



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ



NANCY 1

2008



FACULTÉ DE PHARMACIE

**LA CONSULTATION PHARMACEUTIQUE
DU DIABÉTIQUE**

**Expériences et attentes des pharmaciens au sein du réseau de la
Maison du Diabète et de la Nutrition de Nancy et 54**

T H È S E

Présentée et soutenue publiquement

Le 29 Mai 2008

pour obtenir

Le Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie

par **Virginie BANZET**
née le 02 juillet 1984 à Saint Dié (88)

Membres du Jury

Président : - M. François BONNEAUX, Maître de conférences, Faculté de Pharmacie Nancy.

Directeur : - M. Philip BÖHME, Praticien Hospitalier, Service Diabétologie, CHU Nancy.

Juges: - M^{me} Monique DURAND, Pharmacien, Présidente du Conseil Régional de l'Ordre
des Pharmaciens.
- M^{me} Sophie JULY, Pharmacien d'officine.

UNIVERSITÉ Henri Poincaré - Nancy 1
FACULTÉ DE PHARMACIE

DOYEN

Chantal FINANCE

Vice-Doyen

Francine PAULUS

Président du Conseil de la Pédagogie

Pierre LABRUDE

Responsable de la Commission de la Recherche

Jean-Claude BLOCK

Directeur des Études

Gérald CATAU

Responsable de la Commission des Relations Internationales

Janine SCHWARTZBROD

Responsable de la Communication

Francine KEDZIEREWICZ

Responsable de la Commission Hygiène Sécurité

Laurent DIEZ

Responsable de la filière Officine :

Gérald CATAU

Responsables de la filière Industrie :

Isabelle LARTAUD

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Responsable du CEPH :

(Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier)

Jean-Michel SIMON

Doyen Honoraire : Claude VIGNERON

Professeur Emérite : Gérard SIEST

Professeurs Honoraires

Roger BONALY
Thérèse GIRARD
Maurice HOFFMAN
Michel JACQUE
Lucien LALLOZ
Pierre LECTARD
Vincent LOPPINET
Marcel MIRJOLET
François MORTIER
Maurice PIERFITTE
Louis SCHWARTZBROD

Maîtres de Conférences Honoraires

Marie-Claude FUZELLIER
Marie-Andrée IMBS
Marie-Hélène LIVERTOUX
Jean-Louis MONAL
Marie-France POCHON
Anne ROVEL
Maria WELLMAN-ROUSSEAU

Assistante Honoraire

Madame BERTHE

ENSEIGNANTS

PROFESSEURS

Alain ASTIER (en disponibilité)	Pharmacie clinique
Jeffrey ATKINSON	Pharmacologie
Gilles AULAGNER	Pharmacie clinique
Alain BAGREL	Biochimie
Jean-Claude BLOCK	Santé publique
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	Pharmacologie cardiovasculaire
Chantal FINANCE	Virologie, Immunologie
Pascale FRIANT-MICHEL	Mathématiques, Physique, Audioprothèse
Marie-Madeleine GALTEAU.....	Biochimie clinique
Christophe GANTZER	Microbiologie environnementale
Max HENRY	Botanique, Mycologie
Jean-Yves JOUZEAU	Bioanalyse du médicament
Pierre LABRUDE	Physiologie, Orthopédie, Maintien à domicile
Dominique LAURAIN-MATTAR.....	Pharmacognosie
Isabelle LARTAUD.....	Pharmacologie
Pierre LEROY.....	Chimie physique générale
Philippe MAINCENT.....	Pharmacie galénique
Alain MARSURA.....	Chimie thérapeutique
Jean-Louis MERLIN.....	Biologie cellulaire oncologique
Alain NICOLAS.....	Chimie analytique
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS.....	Chimie thérapeutique
Bertrand RIHN.....	Biochimie, Biologie moléculaire
Janine SCHWARTZBROD	Bactériologie, Parasitologie
Jean-Michel SIMON.....	Economie de la santé, Législation pharmaceutique
Claude VIGNERON.....	Hématologie, Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Monique ALBERT.....	Bactériologie, Virologie
Sandrine BANAS.....	Parasitologie
Mariette BEAUD.....	Biologie cellulaire
Emmanuelle BENOIT.....	Communication et Santé
Michel BOISBRUN.....	Chimie thérapeutique
Catherine BOITEUX.....	Biophysique, Audioprothèse
François BONNEAUX.....	Chimie thérapeutique
Cédric BOURA.....	Physiologie
Gérald CATAU.....	Pharmacologie
Jean-Claude CHEVIN.....	Chimie générale et minérale
Igor CLAROT.....	Chimie analytique
Jocelyne COLLOMB.....	Parasitologie, Organisation animale
Joël COULON.....	Biochimie
Sébastien DADE.....	Bio-informatique
Bernard DANGIEN.....	Botanique, Mycologie
Dominique DECOLIN.....	Chimie analytique
Béatrice DEMORE.....	Pharmacie clinique
Joël DUCOURNEAU.....	Biophysique, Audioprothèse, Acoustique
Florence DUMARCAY.....	Chimie thérapeutique

François DUPUIS.....	Pharmacologie
Raphaël DUVAL.....	Microbiologie clinique
Béatrice FAIVRE.....	Hématologie
Luc FERRARI.....	Toxicologie
Stéphane GIBAUD.....	Pharmacie clinique
Françoise HINZELIN.....	Mycologie, Botanique
Thierry HUMBERT.....	Chimie organique
Frédéric JORAND.....	Santé et Environnement
Francine KEDZIEREWICZ.....	Pharmacie galénique
Alexandrine LAMBERT.....	Informatique, Biostatistiques
Brigitte LEININGER-MULLER.....	Biochimie
Stéphanie MARCHAND.....	Chimie physique
Faten MEHRI-SOUSSI.....	Hématologie biologique
Patrick MENU.....	Physiologie
Christophe MERLIN.....	Microbiologie environnementale et moléculaire
Blandine MOREAU.....	Pharmacognosie
Dominique NOTTER.....	Biologie cellulaire
Francine PAULUS.....	Informatique
Christine PERDICAKIS.....	Chimie organique
Caroline PERRIN-SARRADO.....	Pharmacologie
Virginie PICHON.....	Biophysique
Anne SAPIN.....	Pharmacie galénique
Marie-Paule SAUDER.....	Mycologie, Botanique
Nathalie THILLY.....	Santé publique
Gabriel TROCKLE.....	Pharmacologie
Mohamed ZAIYOU.....	Biochimie et Biologie moléculaire
Colette ZINUTTI.....	Pharmacie galénique

PROFESSEUR ASSOCIE

Anne MAHEUT-BOSSER.....	Sémiologie
-------------------------	------------

PROFESSEUR AGREGÉ

Christophe COCHAUD.....	Anglais
-------------------------	---------

ASSISTANT

Annie PAVIS.....	Bactériologie
------------------	---------------

SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITE (SCD)

Anne-Pascale PARRET.....	Directeur
Frédérique FERON.....	Responsable de la section Pharmacie-Odontologie

SERMENT DES APOTHICAIRES



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

Ɖ' honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

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

Ɖe ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

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

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



**« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE
APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS
EMISES DANS LES THESES, CES OPINIONS
DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES
A LEUR AUTEUR ».**

REMERCIEMENTS

A mon Président de Jury,

Monsieur François BONNEAUX,

Maître de conférences, Chimie thérapeutique,

Qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse gratitude.

A mon Directeur de Thèse,

Monsieur Philip BÖHME,

Docteur en Médecine, Praticien hospitalier au service de Diabétologie-Nutrition CHU-Nancy,

Qui m'a proposé ce sujet indirectement. Qui me fait l'honneur d'encadrer et de juger ce travail.

Pour votre gentillesse, le temps que vous m'avez accordé, je vous adresse mes plus sincères remerciements.

A Madame Monique DURAND,

Docteur en pharmacie, Présidente du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens,

Qui m'a fait l'honneur de juger ce travail aujourd'hui.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Madame Sophie JULY,

Docteur en pharmacie,

Qui m'a fait le grand plaisir d'accepter de participer au jugement de cette thèse.



Aux nombreux pharmaciens qui m'ont accordé de leur temps pour répondre au questionnaire, sans qui cette thèse n'aurait pas eu lieu.

A toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce travail.

A ma maman, pour son soutien, sa patience et sa gentillesse durant toutes ces années. Merci pour tout.

A mon frère, Michaël, pour son aide informatique, sa patience ...

Hé oui, je serai bientôt « vendeuse de tubes de C.....[®] ».



A toute ma famille.

A M. BRUELLE, Docteur en Pharmacie qui m'a fait découvrir le métier de pharmacien et m'a donné envie de continuer dans cette voie.

A M^{me} SOSSON, Docteur en Pharmacie pour m'avoir appris et de m'apprendre encore, à exercer mon métier dans les règles de l'art.

A M. Christophe HEPPE, Docteur en Pharmacie, pour avoir consacré du temps à l'édifice de cette thèse.

A toi, Audrey, qui est loin en ce jour, mais qui m'a depuis toujours été proche. Que notre amitié perdure malgré la distance ...

A toi, Arnaud, malgré la distance, tu as toujours été présent, merci à toi pour tout.

A mes amis de fac, ... merci pour votre soutien, pour toutes ces années de stress et de joie, ... Nous voilà à la fin tant espérée ... qui n'est qu'un début de choses intéressantes pour tous !

A ma binôme, Aurélie, pour ces années d'étude dont je garde un très bon souvenir. Bien que loin, je te souhaite de parvenir à ton rêve ...

A vous, Laurence, Nicolas, pour vos encouragements, merci d'avoir été à mes côtés.

A toutes les personnes qui ont croisé ma route, un jour, et qui font que je suis la personne actuelle ...

A toutes les personnes qui ne sont plus là actuellement, qui m'ont soutenue durant toutes ces années. Je vous dois tant ...



*Bon courage à tous ceux qui
s'apprêtent à lire cette thèse ...*

SOMMAIRE

Abréviations et Définitions	pg 6
Introduction	pg 9
1ère PARTIE : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?	pg 11
<u>I. Contexte épidémiologique</u> →	pg 12
I.1. Prévalence	pg 12
I.2. Impact économique du diabète	pg 13
I.3. Mortalité	pg 15
I.4. Prédictions pour l'avenir	pg 16
<u>II. Besoins de prise en charge → Réponses</u>	pg 17
II.1. Recommandations	pg 17
a. Qui est diabétique ?	pg 17
b. Les mesures hygiénodietétiques	pg 18
c. L'hypertension artérielle	pg 20
d. Les dyslipidémies	pg 20
e. Les recommandations au niveau cardiovasculaire	pg 21
f. L'oeil	pg 22

g. L'arrêt du tabac	pg 22
h. Le pied du diabétique	pg 23
i. La néphropathie	pg 24
j. L'impuissance masculine	pg 25
II.2. L'éducation thérapeutique du patient	pg 26
a. Le patient	pg 27
b. Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique ?	pg 28
c. Les Maisons	pg 30
d. Les Réseaux	pg 31
e. La Maison du Diabète et de la Nutrition (MDN) de Nancy et 54	pg 32
Δ. Objectifs définis par la MDN	pg 32
Δ. Moyens mis en oeuvre	pg 33
Δ. Fonctionnement de la MDN	pg 34
Δ. Ce que la MDN ne fait pas	pg 35
Δ. Actualités	
pg 35	
III. <u>Rôle du pharmacien dans la prise en charge des maladies métaboliques hormis les maisons du diabète</u>	pg 36
III.1. Le dépistage	pg 36
a. Le dépistage du diabète de type 2 en Bourgogne	pg 36
b. Les campagnes transfrontalières Lorraine-Luxembourg	pg 37
III.2. L'éducation	pg 39
a. Les mutuelles	pg 39
b. Le système d'accompagnement des diabétiques SOPHIA	pg 39

c. ADOST-Plan de prise	pg 40
d. Le modèle australien : « Home Medicines Review (HMR) »	pg 41
e. Le modèle anglais	pg 42
 IV. <u>Rôle du pharmacien au sein des autres réseaux diabète en France</u>	pg 44
 V. <u>Rôle théorique du pharmacien dans la MDN et FREDIAL :</u>	
<u>La consultation pharmaceutique</u>	pg 46
 IV.1. Optimisation du traitement	pg 47
 IV.2. Surveillance glycémique	pg 48
a. Impact sur le patient	pg 49
b. Quels rôles dans le diabète de type 2 ?	pg 49
c. L'entretien	pg 50
 IV.3. Les points positifs	pg 51
a. Points positifs pour le patient	pg 51
b. Points positifs pour le pharmacien	pg 53
- sur le plan professionnel	pg 53
- sur le plan personnel	pg 53
- sur le plan économique et commercial	pg 53
 IV.4. Freins envisageables	pg 54
a. Manque de temps, de personnel	pg 54
b. Manque de formations adéquates	pg 54
c. Manque de confidentialité	pg 56
d. Manque de confiance	pg 56
e. Manque de communication	pg 57

2ème PARTIE : Étude personnelle :

Maison du Diabète et de la Nutrition de Nancy et 54 pg 58

I. Objectifs pg 59

II. Méthodologie pg 60

III. Résultats pg 63

III.1. Liens âge et MDN pg 64

III.2. Les freins rencontrés ou envisagés en pratique pg 65

a. Le passage par le médecin traitant pg 65

b. Le manque de temps, de personnel pg 67

c. Le manque de formations pg 69

d. Le manque de confidentialité pg 75

e. Le manque de bénéfices pg 76

III.3. Les thèmes abordés au comptoir pg 76

a. Le traitement proprement dit pg 76

b. Les thèmes relatifs aux complications pg 77

c. Les thèmes annexes pg 77

III.4. Les attentes des pharmaciens pg 79

3ème PARTIE : Discussion et Perspectives pg 81

Conclusion	pg 93
Liste des figures	pg 95
Annexes	pg 96
Bibliographie et Références électroniques	pg 115

ABREVIATIONS et DEFINITIONS

- × Acte pharmaceutique = dispensation
= « Acte physique » + « Acte intellectuel »
A différencier de la délivrance = « Acte physique » de la dispensation.
- × ALD *Affection de Longue Durée*
- × AFSSAPS *Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.*
Elle évalue la sécurité d'emploi, l'efficacité et la qualité des produits de santé.
Elle assure également la surveillance des effets ou événements indésirables liés à leur utilisation. Elle exerce des activités de contrôle en laboratoire et conduit des inspections sur les sites de fabrication et de recherche. Enfin, elle mène des actions d'informations auprès des professionnels de santé et du public pour améliorer le bon usage des produits de santé.
- × ANAES *Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé*
- × ASG *AutoSurveillance Glycémique*
- × CNAM *Caisse Nationale d'Assurance Maladie*
- × CROP *Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens*
- × ECG *Eléctrocardiogramme*
- × ETP *Education Thérapeutique du Patient*
- × FAQSV *Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville*
Ce fonds a été créé pour favoriser la restructuration de l'offre de soins et la promotion de projets innovants dans le cadre des soins de ville. Il peut notamment constituer un mode de financement des réseaux, contribuer à

développer le partage de l'information (dossier médical partagé, informatisation, ...). Il est donc destiné à des professionnels de santé libéraux ou à des regroupements de ces professionnels.

× HAS *Haute Autorité de Santé*

Elle est chargée d'évaluer scientifiquement l'intérêt médical des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes professionnels et de proposer ou non leur remboursement par l'assurance maladie; d'améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé et en médecine de ville de veiller à la qualité de l'information.

× Hb *Hémoglobine*

× IFOP *Institut Français d'Opinion Publique*

× IMC *Indice de Masse Corporelle*

Cet indice permet d'évaluer la matière grasse d'une personne, de déterminer sa corpulence. Elle se calcule comme suit :

$$\text{IMC} = \text{Poids (kg)} / \text{Taille}^2 \text{ (m)}$$

× Incidence Nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés pendant une période et pour une population déterminées.

× InVS *Institut National de Veille Sanitaire*

L'InVS surveille et observe l'état de santé de la population. Elle est chargée de la veille et de la vigilance sanitaires. Elle doit informer le Ministre de la Santé en cas d'alerte sanitaire et elle contribue à la gestion des situations de crise sanitaire.

× MDN *Maison du Diabète et de la Nutrition*

× Mortalité Rapport entre le nombre de décès et l'effectif moyen de la population dans un lieu donné et pendant une période déterminée.

- × Observance Respect des instructions et des prescriptions du médecin.

- × OMS *Organisation Mondiale de la Santé*
 Elle est chargée de diriger l'action sanitaire mondiale, de définir les programmes de recherche en santé, de fixer des normes et des critères, de présenter des options politiques fondées sur des données probantes, de fournir un soutien technique aux pays et de suivre et d'apprécier les tendances en matière de santé.

- × Prévalence Rapport du nombre de cas d'une maladie observée à un moment donné sur la population totale.

- × Soins pharmaceutiques
 Concept créé en 1990 par Strand et Hepler, l'Ordre des pharmaciens du Québec définit les soins pharmaceutiques comme étant « l'ensemble des actes et services que le pharmacien doit procurer à un patient, afin d'améliorer sa qualité de vie par l'atteinte d'objectifs pharmacothérapeutiques de nature préventive, curative ou palliative ».

- × UDF *Union pour la Démocratie Française.*

- × URCAM *Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie*

- × URML *Union Régionale des Médecins Libéraux*

INTRODUCTION

Le diabète est une maladie en constante progression depuis quelques décennies. Devant l'augmentation de la prévalence de cette pathologie, les pouvoirs publics s'interrogent sur les moyens à mettre en œuvre pour stopper cette « épidémie » et en diminuer les conséquences. Il est nécessaire de développer sa prise en charge et de décloisonner le système de santé. De nouvelles structures prennent naissance et de nouveaux professionnels de santé entrent en jeu (Annexe 1).

Fondée en 2004, la Maison du Diabète et de la Nutrition (MDN) de Nancy permet aux patients diabétiques de mieux apprivoiser leur pathologie. Pour cela, de nombreux professionnels de santé y ont adhéré afin de leur proposer une prise en charge pluridisciplinaire. Le diabète touche de nombreux domaines : néphrologie, podologie, cardiologie, ... Pour parvenir à optimiser le traitement et la qualité de vie des patients, une coopération entre les différents praticiens s'impose.

Les pharmaciens ont la possibilité de jouer un rôle non négligeable, au sein de la MDN, par le biais d'une consultation pharmaceutique. Le métier de pharmacien a de multiples facettes dont celles de l'éducation du patient et de l'optimisation du traitement c'est-à-dire le bon médicament, au bon patient, au bon moment, dans de bonnes conditions.

La consultation pharmaceutique est un moyen de communiquer avec le patient, d'établir une relation de confiance. Durant cette entrevue, le pharmacien peut, entre autres, vérifier la bonne observance du traitement, la bonne pratique de l'autosurveillance glycémique : méthode de base pour prévenir les complications.

Les français sont conscients à 97% que les médicaments ne sont pas des produits de consommation courante et qu'ils présentent des risques.²⁰ Néanmoins, 58% des prescriptions médicales sont modifiées par les patients eux-même et 1 patient sur 2 suit mal son traitement.¹⁸ Le patient se rend plus souvent chez son pharmacien que chez son médecin et il se confie plus volontiers à lui. Par peur de contrarier son

médecin, il n'osera pas lui dire qu'il a modifié son traitement. En revanche, il s'ouvrira plus facilement au pharmacien directement ou indirectement. Il est temps que le pharmacien montre qu'il est un acteur de santé et entreprenne des actions dans cet objectif.

Le système de santé doit s'adapter au vieillissement de la population, à la démographie des professionnels de santé. Devant ces changements, de nouvelles perspectives s'ouvrent aux pharmaciens. Les compétences de ces derniers sont probablement sous utilisées par rapport à leur potentiel. Il est important que les officinaux proposent des soins, et ne se limitent pas à la dispensation.^{25, 51, 67}

La consultation pharmaceutique de la MDN s'est peu développée. On dénombre la participation d'un seul pharmacien en 2004 ! Les actions du pharmacien restent pourtant envisageables au sein de la MDN.

Ce travail a pour but de déterminer les obstacles à la mise en place des actions proposées aux pharmaciens, de connaître les attentes de ceux-ci et de définir leur place au sein de ce réseau. Ainsi, il sera plus facile d'adapter la consultation à la réalité du terrain.

1^{ère} partie :

Pourquoi une
consultation pharmaceutique
propre au diabète ?

I. Contexte épidémiologique

I.1. Prévalence* ^{1, 5, 66}

Le diabète est une maladie chronique en constante augmentation depuis de nombreuses années. Quelles en sont les causes ? Le diabète est un mal qui progresse suite à notre mode de vie et à notre mauvaise alimentation. Il est considéré comme l'un des enjeux de santé les plus importants du XXI^{ème} siècle. En 2005, la Haute Autorité de Santé (HAS*) estimait la prévalence* du diabète en France métropolitaine à 3,6% contre 2,9% en l'an 2000 ce qui représente environ 2 325 000 personnes diabétiques.

On constate donc une hausse moyenne annuelle, entre 2000 et 2005, de 5,7% dont seulement 0,7 point peut être attribuable au vieillissement de la population. En 2007, l'âge moyen des diabétiques est d'environ 65 ans. On observe aussi une légère prédominance masculine : 52%. L'accroissement du diabète se fait sentir dans toutes les classes d'âge mais surtout dans les classes d'âge élevé. On note, en effet, une proportion plus importante de personnes âgées de plus de 75 ans, notamment chez les femmes (28% en 2001 contre 35% en 2007) mais aussi chez les hommes (17% en 2001 contre 25% en 2007). Souvent porteuses d'autres pathologies, d'antécédents, il est important d'accompagner ces personnes dans la mise en place du traitement.

Le diabète de type 1 (insulinodépendant) représente environ 10% des cas. Il concerne essentiellement l'enfant. La maladie est généralement bien ciblée car le diagnostic est facile (polydipsie, polyurie, asthénie, amaigrissement malgré un appétit conservé). Il s'agit d'une maladie auto-immune, conséquence d'une auto-destruction du pancréas. Le seul et unique traitement réside en l'injection d'insuline. Patient très jeune, il est important de le suivre tout au long de l'évolution car les mentalités changent. Il n'est pas évident pour un enfant ou un adolescent de subir toutes les contraintes que sa maladie impose. Il peut se sentir exclu par sa non participation à certaines activités. De plus, il est important de normaliser au mieux les glycémies afin d'éviter les hyperglycémies, sources de complications futures.

Le diabète de type 2 (non insulinodépendant) représente 90% des cas. Plus difficile à mettre en évidence, il est à l'origine des campagnes de dépistage. Par sa nature

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

silencieuse, les patients ne se sentent pas malades et par conséquent le diagnostic est tardif. Lors de la découverte, les complications sont souvent déjà présentes. Ainsi, le traitement diabétique doit être instauré, mais également celui des complications, ou du moins un traitement préventif selon les facteurs de risque. Il est souvent difficile de modifier son mode de vie, ses habitudes après tant d'années alors qu'on se sent bien. Aussi, les moments de motivation et de lassitude alternent.

I.2. Impact économique du diabète ^{1, 5, 59, 61, 62}

Le diabète est une pathologie considérée comme une affection de longue durée (ALD*) c'est-à-dire qu'elle peut faire l'objet d'une exonération du ticket modérateur. Dans ce cas, l'Assurance Maladie prend en charge la totalité des frais concernant cette pathologie. Pour cela, il suffit de constater à deux reprises, au moins, une glycémie à jeun supérieure ou égale à 7 mmol/l soit 1,26 g/l dans le plasma veineux.

De plus, l'ALD* prendra également en charge les traitements relatifs aux complications et aux facteurs de risque (l'hypertension, le cholestérol, les pathologies cardiovasculaires, ...).

Le nombre de diabétiques pris en charge à 100% a considérablement progressé : plus de 8 patients sur 10 en 2007 (84%). Le diabète représente la deuxième pathologie de longue durée en terme de prévalence*. En 2001, on ne comptait que 77% d'ALD*.

Le traitement du diabète repose tout d'abord sur des mesures hygiéno-diététiques à mettre en place pendant 3 mois généralement. Si les résultats ne sont pas concluants, on y ajoute des thérapeutiques médicamenteuses. Actuellement, la politique de santé mise en place par l'HAS* est de frapper plus tôt et plus fort. L'important est de minimiser le nombre d'épisodes hyperglycémiques et donc de prévenir le risque de complications ultérieures.

Ainsi, la monothérapie perd du terrain : 47% des diabétiques en 2001 contre 42% en 2007. La bithérapie reste stable (27%). Mais la trithérapie progresse, de 6% à 8% des personnes. De plus, l'insuline est de plus en plus souvent associée aux antidiabétiques

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

oraux. Sa part dans les traitements diabétiques est passée de 6% en 2001 à 10% en 2007.

Les traitements s'intensifient mais on observe aussi une modification dans les choix thérapeutiques : les biguanides sont davantage prescrits aux dépens des sulfamides. En effet, la metformine est recommandée en première intention car elle possède en plus une action sur le surpoids et l'obésité.

Seuil de prescription	Stratégie thérapeutique	Objectif
HbA1c > 6 %	Etape 1 Mesures hygiéno-diététiques (MHD)	HbA1c < 6 %
Si malgré étape 1 HbA1c > 6% (à la phase précoce du diabète) Si malgré étape 1, HbA1c > 6,5%	Etape 2 MONOTHERAPIE+MHD : Metformine voire IAG MONOTHERAPIE au choix + MHD Metformine ou IAG ou SU ou Glinides	maintenir l'HbA1c < 6.5 %
Si malgré étape 2, HbA1c > 6.5 %	Etape 3 BITHÉRAPIE + MHD	ramener l'HbA1c < 6.5 %
Si malgré étape 3, HbA1c > 7 %	Etape 4 TRITHÉRAPIE + MHD ou INSULINE ± ADO + MHD	ramener l'HbA1c < 7 %
Si malgré étape 4, HbA1c > 8 %	INSULINE ± ADO + MHD Etape 5 INSULINE FRACTIONNÉE + MHD	ramener l'HbA1c < 7 %

ADO = antidiabétiques oraux IAG = inhibiteurs des alpha-glucosidases, SU = sulfamides hypoglycémisants, insuline + ADO = mise à l'insuline : intermédiaire ou lente le soir ; insuline fractionnée : > 1 injection / J soit 2 à 4 / J MHD = mesures hygiéno-diététiques

Figure 1 : Escalade thérapeutique dans le diabète de type 2¹

En 2005, le traitement « pur » du diabète représente un coût annuel par patient d'environ 312 € soit une augmentation de 32% par rapport à 2000.

A ce traitement s'ajoute celui des facteurs de risque cardiovasculaires. Il équivaut à environ 448 € par an. Au final, le traitement médicamenteux d'un diabétique s'élève à 760€ par an.

Ainsi, en 2005, l'Assurance Maladie a déboursé 1,8 milliards d'euros soit deux fois plus qu'en 2000 pour cette pathologie !

La prise en charge d'un diabétique est pluridisciplinaire. En l'absence de complication, on l'estime à 1772 € par an. Mais s'il y a des complications micro et

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

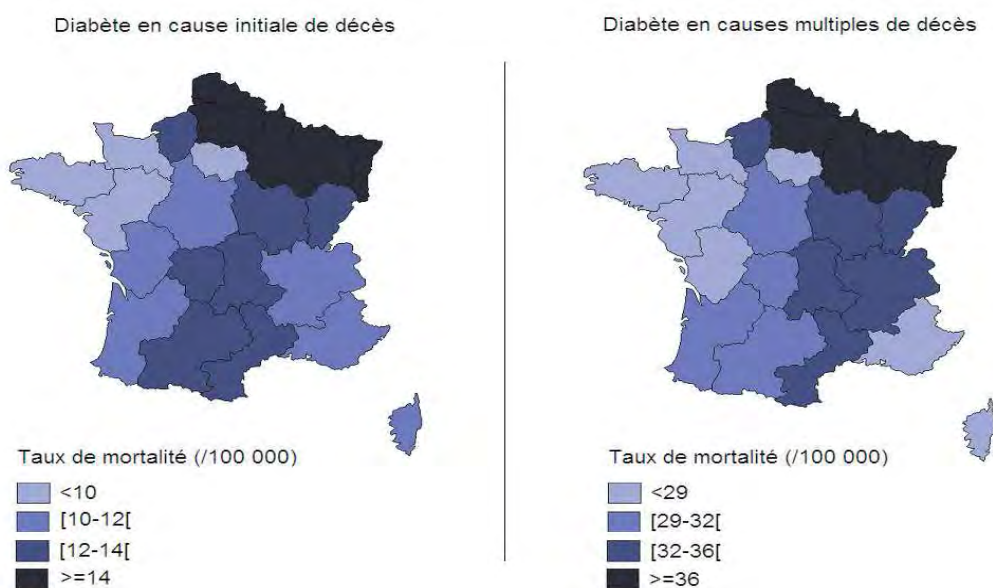
macrovasculaires, ce chiffre est multiplié par 4 soit environ 6417 € ! Or, le diabète est une maladie que l'on ne remarque pas car il ne fait « pas mal ». Ce qui est encore plus insidieux dans la prise en charge de cette pathologie car, en général, lorsque les patients se savent atteints de diabète, les lésions provoquées par celui-ci sont déjà existantes.

I.3. Mortalité* ^{39, 54, 65}

Le diabète est une maladie potentiellement mortelle, un tueur silencieux !

Pour la France, le taux annuel de décès en 2005 était de 2,3%, avec un âge moyen de 75,2 ans (79,6 ans dans la population générale). On dénombre 10 000 décès ayant pour cause initiale le diabète chaque année. A ce nombre, il faut ajouter les décès suite aux complications. Il est aussi à noter les amputations, les séquelles qui entravent la qualité de vie des diabétiques.

Une étude menée, en 2002, en France métropolitaine, permet de constater l'impact du diabète sur la mortalité* globale en fonction des régions. Ainsi, on remarque nettement que l'Est et le Nord de la France sont davantage touchés que les autres régions.



Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

Figure 2 : Taux standardisés de mortalité* liée au diabète, par région de résidence, France métropolitaine, années 2000-2002.⁴⁵

L'OMS* estime pour l'an 2000 à 3,2 millions le nombre de décès suite au diabète dans le monde. Ainsi, 1 décès sur 20 serait imputable au diabète,

- soit 8700 décès par jour,
- soit 6 décès par minute !

Au moins 1 décès d'adulte de 35-64 ans sur 10 serait dû au diabète. Et $\frac{3}{4}$ des décès de diabétiques âgés de moins de 35 ans sont dus à leur pathologie.

L'OMS* estime que le diabète est la 4^{ème} ou 5^{ème} cause de mortalité* dans la plupart des pays développés. Le diabète ne touche pas que les pays riches, les pays développés mais il s'étend aussi actuellement aux pays pauvres ou nouvellement industrialisés.

I.4. Prédictions pour l'avenir⁵⁷

L'institut national de la santé (InVS*) estime qu'en 2016, en France, il y aura 2,8 millions de diabétiques soit une prévalence* de 4,5%.

Les raisons de cette estimation sont de plusieurs ordres :

- *Conditions de vie* : l'obésité progresse dangereusement. La sédentarité est plus fréquente. Les loisirs s'orientent davantage vers les jeux vidéos, l'informatique et délaissent les jeux extérieurs. Les tendances alimentaires chez les jeunes sont au fast food, aux plats cuisinés ce qui entraînent une majoration des apports caloriques. L'esprit d'appartenance à un groupe est primordial. Le cercle est vicieux : par ses habitudes alimentaires, l'enfant prend du poids, se dépense peu, et se sent plus ou moins exclu du groupe face à ce surpoids ou obésité qui ne rentre plus dans la « norme » actuelle. Par conséquent, l'enfant se réfugie souvent dans l'excès alimentaire pour compenser ce rejet... et par là s'ensuivent les complications... L'adulte, par contre, aime bien manger. Suites aux contraintes professionnelles, il accorde peu de temps à la confection des repas, au repas lui-même. La rapidité l'emporte sur la qualité !
- *Facteurs démographiques* : on observe un vieillissement de la population depuis

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

quelques années, un allongement de l'espérance de vie. On soigne mieux, on vit plus longtemps mais le revers de la médaille n'est pas loin : certaines pathologies se développent (diabète, cancers, ...). De plus, la génération du baby boom arrive dans les classes d'âge à risque. Il est donc logique que le nombre de diabétiques s'accroisse mais là n'est pas la seule explication.

- En France, *le dépistage du diabète* s'est accru. La valeur seuil de la glycémie à jeun est passée, en 1999, de 1,40 g/l à 1,26 g/l d'où l'augmentation de la prévalence*. En effet, des personnes précédemment diagnostiquées « pré-diabétiques » sont devenues diabétiques.

En 2016, l'InVS* estime que 47% des cas de diabète seraient directement imputables à l'accroissement de l'obésité d'où les nombreuses campagnes pour vaincre l'obésité, la sédentarité, ... La France suivrait-elle l'exemple américain ?

II. Besoins de prise en charge --> Réponses

II.1. Recommandations ^{1, 2, 5}

Le diabète est responsable de nombreuses complications qui induisent des charges sociales et financières. Afin de les minimiser, les services de santé mettent en place une lutte contre le diabète. Un programme national d'action concernant le diabète a été mis en place de 2002 à 2005. Il s'articulait autour de 5 thématiques : la prévention, le dépistage, la qualité et l'organisation des soins, le suivi épidémiologique et l'éducation thérapeutique. Une nouvelle étude Entred vient de commencer début octobre 2007 et s'étendra jusqu'en 2010. Faisant suite, à l'étude de 2001-2003, elle a pour but d'approfondir les connaissances sur l'état de santé des diabétiques, leur qualité de vie, leur prise en charge médicale.

a. Qui est diabétique ?

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

Avant de traiter le diabète, faut-il encore savoir à partir de quelles valeurs définit-on un sujet diabétique.

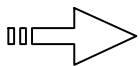
Selon l'Afssaps*, on considère, comme **diabétique**, une personne présentant à 2 reprises :

- une glycémie à jeun (depuis au moins 8 heures de jeûne) > 1,26 g/l (7 mmol/l)
- ou une glycémie 2 heures après une charge orale de 75 g de glucose > 2g/l (11 mmol/l)

Une personne n'aura **pas d'anomalie de la glycémie** si sa glycémie à jeun est inférieure à 1,10 g/l soit 6,1 mmol/l.

On considère comme ayant une glycorégulation anormale :

- ◇ les sujets ayant une hyperglycémie modérée à jeun : glycémie à jeun > 1,10 g/l et < 1,26 g/l
- ◇ les sujets ayant une intolérance au glucose :
 - glycémie à jeun < 1,26 g/l
 - glycémie 2 heures après prise de 75 g de glucose entre 1,40 et 2 g/l.



L'Afssaps* a publié en novembre 2006 : « Les recommandations de bonne pratique ».

b. Les mesures hygiénodiététiques ¹⁴

Il est important que le diabétique respecte quelques **mesures hygiénodiététiques**, qu'il pratique une activité physique et si besoin qu'il perde du poids. Première base du traitement, ces mesures doivent être poursuivies lors de l'instauration du traitement médicamenteux sous peine de voir ce dernier inefficace.

L'alimentation doit être équilibrée. Les glucides doivent représenter 55% de la ration calorique et les lipides 30 à 35%. De plus, le diabétique doit choisir les glucides qui lui permettront de réguler sa glycémie. Il doit donc connaître les équivalences glucidiques. On lui recommande aussi de privilégier les acides gras mono et polyinsaturés. Mais pour bien suivre ce « régime » alimentaire, il faut savoir où les trouver. Pour aider le patient à adapter son alimentation, l'aide d'une diététicienne est souvent nécessaire.

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

Les autorités recommandent **une activité physique d'environ 30 minutes par jour**. Le point essentiel étant la régularité, il est primordial d'adapter le type d'exercice aux capacités de la personne :

- *sur le plan médical* : problèmes articulaires, cardiovasculaires, respiratoires, ...
- *sur le plan psychologique* : mésestime de soi, regard des autres, ...
- *sur le plan social* : il faut opter pour des activités qui s'intègrent facilement dans le quotidien.
- *le manque de motivation* : pratiquer des activités plaisantes, adaptées aux envies et aux besoins.

La mise en place des activités doit se faire progressivement. Il est recommandé d'augmenter la durée et l'intensité de pratique au rythme de la personne.

Aucun sport n'est formellement contre-indiqué à condition que la personne diabétique sache parfaitement gérer ses glycémies. Mais les sports d'endurance (natation, jogging, marche, ...) sont préférables aux sports de résistance (rugby, boxe, ...).

Dans la vie quotidienne, l'atteinte de l'objectif « 30 minutes d'exercice quotidien » peut être obtenu par l'addition de diverses petites activités :

- emprunter les escaliers au lieu de l'ascenseur,
- effectuer des trajets à pied ou à vélo au lieu de prendre le bus,
- faire du jardinage, laver sa voiture soi-même,
- promener le chien plus longtemps, en le suivant au lieu de l'attendre, ...

A la découverte du diabète, un certain nombre de patients présentent un surpoids ($25 \leq \text{IMC}^* < 30$), voire une obésité ($\text{IMC}^* > 30$). Des études ont démontré qu'une **perte de 5 à 10% du poids** s'accompagne généralement d'une nette amélioration de l'état de santé à de multiples niveaux : métabolique, tensionnel, endocrinien fonctionnel, respiratoire.

Ces diverses mesures vont entraîner des modifications dans la vie quotidienne du patient mais aussi dans celle de sa famille. Il est important de les personnaliser afin qu'elles s'intègrent le mieux possible dans son quotidien.

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

L'éducation du diabétique n'est pas un événement ponctuel. Son état de santé, son besoin de soutien vont évoluer dans le temps d'où des adaptations à prendre en compte.

c. L'hypertension artérielle ^{1, 5}

L'hypertension artérielle favorise la survenue d'atteinte coronaire et de microangiopathie. Elle aggrave la néphropathie, la rétinopathie mais aussi la cardiopathie diabétique.

L'hypertension artérielle est fréquente chez les diabétiques. En 2005, 73,8% des patients traités par des antidiabétiques oraux et/ou insuline recevaient aussi un traitement antihypertenseur !

Encore ici, des mesures annexes doivent être mise en place : éviter la surconsommation de sel, les plats pré-cuisinés, les conserves, certaines eaux minérales, ... et faire une activité physique.

Dans la population générale, est reconnue comme hypertendu, une personne ayant une tension > 140/90 mmHg. Chez les patients diabétiques, l'Afssaps* recommande **une tension artérielle < 130/80 mmHg**.

Depuis la publication des recommandations de l'Afssaps*, les prescriptions d'antihypertenseurs chez le diabétique ont progressé. Parmi les molécules existantes, les diurétiques thiazidiques représentaient, en 2007, 30% des prescriptions contre 22% en 2001. La part des traitements par inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) ou antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA 2) est passée de 44% en 2001 à 57% en 2007.

Service fourni par les officinaux, toute personne peut se présenter et demander à ce qu'on lui prenne la tension gratuitement. Le pharmacien pourra ainsi orienter le patient vers le médecin si les chiffres sont élevés et que le patient ressent des symptômes (maux de tête, épistaxis, ...). Mais attention au syndrome « blouse blanche » qui augmente à tort la tension !

d. Les dyslipidémies ^{1, 5, 62}

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

La présence d'une dyslipidémie chez le diabétique majore le risque cardiovasculaire car le risque d'athérosclérose est majoré. Selon le niveau de risque cardiovasculaire, l'objectif cible LDL-Cholestérol sera différent :

- < 1,9 g/l pour les patients n'ayant pas d'autres facteurs de risque, ne présentant pas de microangiopathie, et dont le diabète évolue depuis moins de 5 ans.
- < 1,6 g/l s'il y a plus d'un facteur de risque additionnel.
- < 1,3 g/l si le patient présente au moins deux facteurs de risque et si le diabète évolue depuis au moins 10 ans.
- < 1g/l chez les patients en prévention secondaire ou à atteinte équivalente (atteinte rénale ou diabète de plus de 10 ans avec au moins deux facteurs de risque additionnels).

55% des diabétiques étaient sous hypolipémiants en 2007 dont 44% sous statines (en 2000, 43% de personnes sous hypolipémiants et 24% sous statines). Ces médicaments ont de réels effets à condition d'adapter l'alimentation en parallèle.

Il est recommandé de faire **un bilan lipidique à jeun (LDL, HDL, triglycérides et cholestérol total) 1 fois par an.**

Le dosage des lipides (tout confondu) a progressé de 63% en 2001 à 72% en 2007. De plus, 68% des diabétiques ont subi un dosage du LDL-Cholestérol. Les pratiques évoluent.

e. Les recommandations au niveau cardiovasculaire^{5, 62}

L'état diabétique induit des modifications au niveau de la résistance de la paroi artérielle, de son comportement vis-à-vis de certaines lipoprotéines et des mécanismes de la coagulation sanguine. Tous ces processus favorisent la survenue de la plaque d'athérome.

Le diabète induit donc un risque majoré d'accidents vasculaires cérébraux, d'infarctus du myocarde. On estime que ce risque est 2 à 4 fois plus important chez les diabétiques que dans la population générale. Les experts préconisent donc, en prévention, l'administration de faibles doses d'aspirine. Mais, en 2005, seuls 32% des diabétiques étaient sous antiagrégants plaquettaires dont 26% sous aspirine à faible dosage. En 2007,

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

39% des patients suivent un traitement anticoagulant pour éviter les complications cardiovasculaires. Parmi ces patients, 32% sont sous antiagrégants plaquettaires.

Afin de prévenir ces complications, **un ECG* de repos est recommandé 1 fois par an**. En 2007, 34% des personnes l'ont effectué contre 30% en 2001.

De nombreux facteurs de risque interviennent en surplus du diabète : le tabagisme, l'hypertension artérielle, la sédentarité, les hyperdyslipidémies, l'obésité.

f. L'œil ^{57, 58, 60, 62}

Le diabète peut aussi avoir des répercussions au niveau de l'œil. En effet, si la tension artérielle et la glycémie sont mal contrôlées sur une longue période, le glucose va pénétrer dans les parois des vaisseaux de la rétine. La rétinopathie diabétique survient après 5 à 7 ans d'évolution de la maladie diabétique.

Il est indispensable pour le diabétique de **consulter un ophtalmologue une fois par an** afin de réaliser un fond d'œil après dilatation pupillaire et une étude du réseau vasculaire par angiographie rétinienne à la fluorescéine. En 2001, seuls 43% des diabétiques ont subi au moins une consultation ophtalmologique. Les recommandations ont eu peu d'impact dans ce domaine, puisqu'en 2007, seulement 45% des personnes en ont bénéficié.

Selon les cas, un traitement curatif est possible : il s'agit de la photocoagulation par le laser. Les zones rétinienues pathologiques sont ainsi détruites. Le traitement préventif reste l'équilibre glycémique et tensionnel.

Dans les pays occidentaux, la rétinopathie est la 1^{ère} cause de cécité chez les moins de 50 ans. En France, en 2001, 68 000 diabétiques ont perdu la vue d'un oeil et 290 000 personnes ont subi un traitement par laser.

g. L'arrêt du tabac ¹

Le tabagisme entraîne une altération des artères au même titre que le diabète. Il est donc essentiel pour le diabétique d'arrêter de fumer afin de retarder le risque d'apparition

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

de complications vasculaires. De plus, il n'est pas négligeable de rappeler que, même en l'absence de diabète, fumer nuit à la santé.

L'arrêt du tabac est fortement conseillé sauf si celui-ci entraîne des souffrances physiques et/ou psychiques.

Cette démarche est souvent évoquée par le patient, avec le pharmacien, suite à une réelle motivation de sa part ou à l'insistance de son entourage. L'officinal est plus disponible, plus réceptif que le médecin. Le sevrage tabagique est depuis déjà longtemps l'une des tâches de l'officinal. Gommages, patches, pastilles, ..., le pharmacien saura conseiller, suivant les dépendances du patient, la meilleure méthode d'arrêt. Il donnera également les conseils annexes pour optimiser les chances de réussite : s'occuper l'esprit par la pratique d'un sport, laver la voiture pour enlever toute odeur de cigarettes, éviter les endroits enfumés, ...

h. Le pied du diabétique ^{57, 58, 60}

Le pied du diabétique est un pied vulnérable, à surveiller ! Le risque d'amputation du membre inférieur est 15 fois plus important chez les diabétiques que chez les non diabétiques !

Le diabète exerce un effet délétère au niveau des nerfs périphériques et/ou de la circulation artérielle des membres inférieurs. Par conséquent, le diabétique est plus sujet aux infections. On évoque fréquemment la triade : neuropathie – artériopathie – infections. On constate une diminution de la sensibilité et une perte de réflexes des membres inférieurs. En 2001, on a dénombré 120 000 cas de maux perforants et 30 000 amputations.

L'Anaes* recommande **un dépistage annuel du risque podologique** : état cutané, neuropathie sensitive, mais... en pratique, seuls 85 % des médecins effectuent l'examen des pieds. 57% des médecins déclarent effectuer le test au monofilament mais seuls 20% des patients le déclarent. 31% des diabétiques consultent un podologue au moins une fois par an.

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

Pour les patients présentant des lésions de grade 2 et 3, on préconise un suivi podologique tous les deux mois (1 évaluation podologique et 5 séances de soins) par un podologue formé.

Certains conseils pratiques doivent être connus des diabétiques :

- Ne pas marcher pieds nus, porter des chaussures confortables.
Acheter de nouvelles chaussures de préférence l'après-midi ou en fin de journée (pieds souvent enflés) et les porter graduellement (une heure la première journée, deux heures le second jour, ...).
 - Inspecter ses pieds tous les jours, utiliser un miroir ou l'aide d'une tierce personne si nécessaire. Signaler toute lésion suspecte.
 - Ne pas traumatiser ses pieds : pas d'instruments tranchants, pas de coricides.
 - Limer et non couper ses ongles.
 - Laver ses pieds tous les jours à l'eau tiède et au savon, bien les sécher notamment entre les orteils.
- Utiliser une crème hydratante si besoin.

i. La néphropathie ^{5, 60, 62}

Les problèmes rénaux concernent beaucoup de diabétiques. 10 à 25% des diabétiques de type 2 présentent déjà lors du diagnostic une microalbuminurie et une hypertension. Ceci étant dû aux périodes d'hyperglycémies asymptomatiques.

Le glucose interagit avec les groupements amines des protéines pour former des produits de glycation (ex : hémoglobine glyquée, protéine utilisée dans le suivi du diabétique). Ces protéines modifiées augmentent la perméabilité capillaire et diminuent la vitesse de catabolisme. Les produits de glycation simples sont réversibles si l'hyperglycémie est transitoire. Mais une hyperglycémie soutenue aboutit à des produits terminaux de glycation irréversibles. Dans ce cas, les protéines interagissent avec des récepteurs cellulaires notamment les macrophages qui libèrent des cytokines et autres substances. Ces dernières favorisent la fibrose et le remodelage du parenchyme rénal.

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

On constate précocement une vasodilatation rénale à l'origine d'une augmentation du débit de filtration glomérulaire (DFG). 18% des diabétiques de type 2 ont un DFG < 60 mL/min/1,73m² ce qui signifie la présence d'une insuffisance rénale chronique. En France, 30% des cas d'insuffisance rénale seraient dus au diabète.

15% des patients admis en dialyse souffrent de diabète mais avec une grande disparité interrégionale. En effet, en Alsace, le diabète représente 35 à 40% de toutes les causes de mise en dialyse.

On peut aussi noter que plus des 2/3 des dialysés diabétiques sont de type 2.

La dialyse et la greffe ont touché 10 000 nouveaux diabétiques en 2001. L'incidence* de la mise en dialyse augmente chaque année de 10 à 15%. Cette hausse peut s'expliquer par l'augmentation du nombre de diabétiques de type 2 à cause du vieillissement de la population mais aussi des conditions de vie (sédentarité, obésité, fast-food, ...).

L'Anaes* recommande **un bilan rénal annuel** comprenant un dosage de la créatininémie et le calcul de la clairance selon la formule de Cockcroft. La surveillance de la fonction rénale est assez bien contrôlée et continue à progresser : de 71% en 2001 à 80% en 2007. Il en va de même pour le dosage de l'albuminurie (18% en 2001 contre 26% en 2007).

Dosage non spécifique de la fonction rénale, l'**hémoglobine glyquée** (HbA1c) permet la surveillance de l'équilibre glycémique chez les diabétiques. Actuellement, on recommande un taux inférieur à 6% au début de la maladie. Ce dosage doit s'effectuer **tous les 3 à 4 mois**, il reflète la glycémie moyenne des 3 derniers mois. En pratique, les 3 dosages annuels ne s'observent que dans 39% des cas en 2007 (30% en 2001). 66% des personnes ont eu au moins 2 dosages (53% en 2001). Néanmoins, malgré les recommandations, encore 13% des personnes n'ont fait aucun dosage en 2007.

j. L'impuissance masculine ^{42, 55}

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

Les officinaux ne sont pas toujours à l'aise sur les questions sexuelles mais les réticences s'observent des deux côtés : « pas envie de parler de ma vie intime à mon pharmacien que je peux croiser chez le boulanger », ...

Cependant ce sujet n'est pas à prendre à la légère. Le diabète est la première cause organique des troubles de l'érection. Sans relation avec le degré d'avancée du diabète, l'impuissance masculine le serait davantage avec l'âge du patient. Ainsi, 1 diabétique sur 3 entre 20 et 60 ans en souffrirait et 1 patient sur 2 pour la classe des 50-60 ans.

Ces troubles peuvent refléter un mauvais équilibre glycémique ou un « mal vivre » de la maladie car ils ont souvent pour origine une cause psychologique.

La pharmacie est un lieu public, de santé où tous les sujets devraient être traités sans gêne. Les questions posées par un officinal n'ont pas de visée inquisitrice mais ont pour but le bon usage, l'observance et l'information.

Il est important que le pharmacien oublie ses opinions personnelles et se comporte comme un professionnel : dépasser ses aspects personnels pour répondre aux souffrances du patient. Il doit mettre le patient à l'aise. Pour cela, le pharmacien doit utiliser les mêmes termes que le patient. Il doit être réceptif aux dires des clients, humaniser le discours médical.

La pharmacie est un lieu d'information, certaines personnes n'ont pas d'autres endroits pour s'informer sur les sujets intimes. Il est important que le pharmacien fasse preuve de diplomatie dans ce domaine.

II.2. L'éducation thérapeutique du patient ^{19, 25}

En France, 33% de la population estime que pour améliorer l'état de santé de la population, les actions et programmes de santé devraient être plus présents.

L'officinal est un acteur majeur du dépistage et de la prévention comme le montre le sondage UDF/Opinion way :

A la question : « Comment voyez-vous l'avenir du pharmacien dans le système de santé ? », les réponses sont :

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

* à 95%, implication du pharmacien dans des missions de prévention et d'éducation pour la santé,

* à 97%, le pharmacien serait un vecteur de la mise en œuvre de politique de prévention et d'éducation pour la santé.

La prévention préoccupe beaucoup. De nombreuses personnes s'investissent pour sensibiliser le public et l'inviter à être vigilant. Mais une fois le diabète diagnostiqué, il est important de suivre le patient, de lui fournir toutes les informations nécessaires à l'apprentissage de son traitement. Le patient doit essayer de devenir son propre diabétologue ! Il est capital que ce dernier s'investisse dans son traitement et modifie son quotidien pour optimiser l'efficacité des médicaments.

a. Le patient ^{24, 25}

Le patient n'est pas qu'une ordonnance. Pour permettre une bonne observance du traitement, il est indispensable de considérer le patient dans sa globalité :

- son attitude, son comportement,
- ses émotions, ses connaissances,
- ses croyances.
- son raisonnement,
- ses convictions, ses sentiments,

Son environnement, son niveau socioculturel, sa religion vont influencer le traitement, mais aussi le stress, son hygiène de vie, son travail.

Tout doit être pris en compte : « Un patient, une approche ». Il faut aller plus loin que la validation « technique » de l'ordonnance.

Afin d'en savoir plus sur le patient, il est possible de le laisser parler, l'entretien sera donc dit « non directif ». Mais il est aussi envisageable, par manque de temps, face à certains patients trop bavards ou trop discrets, d'être directif ou de nuancer les deux approches. Le mode « directif » permet d'obtenir des réponses plus précises.

L'important est de pouvoir répondre à ces quelques questions :

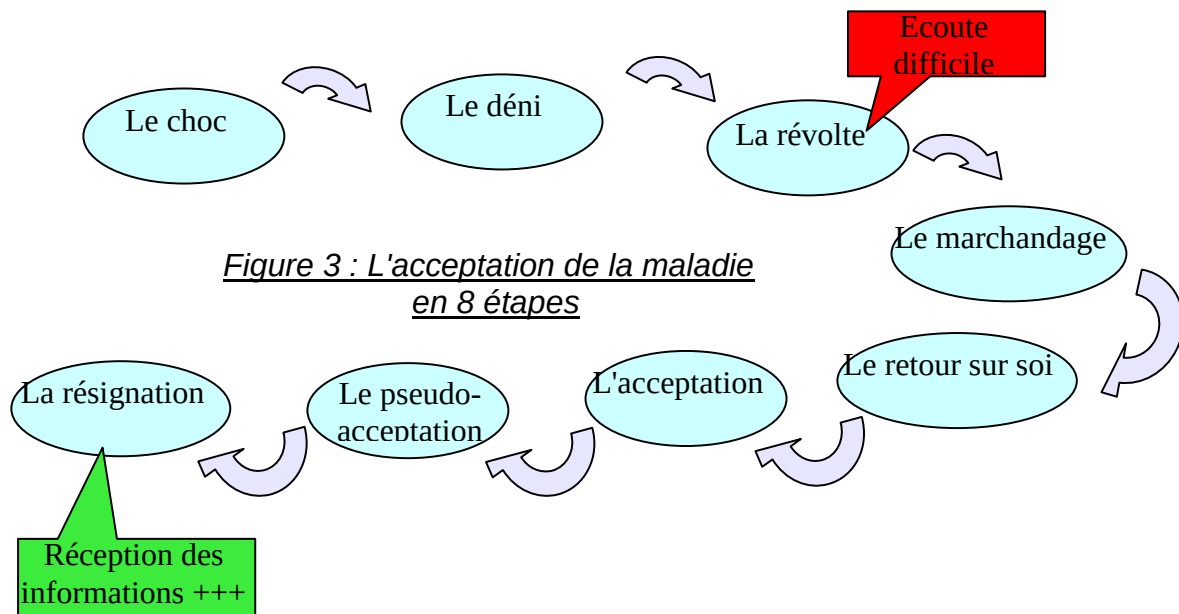
- Qui est-il ? Son environnement, sa catégorie socio-professionnelle, le contexte

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

physiopathologique (chronicité ?, degré d'acceptation de la maladie),

- Que croit-il ? Que sait-il ? Que croit-il savoir ?,
- Que fait-il ? Ses pratiques ? Accède-t-il à une forme de compétence ?,
- Comment utilise-t-il ses connaissances ? Les met-il en application ?, restent-elles théoriques ?, ont-elles une influence sur son comportement ?.

L'acceptation d'une maladie n'est pas facile. Le patient passe par différents stades, référencés ci-dessous :



A chaque stade, le patient doit pouvoir bénéficier d'une écoute, de conseils. Étant une pathologie silencieuse, il est d'autant plus difficile de faire comprendre au patient que le bon suivi du traitement est capital pour son bien-être.

b. Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique ? ^{16, 23, 24, 50}

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

On entend souvent parler d'éducation thérapeutique mais que signifie concrètement ce terme ?

Selon l'OMS* (1996), « l'éducation thérapeutique a pour objectif de former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie. L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux.

L'éducation thérapeutique du patient comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement. La formation doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants ».

L'éducation thérapeutique est un domaine qui doit être structuré, qui s'inscrit dans la durée. Elle doit donner au patient les moyens d'être acteur du suivi de sa maladie.

En ville, l'éducation thérapeutique est essentiellement représentée par les associations (maisons du diabète, réseaux, associations de patients) et par le secteur privé (industrie pharmaceutique). Le diabète et l'asthme sont les domaines les plus couramment rencontrés.

Actuellement, l'éducation thérapeutique du patient est assez diversifiée mais manque de coordination. Le mode de financement n'est pas adapté. Les programmes développés sont hétérogènes et ne suivent pas forcément un programme de qualité. Seule une faible proportion de patients chroniques y ont accès.

Les autorités souhaitent grandement développer l'éducation thérapeutique.

Dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique de Lorraine, l'Assurance Maladie a pour tâche le pilotage de l'axe « Dépistage et prise en charge des maladies chroniques ».

Le plan d'action a 3 objectifs :

- Réaliser un maillage territorial de points d'information de proximité du malade chronique, d'accueil, d'écoute et d'orientation.
- Permettre au plus grand nombre de malades chroniques d'accéder à un programme d'éducation thérapeutique.
- Créer un centre régional de ressources en éducation thérapeutique.

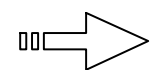
Liste non exhaustive des compétences nécessaires aux professionnels de santé pour mettre en œuvre l'éducation thérapeutique du patient de manière multidisciplinaire :

Compétences relationnelles : *Communiquer de manière empathique, recourir à l'écoute active, choisir des mots adaptés, reconnaître les ressources et les difficultés d'apprentissage, permettre au patient de prendre une place plus active au niveau des décisions qui concernent sa santé, ses soins personnels et ses apprentissages. Soutenir la motivation du patient, tout au long de la prise en charge de la maladie chronique.*

Compétences pédagogiques et d'animation : *Choisir et utiliser de manière adéquate des techniques et des outils pédagogiques qui facilitent et soutiennent l'acquisition de compétences d'autosoins et d'adaptation, prendre en compte les besoins et la diversité des patients lors des séances d'ETP*.*

Compétences méthodologiques et organisationnelles : *Planifier les étapes de la démarche d'ETP* (conception et organisation d'un programme individuel d'ETP* négocié avec le patient, mise en œuvre et évaluation), recourir à des modalités de coordination, des actions entre les services et les professionnels de santé, de manière continue et dans la durée.*

Compétences biomédicales et de soins : *Avoir une connaissance de la maladie chronique et de la stratégie de prise en charge thérapeutique concernées par le programme d'ETP,* reconnaître les troubles psychiques, les situations de vulnérabilité psychologique et sociale.*



De nombreuses structures ont pris naissance pour faciliter l'adaptation des diabétiques.

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

c. Les Maisons ^{63, 64}

La première Maison du Diabète a été créée en 1987 à Marcq-en-Baroeul (59) par Lucien HANICOTTE, ingénieur retraité et diabétique, sous le modèle associatif de la loi de 1901. Son objectif est de fournir aux patients une prise en charge globale de leur santé en s'appuyant sur l'éducation et l'information. Trois thématiques ont donc été retenues : le diabète, l'obésité et le risque cardiovasculaire.

Depuis, de nombreuses Maisons du Diabète ont pris naissance en France, au Luxembourg et en Belgique. Actuellement, on en dénombre 19 françaises.

Le concept de Maison du Diabète est reconnu des plus hautes instances médicales et des organismes de santé. Il est préconisé mots pour mots, actions par actions, dans le rapport du Haut Comité de la Santé Publique 1998 et dans les annales d'endocrinologie.

Les Maisons du Diabète sont des associations fondées sur le modèle de la loi de 1901, à but non lucratif. Il faut les différencier des associations de diabétiques, des centres médicaux, des centres de soins et des centres de vente.

Une maison du diabète est avant tout un centre d'accueil pour les diabétiques mais aussi pour leur entourage.

d. Les Réseaux ^{10, 25, 63}

Un réseau de santé est une collaboration de professionnels de santé de disciplines différentes : médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, ... au sein d'une zone géographique sur la base du volontariat. Le réseau se focalise :

- soit autour d'une pathologie : les cancers, le SIDA, le diabète, la sclérose en plaques, ...,
- soit sur une population (les personnes âgées dépendantes, le handicap, la toxicomanie et l'addiction, ...),
- ou sur un espace géographique (une ville, un pays).

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

Leur objectif est d'assurer une meilleure prise en charge. Ainsi, les participants s'engagent à favoriser l'accès aux soins, leur coordination et leur continuité. Ils s'engagent à assumer des tâches bien définies et à se coordonner pour mener à bien leur projet. En pratique, on constate un gain de temps et d'effectif. En effet, par la collaboration, les informations relatives aux patients diffusent entre les professionnels de santé évitant ainsi, par exemple, la réalisation d'examens en double. Les échanges sont favorisés, les différents membres établissent un dossier médical commun. De plus, les réseaux procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations mais aussi pour démontrer que leurs actions sont réellement tournées vers un projet médical, but de la création du réseau. Il faut continuellement prouver le bien fondé de ces structures.

Les soins prodigués suivent un schéma de financement distinct de celui de la Sécurité Sociale. Un réseau peut aider des personnes en précarité, ayant non accès aux soins, étant non ou mal soignées. Par l'adhésion à un réseau, les démarches à effectuer peuvent être dirigées et donc rendues moins difficiles.

Un réseau c'est : - Mettre en commun,
- Faire du lien,
- Répondre aux besoins,
- Répondre à certains critères de qualité.

e. La Maison du Diabète et de la Nutrition (MDN*) de Nancy et 54

La Maison du Diabète et de la Nutrition de Nancy a été créée en 2004. Il s'agit d'un lieu d'accueil conçu pour les patients diabétiques de type 2 mais aussi pour les enfants souffrant de surpoids ou d'obésité ou sujets à le devenir. Mais elle accueille également le grand public.

Dans cette thèse, nous n'évoquerons que la facette de la MDN* dédiée au diabète.

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

Δ. Objectifs définis par la MDN*

Ses missions peuvent se résumer en 4 mots :

Informar, Éduquer, Former et Aider.

Le but principal de la MDN* est d'offrir, aux sujets à risque, une prise en charge conforme aux recommandations nationales ou internationales. Tout praticien adhérent à la MDN* s'engage à respecter ces recommandations.

Les actions d'information ou d'éducation sont réalisées après demande du médecin traitant sous la forme d'ateliers en petits groupes. Travailler en groupes permet de créer une aire de convivialité, de discuter plus librement. Les sujets évoqués peuvent concerner plusieurs personnes et permettre aux personnes plus réservées de s'impliquer. De plus, cela permet de partager son vécu avec des personnes dans la même situation, de trouver ensemble des solutions aux différentes contraintes rencontrées.

Les thèmes abordés sont l'alimentation, l'activité physique, la connaissance des pathologies concernées et leurs complications. Mais il est également question des principes des traitements, des aspects techniques du traitement (autosurveillance glycémique) ou de la mise en place d'une insulinothérapie.

Le réseau organise la circulation des informations, l'évaluation des actions, la formation des professionnels de santé.

Des actions de promotion de la santé sont aussi effectuées en milieu scolaire et professionnel.

Δ. Moyens mis en œuvre

L'objectif principal de cette structure est d'apporter aux diabétiques une prise en charge complémentaire de leur pathologie.

Pour cela, la MDN* organise, au sein de ses locaux, des actions d'éducation thérapeutique en groupe (8 personnes) effectuées par des professionnels de santé libéraux (infirmières, diététiciens, kinésithérapeutes, éducateurs sportifs, ...). De nombreux

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

ateliers sont proposés pour le diabétique de type 2 afin qu'il appréhende sa maladie et la combatte. On retrouve les thèmes suivants :

- *Généralités* : la connaissance de la pathologie, les complications, la prévention, la prise en charge.
- *Autosurveillance glycémique* : la technique, l'utilisation d'un carnet de suivi, ...
- *Diététique 1* : le poids, son lien avec le diabète.
- *Diététique 2* : la régularité glucidique. En effet, ce sont les pics de glycémie qui sont néfastes pour le diabétique, qui sont à l'origine des complications.
- *Diététique 3* : la protection cardiovasculaire. On dit trop souvent que les graisses sont mauvaises pour la santé. Or ceci est faux ! Il est important de différencier les bonnes des mauvaises graisses. En effet, il faut favoriser les graisses insaturées et éviter les graisses saturées. Mais où trouve-t-on les premières et où se cachent les secondes ? De plus, par exemple, ces séances peuvent sensibiliser aux bienfaits des oméga 3, aux effets néfastes de l'alcool sur la glycémie et le plan cardiovasculaire, ...
- *Activité physique 1* : les bienfaits, la mise en place de programmes personnalisés.
- *Activité physique 2*.

La loi de Santé Publique promeut la prévention des complications diabétiques. Celles d'ordre podologique sont fréquentes et d'évolution souvent grave. Les autorités recommandent pour les patients atteints de lésions du pied de grade 2 ou 3 un suivi podologique comprenant une évaluation et cinq séances de soins. Compte tenu du coût de ce projet et de l'état déficitaire de l'Assurance Maladie, cette prise en charge ne peut se réaliser qu'au sein des réseaux de santé diabète. Certains patients peuvent donc bénéficier, dans le système, de soins remboursés et gratuits de podologie. Ainsi la MDN* dispose d'un budget de 200 € par personne et d'un nombre de bénéficiaires limité à 50 pour une année.

Δ. Fonctionnement de la MDN* de Nancy

Le patient ne peut accéder à la Maison du Diabète que s'il y est envoyé par son médecin traitant. En effet, le médecin est le point de départ du système. Pour pouvoir faire

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

bénéficier le patient de cette structure, le médecin doit précédemment y adhérer lui-même (annexe 2).

Une fois inscrit, le médecin peut y envoyer ses patients diabétiques. Pour cela, il remplit « la fiche d'entrée » du patient. Il y indique le profil du patient et les ateliers qui lui semblent le plus bénéfique pour son patient. Il a le droit d'en proposer 3. Cette fiche est ensuite transmise au secrétariat de la MDN*.

Le patient se verra attribuer un carnet de bord lors de sa première visite. Personnalisé, il suivra le patient dans son avancée et permettra le lien entre les différents professionnels de santé.

Chaque atelier fait l'objet d'un coupon de validation en 3 feuillets : un pour l'éducateur, un pour la MDN* et un pour le carnet de bord permettant la traçabilité du parcours du patient.

Chaque année, le médecin reçoit une fiche de bilan à renvoyer à la MDN*. Cette fiche permet au généraliste d'effectuer un bilan de la maladie de son patient selon les recommandations de l'Anaes*. De plus, elle est utile pour le suivi et l'évaluation de l'efficacité du réseau.

Modalités pour le patient :

L'inscription est gratuite mais obligatoire. L'enregistrement des coordonnées du patient, de son numéro de Sécurité Sociale et de sa caisse d'affiliation permet la prise en charge du parcours.

De plus, le patient prend connaissance de ses droits et de ses engagements par la signature d'une charte (annexe 3). En effet, il dispose du droit d'interrompre, de suspendre à tout moment son parcours. Il a accès à toutes les activités à condition que son médecin traitant lui conseille. Par la charte, il devient membre du réseau et peut bénéficier des prestations proposées par celui-ci.

Δ. Ce que la MDN* ne fait pas

- Les maisons sont des structures offrant une aide supplémentaire dans la prise en charge du diabète et ne remplacent en rien d'autres structures préexistantes. Il s'agit de complémentarité.

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

- La MDN* n'effectue pas de consultation médicale au sein de ses locaux.
- Aucune décision thérapeutique individuelle ne peut être prise. La MDN* est un lieu d'échanges, d'information, de conseils. Toute modification se fera sous la directive du médecin traitant du patient.
- Les équipes hospitalières n'interviennent pas.
- Les pratiques médicales ne sont pas évaluées. Seules les actions effectuées par les membres du réseau sont tenues d'être conformes aux référentiels de bonnes pratiques. Le réseau promeut la formation de ses membres et leur évaluation. Tout est mis en œuvre pour assurer des soins de qualité.

Δ. Actualités

Structure ouverte à tous, la MDN* est donc un lieu d'accueil, de conseils, d'information. Après un peu plus de 3 ans d'activité, la MDN* de Nancy recense pour la Meurthe-et-Moselle :

670 adhérents
215 médecins
42 pharmaciens
147 enfants souffrant d'obésité
et aucun enfant diabétique de type 1.

III. Rôle du pharmacien dans la prise en charge des maladies métaboliques hormis les maisons du diabète

III.1. Le dépistage

a. Le dépistage du diabète de type 2 en Bourgogne ³⁷

La région Bourgogne a mis en place en octobre 2002 une campagne de dépistage du diabète. Devant la réussite de l'expérience (374 cas de glycémie élevée et 929 cas de

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

glycémie modérée sur plus de 24 000 personnes testées), le CROP* et l'URCAM* se sont associés pour renouveler la campagne.

Les pharmaciens ont été conviés à prendre place dans ce dépistage. La campagne a l'originalité de s'étendre sur 2 ans (septembre 2005 à 2007) et d'être financée par le FAQSV*.

240 pharmaciens ont ainsi été recensés. Pour y participer, ils doivent s'engager pour 2 ans en signant un contrat. Celui-ci stipule que les officinaux doivent suivre des formations et mettre à disposition des patients un certain nombre d'outils de dépistage et de supports d'information. De plus, ils doivent respecter les recommandations de l'HAS* et orienter les patients vers leur médecin traitant devant tout test anormal.

Le dépistage est ciblé c'est-à-dire qu'il concerne les personnes les plus à risque :

- personne de plus de 45 ans avec au moins un facteur de risque
- ou de moins de 45 ans avec deux facteurs de risque.

Si aucune anomalie n'est détectée, le patient est invité à renouveler le dépistage dans douze mois.

L'objectif de cette campagne est triple :

- diminuer le nombre de diabétiques méconnus, et donc pouvoir assurer une prise en charge plus précoce,
- informer la population susceptible de devenir diabétique pour prévenir l'entrée dans la maladie,
- générer un recueil d'informations systématique sur la population testée et évaluer l'impact de la campagne.

Les résultats de la campagne ne sont pas encore disponibles (mars 2008).

b. Les campagnes transfrontalières : Lorraine-Luxembourg^{4, 6, 7, 8}

Comme précédemment vu (cf I3), le diabète est davantage présent dans le Nord et l'Est de la France. Mais les chiffres sont également éloquentes au-delà de la frontière.

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

Organisées depuis 2005 dans le cadre de la constitution d'un réseau transfrontalier de diabétologie, les campagnes de dépistage du diabète se déroulent au mois de novembre, en Lorraine, dans la province du Luxembourg et au Grand-Duché de Luxembourg.

Financées par l'INTERREG, elles permettent de sensibiliser le public sur l'importance du dépistage de cette pathologie qui est souvent silencieuse donc source de complications. Le dépistage s'effectue librement sous la directive du pharmacien qui explique la façon d'opérer, ce dernier n'ayant pas le droit de piquer le patient. Devant tous résultats anormaux, le pharmacien dirigera le patient vers un médecin qui prescrira les tests adéquats au diagnostic. Ce test s'accompagne également d'un questionnaire relatif aux facteurs de risque de diabète et de maladies cardiovasculaires (activité physique, tabac, alcool, traitements médicamenteux, ...).

En France, ces campagnes s'effectuent seulement au sein des pharmacies mais au Luxembourg, les hôpitaux et les cliniques sont également mis à contribution.

Le dépistage permet d'augmenter la notoriété de la pharmacie, de fidéliser et d'élargir la clientèle, de créer des activités nouvelles, porteuses et de renforcer l'image de professionnel de santé des pharmaciens.

D'un autre côté, il faut organiser l'espace au sein de la pharmacie afin de pouvoir recevoir les patients dans un climat de confidentialité. Il est aussi nécessaire de coordonner l'action avec un autre professionnel de santé. Etre disponible est bien sûr fondamental, ainsi que se montrer pédagogue et patient.

En France, la presse et la télévision sont les principaux médias d'information. Des dépliants, la radio, internet, le bouche à oreille sont aussi utilisés mais plus modérément.

En 2006, 1% des personnes de plus de 45 ans, ayant effectuées le dépistage et ne se déclarant pas diabétiques, ont présenté une anomalie de glycémie à risque et 7% une hyperglycémie modérée.

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

En 2006, 524 personnes ont subi un dépistage en Lorraine contre 2114 en 2005 ! Cette baisse pourrait s'expliquer par une moindre participation des pharmaciens qu'en 2005.

Données concernant la campagne 2007 :

Pour l'année 2007, un deuxième questionnaire a été mis en place. Il concernait les Associations Régionales Lorraines du Diabète (ARLD) et s'adressait aux clients de quatre hypermarchés en Lorraine. Au final, 956 dossiers ont été traités en Lorraine et 1395 questionnaires ARLD ont été remplis.

Sur les 169 tests de glycémie effectués à jeun, 20 présentaient une anomalie soit 11,8% des tests et 13 un risque de diabète (soit 7,7%).

L'IMC* des participants étaient également calculés : sur les 833 calculs (dont 68 ne se prononcent pas) on retrouve : 275 IMC* compris entre 25 et 30 (= surpoids), 139 entre 30 et 40 (= obésité modérée ou sévère) et 8 sont supérieurs à 40 (= obésité massive). On peut donc observer que plus de la moitié des participants présentent un excès de poids.

III.2. L'éducation

a. Mutuelle ^{47, 49}

Suite à une surconsommation de médicaments coûtant très chère aux assureurs, certaines mutuelles expérimentent actuellement un « détournement » du circuit médical habituel.

Dans le cadre de leur contrat « Réflexe prévention santé », le Crédit Mutuel et la Mutuelle des Transports de la Région Lyonnaise (MTRL) ont mis en place « un bilan personnalisé ». Il s'agit d'une consultation effectuée par le pharmacien, tous les deux ans. Rémunéré à hauteur de 21 €, il est pris en charge par la complémentaire.

Le but est de faire profiter l'adhérent « des compétences et conseils du pharmacien pour mettre en œuvre de bons réflexes de prévention et d'hygiène de vie ». Durant cet entretien, le pharmacien questionne le patient sur ses vaccinations, ses traitements actuels, ses analyses. Il peut rechercher des facteurs de risque. A partir de là, le

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

pharmacien peut conseiller des médecines douces : homéopathie, phytothérapie, sevrage tabagique, séances chez un ostéopathe, ... ou bien diriger le patient vers un médecin.

Le Conseil de l'Ordre des Médecins (CNOM) et deux syndicats médecins dénoncent cette manœuvre. Ils craignent que le public voit en cette consultation une alternative à la consultation médicale. Quant à MG France, il accuse les pharmaciens de pratique illégale de la médecine.

Mais il est bon de rappeler que la prévention est du domaine public.

b. Le système d'accompagnement des diabétiques SOPHIA^{31, 52}

Présenté le 22 janvier 2008 par le CNAM*, ce système d'accompagnement permettrait d'améliorer la qualité de vie des patients diabétiques et de renforcer la prévention des complications en relayant l'action des médecins traitants. Un accompagnement téléphonique géré par des infirmières spécialisées sera mis en place. Aussi disponibles, un service en ligne et la parution d'un magazine trimestriel spécialisé permettraient de compléter la prise en charge des patients.

SOPHIA sera testé et évalué dès le mois de mars prochain et jusqu'en juin 2010 dans 10 départements (Alpes-Maritime, Ariège, Haute-Garonne, Gers, Loiret, Puy-de-Dôme, Hautes-Pyrénées, Sarthe, Seine-Saint-Denis et Tarn). Ce dispositif s'adresse à tous les patients diabétiques majeurs soit environ 136 000 personnes sur la base du volontariat et 6 000 médecins traitants. SOPHIA reviendrait à 10 millions d'euros par an, soit environ 10 € par patient et par mois.

Non impliqués dans ce système, les pharmaciens pourraient y trouver une place si l'étude donne satisfaction. Ce principe pourrait également être étendu à d'autres pathologies chroniques selon les résultats.

c. ADOST - Plan de prise²⁶

Depuis l'été dernier, une pharmacie d'Ille-et-Vilaine a mis en place un outil breveté pour faciliter l'observance* thérapeutique.

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

Pour améliorer le service médical rendu, l'officinal colle systématiquement des étiquettes sur les emballages des médicaments. Elles y indiquent la forme galénique, le moment de prise, la date de renouvellement.

De plus, le pharmacien remet au patient un plan de prise. Présenté sous la forme de feuillets « matin, midi, soir, coucher », il permet au patient de repérer facilement les médicaments à prendre à chaque moment de la journée. Les feuillets externes mentionnent entre autres le nom du patient, le médecin prescripteur et les modalités de l'ordonnance.

L'originalité de ce concept repose sur la présentation des informations. En effet, à chaque spécialité correspond une étiquette adhésive décrivant l'unité de prise du médicament, la quantité à absorber, les conditions et horaires de prise.

Philippe Mercier, fondateur de ce principe, souhaite apporter un maximum de précisions lors de la délivrance et non se contenter de marquer « 1 comprimé le matin ». Bien sûr ce système ne s'adresse pas à tout le monde mais cible davantage les personnes qui ont des troubles de mémorisation. Actuellement, l'expérimentation compte une trentaine de patients. L'édition du plan de prise demande une vingtaine de minutes : bien analyser l'ordonnance et l'historique du patient, imprimer.

Philippe Mercier et toute son équipe en retirent une réelle valeur ajoutée, ils se sentent valorisés dans leur travail de dispensation, réaffirment leur expertise sur le médicament.

Philippe Mercier souhaiterait en faire bénéficier ses confrères. Actuellement en présentation à l'Ordre, il est difficile de déterminer le statut de cette action : acte pharmaceutique* à part entière ou prolongement de l'acte de délivrance habituel ? De cette réponse dépendront la poursuite de l'expérimentation et le mode de financement de l'outil. En moyenne, un plan revient à 5 €.

d. Le modèle australien : « Home Medicines Review (HMR) » ^{13, 25, 36}

Depuis 2002, le système australien prévoit une prise en charge médico-pharmaceutique. En effet, les différents professionnels de santé impliqués dans le

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

traitement d'un patient (médecin, pharmacien, infirmière, ...) collaborent ensemble pour son bien-être.

Ce principe est surtout présenté pour des thérapeutiques complexes ou délicates (sortie d'hospitalisation, polymédication, prise de médicaments à marge thérapeutique étroite, difficultés du patient à se prendre en charge, ...) et peut se dérouler en ville ou dans les établissements pour personnes âgées.

En pratique, le médecin prescrit au malade, après accord de ce dernier, une visite du pharmacien à son domicile. L'officinal examine avec le patient tous les éléments qui peuvent influencer le traitement médicamenteux (la compréhension, le bon usage, l'alimentation, ...). Les professionnels de santé se réunissent ensuite pour réviser l'ensemble du traitement. Le pharmacien communique son évaluation de la situation, ses propositions. Le médecin rédige ensuite un plan d'action en concertation avec le pharmacien.

Les nombreuses visites réalisées à ce jour confirment l'intérêt de cette méthode dans la simplification des traitements et l'amélioration de l'observance*. Le coût de l'opération est couvert par les économies réalisées. Le pharmacien est rémunéré pour cette action. Pour effectuer l'HMR, il doit suivre une formation spécifique.

Mis en place en 2002, ce dispositif recense en 2007 déjà 130 000 visites. Sa mise en place a nécessité beaucoup de temps, beaucoup de travail. Mais il semble bien implanté à la satisfaction des patients, des pouvoirs publics et des professionnels de santé.

e. Le modèle anglais ^{12, 25, 27, 41}

Les officines anglaises sont encouragées à s'investir davantage dans le suivi des pathologies chroniques : accroître leurs services et les formations suivies.

En 2005, le « choosing health through pharmacy » a été publié. Il doit permettre le développement de la prise en charge de l'obésité en pharmacie, d'identifier les personnes à facteurs de risque et de donner les conseils adéquats. Mais également, contribuer aux

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

soins des traitements chroniques en favorisant l'observance*, promouvoir une qualité de vie, aider à l'auto-gestion des traitements, effectuer une revue des médicaments, manager le patient en collaboration avec d'autres professionnels de santé.

Selon leur étude, $\frac{1}{3}$ des patients ne comprennent pas comment prendre leurs comprimés ou l'insuline et se trouvent stupides de poser des questions.

Dans les pharmacies britanniques, le suivi thérapeutique est rémunéré. Chaque consultation dure environ 20 minutes et doit s'effectuer en toute confidentialité au sein de l'officine. Le pharmacien touche une indemnité de 32 € par consultation dans une limite de 400 consultations par an.

Les anglais ont également mis en place une consultation pharmaceutique qui s'effectue au domicile du patient pour discuter du traitement et évaluer les besoins pharmaceutiques. Puis, l'officinal discute des changements à opérer avec le médecin. Ceci permet d'améliorer les soins délivrés aux patients, de garder les patients vulnérables ou à risque à la maison, de diminuer les admissions et le gaspillage médicamenteux mais aussi de responsabiliser le patient. Les médecins sont aussi plus disponibles.

Outre-Manche, par le suivi d'une formation complémentaire, le pharmacien peut devenir « supplementary prescriber » c'est-à-dire qu'il est apte à prescrire certains médicaments qui entrent dans le cadre d'un plan. Le médecin effectue le diagnostic mais c'est le pharmacien qui s'occupera de l'adaptation.

Le pharmacien peut aussi avoir le titre de « independent prescriber ». Dans ce cas, après avoir suivi une formation, le pharmacien peut prescrire des médicaments mais cette fois-ci, c'est aussi à lui de poser un diagnostic et de décider du traitement et de le dispenser de façon autonome.

Exemple d'offres d'une chaîne de pharmacies :

La première chaîne de pharmacies du Royaume-Uni, Boots, a implanté une structure au 361 Oxford Street à Londres, rue la plus passante de la capitale. Haute de 4 étages, elle est ouverte de 8h à 22h.

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

Le rayon « santé » est divisé en 2 parties : la pharmacie et l'opticien (lunettes de vue, tests oculaires). Les médicaments sont classés en 3 zones :

- une zone pour les produits accessibles aux clients,
- une zone « prescription » requérant la présence d'un pharmacien,
- une zone « médicaments » (délivrance de médicament nécessitant un conseil adapté).

Une pièce à consultations est disponible pour permettre des entretiens privés avec le patient.

Afin de capter le plus de monde, une série de services a été développée, on trouve par exemple :

- des services personnalisés tels que le test de dépistage de chlamydia, les tests de glycémie,
- la possibilité de se faire vacciner gratuitement contre la grippe après avoir rempli un formulaire concernant son état de santé,
- des programmes d'aide pour les personnes souhaitant arrêter de fumer ou perdre du poids.

Pour certains services, les pharmaciens ont le droit de fournir des médicaments que seuls les médecins ont habituellement le droit de prescrire. Ils ont été formés pour cela.

« Le prescription collection service (PCS) » permet à Boots de conserver les ordonnances du client. Le pharmacien contacte le médecin pour établir un dossier et prépare toutes les semaines les médicaments dont le patient a besoin. Tous les deux mois, le médecin est contacté pour vérifier que l'ordonnance est toujours à jour. De plus, le client est régulièrement consulté sur son état de santé. Actuellement 300 personnes ont adhéré à ce principe.

IV. Rôle du pharmacien au sein des autres réseaux diabète en France

En France, il existe 73 réseaux qui sont axés sur le diabète. Tous ne fonctionnent pas selon le même principe, chacun à ses particularités.

Dans la plupart des réseaux, les pharmaciens peuvent être adhérents mais ils ne jouent pas de rôle concret. Ils ont la possibilité d'assister à des réunions de formations,

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

des groupes de travail et des EPU et participent la plupart du temps à des actions de dépistage.

La liste qui suit n'est qu'un aperçu des rôles divers que le pharmacien joue au sein des réseaux.

- Au sein du réseau diabète de l'Estuaire (Haute-Normandie), ils interviennent dans la réflexion et la conception des actions du réseau comme tous les autres professionnels de santé. Ils animent également des ateliers d'éducation à l'intention des patients, en binôme avec un autre professionnel de santé. Ils s'occupent, par exemple, des ateliers concernant les traitements et le matériel (lecteur, autopiqueur, ...). Leur intervention est rémunérée.
- Paris diabète (Ile de France) expérimente actuellement sur une période d'un an un projet éducatif. Il comprend un bilan du patient puis un suivi éducatif trimestriel soit au final quatre consultations par an. Chaque consultation est rémunérée 25 €.
- Prévart (Nord-Pas de Calais) est en train de mettre en place un projet concernant l'observance* mais rien n'est encore commencé.
- Au sein de Marseille Diabète (PACA), les pharmaciens jouent un rôle d'informateur auprès des patients que ce soit dans ou hors du réseau. Professionnel de proximité, le pharmacien est chargé de faire connaître le réseau par le biais de plaquettes d'informations, d'affichage, ... Il peut aussi répondre directement aux questions des patients et les encourager à poursuivre l'échange avec leur médecin traitant.
- Le réseau Dédicas (Rhône-Alpes) recense une centaine de pharmaciens. Au sein de ce réseau, le pharmacien intervient principalement dans le dépistage autour de la journée mondiale au mois de novembre. Le réseau leur fournit les lecteurs. Ce jour là, les officinaux encadrent également des étudiants infirmiers dans leurs officines. Certains pharmaciens interviennent dans des séances d'éducation aux patients au cours d'un module sur le traitement (médicaments, autosurveillance,

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

précautions) rémunéré 100 € pour 2 heures. Un rôle éducatif en officine est envisagé. Abordé pendant les formations, il ne serait pas rémunéré.

- Le réseau Diabète 72 (Pays de Loire) agit par les pharmaciens lors des campagnes de dépistage. Les pharmaciens peuvent aussi participer à des formations multidisciplinaires ou à des réunions en soirée. Il recense environ 71 pharmacies soit 1/3 des pharmaciens sarthois.
- Le réseau Forum Diametz (Lorraine) n'a pas été reconduit dans son financement au 31 décembre 2006. Son projet incluait une consultation officinale annuelle pour tout diabétique de type 2, centrée sur l'observance* des médicaments et sur l'autosurveillance de la glycémie. Cette consultation était rémunérée 20 €. D'après Jacques LOUIS, président du réseau, « le réseau n'a jamais vraiment fonctionné, les médecins n'ont pas joué le jeu et les pharmaciens d'officines ne se sont jamais mobilisés ».
- Le réseau Diapason 24 (Aquitaine) souhaiterait mettre en place une prestation adaptée à l'exercice des pharmaciens et réfléchit actuellement sur le rôle que ces derniers pourraient jouer. Actuellement présents au sein du réseau, ils font partie du conseil d'administration (gestion, trésorier, ...). Leur rôle précis est encore à définir.

V. Rôle du pharmacien au sein de la MDN* : La consultation pharmaceutique ^{23, 25, 50}

Le pharmacien est un éducateur de la santé. L'éducation thérapeutique du patient comprend la sensibilisation, l'information mais aussi l'apprentissage du traitement. Le patient doit donc acquérir des connaissances mais également des compétences. Ce processus continu fait partie intégrante des soins médicaux. Il s'agit de former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de la maladie. Le patient doit changer de comportement.

L'éducation thérapeutique d'un patient n'est possible que si celui-ci :

- est conscient qu'il a un problème,

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

- est convaincu qu'on peut le résoudre,
- pense qu'il peut le résoudre ou du moins contribuer à sa résolution,
- estime que cela en vaut la peine,
- soit prêt à rechercher de l'aide s'il n'y parvient pas.

Le pharmacien a le devoir de s'investir dans l'éducation du patient : la consultation pharmaceutique n'est que la preuve écrite de la réalité de cet acte !

Le pharmacien peut exercer un rôle au sein de la MDN par le biais de la consultation pharmaceutique. En effet, le patient peut disposer d'une consultation annuelle, personnelle, auprès de son pharmacien. Pour pouvoir la dispenser, il est nécessaire que le pharmacien ait suivi une petite formation au sein de la MDN et soit lui-même adhérent à cette structure. Pour cela, il doit signer la charte d'adhésion des pharmaciens (annexe 4). Cette charte stipule principalement que le pharmacien souhaite agir pour la prévention, améliorer la santé et la prise en charge des diabétiques. Il agira selon les recommandations en vigueur et en collaboration avec les différents professionnels de santé.

La consultation proposée s'axe sur 2 thématiques : le traitement médicamenteux et l'autosurveillance glycémique.

IV.1. Optimisation du traitement^{10, 18}

Il s'agit de donner :

- le BON médicament,
- à la BONNE personne,
- au BON moment,
- dans de BONNES conditions.

La dispensation d'un médicament ne se limite pas à une simple délivrance mais comme le code de la déontologie l'énonce : article R. 4235-48 du code de la santé publique :

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

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

- une analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe,
- la préparation éventuelle des doses à administrer,
- la mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage des médicaments ».

L'entretien est avant tout un moment de dialogue entre le pharmacien et le patient. Il vise à assurer le succès du traitement. Le pharmacien peut reprendre un à un les médicaments du patient afin de lui expliquer :

- pourquoi on lui prescrit ce médicament,
- quand il faut le prendre,
- quelles sont les précautions à prendre,
- quels peuvent être les effets secondaires,
- et s'ils apparaissent comment les gérer ou quand s'alarmer.

Il est important que le patient comprenne son traitement afin d'assurer son observance*. Trop de patients « trient » les médicaments prescrits. Selon l'IFOP*, un tiers des patients avouent ne pas suivre à la lettre la prescription du médecin et un tiers oublie parfois de prendre leurs médicaments.

Le pharmacien pourra répondre aux interrogations du patient, trouver des solutions aux éventuelles contraintes imposées par son traitement. Mais attention, un patient silencieux ne signifie pas qu'il ne se pose pas de question. Comme disait Freud : « si les lèvres restent silencieuses, ce sont les doigts qui parlent », il faut apprendre à ressentir les choses.

Les français sont en général responsables et savent qu'un médicament ne se prend pas n'importe comment. Les conclusions d'une enquête de l'IFOP* ci-dessous le montre clairement.

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

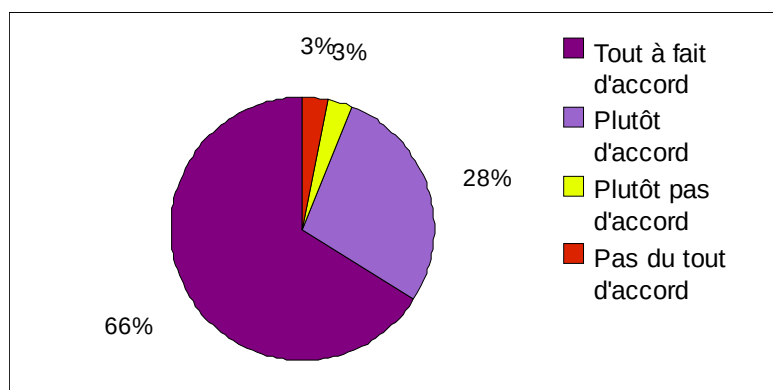


Figure 4 : « La bonne utilisation des médicaments permet d'être bien soigné et coûter moins cher ». ¹⁸

IV.2. Surveillance glycémique

L'autosurveillance glycémique (ASG) s'est largement développée durant ces vingt dernières années. Outil validé dans la prise en charge du diabète de type 1, son utilité et son efficacité dans le diabète de type 2 restent à démontrer.

L'optimisation du traitement diabétique nécessite l'ASG*, contraignante pour le patient, consommatrice de temps pour les soignants. Au fil des années, les lecteurs se sont modernisés. Dorénavant, ils possèdent une mémoire, des logiciels pour permettre une meilleure gestion de l'ASG*. La transmission des données peut se faire par téléchargement sur l'ordinateur du praticien, par impression papier, par internet et par transmission téléphonique (SMS).

Un rappel sur l'autosurveillance glycémique peut s'avérer utile car c'est la base pour retarder, voire prévenir la survenue des complications ou ralentir leur progression.

a. Impact sur le patient ¹⁵

Il est important de visualiser le comportement du patient vis-à-vis de sa pathologie, de l'autosurveillance. Pour faire évoluer le comportement d'une personne, il est intéressant de trouver un objectif, une motivation. Par exemple : obtenir une bonne hémoglobine

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

glyquée au prochain dosage, le plaisir de faire plaisir à sa femme, la fierté d'être responsable de sa santé, d'être indépendant du monde médical ...

Certains patients refusent de reconnaître leur maladie (déni de réalité), ou se croient hors d'atteinte des complications (déni émotionnel, hyperoptimisme). Dans ce cas, l'ASG* peut résoudre le problème en les confrontant directement à la réalité des chiffres.

D'autres vont recourir à une stratégie émotionnelle. Par exemple, si les glycémies sont hautes, « j'angoisse et je me soigne par une pâtisserie ou j'abandonne ». Si la glycémie est correcte, « je me félicite par une pâtisserie ». Chez ces personnes, l'ASG* sera néfaste.

Il existe aussi des personnes qui pensent ne rien pouvoir faire personnellement, qui mettent entièrement leur santé entre les mains du médecin ou d'un tiers. L'ASG* sera utile mais dans bien des cas, elles ne sauront en tirer des conclusions et appliqueront les décisions d'un tiers s'il y a lieu.

Heureusement, dans la moitié des cas, les patients sont prêts à collaborer si on leur en donne les moyens. Ils veulent participer aux décisions, être acteurs de leur propre santé et pouvoir gérer eux-même leur traitement afin d'être au maximum autonomes.

b. Quels rôles dans le diabète de type 2 ? ¹⁵

Il existe 3 types de mesures :

-L'automesure diagnostique : « je mesure pour évaluer »

Ce type de mesure n'a pas de répercussion thérapeutique immédiate mais peut permettre de faire évoluer le traitement lors de la prochaine consultation. Il s'agit pour le patient de savoir quels sont les effets de l'alimentation ou d'une activité physique sur sa glycémie, de mieux se connaître. La mesure quotidienne n'est pas utile, elle s'effectue en fonction des situations ou du rythme proposé par le médecin.

-L'automesure thérapeutique ou autocontrôle : « mesure pour agir »

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

Le patient mesure sa glycémie et adapte son traitement à partir d'algorithmes établis par le médecin. Cette mesure nécessite une bonne compréhension, une participation active du patient. Elle est essentiellement pratiquée lorsque le patient est sous insuline.

-L'automesure de vigilance passive :

Son but est de surveiller la glycémie. Même si celle-ci est élevée, le patient ne change rien jusqu'à la consultation suivante. Cette façon d'opérer peut être source d'angoisse, d'obsession pour le patient.

c. L'entretien

Après avoir récapitulées les bonnes conditions de pratique de l'ASG*, il est primordial de manipuler le matériel. Mais surtout, il faut faire manipuler le patient devant soi. C'est en faisant faire que les erreurs seront évitées.

Durant ou à la fin de l'entretien, le pharmacien rédigera un compte-rendu, inclus dans le carnet de suivi en 3 exemplaires : (annexe 5)

- 1 pour le carnet de bord du patient pour garder une trace de la consultation dans le suivi du patient,
- 1 pour le pharmacien,
- 1 pour l'attribution au pharmacien de la rémunération.

Par exemple, le pharmacien peut émettre une opinion face à l'apprentissage du patient : quels aspects du traitement sont compris, non compris, à approfondir. Il peut également mentionner l'état d'esprit du patient face à sa pathologie : la sérénité, l'inquiétude, la désinvolture, ...

IV.3. Les points positifs

a. Points positifs pour le patient^{17, 18, 20}

La consultation pharmaceutique est un moyen d'**éviter les erreurs** liées aux médicaments, de **diminuer les risques liés à la pharmacothérapie**. La

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

pharmacothérapie désigne l'ensemble des médicaments que prend un patient. Une variété de problèmes peuvent exister à ce niveau :

- Le patient a besoin d'un médicament mais ne le reçoit pas. Par exemple, il présente un risque cardiovasculaire mais la prescription ne mentionne pas d'aspirine à faible dose !
- Le patient reçoit un médicament non adapté.
- Le patient reçoit le bon médicament mais à des doses trop faibles ou trop importantes. Malgré le traitement, le patient présente toujours des pics d'hyperglycémie ou est sujet à des crises d'hypoglycémie.
- Le patient subit une interaction médicamenteuse entre un médicament et un autre ou entre un médicament et son alimentation (attention au millepertuis, au jus de pamplemousse, ...).
- Le patient reçoit un médicament sans aucune indication.

Elle peut aussi permettre de rassurer sur les **effets indésirables** d'un médicament. En effet, suite à leur apparition de nombreuses personnes vont suspendre voire arrêter leur traitement alors que, dans la plupart des cas, ils ne sont que transitoires ou peuvent disparaître avec certaines mesures. 24% des français avouent suspendre un traitement pour cette raison.

Elle peut améliorer les **résultats thérapeutiques**. Le moment de prise :

- matin/midi/soir/au coucher,
- avant/pendant/après/à distance des repas,
- à distance ou non d'autres médicaments,

peut perturber la bonne cinétique du médicament et modifier son efficacité par une trop grande synergie ou un antagonisme non souhaités.

Par l'entretien, le pharmacien peut **responsabiliser** le patient. En faisant preuve d'empathie, sans culpabiliser, le pharmacien peut mentionner les risques encourus en l'absence de traitement. Ainsi, il met l'accent sur l'importance de l'**observance***. Donner des informations au patient permet, à ce dernier, de mieux comprendre son traitement et de favoriser son suivi.

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

La majorité des patients se sentent bien informés sur les médicaments prescrits comme le montre le graphique suivant provenant de l'enquête IFOP*.

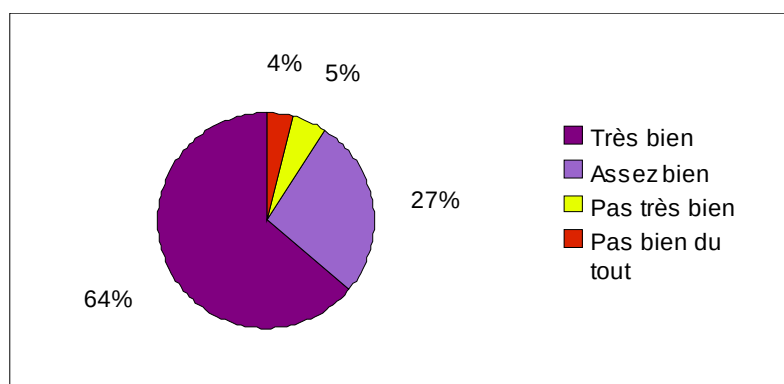


Figure 5 : « Je suis bien informé sur les médicaments que je prends ».¹⁸

Le pharmacien est un acteur de santé de **proximité**. Toute personne possède dans son environnement une officine, ce qui fait de cet endroit un lieu idéal d'information et de conseils scientifiques, les professionnels de santé étant tenu de se former continuellement. Les patients franchissent souvent l'entrée d'une pharmacie afin d'y recueillir des conseils. Une étude Ipsos a observé que 49% des femmes viennent y rechercher des informations et ressortent sans avoir acheté de médicaments. De plus, la vitrine représente un bon moyen pour faire passer des messages concernant l'éducation et la promotion de la santé. Le pharmacien est disponible, pas besoin de rendez-vous et il est à l'écoute.

L'officinal a aussi l'avantage de connaître le patient dans sa **globalité**. En effet, si le patient est fidèle à une pharmacie, le professionnel de santé possède l'ensemble de ses traitements actuels et antérieurs. Il connaît également son contexte social et familial, son profil psychologique. Par tous ces aspects, le dialogue sera personnalisé.

b. Points positifs pour le pharmacien¹⁷

- Sur le plan professionnel

Les problèmes liés à la **pharmacothérapie** peuvent être diminués ou évités. Le praticien met ainsi en application ses connaissances sur les médicaments.

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

De plus, c'est un moyen d'améliorer le **bien-être** et **la santé** des patients. Le pharmacien doit s'assurer de la bonne compréhension de son discours, répéter la même idée par différentes formules, utiliser des mots simples, poser des questions.

- Sur le plan personnel

Le pharmacien aura le sentiment de contribuer à l'amélioration de la **santé** et du **bien-être** d'un individu. Il assumera ainsi à 100% son rôle de relais du médecin.

De plus, ces actions permettent de valoriser l'image du pharmacien en tant qu'acteur de la santé.

- Sur les plans économique et commercial

Le pharmacien est un professionnel de santé mais aussi un commerçant. Par conséquent, il est important pour lui de **fidéliser** sa clientèle. Des conseils, une bonne connaissance des traitements feront revenir le patient s'il se sent en confiance.

L'atout des consultations pharmaceutiques est de permettre au pharmacien de se spécialiser et ainsi de se différencier de la concurrence. Chaque consultation est personnalisée.

De plus, par le biais de l'observance*, le pharmacien peut **minimiser les pertes** de revenus provoquées par les ordonnances non exécutées ou non renouvelées.

IV.4. Freins envisageables

a. Manque de temps, manque de personnel¹⁷

Le pharmacien peut être confronté à des problèmes de **temps** ou de **personnel**. En effet, une pharmacie connaît des moments d'affluence et des moments plus calmes.

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

Par conséquent, il peut être envisageable de fixer des rendez-vous avec les patients afin de pouvoir leur consacrer le temps nécessaire en toute tranquillité d'esprit.

b. Manque de formations adéquates ^{18, 40}

Les compétences professionnelles du pharmacien nécessitent une formation continue. Elle a été rendue obligatoire en 1994 par le code de déontologie comme l'indique l'article R. 5015-11 (annexe 8). Mais depuis 2002, il s'agit également d'une obligation légale (Code de la Santé Publique, article L. 4236-1) (annexe 8). Le Haut Comité de la Formation Pharmaceutique Continue (HCFPC) attribue un agrément aux formations qui lui sont soumises et qui présentent les garanties scientifiques et/ou techniques que le pharmacien est dans le droit d'attendre. Un livret de formation continue est diffusé par l'Ordre afin de conserver une trace des formations suivies. ^{9, 10, 25}

Des nouveautés, des changements s'opèrent chaque année dans le domaine de la santé. Par conséquent, il est nécessaire que le pharmacien renouvelle ses connaissances, suive l'évolution de son métier et acquiert de nouvelles compétences.

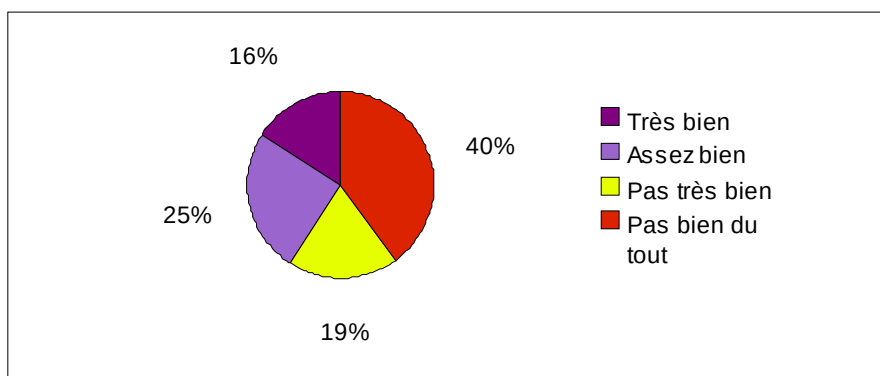
Chaque salarié peut demander à réactualiser ses connaissances, il fait appel au Droit Individuel à la Formation (DIF). Chaque année, plusieurs organismes proposent des formations. Les thèmes, les durées de formations sont variés afin de s'adapter à tout le monde. Ainsi, le personnel peut passer des diplômes universitaires (DU) dans différents domaines (l'orthopédie, la diététique et la nutrithérapie, la gériatrie, l'homéopathie, ...), des EPU (enseignement post-universitaire), ...

Il est important de perfectionner ses connaissances afin d'améliorer le service rendu aux patients. Ceci est d'autant plus important actuellement avec le développement d'internet. De nombreux patients s'informent via ce moyen, pensent avoir des connaissances, mais celles-ci sont plus ou moins comprises, plus ou moins justes. Beaucoup d'informations circulent sur le net mais les sources ne sont pas toujours sûres. Il est nécessaire d'instaurer un dialogue afin d'expliquer, rectifier, compléter les connaissances du patient.

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

Face à une demande de renseignements relatifs à une pathologie, le pharmacien doit toujours observer une grande réserve dans ses propos même s'il connaît bien le sujet. En effet, le pharmacien ne connaît pas l'état psychologique du patient, le lien qui le relie à cette pathologie. Une grande prudence est conseillée.

Une étude menée par l'IFOP*, en octobre 2007, démontre que 41% des français, soit près d'un français sur deux, recherchent activement des informations sur leur santé, les besoins médicaux.



*Figure 6 : « Je recherche activement des informations sur ma santé et mes besoins médicaux ».*¹⁸

Mais où ? 49% des personnes les trouvent auprès des médecins, 15% auprès des pharmaciens mais 37% s'informent sur internet et 8% seulement sur des sites internet spécifiques à la santé donc fiables.

Devant la progression de cet outil, la HAS* a mis en place une procédure de certification. Gratuite, elle concerne les sites spécialisés mais également les forums de discussion traitant des questions de santé. L'objectif de cette certification est de sensibiliser les éditeurs de sites, d'aider les internautes à identifier les sites de qualité, de permettre aux professionnels de santé d'orienter les patients et d'échanger avec eux autour de l'information recueillie.

c. Manque de confidentialité

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

Cette consultation nécessite du temps, du calme, de la **confidentialité**. En effet, la santé est un sujet personnel. Il est nécessaire de disposer d'une aire de confidentialité au sein de la pharmacie. Si possible, aménager un endroit calme, à l'écart de l'informatique car cette dernière peut être une entrave au dialogue. De plus, loin des « oreilles indiscrètes », le patient sera plus enclin à se confier.

Mais il est également bon de souligner que la confidentialité n'est pas purement spatiale. Le simple fait d'attirer le patient à un poste un peu plus à l'écart, de moduler sa voix, d'adapter son vocabulaire pour éviter d'éveiller la curiosité des autres clients peut induire un climat de confiance, propice aux confidences.

d. Manque de confiance ^{18, 20}

Certains patients sont réticents à se confier aux pharmaciens et se fient davantage à leur médecin. Il faut restaurer ce climat de **confiance**. Les erreurs, les abus de certains pharmaciens retentissent sur toute la profession mais attention à ne pas juger tous les officinaux ainsi. Pharmaciens et médecins sont complémentaires.

L'étude de l'IFOP* d'octobre 2007 atteste de la confiance des patients à leur pharmacien mais encore 11% des français se méfient des conseils que celui-ci prodigue.

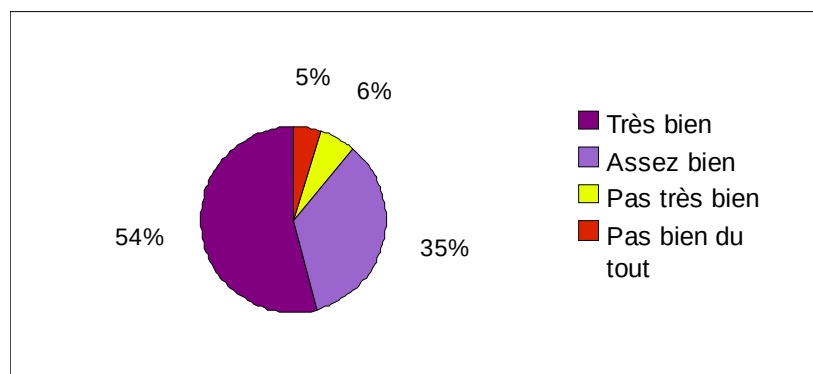


Figure 7 : Confiance que les français témoignent à leur pharmacien ²⁰

87% des français considèrent leur pharmacien comme un professionnel de santé et non comme un commerçant ordinaire. Alors que le libre accès sera bientôt mis en place courant 2008 pour 226 spécialités, certaines personnes craignent le passage des

Partie 1 : Pourquoi une consultation pharmaceutique propre au diabète ?

médicaments en grandes surfaces. 75% des personnes interrogées jugent l'achat de médicaments hors pharmacie plus risqué.

Cette enquête démontre que les français font confiance aux pharmaciens mais apprécient aussi chercher par eux-même des informations. (cf IV.4.b)

e. Moyens de communication

Le pharmacien peut également être un frein par son comportement. En effet, le cursus de pharmacie se base essentiellement sur les aspects techniques de la profession. La consultation pharmaceutique nécessite des connaissances pharmacologiques mais également le développement d'habiletés de **communication**. Certains pharmaciens trouvent une satisfaction professionnelle par l'interaction avec le patient, d'autres moins.

Faire passer des messages nécessite de s'adapter à la personne, d'utiliser un langage approprié, de savoir exprimer la même idée par différents moyens. Par l'entraînement, ou le suivi de cours de communication adéquat, cette barrière peut être soulevée.

Pour favoriser une discussion ouverte et confiante, il existe certaines techniques que le pharmacien se doit de connaître :

- La confidentialité est bien sûr de mise.
- L'accueil doit être de qualité. Etre attentif, avoir une attitude encourageante, non culpabilisante, non disqualifiante. Faire preuve d'empathie.
- Le temps d'expression du patient et éventuellement de son entourage doit être suffisamment long.
- Utiliser des questions ouvertes pour accéder au ressenti du patient et tenir compte de sa logique de raisonnement. Les questions fermées sont utilisées pour obtenir une précision.
- Reformuler, relancer pour explorer une dimension en particulier.

2^{ème} partie :

Étude personnelle :

Maison du Diabète et de la Nutrition
de Nancy et 54

I. Objectifs

Cette thèse est centrée sur la consultation pharmaceutique proposée par la Maison du Diabète et de la Nutrition de Nancy et 54. Mise en place, il y a quelques années au sein de la MDN, son implantation dans la prise en charge du diabète rencontre des difficultés. En effet, jusqu'à présent, un seul pharmacien l'a expérimentée ! Absence de motivation ? Qu'attendent les pharmaciens ?, Non connaissance de cette structure? Absence de moyens ?

Le pharmacien d'officine est un professionnel de santé, doté d'un savoir, de connaissances, de compétences dans divers milieux outre le médicament. Sa formation est multiple mais souvent non connue des autres professionnels de santé et du public. Le pharmacien est responsable du contrôle des prescriptions, de la délivrance mais il apporte aussi des conseils sûrs, une écoute. Au carrefour du système de santé, il a une place stratégique pour la prévention, le dépistage de pathologies simples, ... Une pharmacie est un lieu de proximité, ouvert à tous, présent sur tout le territoire français.

Le pharmacien a un véritable rôle dans l'éducation et la promotion de la santé. Son action est complémentaire à celle des autres acteurs de la santé. Le pharmacien ne remplacera jamais le médecin ! Le pharmacien n'est pas apte à diagnostiquer une maladie mais peut orienter le patient vers une consultation médicale s'il en ressent le besoin. En effet, certains symptômes par leur intensité, leur fréquence, certains tests (dosage de la glycémie), peuvent évoquer une pathologie non connue. Lieu de confidences, où le pharmacien prend le temps d'écouter (absence de rendez-vous !), la pharmacie est un carrefour pour orienter les patients.

Le pharmacien a un rôle possible au sein du système qu'il ne faut pas écarter ! Par la coopération de tous les professionnels de santé, la prise en charge du diabétique sera complète.

Cette thèse doit permettre de faire connaître l'existence de cette consultation ou de rappeler sa présence auprès des pharmacies du Grand Nancy. Bénéfiques pour tous, pourquoi la consultation ne se développe pas davantage ? Qu'est ce qui convient ? Qu'est ce qui freine ? Comment y remédier ? Quelles sont les attentes des pharmaciens ?

Notre but a été de comprendre la situation et de répondre aux obstacles rencontrés. Il est toujours intéressant de communiquer avec les personnes concernées, de voir comment elles s'adaptent sur le terrain. Le pharmacien d'officine a un rôle d'éducateur de la santé mais a-t-il une réelle place au sein de la MDN ?

II. Méthodologie

L'Est de la France est fortement touché par le diabète d'où l'implantation, en 2004, de la MDN de Nancy et 54 pour combler les besoins de la population. Suite à la demande, de nombreux satellites sont en train de s'implanter ou sont déjà en place en Lorraine dont Pont à Mousson, Neuves Maisons, St Nicolas de Port, ...

Dans l'objectif de ce travail, nous nous sommes focalisés sur la Meurthe-et-Moselle et plus particulièrement sur le Grand Nancy ainsi que sur Pont à Mousson, St Nicolas de Port, Neuves Maisons et Toul.

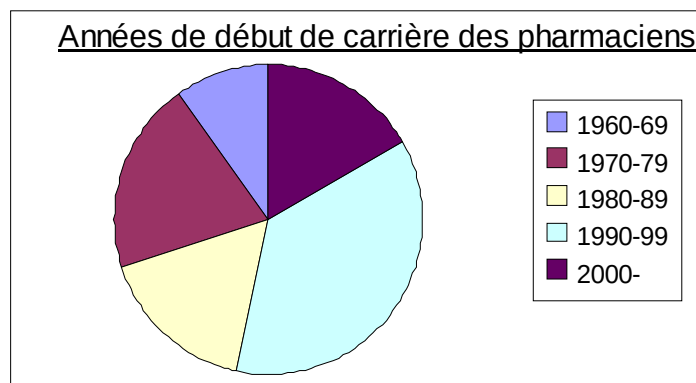
Depuis mars 2007, je me suis rendue dans les pharmacies afin de mieux cerner la situation sur place. Dans la majorité des cas, le titulaire de l'officine ou son assistant ont accepté de me répondre.

Afin de mieux comprendre les liens entre les officinaux et la MDN, nous avons mis au point un questionnaire qui comprends les items suivants : (annexe 6)

- *La pharmacie* : Quelle est sa situation ? Pharmacie de ville, de quartier, de centre commercial, ..., l'ancienneté professionnelle du titulaire,
- *Le public cible* : Les diabétiques, les personnes souffrant de problèmes de poids représentent-ils une forte/moyenne/faible part de la clientèle de la pharmacie ?, quels sont les thèmes les plus fréquemment abordés au comptoir ?
- *La formation continue* : Par quels moyens s'effectue la mise à jour de leurs connaissances et à quelle fréquence ?, Ont-ils des liens avec d'autres professionnels de santé ?
- *La MDN* : Connaissent-ils son existence, son fonctionnement ? Si oui, quel regard sur la MDN portent-ils ? Quelles sont leurs attentes ?
- *Le dépistage du diabète* : l'effectuent-ils ?, Si oui, comment : durant les campagnes

et/ou tout au long de l'année ?, comment le voient-ils dans l'avenir ?

Nous avons obtenu, au final, trente questionnaires. La population de pharmaciens ayant accepté de répondre est assez bien répartie. Toutes les générations sont représentées comme le montre le graphique ci-dessous.

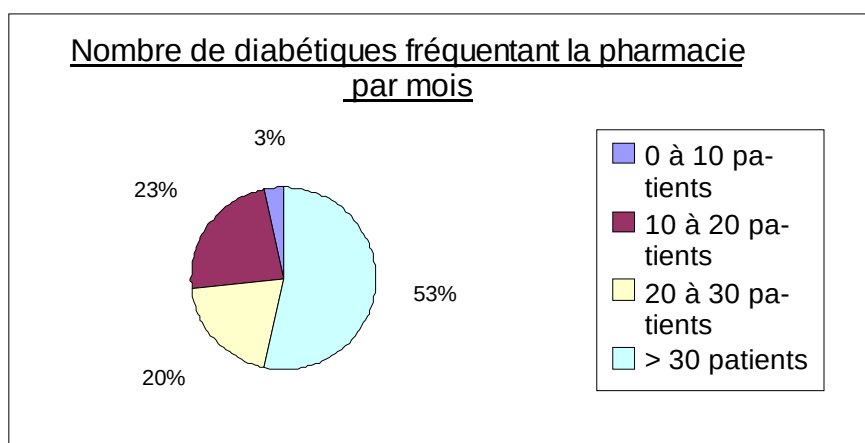


Tous les types de pharmacies sont présents : pharmacies de ville, de quartier, en centre commercial. Il est évident que chaque type a des façons de travailler différentes, une clientèle différente, des objectifs différents.

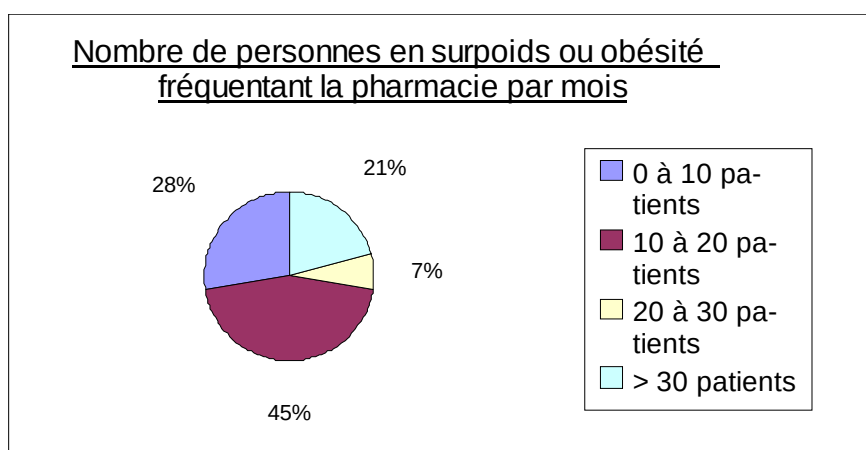
Une pharmacie a deux versants principaux : la santé et le commerce. Certaines officines vont privilégier un aspect au détriment de l'autre. Dans certains cas, malheureusement, le côté commercial l'emporte sur le côté santé. Il est important pour l'éthique de la profession de conserver une juste part de chaque versant.

Leur relation avec les personnes diabétiques est également bien répartie. Pas toujours évident de quantifier ses patients, les pharmaciens ont essayé au mieux de faire une évaluation.

Il est normal de retrouver en priorité des pharmacies ayant dans leur clientèle un grand nombre de diabétiques. Le diabète est une pathologie courante nécessitant dans la quasi totalité des cas un traitement médicamenteux donc un passage par la pharmacie.



Nous nous sommes également renseignés sur la proportion de patients présentant un surpoids ou une obésité car il est reconnu que le diabète de type 2 est essentiellement dû à un excès de poids. Ce dernier n'étant pas forcément traité médicalement, il est évidemment plus difficile de quantifier précisément leur part dans la clientèle. De plus, contrairement au diabète où le patient l'est ou pas, la personne en surpoids ou obèse est plus difficilement repérable. Chaque personne a un « œil » différent, des « critères » différents. L'IMC* d'une personne n'est pas « visible ». Néanmoins, une estimation « grossière » a pu être réalisée dans chaque officine, le graphique ci-dessous en montre les résultats.



On observe donc que dans les $\frac{3}{4}$ des pharmacies interrogées, la visite d'un patient en surpoids ou obèse n'est pas quotidienne.

De plus, afin de faire connaître cette structure auprès du grand public, des encarts ont été distribués aux pharmacies. Succincts, ils reprennent les actions de la MDN, ses coordonnées, ses horaires, la méthode à suivre pour y adhérer et peuvent permettre d'entamer une discussion avec le patient (annexe 7).

III. Résultats

Il est à différencier 3 situations :

- Certains pharmaciens ont découvert la Maison du Diabète lors de notre visite. Souvent intéressés par ce principe, les pharmaciens voient en la consultation un moyen de reconnaissance des conseils, des actes qu'ils effectuent au quotidien lors de la délivrance d'une ordonnance.
D'autres, minoritaires (3 personnes sur les 30), ne souhaitent pas s'investir dans cette voie. Les raisons exposées sont la retraite prochaine, la non formation à cette approche, le manque de temps.
- De nombreux pharmaciens connaissent la MDN de nom, généralement par les informations reçues lors de son ouverture. Mais ils savent rarement que le pharmacien d'officine possède un rôle en son sein.
- Les pharmaciens adhérents à la MDN sont au coeur du « système ». Ils ont souvent participé à des formations proposées par celle-ci et connaissent l'existence de la consultation donc leur fonction au sein de la MDN. Ayant ou non déjà parlé de cette structure avec leurs patients, l'entretien m'a permis de constater quels freins ils avaient pu rencontrer et quelles solutions ils proposaient. Quelques unes de ces personnes ont tenté de faire adhérer leurs patients à la MDN mais leurs efforts n'ont pas abouti favorablement.

Toutes les personnes rencontrées (à part 3) sont ouvertes à l'adhésion à la MDN, à la consultation pharmaceutique. Afin de donner un aperçu plus large de la MDN, je

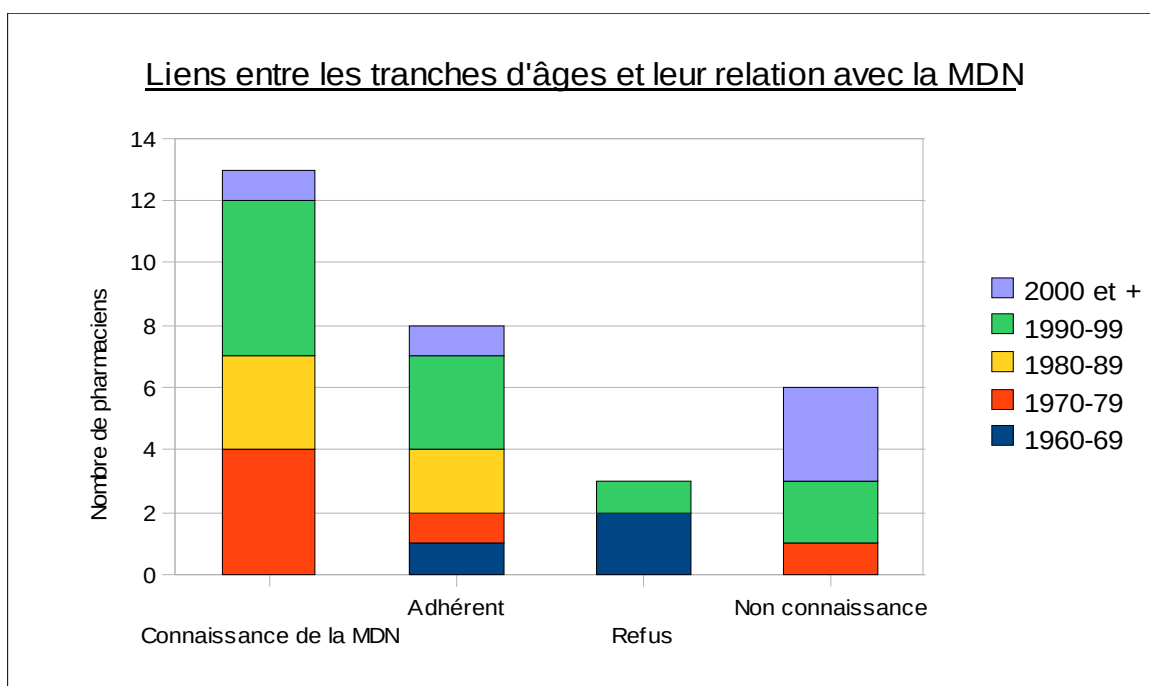
proposais lors de mon passage en pharmacie une conférence-débat dont le sujet était « Prise en charge du diabète en 2007 et place du pharmacien dans le parcours de soins proposés par la MDN ». Cette réunion d'informations a été organisée le 15 mai 2007, en soirée, sous la directive du Dr Böhme, au sein de la MDN.

De nombreux pharmaciens s'y sont présentés, ce qui montre la motivation de ces derniers à intégrer le système, leur désir de faire évoluer les choses.

III.1. Liens entre l'âge des pharmaciens et la MDN

On pourrait penser que les générations anciennes sont réticentes à modifier leur comportement suite à des habitudes. Mais il n'en est rien. Nouveaux diplômés, adjoints, titulaires, jeunes ou plus âgés, tous sont ouverts devant cette ambition. Tous sont décidés à faire évoluer l'officine, à proposer de nouveaux services à leurs patients. De nombreux pharmaciens connaissent la MDN mais ne savent pas que le pharmacien y a une place. Dans toutes les classes, on ressent l'envie de faire face à l'évolution de la santé. Par exemple, les classes plus anciennes sont demandeuses de formations pour renforcer, mettre à jour leurs connaissances.

Il est à remarquer que la classe « 2000 et + » est biaisée car elle n'est pas complète (classe comportant seulement 8 années au lieu de 10).



Partie 2 : Étude personnelle : Maison du Diabète et de la Nutrition de Nancy et 54.

Parmi les 3 personnes ayant refusées le concept, 2 sont proches de la retraite et ne souhaitent pas modifier leurs habitudes d'exercice pour si peu de temps. Mais ils encouragent vivement les générations futures à s'engager dans cette voie. Selon eux, la pharmacie connaît un tournant qu'il est important de saisir. Par leurs expériences, ils ont connu les suppressions de monopoles pharmaceutiques pour certains produits (poches de dialyse, lecteurs de glycémie en baisse, ...) et incitent les pharmaciens à développer la consultation, leurs conseils, leur savoir-faire et non pas se limiter à « distribuer » des médicaments. Il est temps que le pharmacien fasse connaître ses qualités face à l'essor d'internet. Un médicament n'est pas anodin !

La troisième personne tient une pharmacie dans un centre commercial. Selon elle, le pharmacien n'est pas là pour conseiller, son rôle se limiterait à la dispensation des médicaments ! Or le pharmacien est surtout et en premier lieu un professionnel de santé. Une minorité de pharmaciens déroge au code de déontologie et renvoie une mauvaise image de la profession. Malheureusement, comme c'est souvent le cas, cela se répercute sur le reste de la profession.

III.2. Les freins rencontrés ou envisagés en pratique

a. Le passage par le médecin traitant

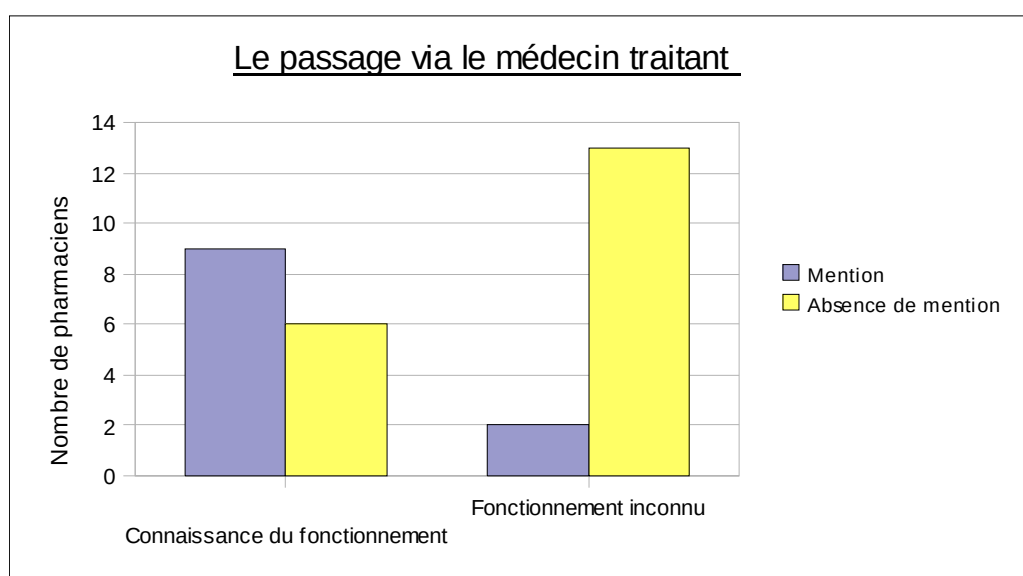
Le médecin traitant est la seule personne à pouvoir faire adhérer un diabétique à la MDN. Les pharmaciens adhérents à la MDN ayant tenté une approche avec les patients ont rencontré ce frein. En effet, un pharmacien connaît son patient, sa ou ses pathologies d'après ses ordonnances. Si le pharmacien remarque certaines difficultés dans la tenue de l'observance*, des difficultés à réguler sa glycémie, il peut alors l'orienter vers la MDN via son médecin. Le pharmacien est d'accord pour consacrer du temps à l'explication du traitement, de l'utilisation du lecteur de glycémie, par exemple. Mais devant des difficultés, un manque de compréhension du patient, le pharmacien se voit ouvert une porte : la MDN. Le pharmacien ne peut s'occuper d'un patient trop longtemps, (il en est de même pour le médecin) d'où la mise en place de structures permettant le relais pour leur prise en charge.

Partie 2 : Étude personnelle : Maison du Diabète et de la Nutrition de Nancy et 54.

L'apprentissage en groupe, une manière d'expliquer différente, une plus grande disponibilité peuvent permettre au patient de mieux intégrer certains concepts.

Il est nécessaire que le médecin adhère lui-même à la MDN par la signature d'une charte (annexe 2). Puis, il pourra envoyer son patient et lui « prescrire » son parcours éducatif.

Ce point est mentionné dans la majorité des cas par les pharmaciens connaissant déjà le fonctionnement de la MDN, adhérents ou non.



Expérience :

Une pharmacie à proximité du quartier maghrébin aurait souhaité y envoyer certains de ses patients. La mauvaise compréhension de la langue française est un frein au bon apprentissage. L'adaptation de la religion (ramadan) au traitement diabétique n'est pas un acte facile. Par conséquent, les ateliers diététiques et autres, ainsi que les consultations chez une diététicienne auraient représenté une opportunité pour ces personnes qui n'ont pas toujours les moyens d'y accéder elles-mêmes. De plus, la MDN peut aussi être une aide pour les papiers administratifs, les dossiers à réaliser pour une bonne prise en charge de la pathologie.

⇒ Que faire ? Aucune solution n'est envisageable à ce niveau. La charte de la MDN Nancy et 54 est claire, précise à ce sujet. Seul le médecin peut y envoyer son patient. En effet, le médecin est le seul professionnel de santé à posséder les analyses, les données, la formation pour diagnostiquer un diabète chez son patient et donc de connaître l'utilité ou non du réseau.

Néanmoins, tout pharmacien peut communiquer à la MDN les coordonnées du médecin récalcitrant s'il pense que l'adhésion du patient, à ce réseau, peut être bénéfique. Ainsi la MDN pourra s'entretenir avec le médecin et si possible, soulever ses réticences.

La MDN ne remplace en rien le médecin mais peut être un complément. La MDN permet de décharger le médecin d'une partie de ses tâches et ainsi lui permettre de diversifier son travail. Elle représente un relais dans la prise en charge du patient par les ateliers éducatifs, par la consultation pharmaceutique, ... Par ces aspects, la prise en charge du patient est améliorée, les soins sont coordonnés par l'usage du carnet de bord. La MDN est aussi une source de formations pour le médecin, elle lui permet d'échanger avec d'autres confrères, avec d'autres professionnels de santé.

Mais parallèlement, le médecin dénonce une absence de rémunération, une perte d'indépendance, de la rigidité et du cloisonnement.

D'après l'URML*, moins d'un quart des médecins libéraux lorrains font partie d'un réseau « formel ». ⁴⁸

b. Le manque de temps, de personnel

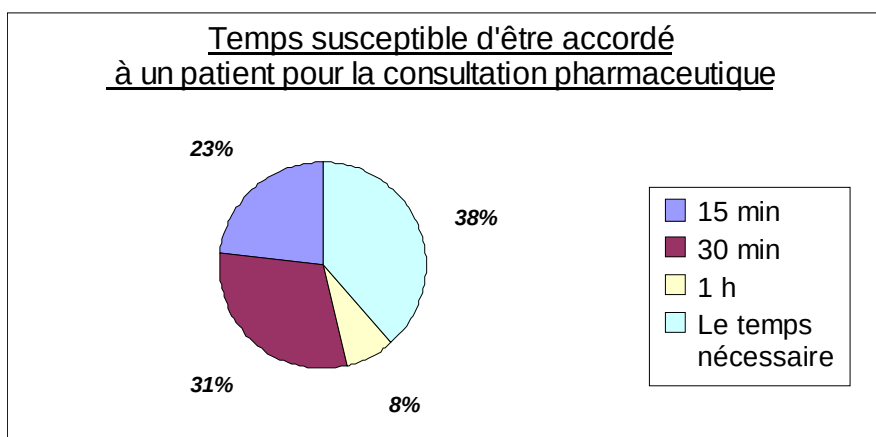
Une pharmacie est un lieu destiné à la santé mais il s'agit également d'un commerce. Ce second aspect implique des notions de rentabilité qu'il n'est pas toujours évident de concilier avec l'aspect social du pharmacien. En effet, durant l'entretien avec le patient, la pharmacie ne fait aucun bénéfice. Seuls le côté personnel et l'envie d'améliorer le bien-être, la santé du patient sont présents.

De plus, comme tout commerce, il y a des moments d'affluence et des moments plus calmes. Il n'est pas évident de consacrer du temps à un patient alors que la file d'attente s'allonge.

En outre, dans certaines pharmacies, les différents employés sont « spécialisés » dans un domaine. Par conséquent, il est nécessaire, pour bien conseiller le patient, que la

personne s'occupant plus spécifiquement du diabète soit disponible, présente au sein de la pharmacie au moment de la visite du patient.

Le facteur temps est indépendant de tout autre facteur. En effet, 6 pharmaciens ont évoqué cet aspect, sans lien évident avec leur connaissance ou non du système. Néanmoins, les pharmaciens interrogés sont ouverts à la consultation et accepteraient d'y consacrer du temps.



Dans la majorité des cas, ils sont disposés à consacrer au patient le temps nécessaire. Il est difficile de chiffrer la durée étant donné qu'elle est fonction du patient. Or chacun est unique. Certaines personnes comprennent rapidement alors que d'autres éprouvent plus de difficultés dans la compréhension de certains aspects de leur traitement. Certains posent des questions, d'autres non. Si le patient demande des informations, il faut la lui donner. S'il n'en demande pas, il est bon de vérifier que ce n'est pas parce qu'il croit la détenir, peut être de façon erronée.

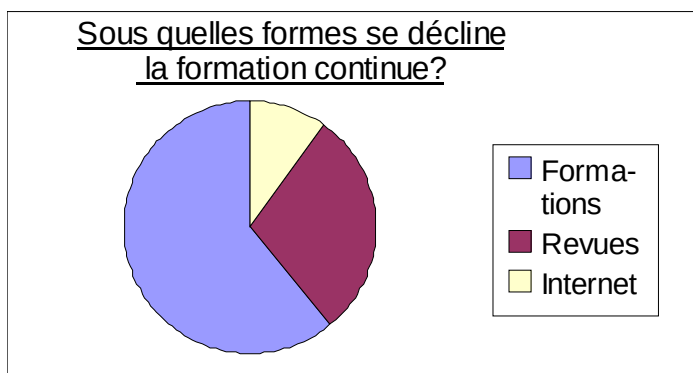
⇒ Afin de ne pas écourter le dialogue, de laisser un climat de confiance s'installer, il est important de prendre son temps, de ne pas se sentir pressé par le temps. Des tics nerveux, un air agacé peuvent bloquer le patient. La consultation pharmaceutique est un dialogue qui permet d'assurer le succès du traitement. Il ne faut pas la faire à la hâte. Faire revenir le patient à un moment plus calme où le pharmacien est disponible serait bénéfique au bon déroulement de la consultation. Fixer un rendez-vous peut être une alternative positive à cette situation.

c. Le manque de formations

Certains pharmaciens souhaiteraient davantage de formations concernant le diabète. Maladie fréquente de nos jours, les recommandations et les méthodes de traitement évoluent. Bien que suivant régulièrement une formation continue, les pharmaciens aimeraient pouvoir bénéficier de compléments.

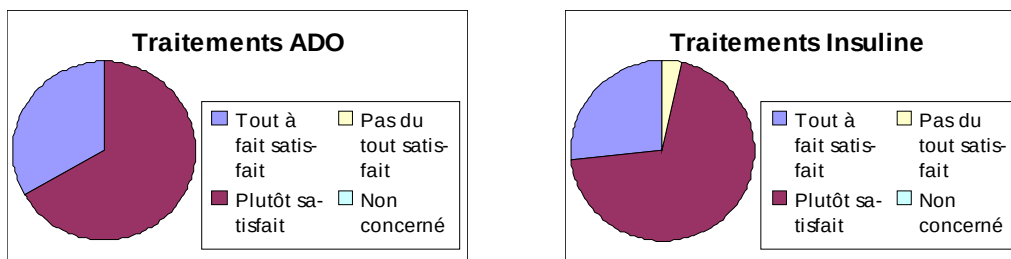
La formation continue des pharmaciens s'effectue pour la plupart d'entre eux en combinant différentes sources d'information. On retrouve essentiellement les formations proposées par divers laboratoires mais aussi les revues médicales comme l'indique le graphique ci-dessous. Un certain nombre d'entre eux se tourne maintenant vers internet. Facile d'accès, consultable à n'importe quel moment de la journée, ce moyen permet d'accéder à des données sur la plupart des sujets et de se tenir rapidement au courant des changements réalisés. Mais comme les patients, il est important de faire le tri dans les sites proposés et de retenir que ceux qui ont une valeur sûre.

⇒ Les formations en soirées sont plus compatibles avec l'exercice quotidien des pharmaciens. Il n'est pas toujours évident, pour eux, de s'absenter une ou plusieurs journées. La MDN en propose certaines mais d'autres organismes sont spécialisés dans ce domaine.



Afin de pouvoir résoudre ces problèmes de formation, faut-il encore savoir quels domaines sont à renforcer ?

Δ. Les traitements



La délivrance du traitement étant la fonction principale du pharmacien, il est heureux de constater que les pharmaciens se sentent à l'aise dans ce domaine et concernés.

Les nouveaux médicaments, les nouvelles recommandations de prescription passent rapidement dans la presse scientifique, sur internet, ou via les répartiteurs. Ceci permet aux pharmaciens de suivre facilement l'actualité.

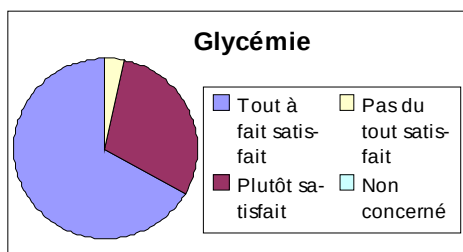
On remarque un peu d'insatisfaction chez certains pharmaciens en ce qui concerne l'insuline. Les schémas thérapeutiques étant complexes, le pharmacien a peu de rôle à jouer à ce niveau. Le diabétologue équilibre le traitement d'après les glycémies, le mode de vie, choisit le moyen le plus adéquat au bon suivi. De plus, l'initiation se faisant à l'hôpital, des séances d'éducation sont mises en place sous la directive d'infirmières pour expliquer aux diabétiques comment gérer leur traitement, comment adapter les doses d'insuline en fonction des résultats de glycémie.

Le traitement par insuline concerne les diabétiques de type 2 qui ne parviennent pas à contrôler leur glycémie avec les antidiabétiques oraux donc elle est souvent prescrite à des personnes plus ou moins âgées. Par conséquent, pour plus de commodités, le diabétologue prescrit généralement des soins infirmiers. L'infirmière se chargera des injections mais aussi souvent des contrôles de glycémie.

L'hôpital de Toul étant proche, les diabétiques se dirigent généralement vers cette structure pour les conseils, l'éducation. Spécialisé dans ce domaine, l'hôpital de Toul connaît ses patients et est à même de les renseigner au plus juste. Le pharmacien pourra néanmoins pour des raisons pratiques appeler l'hôpital et le traitement ainsi connu,

expliquer au patient les difficultés que celui-ci rencontre dans la mise en place de son traitement.

Δ. La glycémie



Autre élément capital dans la formation diabétique du pharmacien : la glycémie.

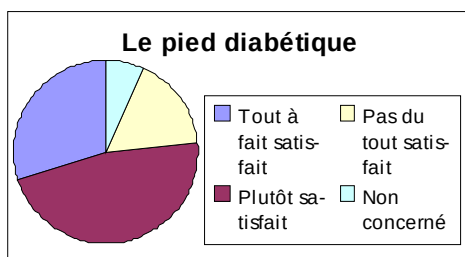
Là aussi tout semble bien se passer. Les pharmaciens se tiennent à jour des progrès effectués dans ce domaine. La fonction du pharmacien, à ce niveau, est d'expliquer le fonctionnement du lecteur, de donner au patient tous les éléments nécessaires et complémentaires à sa bonne mise en œuvre. Il est important de vérifier que le patient reparte avec tout le matériel : le lecteur, les bandelettes et les lancettes adéquates et une bonne connaissance de son utilisation.

Très simples, multifonctions, ces appareils se manient facilement. Une fois les paramètres enregistrés, seuls les numéros de lot seront tenus d'être modifiés à chaque changement de bandelettes.

Les patients diabétiques de type 2 sont confrontés à ces lecteurs lors de la mise en place d'une insulinothérapie dans la plupart des cas. Par conséquent, ces personnes, plutôt âgées, ne sont pas de l'ère « informatique ». Ce petit appareil, très simple pour nous, peut paraître fort compliqué pour elles.

Il est important que le pharmacien maîtrise parfaitement le fonctionnement du lecteur afin de pouvoir l'expliquer clairement au patient. En effet, si l'officinal hésite, le patient repartira, dans la plupart des cas, avec une vision approximative de l'usage de l'appareil, des idées confuses et un risque de non utilisation de ce dernier.

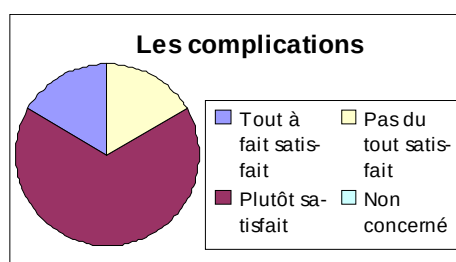
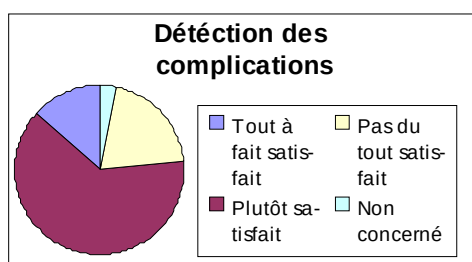
Δ. Le pied du diabétique



Pour les $\frac{3}{4}$ des pharmaciens, le pied du diabétique est bien connu. Une minorité de pharmaciens se sent non concernée par ce point qu'ils jugent plus du ressort du podologue ou du médecin. Bien sûr, le rôle du pharmacien ne consiste qu'en des conseils, des moyens de prévention (cf II.1.h).

Le pied du diabétique est un élément à ne pas négliger. Le moindre doute sur une lésion doit conduire à une consultation médicale. L'amputation est encore trop souvent l'ultime étape d'une négligence.

Δ. Les complications

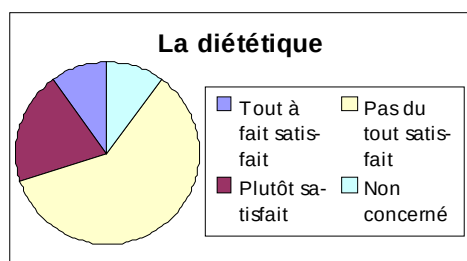


La détection des complications est du ressort du médecin, mais le pharmacien peut rappeler au patient les moyens qui existent. Ils ont aussi le devoir de faire attention aux petits « soucis » quotidiens qui pourraient être le départ de complications plus ou moins importantes. La pharmacie étant un lieu ouvert, le patient aura plus tendance à demander

des conseils aux pharmaciens pour des maux qui lui semblent bénins que d'en parler à son médecin. Devant la répétition, l'intensité des troubles, le terrain du patient, il sera plus ou moins fortement conseillé au patient de consulter.

Toute complication nécessite des soins et parfois des médicaments supplémentaires d'où une source d'angoisse en plus. Le pharmacien peut fournir des informations, des conseils sans pour autant angoisser le patient. Un patient informé est un patient plus serein.

Δ. La diététique



Le pharmacien n'est pas formé à cette discipline. Les $\frac{3}{4}$ des pharmaciens ne peuvent conseiller sur ce point. Possédant quelques bases dans ce domaine, le pharmacien n'ayant pas suivi de formation plus approfondie dans ce domaine ne pourra donner que quelques informations générales. De nombreuses pathologies (hypertension, dyslipidémie, ...) requièrent la mise en place de mesures diététiques pour la bonne efficacité des médicaments. Pour les pathologies simples, le pharmacien sait quels aliments sont à conseiller et lesquels sont à éviter. Mais le diabète nécessite un approfondissement plus complet. Les compétences actuelles des pharmaciens, sauf formation suivie en surplus du cursus, ne permettent pas d'y répondre. La diététicienne est la personne adéquate.

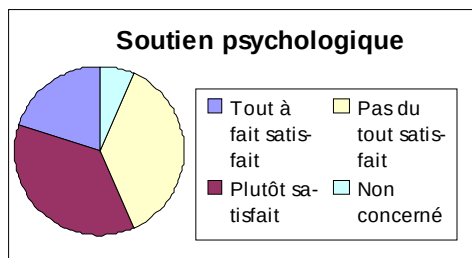
Expérience d'une pharmacie :

Une pharmacie située à proximité d'un cabinet regroupant plusieurs endocrinologues a souhaité mettre à disposition de sa clientèle diabétique des compléments alimentaires spécifiquement adaptés à leurs besoins. La gamme choisie « Diatical Kot du Docteur Allouche » avait comme avantage de posséder un index

Partie 2 : Étude personnelle : Maison du Diabète et de la Nutrition de Nancy et 54.

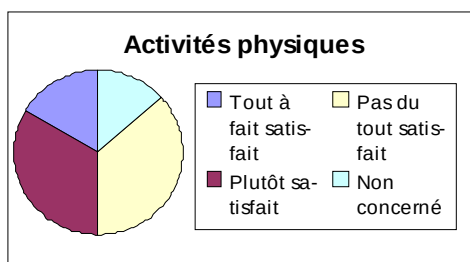
glycémique faible, d'être une source de protéines. Vendu à un prix raisonnable d'environ 14 € le paquet de 7 repas, cette ouverture n'a pas eu le succès escompté. En effet, les diabétiques n'ont pas suivi.

Δ. Le soutien psychologique



Professionnel de proximité, le pharmacien est une écoute, une oreille attentive pour les patients. Même sans avoir suivi de formation, chaque personne est humaine. Les patients veulent, tout simplement, se confier et n'attendent dans la plupart des cas qu'une écoute. Tout en restant empathique, le pharmacien peut soutenir, remonter le moral des patients par quelques mots. La moitié des pharmaciens jugent satisfaisant leur manière d'être. D'autres évoquent des difficultés, il est capital de garder de la distance, de ne pas s'identifier aux patients. D'autres pensent encore que leur rôle n'est pas à ce niveau.

Δ. Les activités physiques



Il n'est pas toujours évident de conseiller une activité physique à un diabétique. En effet, celle-ci va engendrer des répercussions sur la glycémie qu'il va falloir prévenir ou gérer. Par conséquent, il est toujours recommandé aux patients d'être vigilant, d'avoir du sucre ou d'autres substituts sur soi pour contrer les hypoglycémies.

Certains sports peuvent être contre-indiqués si le diabète est mal contrôlé comme la plongée, l'escalade. On préférera généralement les sports d'endurance (natation, marche, jogging, ...) qui sont bénéfiques pour diminuer l'insulino-résistance, aider à la perte de poids mais présentent également une action favorable sur les problèmes de santé généralement associés au diabète de type 2 : hypertension artérielle, hyperlipidémies.

L'important pour conseiller une activité sportive est de considérer le patient dans sa globalité : son âge, ses capacités, ses envies, ...

d. Le manque de confidentialité

La santé est personnelle. La confidentialité est un aspect important. Elle entraîne un sentiment de confiance qui débouche sur des confidences. Il est faux de penser que le patient ne veut pas d'informations. Il est plus juste de dire que la structure et l'organisation ne créent pas un climat propice à la discussion entre le pharmacien et son patient.

Le pharmacien est soumis au secret professionnel (articles R. 4235-55 du CSP et R. 5015-5 et 55 du code de déontologie) (annexe 8). Les pharmaciens se rendent facilement compte que le comptoir n'est pas l'endroit idéal pour parler tranquillement. Lors d'un entretien avec un patient, il y a toujours des oreilles qui traînent, des patients curieux, pressés qui ne respectent pas la distance de confidentialité. Tout le monde veut tout savoir, sur tout le monde. On constate souvent ceci dans les villages, les petites villes.

➡ Afin de restaurer un espace de confidentialité au sein de la pharmacie, si la structure le permet, il est souhaitable de créer un petit poste à l'écart, d'organiser différemment les comptoirs. Certaines pharmacies ont prévu un poste où les patients peuvent s'asseoir. Le comptoir peut ainsi faire office de table. L'officinal et le patient sont à la même hauteur, sans barrière, et le dialogue peut s'ouvrir plus facilement. Mais attention, il ne faut pas recourir à des aménagements risquant de signaler tel ou tel patient aux yeux d'autres personnes.

A défaut de changement structurel de la pharmacie, quelques petites modifications peuvent être appliquées :

Partie 2 : Étude personnelle : Maison du Diabète et de la Nutrition de Nancy et 54.

- Il est possible de demander aux employés de respecter l'entretien entre le pharmacien et le patient et d'éviter les interruptions, si possible.
- Pratiquer la consultation dans un endroit privé ou semi-privé, à l'écart.
- Maintenir une distance adéquate avec le patient (0,5 à 1,25m). Le comptoir est souvent un obstacle au dialogue.
- Du point de vue de la communication : regarder le patient dans les yeux, avoir une ouverture corporelle (ne croiser ni les bras, ni les jambes), utiliser un langage adéquat, adopter une voix modérée, être empathique, éviter les habitudes nerveuses (toux inopportune, coups de crayon sur la table, ...).
- Il est également envisageable de fixer un rendez-vous, faire revenir le patient à un moment de moindre affluence dans la pharmacie.

e. Le manque de bénéfices

Indirectement mis en avant, le temps consacré à cette consultation représente un manque de bénéfices pour la pharmacie. En effet, lieu de santé, la pharmacie est aussi un commerce. Le pharmacien est un acteur de la santé mais aussi un « chef d'entreprise ».

⇒ Conscient de cet aspect du métier, la MDN rémunère à hauteur de 21 € les consultations pharmaceutiques. Le patient ne débourse rien, la transaction s'effectue directement entre la MDN et la pharmacie via un formulaire. Ainsi, le temps « perdu » à la rentrée d'argent est compensé et le métier de pharmacien valorisé.

III.3. Les thèmes abordés au comptoir

Le diabète est une maladie plurifactorielle. De nombreux paramètres sont à prendre en compte afin que le patient reçoive une éducation complète. Il est intéressant d'évoquer, lors des visites des patients, parcimonieusement, certains aspects, de rappeler des concepts parfois lointains. Quelques phrases bien placées permettent souvent d'en savoir plus qu'un long discours sur les connaissances, les inquiétudes du patient.

a. Le traitement proprement dit

Expliquer le **traitement médicamenteux** est la base pour un pharmacien, qui est le spécialiste du médicament. Un pharmacien sur 2 s'y applique (17 pharmaciens). Ce chiffre est biaisé par les patients sous **insuline** car pour ces derniers, le pharmacien a peu d'intervention. En effet, le traitement s'installant à l'hôpital, le patient suit des cours d'éducation auprès des infirmières le plus souvent.

Le **contrôle de la glycémie** est un thème très largement présent au comptoir. 24 pharmaciens le citent parmi les thèmes fréquemment abordés. La remise du matériel peut s'effectuer par le pharmacien ou une structure annexe. Mais les renouvellements (bandelettes, lancettes, ...) sont toujours à la charge de l'officinal. Par conséquent, c'est un instant propice au questionnement aussi bien pour le pharmacien que pour le patient. Il est important que le pharmacien soit ouvert. En effet, devant une non délivrance de bandelettes ou de lancettes, il est souhaitable de rappeler que même sans signe clinique, le diabète entraîne des complications parfois irréversibles en raison d'hyperglycémies répétées et que la seule façon d'équilibrer au mieux le traitement est de communiquer au médecin les valeurs de glycémie.

b. Les thèmes relatifs aux complications

Près d'un pharmacien sur 2 (12 réponses) évoque les **examens de suivi** (Hb glyquée, albuminurie, ...). Ils mentionnent également couramment les **complications** (16 réponses), les conseils relatifs au **pied du diabétique** (16 réponses), surtout si ce dernier souffre d'insensibilité.

Les **hypoglycémies** sont davantage sources de questions et d'inquiétude que les **hyperglycémies** (11 réponses contre 8). En effet, la population générale connaît mieux les signes cliniques reflétant une hypoglycémie : malaise, pâleur, sueurs froides, tremblements, palpitations, ... De plus, l'hyperglycémie clinique ne sera observable que pour des taux très importants. Cette constatation s'observe essentiellement au début du traitement puis les deux thématiques se rejoignent selon les commentaires reçus, surtout pour les personnes possédant un lecteur de glycémie.

c. Les thèmes annexes

L'exercice physique est plus rarement source d'interrogations. Les personnes souffrant de diabète de type 2 sont dans la majorité des cas des personnes ayant un certain âge par conséquent leur rapport avec le sport est moins risqué. En effet, les sports les plus à risque (plongée, escalade, ...) sont moins pratiqués. Le sport n'est pas un acte à prendre à la légère. Il faut savoir contrôler sa glycémie (le sport étant hypoglycémiant) mais aussi choisir un sport adéquat.

Certaines situations nécessitent des précautions comme celle de passer un électrocardiogramme chez des personnes de plus de 50 ans, fumant ou ayant deux facteurs de risque en plus du diabète.¹⁴

Le **poids** est quelquefois mentionné. Les personnes souffrant d'un surpoids ou d'obésité sont conscientes de leur état, des changements qu'elles devraient appliquer dans leur vie. Peu de questions viennent à ce niveau et le pharmacien n'y fera que peu allusion (4 réponses) si ce n'est indirectement par le rappel des complications par exemple.

L'alimentation (15 réponses) est souvent rapportée par les pharmaciens bien que comme vu précédemment (cf III.2.c), ils ne se sentent pas forcément très satisfaits dans ce domaine.

Dans la population générale, le diabète est relié à un excès de sucre et selon eux, le traitement consistera généralement en sa suppression. Il est important de corriger cette idée reçue : le sucre est permis car nécessaire pour le bon fonctionnement de l'organisme. Il faut en consommer quotidiennement mais éviter tout excès. Tout comme les graisses : certains sont bonnes d'autres mauvaises.

Partie 2 : Étude personnelle : Maison du Diabète et de la Nutrition de Nancy et 54.

Thèmes	Nombre de pharmaciens
La pathologie	8
Les traitements	17
L'alimentation	15
L'exercice physique	6
Le poids	4
Les examens de suivi	12
Le pied diabétique	16
Les complications	16
L'hypoglycémie	11
L'hyperglycémie	8
Les injections d'insuline	10
Le contrôle glycémique	23
Les aspects sociaux	5

Tableau reprenant les différents chiffres obtenus lors de notre enquête suite à la question : « Quels sont les thèmes les plus fréquemment abordés au comptoir ? ».

III.4. Les attentes des pharmaciens

Pour les pharmaciens, la MDN Nancy et 54 fait office de relais là où ni le médecin, ni le pharmacien ne peuvent intervenir faute de temps ou de compétences adéquates. En effet, les officinaux peuvent consacrer du temps à l'apprentissage du traitement, à expliquer le traitement, les bonnes habitudes à prendre, celles à oublier, ... Mais si le patient rencontre des difficultés à intégrer les différents concepts, il est plus légitime de l'envoyer vers une structure spécifique.

Les pharmaciens souhaitent s'impliquer davantage dans le développement de la consultation pharmaceutique. Pour un certain nombre d'entre eux, c'est déjà un acte effectué couramment. Par conséquent, la consultation mise en oeuvre par la MDN n'est que la preuve écrite de leurs actions et ne pose par conséquent aucune réticence.

Partie 2 : Étude personnelle : Maison du Diabète et de la Nutrition de Nancy et 54.

Praticien secondaire dans le fonctionnement de la MDN, ils aimeraient pouvoir eux-mêmes orienter leurs patients vers cette structure sans rencontrer de réticence de la part du médecin traitant. En effet, par le suivi du patient, la connaissance de ses traitements, l'officinal sait qui est diabétique ou non. Mais n'étant pas qualifié pour le diagnostic, ne connaissant pas les résultats biologiques, il ne peut envoyer les patients directement. Le maillon « médecin traitant » est incontournable.

Les pharmaciens souhaiteraient également plus de coopération avec les médecins. La mise en place d'un traitement devrait concerner tous les professionnels de santé. Le patient se confiant plus volontiers au pharmacien, le dialogue serait plus que bénéfique pour l'équilibre du traitement. La Maison du Diabète permet de regrouper tous les professionnels de santé en un lieu unique, différent de leur pratique habituelle. Ainsi, la coopération, la coordination sont favorisées.

3^{ème} *Partie* :

Discussion et Perspectives

Un rôle réel au sein de la MDN de Nancy et 54 ?

La consultation pharmaceutique proposée par la Maison du Diabète de Nancy et 54 rencontre des difficultés pour se développer. Centrée pour le moment sur le traitement médicamenteux et l'autosurveillance glycémique, cette consultation permet au pharmacien de faire un bilan sur l'éducation du patient face à sa pathologie. Confiance, confidentialité, personnalisation, connaissances, disponibilité sont les atouts de ce procédé.

Néanmoins, cette consultation met du temps à prendre place. Pour quelles raisons ? Quels en sont les freins ? Quelle meilleure solution que de se rendre sur place pour les connaître.

Le développement de cette consultation est ralenti par la faible participation des médecins généralistes dans cette voie. Points de départ du système, il est capital qu'ils adhèrent à la MDN* pour en faire bénéficier leurs patients. En effet, certains médecins émettent une résistance face aux réseaux, aux pharmaciens. Ils dénoncent un non droit à la consultation, tâche qui leur serait dévolue. Mais il est bon de rappeler que l'un comme l'autre sont des professionnels de santé. Leurs rôles sont complémentaires dans l'éducation du patient et non conflictuels. Chacun apporte son savoir et son temps !

Ces derniers dénoncent un manque de temps, une surcharge de travail incombée par les papiers à transmettre à la MDN*. Trop souvent sollicités, ils négligent leur implication dans ce réseau et pénalisent ainsi leurs patients. Des démarches sont réalisées régulièrement auprès des médecins afin de les sensibiliser mais les résultats ne sont pas probants.

Néanmoins, si la MDN* ou la pharmacie rencontre un médecin récalcitrant face à l'adhésion d'un patient pour qui la MDN* serait une aide précieuse, la MDN* peut contacter directement ce médecin et lui exposer les avantages de cette structure. Ainsi, le médecin pourra émettre ses oppositions, ses questions, ses doutes et se faire une nouvelle opinion.

Il est navrant que les différents professionnels de santé se mettent des bâtons dans les roues alors que leur but est le même : la santé de leurs patients !

Partie 3 : Discussion et Perspectives

Les problèmes de manque de temps et de personnel également mentionnés peuvent être facilement contournés par la mise en place de rendez-vous. Toute pharmacie connaît des moments d'affluence et des moments plus calmes. Il suffit donc de consacrer du temps à la consultation pendant les moments creux de la journée : plus de disponibilité, plus de confidentialité et par conséquent, un meilleur rapport avec le patient.

Les limites de notre étude

Notre étude se déroule en Meurthe-et-Moselle, dans la zone desservie par la MDN* de Nancy et 54. Les pharmacies interrogées se trouvent au maximum dans un rayon de 30 km (Nancy-Pont à Mousson, Toul, Neuves Maisons, St Nicolas de Port) sachant que des maisons satellites sont implantées un peu partout facilitant ainsi l'accès aux malades et à leur entourage.

Point faible de cette thèse : le nombre de pharmaciens ayant répondu au questionnaire.

En effet, il n'est pas évident de toujours parvenir à parler aux titulaires, à la personne responsable du diabète au sein de la pharmacie, ... Les raisons sont multiples : manque de temps (trop de clients, trop de travail, seul pharmacien ce jour là), absence, manque d'intérêt, ...

Parallèlement d'autres fournissent un effort aussi bien pour faire évoluer les choses, qu'en souvenir de leur passé. Les pharmaciens sont curieux, ils apprécient de se tenir au courant. Ils sont souvent étonnés de découvrir qu'une telle structure existe et qu'ils ne soient pas avertis d'autant plus qu'ils peuvent y jouer un rôle.

Le pharmacien a-t-il vraiment un rôle dans l'éducation thérapeutique du patient ?

Le pharmacien est un professionnel de santé avant tout. Spécialiste du médicament, il est responsable à la fois du contrôle des prescriptions et de leur délivrance. Mais pas seulement... Interface de proximité avec le public, il est bien placé pour lui fournir

Partie 3 : Discussion et Perspectives

des conseils sur la prévention, des informations scientifiques vraies, faire le tri sur les idées reçues, pour répondre à leurs interrogations et bien sûr fournir les explications relatives au traitement délivré. On lui demande souvent conseil avant ou après la consultation médicale. Il n'est pas rare, dans des cas d'urgence que le pharmacien délivre un médicament réservé à la prescription sans présentation d'une ordonnance. Bien évidemment ceci reste ponctuel et sous la responsabilité du pharmacien. Même en présence d'une ordonnance, la responsabilité du pharmacien est réellement engagée.

Le pharmacien ne doit en aucun cas ni suppléer le médecin, ni moduler son diagnostic et sa prescription. Le conseil ne doit jamais dépasser son objectif !

De plus, à tout moment, toute personne peut le solliciter pour un dépistage (diabète, hypertension artérielle). Grâce aux campagnes, cet aspect est assez bien connu du public et peut permettre d'entamer une conversation en rapport avec la pathologie et les facteurs de risque. Ainsi l'officinal pourra brièvement redonner les recommandations d'usage.

« Les pharmaciens doivent quitter leur comptoir et aller servir le public en lui proposant des soins plutôt que de simples produits. Il n'y a pas d'avenir si l'on se limite à la dispensation ». ⁵¹

L'officinal a un rôle d'éducation non négligeable. Alors que le diabète est déjà surnommé « le fléau du siècle », il est capital de limiter au mieux sa propagation mais également de prévenir les complications résultantes de cette maladie. Le pharmacien, par ses connaissances, est capable et se doit de jouer son rôle dans la promotion et l'éducation à la santé. Son absence de position dans ce domaine pourrait lui être reprochée. En effet, les pharmaciens se doivent de respecter leur code de déontologie et l'article R. 5015-2 mentionne qu'« ils doivent contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale ». Cette implication valorise l'exercice professionnel :

- mise en pratique des connaissances,
- établissement d'une relation de confiance avec le patient,
- fidélisation de la clientèle,
- diversification des activités.

Mais elle permet aussi au pharmacien de s'enrichir personnellement :

- reconnaissance des aptitudes,

Partie 3 : Discussion et Perspectives

- action pour le bien-être, la santé d'autrui.

Alors que la société change (vieillesse de la population, démographie inégale des professionnels de santé), le pharmacien a devant lui l'opportunité de faire évoluer sa profession, de mettre à la disposition de la population ses connaissances trop souvent ignorées. Mais il est vrai également que l'intervention du pharmacien dans de nouvelles tâches peut être source d'interrogations. Un effort de communication est à entreprendre à ce niveau aussi bien du côté des autres professionnels de santé, que de la population en général.

Quelle place le pharmacien a-t-il actuellement au sein du système de santé ?

Le système de santé est en pleine mutation. Il est difficile, actuellement, de définir la place du pharmacien dans le système de santé et son avenir. Tant de paramètres sont sur le point de changer, que le métier de pharmacien est à ce jour mal défini. Le pharmacien d'il y a 20 ans n'est pas le pharmacien d'aujourd'hui et le pharmacien d'aujourd'hui ne sera pas celui de demain. Suppression du *numerus clausus*, développement des sociétés (SEL, ...), perte du monopole pharmaceutique provoqueront de grands changements dans le quotidien des officinaux. Le pharmacien de quartier, de campagne, indépendant, aura-t-il toujours la possibilité de survivre aux côtés de plus grosses structures ?

Le système est en pleine évolution, en proie à de nouvelles réformes souvent controversées. Les différentes catégories médicales s'opposent pour conserver leurs domaines d'application, faire valoir leurs droits. Comment se fait-il que les différents professionnels de santé ne s'unissent pas pour le bien de leurs patients ?

A la mise en place des consultations pharmaceutiques par un groupe de mutuelles, on pouvait lire : « *Si les pharmaciens font désormais des consultations, les médecins pourraient-ils prétendre délivrer des médicaments à la place des pharmaciens ?* ». Il est capital de différencier une consultation médicale d'une consultation pharmaceutique. Le médecin est le spécialiste du diagnostic, il est responsable de la stratégie thérapeutique. Alors que le pharmacien est, quant à lui, le spécialiste du médicament. Il est vrai que le

Partie 3 : Discussion et Perspectives

pharmacien peut conseiller et donner des médicaments directement au patient mais seulement pour des troubles bénins (rhumes, maux de tête, mycoses, ...) et après un entretien. Le pharmacien a un rôle de premier recours. 50% des médecins interrogés désirent même voir s'accroître ce rôle de premier recours.^{25, 38}

Mais attention, le pharmacien peut, comme nous l'avons précédemment mentionné, conseiller des médicaments ne nécessitant pas d'ordonnance. Mais il n'est pas pour autant prescripteur. On entend parfois le terme « pharmacien-prescripteur » mais il n'est pas approprié. Ces prescriptions ne sont possibles que dans des cadres précis (maladies chroniques stabilisées, contraceptifs oraux).

Parler de « pharmacien relais de prescription » semble plus conforme à la réalité et exprime la complémentarité des deux métiers. L'idée d'une santé publique coordonnée est évoquée.

Évidemment la consultation pharmaceutique n'est qu'un acte unique et ponctuel alors que la prévention est globale et permanente mais c'est un moyen de mettre en évidence les actes du pharmacien trop souvent méconnus du public.

Alors que le pharmacien peut depuis peu (parution le 7 février 2008 du décret au Journal Officiel) renouveler des ordonnances pour les malades chroniques, quelle meilleure opportunité pour lui et le patient de faire un point sur le traitement, un suivi personnalisé. Ce principe de renouvellement est soumis à des conditions (traitement de 3 mois, délivrance du plus petit conditionnement).^{30, 31} C'est un début pour le pharmacien, une nouvelle perspective, qui permettra peut être, dans les années à venir, d'élargir ses compétences. Mais attention un transfert de tâches s'accompagne aussi d'un transfert de responsabilités.

Il est fondamental que les pharmaciens et les médecins se rapprochent. Les réseaux de santé peuvent renforcer les liens tout en contribuant à améliorer l'efficacité et la sécurité des soins prodigués. Il s'agit d'un partenariat fondé sur davantage de complémentarité.^{21, 22, 34}

Les professionnels de santé doivent coopérer, savoir transférer des tâches et des compétences afin d'être plus actifs dans les fonctions qui leurs sont spécifiques. Face à la consultation pharmaceutique, les médecins se sentent agressés, ils ont l'impression que

Partie 3 : Discussion et Perspectives

les pharmaciens leur prennent une part de leur travail alors qu'en réalité il s'agit plutôt de les épauler.

La moitié des médecins généralistes reconnaît une légitimité possible aux officinaux pour exercer un rôle complémentaire dans la prise en charge des patients. Ils verraient bien le pharmacien davantage impliqué dans les actions de dépistage.²⁵

Pour exemple, le Royaume-Uni teste actuellement le transfert d'ordonnances électroniques entre les médecins et les pharmaciens. En effet, les patients suivant des traitements au long cours ne sont plus obligés de passer par leur médecin pour le renouvellement de leur traitement. Au terme de la prescription, le médecin envoie directement à la pharmacie du patient le renouvellement via une plate-forme informatique sécurisée. Ceci devrait permettre de minimiser les déplacements et d'éviter les erreurs faisant suite au recopiage des ordonnances. De plus, le gain de papier pour l'environnement est non négligeable. Débuté en octobre 2007, ce procédé sera expérimenté durant 2 ans.⁵³

Il est temps que les divers professionnels de santé français arrêtent de se dénigrer et commencent à collaborer pour la santé de leurs patients. Il faut redonner une image valorisante du système de santé et optimiser les chances de guérison, de qualité de vie des patients.

Quel bénéfice pour les patients ?

L'impact des soins pharmaceutiques* a été observé par une étude américaine sur une population diabétique, en mai 2007. L'encadrement d'un diabétique est complexe, il se passe sur du long terme et demande beaucoup d'efforts. Une éducation médiocre peut induire un certain nombre de complications.¹¹

L'étude s'est déroulée en deux temps. Des diabétiques ont été interrogés sur leurs expériences : comment jugent-ils les informations reçues pour assurer leur auto-éducation ?, le pharmacien est-il empathique ?, avec quelle habileté le professionnel de santé répond-t-il à leurs questions ? Puis les diabétiques rencontraient leurs pharmaciens tous

Partie 3 : Discussion et Perspectives

les trois mois durant un an. Ces entretiens étaient focalisés sur l'information du patient et son auto-éducation. Les pharmaciens coopéraient avec les médecins (modification du traitement diabétique ou des comorbidités, partage des données du laboratoire, ...). Après cette phase, les diabétiques étaient de nouveau soumis à un questionnaire.

Il a été observé que les patients revendiquent une meilleure qualité des soins à la fin de l'étude. Les participants montrent une amélioration dans leur contrôle glycémique mais aussi lipidique et tensionnel. De plus, les patients ayant donné les plus mauvaises opinions sur les soins pharmaceutiques* ont présenté les plus fortes augmentations dans leur perception de la qualité. Les services de soins pharmaceutiques* ont donc permis de développer positivement les côtés clinique, humanitaire et économique.

La satisfaction des diabétiques et leur observance* sont supérieures si ces derniers prennent part à la mise en place de leur traitement et aux diverses décisions avec le médecin. Les patients veulent se sentir respectés, en confiance, autonomes ou à un niveau égal concernant les décisions.

Une étude norvégienne⁴³, menée en été 2005, porte sur l'implication des pharmaciens norvégiens dans la pratique des soins aux diabétiques. Il en ressort que les pharmaciens sont plus ou moins investis dans ce domaine. Les sujets les plus fréquemment évoqués sont : comment prendre les médicaments ?, quels peuvent être les effets secondaires ?, et l'importance de la diététique. Il en ressort également que les pharmaciens souhaitent étendre leurs services dans ce domaine : conseiller sur l'utilisation des médicaments, donner les recommandations pour l'autosurveillance glycémique, le contrôle de la glycémie, mesurer la pression artérielle, développer la diététique. Les services sont très variables d'une pharmacie à une autre mais tendent à évoluer positivement.

De nombreux pays donnent plus de poids aux pharmaciens : le Royaume-Uni mais aussi le Québec, la Finlande, ... La France marche au ralenti dans ce domaine en raison des nombreuses barrières rencontrées et des mentalités qui ont du mal à évoluer. Les consultations pharmaceutiques ont fait leurs preuves dans d'autres pays, pourquoi ces bénéfices ne se reproduiraient-ils pas en France ? ^{12,46}

Vers un travail officinal de qualité... ³³

La qualité et la sécurité sont devenues depuis déjà de nombreuses années des objectifs indispensables au sein d'une pharmacie. Alors que l'acte pharmaceutique* est en pleine évolution (droit de substitution, premier recours dans bien des occasions, droit au renouvellement d'ordonnances chroniques, ...), ces éléments sont fondamentaux.

En France, il existe **la formation PRAQ** (Pharmacien Responsable de l'Assurance Qualité). Créée en 2004, elle consiste en une journée de formation et à pour but de donner les clés pour garantir un service officinal de qualité (exécution d'une ordonnance, réponse à des questions conseils, suivi de dossiers de tiers-payant, respect de la chaîne du froid, ...). Elles concernent les pharmaciens titulaires et leurs adjoints. En 3 ans, plus de 5000 pharmaciens l'ont suivi. Selon Thierry Barthelmé, président de l'UTIP, « jamais une formation n'a été effective pour autant de personnes en aussi peu de temps ». Cette déclaration montre le souhait des pharmaciens d'exercer dans de bonnes conditions, d'offrir le maximum de sécurité et de garanties aux patients.

Devant le succès de cette formation, une deuxième a été mise en place : **AQEQ** (Assurance Qualité par l'Equipe Officinale) et concerne tous les employés de l'officine. Ainsi, l'équipe partage avec le pharmacien la même approche pour mener une dispensation irréprochable.

Perspectives ^{22, 25, 28, 35}

Les professionnels de santé et leurs instances, les patients et leurs proches, les associations souhaitent le développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Mais à ce jour, l'organisation et les modalités de mise en œuvre de l'ETP ne font l'objet d'aucun consensus. Tous les professionnels de santé peuvent intervenir dans la démarche d'ETP à condition de respecter la coordination et la transmission des informations (annexe 9).

Partie 3 : Discussion et Perspectives

Devant l'évolution du métier de pharmacien, des adaptations doivent être mises en place notamment au niveau du mode de rémunération. Actuellement, tout acte réalisé par les officinaux français est invisible pour la Sécurité Sociale. En effet, l'acte est rémunéré, à ce jour, par la marge commerciale.

Dans de nombreux pays, les pharmaciens sont rémunérés pour leurs actes pharmaceutiques donc reconnus pour leur travail. Au Québec, l'émission de l'opinion pharmaceutique et le refus de délivrer sont rémunérés. Depuis 2004, les pharmaciens reçoivent également une rémunération pour la reconnaissance de leur acte face à la contraception d'urgence. En effet, que la consultation se termine par la délivrance ou non de la contraception, les pharmaciens sont indemnisés.

A l'aube d'un changement au sein du système de santé, la France ne sait comment rémunérer ces actes. L'acte pharmaceutique* est au centre de l'évolution de l'officine. Deux méthodes de rémunération sont à l'étude :

- Les nouveaux services définis pourraient venir s'ajouter tout simplement à l'activité traditionnelle et à sa rémunération.
- Il serait également envisageable de différencier les deux composantes du travail de l'officinal : d'une part la vente des médicaments et de l'autre les services spécifiques rendus. Il serait donc nécessaire de définir les actes accomplis au sein de l'officine : la dispensation, la concertation avec la médecin, le suivi du patient, l'intervention au domicile du patient, ...

Tous les actes, scientifiques, techniques, relationnels et administratifs devront être répertoriés.

L'enjeu de cette rémunération n'est pas à prendre à la légère car ces services sont en plein développement dans un contexte économique difficile.

Afin de coordonner le système de santé, de nombreuses personnes émettent l'hypothèse de formations communes pour les pharmaciens, les médecins, les infirmières, les kinésithérapeutes, ... En effet, toutes ces personnes exercent dans le but d'améliorer l'état de santé de leurs patients. Leurs rôles sont complémentaires, donc il serait utile qu'ils se rencontrent, échangent. Chaque maillon de la chaîne de soins est nécessaire

Partie 3 : Discussion et Perspectives

pour améliorer l'état de santé du patient. Au sein des réseaux, ce procédé est déjà mis en place autour de thématiques.

Depuis quelques années, une première année de faculté commune pour les pharmaciens et les médecins est envisageable. Mais il est évident que par la suite, ces formations doivent se différencier car leurs objectifs sont différents. Des séances communes en fin de cursus pourraient être bénéfiques.

Une enquête menée par Direct Medica permet de définir les caractéristiques propres à chaque profession vues par l'opposé. Ainsi,

Le pharmacien idéal vu par le médecin :

- *il est disponible pour ses patients et non ses clients,*
- *il connaît bien ses patients,*
- *il connaît bien les prescripteurs,*
- *il rend service à la population,*
- *il a son domaine de compétences, et il est conscient de sa complémentarité avec le médecin.*

Le médecin idéal vu par le pharmacien :

- *il prend en charge son patient avec rigueur et humanité,*
- *il fait preuve d'humilité, d'empathie et d'altruisme,*
- *il travaille en symbiose avec tous les acteurs de la chaîne de soins.*

Il est important d'établir un dialogue entre les professionnels de santé car ainsi la confiance, le transfert de travail s'effectuera plus facilement et plus sereinement. Tout acte effectué par l'un comme par l'autre à la frontière de ses compétences devrait être communiqué à l'autre et non appris involontairement. De nombreux médecins

Partie 3 : Discussion et Perspectives

reconnaissent la légitimité du pharmacien dans la prise en charge du patient. Il est important que tous coopèrent, qu'il y ait des transferts de tâches et de compétences.

Les réseaux sont un bon moyen de mettre en commun les informations et l'entente semble supérieure car le contexte est différent. Les praticiens de santé sont volontaires, bénévoles dans les réseaux et semblent peut être plus enclins à partager, mettre en commun. C'est un partenariat fondé sur davantage de complémentarité.³⁴

Les officinaux ont besoin de consolider leur image et de s'ouvrir à de nouveaux services. Il est également nécessaire d'entreprendre une action au niveau du public.

CONCLUSION

Ouverte depuis 2004, la MDN de Nancy et 54 est une structure qui a de l'avenir. Face à l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques dont le diabète, et à la décroissance du nombre de professionnels de santé, cette structure peut fournir un lieu ouvert à tous pour la recherche d'informations, de conseils.

Le patient souhaite de plus en plus prendre part aux décisions le concernant, devenir autonome dans la gestion de son traitement. Pour cela, il a besoin d'un apprentissage qui nécessite du temps et des connaissances.

Le médecin est souvent surchargé de travail. Le pharmacien, quant à lui, est plus disponible à certains moments de la journée et peut jouer son rôle d'éducateur de santé. La consultation pharmaceutique mise en place par la MDN* est le reflet, la preuve écrite du travail que le pharmacien fait et se doit de faire au quotidien. Le pharmacien est la continuité du médecin, il délivre le traitement et se doit de fournir les conseils qui permettront de mieux optimiser ce traitement. Chez le diabétique, il doit vérifier que la surveillance glycémique s'effectue dans de bonnes conditions, et que le résultat est bien interprété par le patient. Mais là encore son rôle est restreint. En effet, si le patient éprouve des difficultés à intégrer, à mettre en pratique les modifications de ses habitudes bénéfiques pour sa santé, il est utile de le diriger vers une structure qui puisse le prendre en charge : la Maison du Diabète et de la Nutrition.

La consultation pharmaceutique s'est peu développée suite à de nombreux freins qui ont été cités durant notre travail.

Il est regrettable que les médecins n'utilisent pas davantage cet outil. Surchargés de travail, ils trouvent contraignants les modalités de souscription à la MDN* : trop de papiers à remplir, manque de temps.

Un autre frein souvent mentionné est le manque de temps, de personnel au sein de l'officine. Mais en adaptant les emplois du temps par la fixation de rendez-vous par exemple, ces freins peuvent être levés tout en favorisant le dialogue par plus de confidentialité.

Les connaissances doivent être sans cesse remises à jour afin de pouvoir expliquer, compléter, rectifier les données que le patient cherche par lui-même. Il est nécessaire que le pharmacien suive l'actualité afin d'être au fait de toutes nouvelles recommandations concernant telle ou telle pathologie.

Le mode de communication est un aspect à travailler par le pharmacien. Innées ou consécutives à des formations, l'aisance dans le dialogue et l'empathie doivent être présentes afin de mettre le patient à l'aise. Celui-ci doit se sentir en confiance et pouvoir s'ouvrir sans gêne.

Tous ces obstacles peuvent être contournés par une adaptation du quotidien hormis celui du médecin traitant.

La MDN de Nancy et 54 est une association fondée sur le modèle de la loi de 1901. Par conséquent, ses actions peuvent être ralenties suite à des restrictions humaines et financières. Comme nous l'avons vu toutes les pharmacies du Grand Nancy ne connaissent pas cette structure, il en est de même du côté des médecins et du public. La MDN rencontre des difficultés à se faire connaître mais il s'agit d'une structure qui a de l'avenir avec le développement actuel de l'éducation thérapeutique du patient. Il serait regrettable qu'elle suive l'exemple de sa consœur messine...

A l'heure où le dossier pharmaceutique, le droit au renouvellement par le pharmacien entrent en scène, il est temps de faire savoir au public et aux autres professionnels de santé que les pharmaciens ont des connaissances souvent sous exploitées. Le pharmacien est un acteur de la santé, relais du médecin, qui peut avoir un rôle concret dans la prise en charge du patient.

Une bonne coopération, une bonne coordination entre les professionnels de santé seraient bénéfiques pour le patient mais aussi pour l'exercice professionnel de chacun.

Il est capital que les pharmaciens, spécialistes du médicament, défendent leur place convoitée par de grandes enseignes intéressées davantage par la rentabilité que par la qualité du travail officinal. Chacun a sa place dans le système de santé, il faut la revendiquer et la conserver...

TABLES DES FIGURES

Figure 1 : Escalade thérapeutique dans le diabète de type 2.¹ pg 14

Figure 2 : Taux standardisés de mortalité liée au diabète, par région de résidence, France métropolitaine, années 2000-2002.⁴⁵ pg 15

Figure 3 : L'acceptation de la maladie en 8 étapes.²⁴ pg 28

Figure 4 : « La bonne utilisation des médicaments permet d'être bien soigné et coûter moins cher ». ¹⁸ pg 48

Figure 5 : « Je suis bien informé des médicaments que je prends ». ¹⁸ pg 52

Figure 6 : « Je recherche activement des informations sur ma santé et mes besoins médicaux ». ¹⁸ pg 55

Figure 7 : Confiance que les français témoignent à leur pharmacien. ²⁰ pg 56

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des « réseaux diabète » en France.

Annexe 2 : Charte d'adhésion des médecins.

Annexe 3 : Charte d'adhésion des patients.

Annexe 4 : Charte d'adhésion des pharmaciens.

Annexe 5 : Fiche de suivi « Consultation du pharmacien » inclus dans le carnet de bord.

Annexe 6 : Questionnaire à l'adresse des pharmaciens du Grand Nancy et des environs. Les consultations pharmaceutiques et la MDN.

Annexe 7 : Encart présentant la MDN (version 2007).

Annexe 8 : Textes de lois concernant la confidentialité au sein des officines et la formation continue des pharmaciens.^{9, 10}

Annexe 9 : Intégration de la démarche d'éducation thérapeutique du patient (ETP) à la stratégie thérapeutique et de soins dans le champ de la maladie chronique. Les étapes en orange sont spécifiques de la démarche d'ETP.²⁴

Annexe 1 : Liste des « réseaux diabète » en France.

ALSACE

RESODIAB 67 Bd Leriche 67200 STRASBOURG
03 90 20 12 23 resodiab67@wanadoo.fr
Réseau de Haute Alsace Hôpital Saint Morand 68130 ALTKIRCH
03 89 08 35 07 reseausante@ch-altkirch.fr
Réseau Diabète Colmar 1 rue Bruat 68000 COLMAR
03 89 24 41 41 reseau.diabete@wanadoo.fr
ASPREMA 27 rue d'Alsace 68200 MULHOUSE
03 89 32 54 09 guycour@evhr.net

AQUITAINE

Diapason 24 13 rue Guynemer 24000 PERIGUEUX
05 53 09 58 26 diapason24@wanadoo.fr

AUVERGNE

Réseau Vichy Diabète CHG 54 bd Denière 03200 VICHY
04 70 97 22 84 didier.aguilera@ch-vichy.rss.fr

BASSE-NORMANDIE

DIABORNE CH d' Alençon 25 rue de Fresnay 61000 ALENCON
02 33 32 31 42 reseaudiab@ch-alencon.fr
DIAB-VIRE CH-4 rue Emile Desvaux BP 156 14504 VIRE
02 31 67 46 51 aphv@aphv.org
DIABCAEN 2 Passage Chanoine Cousin 14000 CAEN
02 31 23 07 57 diabcaen@wanadoo.fr
Diab-Ouest-Orne 39 r du commandant Charcot 61100 FLERS
02 33 65 68 24 diad-ouest-orne@wanadoo.fr
Diabète Centre Manche Le Pigeonnier - CH 50200 SAINT-LÔ

BOURGOGNE

Pré-Ré-Diab Service de diabétologue 26 rue d'Harfleur 71200 LE CREUSOT
03 85 77 74 79 prerediab@hoteldieu-creusot.fr
RESIAD Médecine I, CH 2 boulevard de Verdun 89011 AUXERRE
03 86 48 46 50 medecine1@ch-auxerre.fr
RESEDIA 72 route de Marzy 58000 NEVERS
resedia@orange.fr

BRETAGNE

Réseau Diabète 35 4A rue du Bignon 35000 RENNES
 02 23 35 49 81 reseau.diabete35@wanadoo.fr

CODIAB 18 rue Colbert 56100 LORIENT
 02 97 36 46 51 codiab@wanadoo.fr

KERDIAB 4bd de Creac'h Gwen 29000 QUIMPER
 02 98 10 19 61 kerdiab@wanadoo.fr

DIABENTRETREGOR Chemin des Sorbiers 22450 LA ROCHE DERRIEN
 02 96 91 57 88 diabentregor@wanadoo.fr

DIABIROISE Espace Grand Large Quai de la Douane 29200 BREST
 02 98 46 49 58 diabiroise@wanadoo.fr

CENTRE

CARAMEL Château des Gadeaux, Av François Mitterrand 18060 BOURGES
 02 48 48 57 44 reseau.diabete@ch-bourges.fr

DIABOLO CHRO Madeleine BP 2439 45032 ORLEANS
 02 38 74 43 69 reseau.diabolo@wanadoo.fr

LOIRESTDIAB Centre hospitalier AMILLY 45207 MONTARGIS
 02 38 95 94 99 flagarde@ch-montargis.fr

Santé Nutrition Diabète 41 3 Place Lorjou 41000 BLOIS
 02 54 45 25 30 santenutritiondiabete41@wanadoo.fr

REDIAB Touraine Hôpital Bretonneau, Clinique Médicale B 37044 TOURS
 02 47 47 87 03 lecomte@med.univ-tours.fr

CHAMPAGNE-ARDENNES

CAREDIAB 10 bd Barthou 51100 REIMS
 03 26 82 88 85 carediab.reseau@wanadoo.fr

CORSE

Réseau Corse Diabète 2 rue Emile Sari 20200 BASTIA

FRANCHE-COMTE

GENTIANE 13 avenue Aristide Briand 39100 DOLE
 03 84 72 80 66 gentiane.fc@wanadoo.fr

HAUTE-NORMANDIE

Réseau diabète de l'Estuaire 114 rue Jules Siegfried 76000 LE HAVRE Cedex
 02 35 21 52 02 assoc.diabete.estuaire@wanadoo.fr

MARE DIA 63 rue Malatré 76000 Rouen
 02 35 71 62 38 res.diabete@free.fr

ILE DE FRANCE

REVESDIAB	18 avenue de la Vénérerie 91230 MONTGERON 01 60 86 52 82 sec.revediab@wanadoo.fr
DIANEFRA 93	93 avenue de la république 93140 BONDY 01 48 02 93 93 dianefra93@free.fr
Diabète 92	Hôpital Max Fourestier 403, av de la République 92014 NANTERRE 01 47 6972 25 diabete92@wanadoo.fr
Paris Diabète	6 bis rue Lauzin 75019 PARIS 01.45.45.46.56 paris.diabete@wanadoo.fr
RDVO	C.H. 6 avenue de l'Ile de France 95300 PONTOISE 01 30 75 53 55 yves.bernard@ch-pontoise.fr
ROMDES	Les Iris - 85bis route de Grigny 91136 FLEURY MEROGIS 01 69 25 89 57 romdes@wanadoo.fr
LANGUEDOC-ROUSILLON	
AUDIAB	C.H Bd Dr Lacroix 11100 NARBONNE 04 68 42 27 70 audiab-olive@wanadoo.fr
DIABEDUC	285 rue Alfred Nobel 34000 MONTPELLIER 04 99 52 44 88 c-boegner@chu-montpellier.fr
RESEDALES	Maison de la Santé. 9 rue du Dr Serres 30100 ALES resedales@wanadoo.fr
LORRAINE	
DIABCOEUR	21 rue des Frères 57100 THIONVILLE 03 82 55 89 17 diabcoeur@yahoo.fr
REDIVHOM	CH de Bar le Duc, 1 bd d'Argonne 55012 BAR LE DUC 03 29 45 88 04 cbaccaro@ch-barleduc.rss.fr
ADOR 55	1 rue de La Croix de Fresnes 55160 VILLE EN WOEVRE ador55@ch-verdun.fr
M D NANCY	CHU Nancy -Hôpital Jeanne d'Arc - BP 303 54201 TOUL 03 83 39 00 26 p.bohme@chu-nancy.fr
MD Epinal	29 rue Thiers 88000 EPINAL 03 29 32 59 53 mdepinal@wanadoo.fr
MIDI-PYRENEES	
DIAMIP	CHU Rangueil, 1 av Jean Poulhès 31059 TOULOUSE 05 61 32 33 65 contact@diamip.com
APPPD	23 rue Larrey 65000 TARBES corinne-vatin@wanadoo.fr
NORD-PAS DE CALAIS	
DiabHAINAUT	78 rue Jean Jaurès 59410 ANZIN 03 27 31 01 98 diabhainaut@wanadoo.fr

Diabète-Obésité Métropole Lilloise 124 rue Raymond Derain 59700 MARCQ EN
 BAROEUL 03 20 72 58 56 res.diab.obesite@wanadoo.fr
 Pôle Santé du Douaisis 52 place du Barlet 59500 DOUAI
 03 27 91 71 98 pole.sante@nordnet.fr
 PREVART Quartier du Mont Liébaut - Av de Paris - Entrée Rhénanie 62400
 BETHUNE 03 21 68 80 80 reseau-cardiovasculaire@prevart.fr
 PREVAL 1 rue de la Tranquillité 59140 DUNKERQUE
 03 28 66 77 77 preval@cegetel.net
 REDIAB Cote d'Opale 3 place Navarin 62200 BOULOGNE SUR MER
 03 21 99 38 73 rediab@wanadoo.fr
 Réseau Cœur en Santé 27 rue de Stalingrad 59150 WATTRELOS
 03 20 01 56 35 coeursante@wanadoo.fr

PACA

DIABAIX Le Mansard A - Place Roméo de Villeneuve 13090 AIX EN
 PROVENCE 04 42 50 97 88 diabaix@wanadoo.fr
 RESDIAB 06 1 place Philippe Randon 06000 NICE
 04 93 82 91 52 resdiab06@wanadoo.fr
 Marseille Diabète 215 ave du Prado 13008 MARSEILLE
 04 91 80 32 58 association-marseille-diabete@wanadoo.fr
 REVADIAB Résidence l'Elysée, 8 rue Dunan 83400 HYERES
 04 94 35 60 39 revadiab@wanadoo.fr

PAYS DE LOIRE

DIABETE 49 11 rue des Noyers 49000 ANGERS
reseaudiabete49@wanadoo.fr
 RESODIAB 44 11 bis Quai Turenne 44000 Nantes
 02 40 47 82 44 resodiab44@wanadoo.fr
 Diabète 72 14 rue d'Isaac 72016 LE MANS Cedex
 02 43 74 10 68 diabete72@wanadoo.fr
 Diabète Santé 53 CH de Laval 53000 LAVAL
diabetesante53@chlaval.fr

PICARDIE

RESOLADI 190 rue du Dr Menu 02000 LAON
 03 23 29 08 38 resoladi02@wanadoo.fr
 ADIAMMO Place de l'Horloge 02400 CHATEAU THIERRY
 03 23 83 33 44 adiammo@wanadoo.fr
 Diabète Picardie 27 ave d'Italie 80094 Amiens Cedex 3
 03 22 33 35 52 christine.boutet@urml-picardie.org

POITOU-CHARENTES

ATLANTIQUE-DIABETE Hôpital Saint-Louis 17019 LA ROCHELLE
05 46 45 67 32 atlantique.diabete@wanadoo.fr

RHONE-ALPES

DEDICAS rue de Champagne 42100 SAINT ETIENNE
04 77 57 13 39 coordedicas@infonie.fr

DIALOGS 287 rue André Philip 69003 LYON
04 78 60 96 30 dialogs@wanadoo.fr

DROMARDIAB 53 avenue Victor Hugo 26000 VALENCE
04 75 81 63 10 dromardiab.coordination@wanadoo.fr

SAVEDIAB 47 rue des Ecoles 73230 SAINT-ALBAN LEYSSE
helene.du.boullay@ch-chambery.rss.fr

Réseau 3 Lacs et Montagne 1 Avenue du Trésum 74011 ANNECY CEDEX
04 50 88 34 64 assoc.3lm@ch-annecy.fr

DOM/TOM

Karudiabète Résidence Les champs Bat 1 97139 ABYMES (Guadeloupe)
05 90 23 24 17 karucare@wanadoo.fr

Réseau Diabète de Guyane 39 rue Gabriel Devèze 97300 CAYENNE (Guyane)
05 94 29 11 78 diet973@wanadoo.fr

REUCARE 97 rue Bois de Nèfles 97400 SAINT-DENIS (La Réunion)
02 62 20 26 32 reucare3@wanadoo.fr

Annexe 2 : Charte d'adhésion des médecins.



Maison du diabète et de la nutrition
de Nancy
« Carré rive gauche »
14, boulevard du 21^e R.A.
F-54000 Nancy
☎ 03.83.39.00.26 fax 03.83.22 75.89
Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901
www.mdnnancy.org
contact@mdnnancy.org



Charte d'adhésion des médecins au réseau de soins « mdn Nancy »

Je, soussigné, Docteur (Nom - Prénom)

Médecin : ☐ Généraliste ☐ Spécialiste en

Déclare adhérer au réseau de soins MDN-Nancy (Maison du Diabète et de la Nutrition), après avoir pris connaissance des statuts du réseau et de sa convention constitutive, dont les objectifs principaux sont :

- Améliorer la santé et le confort de vie des personnes diabétiques de Meurthe-et-Moselle et réduire l'incidence et la gravité des complications de leur diabète, ainsi que favoriser la prévention de la maladie.
- Améliorer la prévention et le traitement de l'obésité infantile.
- Promouvoir des actions de promotion de la santé pour lutter contre la sédentarité et les déséquilibres alimentaires.
- Je suis en accord avec les buts que s'est fixés le réseau pour atteindre ces objectifs :
- Améliorer la coordination des soins en renforçant les coopérations entre les professionnels de santé.
- Aider les personnes présentant un diabète ou une obésité infantile à être davantage des acteurs de leur propre santé.
- Favoriser l'accès aux prestations non médicamenteuses, telles que l'éducation thérapeutique, la diététique, l'entraînement physique et, en cas de diabète, l'autosurveillance glycémique.

J'accepte de favoriser les actions qui seront proposées dans le cadre du réseau :

- Coordination entre tous les médecins et les intervenants paramédicaux au moyen d'un carnet de bord, qui sera complété par les professionnels mais restera en la possession de l'usager.
- Mise en pratique des recommandations de l'ANAES et de l'AFSSAPS et élaboration, au sein du réseau, de consensus sur des protocoles de dépistage et de soins.
- Information des patients sur les prestations du réseau pour leur en favoriser l'accès.
- Je pourrais, si je le désire, participer aux actions proposées par le réseau :
 - Éducation thérapeutique des patients, après participation à une formation indemnisée ou non, et suivant des modalités rémunérées dans le cadre du réseau.
 - Groupes de travail (Éducation, Évaluation, Alimentation ...)

Mon adhésion au réseau ne modifie en rien mes relations personnelles avec les patients, mes responsabilités professionnelles et mes obligations déontologiques. Je garde mon entière liberté du choix de mes correspondants, tant en ce qui concerne les médecins, que les laboratoires de biologie et les membres des professions paramédicales.

Je pourrais, à tout moment, si je le souhaite, interrompre ma participation au réseau. En ce cas, je ferai part de ma décision, par document écrit au Président du réseau.

Fait à

le

Signature

Cachet



Avec la contribution de
l'Union Européenne



e-mail :

Correspondance ou observation(s)

Annexe 3 : Charte d'adhésion des patients.



Charte d'adhésion Patients

CHARTe D'ADHESION DES PATIENTS AU RESEAU DE SOINS « mdnNancy »

Madame, Monsieur,

Votre médecin généraliste, ou l'un des médecins spécialistes qui vous suivent, vous a conseillé d'adhérer, en tant qu'usager au Réseau MDN-Nancy (Maison du Diabète et de la Nutrition). Ce document est destiné à compléter les informations qui vous ont déjà été données.

Qu'est-ce que le Réseau MDN-Nancy ?

Il s'agit d'un réseau de prévention et de soins pour les personnes diabétiques et pour les enfants en surpoids ou obèses, ou à risque de le devenir. Ce réseau, géré par une association fondée le 15/09/03, inclut :

- des médecins : des généralistes (médecins traitants) et des spécialistes diabétologues ou pédiatres
- des personnes de professions paramédicales : pharmaciens, infirmières, diététiciennes, kinésithérapeutes et pédicures-podologues
- des éducateurs médico-sportifs
- des représentants des associations d'usagers (personnes diabétiques de l'ALAD)

Quels sont les objectifs du Réseau MDN-Nancy ?

Le Réseau a 3 grands objectifs :

- Améliorer la santé et le confort de vie des personnes diabétiques de la région de Nancy (CUGN) et réduire l'incidence et la gravité des complications du diabète, ainsi que favoriser sa prévention.
- Améliorer la prévention et le traitement de l'obésité infantile dans la région de Nancy (CUGN).
- Promouvoir des actions de promotion de la santé pour lutter contre la sédentarité et les déséquilibres alimentaires.

Il a été décidé de réunir, dans un même réseau de soins, le diabète et l'obésité infantile car le l'obésité est elle-même un facteur de risque de diabète.

Par quels moyens le Réseau MDN-Nancy peut-il réaliser ses objectifs ?

Le Réseau va permettre à tous les professionnels de santé qui s'occupent de vous, médecins et paramédicaux, de mieux communiquer entre eux et de mieux se coordonner pour les soins qu'ils vous proposent.

L'un des instruments utilisés sera un carnet de surveillance médicale (carnet de bord) qui vous sera remis par le Réseau, que vous garderez avec vous, et sur lequel chacun des intervenants pourra noter ses observations et le résultat des examens qui vous seront faits.

Ce carnet vous permettra aussi d'être vous-même au courant de tous les résultats et de mieux suivre l'évolution de votre santé.

Le Réseau organise différentes prestations qui pourront vous être présentées et proposées par votre médecin traitant ou votre diabétologue :

- Séances d'information sur votre diabète ou sur l'obésité
- Consultation d'une diététicienne pour des conseils alimentaires
- Séances d'entraînement physique
- Apprentissage de la surveillance de vos glycémies, si vous êtes diabétique, etc

Comment bénéficier des prestations du Réseau MDN-Nancy ?

Il est nécessaire que vous y soyez inscrit (inscription gratuite). Il vous est demandé de signer avec le réseau une convention, qui définit vos droits et vos engagements :

• vos droits :

- vous aurez accès à toutes les prestations offertes dans le cadre du réseau, à la condition, bien entendu, qu'elles vous soient conseillées par votre médecin, pour être sûr qu'elles soient adaptées à votre état de santé
- si vous n'êtes pas satisfait des prestations qui vous sont offertes, vous pouvez en faire part à votre médecin et, le cas échéant, au Bureau du réseau (s'adresser au secrétariat).
- vous avez le droit, à tout moment, de suspendre ou d'interrompre votre adhésion au réseau

• vos engagements :

- si vous êtes membre du réseau et si vous bénéficiez d'une de ces prestations, par accord entre votre médecin et vous-même, vous vous engagez à respecter les modalités d'organisation des prestations auxquelles vous avez accepté de participer.

Pour toute information, vous pouvez vous adresser, en premier lieu à votre médecin traitant et, si besoin, au secrétariat du réseau.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Prof. O. ZIEGLER
Président

Nom du professionnel de santé
(remettant le document à l'usager)

Le patient signataire de la présente charte :

Nom

Prénom

Date

Signature

Maison du Diabète et de la Nutrition 14, bd du 21^e R.A. F-54000 Nancy T. 03 83 39 00 26 fax 03 83 22 75 89

Copyright 2004 mdn Nancy Reproduction interdite
www.mdnancy.org e-mail : contact@mdnancy.org

Annexe 4 : Charte d'adhésion des pharmaciens.



Maison du diabète et de la nutrition
de Nancy
« Carré rive gauche »
14, boulevard du 21^e R.A.
F-54000 Nancy
☎ 03.83.39.00.26 fax 03.83.22.75.89
Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901
www.mdnnancy.org
contact@mdnnancy.org



Charte d'adhésion des pharmaciens au réseau de soins «mdn Nancy»

Je soussigné, Mme, Mlle, Mr (Nom – Prénom)

☐ Pharmacien(ne) ☐ Titulaire ☐

Certifie adhérer au réseau de soins mdn-Nancy (Maison du Diabète et de la Nutrition), après avoir pris connaissance des statuts du réseau et de sa convention constitutive, dont les objectifs principaux sont :

- Améliorer la santé et le confort de vie des personnes diabétiques de Meurthe-et-Moselle et réduire l'incidence et la gravité des complications de leur diabète, ainsi que favoriser la prévention de la maladie.
- Améliorer la prévention et le traitement de l'obésité infantile dans la Meurthe-et-Moselle
- Promouvoir des actions de promotion de la santé pour lutter contre la sédentarité et les déséquilibres alimentaires.
- Je suis en accord avec les buts que s'est fixés le réseau pour atteindre ces objectifs :

-Améliorer la coordination des soins en renforçant les coopérations entre les professionnels de santé.
-Aider les personnes présentant un diabète ou une obésité infantile à être davantage des acteurs de leur propre santé.
-Favoriser l'accès aux prestations non médicamenteuses, telles que l'éducation thérapeutique, la diététique, l'entraînement physique et, en cas de diabète, l'auto-surveillance glycémique.

J'accepte de favoriser les actions qui seront proposées dans le cadre du réseau :

- Coordination entre tous les médecins et les intervenants paramédicaux au moyen d'un carnet de bord, qui sera complété par les professionnels mais restera en la possession de l'utilisateur.
- Mise en pratique des recommandations de l'ANAES et de l'AFSSAPS et élaboration, au sein du réseau, de consensus sur des protocoles de dépistage et de soins.
- Information des patients sur les prestations du réseau pour leur en favoriser l'accès.

Je pourrais, si je le désire, participer aux actions proposées par le réseau :

- Education thérapeutique des patients, après participation à une formation indemnisée, et suivant des modalités rémunérées dans le cadre du réseau.
- Groupes de travail (Education, Evaluation, Alimentation ...)

Mon adhésion au réseau ne modifie en rien mes relations personnelles avec les patients, mes responsabilités professionnelles et mes obligations déontologiques. Je garde mon entière liberté du choix de mes correspondants.

Je pourrais, à tout moment, si je le désire, interrompre ma participation au réseau. En ce cas, je ferai part de ma décision, par document écrit au Président du réseau.

Fait à

le

Signature

Cachet



Avec la contribution de
l'Union Européenne



WALLONIE
LORRAINE
LUXEMBOURG
Interreg III

e-mail :

Correspondance ou observation(s)

Annexe 5 : Fiche de suivi « Consultation du pharmacien » inclus dans le carnet de bord.

<i>Patient</i>	CONSULTATION DU PHARMACIEN
NOM	Année 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
Prénom (ou étiquette)	
• Nom du Pharmacien : • Date de consultation : / /	
• CONTENU DE LA CONSULTATION : Médicaments : Explications données sur les traitements, leur intérêt, l'observance	
Diabète : ☐ Sulfamides ☐ Biguanides ☐ Inhib.α gluc ☐ Glitazone ☐ Glinides ☐ Insuline ☐ Stylo ☐ Glucagen Date de péremption	
HTA : ☐ Diurétique ☐ β. bloq ☐ centraux ☐ IEC ☐ Sartan ☐ inh. Calc	
Hyperlipémies : ☐ Statines ☐ Fibrates ☐ autres	
Anti-agrégants : ☐ Aspirine ☐ Clopidogrel ☐ autres	
Autres (y compris collyres)	
Remarques sur l'observance	
Autosurveillance glycémique Explications données sur	
Lecteur de glycémie	☐ Type de lecteur
Date et lieu d'acquisition	
Rythme des contrôles ☐	
Tenue du carnet de surveillance glycémique ☐	
Remarques	

Annexe 6 : Questionnaire à l'adresse des pharmaciens du Grand Nancy et des environs. Les consultations pharmaceutiques et la MDN.



QUESTIONNAIRE A L'ADRESSE DES PHARMACIENS DU GRAND NANCY et DES ENVIRONS

LES CONSULTATIONS PHARMACEUTIQUES ET LA MDN

Pharmacie

-
- Nom et Adresse de la pharmacie
 - Personne complétant le questionnaire: Nom et Fonction

 - En quelle année, avez-vous commencé votre pratique professionnelle actuelle?

 - A quelle fréquence en moyenne, avez-vous des contacts avec des patients diabétiques?
 - 0 à 10 fois par mois
 - 10 à 20 fois par mois
 - 20 à 30 fois par mois
 - plus de 30 fois par mois

 - A quelle fréquence en moyenne, avez-vous des contacts avec des patients présentant une obésité (enfant, adolescent ou adulte) ?
 - 0 à 10 fois par mois
 - 10 à 20 fois par mois
 - 20 à 30 fois par mois
 - plus de 30 fois par mois

Public cible

- Dans le cadre de votre travail, voyez-vous les personnes suivantes ?
(1 le plus fréquent, 3 le moins fréquent)

	OUI	NON	Classement
- Enfants diabétiques - Adultes insulino-traités - Adultes sous antidiabétiques oraux - Sujets à risque de diabète - Famille du patient - Enfant en surpoids - Adolescent en surpoids - Adulte en surpoids ou obèse - Adulte à risque cardiovasculaire primaire ou secondaire			

- Avez-vous des contacts avec d'autres professionnels de santé?
- Diabélogue libéral
 - Autre spécialiste
 - Service hospitalier spécialisé en diabétologie
 - Podologue
 - Maison du diabète et de la Nutrition
 - Autre
- En quoi consiste votre relation avec ces contacts? Réunion, échanges téléphoniques...
- Êtes-vous satisfait de ces collaborations? Et pourquoi?
- Avec quels professionnels de santé ou structures souhaiteriez-vous travailler à l'avenir?
- Lors de vos contacts avec les personnes diabétiques, quels thèmes abordez-vous le plus souvent?
- La pathologie diabétique
 - Les traitements médicamenteux du diabète
 - L'alimentation
 - L'exercice physique
 - Le poids
 - Les examens de suivi
 - Le pied diabétique
 - Les complications

Les hypoglycémies
 Les hyperglycémies
 Les injections d'insuline
 Le contrôle de la glycémie
 Les aspects sociaux et psychosociaux
 Autres, précisez:

- Dans la majorité des cas, qui est votre interlocuteur lors de la délivrance du traitement diabétique?
- Êtes-vous satisfait de votre pratique actuelle concernant les conseils relatifs aux sujets suivants?

	<i>Tout à fait satisfait</i>	<i>Plutôt satisfait</i>	<i>Pas du tout satisfait</i>	<i>Non concerné</i>
Le traitement aux antidiabétiques oraux				
Le traitement à l'insuline				
L'auto-contrôle glycémique				
Les soins et l'hygiène des pieds				
Le dépistage des complications				
Les complications				
Les produits diététiques				
Le soutien psychologique				
L'activité physique				

- Est-ce la personne diabétique ou son entourage qui vous pose le plus de questions?
- Utilisez-vous des outils (brochures, affiches...) pour l'éducation, l'information du patient diabétique?
 - Si oui, lesquels?
 - Pourquoi en êtes-vous satisfait?
 - Si non, souhaiteriez-vous en posséder? Que proposez-vous?

Formation

-
- Sous quelle forme se décline votre formation continue dans le domaine de la diabétologie ?
 - En êtes-vous satisfait ?
 - Avez-vous bénéficié d'un complément de formation dans le domaine de la diabétologie (congrès, réunions, staff...) lors des 2 dernières années?
 - Une formation continue est-elle prévue dans l'année en cours?

La MDN de Nancy

-
- Avez-vous déjà entendu parler de cette structure?
Si oui, par quel intermédiaire?
 - Êtes-vous déjà adhérent à la MDN de Nancy ?
Si oui, quel est, selon vous, votre rôle au sein de cette structure ?

Si non, pourquoi?

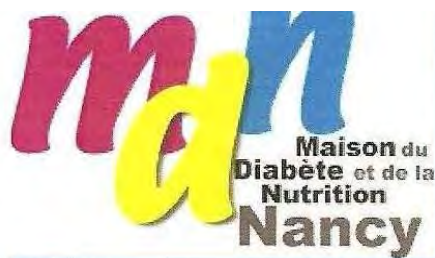
- Si oui, qu'attendez vous de la MDN de Nancy ?
- Connaissez-vous son fonctionnement?
Seriez-vous prêt à expliquer celui-ci à des patients non inscrits au réseau MDN?

- Selon vous quels sont les freins à la consultation pharmaceutique proposée par la MDN?
- Seriez-vous prêt à vous déplacer au domicile de la personne?
- Seriez-vous prêt à consacrer du temps à ces consultations?
Si oui, combien par personne?
- Seriez-vous prêt à proposer ces consultations à vos patients?
- Seriez-vous prêt à les effectuer si le patient vous en parle?
- Pour pouvoir effectuer ces consultations, vous devez effectuer une formation au sein de la MDN. Y avez-vous déjà assisté

Si non, accepteriez-vous de participer à la FMC qui se déroulera, en soirée, le lundi 14/05?

Le dépistage du diabète

- Effectuez-vous un dépistage du diabète?
Lors des campagnes. Si oui, lesquels?
A n'importe quel moment
- Avez-vous participé à la campagne 2006 en Lorraine?
 - Si oui, êtes-vous satisfait?
 - Si non, pourquoi?
- Comment voyez-vous le dépistage du diabète à l'officine dans l'avenir?
Lors de campagnes
A n'importe quel moment
Contre rémunération. Combien?
Autres



**Maison du
Diabète et de la
Nutrition
Nancy**

*Du nouveau près
de chez vous !*

La Maison du Diabète et de la Nutrition
fait partie d'un réseau de prévention et de soins dédié à l'éducation
nutritionnelle des adultes et des enfants.

Les problèmes de santé concernés :

- Le diabète et ses conséquences (type 1 et 2)
- L'obésité de l'enfant et de l'adulte
- La nutrition et le risque cardiovasculaire
- La dénutrition

La MDN peut vous aider :

- Si vous cherchez des informations
- Si vous êtes vous-même concerné
- En complément des soins donnés par votre médecin traitant et sous son contrôle exclusif
- Avec le concours d'infirmiers, kinésithérapeutes, podologues ou diététiciens libéraux, pharmaciens, et des associations de patients (ALAD)

Les outils et les prestations de la MDN

- Une approche personnalisée de vos problèmes
- Des ateliers d'éducation en groupe, près de chez vous
- De la documentation sur ces maladies
- Des conférences grand public

**Ces prestations sont gratuites !
Devenez acteur de votre propre santé !**

Pour toute information, appelez le 03 83 39 00 26



Maison du diabète et de la nutrition

« Carré rive gauche »

14, boulevard du 21^e R.A. - 54000 Nancy

t : 03.83.39.00.26 fax : 03.83.22.75.89

e-mail : contact@mdnnancy.org site internet : www.mdnnancy.org

Tram : arrêt à 200 m « division de fer »

Parking : payant devant la porte, ou gratuit en face sur le port



Photo Guy Siefert



La MDN de Nancy est
ouverte du
lundi au vendredi
de 9h30 à 12h00 et de
14h30 à 17h00

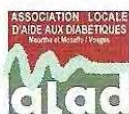
* : sauf indication spécifique

Pour les autres sites
en Meurthe et Moselle,
renseignez vous au
03 83 39 00 26

L'ALAD
(Association Locale d'Aide aux
Diabétiques)
peut vous aider.
Renseignez vous au
03 83 36 74 95

Comment faire pour bénéficier des soins du réseau MDN ?

- Téléphonnez à la MDN ou venez nous voir
- Parlez-en à votre médecin afin de valider votre accès aux prestations de la MDN (simple ordonnance du médecin traitant)
- Parlez-en à votre pharmacien
- Vous rencontrerez une infirmière de la MDN pour le choix du parcours de soins
- Vous pourrez participer à plusieurs ateliers (diététique, activité physique, principes des différents traitements, soins du pied diabétique) à la MDN ou dans votre quartier.



Annexe 8 : Textes de lois concernant la confidentialité au sein des officines et la formation continue des pharmaciens.^{9, 10}

LA CONFIDENTIALITE

Code de la santé publique : Article R. 4235-55

L'organisation de l'officine ou de la pharmacie à usage intérieur doit assurer la qualité de tous les actes qui y sont pratiqués.

Le pharmacien veille à ce que le public ne puisse accéder directement aux médicaments et à ce que ceux-ci soient dispensés avec la discrétion que requiert le respect du secret professionnel.

Code de déontologie : Article R. 5015-5 et 55

Le secret professionnel s'impose à tous les pharmaciens dans les conditions établies par la loi. Tout pharmacien doit en outre veiller à ce que ses collaborateurs soient informés de leurs obligations en matière de secret professionnel et à ce qu'ils s'y conforment.

Le pharmacien veille à ce que le public ne puisse accéder directement aux médicaments et à ce que ceux-ci soient dispensés avec la discrétion que requiert le respect du secret professionnel.

LA FORMATION CONTINUE

Code de la santé publique : Article L. 4236-1

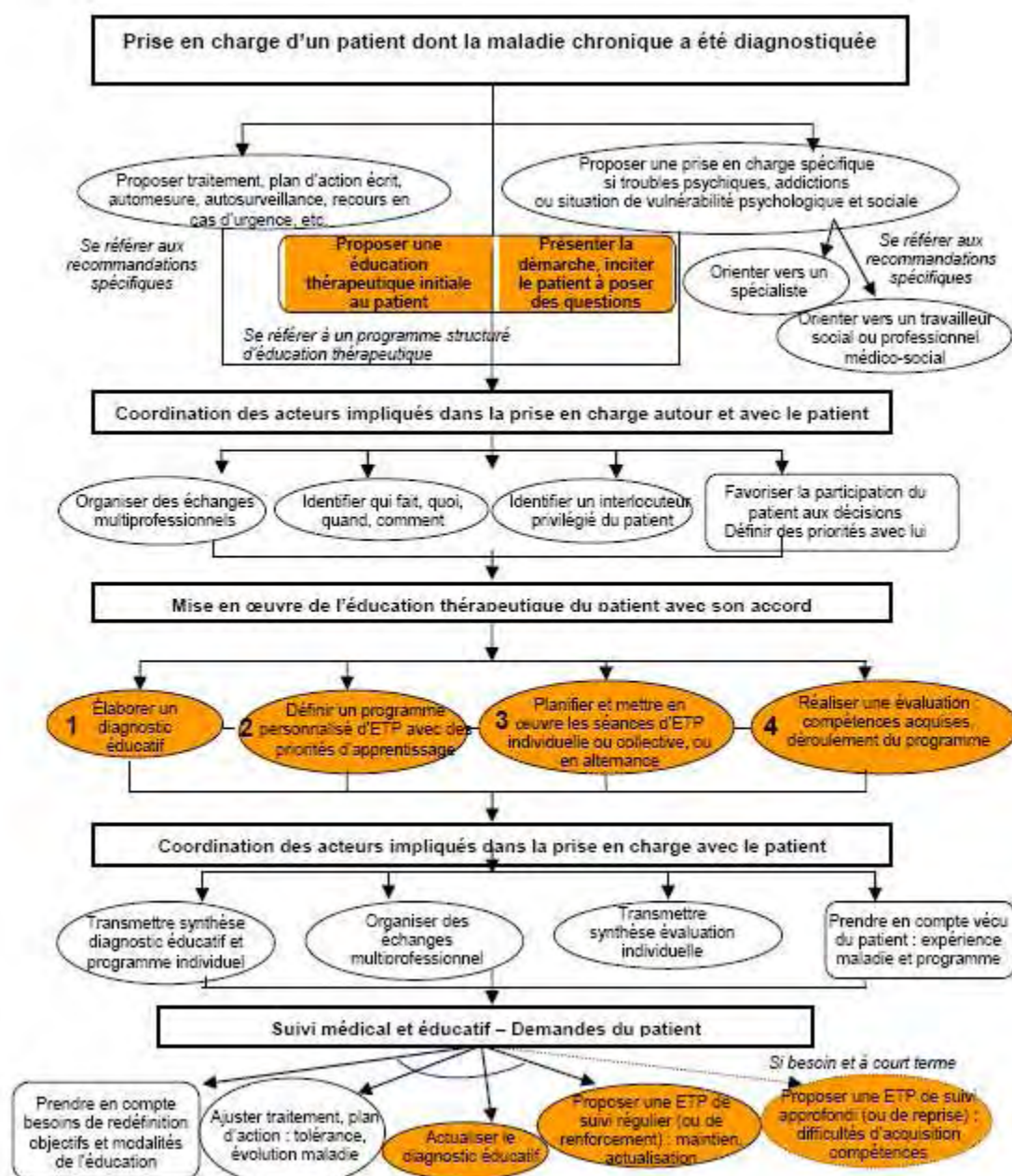
La formation continue, qui a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration du service rendu aux patients, constitue une obligation pour tout pharmacien tenu pour exercer son art de s'inscrire au tableau de l'ordre ainsi que pour les pharmaciens mentionnés à l'article L. 4222-7.

Cette obligation est satisfaite, dans les conditions prévues par le présent chapitre, sauf pour les pharmaciens exerçant dans les établissements de santé visés à l'article L. 6155-1.

Code de déontologie : Article R. 5015-11

Les pharmaciens ont le devoir d'actualiser leurs connaissances.

Annexe 9 : Intégration de la démarche d'éducation thérapeutique du patient (ETP) à la stratégie thérapeutique et de soins dans le champ de la maladie chronique. Les étapes en orange sont spécifiques de la démarche d'ETP. ²⁴



BIBLIOGRAPHIE

1. AFSSAPS HAS, Recommandation de bonnes pratiques. Traitement médicamenteux du diabète de type 2 : synthèse, Novembre 2006.
2. AFSSAPS, Communiqué, Valeurs de glycémies pour le diabétique, mars 1999.
3. ANAES, Principe de dépistage du diabète de type 2. Service évaluation des technologies, Services évaluation économique, Février 2003, pg 5-7.
4. BOHME P., CHAMAGNE L., Épidémiologie du diabète dans la zone Interreg III, Résumé, septembre 2006.
5. Caisse de l'Assurance Maladie. Dossier épidémiologique du diabète traité. 7 juin 2007, Diabète : une forte augmentation en 5 ans. Une nouvelle étude de l'Assurance Maladie sur les évolutions entre 2000 et 2005.
6. Campagne transfrontalière de sensibilisation au dépistage précoce du diabète. Édition 2005 : Résultats.
7. Campagne transfrontalière de sensibilisation au dépistage précoce du diabète. Edition 2006 : Résultats.
8. Campagne de sensibilisation 2007 à l'importance d'un dépistage précoce du diabète et de ses facteurs de risque, Exploitation des questionnaires - Résultats bruts.
9. Code de déontologie.
10. Code de la santé publique.

11. DAVID P., PACHOLSKI Nau et Angela, Impact of pharmacy care services on patient's perceptions of health care quality for diabetes, JAPhA, mai-juin 2007, pg 358-366.
12. Diabetes and pharmacy services in England, National Diabetes Support Team, Novembre 2006.
13. DUPIN-SPRIET T., WIERRE P., La prise en charge médico-pharmaceutique : l'expérience australienne peut-elle être transposée en France ?, *Thérapie*, 2004 juillet-août, 59, pg 445-450.
14. GAUTIER J-F, BERNE C., GRIMM J-J, LOBEL B., COLICHE V., MOLLET E., Recommandations de l'Alfediam, Activité physique et Diabète, *Diabetes & Metabolism*, 1998, vol 24, n°3, pg 281-290.
15. GRIMALDI A. et SACHON C.. ASG au cours du diabète de type 2. Pour qui et pour quoi faire ? Quelles preuves ?, *Diabetes et Metabolism*, Cahier 2 Avril 2003, Vol 292.
16. GRIMALDI A., TRAYNARD P-Y., Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique du patient diabétique ?, *STV*, sept 2007, volume 19, n°7, pg 380-3.
17. Guide pratique de communication pharmacien-patient. Comprendre et faire, comprendre le défi de l'an 2000, Ordre des Pharmaciens du Québec.
18. Enquête IFOP, Les comportements des français en matière de santé, 14 novembre 2007.
19. Enquête IFOP, Le regard des français sur le système de santé, octobre 2007.
20. Étude IPSOS Santé, Les français et leur pharmacien, Le pharmacien d'officine, acteur de santé, de proximité et de sécurité, Ordre national des pharmaciens, 22

janvier 2008.

21.HAS, Les pratiques actuelles des coopérations : analyse des témoignages des professionnels de santé, novembre 2007.

22.HAS, Délégation, transferts, nouveaux métiers... Conditions des nouvelles formes des coopération entre professionnels de santé, rapport d'étape, janvier 2007.

23.HAS, L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques, Analyse économique et organisationnelle, Février 2008.

HAS, Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champs des maladies chroniques, juin 2007.

25.La pharmacie d'officine en France, Bilan et perspectives, Le livre blanc, janvier 2008, Ordre national des pharmaciens.

26.*Le moniteur des pharmacies*, Objectif observance, LORIOU M., 23 février 2008, n°2717, pg 76-77.

27.*Le moniteur des pharmacies*, Quatre raisons de coacher ses patients, SAUREL V., 29 mars 2008, n°2723, pg 48-49 .

28.*Le moniteur des pharmacies*, Le grand débat : Médecins-Pharmaciens : Histoire d'un malentendu, LEFORT Laurent, cahier I 16 février 2008, n°2716, pg 24-29.

29.*Le moniteur des pharmacies*, Dépistage à l'officine, Cahier I du n°2585, 14 mai 2004, pg 18-26

30.*Le pharmacien de France*, Quand le renouvellement est une nécessité. 10 décembre 2007, n°1995, pg 4.

31. *Le pharmacien de France*, Vers le dépannage des maladies chroniques, Rey F., 4 février 2008, n°1997, pg 17.
32. *Le pharmacien de France*, La formation continue, comment ça marche ?, Grevot C., 4 février 2008, pg 20-21.
33. *Les nouvelles pharmaceutiques*, PRAQ : Une journée de formation indispensable pour garantir un service officinal de qualité. jeudi 14 février 2008, bimensuel, n°354.
34. *Les nouvelles pharmaceutiques*, n°315, 16 mars 2006.
35. *Les nouvelles pharmaceutiques*, Le livre blanc de l'officine pour construire l'avenir, n°355, jeudi 28 février 2008, pg 3-5.
36. *Les nouvelles pharmaceutiques*, Congrès de la FIP 2007, Plus de 2 000 pharmaciens réunis à Pékin, jeudi 20 septembre 2007, n°345, pg 5.
37. *Les nouvelles pharmaceutiques*, Un partenariat de 2 ans pour dépister le diabète, n°312, jeudi 26 janvier 2006.
38. MARIN F., MARIN E., BARRANCOS A., Le métier de pharmacien: contenu et perspectives du rôle de premier recours, ONDPS et BRUNHES B. Consultants, janvier 2006.
39. PEQUIGNOT F., JOUGLA E., Le TOULLEC A., Mortalité attribuée en France, BHE 2002, n°20-21, pg 91.
40. *Pharma*, Certification des sites de santé, décembre 2007, n°29, pg 17.
41. *Pharma*, Etre pharmacien chez Boots, décembre 2007, Cohen S., n°29, pg 8-11.

42. *Porphyre*, Sexualité au comptoir, juin 2007, n°433.
43. REIDUN L., KJOME S., Diabetes care in Norwegian pharmacies: a descriptive study, *Pharm World Sci*, octobre 2007.
44. ROMAN L., FOSSE S., LECOMTE P., SIMON D., FAGOT-CAMPAGNA A. Utilisation de lecteurs de glycémie, données de l'étude Entred 2001-2002.
45. ROMON I., JOUGLA E., FOSSE S., FAGOT-CAMPAGNA A., Quel impact du diabète sur ma mortalité globale en France métropolitaine en 2002 et quelles causes de décès associées au diabète ?, *InVS*, mars 2007.
46. SIMON BELL J., VAANANEN M., OVASJAINEN H., NARHI U., AIRAKSINEN M., Providing patient care in community pharmacies: practice and research in Finland, *The Annals of Pharmacotherapy*, volume 41, juin 2007, pg 1039-1046.
47. STAMANE Anne-Sophie. Pharmacie consultation parallèle. *Que choisir ?*, 26 mai 2007.
48. THIRY-BOUR C., URML, Le point de vue et les attentes des médecins libéraux lorrains face aux réseaux de santé : Principaux résultats d'une enquête de l'URML de Lorraine de décembre 2003 à janvier 2005.
49. Une consultation chez le pharmacien a 21 €, *Viva entre nous la vie*, 24 mai 2007.
50. URCAM, Vers une animation régionale de l'éducation thérapeutique en Lorraine, OBERLE D., 4ème trimestre 2007.
51. WLEDENMAYER K., SUMMERS R-S., MACKLE C-A., G.S. GOUS A., EVERARD M., Developing pharmacy practice: A focus on patient care, OMS et

REFERENCES ELECTRONIQUES

52. www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_sphia_220108_01.pdf
Sophia : Le système d'accompagnement de l'Assurance Maladie pour les personnes atteintes de maladie chroniques, communiqué du 22 janvier 2008. (consulté en février 2008)
53. <http://www.atelier.fr/sante/10/17122007/royaume-uni-teste-envoi-electronique-ordonnances-nottingham-35716-html>
Médecine : l'ordonnance médicale s'automatise et se gère à distance. 17 décembre 2007. (consulté en janvier 2008)
54. www.cepidc.vesinet.inserm.fr/inserm/html/pdf/beh_20_21_2002.pdf
Mortalité attribuée au diabète en France. (consulté en novembre 2007)
55. http://www.doctissimo.fr/html/sante/mag_2001/mag1214/dossier/sa_4943_diabete_te.htm
Troubles de l'érection : Le diabète responsable mais pas coupable...
Interview du Professeur Michel Pinget, responsable du service d'endocrinologie au CHU de Strasbourg. (consulté en septembre 2007)
56. http://www.droitpharma.fr/2/autres_obligations.htm (consulté en décembre 2007)
http://www.droitpharma.fr/2/autres_obligations.htm
57. www.invs.sante.fr (consulté en juin 2007)
www.invs.sante.fr
58. http://www.invs.sante.fr/publications/entred/html/qualite_suivi_medical_fichiers/frame.htm
Qualité du suivi médical des personnes diabétiques. Résultats de l'étude Entred 2001-2003. (consulté en mars 2007)

59. http://www.invs.sante.fr/publications/entred/html/cout_satisfaction_fichiers/frame.htm
Coût des soins, satisfaction des patients et médecins, caractéristiques des médecins. Résultats de l'étude Entred 2001-2003. (consulté en mars 2007)
60. www.invs.sante.fr/publications/entred/html/ppt/complications.ppt
www.invs.sante.fr/publications/entred/html/ppt/complications.ppt
Complications du diabète. Résultats de l'étude Entred 2001-2003. (consulté en mars 2007)
61. <http://www.invs.sante.fr/publications/entred/resume.html>
Entred. Résumé de l'étude 2001-2003. (consulté en mars 2007)
62. http://www.invs.sante.fr/publications/entred/entred_2007_2010/premiers_resultats.html
Premiers résultats de l'étude Entred 2007-2010. (consulté en février 2008)
63. www.maison-diabete.com (consulté en août 2007)www.maison-diabete.com
64. www.maison-diabete.info (consulté en août 2007)www.maison-diabete.info
65. <http://www.who.int/diabetes/en/diabetesactionnow%FRANCAIS.pdf>
Agissons contre le diabète : initiative de l'Organisation Mondiale de la Santé et de la Fédération Internationale du Diabète. (consulté en juin 2007)
66. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fr312/fr/index.html>
OMS. Le diabète. Aide-mémoire n°312. Septembre 2006 . (consulté en mars 2007)
67. <http://www.who.int/mediacentre/news/new/2006/nw05/en/>
New tool to enhance rôle of pharmacists in health care. (consulté en mars 2007)

N° d'identification :

TITRE

**LA CONSULTATION PHARMACEUTIQUE DU DIABÉTIQUE
Expériences et attentes des pharmaciens au sein du réseau
de la Maison du Diabète et de la Nutrition de Nancy et 54.**

Thèse soutenue **le 29 Mai 2008**

Par **Virginie BANZET**

RESUMÉ :

Le diabète est une maladie chronique en pleine expansion depuis de nombreuses années. On entend déjà parler de « fléau du siècle » pour la désigner. Devant cette réalité, de nouvelles structures prennent naissance afin d'apporter aux diabétiques une prise en charge totale de leur maladie. Maladie plurifactorielle, la prise en charge nécessite une coordination, une coopération de tous les professionnels de santé.

Afin de faciliter cette mise en place, des réseaux prennent jour afin de regrouper en un lieu unique tous les intervenants. A Nancy, depuis septembre 2004, la Maison du Diabète et de la Nutrition Nancy et 54 a pris naissance. Ouverte à tous, il s'agit d'un lieu d'accueil, de conseils, d'information.

Les pharmaciens ont la possibilité de jouer un rôle en son sein par le biais de la consultation pharmaceutique. Focalisée sur l'observance du traitement et l'autosurveillance glycémique, elle ne connaît actuellement pas le développement escompté au départ.

Absence de connaissance de cette action, manque de motivation, limitation par des freins : les pharmaciens n'ont pas suivi.

Dans un climat où l'éducation thérapeutique du patient est en plein essor, il est intéressant de rappeler l'existence de la MDN Nancy et 54 aux pharmaciens. La consultation pharmaceutique rencontre des difficultés à s'implanter, cette thèse a pour objectif de les répertorier et de trouver des solutions.

MOTS CLÉS :

Maison du Diabète et de la Nutrition – Education thérapeutique du patient – Consultation pharmaceutique – Optimisation du traitement – Autosurveillance glycémique -

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
--------------------	-------------------------	--------

Monsieur P. BÖHME Docteur en Médecine Praticien Hospitalier	Service de Diabétologie- Nutrition CHU Nancy Hôpital Jeanne d'arc	Expérimentale Bibliographique ☐ Thème 6
--	--	--

Thèmes

1 – Sciences fondamentales	2 – Hygiène/Environnement
3 – Médicament	4 – Alimentation – Nutrition
5 - Biologie	6 – Pratique professionnelle