faire des fautes tant à l'oral qu'à l'écrit, donc qui de mieux placé pour m'aider dans ce travail. Merci pour ton soutien, merci d'être dans ma vie.

A ma famille.

Je sais que vous attendiez ce moment depuis longtemps, que dire mis à part que je vous aime ! Merci d'avoir été présents pour moi pendant ces longues années d'études, je n'en serais sûrement pas là sans vous.

A mes ami(e)s.

Une grande pensée à tous mes ami(e)s d'enfance, on continue à grandir ensemble et je suis heureux de partager ma vie avec vous. Encore une étape de franchi, d'autres nous attendent. Comment conclure ces remerciements si ce n'est avec les amis de la faculté. Que ce soit les nantais, en particulier tous mes « zombars », mais aussi tous ceux des autres villes de France que j'ai pu rencontrer, on a passé des moments inoubliables pendant ces études. Un chapitre se ferme mais ce n'est pas la fin du livre. Merci.

TABLE DES MATIERES

<u>REMERCIEMENTS</u>	<u>2</u>
<u>LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS</u>	<u>7</u>
<u>LISTE DES FIGURES</u>	<u>9</u>
<u>LISTE DES TABLEAUX.....</u>	<u>10</u>
<u>LISTE DES ANNEXES</u>	<u>11</u>
<u>INTRODUCTION.....</u>	<u>12</u>
<u>PREMIÈRE PARTIE : GENERALITES SUR LE DIABETE DE TYPE 2</u>	<u>13</u>
<u>1 ÉPIDEMIOLOGIE DU DT2.....</u>	<u>14</u>
<u>1.1 État des lieux du diabète de type 2 dans le monde.....</u>	<u>14</u>
<u>1.2 État des lieux du diabète de type 2 en France</u>	<u>15</u>
<u>1.3 Complications, taux de mortalité et coût du diabète de type 2 en France.....</u>	<u>17</u>
<u>2 DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DU DIABETE DE TYPE 2</u>	<u>18</u>
<u>2.1 Facteurs de risques du diabète de type 2</u>	<u>18</u>
<u>2.2 Dépistage du diabète de type 2 à l'officine.....</u>	<u>19</u>
<u>2.3 Examen biologique de diagnostic du diabète de type 2</u>	<u>19</u>
<u>3 LES COMPLICATIONS DU DT2</u>	<u>20</u>
<u>3.1 Les complications aiguës du diabète de type 2</u>	<u>20</u>

3.1.1	Syndrome hyperglycémique hyperosmolaire ou coma hyperosmolaire	20
3.2	Les complications chroniques du diabète de type 2	21
3.2.1	Les complications microangiopathiques	21
3.2.2	Les complications macroangiopathiques.....	24
3.2.3	Autres complications du diabète de type 2 et leur surveillance	24
4	PRISE EN CHARGE DU DT2	27
4.1	Prise en charge médicamenteuse	27
4.1.1	Objectifs et recommandations de prise en charge (figure 6)(6)	27
4.1.2	Médicaments Antidiabétiques	29
4.1.3	L'insulinothérapie	30
4.2	Complication liée aux traitements.....	31
4.2.1	L'hypoglycémie.....	31
4.3	Prise en charge non médicamenteuse du diabète de type 2	33
4.3.1	Mesures hygiéno-diététiques.....	33
5	EXAMENS DE SUIVI ET OBJECTIFS CHEZ LE DIABETIQUE DE TYPE 2	34
5.1	Examens de suivi recommandés chez le diabétique de type 2	34
5.1.1	L'hémoglobine glyquée.....	34
5.1.2	Bilan lipidique	36
5.1.3	Bilan rénal	36
5.1.4	Bilan cardiologique	36
5.1.5	Bilan ophtalmologique	37
5.1.6	Bilan dentaire	37
5.2	Objectifs thérapeutiques dans le diabète de type 2.....	38
5.2.1	Objectif glycémique	38
5.2.2	Objectif tensionnel	39
DEUXIEME PARTIE : MISSIONS DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIE CHRONIQUE.....		40
1	GENERALITES SUR LES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES.....	41

<u>1.1 Les avenants à la convention nationale de 2013, 2014, 2016 et 2020.....</u>	<u>41</u>
<u>1.2 Qu'est-ce qu'un entretien pharmaceutique.....</u>	<u>42</u>
<u>1.3 Conditions de rémunération des entretiens pharmaceutiques</u>	<u>43</u>
<u>1.4 Actions similaires dans d'autres pays (Royaume-Uni, Belgique, Suisse, Canada)</u>	<u>45</u>
<u>2 LES DIFFERENTS ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES EXISTANTS EN PHARMACIE D'OFFICINE FRANÇAISE.....</u>	<u>47</u>
<u>2.1 Antivitamine K (AVK)</u>	<u>47</u>
<u>2.2 Anticoagulants Oraux Directs (AOD).....</u>	<u>48</u>
<u>2.3 Asthme</u>	<u>49</u>
<u>2.4 Chimiothérapie orale (CTO).....</u>	<u>51</u>
<u>TROISIEME PARTIE : PREMIERE PHASE DE L'ETUDE (2015) PRECEDANT LE TRAVAIL DE CETTE THESE</u>	<u>53</u>
<u>1 ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES SUR LE DIABETE AYANT PRECEDEMMENT ETE REALISES DANS LE DEPARTEMENT DE LOIRE-ATLANTIQUE (PHASE I) ..</u>	<u>54</u>
<u>1.1 Présentation de l'étude : suivi et accompagnement du patient diabétique de type 2 par le pharmacien d'officine</u>	<u>54</u>
<u>1.2 Les résultats de l'étude</u>	<u>55</u>
<u>QUATRIEME PARTIE : ETUDE MENEES AVEC L'URPS PAYS DE LA LOIRE - PHASE 2 DU PROJET « SUIVI ET ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT DIABETIQUE DE TYPE 2 PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE »</u>	<u>58</u>
<u>1 INTRODUCTION.....</u>	<u>59</u>
<u>2 MATERIELS ET METHODES.....</u>	<u>60</u>
<u>3 RESULTATS</u>	<u>61</u>

<u>4 DISCUSSION</u>	<u>67</u>
<u>CONCLUSION.....</u>	<u>72</u>
<u>ANNEXES.....</u>	<u>74</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>85</u>

LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

IMC : Indice de Masse Corporel

FINDRISC : Finnish Diabetes Risk Score

RGO : Reflux Gastro-œsophagien

SCA : Syndrome Coronarien Aigu

ECG : Electrocardiogramme

HbA1c : Hémoglobine Glyquée

ASG : AutoSurveillance Glycémique

ESC : European Society of Cardiology

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

FSPF : Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France

USPO : Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine

UNPF : Union Nationale des Pharmacies de France

UNOCAM : Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie

AVK : AntiVitamine K

AOD : Anticoagulants Oraux d'action Directe

ATC : Classification internationale, Anatomique, Thérapeutique et Chimique

DASTRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux et assimilés

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

NMS : New Medicine Service

NHS : National Health Service

BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

INR : International Normalized Ratio

SPLF : Société de Pneumologie de Langue Française

CTO : ChimioThérapie Orale

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : affiche représentant les chiffres clés du diabète dans le monde

Figure 2 : répartition par âge et sexe de la prévalence du diabète traité pharmacologiquement en France en 2015

Figure 3 : variations de la prévalence départementale du diabète traité pharmacologiquement par rapport à la prévalence nationale en 2015 en France

Figure 4 : affiche des complications chroniques du diabète de type 2

Figure 5 : diagramme des mécanismes physiopathologiques de l'ulcération du pied chez le patient diabétique

Figure 6 : arbre décisionnel de la prise en charge du diabète de type 2

Figure 7 : schéma des étapes pour une inhalation optimale

Figure 8 : frise chronologique du déroulement de l'étude

Figure 9 : proportion des professionnels de santé consultés par les patients de l'étude cette année

Figure 10 : proportion de patients connaissant le nom de leurs traitements, ainsi que quand les prendre et que faire en cas d'oubli

Figure 11 : état des lieux des connaissances des patients sur l'hypoglycémie (en pourcentage)

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : top 10 des pays en matière de dépenses en soins de santé totales pour le diabète (20-79 ans) en 2017 (en milliards DI)

Tableau 2 : traitements du diabète de type 2

Tableau 3 : insulines utilisées dans le diabète

Tableau 4 : symptômes adrénergiques et neuroglycopéniques de l'hypoglycémie

Tableau 5 : taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) à atteindre en fonction de la situation clinique

Tableau 6 : correspondance du taux d'HbA1c avec les glycémies moyennes

Tableau 7 : stades d'évolution de la maladie rénale chronique

Tableau 8 : examens de suivi à réaliser chez le diabétique de type 2

Tableau 9 : rythme d'autosurveillance suggéré chez le diabétique

Tableau 10 : facturation des entretiens pharmaceutiques

Tableau 11 : facturation des entretiens anticancéreux oraux

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Livret « entretien pharmaceutique » contenant :

→ Un tableau d'inclusion permettant au pharmacien d'officine de recruter des patients pouvant participer à l'étude (tableau des médicaments)

→ Les questionnaires papiers avec les entretiens pharmaceutiques n°1 et n°2

Annexe 2 : Guide avec des conseils à chaque étape pour aider à appréhender au mieux la conduite de l'entretien pharmaceutique et son bon déroulement

Annexe 3 : Coupon bilan entretien que le patient ou son pharmacien pourra transmettre au médecin généraliste

Annexe 4 : Carnet passerelle qui résume les conduites à tenir face aux hypoglycémies

Annexe 5 : Fiches alimentations (ramadan, index glycémique, petit budget, perte de poids, grignotage entre les repas et équilibrer ses repas)

INTRODUCTION

Le diabète de type 2 est une pathologie chronique qui pose un problème de santé publique majeur. La prévalence et l'incidence de cette maladie sont en constante augmentation depuis les dernières décennies. Une hyperglycémie chronique, liée à un diabète mal ou non équilibré, provoque de multiples complications cliniques au long cours. Il est donc important qu'une surveillance biologique et médicale régulière soit mise en place chez ces patients, afin de prévenir les comorbidités liées au diabète de type 2. La prise en charge globale de cette pathologie nécessite l'intervention de plusieurs professionnels de santé pour qu'elle soit optimale.

Dans ce travail, nous nous sommes demandé si le pharmacien d'officine pouvait améliorer significativement le suivi et la prise en charge des patients diabétiques de type 2 à travers plusieurs entretiens pharmaceutiques.

Nous débuterons par des généralités sur le diabète de type 2, avec un état des lieux épidémiologique, mais aussi une description des caractéristiques et des complications de cette pathologie ainsi que de sa prise en charge. Nous aborderons ensuite les missions du pharmacien d'officine dans l'accompagnement des patients atteints de maladie chronique à travers les différents entretiens pharmaceutiques. Nous terminerons par la présentation d'un article scientifique, décrivant le projet initié par l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Pharmaciens Pays de la Loire, ayant pour but d'améliorer la prise en charge, l'accompagnement et le suivi du diabétique de type 2 grâce à la mise en place d'entretiens pharmaceutiques réalisés par le pharmacien d'officine.

PREMIÈRE PARTIE :
Généralités sur le diabète
de type 2

1 Épidémiologie du DT2

1.1 État des lieux du diabète de type 2 dans le monde

Il est difficile d'obtenir des informations sur le diabète de type 2 au niveau mondial, on parle plutôt du diabète en général, bien que le diabète de type 2 représente 90 % des diabétiques(1).

Au niveau mondial, on estime que 422 millions de personnes sont atteintes de cette maladie en 2014 contre 108 millions en 1980. L'Organisation Mondiale de la Santé prévoit 622 millions de diabétiques en 2040, ce qui représente une personne sur onze à l'échelle mondiale. On estime que le diabète est la cause directe de 1,5 millions de décès en 2015 auxquels on peut ajouter 2,2 millions supplémentaires pour l'hyperglycémie, soit un décès toutes les 8 secondes.(2)(3)(figure1)



Figure 1 : affiche représentant les chiffres clés du diabète dans le monde(3)

1.2 État des lieux du diabète de type 2 en France

En France, la prévalence du diabète est estimée à 5% de la population en 2016, soit 3,3 millions de personnes, dont 90% des cas correspondent au diabète de type 2(1). Ce chiffre est grandement sous-estimé car il ne prend pas en compte les personnes non traitées ou non diagnostiquées, or on estime que 20 à 30% des diabétiques adultes ne sont pas diagnostiqués(1).

L'incidence du diabète de type 2 augmente avec l'âge et est maximale entre 75 et 79 ans avec plus de 20% des hommes et 14% des femmes traités pour cette maladie (figure 2)(4). Elle se manifeste la plupart du temps après 40 ans et elle est diagnostiquée en moyenne à 65 ans, cependant de plus en plus de jeunes sont touchés que ce soit des adolescents ou des enfants(1).

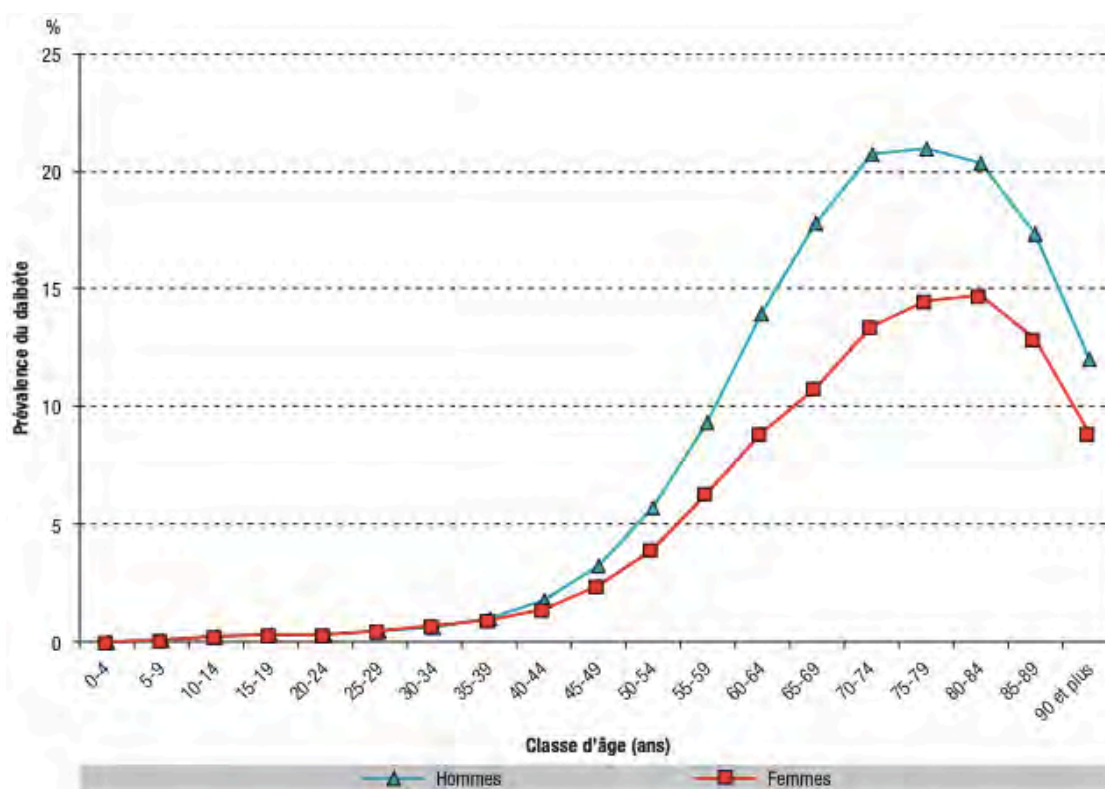


Figure 2 : répartition par âge et sexe de la prévalence du diabète traité pharmacologiquement en France en 2015(4)

La prévalence du diabète de type 2 a beaucoup progressé ces dernières années, notamment dans les départements du Nord de la France et les départements d'Outre-mer même si on enregistre un ralentissement depuis 2009(5)(figure 3)(6).

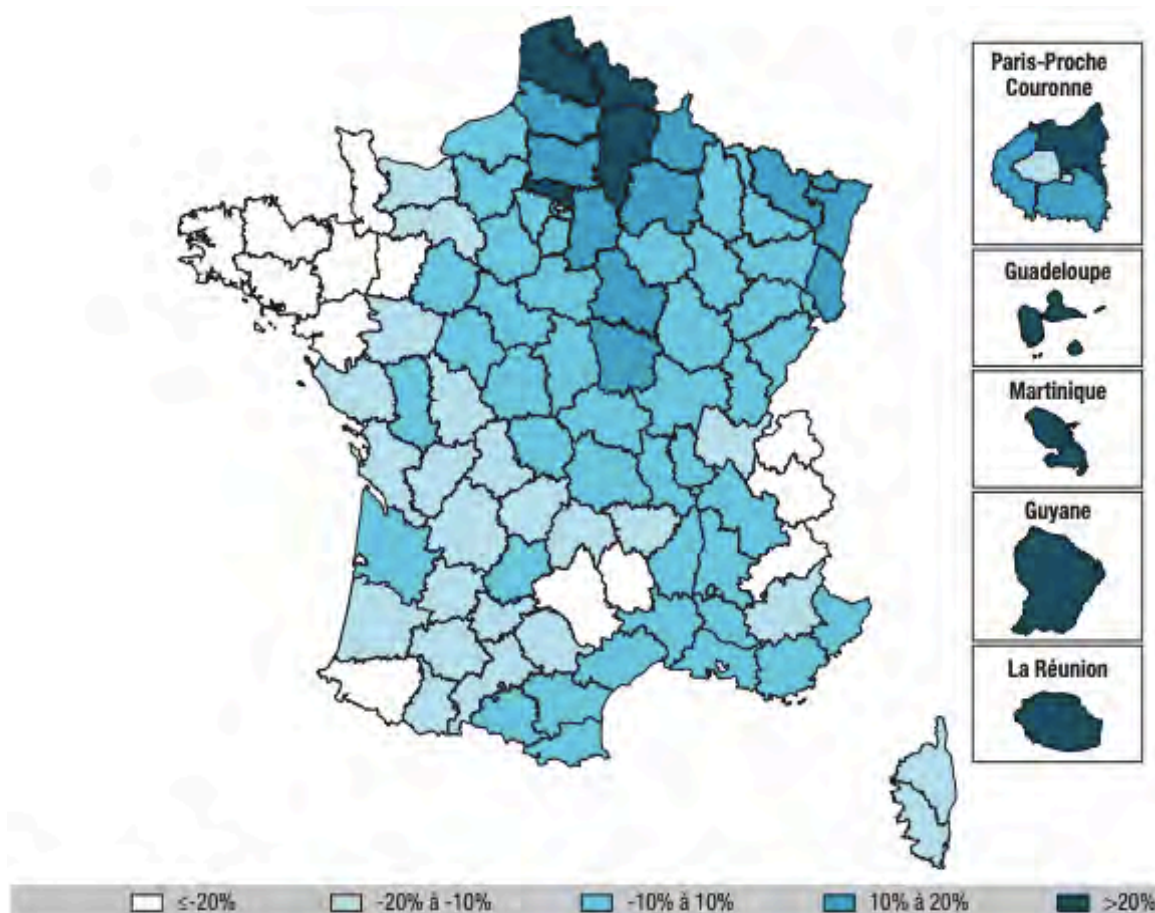


Figure 3 : variations de la prévalence départementale du diabète traité pharmacologiquement par rapport à la prévalence nationale en 2015 en France(6)

Il existe des inégalités face au diabète en France, il y a une corrélation entre le diabète et la précarité. La prévalence du diabète est 1,3 fois plus élevée chez les hommes vivants dans les communes métropolitaines les plus pauvres que chez les hommes résidant dans les communes les plus riches. Parmi les diabétiques de moins de 60 ans, la prévalence est deux fois plus élevée chez les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)(5).

L'augmentation de la prévalence du diabète de type 2 peut s'expliquer par un vieillissement de la population française, un dépistage précoce et une amélioration de l'espérance de vie des diabétiques. Mais elle s'explique surtout par les facteurs sociaux et environnementaux liés à nos modes de vie : faible activité physique, sédentarité, mauvaise alimentation ou « malbouffe », surpoids, obésité(7).

1.3 Complications, taux de mortalité et coût du diabète de type 2 en France

En France, plus de 8100 personnes ont été hospitalisées pour un infarctus du myocarde en 2016, plus de 19800 pour un accident vasculaire cérébral (AVC) (le diabète est donc la 2^{ème} cause d'accidents cardio-vasculaires), plus de 26700 pour une plaie du pied, plus de 8400 pour une amputation de membre inférieur (le diabète est donc la 1^{ère} cause d'amputation) et plus de 4 400 personnes ont été mises sous dialyse ou ont eu une greffe rénale. Cette maladie est la 1^{ère} cause de cécité en France avec 2 % des diabétiques aveugles. Tous ces chiffres déjà très élevés sont certainement sous-estimés car ils ne portent que sur les personnes identifiées sur la base de leurs remboursements de traitements antidiabétiques(8).

En 2016, le diabète représente 6 % des décès par an en France soit 34 000 personnes(5).

Les dépenses en soins de santé pour cette maladie représentent 18 milliards d'euros en France contre 727 milliards de dollars au niveau mondial en 2017 pour la tranche d'âge 20-79 ans. Si l'on prend celle des 18-99 ans, ce coût s'élève alors à 850 milliards de dollars, ce qui représente 12 % des ressources financières mondiales.(9) La France arrive en 9^{ème} position des pays où le total des dépenses pour le diabète est le plus élevé (tableau 1)(10).

Rang	Pays	Dépenses en soins de santé totales (milliards DI)
1	États-Unis d'Amérique	348
2	Chine	110
3	Allemagne	42
4	Inde	31
5	Japon	28
6	Brésil	24
7	Fédération de Russie	20
8	Mexique	19
9	France	18
10	Canada	15

Tableau 1 : top 10 des pays en matière de dépenses en soins de santé totales pour le diabète (20-79 ans) en 2017 (en milliards DI)(10)

2 Dépistage et diagnostic du diabète de type 2

2.1 Facteurs de risques du diabète de type 2

Il existe plusieurs facteurs de risques pour cette maladie que nous allons énumérer ici.(11)

- Le sexe : les hommes sont plus touchés que les femmes.
- L'âge : plus on vieillit, plus le risque de contracter la maladie augmente, notamment au-delà de 40 ans.
- L'hérédité :
 - Diabète de type 2 : si l'un des deux parents est diabétique de type 2, le risque de transmission aux enfants est de 40 %. Si les deux parents sont atteints, le risque est de 70 %.
 - Diabète de type 1 : si la mère est diabétique de type 1, le risque de transmission aux enfants est de 4 %. Si le père est diabétique de type 1 le risque de transmission est de 8 %. Si les deux parents sont atteints, le risque est de 30 %.
- L'origine ethnique : les africains, les asiatiques et les latino-américains ont plus de risque de contracter un diabète de type 2 par exemple.
- Surpoids et obésité abdominale : un indice de masse corporel (IMC) supérieur à 25 kg/m² est un facteur de risque. Une obésité abdominale avec un périmètre abdominal supérieur ou égal à 102 cm chez l'homme et 88 cm chez la femme représente un facteur de risque.
- Manque d'activité physique et sédentarité : si l'on pratique moins de 30 minutes d'activité physique au quotidien comme la marche par exemple, le risque de contracter la maladie augmente.
- Habitudes alimentaires : avoir une alimentation déséquilibrée, manger trop gras, trop sucré, trop salé est un facteur de risque du diabète de type 2.
- Certaines pathologies : l'hypertension artérielle ou dyslipidémie comme le cholestérol

sont des pathologies augmentant le risque de survenue d'un diabète de type 2.(12)

- Une femme ayant donné naissance à un bébé de plus de 4 kg.
- L'alcool et le tabac.

2.2 Dépistage du diabète de type 2 à l'officine

Plusieurs acteurs de santé ainsi que les officinaux eux-mêmes mettent en place des campagnes de dépistage du diabète dans les officines françaises. Concrètement, les pharmaciens vont proposer aux patients de répondre à un questionnaire appelé FINDRISC (Finnish Diabetes Risk Score) afin de repérer les personnes à risque de diabète. Le résultat de ce test, comptabilisé en points (de 0 à 26 points), est une simple estimation du risque (en pourcentage selon le nombre de point)(13). Selon le résultat du test, le pharmacien propose une mesure de glycémie capillaire. Si cette mesure est anormale, le pharmacien invitera le patient à consulter son médecin traitant pour confirmer le diagnostic. S'en suivra une prise en charge éducative et/ou thérapeutique si le diagnostic est positif pour prévenir la survenue de complications(14).

2.3 Examen biologique de diagnostic du diabète de type 2

Le seul test valable en France permettant de confirmer le diagnostic d'un diabète de type 2 est la mesure de la glycémie à jeun dans un laboratoire d'analyse médicale, soit directement dans celui-ci, soit prélevé par une infirmière au domicile du patient si cela est nécessaire.

Voici quelques valeurs de glycémie orientant le diagnostic(15) :

- Le diagnostic est confirmé lorsqu'une seule glycémie est ≥ 2 g/l (11,1 mmol/l), qu'il y ait ou non des symptômes de diabète associés.
- Lorsque la glycémie est $\geq 1,26$ g/l (7 mmol/l) et < 2 g/l (11,1 mmol/l), la confirmation diagnostique du diabète de type 2 sera faite par un second test de glycémie veineuse à jeun. Le diagnostic est confirmé en cas de glycémie à nouveau $\geq 1,26$ g/l (7 mmol/l).
- Lorsque la glycémie est comprise entre 1,10 g/l et 1,25 g/l (6,0 et 6,8 mmol/l), le diagnostic d'hyperglycémie modérée à jeun (prédiabète) est posé.

Le rythme de dépistage varie en fonction de cette valeur. Lorsque la personne présente plusieurs facteurs de risques et que sa glycémie à jeun est $< 1,10$ g/l (6 mmol/l), le dépistage doit être renouvelé 1 à 3 ans plus tard. Pour une glycémie à jeun comprise entre 1,10 et 1,25 g/l (6,0 et 6,8 mmol/l), le dépistage doit être renouvelé 1 an plus tard.

L'objectif d'un dépistage précoce est la prise en charge rapide du patient pour rechercher les complications liées au diabète(15).

3 Les complications du DT2

3.1 Les complications aiguës du diabète de type 2

3.1.1 Syndrome hyperglycémique hyperosmolaire ou coma hyperosmolaire

L'état d'hyperglycémie hyperosmolaire survient en général chez le diabétique de type 2, caractérisé par une hyperglycémie extrême et prolongée, supérieure à 30mmol/L (environ 6g/L) et une déshydratation sévère due à la polyurie. Peut s'en suivre une baisse de la pression artérielle causant une altération de la conscience, voire un coma s'il n'y a pas de prise en charge médicale précoce.

Les symptômes sont principalement ceux de l'hyperglycémie tels que des urines fréquentes et abondantes, une soif intense, une grande fatigue, une perte de poids et une faim exagérée ainsi que les signes de déshydratation tels que la bouche sèche, les yeux creux, la peau moins élastique...(16)

3.2 Les complications chroniques du diabète de type 2

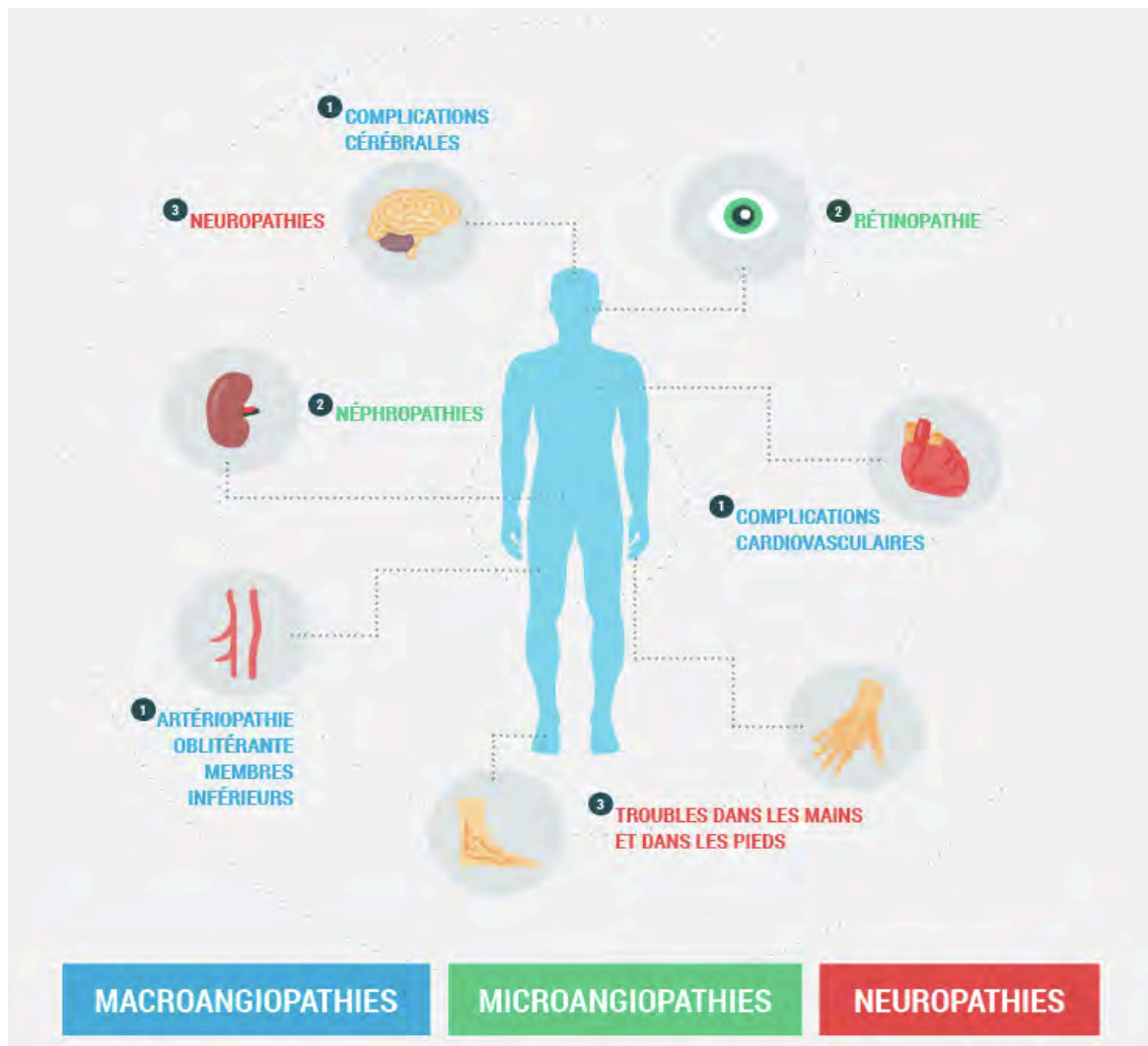


Figure 4 : affiche des complications chroniques du diabète de type 2(17)

3.2.1 Les complications microangiopathiques

- La rétinopathie diabétique :

Souvent asymptomatique, la rétinopathie se caractérise par une atteinte des vaisseaux sanguins qui alimentent la rétine. Les stades précoces se caractérisent par des occlusions et des dilatations vasculaires rétiniennes (rétinopathie non proliférante). La rétinopathie diabétique évolue vers une phase proliférative avec néo vaisseaux (rétinopathie proliférante) puis un œdème maculaire qui réduit considérablement la vision.

Les sujets diabétiques peuvent être atteints d'autres pathologies oculaires : cataracte (non

spécifique mais plus fréquente et de survenue plus précoce chez le sujet diabétique), glaucome, paralysies oculomotrices, neuropathies optiques, atteintes cornéennes.

- La néphropathie diabétique :

L'insuffisance rénale est une complication grave du diabète de type 2 : il s'agit le plus souvent d'une néphropathie diabétique avec atteinte glomérulaire. Le risque d'insuffisance rénale est d'autant plus élevé que le sujet diabétique est âgé ou qu'il a une hypertension artérielle (responsable d'une néphroangiosclérose).

La néphropathie diabétique évolue progressivement d'une phase précoce caractérisée par des anomalies fonctionnelles de la fonction rénale (hyperfiltration glomérulaire, excrétion augmentée de l'albumine ou microalbuminurie) à une phase de néphropathie lésionnelle, avec protéinurie persistante puis insuffisance rénale.

La néphropathie diabétique était en 2011 la seconde cause de mise en dialyse en France.

- La neuropathie diabétique :

La neuropathie périphérique peut être infraclinique ou symptomatique (troubles sensitifs ou troubles moteurs, altération des réflexes ostéotendineux, atteinte des nerfs crâniens). Ces manifestations sont le plus souvent périphériques et prédominent aux membres inférieurs.

- Les paresthésies sont à type de fourmillements (impatience des membres inférieurs, jambes sans repos), d'engourdissement, d'impression de pieds morts, de marche sur du coton.
- Les douleurs peuvent être diffuses : sensation de brûlure, d'élançements, de picotements (aiguille, punaise) s'exacerbant la nuit et atténuées par la marche ou l'exercice musculaire.
- Les troubles de la sensibilité sont souvent au second plan : troubles de la sensibilité profonde, troubles de la sensibilité superficielle thermo-algésique et tactile.

La neuropathie autonome concerne les petites fibres amyéliniques des systèmes sympathiques et para-sympathiques. Elle peut toucher le système cardiovasculaire, le tractus digestif, le système urogénital, le système sudoral et la motricité pupillaire. L'expression clinique est variable et souvent latente.

- Cardiovasculaire : hypotension artérielle orthostatique, allongement du segment QT,

arythmie ventriculaire, tachycardie sinusale permanente, œdème des membres inférieurs.

○ Digestive :

→ La gastroparésie, avec ralentissement du péristaltisme, dilatation gastrique et stase du bol alimentaire. Les conséquences cliniques sont des vomissements et une intolérance alimentaire associés à des perturbations de l'équilibre glycémique par ralentissement de l'absorption des glucides. Les signes d'appel précoces sont : une sensation de pesanteur gastrique post prandiale, une satiété précoce, des ballonnements épigastriques, un reflux gastro-œsophagien (RGO) ou une gêne à la digestion.

→ L'entéropathie diabétique est caractérisée par la présence de diarrhées nocturnes de type motrice ou au contraire de constipation opiniâtre par atonie colique.

○ Vésicale : vessie hypoactive ou hyperactive, avec perte de la sensation de plénitude vésicale, diminution de la perception du besoin d'uriner et rétention urinaire, miction par rengorgement. La stase vésicale favorise l'apparition d'infections urinaires itératives.

○ Génitale :

→ chez la femme : baisse des sécrétions vaginales, anorgasmie ;

→ chez l'homme : éjaculation rétrograde, dysfonction érectile.

○ Vision : anomalies de la motricité pupillaire, défaut d'adaptation à l'obscurité.

○ Système sudoral : anhidrose, hyperhidrose(15).

La plupart des diabétiques n'ont pas conscience d'avoir des complications liées à leur maladie. Celles-ci sont détectables précocement grâce à des programmes de dépistage, il est donc important d'être rigoureux dans le suivi de ces patients par les professionnels de santé adaptés.

3.2.2 Les complications macroangiopathiques

Le diabète de type 2 augmente considérablement le risque de complications cardiovasculaires. Il est multiplié par un facteur 2 à 3 par rapport à la population générale et est la principale cause de mortalité chez le diabétique de type 2. L'atteinte des gros vaisseaux peut entraîner :

- Au niveau du cœur : des maladies coronariennes comprenant l'angor ou angine de poitrine, le SCA (syndrome coronarien aigu), et l'ischémie myocardique qui passe souvent inaperçue car indolore.
- Au niveau du cou : L'AVC (accident vasculaire cérébral) en lien avec la plaque d'athérome pouvant causer une hémiplégie, perte de mémoire...
- Au niveau des jambes : l'artérite des membres inférieurs responsable de claudications intermittentes et de douleurs au repos ou la nuit, pouvant conduire à la gangrène et l'amputation(18).

La prévention et le traitement de ces complications macroangiopathiques se font en amont par la prise en charge des facteurs de risque ainsi que sur le contrôle de l'équilibre glycémique et de l'hypertension artérielle. Une surveillance cardiologique est recommandée une fois par an, au cours de laquelle est pratiqué un électrocardiogramme (ECG) au repos. En cas de symptômes cardiaques, un bilan plus poussé peut être réalisé(19).

3.2.3 Autres complications du diabète de type 2 et leur surveillance

- Le « pied diabétique » et ses affections :

Il existe plusieurs affections pouvant toucher les pieds des diabétiques. On parle de pied neuropathique lorsque les nerfs sont atteints et de pied artériopathique lorsque les artères sont touchées. Au-delà de l'altération de la qualité de vie, il y a un risque d'ulcération et d'infection pouvant mener à l'amputation avec un risque de mortalité non négligeable.

La neuropathie va associer trois types d'atteinte :

- Des troubles de la sensibilité qui peuvent être tactiles, thermiques ou algiques. Cette atteinte est la plus courante avec une perte de sensation.

- Un déficit moteur à l'origine d'un déséquilibre entre les muscles extenseurs et fléchisseurs du pied modifiant les points d'appui de celui-ci et engendrant des déformations des orteils et/ou du pied. Ce sont ces déformations (orteils en griffe, proéminence des têtes métatarsiennes, pied hyper-creux, ou à l'extrême un effondrement du médio-pied) qui vont provoquer des points de pression et des frottements des pieds dans la chaussure favorisant l'hyperkératose.
- Une atteinte végétative ou autonome responsable de sécheresse cutanée et de troubles vasomoteurs (création de shunts artério-veineux et perte de la vasomotricité des capillaires). Cela va donner naissance à une accumulation de corne ou hyperkératose comme des durillons ou des callosités. Une pression prolongée va abimer les tissus sous-jacents et former un abcès à l'origine du mal perforant typique de l'atteinte neuropathique. Les troubles vasomoteurs vont aussi contribuer à la fragilisation des os du pied pouvant mener à une ostéoarthropathie nerveuse caractérisée par une ostéonécrose et des fractures indolores pour le patient conduisant au pied de Charcot.

L'artériopathie des membres inférieurs va quant à elle retarder la cicatrisation des plaies due à une mauvaise irrigation sanguine et oxygénation. L'ischémie peut nécroser les tissus et laisser apparaître des ulcères dont le point de départ est souvent une petite plaie faite par inadvertance et non traitée due aux ongles mal coupés, des chaussures trop serrées ou mal adaptées avec un risque d'ampoule... La composante neuropathique rendant ces plaies indolores favorise le risque infectieux pouvant être bactérien ou fongique (figure5)(20).

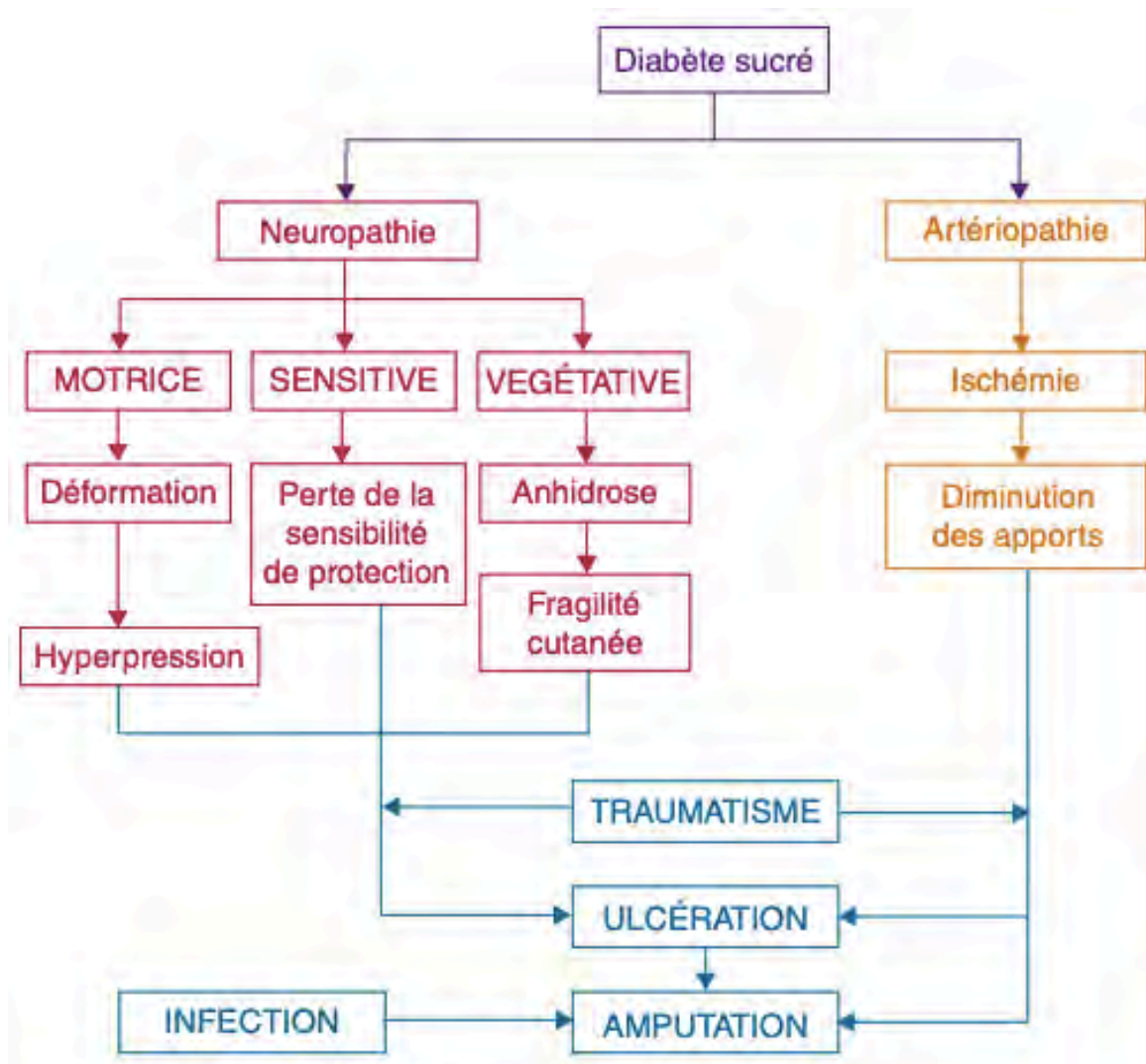


Figure 5 : diagramme des mécanismes physiopathologiques de l'ulcération du pied chez le patient diabétique(20)

- Les affections bucco-dentaires :

L'hyperglycémie chronique va provoquer plus localement un excès de glucose au niveau buccal et dans la salive. Cela participe à une sécheresse buccale et la formation de plaque dentaire pouvant entraîner des pathologies bucco-dentaires.

Trois types de lésions reviennent fréquemment chez les diabétiques :

- La carie dentaire : destruction de l'émail de la dent par la plaque dentaire (due à la présence d'une bactérie de la famille des *Streptocoques*) ;
- La gingivite : inflammation de la gencive par dépôt de bactéries au niveau du collet de la dent (rougeurs, saignements au moment du brossage, gonflement de la gencive) ;

- La parodontite : inflammation en profondeur des gencives et de l'os qui soutient la dent. Elle est deux à trois fois plus fréquente chez les diabétiques que dans la population générale. Les lésions gingivales et osseuses sont d'autant plus graves chez le sujet diabétique qu'elles peuvent aboutir à une perte de dents précoce (ce risque est d'autant plus élevé que le diabète est ancien)(15)(21).

L'hygiène des dents et des gencives doit donc être irréprochable chez un diabétique, tout comme les pieds, même en l'absence de symptômes.

Pour éviter ces complications, il existe des recommandations faciles à appliquer :

- Hygiène bucco-dentaire : brossage méticuleux des dents après chaque repas, pendant deux minutes et avec une brosse adaptée. On préférera un dentifrice fluoré et du fil dentaire ou des brossettes inter-dentaire, selon les conseils du dentiste, pour les zones non accessibles à la brosse ;
- Suivi régulier par un dentiste et dépistage précoce. Il est recommandé de réaliser un bilan dentaire auprès d'un chirurgien-dentiste au moins une fois par an, ce bilan est pris en charge à 100 % avec un diabète en affection longue durée ;
- Contrôle et surveillance de son équilibre glycémique(22).

4 Prise en charge du DT2

4.1 Prise en charge médicamenteuse

4.1.1 Objectifs et recommandations de prise en charge (figure 6)(23)

Le premier objectif est de corriger l'hyperglycémie donc de diminuer la valeur de l'hémoglobine glyquée (HbA1c). L'objectif cible du taux d'HbA1c sera à adapter en fonction de chaque patient, en effet, un taux trop bas d'hémoglobine glyquée peut être dangereux chez certains patients, notamment les personnes âgées en raison du risque hypoglycémique. Pour la plupart des patients, l'objectif sera un taux d'HbA1c inférieur à 7 % (entre 6,5 % et 8 % dans certaines situations cliniques).

Le deuxième objectif est de prévenir les hypoglycémies afin d'éviter la survenue de complications cardio-vasculaires et/ou neurologiques.

Le troisième objectif est le contrôle du poids. L'amélioration du contrôle glycémique s'accompagne fréquemment d'une prise de poids, il est donc indispensable que le traitement hypoglycémiant mis en place minimise cette prise de poids ou s'accompagne d'une réduction pondérale(24).

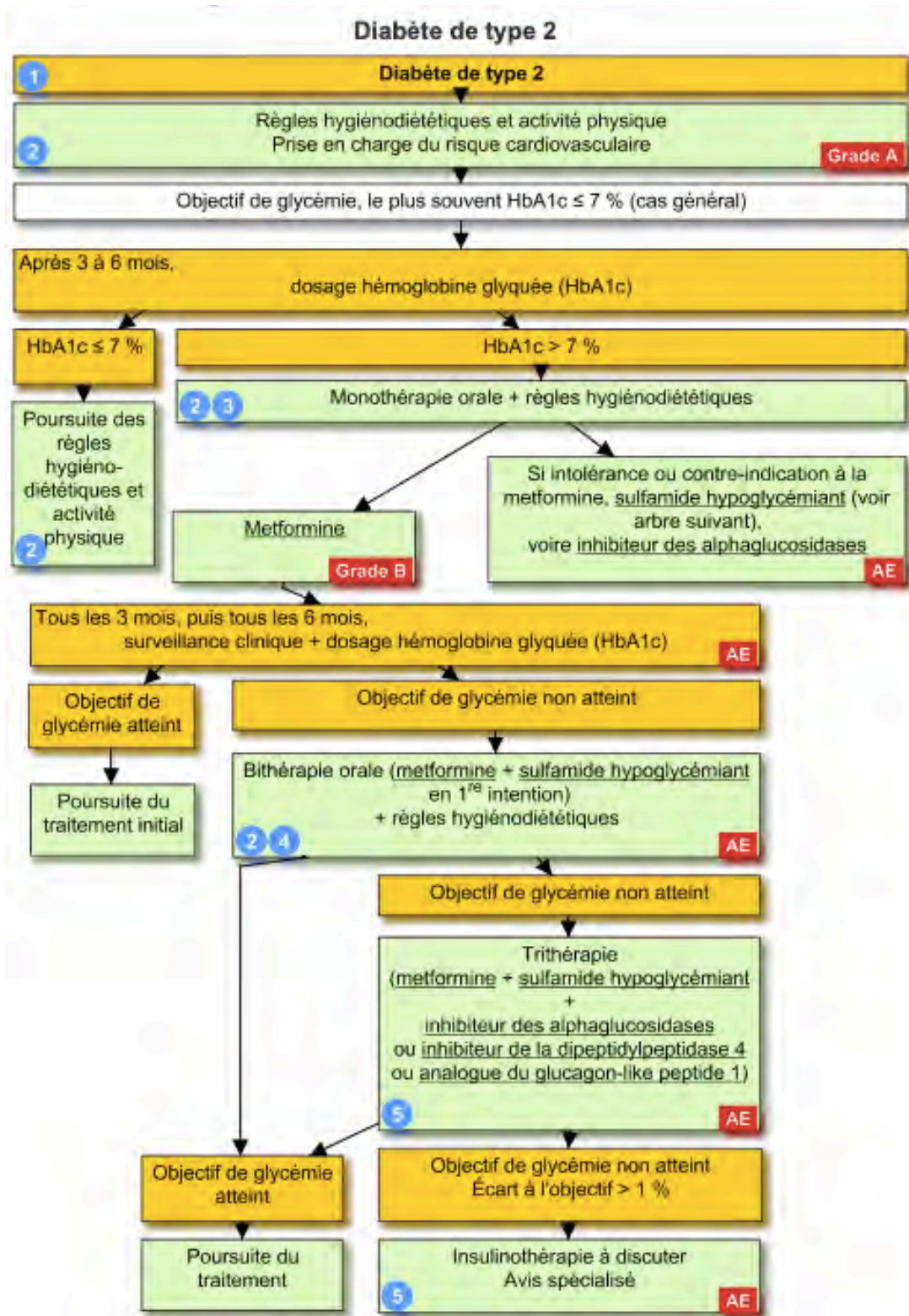


Figure 6 : arbre décisionnel de la prise en charge du diabète de type 2(23)

4.1.2 Médicaments Antidiabétiques

Classes	Mécanisme d'action	Nom générique (Nom commercial)	Contre-indications	Effets indésirables fréquents et précautions	Risque d'hypo
Les médicaments qui améliorent la sensibilité à l'insuline					
Biguanides Voie orale	Améliorent la sensibilité des cellules de l'organisme à l'insuline et diminuent la production de glucose par le foie (activation de l'AMPK hépatique)	Metformine (Stagid, Glucophage)	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance rénale même modérée - Acidocétose diabétique - Pathologie susceptible d'entraîner une hypoxie tissulaire sévère (IC, IR respiratoire, IH, IDM, déshydratation, fièvre, infection) - Alcoolisme, grossesse, allaitement 	<ul style="list-style-type: none"> - Diarrhées - Douleurs abdominales - Nausées, vomissements - Goût de métal - Arrêter 24h avant et après l'anesthésie générale ou opacification intra vasculaire 	-
Les médicaments qui stimulent la production d'insuline					
Sulfamides hypoglycémiant Voie orale	Stimulent la sécrétion d'insuline par les cellules bêta du pancréas (fixation sur la protéine SUR1 du canal potassique des cellules bêta pancréatiques)	<ul style="list-style-type: none"> - Glibenclamide (Daonil, Hemi-Daonil) - Gliclazide (Diamicon) - Glimépiride (Amarel) - Glipizide (Glibénèse, Minidiab, Ozidia) 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance rénale, hépatique - Sujets éthyliques - Grossesse, allaitement - Allergie à ces produits 	<ul style="list-style-type: none"> - Hypoglycémie - Prise de poids 	+++
Glinides Voie orale	Idem Sulfamides hypoglycémiant mais d'action plus courte	Répaglinide (Novonorm)	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance hépatique et rénale sévère - Grossesse, allaitement - Hypersensibilité connue 	<ul style="list-style-type: none"> - Hypoglycémie - Douleurs abdominales - Diarrhées - Ne pas associer avec les SH 	++
Gliptines ou inhibiteur de la dipeptidylpeptidase-4 (DPP4) Voie orale	Augmentent le taux des hormones incrétines actives qui stimulent la sécrétion d'insuline lors d'un repas	<ul style="list-style-type: none"> - Vildagliptine (Galvus) - Sitagliptine (Januvia, Xelevia) - Saxagliptine (Onglyza) 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance rénale modérée à sévère 	<ul style="list-style-type: none"> - Maux de tête, nausées - Douleurs musculaires - Infection respiratoire - Attention aux allergies - Ne pas associer avec les analogues du GLP-1 	-
Analogues de la glucagon-like peptide (GLP-1) Voie sous-cutanée	Augmentent de façon glucodépendante la sécrétion d'insuline par les cellules bêta pancréatiques et inhibe la sécrétion de glucagon (fixation sur les récepteurs au GLP1 au niveau pancréatique et central)	<ul style="list-style-type: none"> - Sémaglutide (Ozempic) - Dulaglutide (Trulicity) - Liraglutide (Victoza) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hypersensibilité à la substance active - Pas de traitement en monothérapie - Association non recommandée avec l'insuline 	<ul style="list-style-type: none"> - Nausées, vomissements - Diarrhées/Constipation - Douleurs abdominales - Digestion difficile, rgo 	-
Les médicaments qui réduisent l'absorption des sucres					
Inhibiteurs de l'alpha glucosidase Voie orale	Ralentissent la transformation des glucides en glucose et leur absorption intestinale	Acarbose (Glucor)	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance rénale sévère - Maladie du tractus digestif - Grossesse, allaitement - Allergie à ces produits 	<ul style="list-style-type: none"> - Flatulences (gaz) - Diarrhées - Douleurs abdominales 	-
Les médicaments qui favorisent l'élimination des sucres					
Inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose type 2 (SGLT2) Voie orale	Diminution de la réabsorption du glucose au niveau du rein et de favoriser l'élimination du glucose dans l'urine	<ul style="list-style-type: none"> - Dapagliflozine - Canagliflozine - Empagliflozine 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance rénale chronique - Grossesse 	<ul style="list-style-type: none"> - Infections uro-génitales - Hypotension - Déshydratation - pollakiurie, polyurie et nycturie 	-

Tableau 2 : traitements du diabète de type 2 (25)(26)














Insulines	Nom commercial Laboratoire	Flacon 100 U/ml	Cartouche 100 U/ml 3ml	Stylo jetable 3ml	Action des insulines		Spécificités
					Délat	Durée	
Analogues d'insuline rapide + Insuline de durée d'action intermédiaire 	Novomix® 30 NOVONORDISK			Novomix 30 FlexPen 	5 mn	jusqu'à 10 à 12h	Injection au moment des repas. Agiter l'insuline avant l'injection
	Novomix® 50 NOVONORDISK			Novomix 50 FlexPen 			
	Novomix® 70 NOVONORDISK			Novomix 70 FlexPen 			
	Humalog® Mix 25 LILLY			Humalog Mix25 KwikPen 			
	Humalog® Mix 50 LILLY			Humalog Mix50 KwikPen 			
Insuline rapide + Insuline de durée d'action intermédiaire 	Mixtard® 30 NOVONORDISK				20mn	Jusqu'à 10 à 12h	Injection 20 à 30 mn avant le repas. Agiter l'insuline avant l'injection
	Umuline® Profil 30 LILLY			Umuline Profil 30 KwikPen 			

Tableau 3 : insulines utilisées dans le diabète(27)

Une insulinothérapie peut être mise en place chez un diabétique de type 2 si l'objectif glycémique n'est pas atteint malgré une bithérapie ou une trithérapie orale. Elle doit faire l'objet d'une discussion avec le patient et/ou son entourage dans le cadre d'une éducation thérapeutique. L'insulinothérapie devra être complétée d'une auto-surveillance glycémique, une définition précise des objectifs glycémiques à atteindre, une adaptation des doses d'insuline, une transmission des connaissances sur l'hypoglycémie (les moyens de la prévenir et de la corriger) et la réalisation adéquate de l'injection d'insuline. L'intérêt de maintenir les antidiabétiques non insuliniques doit être évalué en fonction des bénéfices attendus pour chacune des molécules(28).

4.2 Complication liée aux traitements

4.2.1 L'hypoglycémie

L'hypoglycémie est caractérisée par une glycémie inférieure à 0,7g/L. Le risque de provoquer un épisode d'hypoglycémie pour un diabétique est plus important s'il a des médicaments hypoglycémiant (sulfamides, glinides, insuline) dans son traitement, même si une baisse de la glycémie peut se produire dans d'autres circonstances. C'est cette hypoglycémie liée aux antidiabétiques oraux insulino-sécréteurs que l'on cherche à éviter dans l'étude clinique de cette

thèse (troisième partie), grâce à un accompagnement pharmaceutique des patients cibles par le pharmacien d'officine.

Certaines situations peuvent entraîner des hypoglycémies comme par exemple des doses de médicaments inadaptées du fait de l'évolution du diabète ou d'une insuffisance rénale. D'autres situations, davantage liées à une modification du mode de vie, ont les mêmes conséquences sur la glycémie : un changement dans ses habitudes alimentaires (absence d'un repas ou un repas pris en retard, plus léger que d'habitude ou qui n'a pas apporté suffisamment de féculent) ; une activité physique non prévue ou plus intense que d'habitude ; un médicament pris pour traiter une affection autre que le diabète faisant diminuer la glycémie ; un changement de traitement antidiabétique ; une erreur de dosage de l'insuline ou d'un autre médicament antidiabétique ; une consommation de certains alcools (whisky, gin, vodka)(29).

Les symptômes évocateurs de l'hypoglycémie peuvent être les suivants(tableau 2)(30) :

Symptômes adrénérgiques (mise en jeu du système sympathique) → PRECOCES	Symptômes neuroglycopéniques (carence en glucose au niveau de système nerveux central) → TARDIFS
Pâleur	Fatigue, Faiblesse
Sueurs	Trouble Vision/Parole
Faim, Nausées	Vertige, Malaise
Palpitations, Tremblements	Confusion, Trouble Concentration/Humeur
Anxiété	Convulsion, Perte de Conscience (rare)

Tableau 4 : symptômes adrénérgiques et neuroglycopéniques de l'hypoglycémie(30)

Certains médicaments masquent ces signes d'hypoglycémie, c'est le cas des β -bloquants.

Les conduites à tenir en cas d'hypoglycémie vont être différentes selon l'état de conscience de la personne. Si le diabétique est en capacité de déglutir, il devra cesser toute activité, s'asseoir et se « resucrer » avec 15 grammes de glucides (équivalent à trois morceaux de sucre ou une briquette de jus de fruit (15 cl), ou une petite canette de soda non light (15 cl), 1 cuillère à soupe

de confiture ou de miel). Il devra vérifier sa glycémie 15 minutes plus tard si possible et continuer le resucrage si elle est particulièrement basse. En revanche, si l'hypoglycémie est plus sévère et que le patient est inconscient ou trop faible pour se « resucrer », cela nécessitera l'intervention de l'entourage ou d'un aidant/soignant. Dans ce cas, soit le diabétique est conscient et une personne pourra l'aider à se « resucrer », soit il est inconscient et une personne formée peut pratiquer une injection de glucagon ou bien appeler le 15 ou 112 si ce n'est pas le cas. Il est donc important qu'un diabétique ait de quoi se « resucrer » sur soi(31) !

4.3 Prise en charge non médicamenteuse du diabète de type 2

4.3.1 Mesures hygiéno-diététiques

Le traitement de première intention, avant même l'instauration de traitements médicamenteux, correspond aux mesures hygiéno-diététiques qui ont pour objectif d'améliorer l'équilibre du diabète, de contrôler les facteurs de risque cardio-vasculaire (hypertension, dyslipidémies, hyperglycémie, surpoids et obésité) et de prévenir des complications du diabète de type 2. Le médecin traitant peut orienter le patient vers un nutritionniste ou un diététicien afin qu'il mette en place une stratégie individualisée concernant l'alimentation et l'activité physique au quotidien pour le diabétique. Au niveau de l'alimentation, les régimes restrictifs sont à éviter d'une part car ils ne sont pas pérennes au long terme et peuvent engendrer des carences. Il est recommandé de manger à heures régulières (trois fois par jour en moyenne), d'éviter le grignotage ou le saut de repas. Pour les glucides, on privilégiera la consommation d'aliments à indice glycémique faible afin d'avoir un meilleur contrôle de la glycémie. Les aliments détenant un indice glycémique plus élevé ne sont pas interdits pour éviter le phénomène de frustration mais ils doivent être consommés avec modération, et de préférence à la fin du repas. Pour les lipides, il sera préférable de consommer des acides gras polyinsaturés (famille des oméga 3 et 6) ou mono-insaturés présents surtout dans les produits d'origine végétale (olive, arachide, amandes, noix, tournesol...) et dans certains poissons (saumon, maquereau, sardine...). En revanche, il faut limiter la consommation d'acides gras saturés qui augmentent le LDL-cholestérol (mauvais cholestérol) se retrouvant principalement dans les produits d'origine animale (viande, produits laitiers entiers, beurre, charcuterie...) ainsi que dans l'huile de coco et l'huile de palme, responsables de l'insulino-résistance et de la prise de poids. D'autres apports sont aussi à surveiller dont les apports sodés sous forme de sel, qu'il faut éviter afin de

limiter les risques cardiovasculaires. Au niveau de l'activité physique, elle est recommandée à tout âge pour maintenir un bon équilibre glycémique, améliorer la fonction cardio-vasculaire, augmenter la sensibilité des tissus à l'insuline et retarder l'apparition ou l'aggravation des complications liées au diabète. De plus, elle contribue au bien-être et à la socialisation de la personne et permet de diminuer ou stabiliser son poids. Il est recommandé en général de faire au minimum 30 minutes d'activité physique journalière dans la mesure du possible, à adapter selon le type de patient et ses capacités. Il faut rester vigilant lors d'efforts trop importants chez un sujet diabétique et d'autant plus lorsqu'il est sous insulinothérapie, le risque majeur étant l'hypoglycémie. Les professionnels de santé participant à son éducation doivent l'avertir et l'informer des précautions à prendre (mesure de glycémie avant l'effort, prendre une collation avant l'effort, avoir de quoi se resucrer sur soi...)(32)(33)(34).

5 Examens de suivi et objectifs chez le diabétique de type 2

Afin de prévenir ou d'aggraver les complications liées au diabète de type 2, il est impératif de maintenir l'équilibre du diabète grâce à une surveillance biologique et médicale régulière.

5.1 Examens de suivi recommandés chez le diabétique de type 2

5.1.1 L'hémoglobine glyquée

L'hémoglobine glyquée est le pourcentage d'hémoglobine ayant fixé du sucre dans le sang, plus la glycémie est élevée, plus la quantité de glucose qui va se fixer sur l'hémoglobine sera importante. Son dosage et sa valeur reflètent la glycémie moyenne du patient diabétique des trois derniers mois précédant le dosage en laboratoire (la durée de vie des érythrocytes est de 120 jours). Il s'agit de l'examen de référence en France pour contrôler la glycémie au long court, contrairement à la glycémie capillaire qui mesure la glycémie à un instant t. L'HbA1c est un marqueur du risque de complications du diabète à long terme, plus sa valeur est élevée, plus ces risques augmenteront. Il faut donc mesurer l'HbA1c trois à quatre fois par an surtout au début du diagnostic de la pathologie ou pour les diabétiques non équilibrés. Une réévaluation du traitement est nécessaire après un intervalle de 3 à 6 mois en vérifiant la bonne observance.

Pour les patients dont le diabète est équilibré, cette mesure peut se faire deux fois par an seulement.

La plupart des patients diabétiques ont une hémoglobine glyquée cible $\leq 7\%$, cependant il est nécessaire d'adapter ce taux en fonction des patients et de leur situation clinique(35)(15)(12)(19)(tableau 5)(36)(tableau 6)(37).

Profil du patient diabétique	HbA1c cible
Diabète nouvellement diagnostiqué chez un sujet dont l'espérance de vie est > 15 ans et sans antécédent cardiovasculaire	$\leq 6,5\%$
Sujet diabétique : <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 durée d'évolution > 10 ans et pour lequel la cible de 7% s'avère difficile à atteindre car l'intensification médicamenteuse provoque des hypoglycémies sévères. 	$\leq 8\%$
Sujet avec complication macrovasculaire considérée comme non évoluée	$\leq 7\%$
Sujet avec 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 antérieure [IVA] proximale) ; atteinte polyartérielle (au moins deux territoires artériels symptomatiques) ; artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) symptomatique ; accident vasculaire cérébral récent (< 6 mois). 	$\leq 8\%$
Insuffisance rénale chronique modérée (stades 3A ¹ et 3B ¹)	$\leq 7\%$
Insuffisance rénale chronique sévère ou terminale (stades 4 ¹ et 5 ¹)	$\leq 8\%$
Femme ayant le projet de débiter une grossesse	$< 6,5\%$
Femme enceinte (glycémie à jeun $< 0,95$ g/l, postprandiale $< 1,20$ g/l 2 heures après le repas)	$< 6,5\%$
Personne âgée de plus de 75 ans en bon état de santé, indépendante et bien intégrée socialement (c'est-à-dire autonome d'un point de vue décisionnel et fonctionnel)	$\leq 7\%$
Personne âgée dite fragile, à l'état de santé intermédiaire avec limitations fonctionnelles motrices et cognitives et une baisse des capacités d'adaptation	$\leq 8\%$
Personne âgée dépendante, en mauvais état de santé en raison d'une polyopathie chronique évoluée génératrice de handicap et d'un isolement social	$< 9\%$

Tableau 5 : taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) à atteindre en fonction de la situation clinique(36)

Valeur HbA1c	Glycémie moyenne
6%	1,2 g/l
7%	1,5 g/l
8%	1,8 g/l
9%	2,10 g/l
10 %	2,40 g/l

Tableau 6 : correspondance du taux d'HbA1c avec les glycémies moyennes(37)

5.1.2 Bilan lipidique

Un bilan lipidique annuel au minimum est recommandé chez les diabétiques de type 2 dans le but d'évaluer le facteur de risque cardiovasculaire. Il s'agit de mesurer le cholestérol total, le HDL-cholestérol, le LDL-cholestérol et les triglycérides via une prise de sang. Ces anomalies restent très longtemps imperceptibles si on ne les recherche pas(19)(12)(15).

5.1.3 Bilan rénal

Un bilan rénal doit être effectué au moins une fois par an dans le but de rechercher une atteinte rénale. Les complications au niveau de cet organe évoluent la plupart du temps de façon silencieuse et peuvent passer inaperçues. Au cours de ce bilan est alors pratiqué un dosage de la créatininémie à jeun avec une estimation du débit de filtration glomérulaire permettant de graduer l'insuffisance rénale si elle est présente. A cela s'ajoute un dosage de l'albuminurie permettant de dépister une néphropathie diabétique à l'aide d'une bandelette urinaire et/ou par méthode quantitative après recueil urinaire(15)(12)(19)(tableau 7)(38).

Stade	DFG (mL/min/1,73 m ²)	Définition
1	≥ 90	Maladie rénale chronique* avec DFG normal ou augmenté
2	Entre 60 et 89	Maladie rénale chronique* avec DFG légèrement diminué
3A	Entre 45 et 59	Insuffisance rénale chronique modérée
3B	Entre 30 et 44	
4	Entre 15 et 29	Insuffisance rénale chronique sévère
5	< 15	Insuffisance rénale chronique terminale

Tableau 7 : stades d'évolution de la maladie rénale chronique(38)

5.1.4 Bilan cardiologique

Un électrocardiogramme (ECG) annuel sera pratiqué au repos afin de dépister d'éventuelles maladies cardiaques. Un bilan plus approfondi comme un test à l'effort peut être réalisé tous les 3 ans, en fonction des résultats des lipides sanguins et du tabagisme(15)(12)(19).

5.1.5 Bilan ophtalmologique

Un examen de fond d'œil ou une rétinographie seront réalisés à l'aide d'un rétinographe afin de déceler une éventuelle atteinte de la rétine. Ce bilan doit être effectué tous les deux ans voir tous les ans chez les patients traités par insuline(15)(12)(19).

5.1.6 Bilan dentaire

Une consultation dentaire est recommandée une fois par an chez un dentiste(15)(12)(19).

Examens de suivi devant être faits chez un sujet diabétique de type 2	Rappel des recommandations françaises	Données de la cohorte (3 647 sujets diabétiques)		
		Examens effectués simultanément	Nombre cumulé de sujets	% cumulé de sujets
Recherche d'albuminurie ou de protéinurie (a)	1 fois/an	(a)	987	28
Consultation dentaire (b)	1 fois/an	(a) + (b)	409	11
Électrocardiogramme de repos (c)	1 fois/an	(a+b+c)	189	5
Dosage de l'hémoglobine glyquée 3 fois/an (d)	3 à 4 fois/an	(a+b+c+d)	112	3
Examen ophtalmologique (e)	1 fois tous les 2 ans sous certaines conditions [†] (sinon 1 fois/an)	(a+b+c+d+e)	77	2
Dosage des lipides sanguins (f)	1 fois/an	(a+b+c+d+e+f)	74	2
Dosage de la créatininémie (g)	1 fois/an	(a+b+c+d+e+f+g)	72	2

Tableau 8 : examens de suivi à réaliser chez le diabétique de type 2(39)

5.2 Objectifs thérapeutiques dans le diabète de type 2

5.2.1 Objectif glycémique

Au-delà des objectifs d'hémoglobine glyquée détaillés ci-dessus, nous allons nous attarder sur les objectifs glycémiques à jeun et en post prandiale. Le taux d'HbA1c reste la valeur de référence permettant d'apprécier l'équilibre glycémique chez un diabétique mais l'autosurveillance glycémique (ASG) peut la compléter et sert à contrôler et prévenir les déséquilibres glycémiques. L'autosurveillance glycémique est réservée à certains diabétiques de type 2 :

- Patients insulino traités
- Patients chez qui une insulinothérapie est envisagée
- Patients traités par insulinosécréteurs ou faisant des hypoglycémies
- Patients difficiles à équilibrer, dont l'objectif glycémique n'est pas atteint.

Il est important d'éduquer le patient lors de la prescription d'une autosurveillance glycémique même si les dosages en laboratoire sont primordiaux, que ce soit l'HbA1c tous les trois mois ou le dosage de la glycémie plasmatique une à deux fois par an, pour contrôler la qualité de la mesure des glycémies capillaires. Le médecin déterminera avec le patient les objectifs et la fréquence des mesures à réaliser. Les objectifs glycémiques pour la majorité des patients diabétiques de type 2 sont fixés entre 70 et 120 mg/dL à jeun et inférieurs à 180 mg/dL en postprandial (deux heures après le repas). Les objectifs et la fréquence sont variables selon le type de traitement et l'environnement du patient. Le matériel nécessaire à l'autosurveillance glycémique est :

- Un lecteur de glycémie (remboursable tous les quatre ans par la sécurité sociale sauf pour les diabétiques âgés de moins de 18 ans où deux lecteurs sont pris en charge tous les quatre ans)
- Un stylo autopiqueur à usage personnel (remboursable tous les ans sauf pour les diabétiques âgés de moins de 18 ans où deux stylos sont pris en charge tous les ans)
- Un capteur, en cas d'autosurveillance par mesure du glucose interstitiel (pris en charge tous les 14 jours)
- Des lancettes à usage unique adaptées à l'autopiqueur
- Des bandelettes (200 bandelettes remboursées par an à l'exception des patients insulino traités ou prévue à court ou moyen terme) (40)(41)(42)

Le rythme d'autosurveillance suggéré est (tableau 9)(40) :

Indications dans le diabète de type 2	Rythme d'ASG suggéré (dans les cas où cette surveillance est indiquée)
Insulinothérapie en cours	<ul style="list-style-type: none"> ■ Au moins 4 par jour si l'insulinothérapie comprend plus d'une injection d'insuline par jour ■ 2 à 4 par jour si elle n'en comprend qu'une <p>Objectifs glycémiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • avant les repas, 70 à 120 mg/dL ; • en post-prandial (2 heures après le repas) : < 180 mg/dL.
Insulinothérapie prévue à court ou moyen terme	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2 à 4 par jour
Traitement n'atteignant pas l'objectif glycémique	<ul style="list-style-type: none"> ■ De 2 par semaine à 2 par jour au maximum comme outil d'éducation du patient, pour démontrer l'effet de l'activité physique, de l'alimentation et du traitement médicamenteux.
Traitement par insulinosécréteurs (sulfamides ou glinides, seuls ou associés à d'autres médicaments antidiabétiques)	<ul style="list-style-type: none"> ■ De 2 par semaine à 2 par jour au maximum ASG à réaliser au moins deux jours par semaine, à des moments différents de la journée, pour affirmer une hypoglycémie et adapter si besoin la posologie des médicaments.

Tableau 9 : rythme d'autosurveillance suggéré chez le diabétique(40)

5.2.2 Objectif tensionnel

L'hypertension artérielle est un des facteurs de risque aggravant un diabète de type 2, notamment au niveau cardio-vasculaire, mais aussi au niveau ophtalmique (rétinopathie) et rénal (néphropathie). Un suivi régulier de la pression artérielle est recommandé. Il peut se faire soit à domicile après l'achat d'un tensiomètre, soit au cabinet médical lors des consultations, soit en officine avec le pharmacien. L'objectif tensionnel sera défini par le médecin avec le patient en fonction de son état de santé et de ses antécédents. Les dernières recommandations de l'ESC (European Society of Cardiology) préconisent un objectif < 140/85 mmHg pour la majorité des patients et < 130/80 mmHg pour les patients les plus jeunes et à risque cardiovasculaire élevé(43)(44).

DEUXIEME PARTIE :
Missions du pharmacien
d'officine dans
l'accompagnement des
patients atteints de
maladie chronique

Le métier de pharmacien d'officine est en pleine évolution depuis 2009, surtout dans le domaine de l'éducation thérapeutique, grâce à l'action de l'ordre national des pharmaciens et du comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (Cespharm). Les missions du pharmacien d'officine selon la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 du code de la santé publique sont (liste non exhaustive) de contribuer aux soins de premier recours, de participer à la coopération entre professionnels de santé, de participer à la mission de service public de la permanence des soins, concourir aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé, participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients, proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes, effectuer certaines vaccinations etc...(45)

1 Généralités sur les entretiens pharmaceutiques

1.1 Les avenants à la convention nationale de 2013, 2014, 2016 et 2020

La mise en place d'entretiens pharmaceutiques à l'officine est une reconnaissance de la capacité du pharmacien à jouer un rôle dans l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques. Ces entretiens viennent appuyer de manière plus structurée ce que faisait déjà le pharmacien depuis longtemps au comptoir lors de la dispensation des médicaments.

Le 10 janvier 2013 a été signé l'avenant 1 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), les trois syndicats représentant les pharmaciens d'officine : la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF), l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) et l'Union Nationale des Pharmacies de France (UNPF), ainsi que l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam). Cet avenant, publié le 27 juin 2013 au Journal Officiel, décrit les modalités de mise en pratique de la nouvelle mission du pharmacien d'officine dans l'accompagnement des patients traités chroniquement par antivitamine K (AVK)(46).

Le 2 décembre 2014 a été publié au Journal Officiel l'avenant 4 à la convention nationale des pharmaciens d'officine entre l'Uncam et le syndicat majoritaire de la profession : la FSPF. Cet avenant autorise le pharmacien d'officine à accompagner les patients asthmatiques chroniques dans un cadre défini(47).

Le 28 juin 2016 a été publié au Journal Officiel l'avenant 8 à la convention nationale des pharmaciens d'officine entre l'Uncam, la FSPF et l'USPO. Cet avenant promeut un certain nombre d'évolutions pour les dispositifs d'accompagnements toutes thématiques confondues, et fixe les modalités de mise en œuvre du dispositif d'accompagnement par le pharmacien des patients sous anticoagulants oraux d'action directe (AOD) et introduit le suivi d'observance au cours des entretiens pharmaceutiques(48)(49).

Le 29 juillet 2020 a été signé l'avenant 21 à la convention pharmaceutique entre l'USPO, la FSPF et l'Assurance Maladie. Publié le 30 septembre 2020 au Journal Officiel, il décrit les modalités de mise en œuvre de la nouvelle rémunération à l'acte des accompagnements pharmaceutiques et la mise en place d'un nouvel accompagnement pour les patients sous traitement anticancéreux oraux. De plus, il revalorise la rémunération de ces accompagnements.

1.2 Qu'est-ce qu'un entretien pharmaceutique

Un entretien pharmaceutique en officine est une prise en charge individuelle d'une durée approximative de 20 à 30 minutes entre un professionnel de santé : le pharmacien, et son patient. Pour réaliser un accompagnement pharmaceutique, le patient doit être suivi pour un traitement chronique, représentant une durée consécutive, prévisible ou effective supérieure ou égale à 6 mois. L'entretien doit être réalisé dans un espace de confidentialité en général à l'initiation du traitement si l'occasion se présente. Un entretien peut avoir différents objectifs en fonction du patient et du moment de sa mise en place par rapport au diagnostic de sa maladie. Pendant ce moment d'échange, le pharmacien rassemble des informations sur son patient, évalue ses connaissances et lui prodigue des conseils ainsi que des messages d'éducation et de prévention. Une transmission de connaissances sur la pathologie et les traitements est nécessaire afin que le patient soit acteur de sa maladie au quotidien et comprenne l'importance d'une observance rigoureuse. Le but est de rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'approprier son traitement pour qu'il gère au mieux sa vie avec sa maladie chronique(50)(51).

Pour réaliser un entretien pharmaceutique, le pharmacien peut s'aider des outils fournis par l'assurance maladie sur le site internet Améli.fr dans la rubrique « professionnels de santé ». Ils sont composés d'un consentement, d'un guide d'accompagnement du patient servant de fil conducteur durant l'entretien, d'une fiche de suivi patient, d'un questionnaire patient afin d'évaluer l'observance de celui-ci et de divers documents à remettre au patient en lien avec la

pathologie et le traitement chronique qu'il doit suivre. Le pharmacien peut aussi s'aider d'un document de la Société Française de Pharmacie Clinique pour mener à bien les missions et les activités de pharmacie clinique impliquant un entretien avec le patient(51).

1.3 Conditions de rémunération des entretiens pharmaceutiques

A ce jour, la rémunération des entretiens pharmaceutiques se fait par une Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP). C'est une rémunération forfaitaire fixée à 40€ par an et par patient dès lors que le pharmacien réalise au moins deux entretiens pharmaceutiques individuels avec le même patient au cours de l'année civile de référence ou au moins un entretien si l'adhésion intervient à compter du second semestre. L'année suivante ainsi que pour les prochaines, un seul entretien pharmaceutique annuel pourra être réalisé ainsi que deux entretiens supplémentaires de suivi d'observance. Afin de pérenniser la démarche d'accompagnement, une évaluation du suivi de l'observance par un questionnaire de six questions a été mise à disposition des pharmaciens, ce questionnaire donne lieu à un score d'évaluation de l'observance. Cet accompagnement sera rémunéré par un forfait de 30€ par an et par patient. La rémunération intervient au cours du début du second semestre de l'année suivante. Le pharmacien doit avoir archivé les documents utilisés pour la réalisation de ces entretiens afin de les présenter lors d'un contrôle. A noter que la rémunération perçue pour un patient est limitée à une seule officine pour une année civile. Si deux pharmacies ont assuré des entretiens avec un même patient, c'est la première officine ayant déclaré la prestation qui percevra la rémunération.

La rémunération sur objectifs de santé publique pour les entretiens pharmaceutiques pose problème, ce qui se reflète dans le faible nombre de réalisation d'entretiens en officine. En effet, le paiement est tardif ou inexistant : seulement 24,5 % des entretiens anticoagulants oraux directs, 20 % des entretiens antivitamines K et 19,6 % des entretiens asthmes ont été régularisé en 2019. Pour pallier à ce problème, lors du congrès des pharmaciens qui a eu lieu à Bordeaux les 19 et 20 octobre 2019, le directeur-général de l'assurance-maladie, Nicolas Revel a annoncé que les entretiens devraient, courant 2020 être rémunérés à l'acte(48). L'avenant 21 à la convention pharmaceutique publié le 30 septembre 2020 au Journal Officiel, indique les nouvelles modalités de facturation et rémunération des entretiens pharmaceutiques. La facturation se fera désormais via des codes actes et le pharmacien sera rémunéré directement lors de sa télétransmission.

Il convient désormais de facturer(52) :

- Un code « adhésion » (TAC) au démarrage de l'accompagnement. L'adhésion est formalisée par la complétion d'un bulletin d'adhésion avec le patient. La rémunération est de 0,01€ faisant office de traçabilité.
- Un code « accompagnement 1ère année » (AOI pour les AOD, AKI pour les AVK, ASI pour l'asthme) à la fin de la séquence annuelle d'accompagnement lorsque tous les entretiens ont été réalisés. La rémunération est de 50€.
- Un code « accompagnement années suivantes » (AOS pour les AOD, AKS pour les AVK, ASS pour l'asthme) 12 mois après le code « accompagnement 1ère année » si la séquence annuelle d'accompagnement a été réalisée. La rémunération est de 30€.

Un seul code « accompagnement » par an et par thème peut être facturé.

Thème	1ère année	Que dois-je facturer ?	Années suivantes	Que dois-je facturer ?
AOD	Entretien d'évaluation + Adhésion	TAC (0,01€)	1er entretien thématique	Rien
	1er entretien thématique	Rien	2ème entretien thématique	AOS (30€)
	2ème entretien thématique	AOI (50€)		
AVK	Entretien d'évaluation + Adhésion	TAC (0,01€)	1er entretien thématique	Rien
	1er entretien thématique	Rien	2ème entretien thématique	AKS (30€)
	2ème entretien thématique	AKI (50€)		
Asthme	Entretien d'évaluation + Adhésion	TAC (0,01€)	1er entretien thématique	Rien
	1er entretien thématique	Rien	2ème entretien thématique	ASS (30€)
	2ème entretien thématique	ASI (50€)		

Tableau 10 : facturation des entretiens pharmaceutiques(52)

Concernant les entretiens pharmaceutiques des patients traités sous anticancéreux oraux, la facturation est similaire aux autres accompagnements pharmaceutiques comme le décrit le tableau ci-dessous :

Thème	1ère année	Que dois-je facturer ?	Années suivantes	Que dois-je facturer ?
Patients plus complexes	Entretien initial + Adhésion	TAC (0,01€)	1er entretien thématique	Rien
	Analyse	Rien	2ème entretien thématique	AC3 (30€)
	1er entretien thématique	Rien		
Patients simples	2ème entretien thématique	AC1 (80€)		
	Entretien initial + Adhésion	TAC (0,01€)	1er entretien thématique	Rien
	Analyse	Rien	2ème entretien thématique	AC4 (20€)
	1er entretien thématique	Rien		
2ème entretien thématique	AC2 (60€)			

Tableau 11 : facturation des entretiens anticancéreux oraux(52)

En pratique, les codes actes doivent être facturés seuls sur le logiciel de gestion en officine. Le pharmacien ayant réalisé l'entretien doit s'identifier comme exécutant et prescripteur à la date de l'entretien, en prenant en compte la situation du patient (accident de travail, maternité...). L'accompagnement pharmaceutique est facturé en tiers payant et pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie. En cas de contrôle, les fiches de suivi complétées servant de justificatifs peuvent être demandées(52).

Indépendamment d'une nouvelle facturation à l'acte des entretiens pharmaceutiques, tout pharmacien participant à une forme de coordination pluri professionnelle voit sa rémunération revalorisée. Elle passe de 420€ en 2020 à 820€ en 2022 et est intégrée dans la ROSP « qualité de service » qui inclut aussi la télétransmission des feuilles de soins, la dématérialisation des pièces justificatives, l'actualisation de la carte Vitale, la télémédecine...(52)

1.4 Actions similaires dans d'autres pays (Royaume-Uni, Belgique, Suisse, Canada)

Des prestations similaires aux entretiens pharmaceutiques sont retrouvées dans certains pays. Au Royaume-Uni, des entretiens sont réalisés chez des patients chroniques sous l'acronyme NMS (New Medicine Service) instauré en octobre 2011 par le NHS (National Health Service). Ce service est utilisé lors de la prescription d'un nouveau traitement chronique pour un patient âgé de plus de 14 ans. Cinq pathologies sont intégrées au NMS : anticoagulant/antiplaquettaire, asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), diabète de type 2 et hypertension. Le NMS est un service proposé au patient en trois étapes par le pharmacien qui dispense les traitements. Il se déroule sous forme d'entretien concernant le traitement et les effets secondaires puis d'un retour d'expérience sur la prise du médicament par le patient et un bilan de fin de traitement. 91,2 % des pharmacies d'officines en ont au moins réalisé un depuis sa création. Son efficacité est démontrée à la suite d'une étude, l'adhésion au traitement mesurée en semaine 10 est de 60,5 % dans la pratique courante contre 70,7 % (+10,2 points) avec le NMS. Les dépenses de santé du NHS sont de 362 euros en pratique courante contre 298 euros avec le NMS, soit une économie de 64 euros réduite à 29 euros en intégrant le coût d'intervention du NMS. Le partage de connaissances entre le pharmacien et le patient sur la pathologie et les médicaments est souligné, mais la mise en œuvre du NMS est dépendante de la relation entre le prescripteur et le pharmacien et de la possibilité de le réaliser pour le pharmacien(53).

En Belgique, un entretien pharmaceutique est réalisé sous la dénomination d'Entretien d'accompagnement de Nouvelle Médication (ENM). Il s'est mis en place en 2013 pour une seule pathologie chronique, l'asthme, à condition d'être traité par un corticoïde inhalé. L'ENM se déroule en deux phases : un premier entretien d'information qui est axé sur la dispensation de connaissances relatives à la pathologie, au traitement, son bon usage, ainsi qu'à l'importance d'une bonne observance. Un second entretien de suivi (3 à 6 semaines après le premier entretien) est réalisé dans le but d'analyser l'expérience vécue par le patient avec sa maladie et son nouveau traitement, discuter des problèmes éventuellement rencontrés (effets indésirables, oubli de prise, utilisation des aérosols...). Le pharmacien perçoit un honoraire forfaitaire spécifique de 20 euros par entretien d'accompagnement (soit 40 euros pour une prestation ENM complète). Selon une étude, l'ENM n'est pas intégré de manière optimale dans l'organisation du système de soins belges, ayant pour conséquence sa faible utilisation. Un manque d'envie des médecins et des pharmaciens est noté au début du programme. Les pharmaciens ne voient pas bien la différence entre ce programme et les conseils prodigués au comptoir quotidiennement et les médecins le perçoivent comme une concurrence à leurs missions. Ils déconseillent donc ces entretiens, n'étant pas informés de la mise en place de l'ENM. En revanche, une grande majorité de médecins qui sont interrogés trouve utile la répétition des techniques d'inhalation et le suivi de l'adhésion du patient par le pharmacien. La communication entre professionnels de santé est primordiale afin d'avoir un parcours de soin optimal pour le patient(53).

En Suisse, un entretien de polymédication peut être réalisé par le pharmacien d'officine chez les patients ayant au moins quatre médicaments prescrits simultanément pour une durée d'au moins trois mois. Il est relativement proche du bilan partagé de médication que l'on retrouve en France. Cet entretien ne peut être facturé que deux fois par an maximum à intervalle de six mois(54).

Au Québec, on ne parle pas d'entretien pharmaceutique mais plutôt de consultation pharmaceutique. Les missions du pharmacien d'officine sont bien plus élargies avec un rôle clinique prédominant. Le pharmacien ne délivre pas seulement les médicaments, il est aussi prescripteur pour certaines pathologies, il peut modifier certaines prescriptions (forme, dose, posologie) afin d'assurer la sécurité du patient, il possède un droit de substitution élargie... Les entretiens pharmaceutiques définis en France ne le sont pas précisément au Québec mais font partie intégrante de leur exercice au quotidien(55).

2 Les différents entretiens pharmaceutiques existants en pharmacie d'officine française

L'accompagnement pharmaceutique d'un patient, quel que soit le thème, impose la réalisation de plusieurs entretiens par an. Avant toute réalisation d'entretien pharmaceutique, il faut imprimer et remplir une fiche d'adhésion avec le patient et la conserver en cas de contrôle.

2.1 Antivitamine K (AVK)

Les entretiens AVK sont destinés aux patients qui ont une pathologie chronique avec un traitement antivitamine K supérieur ou égal à six mois. Selon l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), le nombre de français traités en 2011 par un AVK est estimé à environ 1,1 million. Les sujets âgés de 75 ans et plus sont les plus exposés, avec près de 12 % des personnes de cette tranche d'âge traités par un AVK(56). C'est le traitement antithrombotique de référence mais il nécessite une surveillance étroite. En effet, les accidents iatrogènes liés aux AVK sont la première cause d'hospitalisation pour effet indésirable médicamenteux en France avec 17 000 hospitalisations par an. Il existe un risque hémorragique en cas de surdosage, mais aussi un risque thromboembolique en cas de sous-dosage. Ce risque est d'autant plus important qu'il s'agit de médicaments à marge thérapeutique étroite. Pendant l'entretien, il faudra donc faire attention et apprendre au patient les signes évocateurs de sous-dosage (phlébite, embolie pulmonaire et accident vasculaire cérébral) et de surdosage (saignement des gencives ou de nez par exemple). Le degré de coagulation du sang sous AVK se mesure par le dosage en laboratoire de l'International Normalized Ratio (INR). Chez un sujet non traité, l'INR est égal à 1. Chez un patient sous AVK, l'INR cible pour un traitement efficace doit se situer entre 2 et 3. Plus l'INR est élevé, plus le risque hémorragique est fort. Dans certaines situations, l'INR cible doit être compris entre 3 et 4,5 pour que le traitement soit efficace. Dans tous les cas, un INR > 4,5 est systématiquement associé à un risque hémorragique accru. L'INR doit être contrôlé et mesuré régulièrement, si possible par le même laboratoire, à une fréquence déterminée par le médecin. Il doit être réalisé au minimum une fois par mois (plus fréquemment en début de traitement et à chaque fois que l'on peut craindre sa modification). En cas d'oubli de prise, la dose omise peut être prise dans un délai de 8 heures après l'heure habituelle d'administration sinon il est préférable de sauter la prise et signaler cet oubli lors du contrôle de l'INR. Un carnet de suivi doit être remis systématiquement

au patient pour qu'il y note les résultats des prises de sang. Les AVK sont majoritairement pris le soir à la même heure avec une prise de sang pour mesurer l'INR le matin. Le pharmacien se doit aussi de contrôler les interactions médicamenteuses et les contre-indications pouvant faire fluctuer l'INR. Il est donc nécessaire d'obtenir l'adhésion du patient à son traitement afin d'atteindre les objectifs thérapeutiques, et cela passe par un apprentissage et un accompagnement du patient.

La convention signée avec l'assurance maladie prévoit de réaliser au moins deux entretiens annuels par le pharmacien (ou un seul dans certaines situations). L'entretien se déroule dans un espace de confidentialité entre le pharmacien et le patient. Le pharmacien va recueillir des informations générales concernant le patient, donner des informations sur son traitement, évaluer l'adhésion du patient au traitement ainsi que son observance(57)(58)(59). L'assurance maladie met à disposition des professionnels de santé sur son site internet des documents qui peuvent être utilisés lors des entretiens pharmaceutiques AVK :

- Entretien pharmaceutique antivitamine K → AVK Guide d'accompagnement du patient(60)
- Suivi du patient dans le cadre de l'entretien pharmaceutique antivitamine K → AVK Pochette de la fiche de suivi patient(61)
- Suivi du patient dans le cadre de l'entretien pharmaceutique antivitamine K → AVK Fiche de suivi du patient(62)
- Traitement anticoagulant oral par antivitamine K : un accompagnement personnalisé proposé par votre pharmacien → Dépliant d'information patient(63).

2.2 Anticoagulants Oraux Directs (AOD)

Les entretiens AOD sont destinés aux patients souffrant d'une pathologie chronique avec une prescription d'anticoagulants oraux directs supérieure ou égale à six mois. Plus de 900 000 personnes en France sont traitées par des anticoagulants oraux direct en 2018 selon la fédération française de cardiologie(64). Lors de l'instauration du traitement anticoagulant, les AOD sont avec les AVK les traitements de première intention. Le choix entre ces deux familles d'anticoagulants sera fait au cas par cas en tenant compte :

- du risque hémorragique
- de l'âge et du poids
- de la fonction rénale

- de la qualité prévisible de l'observance
- de la capacité du patient à suivre le degré d'anticoagulation pour les AVK
- de la préférence du patient après une information adaptée.

Contrairement aux AVK, les AOD ne requièrent pas de surveillance biologique de l'INR bien qu'il existe aussi ce risque hémorragique ou thromboembolique. Leur demi-vie est plus courte que celle des AVK ce qui rend leur action très sensible à l'oubli de prise et il n'y a pas d'antidote spécifique. Le déroulé de l'entretien pharmaceutique est similaire à celui des AVK avec un entretien d'évaluation où l'on peut aborder une ou plusieurs thématiques comme le suivi biologique (de la fonction rénale et de l'hémoglobine au moins une fois par an), l'observance, les effets du traitement et les signes évocateurs d'un dosage inadapté, les interactions médicamenteuses et les règles hygiéno-diététiques(65)(58).

L'assurance maladie met à disposition des professionnels de santé sur son site internet des documents qui peuvent être utilisés lors des entretiens pharmaceutiques AOD :

- Fiche de suivi patient AOD(66)
- Guide d'accompagnement du patient sous AOD(67)
- Suivi de votre traitement anticoagulant oral direct AOD : un accompagnement personnalisé proposé par votre pharmacien → Dépliant d'information patient(68)
- Anticoagulants oraux directs (AOD) : Interactions médicamenteuses → Mémo pharmacien(69).

2.3 Asthme

Les entretiens « asthme » sont destinés aux patients souffrant d'une pathologie chronique avec une prescription de corticoïdes inhalés supérieure ou égale à six mois. L'asthme touche 6,8 % de la population, ce qui représente environ 4,5 millions de français. Cet entretien pharmaceutique est destiné à tous les patients avec un asthme chronique traité par corticoïde inhalé, que ça soit en initiation de traitement ou non, ce qui concerne 2 millions de personnes(48).

Pendant l'entretien, le pharmacien évalue les connaissances du patient sur des notions générales du traitement de l'asthme. Il doit vérifier si la personne distingue le traitement de fond et le traitement de crise dans sa prescription ainsi que leur posologie et mode d'action. Il doit s'assurer que le patient a toujours son traitement de crise sur lui ou à disposition immédiate. Le pharmacien évalue aussi la technique d'inhalation en laissant le patient manipuler les dispositifs

et apporte des corrections si besoin en faisant une démonstration. Pour que le traitement inhalé soit efficace, une dose suffisante de médicament doit atteindre les bronches. Le protocole est donc : d'expirer la totalité de l'air présent dans les poumons, placer l'inhalateur dans la bouche, prendre une profonde inspiration et retenir sa respiration pendant dix secondes en gardant les poumons gonflés. Un rinçage de la bouche à l'eau est préconisé en cas de prise de corticoïdes inhalés pour éviter les candidoses buccales.



Figure 7 : schéma des étapes d'une inhalation optimale(70)

Pour illustrer ses propos, le pharmacien peut s'aider d'outils vidéos, par exemple avec le guide zéphir présent sur le site internet de la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF) qui recense les différents types d'inhalateurs et leur utilisation. Le professionnel de santé va aussi s'intéresser à l'adhésion au traitement par le patient grâce au questionnaire de Morisky. Il se doit de mettre l'accent sur l'importance de l'observance dans cette pathologie car plus d'un patient sur deux ne l'est pas selon l'étude Sophia(71). Pour conclure l'entretien, un rappel sur les effets indésirables et les interactions médicamenteuses des traitements est judicieux, ainsi que la recherche des facteurs déclenchant ou aggravant l'asthme du patient.

L'assurance maladie met à disposition des professionnels de santé sur son site internet des documents qui peuvent être utilisés lors des entretiens pharmaceutiques « asthme » :

- Patients asthmatiques sous traitement de fond → Guide d'accompagnement du patient(72)
- Asthme : suivi du patient dans le cadre de l'entretien pharmaceutique → Fiche de suivi patient(73)
- Asthme : suivi du patient dans le cadre de l'entretien pharmaceutique → Pochette de la fiche de suivi patient(74)

- Asthme : comprendre ma maladie et bien utiliser mon dispositif d'inhalation → Document d'information à remettre au patient(75)
- Asthme : facteurs déclenchants et conseils pour les éviter → Fiche à remettre au patient(76).

2.4 Chimiothérapie orale (CTO)

En 2017, 324 465 personnes ont été traitées par chimiothérapie. Les chimiothérapies orales représentaient 25 % des traitements de chimiothérapie en 2015 pour atteindre 50 % en 2020(77). Les effets secondaires de ces médicaments sont fréquents et le patient s'y retrouve rapidement confronté car il connaît mal son traitement. La prescription est initialement hospitalière tandis que la dispensation est souvent réalisée en officine, ce qui implique une coordination pluri-professionnelle qui n'est pas toujours au point. En effet, les oncologues manquent de temps lors des consultations pour que le patient assimile toutes les informations liées au traitement. Le pharmacien d'officine a donc un rôle important à jouer grâce aux entretiens pharmaceutiques pour aider ces patients à s'approprier leur traitement relativement complexe et prévenir leurs effets indésirables.

L'avenant concernant l'accompagnement des patients sous anticancéreux oraux par les pharmaciens d'officine a été signé le 29 juillet 2020 avec l'assurance maladie et doit être mis en place à l'automne 2020. Les objectifs de ces entretiens sont de rendre le patient autonome et acteur de son traitement, limiter sa perte de repères. Le pharmacien se doit de favoriser le suivi, le bon usage et l'observance des chimiothérapies orales. Il doit l'aider dans la gestion des traitements, l'aider à adhérer aux traitements, prévenir les effets indésirables potentiels et assurer un suivi coordonné du patient.

Le pharmacien peut suivre des patients âgés de 18 ans minimum ayant un traitement anticancéreux oral. Il y a deux catégories de patients classés selon leurs traitements :

- Les patients « simples » : patients sous traitement au long cours : hormonothérapie (Tamoxifène (Novaldex®), Anastrozole (Arimidex®), Letrozole (Femara®), Exemestane (Aromasine®)), méthotrexate, hydroxycarbamide (Hydrea®), bicalutamide (Casodex®).
- Les patients « plus complexes » : patients sous autres anticancéreux des classes anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) L01 (médicaments antinéoplasiques) et

L02 (thérapeutiques endocrines) pris par voie orale comme la capécitabine (Xéroda®), la cyclophosphamide (Endoxan®) ou l'imatinib (Glivec®).

Le déroulement des entretiens est désormais fixé comme suit :

- La première année :
 - o 1 entretien initial servant à regrouper les informations générales du patient, ses connaissances sur son traitement (posologie, moment de prise, conduite à tenir...);
 - o l'analyse de la totalité des médicaments pris par le patient pour évaluer tout risque d'interaction médicamenteuse (échange avec le service hospitalier si nécessaire);
 - o 2 entretiens thématiques portant sur la vie quotidienne, les effets indésirables et l'appréciation de l'observance du patient. En cas de problème sur un des thèmes abordés, il peut être utile d'en informer les autres professionnels de santé qui prennent en charge le patient.
- Les années suivantes :
 - o 2 entretiens thématiques(52).

Le pharmacien d'officine peut aussi s'aider des sites proposant des fiches sur les anticancéreux par voie orale à destination des patients et des professionnels de santé comme www.omedit-paysdelaloire.fr ou oncolien.sfpo.com(78) (79)(80)(81).

TROISIEME PARTIE :
**Première phase de l'étude
(2015) précédant le travail
de cette thèse**

1 Entretiens pharmaceutiques sur le diabète ayant précédemment été réalisés dans le département de Loire-Atlantique (Phase I)

1.1 Présentation de l'étude : suivi et accompagnement du patient diabétique de type 2 par le pharmacien d'officine

Le projet qui a été mis en place par l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Pharmaciens Pays de la Loire en 2015 s'inscrit parfaitement dans les démarches de santé publique soutenues par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Il permet d'améliorer la prise en charge, l'accompagnement et le suivi de la pathologie grâce à la mise en place d'entretiens pharmaceutiques réalisés par le pharmacien d'officine.

L'étude porte sur l'expérimentation d'entretiens pharmaceutiques de suivi et d'accompagnement des patients diabétiques de type 2 dans des officines de Loire-Atlantique.

Le but était d'évaluer l'impact de l'intervention du pharmacien d'officine dans l'éducation thérapeutique et la gestion des hypoglycémies sous insulino-sécréteurs (sulfamides, glinides) chez le diabétique de type 2.

L'objectif était d'améliorer le suivi et l'accompagnement de ces patients avec une attention particulière sur la gestion des hypoglycémies grâce à une prise en charge et un accompagnement par les pharmaciens d'officines dans cette région et l'étendre par la suite.

L'étude consistait à réaliser deux entretiens, un premier d'une durée de 30 minutes et un second de 20 minutes six mois plus tard. Ces entretiens étaient réalisés dans un espace de confidentialité par des pharmaciens d'officine avec les questionnaires et certains outils à leur disposition.

1.2 Les résultats de l'étude

Il y avait 45 pharmacies d'officine qui se sont portées volontaires pour réaliser ces entretiens sur l'ensemble du département de la Loire Atlantique, avec un total de 328 questionnaires qui ont été analysés(82).

- Généralités :

Pharmacies participantes	Questionnaires recueillis
45	328

- Suivi du diabète : réponses positives

Type de diabète	80 %
Endocrinologue	43 %
Infirmier	30 %
Nutritionniste	14 %
Podologue	34 %
Ophtalmologue	85 %
Dentiste	61 %
Cardiologue	70 %
Analyse en laboratoire	97 %

- Matériel à la maison :

Lecteur de glycémie	71 %
Carnet de surveillance	53 %
Carte de diabétique	30 %

- Traitement :

Nom de leurs traitements	80 %
Quand prendre le traitement	97 %

Oubli du traitement	32 %
Que faire en cas d'oubli	70 %

- Hypoglycémies :

Qu'est une hypoglycémie	79 %
Non reconnaissance des signes d'une hypoglycémie	26 %
Non identification des médicaments hypoglycémiant	53 %
Hypoglycémies	40 %
Que faire en cas d'hypoglycémie	61 %
Pas de quoi se « resucrer » en cas d'hypoglycémie	52 %

- Surveillance de l'équilibre du diabète :

Qu'est-ce que l'HbA1c	63 %
Non connaissance de la fréquence du dosage de l'HbA1c	15 %
Non connaissance de l'objectif à atteindre (HbA1c en pourcentage)	31 %

- Résultats de l'entretien 1 :

Évolution des connaissances sur les risques d'hypoglycémie	74 %
---	------

- Résultats de l'entretien 2 :

Évolution des pratiques totales ou partielles	77 % (47 % O / 30 % P)
Compréhension du traitement*	78 %
Identification des signes d'hypoglycémie*	74 %
Bon usage du médicament*	87 %
Suivi de l'HbA1c*	84 %

**si la réponse est oui ou partiellement à ces questions*

Les résultats du premier entretien pharmaceutique montraient que le suivi médical du diabète des patient était mitigé, notamment le suivi chez un endocrinologue, podologue et nutritionniste. Concernant le matériel à la maison, 70 % des patients interrogés avaient un lecteur de glycémie même si l'objectif était de se rapprocher de 100 % pour les diabétiques traités par des insulinosécreteurs. Trop peu d'entre eux possédaient une carte de diabétique et un collecteur de déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés (DASRI). Les principes du traitement étaient bien assimilés dans l'ensemble, quasiment la totalité des patients connaissaient le nom de leurs médicaments antidiabétiques et l'observance était bonne. Ils avaient une bonne connaissance de la notion d'hypoglycémie malgré le fait que la moitié d'entre eux ne connaissaient pas les médicaments potentiellement hypoglycémiant dans leur traitement. Plus d'une personne sur deux affirmaient être concernées par les hypoglycémies, autant d'entre elles savaient ce qu'il fallait faire en cas d'hypoglycémie et la moitié n'avaient toujours pas de quoi se resucrer en cas d'hypoglycémie. La surveillance de l'équilibre du diabète était maîtrisée malgré un déficit de connaissance sur l'HbA1c . Ce premier entretien était instructif avec une grande satisfaction des patients qui estimaient que leurs connaissances avaient évoluées.

Lors du deuxième entretien, on constatait que les patients étaient plus impliqués dans leur maladie tant au niveau du bon usage des médicaments, du suivi médical que de la gestion des hypoglycémies et de la surveillance du diabète. En effet, de nombreux patients avaient changé leurs habitudes, dans le sens de l'amélioration, face à ces différents points.

Les patients comme les pharmaciens d'officine étaient très favorables pour réitérer une telle démarche. L'URPS concluait que cette expérimentation était une réussite et souhaiterait voir ce projet intégrer la pratique officinale. C'est pourquoi une seconde étude a été réalisée en 2017 et s'est étendue à deux autres départements(82).

QUATRIEME PARTIE :
étude menée avec l'URPS
Pays de la Loire - Phase 2
du projet « suivi et
accompagnement du
patient diabétique de type
2 par le pharmacien
d'officine »

1 Introduction

La suite de ce projet expérimental diabète qui a débuté en 2015 sur le département de Loire-Atlantique, s'est donc étendu en 2017 aux départements de Vendée et Sarthe. L'URPS Pharmaciens Pays de la Loire en collaboration avec ARS, le service endocrinologie du CHU de Nantes, le CHD de la Roche-sur-Yon, MC 44, réseau Vendée diabète, des médecins nutritionnistes et des pharmaciens d'officines ont travaillé sur l'amélioration du questionnaire et des outils de l'entretien pharmaceutique de suivi et d'accompagnement des patients diabétiques de type 2, grâce à l'expérience et aux difficultés rencontrées lors de la première phase de l'étude. Celle-ci porte toujours exclusivement sur les personnes diabétiques de type 2 à risque d'hypoglycémie, traitées par insulino-sécréteurs (sulfamides, glinides) exempts d'insuline.

C'est dans cette deuxième phase que je suis intervenu. Tout d'abord, mon rôle a été de participer, avec les différents acteurs du projet, à la validation du questionnaire et des outils nécessaires au bon déroulement de l'étude. Ensuite, j'ai recueilli l'ensemble des données des entretiens pharmaceutiques dans un tableau, grâce aux questionnaires papier que j'ai récupérés à l'URPS à la fin de l'étude. Enfin, j'ai réalisé une analyse statistique de toutes les données récoltées dans cette phase II, je les ai comparées avec la phase I, et j'ai présenté mes résultats par la suite lors d'une réunion avec le comité de pilotage.

Le but, l'objectif et le déroulement de cette deuxième phase de l'étude étaient identiques à ceux de la première.

2 Matériels et méthodes

Le comité de pilotage diabète a donc élaboré et validé plusieurs outils permettant de mener à bien cette étude :

- Livret « entretien pharmaceutique » contenant (Annexe 1):
 - Un tableau d'inclusion permettant au pharmacien d'officine de recruter des patients pouvant participer à l'étude (tableau des médicaments)
 - Les questionnaires papiers avec les entretiens pharmaceutiques n°1 et n°2
- Guide avec des conseils à chaque étape pour aider à appréhender au mieux la conduite de l'entretien pharmaceutique et son bon déroulement (Annexe 2)
- Formulaire de participation qui recueille le consentement du patient
- Coupon bilan entretien que le patient ou son pharmacien pourra transmettre au médecin généraliste (Annexe 3)
- Carnet passerelle résumant les conduites à tenir face aux hypoglycémies (Annexe 4)
- Fiches alimentations (ramadan, index glycémique, petit budget, perte de poids, grignotage entre les repas et équilibrer ses repas) (Annexe 5)

Les pharmacies participant à l'étude ont été invitées à trois soirées d'informations en octobre 2017 à la Roche-sur-Yon, au Mans et à Nantes, axées sur le déroulement de l'étude et les outils mis à leur disposition. Les inscriptions ont été clôturées fin novembre 2017. Chaque pharmacie a reçu un « kit pharmacien » comprenant les différents outils cités ci-dessus avec l'objectif d'inclure six patients par pharmacie.

L'enquête s'est déroulée de novembre 2017 à juin 2018 en respectant un délai minimum de 6 mois entre les deux entretiens. L'entretien pharmaceutique initial se réalise en 30 minutes et l'entretien de suivi en 20 minutes. Le comité de pilotage s'est réuni pendant la durée de l'étude pour assurer son bon avancement et modifier certains points.

Les questionnaires papiers remplis et rendus anonymes ont été envoyés par les pharmacies à l'URPS Pharmaciens Pays de la Loire pour analyse. Après réception, les pharmaciens d'officine ont été indemnisés par l'URPS Pharmaciens Pays de la Loire, en fonction du nombre d'entretiens réalisés. Un tableau Excel® rassemble toutes les données des différents entretiens qui ont été réalisés.

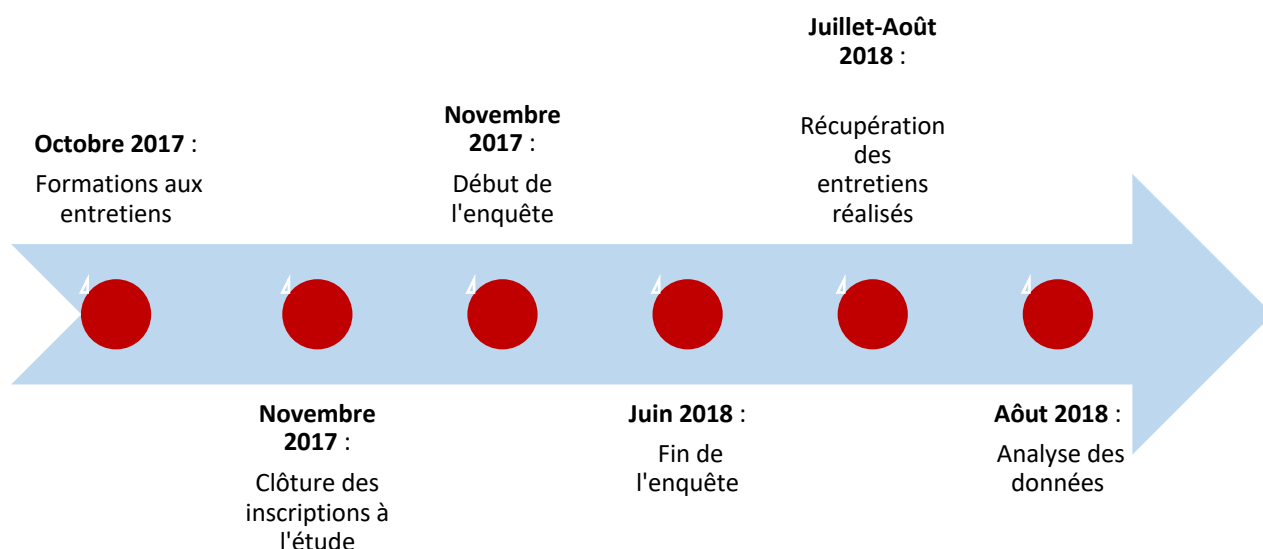


Figure 8 : frise chronologique du déroulement de l'étude

3 Résultats

- Généralités :

L'échantillon de l'étude regroupait 48 pharmacies sur trois départements (Loire-Atlantique, Vendée et Sarthe), représentant 297 patients dont autant de questionnaires. Seulement 253 d'entre eux étaient utilisables car certains entretiens ne respectaient pas le délai imposé de 6 mois d'intervalle minimum entre les deux entretiens (30 questionnaires) et certains n'avaient pas fait de deuxième entretien (14 questionnaires), ce qui représentait 44 questionnaires non exploitables au total.

Le traitement des données a fait apparaître qu'il y avait 53 % d'hommes et 47 % de femmes ayant suivi les entretiens pharmaceutiques dont l'âge moyen était de 68 ans avec une ancienneté moyenne de leur diabète de 12 ans.

Légende des différents histogrammes :

Résultat > 70 % = SATISFAISANT

Résultat < 70 % = A AMELIORER

- Suivi du diabète :

74 % savaient quel était leur type de diabète

22 % avaient déjà bénéficié d'un programme d'éducation thérapeutique après le diagnostic de leur maladie

98 % avaient déjà réalisé des analyses

□

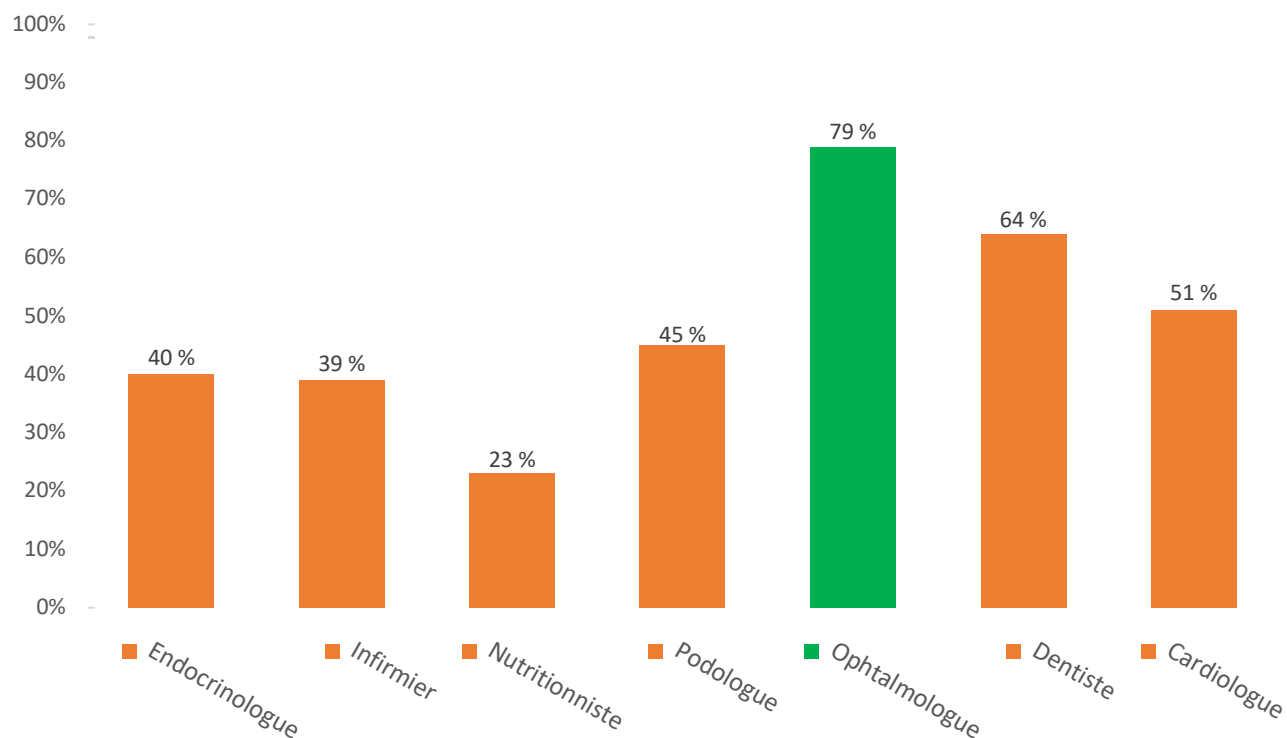


Figure 9 : proportion des professionnels de santé consultés par les patients de l'étude cette année

- Matériel à la maison :

67 % avaient un lecteur de glycémie

51 % avaient un carnet de surveillance glycémique

29 % avaient une carte de diabétique

- Traitement :

36 % oublièrent parfois de prendre leur traitement.

Concernant l'état de lieux des connaissances des patients quant à leurs traitements, les résultats sont décrits dans la figure 10.

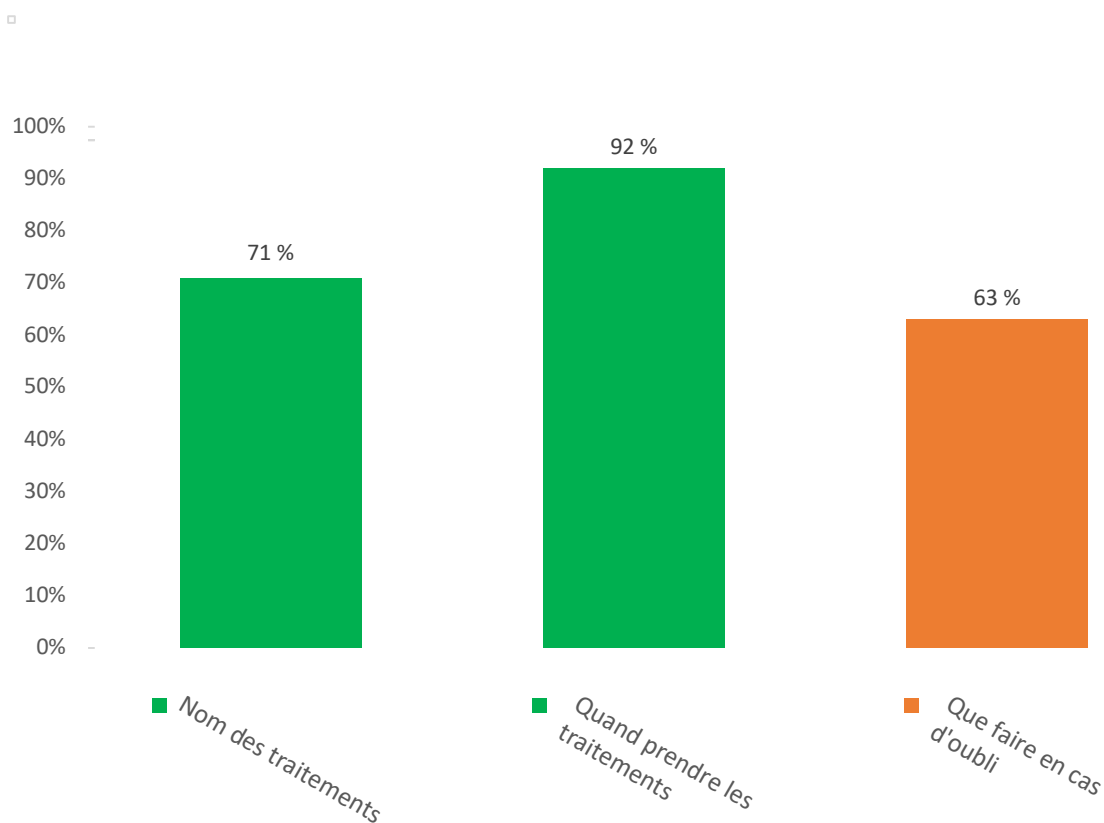


Figure 10 : proportion de patients connaissant le nom de leurs traitements, ainsi que quand les prendre et que faire en cas d'oubli

- Hypoglycémies :

32 % prenaient un β -bloquant

35 % ne savaient pas reconnaître les signes d'une hypoglycémie.

51 % n'identifiaient pas les médicaments dans leur traitement pouvant entrainer des hypoglycémies.

57 % n'avaient pas de quoi se « resucrer » en cas d'hypoglycémie.

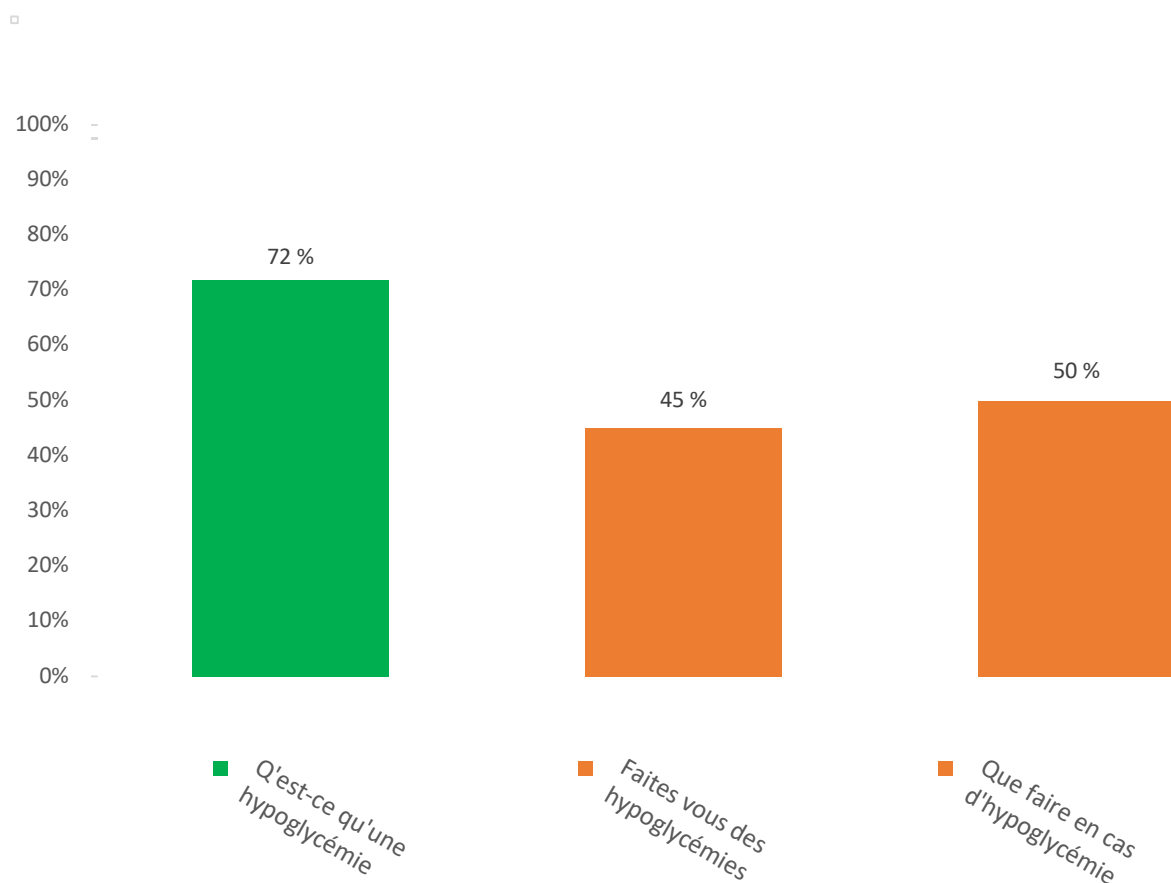


Figure 11 : état des lieux des connaissances des patients sur l'hypoglycémie (en pourcentage)

- Surveillance de l'équilibre du diabète :

56 % savaient définir l'HbA1c

20 % ne savaient pas à quelle fréquence doser leur HbA1c

34 % ne savaient pas quel était l'objectif à atteindre (HbA1c en pourcentage)

- Résultats de l'entretien 1 :

93 % des pharmaciens avaient transmis des informations sur l'alimentation

97 % des pharmaciens avaient transmis des informations sur le resucrage

82 % des pharmaciens avaient sensibilisé le patient à l'intérêt de pratiquer une activité physique

90 % des patients s'étaient fixés un objectif à améliorer avec le pharmacien lors de l'entretien suivant

83 % des patients avaient vu leurs connaissances évoluer sur les risques d'hypoglycémie suite à cet entretien

- Résultats de l'entretien 2 :

Suite au premier entretien,

15 % des patients n'avaient pas fait évoluer leurs pratiques face aux différents points évoqués avec le pharmacien (alimentation, activité physique, resucrage en cas d'hypoglycémie...)

73 % des patients avaient une meilleure connaissance et compréhension de leurs traitements

72 % savaient identifier les signes d'une hypoglycémie

71 % avaient de quoi se « resucrer » en cas d'hypoglycémie

17 % de modifications de traitements antidiabétiques oraux avaient eu lieu.

94 % des pharmaciens avaient trouvé ces entretiens utiles.

- Données appariées utilisables :

47 % des personnes s'étaient dotées d'un lecteur de glycémie suite au premier entretien.

80 % des personnes savaient à quelle fréquence faire leur dosage d'HbA1c parmi celles qui ne savaient pas au premier entretien.

88 % des personnes savaient reconnaître les signes d'hypoglycémies parmi celles qui ne savaient pas au premier entretien.

87 % des personnes avaient de quoi se « resucrer » en cas d'hypoglycémie parmi celles qui n'en avaient pas au premier entretien.

86 % des personnes avaient fait plus attention à leur alimentation parmi celles qui avaient cet objectif au premier entretien.

93 % des personnes avaient diminué leur consommation d'alcool parmi celles qui avaient cet objectif au premier entretien.

18 % des personnes avaient eu une modification de leur traitement parmi celles qui faisaient des hypoglycémies au premier entretien.

4 Discussion

Tout d'abord, rappelons l'objectif de cette étude qui était d'étudier l'impact du pharmacien d'officine dans le suivi et l'accompagnement des patients diabétiques de type 2 sous insulino-sécréteurs, en portant une attention singulière à la thématique de l'hypoglycémie.

Lors du premier entretien, 45 % des patients affirment faire des hypoglycémies. Cela s'explique en partie par le fait que plus d'un tiers des personnes interrogées, ne savent pas reconnaître les signes (35 %) et n'ont pas de lecteur de glycémie (33 %). La moitié de ces personnes, ne sait pas ce qu'il faut faire en cas d'hypoglycémie (50 %), n'a pas de quoi se resucrer en cas d'hypoglycémie (57 %) et n'identifie pas les médicaments dans leur traitement pouvant entraîner (51 %). Le pourcentage de patient affirmant faire des hypoglycémies pourrait varier car 28 % ne savaient pas ce que c'était et 32 % prenaient un β -bloquant, ce qui peut en masquer les signes.

Le nombre élevé de diabétiques déclarant faire des hypoglycémies sous insulino-sécréteurs montre l'importance de la mise en place d'un accompagnement spécifique de ces patients par des professionnels de santé compétents.

A la fin du premier entretien, 83 % des patients déclaraient voir leurs connaissances évoluer sur les risques d'hypoglycémie. Ceci est dû au fait qu'une grande majorité des pharmaciens d'officines transmettent des informations sur les traitements, sur l'intérêt de la pratique d'une activité physique (82 %), sur le resucrage (97 %) et sur l'importance de l'alimentation dans cette pathologie (93 %). Ce partage de connaissance permet de limiter les risques d'hypoglycémies et de savoir les corriger si besoin. Des objectifs à améliorer sont fixés entre le pharmacien et son patient à la fin de cet entretien (90 %), ce qui laisse l'opportunité au patient de mettre en pratique ce qu'il a appris pendant cet échange et suivre son évolution au prochain entretien.

Lors du deuxième entretien, on constate que seulement 15 % des patients n'avaient pas fait évoluer leurs pratiques face aux différents points évoqués avec le pharmacien (alimentation, activité physique, resucrage en cas d'hypoglycémie...). D'autre part, plus de deux tiers des patients avaient une meilleure connaissance et compréhension de leurs traitements (73 %), savaient identifier les signes d'une hypoglycémie (72 %) et avaient de quoi se resucrer en cas d'hypoglycémie (71 %) à la suite du premier entretien.

Ces résultats montrent l'impact positif de ces entretiens grâce à la transmission de connaissances ciblées du pharmacien à son patient via un entretien individuel. Le professionnel de santé insiste sur les points que la personne ne maîtrise pas ou peu concernant sa pathologie et ses traitements, ce qui permet au patient d'être acteur de sa maladie et d'améliorer son quotidien face à celle-ci. En plus d'agir sur des points que le malade peut maîtriser, le pharmacien transmet les résultats au médecin traitant du patient qui peut agir sur les traitements si nécessaire. Cela a donné lieu à une modification de 17 % de traitements antidiabétiques oraux, ce qui est satisfaisant même si ce n'est pas obligatoirement un changement de molécule ou la suppression de celle-ci. Il s'agit parfois d'un changement de dosage, de posologie ou l'ajout d'une molécule antidiabétique sans action sur le médicament insulino-sécréteur.

Les données appariées que nous avons pu extraire entre le premier et le second entretien reflètent l'impact positif significatif qu'ont ces entretiens sur les patients et la gestion de leur maladie. En effet, suite au premier entretien, 47 % des personnes se sont dotées d'un lecteur de glycémie parmi ceux qui n'en avaient pas, 80% des personnes savaient à quelle fréquence faire leur dosage d'HbA1c parmi celles qui ne le savaient pas, 88 % des personnes savaient reconnaître les signes d'hypoglycémies parmi celles qui ne le savaient pas, 87 % des personnes avaient de quoi se « resucrer » en cas d'hypoglycémie parmi celles qui n'en avaient pas, 86 % des personnes faisaient plus attention à leur alimentation parmi celles qui avaient cet objectif, 93 % des personnes diminuaient leur consommation d'alcool parmi celles qui avaient cet objectif et 18 % des personnes avaient eu une modification de leur traitement parmi celles qui faisaient des hypoglycémies au premier entretien. Au vu de ces résultats, le pharmacien a donc un rôle important à jouer afin d'aider le patient et l'accompagner dans sa maladie et la gestion des hypoglycémies. Il a aussi un rôle pluri-professionnel en communiquant notamment avec le médecin afin d'apporter des changements bénéfiques, comme le démontre le pourcentage de personnes qui se sont dotés d'un lecteur de glycémie ou qui ont modifié leurs traitements.

Comparons à présent les résultats des phases I et II. L'échantillon de patients diabétiques recrutés dans les pharmacies participantes à l'étude est similaire entre ces deux phases. C'est un panel relativement important, ce qui nous permet d'avoir des résultats pertinents et représentatifs même si l'échantillonnage prévisionnel était plus élevé initialement.

Concernant le suivi du diabète, les résultats obtenus lors de la phase I et II sont assez proches. Néanmoins, on constate une diminution de 19 % des consultations annuelles avec un cardiologue dans l'échantillon de la phase II comparativement à la phase I. Par ailleurs, 51 %

des patients déclaraient avoir vu un cardiologue en phase II ; ce pourcentage est faible par rapport aux recommandations de l'assurance maladie qui préconise de faire un électrocardiogramme (ECG) au moins une fois par an. Toutefois, les résultats restent à nuancer puisque la réalisation d'un ECG peut être accompli par différents professionnels, à savoir : un médecin (cardiologue ou non) ou un infirmier. On observe aussi une augmentation des consultations chez le nutritionniste et le podologue entre la phase I et la phase II qui peut se justifier par une prise en charge pluridisciplinaire croissante dans les pathologies chroniques et notamment le diabète comme le préconise la Haute Autorité de Santé. Afin d'éviter ou de diminuer un certain nombre de complications du diabète, la sollicitation d'autres professionnels de santé, comme le nutritionniste, le podologue ou l'endocrinologue devrait être envisagée. L'intervention de ces différents professionnels permettrait d'aider la personne diabétique dans la prise en charge, l'accompagnement et le suivi de sa maladie. Les résultats concernant la réalisation d'une consultation ophtalmique, bucco-dentaire ou la réalisation d'analyses en laboratoire sont satisfaisants et corroborent avec les recommandations de l'assurance maladie. En effet, leurs préconisations mentionnent la réalisation d'un bilan biologique en HbA1c au moins deux fois par an, un bilan rénal et lipidique au moins une fois par an, un examen du fond de l'œil une fois tous les deux ans et un bilan bucco-dentaire une fois par an.

Lors de la phase I et II, les données relatives aux matériels disponibles au domicile du patient indiquaient qu'une grande majorité des patients sous traitement hypoglycémiant possédaient un lecteur de glycémie et que plus de la moitié de ces patients possédaient un carnet de surveillance. A contrario, moins d'un tiers des patients diabétiques détenait une carte de diabétique. Le rôle du pharmacien d'officine, à la suite de ces entretiens pharmaceutiques est de dispenser au patient les documents nécessaires, y compris la carte diabétique et d'échanger avec le médecin traitant sur l'utilité de prescrire un lecteur de glycémie pour les patients diabétiques qui n'en n'ont pas.

Les patients de ces deux phases, dans la majorité, connaissent l'intitulé de leurs traitements et leur bon usage. Le rôle du pharmacien d'officine est de veiller à la bonne observance médicamenteuse, d'apporter, si nécessaire, la mise en place d'outils et transmettre ses connaissances sur les oublis et les moments de prise.

En phase I et II, la définition de l'hypoglycémie et la reconnaissance de ses signes étaient connues par la majorité des patients diabétiques. Cependant, les patients diabétiques de la phase II indiquaient à 50 % savoir réagir correctement face à une hypoglycémie contre 61 % lors de la phase I. Environ un patient sur deux identifiait clairement faire des hypoglycémies mais n'identifiait pas quels étaient les médicaments à risque d'hypoglycémie, ne savait pas quoi faire

en cas d'hypoglycémie et n'avait pas de quoi se resucrifier en cas d'hypoglycémie. Le pharmacien d'officine a donc un rôle d'éducation auprès du patient, afin que celui-ci soit en mesure de gérer correctement ses hypoglycémies, et *in fine* éviter un grand nombre de complications liées aux chutes notamment.

Concernant le suivi biologique de l'équilibre du diabète, les résultats de la phase I et II étaient assez similaires. Malgré un manque de connaissances techniques sur leur maladie, une grande majorité des patients diabétiques interrogés savaient à quelle fréquence doser leur HbA1c et leur objectif à atteindre en pourcentage. Plus de la moitié des patients diabétiques savaient ce qu'était l'HbA1c. Encore une fois, le rôle du pharmacien d'officine est d'accroître les connaissances des patients diabétiques pour qu'ils soient acteurs de leur maladie.

Suite à la réalisation de l'entretien pharmaceutique initial, en 2015, 74 % des patients diabétiques indiquaient avoir une meilleure connaissance sur les risques d'hypoglycémies contre 83 % en 2017. On constate dans la phase II de l'étude qu'une majorité des patients avait une meilleure connaissance sur ces risques suite au premier entretien, mais surtout, qu'ils étaient plus à l'aise sur l'hypoglycémie dans sa globalité, ainsi que sur leur maladie et leurs traitements. Beaucoup de patients (80 %) et de pharmaciens (94 %) souhaiteraient réitérer cette démarche instructive et constructive parmi ceux ayant répondu à cette question dans la phase II.

Comparativement entre la phase I et II, suite à la réalisation de l'entretien de suivi, il apparaît une légère évolution des pratiques du patient diabétique de type 2 face à son traitement sur les différents points évoqués et une légère amélioration de la compréhension du traitement et d'identification des signes d'hypoglycémie. Le bon usage du médicament et le suivi de l'HbA1c, quant à eux, se stabilisent. Ces données restent proches car les pharmaciens ont eu les mêmes soirées de formations entre ces deux phases et ont transmis leurs connaissances lors des entretiens sur ces sujets. Néanmoins, en phase II, 88 % des patients diabétiques indiquaient pouvoir identifier les signes d'hypoglycémies, après l'entretien de suivi, contre 74 % lors de la phase I. Pendant les formations de la deuxième phase, il est probable que le thème de l'hypoglycémie fut abordé plus longuement pour que les pharmaciens insistent sur ce point pendant les entretiens. Les patients sont donc plus à même de réagir face à une hypoglycémie et peuvent en prévenir les risques. Le diabétique de type 2 gagne en autonomie et est acteur de sa maladie. Les personnes qui n'ont pas fait évoluer leurs pratiques concernant leur pathologie entre ces entretiens sont celles qui en ont déjà une bonne connaissance et compréhension ou bien qui ne souhaitent pas changer leurs pratiques car elles peuvent les trouver contraignantes, il s'agit d'une volonté de leur part.

Certaines choses peuvent être améliorées lors de la phase III notamment au niveau du questionnaire. Les questions lors des différents entretiens doivent être identiques pour permettre l'analyse statistique de données appariées. Il faut éviter dans la mesure du possible d'ajouter des questions au cours de l'étude si l'on veut qu'elles soient analysables. Les questionnaires au format papier sont chronophages et peuvent entraîner des erreurs de saisie au vu du nombre d'informations à traiter, le format digital serait plus adapté par la suite.

Les limites de l'étude peuvent aussi se situer dans l'interprétation subjective du questionnaire et fausser les résultats malgré la présence d'un guide d'entretien. Le premier entretien est dense en questions, le pharmacien a donc peu de temps au vu de la durée d'un entretien pour aborder les points qu'il considère importants. Épurier ce questionnaire pour garder les questions essentielles serait judicieux afin de laisser le temps aux professionnels de santé de transmettre plus d'informations aux patients qui peuvent parfois être complexes.

CONCLUSION

Le projet « Suivi et accompagnement du patient diabétique de type 2 par le pharmacien d'officine » constitue une réponse cohérente dans la prévention secondaire du diabète de type 2, permettant au pharmacien d'officine de contribuer à l'éducation thérapeutique et la gestion des hypoglycémies chez les patients diabétiques de type 2.

Cette amélioration des pratiques peut conduire à une diminution des hypoglycémies chez les patients souffrant d'un diabète de type 2.

L'entretien initial est très instructif pour le patient, il y a un réel apport de connaissances du pharmacien. Les patients sont satisfaits et même très satisfaits de cet entretien pour 89,9 % d'entre eux, ce qui témoigne de l'intérêt des patients pour ces entretiens.

L'entretien de suivi confirme le bénéfice de l'entretien initial, une large majorité des patients a fait évoluer ses pratiques face aux différents points évoqués avec le pharmacien lors du premier entretien. Ils ont une meilleure connaissance de leur pathologie dans sa globalité, notamment sur l'hypoglycémie.

Les résultats, entre la phase I et la phase II de l'étude, sont similaires concernant les connaissances initiales et le suivi des diabétiques interrogés au sujet de leur maladie. Cependant, on constate une amélioration des connaissances sur le diabète et l'hypoglycémie, une évolution de la compréhension des traitements et des pratiques concernant leur pathologie dans la phase II.

Au-delà de la satisfaction et des bénéfices des entretiens constatés chez les patients diabétiques de type 2, les pharmaciens qui ont participé à l'étude affirment que les entretiens ont aussi été utiles pour 95 % d'entre eux.

Une donnée reflète particulièrement l'impact de ces entretiens : une personne sur six a vu son traitement antidiabétique oral modifié à la suite de ces entretiens, ce qui est très encourageant et montre le potentiel des entretiens pharmaceutiques sur le diabète. Ces entretiens sont donc une vraie réussite que ce soit pour les patients ou pour les professionnels de santé avec un impact positif à tous les niveaux.

Au vu des résultats obtenus, l'étude va se poursuivre en 2021, avec une troisième phase englobant la totalité des départements de la région Pays de la Loire. Il y aura potentiellement plus de pharmacies et de patients qui participeront à cette phase III, permettant d'avoir des résultats davantage représentatifs de la population française. Le rôle du pharmacien dans les

enjeux de santé publique pourrait être accentué, notamment sur le thème du diabète, avec la mise en place définitif d'un accompagnement pharmaceutique sur le thème du diabète à l'officine.

ANNEXES

Annexe 1 : Livret « entretien pharmaceutique » contenant :

- Un tableau d'inclusion permettant au pharmacien d'officine de recruter des patients pouvant participer à l'étude (tableau des médicaments)
- Les questionnaires papiers avec les entretiens pharmaceutiques n°1 et n°2

ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE

*Suivi & accompagnement
des patients diabétiques type 2
par le pharmacien d'officine*
Repérage & gestion des hypoglycémies





Tableau d'inclusion des patients

En complétant ce tableau, assurez-vous que le patient soit inclus.
RAPPEL : Diabétique de type 2 traité par insulino-sécréteurs (sulfamides, glinides) sans insuline

Nom commercial	Ordonnance du patient SVP Cocher ici	DCI	MODE D'ACTION						Supplémentation en insuline
			Insulino résistance	Insulino sécrétion				Réduction de l'absorption du glucose	
			Glinide	Sulfamides	Glinides	Gliptines = IDPP4	Analogues GLP1	Inhibiteur alpha glucosidase	Insuline
MONOTHÉRAPIE									
AMAREL	<input type="checkbox"/>	Glimepide		X					
DAONIL	<input type="checkbox"/>	Glibenclamide		X					
DIAMICRON	<input type="checkbox"/>	Gliclazide		X					
GLIBENCLAMIDE	<input type="checkbox"/>	Glibenclamide générique		X					
GLIBESE	<input type="checkbox"/>	Glipizide		X					
GLICLAZIDE	<input type="checkbox"/>	Gliclazide générique		X					
GLIMEPIRIDE	<input type="checkbox"/>	Glimepide générique		X					
GLIPIZIDE	<input type="checkbox"/>	Glipizide générique		X					
MINDIAB	<input type="checkbox"/>	Glipizide		X					
OZIDIA	<input type="checkbox"/>	Glipizide		X					
NOVONORM	<input type="checkbox"/>	Répaglinide			X				
REPAGLINIDE	<input type="checkbox"/>	Répaglinide générique			X				
GALVUS	<input type="checkbox"/>	Vitagliptine				X			
JANUVIA	<input type="checkbox"/>	Sitagliptine				X			
ONGLYZA	<input type="checkbox"/>	Saxagliptine				X			
XELEVIA	<input type="checkbox"/>	Sitagliptine				X			
BYDUREON	<input type="checkbox"/>	Exénatide					X		
BYETTA	<input type="checkbox"/>	Exénatide					X		
TRULICITY	<input type="checkbox"/>	Dulaglutide					X		
VICTOZA	<input type="checkbox"/>	Liraglutide					X		
ACARBOSE	<input type="checkbox"/>	Acarbose générique						X	
DIATABOL	<input type="checkbox"/>	Miglitol						X	
GLUCOR	<input type="checkbox"/>	Acarbose						X	
GLUCOPHAGE	<input type="checkbox"/>	Metformine		X					
METFORMINE	<input type="checkbox"/>	Metformine générique		X					
STAGID	<input type="checkbox"/>	Metformine		X					

Nom commercial	Ordonnance du patient SVP Cocher ici	DCI	MODE D'ACTION						Supplémentation en insuline
			Insulino résistance	Insulino sécrétion				Réduction de l'absorption du glucose	
			Glinide	Sulfamides	Glinides	Gliptines = IDPP4	Analogues GLP1	Inhibiteur alpha glucosidase	Insuline
ASSOCIATIONS FIXES d'anti-diabétiques oraux									
GLUCOVANCE	<input type="checkbox"/>	Metformine + Sulfamide		X	X				
EUCREAS	<input type="checkbox"/>	Metformine + Vitagliptine		X			X		
JANUMET	<input type="checkbox"/>	Metformine + Sitagliptine		X			X		
KOMBOGLYZE	<input type="checkbox"/>	Metformine + Saxagliptine		X			X		
VELMETIA	<input type="checkbox"/>	Metformine + Sitagliptine		X			X		

LES INSULINES

• Les insulines rapides

Nom commercial	Ordonnance du patient	DCI	Insulino résistance	Insulino sécrétion	Réduction de l'absorption du glucose	Supplémentation en insuline
ACTRAPID	<input type="checkbox"/>	Insuline humaine recombinante				X
UMULINE rapide	<input type="checkbox"/>	Insuline humaine recombinante				X
HUMALOG lispro	<input type="checkbox"/>	Analogues rapides				X
APIDRA glulisine	<input type="checkbox"/>	Analogues rapides				X
NOVORAPID aspartate	<input type="checkbox"/>	Analogues rapides				X

• Les insulines lentes et semi-lentes

Nom commercial	Ordonnance du patient	DCI	Insulino résistance	Insulino sécrétion	Réduction de l'absorption du glucose	Supplémentation en insuline
INSULATARD	<input type="checkbox"/>	Insuline semi lente NPH				X
UMULINE NPH	<input type="checkbox"/>	Insuline semi lente NPH				X
ABASAGLAR	<input type="checkbox"/>	Analogues lents de l'insuline				X
LANTUS glargine	<input type="checkbox"/>	Analogues lents de l'insuline				X
LEVEMIR detemir	<input type="checkbox"/>	Analogues lents de l'insuline				X
TOUJEO	<input type="checkbox"/>	Analogues lents de l'insuline				X

• Les insulines pre-mix

Nom commercial	Ordonnance du patient	DCI	Insulino résistance	Insulino sécrétion	Réduction de l'absorption du glucose	Supplémentation en insuline
NOVOMIX aspartate 30,50,70	<input type="checkbox"/>	Analogues rapides + NPH				X
HUMALOG lispro Mix 25,50	<input type="checkbox"/>	Analogues rapides + NPH				X
MIXTARD 30	<input type="checkbox"/>	Insuline recombinante humaine + NPH				X
UMULINE profil 30	<input type="checkbox"/>	Insuline recombinante humaine + NPH				X

ASSOCIATION INSULINE + ANALOGUE GLP1

Nom commercial	Ordonnance du patient	DCI	Insulino résistance	Insulino sécrétion	Réduction de l'absorption du glucose	Supplémentation en insuline
XULTOPHY	<input type="checkbox"/>	Insuline Degludec + Liraglutide			X	X

Critères d'inclusion (réponses à entourer)		
Sulfamide ou Glinide	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Patient sans insuline	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
TOTAL		
Si deux réponses « Oui », le patient est inclus dans l'expérimentation		

4

5



Entretien n°1

Questions patients 1^{er} entretien : faire un état des lieux de la situation du patient

Questions	Réponses	Préconisations	Si préconisation cocher :
INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT			
Date 1 ^{er} entretien	_____ / _____ / _____		
Sexe	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
Âge	_____ ans		
Lieu de vie	Rural <input type="checkbox"/> Urbain <input type="checkbox"/> Périurbain <input type="checkbox"/>		
Le patient a-t-il des difficultés motrices/cognitives/sensorielles obstacles à la compréhension du questionnaire ? Si oui, lesquelles : barrière de la langue/audition, etc.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Remarques pharmaciens : Orientation vers : association d'aïdants : ASAMLA (Loire-Atlantique), Aide à la personne, etc.	<input type="checkbox"/>
Dans le cadre du suivi de votre diabète :			
Nom du médecin traitant _____			
• Ancienneté du diabète : depuis combien d'années êtes-vous diabétique ?	_____		
• ETP : avez-vous déjà bénéficié d'un programme d'éducation thérapeutique ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
• Suivi endocrinologue : avez-vous vu un diabétologue ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
• Suivi IDE : avez-vous vu un infirmier libéral ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
• Suivi labo : avez-vous réalisé des analyses ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
• Suivi nutritionniste/prise en charge nutritionnelle : avez-vous vu un nutritionniste cette année ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	En fonction de la réponse : orienter le patient vers une prise en charge nutritionnelle.	<input type="checkbox"/>
• Suivi « podologue » : avez-vous vu un podologue cette année ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Partenaires potentiels : médecin nutritionniste, diététicienne, etc.	
• Suivi ophtalmologiste : avez-vous vu un ophtalmologiste cette année ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Le pharmacien, s'il le souhaite et/ou le juge nécessaire, peut orienter son patient vers des associations, réseaux, etc. qu'il connaît ou notés à la fin du carnet passerelle. Orienter le patient dans un parcours « de santé ».	
• Suivi dentaire : avez-vous vu un dentiste cette année ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si non, contactez-vous y aller courant 2017 ?	
• Suivi cardiaque : avez-vous vu un cardiologue cette année ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rappel au patient : ces spécialistes dans le cadre du suivi du patient diabétique de type 2 sont à voir au moins 1 fois dans l'année.	
Le patient connaît-il son type de diabète ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Matériel à la maison			
• Le patient a-t-il un lecteur de glycémie ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Revenez-vous des difficultés ? Le pharmacien s'il le souhaite et/ou le juge nécessaire peut approfondir le questionnement : - Comment l'utilisez-vous ? Si oui, à quelle fréquence ? À quel moment ? Le pharmacien, s'il le juge nécessaire peut montrer l'utilisation du lecteur.	<input type="checkbox"/>
• Le patient a-t-il un carnet de surveillance glycémique ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
• Une carte de diabétique ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
• Un collecteur de déchets ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	La carte de diabétique est dans le carnet passerelle.	<input type="checkbox"/>

6

7



Entretien n° 1

Questions patients 1^{er} entretien : faire un état des lieux de la situation du patient

Questions	Réponses	Préconisations	Si préconisation cocher :
NOTIONS GÉNÉRALES SUR LE TRAITEMENT DU DIABÈTE			
Principes de traitement			
Le patient connaît-il le ou les noms de ses traitements pour le diabète ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/>	Prendre appui sur le tableau des médicaments	<input type="checkbox"/>
Le patient sait-il à quel moment il doit prendre ses traitements ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Se référer au RCP et BUM de la spécialité	<input type="checkbox"/>
Lui arrive-t-il d'oublier son traitement pour le diabète ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Le patient sait-il quoi faire en cas d'oubli ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RCP et BUM	<input type="checkbox"/>
Le patient prend-il un Beta bloquant ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Le Beta bloquant peut masquer le ressenti d'une hypoglycémie	<input type="checkbox"/>
Généralités sur l'hypoglycémie			
Le patient sait-il ce qu'est une hypoglycémie ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rappeler au patient la définition de l'hypoglycémie (seuil à 0.7g/L)	<input type="checkbox"/>
Le patient sait-il reconnaître les signes d'hypoglycémies ? Sueurs, vertiges, tremblement, sensation de faim, etc.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Suggérer de noter les événements de ce type dans le carnet passerelle afin de suivre les événements entre les 2 entretiens Préciser : - de quelle nature ? - à quelle fréquence ?	<input type="checkbox"/>
Le patient connaît-il le ou les médicaments pouvant entraîner des hypoglycémies : glibenclamide, sulfamides, etc.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Le pharmacien, s'il le juge utile, s'appuiera sur le tableau des médicaments et pourra conseiller son patient	<input type="checkbox"/>
Gestion des hypoglycémies par le patient			
Faites-vous des hypoglycémies ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Le pharmacien pourra présenter le carnet passerelle. Il aide à l'identification des signes d'hypoglycémie.	<input type="checkbox"/>
Si oui à quelle fréquence ?	Nbre par jour _____ Nbre par semaine _____ Nbre par mois _____		
Le patient sait-il ce qu'il faut faire lorsqu'il ressent les signes d'hypoglycémie ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/>	Préconisations à court terme pour le patient en fonction de sa réponse : - arrêter toute activité - faire une glycémie si possible - prendre tout ce qui a un goût sucré (jus de fruit, 3 pierres de sucre, compote) si près d'un repas, si repas éloigné prendre des sucres lents en plus (petits-beurre, pain + fromage, etc.)	<input type="checkbox"/>



Entretien n° 1

Questions patients 1^{er} entretien : faire un état des lieux de la situation du patient

Questions	Réponses	Préconisations	Si préconisation cocher :
Le patient sait-il rechercher les raisons d'une hypoglycémie ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/>	Aider le patient à les identifier : - ne pas avoir suffisamment mangé - prendre son traitement sans avoir mangé - avoir fait de l'activité physique - l'alcool à jeun - traitement à revoir Dans le carnet passerelle, le patient peut noter les événements en lien avec les signes d'hypoglycémie.	<input type="checkbox"/>
Le patient a-t-il toujours sur lui de quoi se «resucrer» en cas d'hypoglycémie ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Etre équipé - prendre tout ce qui a un goût sucré (jus de fruit, 3 pierres de sucre, compote) si près d'un repas, si repas éloigné prendre des sucres lents en plus (petits-beurre, pain + fromage, etc.).	<input type="checkbox"/>
Surveillance de l'équilibre du diabète			
Le patient sait-il ce qu'est l'hba1c ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si non, la définir, expliquer l'importance de sa compréhension : « L'hba1c reflète l'équilibre de la glycémie dans le sang durant les 3 derniers mois »	<input type="checkbox"/>
Si la réponse est OUI : Le patient sait-il à quelle fréquence il doit faire le dosage de l'hba1c ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Pharmacien : faire un lien avec le carnet suivi patient. Rappeler que le rythme du dosage de l'hba1c = tous les 3 mois Passation d'informations par le pharmacien	<input type="checkbox"/>
Le patient connaît-il son objectif à atteindre ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, lequel est-il ? Passation d'informations par le pharmacien	<input type="checkbox"/>

☞ Avez-vous 1 ou 2 points sur lesquels vous pouvez être amené à modifier vos pratiques / habitudes de vie ?
(Bon usage du médicament/observance, alimentation, alcool, activité physique, repérage des signes d'hypoglycémie, resucrage en cas d'hypoglycémie, etc.)

☞ Objectif : faire que le patient reparte de l'entretien avec 1 ou 2 objectifs en tête dont la pharmacien pourra se ressaisir lors du 2^e entretien. Evaluer « un début » d'appropriation pour le patient.

• Objectif 1 :
.....
.....

• Objectif 2 :
.....
.....



Entretien n°1

Bilan de l'entretien Évaluation du premier entretien par le patient

Le patient pourra le partager avec son médecin traitant

Le patient fait-il des hypoglycémies ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Le patient a-t-il les connaissances adaptées (par rapport aux hypoglycémies) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Partiellement <input type="checkbox"/>	
Le pharmacien a-t-il transmis des informations sur l'alimentation ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Le pharmacien a-t-il transmis des informations sur le resucrage ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Le pharmacien a-t-il sensibilisé le patient à l'intérêt d'une activité physique ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Le patient s'est-il fixé un ou plusieurs objectifs ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, sur quelle thématique :		
<input type="checkbox"/> Bon usage du médicament / Observance		
<input type="checkbox"/> Alimentation		
<input type="checkbox"/> Activité physique		
<input type="checkbox"/> Alcool (car hyperglycémiant)		
<input type="checkbox"/> Repérage des signes d'hypoglycémie		
<input type="checkbox"/> Resucrage en cas d'hypoglycémie		
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____		

Date du 2^e entretien _____

Pensez-vous que vos connaissances sur les risques d'hypoglycémie ont évoluées suite à cet entretien ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Quel est votre ressenti à la suite de cet entretien ?		
Vécu du patient face à l'entretien, intérêt pour le patient d'un tel entretien avec son pharmacien		
<input type="checkbox"/> Tout à fait satisfait		
<input type="checkbox"/> Plutôt satisfait		
<input type="checkbox"/> Plutôt pas satisfait		
<input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait		



Entretien n°2

Objectif : Pouvoir évaluer l'évolution des connaissances et des pratiques dans le temps

Cet entretien moins exhaustif que le premier, sera spécifique au patient et aux objectifs qu'il se sera fixé avec vous lors du premier entretien.

Questions	Réponses	Détails/observations
-----------	----------	----------------------

Vos pratiques face aux différents points évoqués ensemble ont-elles évoluées ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Partiellement <input type="checkbox"/>	

Si la réponse est OUI ou PARTIELLEMENT

- Connaissance et compréhension du traitement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Bon usage du médicament	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Bon usage du lecteur de lecteur de glycémie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Suivi de l'hba1c	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Identification des signes cliniques des hypoglycémies	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Resucrage en cas d'hypoglycémie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Alimentation	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Alcool (présence de sucre)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Activité physique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Autres : Précisez	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Si la réponse est NON, pourquoi ?

Avez-vous transmis les résultats au médecin traitant ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Souhaiteriez-vous réitérer une telle démarche auprès de votre pharmacien ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Pourquoi ?	

BILAN POUR LE PHARMACIEN

Ces entretiens ont-ils été utiles pour vous ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Quels apports ? Quel ressenti ?
---	------------------------------	------------------------------	---------------------------------

Annexe 2 : Guide avec des conseils à chaque étape pour aider à appréhender au mieux la conduite de l'entretien pharmaceutique et son bon déroulement

CONSEILS UTILES POUR MENER VOTRE ENTRETIEN



Gestion des hypoglycémies chez le patient diabétique de type 2 :
suivi et accompagnement par le pharmacien d'officine



Annexe 3 : Coupon bilan entretien que le patient ou son pharmacien pourra transmettre au médecin généraliste

BILAN ENTRETIEN

Le patient ou son pharmacien pourra transmettre ce bilan au médecin généraliste

URPS Pharmaciens Pays de la Loire | Institut du thorax | MC44 | Vendée Droppers | AIDNUT | Pierre Fabre

Le patient fait-il des hypoglycémies ? Oui Non

Le patient a-t-il les connaissances adaptées (par rapport aux hypoglycémies) ? Oui Non
 Partiellement

Le pharmacien a-t-il transmis des informations sur l'alimentation ? Oui Non

Le pharmacien a-t-il transmis des informations sur le re-sucrage ? Oui Non

Le pharmacien a-t-il sensibilisé le patient à l'intérêt d'une activité physique ? Oui Non

Le patient s'est-il fixé un ou plusieurs objectifs ? Oui Non

Si oui, sur quelle thématique ?

- Bon usage du médicament / Observance
- Alimentation
- Activité physique
- Alcool (car hyperglycémiant)
- Repérage des signes d'hypoglycémie
- Re-sucrage en cas d'hypoglycémie
- Autre (précisez) _____

Date du 2^e entretien

Annexe 4 : Carnet passerelle qui résume les conduites à tenir face aux hypoglycémies



MON CARNET PASSERELLE

Mon guide face aux hypoglycémies

Nom _____

Prénom _____

Date _____



Comment reconnaître l'hypoglycémie ?

Les principaux signes sont :



Il faut considérer comme hypoglycémie toute sensation de malaise. Vous aurez également vos propres signes qui permettront de vous alerter.

Que faire en cas d'hypoglycémie ?

Arrêter son activité, contrôler sa glycémie.

Se resucrer.

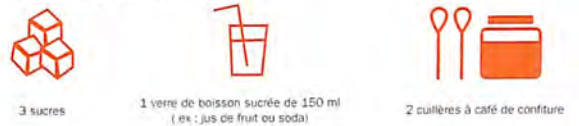
Contrôler sa glycémie 30 minutes à 1 heure après le resucrage.

Rechercher la cause de l'hypoglycémie, si besoin avec l'aide de votre professionnel de santé.

Le re-sucrage

À chaque hypoglycémie...

Se resucrer avec 15 g de sucre d'action rapide soit :



...Si hypoglycémie à distance des repas, rajouter au choix :

20 g de sucre d'action lente, soit :



Annexe 5 : Fiches alimentations (ramadan, index glycémique, petit budget, perte de poids, grignotage entre les repas et équilibrer ses repas)

JE FAIS LE RAMADAN

Le vécú
Pendant le ramadan je cuisine davantage, l'alimentation est plus riche en graisses, en sucres et plus pauvre en fibres que d'habitude.

Les conséquences
Il y a un risque de prise de poids et les glycémies sont généralement plus élevées.

En pratique

- Si je fais le jeúne **il faudra en parler à mon médecin** qui adaptera mon traitement si nécessaire,
- Je conserve **3 repas par jour** (ou 2 l'été quand les nuits sont courtes...) **et surtout j'évite de grignoter la nuit,**
- Je privilégie les plats cuisinés comportant des **légumes**, je choisis **du pain complet**, pour limiter les pics de glycémie après les repas et prévenir la constipation,
- Je veille à ne pas ajouter trop d'huile dans les plats, je privilégie les cuissons au four plutôt que dans un bain de friture,
- Je consomme avec modération les pâtisseries orientales, Msemen, Sfenj, les viennoiseries, les dattes...

Mes bons plans « Ramadan »

1^{er} repas : rupture du jeúne

- Harira (soupe rouge) ou Chorba (soupe blanche),
- La chorba à base de poulet est la plus légère mais on peut alléger l'harira en remplaçant l'agneau par de la volaille ou des légumes (aubergine, courgette...).
- 1 ou 2 dattes.

2^e repas : un repas équilibré

- Un plat cuisiné avec peu de graisses (tajine...) :
 - des légumes et des féculents,
 - ou des bricks à l'œuf et à la viande maigre (cuits ou four) accompagnés de crudités (tomates, poivrons, concombres, carottes...)
- Un laitage non gras et non sucré (yaourt...)
- Dessert :
 - un fruit frais ou une salade de fruits frais à l'eau de rose ou à la fleur d'oranger (pêches, oranges...)
 - ou une pâtisserie (de temps en temps)
- Beaucoup d'eau, de thé (non sucré).

3^e repas au lever du jour :

- un petit-déjeuner « classique » pour bien préparer le jeúne : café, thé,
- Yaourt, fromage blanc, entremets non sucré ou du fromage,
- Pain avec du beurre, de l'huile (olive, colza...),
- Beaucoup d'eau...



JE VEUX EN SAVOIR PLUS SUR L'INDEX GLYCÉMIQUE

La notion de « sucres lents » et de « sucres rapides » est obsolète, source d'erreurs et de contraintes inutiles, car il n'y a pas deux catégories de glucides mais une infinité de variations de leurs effets.

On lui préfère aujourd'hui l'**index glycémique, méthode simple permettant de classer les aliments en fonction de leur action hyperglycémiant.**

Les facteurs conditionnant l'effet hyperglycémiant d'un aliment ou d'un repas sont multiples : texture, cuisson, fibres, composition nutritionnelle, association avec d'autres aliments...

La consommation d'aliments à index glycémique faible doit être encouragée en cas de diabète mais il ne faut pas pour autant écarter les aliments à index glycémique élevé, surtout s'ils représentent une source de plaisir pour vous ! Les effets sont d'ailleurs **très variables d'un sujet à l'autre.**

L'apport en glucides doit être envisagé sous une forme quantitative globale

Mes bons plans « glycémie »

Index glycémique des aliments

(d'après Jennie Brand-Miller)

< 55	56 à 69	> 70
Banane pas trop mûre 52	Ananas 59	Baguette blanche 95
Bouillotte 48	Banane bien mûre 65	Confiseries 78
Biscuit sec 50	Bière 66	Dattes 103
Fructose 10*	Biscotte blanche 68	Frites 82
Glaces 47	Cerises 63	Galettes de riz soufflé 85
Jus d'orange pur jus 50	Chocolat au lait 64	Gaufres 76
Lait 30	Cola 63	Glucose 100
Légumes crus 15 à 20	Confiture 66	Pain de mie blanc 70
Lentilles 48	Croissant 67	Pain de mie complet 71
Macaroni 47	Flocons d'avoine 59	Pétales de maïs PDI 77
Muesli 49	Gruéler fourré chocolat 56	PDI bouillie 78
Orange 42	Melons 67	Purée instantanée 83
Pain intégral 49	Miel 62	Riz cuisson rapide 87
Pain noir allemand 50	Pain complet 65	Senoufle de couscous 65
Pamplemousse 25	PDI vapeur cuite avec la peau 65	
Pâte à tartiner chocolat 33	Raisin secs 64	
Petits pois 41	Riz basmati 58	
Poire 38	Riz blanc 64	
Pomme 38	Saccharose 68	
Raisin 53		
Riz brun 50		
Spaghettis al dente 44		
Vermicelle 35		
Yaourt fruits 0%mg 26		

*L'utilisation du fructose comme édulcorant est contre-indiquée chez la personne diabétique.





J'AI UN BUDGET SERRÉ

Le vécu

C'est difficile de suivre les recommandations quand on a peu d'argent ou quand on bénéficie de l'aide alimentaire.

Les conséquences

Le risque est d'aggraver le problème de surpoids, de diabète et de maladies cardiovasculaires.

En pratique

- Je planifie mes dépenses : je détermine le budget disponible chaque jour pour mon alimentation.
- Je prépare ma liste de course à l'avance.
- Je préfère les supermarchés de taille moyenne.
- Je compare les prix au litre ou au kilo avant d'acheter.
- Je cuisine moi-même des plats simples.
- Je pense aux conserves et aux surgelés : une solution pratique pour manger plus de légumes et de poisson.
- Je respecte les saisons pour l'achat des légumes et des fruits.
- Je pense aux légumes secs, aux produits laitiers, aux morceaux de viande à bouillir ou à braiser (paleron, jarret, joue, collier...), aux œufs qui sont économiques et intéressants sur le plan nutritionnel.
- Je bois l'eau du robinet.



Mes bons plans « bon marché »

Les entrées de légumes frais : tomates, radis, concombres, salade verte (l'été), endives, chou, carottes, betteraves (l'hiver)...

Les entrées de légumes en conserve : cœur de palmier, artichaut, asperge, macédoine...

Les soupes de légumes : carottes, poireau, navet, pommes de terre... mixés ou en petits morceaux.

Les garnitures de légumes en conserve ou surgelés : haricots verts, haricots beurre, champignons, céleris, épinards, champignons, carottes, courgettes, choux de Bruxelles, tomates pelées, ratatouille...

Les viandes fraîches : abats, volaille, viandes à bouillir, grillades de porc, steak haché...

Les poissons en conserve (remplacent la viande) : thon, saumon, maquereau, sardines... en salade avec des tomates, des concombres, des haricots verts, des pommes de terre, du riz... ou chauds avec de la ratatouille, des pâtes...

Les œufs (remplacent la viande) : en omelette avec des champignons, des épinards, des pommes de terre, brouillés avec des tomates pelées.

L'emmental (remplace la viande) : avec des pâtes, du riz, un potage, une salade... ou en gratin avec une béchamel légère (fécule + lait) et des légumes.

Les fruits de saison et les compotes sans sucre ajouté.



JE N'ARRIVE PAS À PERDRE DE POIDS

L'incapacité à percevoir ou prendre en compte les sensations alimentaires est un facteur de prise de poids dont il faut tenir compte.

On ne sait pas reconnaître la sensation de satiété ou on la néglige, ne mangeant pas par faim mais pour des motifs d'ordre psychologique.

Cet élément est particulièrement important dans la mesure où la pratique des régimes aggrave ces troubles de la perception des signaux alimentaires. Ainsi, les régimes à répétition, au lieu d'améliorer la situation, aggravent la maladie-obésité-diabète.

Pour parvenir à maigrir durablement, il faut :

- Se réconcilier avec les aliments, cesser de leur faire la guerre, réapprendre à manger de tout avec plaisir !
- Déguster en « pleine conscience » les aliments, plutôt que de les avaler sans réfléchir...
- Tenir compte de son appétit, ne pas se forcer !
- Apprendre à faire face à ses difficultés de vie autrement qu'en mangeant.

N'hésitez pas à en parler à un professionnel



Mes bons plans «diététique»

Je prends des repas équilibrés avec et comme le reste de la famille.

Je n'oublie pas les légumes à chaque repas (pour un bon rassasiement). Dans mon assiette le volume des légumes doit être supérieur à celui de la viande !

Je limite les produits très caloriques comme les aliments gras et les boissons alcoolisées.

1 portion de 10g-12g de graisses animales représente :

- 1 noix de beurre
- 1 part de fromage (30g)
- 1 part de viande (sans gras)
- 2 œufs
- 2 tranches de jambon
- 1 fine tranche de nilettes ou de pâté (20g)
- 6 fines tranches de saucisson sec (30g)
- 1 croissant
- ¼ de pizza jambon-fromage
- ½ de quiche

Tous ces verres contiennent la même quantité d'alcool. Ils correspondent à 1 verre de boisson alcoolisée.

ballon de vin (10 cl)	coupe de champagne (10 cl)	verre de porto (6 cl)
verre de whisky (3 cl)	verre de jussis (3 cl)	demi de bière (25 cl)

Chaque jour, ne dépassez pas 3 portions de graisses animales, auxquelles vous ajoutez 2 cuillères à soupe d'huile de colza ou de noix

+ chaque semaine 1 part de poisson gras (saumon, thon, sardine, maquereau, anchois...)

La consommation d'alcool doit rester occasionnelle ...

Sur le plan calorique :
1 verre de boisson alcoolisée = 1 portion de beurre



JE GRIGNOTE ENTRE LES REPAS

Le vécu

Quand je m'ennuie ou que je suis stressé je mange des biscuits, des fruits.

Juste avant le repas je craque sur un morceau de fromage, je grignote du pain.

Le soir devant la télé je prends du chocolat...
...bref, je ne peux résister.

Les conséquences

Les occasions peuvent être nombreuses et souvent pas adaptées aux besoins de votre corps, d'où une prise de poids.

Les apports sucrés entre les repas provoquent des pics de glycémie qui déséquilibrent votre diabète. Des sentiments de culpabilité et de mauvaise estime de soi apparaissent, ce qui peut aggraver votre stress et vous faire craquer !

En pratique

J'essaie de comprendre pourquoi je grignote :

- Je me pose les bonnes questions : Ai-je faim quand je grignote ?
- Quelles circonstances m'amènent à grignoter : Le stress ? la fatigue ? ou au contraire le bien-être, la détente ?
- Est-ce que je mange suffisamment aux repas ?
- Suis-je en hypoglycémie ?



Mes bons plans « gourmandises »

Je prévois une collation aux moments où je grignote. Par exemple je prends une collation en rentrant le soir du travail, même si le dîner n'est pas loin, plutôt que de grignoter durant toute la préparation du repas.

Je choisis de préférence une collation non glucidique, par exemple **1 produit laitier sans sucre ajouté** : fromage blanc, petit-suisse, yaourt, lait, entremets maison... **quelques noix** ou noisette en coque (sans abus), 1 bol de **potage**, 1 tomate, des bâtonnets de **crudités**, 1 tranche de jambon ou de blanc de volaille, 1 part de fromage, 1 oeuf.

S'il existe un risque d'hypoglycémie je prévois une collation comprenant 1 fruit, 1 morceau de pain, 2 ou 3 biscuits, 1 compote.

En cas de surpoids **je diminue d'autant le repas suivant**. Par exemple si j'ai mangé 1 yaourt à 18h, inutile de prendre un laitage au dîner.

Si j'estime que mon grignotage est lié au stress, à l'anxiété, au surmenage... je cherche un moyen de rompre ce cercle vicieux.

- Que puis-je faire pour me détendre ?
- Il n'y a pas de solution miracle, c'est à moi de trouver celle qui me convient.



JE NE SAIS PAS COMMENT ÉQUILIBRER MES REPAS

Le vécu

On entend tellement de messages différents que l'on ne sait plus ce que l'on doit consommer.

Les conséquences

Manger devient culpabilisant et il n'y a plus de plaisir à passer à table...

En pratique

Les conseils d'équilibre alimentaire sont les mêmes que pour une personne non diabétique.

Je mange de tout dans le respect des proportions représentées par les différentes parties du bateau alimentaire (source Afssa) ci-dessous :



Un déjeuner ou un dîner équilibré comprend une composante de chaque groupe d'aliments chacun d'entre eux est repéré par un code couleur



Mes bons plans « alimentaires »

Pour le petit déjeuner

je prends du pain, plutôt complet ou aux céréales, une matière grasse, un produit laitier, ou une part de fromage

Je peux me permettre **des produits sucrés en dessert de temps en temps**. C'est plus leur richesse en graisses que leur richesse en sucre qui pose problème...

Je modère ma consommation de sel pour protéger mon cœur et mes reins

Je privilégie **les matières grasses végétales** (huiles de colza, d'olive, d'arachide) et je limite les aliments riches en graisses animales (charcuteries, viennoiseries, pâtisseries, beurre...).

Exemple de menu

Petit déjeuner	Déjeuner	Dîner
Café au lait	Salade de lentilles	Soupe de légumes
Pain complet	vinigrette au colza	Pâtes au saumon
Beurre	Filet de porc rôti à l'huile olive	Petit suisse
	Chou-fleur persillé	Salade de fruits frais
	Yaourt nature	
	Pomme	



BIBLIOGRAPHIE

1. Inserm. Inserm : Diabète de type 2 [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 8 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/diabete-type-2>
2. OMS. Diabète monde [Internet]. [cité 23 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
3. OMS. Affiche : Infographic diabetes [Internet]. Disponible sur: https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2016/WHD2016_Infographic_diabetes_fr.pdf?ua=1
4. SantePubliqueFrance B. Graphe : Répartition par âge et sexe de la prévalence du diabète traité pharmacologiquement en France en 2015 [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/documents/magazines-revues/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-14-novembre-2017-n-27-28-journee-mondiale-du-diabete-2017>
5. SantePubliqueFrance B. Article : BEH, Santé Publique France, 27-28, novembre 2017. Journée mondiale du diabète. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/documents/magazines-revues/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-14-novembre-2017-n-27-28-journee-mondiale-du-diabete-2017>
6. SantePubliqueFrance B. Carte : Variations de la prévalence* départementale du diabète traité pharmacologiquement par rapport à la prévalence* nationale en 2015 en France [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/documents/magazines-revues/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-14-novembre-2017-n-27-28-journee-mondiale-du-diabete-2017>
7. Fédération Française des Diabétiques. Les chiffres du diabète en France | Fédération Française des Diabétiques [Internet]. [cité 8 oct 2019]. Disponible sur: https://www.federationdesdiabetiques.org/information/diabete/chiffres-france?gclid=EAIaIQobChMIzPCi1NaM5QIVj8reCh1ReAQJEAAAYASAAEgJ-4_D_BwE
8. InVS. Le diabète en France en 2016 : état des lieux [Internet]. [cité 23 oct 2019]. Disponible sur: </liste-des-actualites/le-diabete-en-france-en-2016-etat-des-lieux>
9. FID. Atlas du diabète 8e édition 2017.
10. FID. Tableau : Top 10 des pays en matière de dépenses en soins de santé totales pour le diabète (20-79 ans) en 2017 (en milliards DI).
11. Diabète Québec. Le diabète de type 2 [Internet]. Diabète Québec. [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.diabete.qc.ca/fr/comprendre-le-diabete/tout-sur-le-diabete/types-de-diabete/le-diabete-de-type-2/>
12. AMELI. Diabète : causes et facteurs favorisants [Internet]. [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/diabete-comprendre/causes-facteurs-favorisants>
13. Fédération Française des Diabétiques. FINDRISC test.
14. ARS. Campagne de dépistage du diabète par les pharmaciens d'officine [Internet]. [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.grand-est.ars.sante.fr/campagne-de-depistage-du-diabete-par-les-pharmaciens-dofficine>
15. HAS. Référentiel diabète HAS 2014. Disponible sur: <https://www.has->

sante.fr/jcms/c_2012494/fr/prevention-et-depistage-du-diabete-de-type-2-et-des-maladies-liees-au-diabete

16. Diabète Québec. Les urgences hyperglycémiques [Internet]. Diabète Québec. [cité 12 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.diabete.qc.ca/fr/vivre-avec-le-diabete/soins-et-traitements/hypoglycemie-et-hyperglycemie/les-urgences-hyperglycemiques/>
17. CEED. Image : Diabètes et complications, signes d’hypoglycémie et d’hyperglycémie [Internet]. Centre Européen d’Etude du Diabète. [cité 13 nov 2019]. Disponible sur: <http://ceed-diabete.org/fr/le-diabete/diabete-et-complications/>
18. Hôpital européen Georges-Pompidou. Complications du diabete, micro angiopathie, macro angiopathie, et autres complications [Internet]. [cité 7 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.hegp.fr/diabeto/complication.html>
19. HAS. Actes et Prestations de l’ALD par l’HAS. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/lap_diab_actualis__3_juillet_07_2007_07_13__11_43_37_65.pdf
20. Société Francophone du Diabète Paramédical, Dr Jacques Martini (diabétologue), Marie-Louise Grumbach (podologue), le Pr Agnès Hartemann (diabétologue), Jocelyne Bertoglio (présidente de la SFD paramédical). Référentiel de bonnes pratiques - Pour la prévention et le traitement local des troubles trophiques podologiques chez les patients diabétiques à haut risque podologique. Disponible sur: https://www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/ressources/mmm_guide_sfd_par_a.pdf
21. CEED. Diabète et santé bucco-dentaires [Internet]. Centre Européen d’Etude du Diabète. [cité 24 mars 2020]. Disponible sur: <http://ceed-diabete.org/blog/diabete-et-sante-bucco-dentaires/>
22. AMELI. Mes dents : j’agis pour les protéger [Internet]. [cité 24 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/diabete-symptomes-evolution/mes-dents-jagis-pour-les-protoger>
23. VIDAL. Arbre décisionnel : prise en charge du diabète de type 2 [Internet]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/recommandations/1440/diabete_de_type_2_prise_en_charge_initiale/prise_en_charge/
24. CEED. Le traitement du diabète de type 2 : objectifs, moyens et stratégie [Internet]. Centre européen d’étude du Diabète. [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: <http://ceed-diabete.org/blog/le-traitement-du-diabete-de-type-2-objectifs-moyens-et-strategie/>
25. VIDAL. Médicaments du diabète de type 2 [Internet]. VIDAL. [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/maladies/metabolisme-diabete/diabete-type-2.html?pb=medicaments>
26. PHARMACOMEDICALE. Médicaments antidiabétiques [Internet]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/antidiabetiques-les-points-essentiels>
27. Réseau Diabète Midi-Pyrénées. Tableau des différentes insulines [Internet]. Disponible sur: http://www.diamip.org/sites/diamip.org/files/Pdf/nouveau_tableau_insulines.pdf
28. HAS. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/diaporama_rbp_strat_medic_controle_glyce_diabete_t2.pdf
29. AMELI. Hypoglycémie et hyperglycémie [Internet]. [cité 12 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/diabete-comprendre/hypoglycemie-hyperglycemie>
30. Médecine Sorbonne Université Jussieu. FMPMC-PS - Diabétologie - Questions

- d'internat [Internet]. [cité 24 sept 2020]. Disponible sur:
<http://www.chups.jussieu.fr/polys/diabeto/POLY.Chp.15.1.1.html>
31. Fédération Française des Diabétiques. Comment faire face à une hypoglycémie ? [Internet]. [cité 12 nov 2019]. Disponible sur:
<https://www.federationdesdiabetiques.org/diabeto/glycemie/hypoglycemie>
32. AMELI. Diabète et activité physique : les fondamentaux [Internet]. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/activite-physique/diabeto-activite-physique-fondamentaux>
33. AMELI. Bien manger avec un diabète : zoom sur les matières grasses [Internet]. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/equilibre-alimentaire/bien-manger-avec-un-diabeto-zoom-sur-les-matieres-grasses>
34. Diabète Québec. Les bénéfices de l'activité physique [Internet]. Diabète Québec. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.diabeto.qc.ca/fr/vivre-avec-le-diabeto/activite-physique/bienfaits/les-benefices-de-lactivite-physique/>
35. Fédération Française des Diabétiques. L'HbA1c ou hémoglobine glyquée [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur:
<https://www.federationdesdiabetiques.org/information/glycemie/hba1c>
36. HAS. Tableau du taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) à atteindre en fonction de la situation clinique [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2012494/fr/prevention-et-depistage-du-diabeto-de-type-2-et-des-maladies-liees-au-diabeto
37. Fédération Française des Diabétiques. Tableau de correspondance du taux d'HbA1c avec les glycémies moyennes [Internet]. Disponible sur:
<https://www.federationdesdiabetiques.org/information/glycemie/hba1c>
38. HAS. Tableau des stades d'évolution de la maladie rénale chronique [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/evaluation_du_debit_de_filtration_glomerulaire_et_du_dosage_de_la_creatininemie_dans_le_diagnostic_de_la_maladie_renale_chronique_chez_ladulte_-_fiche_buts.pdf
39. HAS. Tableau des examens de suivi à réaliser chez le diabétique de type 2 [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2012494/fr/prevention-et-depistage-du-diabeto-de-type-2-et-des-maladies-liees-au-diabeto
40. HAS. L'autosurveillance glycémique dans le diabète de type 2 : une utilisation très ciblée. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-04/autosurveillance_glycemique_diabeto_type_2_fiche_de_bon_usage.pdf
41. Fédération Française des Diabétiques. Ma glycémie [Internet]. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.federationdesdiabetiques.org/diabeto/glycemie>
42. AMELI. Autosurveillance de la glycémie [Internet]. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/autosurveillance-glycemie/autosurveillance-glycemie>
43. Société Francophone du Diabète Paramédical. Objectifs tensionnels chez le patient diabétique de type 2 : l'heure de l'individualisation ? | Société Francophone du Diabète [Internet]. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur:
<https://www.sfdiabeto.org/mediatheque/kiosque/articles-qdm/objectifs-tensionnels-chez-le-patient-diabetique-de-type-2-lheure>
44. VIDAL. Diabète de type 2 : trop abaisser la tension artérielle augmenterait le risque cardiovasculaire [Internet]. VIDAL. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur:
https://www.vidal.fr/actualites/19431/diabeto_de_type_2_trop_abaisser_la_tension_arterielle_augmenterait_le_risque_cardiovasculaire/
45. LEGIFRANCE. Missions et activités des officines, code de la santé publique [Internet]. Disponible sur:

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=824BB6AA549AD820082D3BDC9801BACE.tplgfr38s_2?idSectionTA=LEGISCTA000036397929&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20200414

46. LEGIFRANCE. Arrêté du 24 juin 2013 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie relatif à l'accompagnement des patients chroniques sous anticoagulants oraux [Internet]. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027612770&categorieLien=id>

47. LEGIFRANCE. Arrêté du 28 novembre 2014 portant approbation des avenants nos 3, 4 et 5 à la convention nationale du 4 mai 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie [Internet]. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029827283&categorieLien=id>

48. AMELI. Avenants à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine [Internet]. [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-referencetextes-conventionnels/avenants>

49. LEGIFRANCE. Arrêté du 24 juin 2016 portant approbation de l'avenant n° 10 à l'accord national relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques [Internet]. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032788555&categorieLien=id>

50. Huon J-F, Roux C, Pourrat X, Conort O, Ferrera F, Janoly-Dumenil A, et al. Entretien pharmaceutique : création d'un outil de synthèse des objectifs par la Société Française de Pharmacie Clinique. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. 1 déc 2019;54(4):417-23.

51. Jean-François HUON BA, Ornella CONORT, Félicia FERRERA, Audrey JANOLY-DUMENIL, Audrey LEHMANN, Xavier POURRAT, et al. Les entretiens pharmaceutiques : fiche mémo par la Société Française de Pharmacie Clinique [Internet]. Disponible sur: https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/08/sfpc_les_entretiens_pharmaceutiques.pdf

52. AMELI. Actualités réglementaires : Avenant 21 à la convention pharmaceutique.

53. Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine. Résultats d'évaluation d'entretiens pharmaceutiques au Royaume-Uni et Belgique [Internet]. USPO. 2016 [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: <https://uspo.fr/resultats-devaluation-dentretiens-pharmaceutiques-au-royaume-uni-et-belgique/>

54. PharmaSuisse. Convention relative à la structure tarifaire RBP IV/1 [Internet]. Disponible sur: <https://www.pharmasuisse.org/data/docs/fr/4710/Convention-relative-%C3%A0-la-structure-tarifaire-RBP-IV-1.pdf?v=1.0>

55. Règle de l'assurance maladie Québec. Nouvelles activités professionnelles des pharmaciens. 2015;11.

56. ANSM. Les anticoagulants en France en 2012 : état des lieux et surveillance [Internet]. Disponible sur:

https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/901e9c291a545dff52c0b41365c0d6e2.pdf

57. Pharmacie-clinique.fr. Entretien pharmaceutique AVK [Internet]. Pharmacie-clinique.fr. [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: <http://pharmacie-clinique.fr/entretien-pharmaceutique-avk/>

58. HAS. Les anticoagulants oraux [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2851086/fr/les-anticoagulants-oraux

59. ANSM. Bon usage des médicaments entivitamine K (AVK) [Internet]. Disponible sur: <file:///Users/utilisateur/Downloads/Bon%20usage%20AVK%20actualis%C3%A9e%20juillet>

%202012.pdf

60. AMELI. Entretien pharmaceutique antivitamine K : AVK Guide d'accompagnement du patient [Internet]. Disponible sur:

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/2016203_EntretiensPharmaceutiques_AVK_GuideAccompagnement.pdf

61. AMELI. Suivi du patient dans le cadre de l'entretien pharmaceutique antivitamine K : AVK Pochette de la fiche de suivi patient [Internet]. Disponible sur:

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/2016203_EntretiensPharmaceutiques_AVK_chemise.pdf

62. AMELI. Suivi du patient dans le cadre de l'entretien pharmaceutique antivitamine K : AVK Fiche de suivi du patient [Internet]. Disponible sur:

https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5457/document/entretien-pharmaceutique-avk-fiche-suivi_assurance-maladie.pdf

63. AMELI. Traitement anticoagulant oral par antivitamine K : un accompagnement personnalisé proposé par votre pharmacien : Dépliant d'information patient [Internet].

Disponible sur:

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/AVK_Remis_patient.pdf

64. Fédération Française de Cardiologie. BIEN VIVRE SON TRAITEMENT ANTICOAGULANTS, ANTIAGRÉGANTS [Internet]. Disponible sur:

https://www.fedecardio.org/sites/default/files/2020-Anticoagulants-Web_0.pdf

65. Pharmacie-clinique.fr. Entretien pharmaceutique AOD [Internet]. Pharmacie-clinique.fr. [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: <http://pharmacie-clinique.fr/entretien-aod/>

66. AMELI. Fiche de suivi patient AOD [Internet]. Disponible sur:

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/1952015_AOD_FichesSuivi_fiches_v9.pdf

67. AMELI. Guide d'accompagnement du patient sous AOD [Internet]. Disponible sur:

https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5435/document/aod-guide-accompagnement_assurance-maladie.pdf

68. AMELI. Suivi de votre traitement anticoagulant oral direct AOD : un accompagnement personnalisé proposé par votre pharmacien : Dépliant d'information patient [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/2015195-depliant_patient_AOD_v9.pdf

69. AMELI. Anticoagulants oraux directs (AOD) : Interactions médicamenteuses : Mémo pharmacien [Internet]. Disponible sur:

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/2016071_AOD_pharmacien_memo_v4.pdf

70. AMELI. Asthme : bien utiliser son inhalateur [Internet]. [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/asthme-traitement/utiliser-inhalateur>

71. Mr Yann de Rycke, Dr Fadia Dib, Mme Sylvie Guillo, Mr Alexandre Lafourcade, Dr Camille Taillé, Pr Florence Tubach. Evaluation médico-économique du programme d'accompagnement des patients asthmatiques Sophia Asthme [Internet]. Disponible sur:

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Rapport_Sophia_Asthme_Vague_AB.pdf

72. AMELI. Patients asthmatiques sous traitement de fond, en initiation ou en reprise de traitement suite à une interruption : guide d'accompagnement [Internet]. Disponible sur:

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/2016203_EntretiensPharmaceutiques_asthme_GuideAccompagnement.pdf

73. AMELI. Asthme : suivi du patient dans le cadre de l'entretien pharmaceutique : Fiche de suivi patient [Internet]. Disponible sur:

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/2016203_EntretiensPharmaceutiques

_asthme_FichesSuivi.pdf

74. AMELI. Asthme : suivi du patient dans le cadre de l'entretien pharmaceutique : Pochette de la fiche de suivi patient [Internet]. Disponible sur:

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/2016203_EntretiensPharmaceutiques_asthme_chemise.pdf

75. AMELI. Asthme : comprendre ma maladie et bien utiliser mon dispositif d'inhalation : Document d'information à remettre au patient [Internet]. Disponible sur:

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CNAM1047_CHEVALET_ASTHME_A4-V4.pdf

76. AMELI. Asthme : facteurs déclenchants et conseils pour les éviter Fiche à remettre au patient [Internet]. Disponible sur:

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CNAM1047_MEMO_ASTHME_A4_v8_au_1009.pdf

77. e-cancer. Chiffres clés de la chimiothérapie - Chimiothérapie [Internet]. [cité 11 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-traitements/Chimiotherapie2/Chiffres-cles-de-la-chimiotherapie>

78. Alix de Chevigny, Claire Chatron, Ludivine Morvillez, Virginie Prevost, Valérie Chédru-Legros. Validation d'un guide d'entretien pour le suivi des patients traités par chimiothérapie orale [Internet]. Disponible sur: <https://onconormandie.fr/wp-content/uploads/2018/09/Article-Guide-dentretien-pour-le-suivi-des-patients-trait%C3%A9s-par-chimio-orale.pdf>

79. Caroline Perrier. Consultations pharmaceutiques -Primo-prescription de thérapies orales en oncologie : Lien ville-hôpital [Internet]. Disponible sur:

[file:///Users/utilisateur/Downloads/Consultation-Pharmaceutique-ICM-C.Perrier%20\(1\).pdf](file:///Users/utilisateur/Downloads/Consultation-Pharmaceutique-ICM-C.Perrier%20(1).pdf)

80. ONCOLIEN SFPO. ONCOLIEN SFPO Fiches anticancéreux oraux [Internet]. SFPO ONCOLIEN. [cité 11 mai 2020]. Disponible sur: <https://oncolien.sfpo.com/>

81. OMEDIT. OMEDIT Pays de la Loire : Fiches anticancéreux oraux [Internet]. [cité 11 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.omedit-paysdelaloire.fr/fr/observatoire-cancer/cancer-fiches-medicaments/voc>

82. LE GAC BERTRAND, URPS Pharmacien Pays de la Loire. SYNTHÈSE DES RESULTATS : PROJET « SUIVI ET ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT DIABÉTIQUE DE TYPE 2 PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE ».

LAKHSASSI WISSEM

Entretiens pharmaceutiques et diabète de type 2 : évaluation de l'impact du pharmacien d'officine sur les hypoglycémies provoquées par les antidiabétiques oraux.

RESUME :

Le diabète de type 2 est une pathologie chronique qui pose un problème de santé publique majeur. La prévalence et l'incidence de cette maladie est en constante augmentation depuis les dernières décennies. Une hyperglycémie chronique, liée à un diabète mal ou non équilibré, provoque de multiples complications cliniques au long court. Il est donc important qu'une surveillance biologique et médicale régulière soit mise en place chez ces patients, afin de prévenir les comorbidités liées au diabète de type 2. La prise en charge globale de cette pathologie nécessite l'intervention de plusieurs professionnels de santé et notamment celle du pharmacien d'officine. Il a un rôle important dans le conseil hygiéno-diététique, le suivi de l'observance des traitements ou encore la iatrogénie médicamenteuse de par sa proximité avec le patient. Le pharmacien peut aussi réaliser des entretiens pharmaceutiques, c'est pourquoi nous nous sommes intéressés dans cette thèse à l'expérimentation d'un entretien pharmaceutique de suivi et d'accompagnement des patients diabétiques de type 2. L'objectif est d'évaluer l'impact du pharmacien d'officine sur les hypoglycémies provoquées par certains antidiabétiques oraux chez des patients dans des officines de Loire Atlantique, Vendée et Sarthe.

MOTS CLÉS :

DIABETE DE TYPE 2, HYPOGLYCEMIE, ANTIDIABETIQUES ORAUX, ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE, ETUDE.

PRÉSIDENTE : Dr BOBIN Christine, Maître de Conférences, Praticien Biologiste Spécialiste du Centre Anticancéreux

ASSESEURS : Dr HUON Jean-François, Pharmacien Hospitalier, Maître de Conférence Associé en Santé Publique et Pharmacie Clinique.

OGER Anne-Claire, Coordinatrice de projets chez URPS Pharmaciens Pays de la Loire

LAUNAY Maryne, Chargée de missions chez URPS Pharmaciens Pays de la Loire

Adresse de l'auteur : 123 rue des Hauts Pavés 44000 Nantes