

RÉPUBLIQUE ALGERIÈNNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITÉ SAAD DAHLEB DE BLIDA-1-



FACULTÉ DE MEDECINE
DÉPARTEMENT DE PHARMACIE

THÈME

**RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS
L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT
DIABÉTIQUE**

Thèse d'exercice de fin d'études

Présentée en vue de l'obtention du Diplôme de Docteur en Pharmacie

Session : Juillet 2021

Présentée par :

- ❖ DOUAL FAROUK ;
- ❖ BELBAHRI KHALED ;
- ❖ HADDJ MOHAMMED ADNAN .

Devant le jury :

- ❖ **Présidente** : Dr. BENHAMIDA.S Maitre de Conférence en Pharmacologie ;
- ❖ **Examinatrice** : Dr. BENGUERGOURA.H Maitre de Conférence en Chimie ;
- ❖ **Examinatrice** : Dr. KHADER.N Maitre assistante en Biophysique ;
- ❖ **Promotrice** : Dr. GUERFI.B Maitre assistante en Chimie Thérapeutique .

REMERCIEMENT

Nous remercions Allah de nous avoir donnée la volonté, la patience et le courage qui nous a permis de mener à bien ce travail.

Nous tenons de remercier Dr. Mme Benaziz.W chef de département de pharmacie de la faculté de médecine de Saad Dahleb de Blida -1- .

Nous adressons nos sincères remerciements aux membres du jury chargé d'examiner la soutenance de notre mémoire de fin d'étude :

À la présidente du jury Dr. Mme Benhamida.S ; Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous faites pour nous en acceptant de présider ce jury de thèse.

Aux jury Dr. Mme Khader.N et Dr. Mme Benguergoura.H : nous sommes très ravies que vous soyez proposé d'être notre jury de thèse d'exercice de fin d'étude .

En espérant que ce travail soit à la hauteur de vos attentes , merci pour l'intérêt que vous avez pu y porter .

Gratitudes à Dr. Mme Guerfi.B notre directeur de thèse pour l'encadrement de ce travail et sa disponibilité qu'elle nous a accordé pour le suivie de ce travail et pour nous avoir fait part de ses précieux conseils , le respect et la sympathie dont nous ferre témoin ; et pour l'intérêt qui nous a donné ;

Merci d'avoir accepté de lancer avec nous l'aventure de cette thèse , espérant que notre travail soit à la hauteur de vous attentes . Merci pour la passion et l'investissement de votre temps que tu mets dans tes cours bien passés en chimie thérapeutique , tu fais parti des profs qui nous ont beaucoup appris durant notre cursus . Tu nous a fait découvrir avant tout la pharmacie , son quotidien et aussi l'éducation thérapeutique du patient ,qui est à la base du sujet de cette thèse ; Merci Dr. madame Guerfi.B .

Sans oublier tous les enseignants qui nous a formés pendant notre cursus en pharmacie . Et tout le monde , qui ont fait de nous les docteurs en pharmacie que nous somme aujourd'hui .

On remercie nos amis de la faculté de médecine de Blida et spécialement la promo de pharmacie de l'année 2015 ; On a de la chance de s'en connaître et on a de l'honneur de passer et de partager des beaux souvenirs ensemble (études , grèves ,examens...etc.) .

DEDICACE

Avec l'aide d'Allah le tout puissant qui ma donné la force de survivre , ainsi que l'audace pour dépasser toutes les difficultés .

Je dédier à travers cette thèse ... à la mémoire de :

Remercier mon père mon guide dans cette vie ,je ne vais jamais oublier tes sacrifices pour moi , tes précieux conseils et votre présence à coté de moi à tout moment . Qu'Allah vous protège, aucun chose peut vous rendre qu'est ce que vous ma donnée ... je vous souhaite le paradis, merci mon père.

Je viens de prier pour ma mère de reposer en paix, j'aurais aimé que tu sois présente mais tu es dans mon cœur pour toujours , votre fils a grandi et devient un docteur ma chère maman.

Merci à la femme qui substitue la place de ma mère , et grâce a elle je devenue le grand frère de ses enfants , je remercie mes petits frères Aymen ,Louai et ma petite sœur pour la joie , l'amour et l'espoir qui m'ont donné , Qu'Allah les protègent .

Je remercie toute ma famille et spécialement mon grand-père et ma grand-mère que j'ai les aime beaucoup , une dédicace au grand père Ahmed et ses enfants ; Et à Mr Ahmed , Mr Khaled , Mr Youcef , Mr Fodhil , Mr Mohamed , Mme Hakima et Mme Yamina et Mme Djamila .

Une grande dédicace à mes frères avant d'être amis ou membre de famille , notamment à : Ali , Saïd, Madjid , Ihab , Abd latif , Abd el-fetah , Chafik , Badr Eddine , Abd errahmane , Mohamed, Abdallah , Walid , Hilal , Morad , Hamza , Mhamed , Zinedine , Aymen ,Ayoub, Chakib , Badis , Yasser , Abdel Kader , Amine , Charaf , Mehdi , Abdelhak , Ilyes ,Fayçal et Abderrahim .

Aussi à mes amis du lycée « les frères farrodji de Boumedfaa » avec qui j'ai pu garder plus ou moins de contact et beaucoup des souvenirs .

Une dédicace spéciale à l'équipe de la pharmacie d'officine de Mr Kribbaza ou j'ai fait mon stage et de me trouver à l'aise , et également à : Mhamed , Mustafa , Mohamed et Adel.

Aussi aux personnels de laboratoire et de pharmacie de l'EHS psychiatrie de l'hôpital de Frantz fanon de Blida , ainsi à mes collègues de stage .

Au personnel de l'unité industrielle AT Pharma de Khmis, Miliana de Ain Defla .

Merci à mes confrères Khaled et à Farouk, nous formons le super trinôme , je suis si fière qu'on fait ce travail ensemble et ravis de vous reconnaître .

Et pour finir je tiens de remercie tous d'être là chaque jour auprès de moi , de m'avoir soutenue durant tout mon cursus et dans toutes mes pas et chacune des étapes de ma vie , de m'encourager par ces mots ou par la donne du courage d'avancer.

Haddj Mohammed Adnan

DEDICACE

*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...
Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,
l'amour, le respect, la reconnaissance...
Aussi, c'est tout simplement que...
Je dédie cette thèse à :*

A ma Maman d'amour, KHADIDJA

Des mots ne pourront jamais exprimer la profondeur de mon amour et mon affection. A toi maman, je dédie ce travail, que sans ton soutien, ton amour, n'aurait pu voir le jour. Tes prières ont été pour moi un grand soutien moral au long de mes études. Veuillez trouver, chère mère, dans ce travail le fruit de ton dévouement et de tes sacrifices ainsi que l'expression de ma gratitude et mon profond amour. Puisse Dieu te préserver des malheurs de la vie et te procurer longue vie.

A mon cher Papa. MOHAMED

Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime, le dévouement et le respect que j'ai toujours eu pour toi. Rien au monde ne vaut les efforts fournis pour mon éducation et mon bien être. Je te dédie ce travail qui est le résultat de tes sacrifices que tu as consentis pour mon éducation et ma formation. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé et longue vie.

A mes frères Kamel, Abdelfettah mes sœurs Hafida et Houda, vous avez toujours cru en moi et été là pour moi ; même si je vous le dis souvent mais sachez encore une fois que je vous aime.

A mes amis du (lycée.Cite2...) avec qui j'ai pu garder plus ou moins de contact et beaucoup des souvenirs .

Vous étiez là pour moi depuis le début, je n'oublierai jamais vos encouragements et votre présence

*Une dédicace spéciale à l'équipe de la pharmacie d'officine de ouled bassa Ahmed*2 et Miloud*

Et pour finir

je tiens de remercier tous d'être là chaque jour auprès de moi, de m'avoir soutenue durant tout mon cursus et chacune des étapes de ma vie, de m'encourager par ces mots ou par la donne du courage d'avancer.

Belbahri Khaled

DEDICACE

*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...
Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,
l'amour, le respect, la reconnaissance...
Aussi, c'est tout simplement que...
Je dédie cette thèse à :*

A ma Maman d'amour, messaouda

Des mots ne pourront jamais exprimer la profondeur de mon amour et mon affection. A toi maman, je dédie ce travail, que sans ton soutien, ton amour, n'aurait pu voir le jour. Tes prières ont été pour moi un grand soutien moral au long de mes études. Veuillez trouver, chère mère, dans ce travail le fruit de ton dévouement et de tes sacrifices ainsi que l'expression de ma gratitude et mon profond amour. Puisse Dieu te préserver des malheurs de la vie et te procurer longue vie.

A mon cher Papa. Abdelhamid

Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime, le dévouement et le respect que j'ai toujours eu pour toi. Rien au monde ne vaut les efforts fournis pour mon éducation et mon bien être. Je te dédie ce travail qui est le résultat de tes sacrifices que tu as consentis pour mon éducation et ma formation. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé et longue vie.

A mon frère fouad ma sœur meriem sajida, vous avez toujours cru en moi et été là pour moi ; même si je vous le dis souvent mais sachez encore une fois que je vous aime.

A mes amis du(lycée iben khaldoun ; Cite2...) avec qui j'ai pu garder plus ou moins de contact et beaucoup des souvenirs .

Vous étiez là pour moi depuis le début, je n'oublierai jamais vos encouragements et votre présence

Merci à mes confrères Khaled et à Adnan, nous formons le super trinôme , je suis si fière qu'on fait ce travail ensemble et ravis de vous reconnaître .

*Une dédicace spéciale à l'équipe de la pharmacie d'officine de benaissa : Dr.mostapha..
Mr.youcef ..Mr.aissa..Mr.hichem..Mr.mokhtar ..Mme.ahlelm..*

Et pour finir

je tiens de remercier tous d'être là chaque jour auprès de moi, de m'avoir soutenue durant tout mon cursus et chacune des étapes de ma vie, de m'encourager par ces mots ou par la donne du courage d'avancer.

Doual farouk

Liste des figures

FIGURE 1 : GENERALITES SUR LE DOSSIER PHARMACEUTIQUE . [30].....	16
FIGURE 2 : CHAMP D´ ACTION DES CONCEPTS EN SANTE .[8]	35
FIGURE 3 : ETAPES DE LA MISE EN ŒUVRE DE L´ETP .[33]	44
FIGURE 4 : EXEMPLE D´UN BILAN EDUCATIF PARTAGE POUR UN PATIENT LOMBALGIQUE CHRONIQUE .[8].....	46
FIGURE 5 : DIVERSES DEMARCHES D´UNE ETP SELON LE MODELE ALLOSTERIQUE DE TYPE SYSTEMIQUE D´ETP.[8].....	52
FIGURE 6 : RESULTAT DE DEUX PROCESSUS FACE A LA MALADIE .[8]	56
FIGURE 7 : ETAPES DU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT SELON LA THEORIE DE PROCHASKA ET DICLEMENTE .[8].....	58
FIGURE 8 : REPARTITION DES PATIENTS DIABETIQUES SELON LE TYPE DU DIABETE	95
FIGURE 9 : REPARTITION DU NOMBRE DES PATIENTS DIABETIQUES SELON LE SEXE	96
FIGURE 10 : HISTOGRAMME DE REPARTITION DES PATIENTS DIABETIQUES SELON LE REGIME ALIMENTAIRE ET L'ACTIVITE PHYSIQUE	97
FIGURE 11 : REPARTITION DES PATIENTS DIABETIQUES SELON LES TROIS FACTEURS DE RISQUE	98
FIGURE 12 : REPARTITION DES PATIENTS DIABETIQUES INTERROGES SELON L'HYGIENE DES PIEDS	98
FIGURE 13 : REPARTITION DES PATIENTS DIABETIQUES SELON LE RESPECT DU RENDEZ-VOUS MEDICALE , LA DEMANDE DE L'AVIS MEDICALE ET L'UTILISATION DES PLANTES MEDICINALES	100
FIGURE 14 : REPARTITION DES PATIENTS DIABETIQUES SELON LE TRAITEMENT MEDICAMENTEUX	101
FIGURE 15 : REPARTITION DES PATIENTS DIABETIQUES SELON LE TYPE DE TRAITEMENT ANTIDIABETIQUE.	101
FIGURE 16 : REPARTITION DES PATIENTS DIABETIQUES SELON QUATRE PARAMETRES DE L'INSULINOTHERAPIE	102
FIGURE 17 : REPARTITION DES PATIENTS DIABETIQUES SELON LA MESURE DE LA GLYCEMIE. .	103
FIGURE 18 : REPARTITION DES PATIENTS DIABETIQUES SELON L'ETAT PSYCHIQUE.	104

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : NOMBRE DES PRATICIENS DE SANTE DANS LE SECTEUR PUBLIC ET LE SECTEUR PRIVE EN 2000 ET 2015 . [25]	11
TABLEAU 2 : NOMBRE DES PHARMACIENS , MEDECINS GENERALISTES , DENTISTES ET MEDECINS SPECIALISTES EN 2015 . [25].....	11
TABLEAU 3 : NOMBRE DES PARAMEDICAUX EN 2000 ET 2015 . [25].....	11
TABLEAU 4 : NOMBRE DES STRUCTURES DE SANTE DE L'ETAT EN 2000 ET 2015 . [25]	12
TABLEAU 5 : NOMBRE DES STRUCTURES PRIVEES DE SANTE EN 2015 . [25].....	12
TABLEAU 6 : ENJEUX DES DIFFERENTS OUTILS DE COMMUNICATION A L'OFFICINE . [56].....	18
TABLEAU 7 : PRINCIPAUX EVENEMENTS MARQUANTS LA PREMIERE ERE D'ETP .[3].....	36
TABLEAU 8 : COMPETENCES ET OBJECTIFS A ACQUERIR PAR LE PATIENT AU TERME D'UN PROGRAMME D'ETP . [21].....	37
TABLEAU 9 : LISTE NON EXHAUSTIVE DES COMPETENCES NECESSAIRES AUX PROFESSIONNELS DE SANTE POUR METTRE EN ŒUVRE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT DE MANIERE MULTIDISCIPLINAIRE .[22].....	41
TABLEAU 10 : AVANTAGES ET INCONVENIENTS DE L'EDUCATION EN INDIVIDUEL ET EN GROUPE . [5].....	47
TABLEAU 11 : TECHNIQUES PEDAGOGIQUES UTILISABLES EN SEANCES INDIVIDUELLES . [8].....	53
TABLEAU 12 : TECHNIQUES PEDAGOGIQUES UTILISABLES EN SEANCES COLLECTIVES .[8]	54
TABLEAU 13 : NOUVEAUX CRITERES POUR LE DIAGNOSTIC DU DIABETE ET DES TROUBLES DE LA GLYCOREGULATION .[20]	61
TABLEAU 14 : PRINCIPALES DIFFERENCES ENTRE DT1 ET DT2 . [62]	62
TABLEAU 15 : REPARTITION DU NOMBRE DES PATIENTS DIABETIQUES SELON L'AGE	95
TABLEAU 16 : REPARTITION DU NOMBRE DES PATIENTS DIABETIQUES SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION	96
TABLEAU 17 : REPARTITION DES PATIENTS DIABETIQUES SELON L'INDICE DE MASSE CORPOREL.	99

LISTE DES ABREVIATIONS

- ❖ **ACO** : Anticoagulant Oraux .
- ❖ **ADO** : antidiabétiques oraux .
- ❖ **AFPSA** : association francophone de psychologie de la santé .
- ❖ **ANSM** : Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et de Produits de Sante .
- ❖ **ARA2** : Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine 2 .
- ❖ **AVC** : Accident Vasculo-Cérébrale .
- ❖ **AVK** : Antivitamines K .
- ❖ **BEP** : bilan éducatif partagé .
- ❖ **CE** : Conformité européenne .
- ❖ **CEIP** : Centre d'Evaluation et d'Information sur Pharmacodépendance et d'Addictovigilance .
- ❖ **CMH** : complexe majeur d'histocompatibilité .
- ❖ **COVID-19** :Corona virus Disease 2019 .
- ❖ **CPS** : carte de professionnel de santé .
- ❖ **DASRI** : déchets d'activités de soins à risque infectieux et assimilés .
- ❖ **DID** : diabète insulino-dépendant .
- ❖ **DMDIV** : Dispositif Médical de Diagnostic in Vitro .
- ❖ **DMP** : Dossier Médicale Partage .
- ❖ **DMS** : Dispositifs Médicaux Stériles.
- ❖ **DNID** : diabète non insulino-dépendant .
- ❖ **DP** : Dossier Pharmaceutique .
- ❖ **DT1** : Diabète de type 1 .
- ❖ **DT2** : Diabète de type 2 .
- ❖ **ETP** : Education Thérapeutique du Patient .
- ❖ **FID** : fédération internationale du diabète .
- ❖ **FIP** : Fédération Internationale Pharmaceutique .
- ❖ **HAS** : Haute Autorité de Sante .
- ❖ **HBA1C** : Hémoglobine glyquée A1 .
- ❖ **HLA** :Human Leukocyte Antigène .
- ❖ **HPST** : Hôpital , Patient , Sante et Territoire .
- ❖ **IEC** : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion .
- ❖ **IMC** : Indice de Masse Corporel .
- ❖ **IPDE5** : Inhibiteur de PhosphoDiEstérase-5 .
- ❖ **MODY** : Maturity Onset Diabetes of the Young .
- ❖ **MSPRH** : la Ministère de Santé et de la Réforme Hospitalière.

LISTE DES ABREVIATIONS

- ❖ **OMS** : Organisation Mondiale de Sante .
- ❖ **SIDA** :Syndrome d'Immunodéficienceacquise .
- ❖ **TCD4** : Lymphocyte T a CD4 .
- ❖ **TCD8** : Lymphocyte T a CD8 .
- ❖ **TROD** : Test rapide d'orientation diagnostique .
- ❖ **VAG** : Vaccination Antigrippale .

GLOSSAIRE

GLOSSAIRE

- ❖ **Acanthosis Nigricans** : est une affection de la peau qui se reconnaît aux zones de peau sombres et épaisses qu'elle provoque .
- ❖ **Accident Vasculo-Cérébrale** : correspond à un arrêt brutal de la circulation sanguine au niveau du cerveau .
- ❖ **Acidocétose** : est l'une des complications d'un diabète sucré mal équilibré .
- ❖ **Addictovigilance** : la surveillance des cas d'abus et de dépendance liés à la prise de toute substance ayant un effet psychoactif .
- ❖ **Antivitamines K** : font partie de la famille des anticoagulants oraux .
- ❖ **Automédication** : l'utilisation d'un médicament par une personne sur sa propre initiative .
- ❖ **Caducée** : désigne aujourd'hui le médecin ou le pharmacien il est utilisé comme un symbole de la pratique de la médecine .
- ❖ **Charlatanisme** : Art d'abuser de la crédulité publique .
- ❖ **Cosmétovigilance** : s'exerce sur l'ensemble des produits cosmétiques après leur mise sur le marché .
- ❖ **Déontologie** : Ensemble des règles et devoirs qui régissent l'exercice d'une profession .
- ❖ **Dossier Médicale Partage** : (DMP) est un carnet de santé numérique qui conserve et sécurise vos informations de santé .
- ❖ **Gastroparésies** : trouble de vidange gastrique .
- ❖ **Hypocalorique** : La restriction calorique ou régime hypocalorique est un type de régime amaigrissant consistant à réduire les apports caloriques habituellement ingéré .
- ❖ **Macroangiopathie** : Les macroangiopathie qui sont des pathologies des gros vaisseaux, artères et veines .
- ❖ **Matéiovigilance** : s'exerce sur les dispositifs médicaux après leur mise sur le marché .
- ❖ **Microangiopathies** : est une angiopathie qui atteint des vaisseaux sanguins de petits calibres .
- ❖ **Neuropathies** : est un terme utilisé pour décrire un problème relié aux nerfs .
- ❖ **Nutrivigilance** : s'exerce sur Les produits alimentaires .
- ❖ **Obésité** : est un terme générique désignant un excès de masse adipeuse dans l'organisme .
- ❖ **Pharmacie Clinique** : l'exercice de la pharmacie au lit du patient .

GLOSSAIRE

- ❖ **Pharmacovigilance** : La pharmacovigilance est la surveillance et la prévention du risque d'effet indésirable, que ce risque soit potentiel ou avéré, des médicaments .
- ❖ **Phytothérapie** : c'est l'emploi de plantes ou de médicaments à base de plantes .
- ❖ **Pneumopathies** : maladies du parenchyme pulmonaire .
- ❖ **Réactovigilance** : la surveillance des incidents et risques d'incidents résultant de l'utilisation (DMDIV) .
- ❖ **Rétinopathie** : est un terme qui désigne toutes les affections qui touchent la rétine .
- ❖ **Téléconsultation** : La téléconsultation est une consultation médicale à distance .
- ❖ **Triglycérides** : sont fabriqués par le foie mais aussi apportés par l'alimentation (sucres, alcool) et ils sont stockés dans le tissu adipeux .

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENT

DEDICACE

INTRODUCTION : 1

CHAPITRE I : PHARMACIEN D'OFFICINE 2

I.1 CONTEXTE ACTUEL DE LA PHARMACIE EN ALGERIE:..... 2

I.1.1 EXERCICE DE LA PROFESSION DE PHARMACIEN :..... 2

I.1.1.1 Etudes de pharmacie :..... 2

I.1.1.2 Exercice de la profession :..... 3

I.1.2 DEFINITION DE LA PHARMACIE D'OFFICINE :..... 4

I.1.3 PRINCIPAUX TEXTES REGISSANT L'EXERCICE DE LA PROFESSION :... 4

I.1.3.1 CODE DE DÉONTOLOGIE DES PHARMACIENS : 4

I.1.3.2 REGLES D'AMENAGEMENT ET D'EQUIPEMENT DE L'OFFICINE: 5

I.1.3.3 AMÉNAGEMENT DE L'OFFICINE : 5

I.1.3.4 ÉQUIPEMENT DE L'OFFICINE :..... 5

I.1.4 GRANDS PRINCIPES DE LA PROFESSION DE PHARMACIEN :..... 6

I.1.4.1 NOTION D'ÉTHIQUE EN PHARMACIE :..... 6

I.1.4.2 NOTION D'EXERCICE PERSONNEL : 7

I.1.4.3 NOTIONS DE PROBITÉ ET DE DIGNITÉ DE LA PROFESSION :..... 7

I.1.4.4 RELATIONS AVEC LES AUTRES PHARMACIENS :..... 7

I.1.4.5 RELATIONS AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ : 8

I.2 RÔLE DU PHARMACIEN :..... 8

I.2.1 RÔLE HISTORIQUE ET ÉVOLUTION : 8

I.2.2 RÔLE SOCIAL DU PHARMACIEN :..... 9

I.2.3 L'ACTE PHARMACEUTIQUE : 9

I.3 ÉVOLUTION DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET PLACE DU PHARMACIEN:..... 10

I.3.1 CONSTAT : 10

I.3.2 PLACE DU PHARMACIEN AU SEIN DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE:..... 13

CHAPITRE II : PHARMACIE D'OFFICINE AU SERVICE DU PATIENT 14

II.1 INTRODUCTION : 14

TABLE DES MATIERES

II.2	DROITS , DEVOIRS ET INTERDICTIONS :	14
II.3	RESPONSABILITÉ DU PHARMACIEN :	15
II.4	NOUVEAUTÉS PROFESSIONNELLES DU PHARMACIEN D'OFFICINE « LE MODÈLE FRANÇAIS » :	15
II.4.1	PHARMACIEN «UN MÉTIER SANS CESSÉ EN ÉVOLUTION » :	15
II.4.1.1	VACCINATION EN OFFICINE:	16
II.4.1.2	COOPÉRATION ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ :	16
II.4.1.3	DOSSIER PHARMACEUTIQUE (DP) :	16
II.4.1.4	DOSSIER MÉDICALE PARTAGÉ (DMP) :	17
II.4.1.5	TELÉCONSULTATION ET TELÉPHARMACIE :	17
II.4.1.6	PHARMACIE D'OFFICINE COMME LIEU D'ÉCOUTE ET DE REFUGE:	17
II.5	COMMUNICATION PHARMACIEN-PATIENT :	17
II.5.1	ENTRE VENTE ET SANTÉ PUBLIQUE :	19
II.5.2	ESPACES DE COMMUNICATION « EXEMPLE DE LA FRANCE »:	19
II.6	ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE « EXEMPLE DE LA FRANCE ET DE CANADA » :	20
II.6.1	DEFINITION :	20
II.6.2	PATHOLOGIES CONCERNÉES :	21
II.6.3	PATIENTS CONCERNÉS :	21
II.6.4	FREQUENCE DE L'ENTRETIEN :	22
II.6.5	OBJECTIFS DE L'ENTRETIEN :	22
II.6.5.1	GENERALITÉS :	22
II.6.5.2	EXEMPLE AU CANADA « CONSULTATION PHARMACEUTIQUE » :	23
II.7	ACCOMPAGNEMENT PHARMACEUTIQUE DU PATIENT :	26
II.8	SOINS PHARMACEUTIQUES :	27
II.8.1	MOTIVATION DU PATIENT Á PRENDRE SON TRAITEMENT :	29
II.8.2	MOTIVATION PAR LA RAISON :	29
II.8.3	ÉVALUATION DES OBSTACLES AU TRAITEMENT :	30
II.8.4	CONDUITE Á TENIR EN CAS DES EFFETS SECONDAIRES ET INDESIRABLES :	30
II.9	VIGILANCES Á L'OFFICINE :	31
☐	Pharmacovigilance :	31
☐	Addictovigilance :	31
☐	Matéiovigilance :	31

TABLE DES MATIERES

□ Réactovigilance :	32
□ Nutrivigilance :	32
□ Cosmétovigilance :	32

CHAPITRE III : ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT :.....33

III.1 GÉNÉRALITÉS :	33
III.1.1 DÉFINITIONS :	33
III.1.1.1 ÉTYMOLOGIE :	33
III.1.1.2 SELON LE RAPPORT DE L'OMS 1996 :	33
III.1.1.3 SELON LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS) :	34
III.1.1.4 DIFFÉRENTS CONCEPTS EN SANTÉ ET ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT :	34
III.1.2 HISTORIQUE ET ÉVOLUTION DE L'ETP :	35
III.1.2.1 PREMIÈRES ÈRES DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT:	35
III.1.2.2 DEUXIÈME ÈRE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (1972-1999) :	36
III.1.2.3 TROISIÈME ÈRE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE (DE 1999 JUSQU'À AUJOURD'HUI) :	37
III.1.3 PRINCIPES ET ÉTHIQUES DE L'ETP :	37
III.1.4 FINALITÉS ET ENJEUX DE L'ETP :	37
III.1.5 ACTEURS DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT :	40
III.1.5.1 PATIENT :	40
III.1.5.2 PROCHES :	40
III.1.5.3 PROFESSIONNEL DE SANTÉ :	40
III.1.6 CHAMP D'APPLICATION DE L'ETP :	42
III.1.6.1 DÉFINITION DE LA MALADIE CHRONIQUE :	42
III.1.6.2 AUTRES CONTEXTES D'APPLICATION D'ETP :	42
III.1.7 APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRES :	43
III.1.8 POPULATION BÉNÉFICIAIRE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE :	43
III.2 MODALITÉS DE LA MISE EN PLACE DE L'ETP :	44
III.2.1 STRUCTURATION D'UN PROGRAMME D'ETP:	45
III.2.1.1 DIAGNOSTIC ÉDUCATIF:	45

TABLE DES MATIERES

III.2.1.2 ÉLABORATION D'UN PROGRAMME PERSONNALISÉ ET LE PARTAGE DES OBJECTIFS :	45
III.2.1.3 RÉALISATION DES SÉANCES ÉDUCATIVES :	46
III.2.1.4 ÉVALUATION INDIVIDUELLE DE L'ETP :	48
III.2.1.5 CRITÈRES DE QUALITÉ D' UN PROGRAMME D'ETP :	49
☐ Selon l'organisation mondiale de la sante :	49
☐ Selon la haute autorité de santé :	49
III.2.2 RESSOURCES ÉDUCATIVES EN ETP :	50
III.2.2.1 PÉDAGOGIE ET GRANDS MODÈLES EXPLICATIFS D'APPRENTISSAGE :	50
III.2.2.2 TECHNIQUES ET OUTILS PÉDAGOGIQUES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'ETP :	53
☐ Techniques pédagogiques :	53
☐ Outils pédagogiques :	54
III.2.2.3 MULTIMÉDIA ET INTERNET :	54
III.2.3 ETP ET PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ :	55
III.2.3.1 DÉFINITION DE LA PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ :	55
III.2.3.2 STADES D'ACCEPTATION DE LA MALADIE :	55
III.2.3.3 MODÈLE DE CROYANCE DE SANTÉ (HEALTH BELIEF MODEL) :	57
III.2.3.4 LOCUS DE CONTRÔLE :	57
☐ Externe :	57
☐ Interne :	57
III.2.3.5 STADES DE CHANGEMENT DU COMPORTEMENT :	57
III.3 PLACE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS L'ETP :	59
 CHAPITRE IV	60
 CHAPITRE IV : ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE CHEZ LE PATIENT DIABÉTIQUE ...	60
IV.1 DIABÈTE :	60
IV.1.1 GÉNÉRALITÉS :	60
IV.1.1.1 ÉPIDÉMIOLOGIE :	60
IV.1.1.2 DÉFINITION :	60
IV.1.1.3 CRITÈRES DIAGNOSTIQUES ET ANALYTIQUES :	61
IV.1.1.4 CLASSIFICATION :	62
☐ Diabète type 1 :	62

TABLE DES MATIERES

□ Diabète type 2 :.....	62
□ Diabète gestationnel :	63
□ Autres types de diabète sucre :	63
IV.1.2 DIABÈTE TYPE 1 :.....	63
IV.1.2.1 PHYSIOPATHOLOGIE:.....	63
IV.1.2.2 SYMPTÔMES :.....	63
IV.1.2.3 FACTEURS DE RISQUES :.....	64
□ Facteurs génétiques :	64
□ Facteurs immunitaires :	64
□ Stress :	65
□ Facteurs environnementaux :.....	65
□ Autres facteurs :	65
IV.1.2.4 COMPLICATIONS :.....	65
□ Complications à court terme :.....	65
□ Acidocétose diabétique :.....	65
□ Coma hyperosmolaire :.....	66
□ Hypoglycémie :.....	66
□ Complications à long terme :.....	67
IV.1.2.5 PRISE EN CHARGE :.....	68
IV.1.3 DIABÈTE TYPE 2 (DT2) :.....	69
IV.1.3.1 PHYSIOPATHOLOGIE :	69
IV.1.3.2 SYMPTÔMES :.....	69
IV.1.3.3 FACTEURS DE RISQUE :	70
IV.1.3.4 COMPLICATIONS :.....	71
IV.1.4 PIED DIABÉTIQUE :.....	72
IV.1.5 TRAITEMENT :	72
IV.1.5.1 TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX :	72
□ Insulinothérapie :	72
□ Antidiabétiques oraux :.....	73
IV.1.5.2 TRAITEMENT NON MÉDICAMENTEUX :.....	73
□ Activité physique :.....	73
□ Régime alimentaire :.....	73
IV.2 RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT DIABÉTIQUE :.....	74
IV.2.1 DIFFÉRENTS ÉTAPES DE L'ETP :.....	74

TABLE DES MATIERES

IV.2.1.1 DIAGNOSTIC ÉDUCATIF :	74
IV.2.1.2 ÉLABORATION DU PROGRAMME DE L'ETP :	74
IV.2.1.3 RÉALISATION DES SÉANCES ÉDUCATIFS DE L'ETP :	74
□ Compétences :	74
□ Séance individuelle :	75
□ Séance collective :	75
IV.2.1.4 ÉVALUATION DES COMPÉTENCES ET OBJECTIFS ÉDUCATIFS DES PATIENTS :	76
IV.2.2 THÈMES ABORDÉES PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE LORS DES SÉANCES ÉDUCATIFS :	77
IV.2.2.1 AIDER LE DIABÉTIQUE À LA COMPRÉHENSION DE SA MALADIE ET DE SES TRAITEMENTS :	77
IV.2.2.2 PRÉVENTION DES COMPLICATIONS DU DIABÈTE :	79
A. Suivre médicale :	79
B. Prévention des microangiopathie :	80
C. Prévention des macroangiopathie :	82
D. Ordonnances intercurrentes :	83
E. Conseil au comptoir :	84
a. Automédication et diabète :	84
b. Autosurveillance glycémique :	85
c. Contrôle du poids :	87
d. Collations :	87
e. Hygiène des pieds :	88
IV.2.3 EXEMPLE D'UN PROGRAMME D'ETP DIABÉTIQUE DE TYPE 2 :	90
IV.2.3.1 DESCRIPTION DU PROGRAMME :	90
IV.2.3.2 THÈMES ABORDÉES :	90
IV.2.3.3 ÉVALUATION DE LA MISE EN PLACE DU PROGRAMME:	90

CHAPITRE V : ENQUÊTE REALIÉE SUR L'ÉDUCATION

THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT DIABÉTIQUE AU SEIN DE LA

PHARMACIE D'OFFICINE

V.1 PROBLÉMATIQUE :	91
V.2 OBJECTIFS :	91
V.2.1 OBJECTIF GÉNÉRALE :	91

TABLE DES MATIERES

V.2.2 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES :	92
V.3 MATÉRIEL ET MÉTHODES :	92
V.3.1 POPULATION D'ÉTUDE :	92
V.3.2 VARIABLES ETUDIÉES :	92
V.3.3 MÉTHODE :	93
V.3.3.1 DESCRIPTION DU QUESTIONNAIRE :	93
V.3.3.2 ÉLEMENTS DU QUESTIONNAIRE :	93
V.3.3.3 FAISABILITÉ ET DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE :	94
V.3.3.4 RECUEIL DES QUESTIONNAIRES :	94
V.3.4 ANALYSE STATISTIQUE :	94
V.4 RÉSULTATS :	95
V.4.1 TYPE DE DIABÈTE :	95
V.4.2 L'ÂGE :	95
V.4.3 LE SEXE :	96
V.4.4 NIVEAU D'INSTRUCTION :	96
V.4.5 DIABÈTE ET MODE DE VIE :	97
V.4.6 ÉVALUATION ET ÉTUDE DE CERTAINS FACTEURS DE RISQUE :	97
V.4.7 TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX :	100
V.4.8 ÉTAT PSYCHIQUE DU DIABÉTIQUE :	104
V.5 DISCUSSION :	105
CONCLUSION :	108
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	I
ANNEXE :	VII

INTRODUCTION

INTRODUCTION :

Le nombre des personnes diabétiques a explosé au cours des dernières décennies et les chiffres prévus pour les années à venir sont loin d'être rassurantes, et font que l'on qualifie le diabète d'épidémie mondiale .

Le diabète est donc un réel problème de santé publique actuellement . C'est une pathologie lourde évoluant à bas bruit et qui peut être à l'origine de multiples complications, certaines étant d'une sévérité très importante et dont le coût financier est lourd à assumer pour l'assurance maladie . Pour cela , l'autosurveillance et le suivi par les différents professionnels de santé sont indispensables pour gérer au mieux l'évolution de cette maladie et conserver une bonne qualité de vie chez ces patients .

Dans ce contexte ,l'officine est un maillon de plus, à côté des médecins, des infirmiers, des associations de patients diabétiques pour conseiller, éduquer et surveiller la prise en charge des malades, ou simplement pour être un lieu d'écoute.

Des textes règlementaires tel que la loi HPST du 21 juillet 2009 et de changement des mentalités ont fait évoluer la prise en charge médicale . Elle n'est plus centrée sur la pathologie en elle-même mais davantage sur le patient , son éducation thérapeutique et son implication .L'objectif est de rendre le patient réellement acteur de sa santé .Dorénavant , l'un des enjeux majeur est la qualité de vie des patients , l'améliorer ou du moins la conserver.

En France la loi 2009 a donné de nouvelles perspectives aux missions et au rôle du pharmacien d'officine lui permettant l'accompagnement des malades chronique grâce aux entretiens pharmaceutiques mais aussi grâce à des actions de protection sanitaires (prévention, dépistage , diagnostic , suivi des patients , conseils nécessaire au bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux ...) réalisables grâce aux atouts dont il dispose (disponibilité , compétences , ...etc.) .

La première partie de cette thèse consiste à faire un point sur le pharmacien d'officine de son rôle et de ses missions au service des patients .

La seconde partie s'intéresse à la profession de pharmacien et à ses nouvelles missions , en particulier l'ETP . Nous tenterons ainsi de mettre en évidence la potentielle implication du pharmacien d'officine dans le suivi des patients diabétiques .

La dernière partie se compose d'enquête réalisée auprès des patients diabétiques lors d'un entretien au niveau de trois pharmacies d'officine , et ceci dans le but de faire un diagnostic éducatif pour évaluer et explorer leurs compétences , leurs besoins et leurs attentes ainsi que l'élaboration des différents outils pédagogiques nécessaire à la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient en Algérie .

PARTIE BIBLIOGRAPHIQUE

CHAPITRE I :

PHARMACIEN D'OFFICINE

CHAPITRE I : PHARMACIEN D'OFFICINE

I.1 CONTEXTE ACTUEL DE LA PHARMACIE EN ALGERIE:

I.1.1 EXERCICE DE LA PROFESSION DE PHARMACIEN :

I.1.1.1 *Etudes de pharmacie :*

La formation du pharmacien exerçant en Algérie a été assurée anciennement par la France pour des raisons historiques . Cependant , après l'indépendance , cette formation s'est quelque peu diversifiée . Des confrères , quoiqu'en petit nombre ont été formés dans les autres pays francophones , essentiellement en Belgique . Il faudrait ajouter qu'un certain nombre de pharmaciens ont été formés en Algérie, et quelques rares autres dans les pays du Moyen-Orient , notamment en Irak , Syrie et Egypte . [77]

L'enseignement de la pharmacie en Algérie et plus précisément à la Faculté mixte de pharmacie et de médecine à Alger-Centre , a débuté avant l'enseignement de la pharmacie de Paris de 16 ans . [77]

Actuellement , les études de pharmacie durent six années , après l'obtention du baccalauréat de l'enseignement secondaire ; Ces études comprennent outre une formation théorique , une année hospitalo-universitaire et six mois de stage pratique professionnelle ; La soutenance de la thèse d'exercice vient compléter ce cursus ; Afin de l'obtention du diplôme d'état de docteur en pharmacie . [77]

Des programmes des études de pharmacie sont actuellement en préparation par les spécialistes hospitalo-universitaires . En effet, au terme de son apprentissage, le docteur en pharmacie doit être capable de :

- ✓ Formuler, préparer et contrôler les médicaments ;
- ✓ Organiser , assurer et contrôler la gestion d'une structure pharmaceutique et/ou d'un laboratoire d'analyses ;
- ✓ Contribuer à l'établissement de la nomenclature et d'une pharmacopée nationale ;
- ✓ Pratiquer les analyses biologiques du milieu , des aliments et des produits parapharmaceutiques ;
- ✓ Coopérer avec les autres membres de l'équipe sanitaire ainsi qu'avec les autres secteurs d'activité pour la prise en charge des besoins de santé et l'éducation sanitaire de la collectivité :
 - Coopérer avec les cliniciens par une pharmacie clinique aux CHU ;
 - Coopérer avec les vétérinaires par une pharmacie vétérinaire ;

- ✓ Evaluer son activité et celle de l'unité dont il a la charge ;
- ✓ Participer à la formation des personnels de santé et assurer en permanence sa propre formation ;
- ✓ Participer à la recherche biomédicale et pharmaceutique ;
- ✓ Se comporter conformément aux exigences de l'éthique professionnelle vis-à-vis des malades , de ses confrères , de son entourage immédiat et de la société ;
- ✓ Discuter par exemple du paracétamol (mortel) qui fait mal à la tête ces derniers jours en Algérie ;
- ✓ Tirer la sonnette d'alarme contre le charlatanisme (le dit complément alimentaire antidiabétique « RHB » par exemple) .[77]

I.1.1.2 Exercice de la profession :

En Algérie, les professions pharmaceutiques ont pleinement joué leur rôle au service de la santé et de l'économie ; Elles ont suivi le rythme du développement rapide qu'a connu le pays depuis l'indépendance .L'aperçu de la situation de la pharmacie et des pharmaciens en Algérie; Actuellement , plus d'un millier de pharmaciens exercent en Algérie . Leur répartition par secteur d'activité est la suivante :

- Pharmaciens «d'officines» ;
- Pharmaciens grossistes répartiteurs ;
- Pharmaciens biologistes privés ;
- Pharmaciens assurant la représentation scientifique des laboratoires ;
- Pharmaciens exerçant une activité technico-administrative ;
- Pharmaciens des hôpitaux ;
- Pharmaciens biologistes hospitaliers ;
- Pharmaciens résidents ;
- Pharmaciens exerçant à la Pharmacie centrale des hôpitaux (importation, distribution, production, contrôle) ;
- Pharmaciens exerçant des fonctions diverses dans le secteur public ou semi-étatique;
- Cadres des facultés de Médecine en Algérie .[77]

I.1.2 DEFINITION DE LA PHARMACIE D'OFFICINE :

La pharmacie d'officine est l'établissement affecté à la dispensation au détail des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux , ainsi elle assure accessoirement la distribution au détail des produits parapharmaceutiques .

Le pharmacien est l'unique propriétaire et gestionnaire du fonds de commerce de la pharmacie d'officine dont il est titulaire ;La Liste des produits et des dispositifs médicaux est fixée par voie réglementaire .[76]

À l'officine , un pharmacien peut exercer sa profession en tant que titulaire (seul ou en association) ou en tant qu'adjoint du titulaire .[77]

I.1.3 PRINCIPAUX TEXTES REGISSANT L'EXERCICE DE LA PROFESSION :

Des textes législatifs font de la profession du pharmacien l'une des plus réglementées en Algérie . [77]

I.1.3.1 CODE DE DÉONTOLOGIE DES PHARMACIENS :

Les dispositions du code de déontologie médicale s'imposent à tout médecin, chirurgien dentiste , pharmacien ou étudiant en médecine , en chirurgie dentaire ou en pharmacie , autorisé à exercer la profession dans les conditions prévues par la législation et la réglementation en vigueur . [78]

Il est du devoir de tout pharmacien de respecter et de défendre sa profession , il doit s'abstenir même en dehors de sa profession de tout acte de nature à déconsidérer celle-ci. [78]

Il est interdit à tout pharmacien d'exercer en même temps que sa profession , une autre activité incompatible avec la dignité et l'éthique professionnelle ou contraire à la réglementation en vigueur .[78]

Le pharmacien ne doit favoriser , ni par ses conseils , ni par ses actes , des pratiques contraires aux bonnes mœurs . [78]

Le secret professionnel s'impose à tout pharmacien , sauf dérogations prévues par la loi. [78]

Afin d'assurer le respect du secret professionnel , le pharmacien s'abstient de discuter en public , notamment à l'officine , des questions relatives aux maladies de ses clients .

En outre , il veillera au respect de la confidentialité de l'acte pharmaceutique et évitera toute allusion de nature à compromettre le secret professionnel dans ses publications . [78]

L'exercice professionnel du pharmacien à préparer , à fabriquer, à contrôler, à gérer et à dispenser ici-même tout produits pharmaceutiques. Il est tenu de surveiller attentivement l'exécution de tous les actes pharmaceutiques qu'il n'accomplit pas lui-même .[78]

I.1.3.2 REGLES D'AMENAGEMENT ET D'EQUIPEMENT DE L'OFFICINE:

Le pharmacien doit exercer son métier dans des locaux spécifiques et adaptés ;

L'aménagement de l'officine est soumis à des règles très strictes qui permettent le respect de la dignité de la profession et la qualité de tous les actes pratiqués dans l'officine .[annexe 1]

I.1.3.3 AMÉNAGEMENT DE L'OFFICINE :

La superficie , l'aménagement et l'équipement des locaux doivent être adaptés aux activités de l'officine et doivent permettre le respect des bonnes pratiques officinales .

L'apparence extérieure doit comporter une signalisation caractéristique (croix verte , caducée...) et le nom du/des titulaire(s) .[annexe 1]

L'officine forme un ensemble d'un seul tenant, qui ne doit pas communiquer directement avec d'autres locaux professionnels ou commerciaux . Elle doit être facilement accessible par tous ses usagers (y compris les personnes âgées , handicapées...).À l'intérieur , l'atmosphère doit être calme et professionnelle . La disposition doit être conçue de façon à respecter des conditions de confidentialité permettant un échange personnel et discret , et le respect du secret professionnel ; Un espace de confidentialité doit être aménagé à l'écart des autres .[78]

Pour une meilleure sécurité , le public ne doit pas pouvoir accéder directement aux médicaments, hormis certains médicaments de médication familiale dont la liste est définie qui peuvent être situés dans un espace clairement identifié , et placé à proximité des postes de dispensation pharmaceutique de façon à permettre un contrôle effectif du pharmacien .[annexe 1]

I.1.3.4 ÉQUIPEMENT DE L'OFFICINE :

L'officine doit être équipée de façon à ce que toutes ses activités y soient réalisées dans les meilleures conditions possibles . À ce titre , selon la circulaire numéro 12 de la ministère de santé et de la réforme hospitalière "MSPRH" du 22 octobre 2006 relative à l'exercice de la profession de pharmacien d'officine (annexe 1) , l'officine doit comporter notamment les éléments suivants :

- ✓ Un préparatoire , emplacement adapté et réservé à la préparation et au contrôle des préparations officinales et magistrales ;
- ✓ Des emplacements de rangement des médicaments respectant les conditions suivantes:

« En nombre suffisant pour éviter tout stockage au sol , à l'abri de toute source de chaleur directe , dont les surfaces sont faciles à nettoyer , hors d'accès par les personnes étrangères au personnel de l'officine (notamment pour les médicaments de liste I et II , et les stupéfiants) » ;

- ✓ Des emplacements de rangement des dispositifs médicaux stériles (DMS) permettant de conserver leurs caractéristiques , c'est-à-dire « Situés dans un endroit protégé de taille suffisante pour les conserver intacts, de préférence dans leur carton d'origine, à plat, sans pliage, sans agrafage, sans fixation par attache trombone ni entourage par élastique » ;
- ✓ Une armoire ou un local de sécurité destiné au stockage des médicaments et des produits classés comme stupéfiants , fermé à clé et ne contient rien d'autre ;
- ✓ Une enceinte réfrigérée , adaptée et réservée au stockage des produits thermosensibles entre +2 et +8°C , et munie d'un dispositif de contrôle des températures précis et fiable, avec mémoire des températures minimales et maximales ;
- ✓ Un emplacement destiné au stockage des médicaments et des produits inutilisés ou périmés ;
- ✓ Un lieu de stockage des matières inflammables et/ou explosives , respectant des conditions particulières définies par le code du travail ;
- ✓ Si besoin, un emplacement destiné à l'exécution des analyses de biologie médicale autorisées .[annexe 1]

D'autre part, l'officine doit disposer de systèmes de sécurité suffisants pour protéger les médicaments et autres produits détenus dans les locaux , ainsi que le personnel , notamment à l'occasion des gardes de nuit .[annexe 1]

I.1.4 GRANDS PRINCIPES DE LA PROFESSION DE PHARMACIEN :

I.1.4.1 NOTION D'ÉTHIQUE EN PHARMACIE :

Le pharmacien exerce sa profession « dans le respect de la vie et de la personne humaine » avec un même dévouement envers tous les patients qui le sollicitent . Il pratique sa profession en toute indépendance et doit faire preuve de liberté de jugement professionnel y compris face aux contraintes financières , commerciales , techniques ou morales de quelque nature que ce soit . [80]

Le pharmacien possède un rôle d'information et d'éducation auprès du public dans différents domaines ; Il ne doit pas favoriser , par ses conseils ou par ses actes , des pratiques contraires

à la préservation de la santé publique ; Il ne doit pas non plus inciter à la consommation abusive de médicaments .[80]

I.1.4.2 NOTION D'EXERCICE PERSONNEL :

Tout pharmacien doit exercer personnellement sa profession ; Cela implique qu'il doit exécuter lui-même les actes professionnels ou en surveiller attentivement l'exécution s'ils sont accomplis par quelqu'un d'autre (un personnel a l'habilité à le seconder) et qu'il ne doit pas maintenir ouverte sa pharmacie s'il n'exerce pas lui-même ou s'il ne se fait pas remplacer. Enfin , il doit obligatoirement participer à des services de garde et d'urgence , qui permettent un accès continu aux services de soins par le patient .[80]

I.1.4.3 NOTIONS DE PROBITÉ ET DE DIGNITÉ DE LA PROFESSION :

Le pharmacien doit adopter une attitude « conforme à la probité et à la dignité de la profession» ; Parmi les règles essentielles de son exercice figure notamment le respect du secret professionnel . D'autre part , le pharmacien doit porter secours à toute personne en danger immédiat , dans la limite de ses connaissances et de ses moyens .

Face aux patients , le pharmacien ne peut citer que des informations véridiques , reconnues et formulées avec tact et mesure , sans jamais être trompeuses . Il ne doit pas non plus user de ses qualifications pour se procurer des avantages au travers de manifestations ne répondant pas à des objectifs scientifiques , techniques ou d'enseignement .[80]

I.1.4.4 RELATIONS AVEC LES AUTRES PHARMACIENS :

Les pharmaciens doivent se comporter avec loyauté et solidarité envers leurs confrères , y compris ceux placés sous leur autorité , ce qui inclut notamment :

- Le respect du libre choix du pharmacien par les patients ;
- L'interdiction de solliciter la clientèle par des procédés et moyens contraires à la dignité de la profession ;
- Le devoir d'aide et d'assistance mutuelles pour l'accomplissement de leurs devoirs professionnels ;
- L'interdiction de toute concurrence directe d'un pharmacien envers un confrère ;
- L'absence de dénonciation injustifiée d'un confrère , surtout dans le but d'en obtenir un bénéfice personnel ;
- Le devoir d'actualisation des connaissances et de formation des jeunes confrères : tous les maîtres de stage doivent perfectionner leurs connaissances et se doter des moyens

nécessaires de façon à assurer au mieux la formation pratique des stagiaires et les associer à l'ensemble des activités qu'ils exercent . [80]

I.1.4.5 RELATIONS AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ :

Le pharmacien doit entretenir de bons rapports avec les autres professionnels de santé (membres du corps médical , vétérinaires...etc.) , et respecter leur indépendance professionnelle ; Il ne doit pas agir de façon qui pourrait nuire à ces professionnels vis-à-vis de leur clientèle . Le compérage c'est-à-dire l'intelligence entre deux ou plusieurs personnes en vue d'avantages obtenus au détriment de patients ou de tiers d'après le Code de déontologie des pharmaciens entre pharmaciens et autres membres des autres professions de santé ou toute autre personne est interdit . [80]

De plus , le pharmacien est tenu de respecter les limites de l'exercice de sa profession . Il a notamment le devoir d'inciter ses patients à consulter un praticien qualifié chaque fois que cela semble nécessaire . Il doit s'abstenir de formuler un diagnostic sur la maladie d'un patient , ou de procéder à toute consultation médicale ou vétérinaire au sein de l'officine .[80]

I.2 RÔLE DU PHARMACIEN :

I.2.1 RÔLE HISTORIQUE ET ÉVOLUTION :

La profession du pharmacien d'officine est en pleine phase évolutive et son rôle s'est considérablement transformé dans le courant du XXe siècle . De producteur de médicaments qui constitue une partie de l'essentiel de sa fonction jusqu'à la fin des années 70 il s'est investi d'un nouveau rôle pour se rapprocher du patient et devenir un prestataire de soins . Le suivi pharmaceutique est un des concepts développés il y'a une quinzaine d'années dans le but de promouvoir la qualité des services pharmaceutiques . Ce concept utilise une stratégie servant à améliorer la qualité des services pharmaceutiques et à réduire les coûts en améliorant les objectifs thérapeutiques ; Il s'agit pour le pharmacien d'officine d'opérer une transition d'une pratique tournée vers le médicament à une pratique tournée vers le patient , pour une utilisation optimale des médicaments prescrits . [16]

L'application du suivi pharmaceutique favorise l'observance thérapeutique , encourage le patient à s'informer et à participer de manière plus active et optimise l'utilisation des ressources et de la technologie à disposition ; Elle permet également de mettre en valeur le travail opéré par les partenaires impliqués et intensifie le respect mutuel et la confiance qui doit s'établir entre les professionnels de la santé . [16]

I.2.2 RÔLE SOCIAL DU PHARMACIEN :

Les pharmacies sont des lieux ouverts au public , disponibles sans rendez-vous grâce à leur répartition sur tout le territoire , et en permanence grâce à un service de garde 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. [36]

L'officine constitue une porte d'entrée de choix pour accéder au système de santé , et la disponibilité du pharmacien fait de lui un professionnel de santé de premier recours . À noter par ailleurs , que le droit pharmaceutique impose une délivrance des médicaments limitée à un mois de traitement (à l'exception de certains médicaments disponibles sous des conditionnements de trois mois) . [36]

Ainsi , le pharmacien se trouve très régulièrement amené à rencontrer les patients nécessitant un suivi à long terme ; Par conséquent , il connaît les patients et leur contexte de vie . [36]

Le pharmacien est , avant tout , l'expert du médicament (indications , effets indésirables , modalités d'utilisation ainsi qu'interactions médicamenteuses) ; Il est reconnu comme un conseiller de référence pour l'usage des médicaments ; Sa sensibilité aux notions de risques et de bon usage est certaine (92% de la population est sensible aux conseils associés à la délivrance des médicaments) . [26]

De plus , par ses capacités d'écoute et de communication , ses conseils hygiéno-diététiques , le pharmacien va permettre de discuter avec le patient de ses réticences au traitement , d'améliorer l'observance et la satisfaction du patient ainsi que l'accompagnement de l'entourage . [11]

La facilité d'accès du pharmacien n'est pas tant géographique que sociale ; En effet , le pharmacien est perçu par les patients comme leur étant plus proche socialement que le médecin, ce qui rend l'échange plus facile . [11]

Le pharmacien est donc un professionnel de santé de proximité , que les patients peuvent venir voir quand ils en ont besoin . C'est un maillon de premier plan de notre système de santé , qui crée un lien humain et social indispensable avec ses patients.[11]

I.2.3 L'ACTE PHARMACEUTIQUE :

L'acte pharmaceutique réalisé par le pharmacien , ou par une personne habilitée sous le contrôle effectif du pharmacien comprend plusieurs éléments qui accompagnent la délivrance du médicament :

- Analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale (si elle existe) et du contexte propre au patient ;
- Vérification de la validité de l'ordonnance ;

- Contrôle , si nécessaire , de la durée légale du traitement et de la possibilité de renouveler ou non le traitement prescrit ;
- Vérification de l'adéquation de la posologie prescrite avec celle mentionnée dans l'autorisation de mise sur le marché du médicament ;
- Contrôle du respect des conditions réglementaires de prescription et de délivrance des médicaments prescrits ;
- Vérification de l'absence d'interactions entre les médicaments prescrits sur l'ordonnance présentée ainsi qu'avec les médicaments prescrits antérieurement et dont le pharmacien a connaissance ;
- Apport au patient d'informations et de conseils nécessaires à la bonne compréhension et à l'observance des traitements , notamment au bon usage des produits de santé ;
- Suivi de l'utilisation des produits de santé pour chaque patient qui recourt régulièrement à ses services , notamment en veillant à ce que les quantités délivrées à l'occasion de dispensations successives soient en adéquation avec le ou les traitements prescrits ;
- Recherche , si nécessaire , de la concertation avec les prescripteurs ainsi que les autres acteurs du champ de la santé .[31]

En ce qui concerne les médicaments qui ne nécessitent pas de prescription médicale , le pharmacien possède un devoir particulier de conseil auprès du patient .

En outre , Il possède le devoir de refuser la dispensation d'un médicament si l'intérêt du patient lui paraît l'exiger , et ce même si le médicament est prescrit sur ordonnance médicale ; Dans ce cas , il doit en informer le prescripteur et mentionner son refus sur l'ordonnance .[31]

I.3 ÉVOLUTION DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET PLACE DU PHARMACIEN :

I.3.1 CONSTAT :

L'Algérie enregistre aujourd'hui une grande évolution de la démographie médicale dans tous ses secteurs ;La situation démographique et sanitaire est indiquée dans un document rendu public par le ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière "MSPRH" entre l'an 2000 et 2017 . [25]

Le document de la MSPRH présente les données suivantes concernant :

- Les praticiens dans le secteur public et le secteur privé (Tableau 1) .

Tableau 1 : Nombre des praticiens de santé dans le secteur public et le secteur privé en 2000 et 2015 . [25]

Personnel Année	Secteur Public	Secteur Privé	Total
2000	20437	18258	38695
2015	45587	18258	80523

- Le nombre des pharmaciens , médecins généralistes , dentistes et médecins spécialistes en 2015 dans le secteur public et le secteur privé (Tableau 2) .

Tableau 2 : Nombre des pharmaciens , médecins généralistes , dentistes et médecins spécialistes en 2015 . [25]

Secteur Personnel	Public	Privé	Total
Pharmacien	1469	9974	11443
Médecin Généraliste	24831	7477	32308
Dentiste	6965	6384	13349
Médecin Spécialiste	12422	11001	24425

Le ministère, indique qu'ils n'ont pas pris en compte, dans leurs statistiques, le nombre des professeurs, des docents , des maitres assistants et des résidents qui sont au nombre de 1689 en 2015. [25]

- L'effectif des paramédicaux (Tableau 3).

Tableau 3 : Nombre des paramédicaux en 2000 et 2015 . [25]

Année	Paramédicaux Diplôme Etatique	Paramédicaux Brevetés	Aides Paramédicaux	Total
2000	47742	28027	11243	87012
2015	90144	6244	25588	121976

- Pour ce qui est du nombre des structures de santé de l'état il est représenté dans le tableau 4 .

Tableau 4 : Nombre des structures de santé de l'état en 2000 et 2015 . [25]

Année Structure	2000	2015
Hôpital Général	224	209
Centre Hospitalo-universitaire	12	15
Etablissement Hospitalier Spécialisé	31	75
Etablissement Hospitalier Spécialité "Mère-Enfant"	Aucun	30
Structures Publiques de Santé de Proximité	497	1659
Salles de Soins	3964	5762
Maternités	Non Mentionné	416
Centres d'Hémodialyse	58	180
Unités de Dépistage et de Suivi Santé Scolaire	Non Mentionné	1800
Centres de Dépistage Volontaire Pour le SIDA	Non Mentionné	62

- Le nombre des structures privées de santé recensé en 2015 est illustré dans tableau 5.

Tableau 5 : Nombre des structures privées de santé en 2015 . [25]

Structure Privée de Santé	Nombre
Clinique Médico-chirurgicale	237
Clinique Médicale	33
Centre d'Hémodialyse	148
Centre de Procréation Médicaments Assistée	18
Unité de Transport Sanitaire	380
Cabinet de Consultation Spécialisée	8352
Cabinet de Consultation Généraliste	6910
Cabinet de Chirurgie Dentaire	6144
Officine Pharmaceutique	9962

I.3.2 PLACE DU PHARMACIEN AU SEIN DE LA

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE :

D'autre part , la tendance actuelle pour les médecins étant tournée vers un exercice groupé et non plus isolé , la création de maisons de santé pluridisciplinaires , regroupant en un même lieu différents professionnels de santé (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, ...) est en augmentation . [48]

Ce phénomène peut également jouer un rôle dans l'équilibre général des officines ; Si les pharmacies situées à proximité de ces maisons de santé s'en trouvent renforcées sur un plan économique , mais également par une meilleure possibilité de coopération avec les professionnels de santé voisins , les officines qui s'en trouvent éloignées risquent en revanche d'être fortement pénalisées par la perte des professionnels de santé exerçant sur leur secteur . [48]

Et pourtant , le pharmacien joue un rôle majeur pour permettre à la population un égal accès aux soins . En effet , Le pharmacien participe à la mission de service public de la permanence des soins et contribue aux soins de premier recours ; Même s'il est parfois mis en doute par certains , son rôle de conseil et de prise en charge de la population prend pourtant tout son sens dans les zones où la densité médicale est faible et où les médecins exerçant sur place sont soumis à une charge de travail très importante .

Le pharmacien constitue alors la première étape dans la prise en charge de nombreuses pathologies bénignes , et également une possibilité de dépistage et de suivi des pathologies plus importantes . [48]

Depuis le code de déontologie médicale il est également possible d'organiser des protocoles de coopération permettant le transfert d'activités entre les professionnels de santé ; De tels protocoles pourraient être mis en place entre le médecin généraliste et le pharmacien d'officine, afin de renforcer la prise en charge et le suivi des patients , ainsi que les actions de dépistage et de prévention , en particulier dans les zones rurales ou mal dotées sur le plan médical. [48]

Le pharmacien constituerait alors une bonne alternative pour réaliser un certain nombre de tâches , dans la limite de ses compétences et de ses prérogatives , qui pourraient alléger la charge de travail des médecins alentour , et garantir un service public de soins de qualité sur l'ensemble du territoire .[48]

CHAPITRE II :

**PHARMACIE D'OFFICINE AU SERVICE DU
PATIENT**

CHAPITRE II : PHARMACIE D'OFFICINE AU SERVICE DU PATIENT

II.1 INTRODUCTION :

Grâce aux nouvelles dispositions prises dans la loi de santé ; les pharmaciens ont aujourd'hui l'opportunité de mieux faire reconnaître leur rôle parmi les professionnels de santé ; Ils ne peuvent plus seulement se contenter de délivrer des médicaments et de donner des conseils de base à leurs patients . [4]

Comme le font déjà leurs confrères de nombreux pays , les pharmaciens algériens doivent aujourd'hui se lancer vers ce que l'on appelle souvent à l'étranger «les soins pharmaceutiques» , qui constituent une évolution importante pour le système de santé tout entier . [4]

En effet , une prise en charge plus intensive des patients par leur pharmacien pourrait éviter de nombreuses hospitalisations et de nombreux décès liés à l'iatrogénie médicamenteuse .

D'autre part, avec une analyse pharmaceutique plus poussée des traitements , le nombre de manifestations d'effets indésirables , la longueur des hospitalisations qui en résultent , et le coût des traitements devraient diminuer . [4]

Le but du pharmacien d'officine doit dorénavant être d'assurer un suivi personnalisé de chaque patient ; Cela nécessitera à la fois une modification des habitudes de travail , une organisation différente de l'officine , et l'établissement de nouvelles recommandations professionnelles ; Chacun au sein de son officine peut utiliser et mettre en place un certain nombre d'outils permettant l'évolution du mode d'exercice au quotidien .[4]

II.2 DROITS , DEVOIRS ET INTERDICTIONS :

L'accompagnement et le suivi du patient à l'officine ne peut pas se faire sans respecter un certain nombre de règles .

Tout d'abord , le patient doit donner au pharmacien son consentement éclairé pour toute action qu'il peut être amené à accomplir dans le cadre de son suivi , de son accompagnement ou sa prise en charge à l'officine , ce consentement peut être retiré à tout moment . [4]

D'autre part , le pharmacien doit coordonner le plus possible son action avec celle des autres professionnels de santé qui interviennent auprès du patient (médecins, infirmiers...etc) , qu'ils exercent en ville ou au sein de structures de soins ; Le pharmacien doit toujours avec l'accord du patient informer le médecin traitant de ses remarques et conclusions suite aux entretiens d'accompagnement et au cours du suivi du patient . Il doit notamment lui signaler si le

traitement doit être modifié ou adapté , ou si le patient rencontre des difficultés particulières dont le médecin doit être averti .

Conformément au Code de Déontologie , le pharmacien agit uniquement dans son champ de compétence . De plus , l'accompagnement des patients ne doit pas constituer un argument utilisé par le pharmacien en vue de solliciter la clientèle , et aucun avantage ne doit être accordé de façon à pousser à l'établissement ou au renouvellement d'une prescription par le médecin du patient . [4]

Le pharmacien doit s'abstenir de toute publicité faisant référence à sa rémunération par l'assurance maladie pour assurer l'accompagnement et le suivi des patients ; Il peut en revanche , dans le cadre des campagnes de prévention et de dépistage organisées au sein de l'officine , remettre gratuitement à ses patients des brochures ou des guides constituant un support pédagogique utile et basé sur des informations scientifiquement prouvées . [4]

Selon ses obligations légales et déontologiques , le pharmacien exerce personnellement sa profession , Cela s'applique y compris dans le cadre des nouveaux modes de prise en charge du patient , pour lesquels il doit s'organiser de façon à pouvoir à tout moment accomplir ses actes professionnels ou d'en surveiller attentivement l'exécution , et également d'assurer l'accompagnement et le suivi des patients pris en charge à l'officine .[4]

II.3 RESPONSABILITÉ DU PHARMACIEN :

Ne jamais oublier sa responsabilité et ses devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; Si elle est à la fois civile , pénale et professionnelle , la responsabilité du pharmacien est d'abord une question d'éthique personnelle ; En officine ou dans l'industrie, à l'hôpital , en maison de retraite ou dans son laboratoire de biologie médicale , le pharmacien est le premier garant de la santé publique ; Acteur de santé de proximité , il certifie l'efficacité , la sécurité et la qualité du médicament , ou du produit de santé qu'il dispense.[47]

II.4 NOUVEAUTÉS PROFESSIONNELLES DU PHARMACIEN D'OFFICINE « LE MODÈLE FRANÇAIS » :

II.4.1 PHARMACIEN «UN MÉTIER SANS CESSÉ EN ÉVOLUTION » :

Le pharmacien connu avant tout pour être le professionnel qui délivre le traitement aux personnes malades, le pharmacien exerce un métier sans cesse en évolution et voit ainsi ses missions se multiplier au fil des années . Vaccination , dépistage , téléconsultation , éducation à la santé , coopération avec les autres professionnels de la santé ... Autant de nouvelles

attributions qui viennent complexifier un peu plus le métier de pharmacien à l'heure actuelle. Face aux nouveaux modes de consommation, à la digitalisation et aux évolutions du système de santé, l'univers de la pharmacie est soumis lui aussi à de nombreuses transformations ; Cela se fait par ailleurs dans les missions du pharmacien au quotidien. [30]

II.4.1.1 VACCINATION EN OFFICINE:

Depuis près de 10 ans, le rôle du pharmacien d'officine s'étend peu à peu ; Exemple concret, depuis le printemps 2019 les pharmaciens titulaires du diplôme de docteur en pharmacie peuvent pratiquer la vaccination antigrippale directement en officine, Cette nouvelle mission attribuée aux pharmaciens par la Haute Autorité de santé a pour but d'élargir l'offre afin de renforcer la couverture vaccinale et ainsi réduire la propagation des virus. [30]

II.4.1.2 COOPÉRATION ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ :

De façon à proposer un parcours de soin toujours plus efficace, les différents professionnels de santé sont amenés à coopérer de plus en plus. Quelque soit médecins généralistes, spécialistes, infirmiers, pharmaciens ... Il est important que toutes les professions médicales et paramédicales travaillent de façon décloisonnée au service des patients.[30]

II.4.1.3 DOSSIER PHARMACEUTIQUE (DP) :

Est lui aussi un outil permettant l'échange et la coopération entre les équipes officinales et les services d'urgence. Ce dispositif électronique recense pour chaque patient détenteur d'un DP, l'historique de ses traitements médicamenteux sur les quatre derniers mois, ainsi que son historique vaccinal (figure ci-dessous). [30]

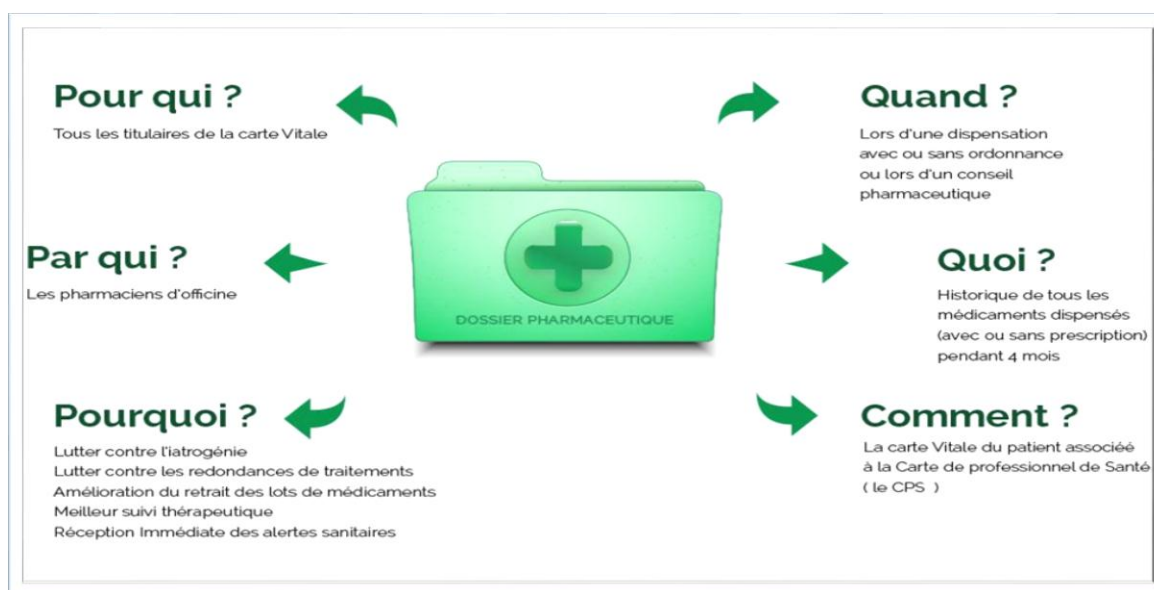


Figure 1 : Généralités sur le dossier pharmaceutique. [30]

II.4.1.4 DOSSIER MÉDICALE PARTAGÉ (DMP) :

Depuis novembre 2018 , la création d'un Dossier Médical Partagé (DMP) est possible pour tous les français et sa mise à jour peut notamment être gérée par les pharmaciens , Ce dispositif a pour but d'améliorer le parcours de soin des patients et d'éviter les prescriptions et les examens en doublons ; Grâce à ce carnet de santé numérique tous les professionnels de santé qui prennent en charge les patients peuvent avoir accès à de nombreuses informations médicales (historique de soins , prescriptions médicales , résultats d'examens ...) de manière sécurisée et confidentielle ; Ils peuvent ainsi avoir une vision globale de leur état de santé pour proposer les soins les plus adaptés . [30]

II.4.1.5 TÉLÉCONSULTATION ET TÉLÉPHARMACIE :

L'usage de la technologie et l'essor du digital touchent également le monde du médical ; L'officine peut ainsi devenir un lieu de téléconsultation médicale pour les personnes qui ne peuvent pas beaucoup se déplacer ; Depuis la fin de 2018 cette nouvelle offre de télésanté peut être mise à disposition des clients des pharmacies afin de bénéficier d'une consultation à distance , Outre l'aménagement d'une pièce au sein de la pharmacie du matériel sera également nécessaire pour aider le médecin à établir le bon diagnostic de l'autre côté de l'écran ; Le pharmacien devra donc s'équiper d'un tensiomètre , d'un stéthoscope , d'un oxymètre , d'un otoscope ... et avoir dans son équipe du personnel formé pour assurer ses téléconsultations par vidéotransmission . [30]

II.4.1.6 PHARMACIE D'OFFICINE COMME LIEU D'ÉCOUTE ET DE REFUGE :

Grâce à leur implantation à travers tout le territoire, les pharmacies ont pu devenir des lieux d'alerte contre les violences familiales durant le confinement dû à l'épidémie de Covid-19 ; Les pharmaciens ont donc pu présenter des oreilles attentives à des femmes ou des enfants victimes de violence , Mais aussi inviter ces personnes à signaler leur situation à des services spécifiques ; En tant qu'acteurs de la vie courante de proximité les pharmaciens peuvent être témoin de bon nombre de choses et donc accompagner leurs patients si besoin ; Là aussi c'est l'une des évolutions récentes du métier de pharmacien .[30]

II.5 COMMUNICATION PHARMACIEN-PATIENT :

La communication à l'officine doit répondre à plusieurs objectifs , favoriser les ventes et asseoir le pharmacien dans sa mission de santé publique ; Avant de se lancer dans une campagne de communication , le pharmacien doit réfléchir aux messages qu'il souhaite véhiculer et aux moyens qu'il veut utiliser . [56]

Les enjeux des différents outils de communication à l'officine , les outils de communication avec des exemples sont détaillés dans le tableau suivant :

Tableau 6 : Enjeux des différents outils de communication à l'officine . [56]

Outils de communication	Enjeux	Exemples
Questions ouvertes	Evaluer globalement une situation ; Accéder au ressenti du patient .	Quels sont vos symptômes? Comment se passe votre traitement ?
Questions fermées	Obtenir une précision , un complément d'information .	Avez-vous d'autres symptômes ? Depuis quand avez-vous de la fièvre ?
Questions relais	Rebondir sur une idée du patient ; Permettre au patient d'aller plus loin dans sa réflexion ; Le mettre en confiance .	Que voulez-vous dire ? Pouvez-vous dire plus ?
Reformulation	Reconnaitre les ressentis du patient; S'assurer de la bonne compréhension d'un message ; Faire le tri dans les informations recueillies ; Synthétiser et mémoriser le discours patient ; Recentrer l'entretien ; Gagner du temps ; Gérer des sentiments négatifs (stress/agressivité) .	Vous pensez que ... D'après vous ... (reformulation en miroir) ; Si j'ai bien compris (reformulation en tarification) ; Nous sommes bien d'accord...(reformulation de validation).
Silence	Rythmer les échanges ; Prendre le temps de réfléchir à une question ou à une réponse adaptée (répondre trop vite ou parler sans s'arrêter peut être le signe d'un certain malaise).	///// ///// /////

II.5.1 ENTRE VENTE ET SANTÉ PUBLIQUE :

Entre commerçant et scientifique , le pharmacien doit véhiculer deux types de message dans son officine :

✓ *Messages publicitaires et promotionnels :*

Ces messages peuvent provenir des laboratoires eux-mêmes en fonction des nouveautés produits ou des campagnes de communication , ou du pharmacien d'officine lui-même en fonction des offres commerciales qu'il souhaite mettre en place sur les produits en vente libre;

✓ *Messages de santé publique :*

On peut calquer sur les journées mondiales ou nationales de santé pour mettre en place des messages de santé publique ; Certains groupements et certains laboratoires proposent également des outils pour relayer ce type de campagne au sein des pharmacies d'officines.[56]

II.5.2 ESPACES DE COMMUNICATION « EXEMPLE DE LA FRANCE »:

La communication à l'officine peut prendre plusieurs formes, tous les espaces sont à investir:

❖ *Vitrine :*

C'est la première chose que le patient voit , cet espace doit être particulièrement soigné car il préfigure ce qui se trouve à l'intérieur ; Elle doit attirer l'œil , mais également véhiculer un message percutant sur le rôle du pharmacien par exemple Pour garder tout son attrait , la vitrine doit être changée régulièrement , en fonction de la saisonnalité par exemple . [56]

❖ *Ecrans :*

De plus en plus d'officinaux installent des écrans de communication dans leur établissement , C'est un bon moyen pour informer les patients/clients des campagnes de santé publique en cours ,mais également des promotions pratiquées et pour organiser la file d'attente .[56]

❖ *Linéaires :*

Dans les linéaires la communication passe par la place que le pharmacien d'officine accorde à chaque produit , Selon ses objectifs de vente ou si le produit est déjà prévenu , placez les produits dans des zones chaudes (à hauteur de yeux , à gauche des rayons...) ou plus froides (à 60 cm du sol , sur la droite des rayons...) ; Les messages de santé publique ont généralement peu de place au sein même des rayons. [56]

❖ Comptoir :

Cette zone n'est pas à proprement parlé un espace de communication ,Toutefois il est essentiel de laisser une bonne image à ce niveau , Trop de présentoirs de produits sur le comptoir risquent de détourner le patient des conseils que le pharmacien d'officine lui donne et de lui faire désordonné ; En revanche c'est l'endroit idéal pour disposer des brochures d'information , des magazines santé... en petite quantité et bien rangés .[56]

❖ Conseils :

- Dans une vitrine, éviter de mettre en même temps des produits concurrents ;
- Mettre des messages courts et visibles de loin en façade de votre officine ;
- Changer régulièrement de vitrine , en fonction de la saison et de l'actualité ;
- Attention aux vitrines fouillis , aux vitrines trop publicitaires , préférer les messages de santé publique ;
- Ne pas encombrer l'intérieur de l'officine avec des panneaux publicitaires et les renouveler régulièrement ;
- Sur les rayons , éviter de laisser des espaces vides ;
- Eviter les bacs produits « fourre-tout » , privilégier les étagères bien rangées ;
- Intituler vos rayons de façon claire (phytothérapie , douleurs et fièvre , homéopathie...) ;
- Disposer le produit challenger à gauche de l'étagère (zone chaude) , le leader au centre et les autres à droite ;
- Proposer des brochures d'information de santé publique , les donner gratuitement à vos patients en accompagnement des produits qu'ils achètent . [56]

II.6 ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE « EXEMPLE DE LA FRANCE ET DE CANADA » :

II.6.1 DEFINITION :

La convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie a défini l'entretien pharmaceutique comme « l'un des principaux moyens permettant aux pharmaciens d'assurer la prise en charge personnalisée et optimale du patient», et l'un des outils principaux permettant au pharmacien de réaliser à l'officine le suivi et l'accompagnement de ses patients afin d'assurer une prise en charge efficace et

personnalisée ; Ce processus permet d'améliorer la communication entre le pharmacien et son patient en vue d'assurer le succès de son traitement . [29]

Concrètement , c'est un rendez-vous que propose le pharmacien au patient atteint d'une pathologie définie (Asthme et Anticoagulant Oraux) ayant pour objectif de l'accompagner dans le suivi de son traitement afin qu'il le comprenne , se l'approprie et y adhère ; ce rendez-vous est gratuit et confidentiel . Pour le pharmacien ces entretiens sont l'occasion de :

- Renforcer son rôle de conseil , d'éducation et de prévention auprès de ses patients ;
- Mettre en avant son expertise du médicament , aider le patient à s'approprier et à adhérer à son traitement et évaluer son appropriation et ces connaissances sur celui-ci.[29]

II.6.2 PATHOLOGIES CONCERNÉES :

En France , la convention nationale de 2012 donne la priorité à l'accompagnement des patients suivant un traitement long d'anticoagulants oraux et plus particulièrement les antivitamines K« AVK » . [29]

Cette pathologie est ciblée , car ces médicaments ont une marge thérapeutique étroite , si la prescription n'est pas suivie minutieusement, les conséquences peuvent être graves; un écart dans la prise peut augmenter significativement le risque d'hémorragie .[29]

La deuxième pathologie entrant dans le cadre des entretiens pharmaceutiques est l'asthme , c'est une pathologie qui concerne plus de 1,5 million de la population Française et dont la moitié des patients sont atteints d'un asthme dit «persistant» qui nécessite un traitement de fond à long terme , soit environ 140 patients concernés par officine ; Ces derniers peuvent prétendre à l'accompagnement en officine .[29]

Le choix de l'asthme se justifie par le fait qu'un asthme insuffisamment contrôlé est à l'origine de crises fréquentes , d'hospitalisation et de décès ; L'entretien concerne tous les patients asthmatiques et non plus seulement les patients asthmatique en initiation ou reprise de traitement .[29]

II.6.3 PATIENTS CONCERNÉS :

❖ *Patients sous anticoagulants oraux :*

Concerne tous les patients majeurs sous anticoagulant oraux par voie directe « ACO » dont la durée du traitement prévisible ou effective est supérieure à 6 mois .[29]

❖ *Patients asthmatiques :*

Les patients éligibles au dispositif d'accompagnement sont ceux présentant une prescription de corticoïde inhalé , pour lesquels la durée de traitement consécutive prévisible ou effective est supérieure ou égale à six mois .[29]

Pour le patient , ces entretiens sont l'occasion d'en apprendre plus sur son traitement , de le comprendre , de méprendre les conséquences d'une mauvaise prise .

Pour les patients asthmatiques , un patient plus observant aura des crises moins fréquentes et donc mécaniquement une meilleure qualité de vie .[29]

II.6.4 FREQUENCE DE L'ENTRETIEN :

La fréquence et le nombre d'entretiens sont à adapter en fonction du besoin d'accompagnement du patient, de sa réceptivité aux messages transmis lors des entretiens déjà réalisées . [29]

La convention stipule toutefois qu'il faut réaliser au moins deux entretiens pharmaceutiques annuels , au cours desquels le pharmacien informe et conseille le patient sur le bon usage des médicaments qui lui ont été prescrits dans le cadre de son traitement . [29]

Ces deux entretiens pourront par la suite être complétés par un nouvel entretien ainsi que par deux évaluations mesurant l'observance du patient . Une nouvelle notion "le suivi d'observance "a été introduit pour permettre aux pharmacies qui le souhaitent de s'adapter leur démarche d'accompagnement en fonction des besoins du patient . Ainsi , à compter de l'année (N+1) et pour les années suivantes , l'accompagnement pourra donner lieu à un seul entretien annuel si complété par au moins deux suivis de l'observance sur l'année de référence .[29]

II.6.5 OBJECTIFS DE L'ENTRETIEN :

II.6.5.1 GENERALITÉS :

L'objectif principal de l'entretien pharmaceutique (en dehors des recommandations particulières de prise du médicament) est de développer une relation de confiance entre le patient et le pharmacien , Ce dernier délivre au mieux les informations au patient en démontrant son implication et son intérêt et en basant la communication sur l'écoute active , l'empathie , le respect et l'absence de jugement .[29]

L'entretien pharmaceutique vise à soutenir le patient dans la gestion de sa maladie et les changements qu'elle engendre sur son mode de vie , Il inclut également l'aide au patient pour gérer son traitement au quotidien en planifiant les prises médicamenteuses dans la journée .

De plus , il doit permettre au patient de prévenir ou de diminuer les problèmes liés aux effets indésirables ainsi que les causes de non-observance au traitement . [29]

Ainsi , dans une démarche d'accompagnement le pharmacien aide le patient à explorer les problèmes et les solutions ; Grâce à l'éclairage fourni par le pharmacien le patient devient véritablement acteur de sa maladie avec la responsabilité de tirer des conclusions , de décider du plan d'action et de choisir une solution qu'il peut suivre .

Cet entretien a pour objectifs de :

- ***Améliorer l'observance des patients pour éviter les risques iatrogéniques:*** Les accidents iatrogéniques liés à la consommation d'anticoagulants oraux sont responsables de l'augmentation des hospitalisations et des décès;
- ***Améliorer la qualité de vie des patients :*** Pour l'asthme par exemple , un patient plus observant aura des crises moins fréquentes et donc mécaniquement une meilleure qualité de vie ;
- ***Améliorer l'observance pour améliorer l'efficacité d'un traitement à long terme :*** C'est le cas pour un traitement sous antivitamine K ;
- ***Valoriser la pratique individuelle du pharmacien :*** Son rôle de conseil et son expertise des médicaments ;
- ***Fait des économies :*** La non-observance est à l'origine de l'augmentation des journées d'hospitalisation et des dépenses qui pourront être évitées .[29]

II.6.5.2 EXEMPLE AU CANADA « CONSULTATION PHARMACEUTIQUE » :

L'entretien pharmaceutique est également appelé « consultation pharmaceutique » dans les autres pays qui l'ont déjà instaurée , comme le Canada qui l'a mise en place depuis une quinzaine d'années . Afin d'aider les pharmaciens à aborder au mieux ces entretiens ; L'ordre des pharmaciens du Québec a édité en 1998 un « Guide pratique de la communication pharmacien-patient » qui détaille le contenu et la mise en place des entretiens pharmaceutiques . [37]

Les objectifs de la consultation pharmaceutique sont les suivants :

- ✓ Assurer le bon usage du médicament par le patient ;
- ✓ Comprendre les besoins et les objectifs du patient ;
- ✓ Faire comprendre au patient son traitement ;
- ✓ Etablir un partenariat comprenant l'établissement d'objectifs thérapeutiques et le suivi du patient permettant de vérifier si les objectifs ont été atteints .

La consultation pharmaceutique comprend quatre grandes étapes bien distinctes :

- 1) Un préambule qui amorce la consultation , en établissant une relation de confiance entre le pharmacien et son patient ;
- 2) Un recueil de données permettant à l'établissement d'accéder à l'historique thérapeutique du patient et du contexte général concernant (antécédents personnels et familiaux, état de santé ..) ;
- 3) L'apport de conseils par le pharmacien , qui reprend tous les éléments que le patient doit connaître pour se sentir réellement concerné et impliqué dans la conduite de son traitement ;
- 4) La conclusion , qui permet au pharmacien que le patient a bien compris toutes les informations , et qu'il n'a plus d'interrogations restées sans réponse .[37]

A l'intérieur de chaque étape , le contenu peut varier en fonction du patient , de sa pathologie et du stade de son suivi médical et pharmaceutique . [37]

Les avantages de la consultation pharmaceutique ont pu être mesurés au travers de l'expérience des pharmaciens canadiens :

❖ ***Avantages pour le patient :***

- Eviter les erreurs dues au mauvais usage des médicaments ;
- Rassurer le patient sur les effets indésirables d'un médicament et sur son innocuité ;
- Diminuer les risques de survenue d'effets indésirables et éviter les interactions médicamenteuses ;
- Permettre une meilleure observance du traitement ;
- Responsabiliser le patient face à son état et à son traitement ;
- Améliorer les résultats thérapeutiques ;
- Eviter des visites inutiles chez le médecin ou aux urgences liées à un problème d'automédication non contrôlée .[37]

❖ ***Avantages pour le pharmacien :***

- Contribuer à diminuer ou à éviter les problèmes potentiels ou réels liés aux traitements médicamenteux ;
- Améliorer le bien-être et la santé des patients ;
- Renforcement du rôle de professionnel de santé, avec l'établissement d'une relation privilégiée avec le patient , qui se sent en confiance et bien pris en charge ;
- Mécanisme de compensation des pertes de revenus provoquées par la non-exécution ou le non renouvellement d'ordonnances , en s'assurant que le patient suivra son traitement de façon appropriée .[37]

En Algérie cet avantage économique sera encore favorisé avec la mise en place de la rémunération à l'acte qui permettra de compenser les baisses de marges sur les médicaments et la diminution des volumes de médicaments consommés . [37]

La consultation pharmaceutique peut être différente en fonction de plusieurs facteurs :

- 1) **Stades du suivi du patient** : Nouvelle ordonnance, renouvellement d'ordonnance ou demande de médicaments en vente libre ;
- 2) **Type de situation** : Pathologie aiguë , pathologie chronique , situations complexes (SIDA, insuffisance rénale ou cardiaque , cancer...) ou situations particulières (difficulté de communication avec le patient , barrière émotionnelle comme la peur ou la colère , grossesse et allaitement ...) ;
- 3) **Jugement professionnel du pharmacien** : Celui-ci devra adapter le contenu de l'entretien en tenant compte des différents éléments particuliers à son patient , selon les éléments portés à sa connaissance.[37]

Le contenu de suivi du patient a été développé dans les recommandations émises par l'ordre des pharmaciens du Québec , à partir de la documentation disponible et de l'expérience des pharmaciens officinaux . [37]

Le guide édité en 1998 préconise d'adapter le contenu de l'entretien pharmaceutique en fonction du niveau d'approfondissement nécessaire , selon le jugement du pharmacien ; On distingue alors trois niveaux "fondamental , intermédiaire et enrichi" qui permettent de réagir efficacement à la plupart des situations pouvant être rencontrées à l'officine ; Le niveau fondamental réunit les éléments indispensables à une consultation pharmaceutique efficace et réussie . [37]

Une fois ce minimum respecté , le pharmacien peut toujours choisir , auprès de certains patients , s'il le juge utile d'approfondir la consultation pharmaceutique .

D'autre part , le guide présente le « Formulaire d'histoire pharmacothérapeutique » édité par l'ordre des pharmaciens du Québec , qui permet un recueil aisé au cours de l'entretien pharmaceutique des informations nécessaires au pharmacien pour assurer au mieux le suivi de ses patients; Ce contenu détaillé qui constitue la trame d'un entretien pharmaceutique , ainsi que le formulaire de recueil des données pourrait facilement inspirer les pharmaciens algériens , et être utilisé dans les officines de notre pays .[37]

II.7 ACCOMPAGNEMENT PHARMACEUTIQUE DU PATIENT :

Si l'entretien pharmaceutique consiste en un échange prolongé entre le pharmacien et son patient dans un endroit spécifique isolé du reste de l'officine , et est destiné à la fois à recueillir des informations sur l'état de santé du patient et lui apporter un certain nombre de connaissances et d'aptitudes utiles pour le bon déroulement de son traitement , la Convention nationale de 2012 définit également le concept d'accompagnement pharmaceutique du patient. [37]

Cet accompagnement pharmaceutique , qui fait déjà partie intégrante de la profession de pharmacien a lieu le plus souvent directement au comptoir lors de la dispensation des médicaments , Il est constitué des informations et des recommandations dispensées aux malades lors de leurs visites à l'officine . [37]

Son but est d'assurer que le traitement médicamenteux d'un patient soit initié suivi et évalué dans les meilleures conditions possibles , Elle vise également à ce que le patient connaisse au mieux son traitement et son utilité , afin de favoriser le plus possible son observance . [37]

Cet accompagnement pharmaceutique est particulièrement bénéfique dans un certain nombre de situations, et notamment :

- ✓ Traitements au long cours ;
- ✓ Traitement de type particulier ;
- ✓ Certains types de patients : nouveau-nés , nourrissons , personnes âgées ...
- ✓ Médicaments ou dispositifs médicaux soumis à des conditions de prescription et de délivrance particulières .[37]

La teneur de cet accompagnement pharmaceutique porte sur les informations principales à connaître par le patient sur le contenu et le déroulement de son traitement , et notamment :

- Posologie ;
- Durée du traitement ;
- Modalités de prise ou d'utilisation ;
- Informations nécessaires au bon usage du médicament ou du dispositif médical délivré ;
- Informations nécessaires en cas de substitution d'un médicament princeps par un générique ;
- Précautions particulières à prendre (le cas échéant) ;
- Eléments nécessaires à la bonne compréhension du traitement par le patient ;
- Analyses biologiques ou examens médicaux nécessaires à l'initiation , à la surveillance et à la poursuite de certains traitements .[37]

II.8 SOINS PHARMACEUTIQUES :

Il s'agit d'une notion encore peu évoquée en Algérie mais qui est très généralement employée dans de nombreux pays et par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) , Elle est la manifestation de l'évolution du rôle du pharmacien à l'image de ce qui se fait aujourd'hui en Algérie , vers une approche plus globale et centrée sur les soins aux patients . Elle regroupe tous les éléments précédemment évoqués de l'entretien pharmaceutique à l'accompagnement et au suivi pharmaceutique du patient . [54]

Le terme "soin pharmaceutique" est défini en Belgique de la façon suivante « Les actes pharmaceutiques dans l' exercice de la fonction du pharmacien en matière de dispensation des soins pharmaceutiques comprennent la délivrance responsable de médicaments prescrits ou de médicaments qui sont délivrables sans prescription en vue ou en concentration avec les autres professionnels de la santé et le patient , d'atteindre des objectifs généraux de santé tels que la prévention , l'identification et la résolution de problèmes liés à l'usage de médicaments ; Les soins pharmaceutiques sont destinés à améliorer de façon continue l'usage des médicaments et à conserver ou à améliorer la qualité de vie du patient » .[54]

La Fédération Internationale Pharmaceutique (FIP) a fait évoluer cette définition en y'ajoutant une expression importante « les soins pharmaceutiques sont chargés de fournir le traitement médicamenteux dans le but d'obtenir des résultats précis qui améliorent ou maintiennent la qualité de vie du patient » . [54]

Les soins pharmaceutiques ont donc pour but de garantir que le patient utilise ses médicaments le plus correctement , efficacement et sûrement possible . Le pharmacien expert en médicaments , est le dernier professionnel de santé en contact avec le patient pendant le démarrage ou lors du renouvellement de son traitement . Il occupe donc une place privilégiée pour compléter la consultation médicale , afin de mieux informer suivre ses patients et répondre à leurs interrogations si nécessaire . [38]

Les soins pharmaceutiques comprennent , dans cette optique , plusieurs étapes réalisées par le pharmacien qui évalue les besoins de chaque patient en médicament , détermine l'existence d'éventuels problèmes liés au traitement (effets secondaires, interactions médicamenteuses , erreurs de prescription...etc.), et si nécessaire travaille avec le patient et d'autres professionnels de santé à la conception , la mise en œuvre et au suivi d'un plan de soins personnalisé permettant de résoudre et/ou de prévenir les problèmes liés au traitement . [38]

Concrètement , les soins pharmaceutiques à l'officine englobent les éléments suivants :

- ✓ Conseils concernant les médicaments prescrits ;
- ✓ Conseils en cas d'automédication ;

- ✓ Surveillance permettant d'éviter les problèmes liés au traitement (interactions médicamenteuses , erreurs de prescription ...etc.) ;
- ✓ Education à la santé et prévention au sein de l'officine (vaccination , dépistage de certaines maladies , information sur l'importance du suivi et de la détection des complications ...etc.) ;
- ✓ Collaboration avec les autres professionnels de santé .[38]

Selon les recommandations de l'organisation mondiale de la santé (OMS) , la mise en place pratique des soins pharmaceutiques à la pharmacie d'officine comporte quatre étapes principales:

- 1) Première étape :** Evaluation des besoins du patient en médicaments et identification des problèmes réels et potentiels de pharmacothérapie , qu'il s'agisse d'une dispensation de médicaments sur ordonnance ou dans le cas de dispensation de médicaments en vente libre (automédication) ;
- 2) Deuxième étape :** Elaboration d'un plan de soins pour résoudre et/ou prévenir les problèmes de traitement médicamenteux , si cela s'avère nécessaire ;
- 3) Troisième étape :** Mise en œuvre du plan de soins pharmaceutiques avec l'accord du patient , et en collaboration avec les autres membres de l'équipe soignante ;
- 4) Quatrième étape :** Evaluation du plan de soins afin de déterminer si les objectifs thérapeutiques ont été atteints et si les problèmes liés au traitement médicamenteux ont été résolus , le cas échéant . Si les résultats escomptés ne sont pas atteints , il est possible de réviser le plan de soins pour le rendre plus efficace .

En résumé , les soins pharmaceutiques constituent une pratique professionnelle centrée sur le patient , qui vise particulièrement à identifier , résoudre et prévenir les problèmes liés à la thérapeutique . [38]

Pour cela , les pharmaciens doivent bénéficier d'un niveau de connaissance et de compétence suffisant pour fournir des soins de qualité , et doivent organiser leur travail de façon à faciliter leur mise en place. Ce concept , encore peu employé en Algérie regroupe pourtant de nombreux éléments qui sont d'actualité aujourd'hui , dans le renforcement du rôle du pharmacien d'officine dans le suivi et la prise en charge du patient .[42]

II.8.1 MOTIVATION DU PATIENT À PRENDRE SON TRAITEMENT :

La motivation est une partie inhérente et centrale de la tâche du professionnel ; Le terme «motivation » comme ce qui pousse vers la satisfaction d'un besoin ou la réalisation d'une intention , la stimulation et la direction du comportement vers un but . L'intention et le tremplin du comportement , elle organise les modèles d'existence vers une disposition à l'action, La motivation a été définie comme le «vas-y !» de la vie psychique ; Elle pousse une personne dans un comportement adaptatif chaque fois que le stimulus ou des associations appropriées sont présentes . Sans négliger la classique hiérarchie primordiale des besoins . La motivation humaine va plus loin , Bien entendu ces désirs primitifs de survivre et de se développer ainsi que le désir associé d'éviter la douleur et la peur de la douleur , de la maladie et de la mort seront toujours présents et motivent souvent les patients à nous rendre visite .[63]

Cependant , la motivation psychologique pour réaliser une action planifiée est un but plus haut dans la mesure où il prend en compte notre contexte social et par là implique des décisions conscientes qui vont parfois à l'encontre de nos intuitions .[63]

On ne peut pas motiver un patient ,on peut seulement l'aider à se motiver ; Encore faut-il que le patient en ait le désir. En effet, l'homme est condamné à naviguer en permanence entre trois forces : des objectifs guidés par la raison , des besoins primaires plus ou moins impérieux et la recherche du bien être et du plaisir . Autant dire que chacun est amené à choisir entre des désirs parfois contradictoires d'où l'importance de la motivation qui permet de mobiliser les ressources pour atteindre un but qui ne va pas de soi . Faire appel à la raison , est la démarche la plus spontanée pour les soignants dont toute la formation est basée sur l'explication scientifique des maladies et des traitements . [19]

II.8.2 MOTIVATION PAR LA RAISON :

Pour motiver un patient , le pharmacien commence donc par lui expliquer les causes de sa maladie , son évolution en l'absence de traitement et sous traitement ; Il lui propose d'apprendre à se soigner lui-même et à faire face à des situations particulières voire critiques ; Il l'aide à se repérer dans le système de soin et il évalue avec lui le rapport « bénéfice/risque » de tout changement de traitement ou de comportement de soin .

En un mot , les soignants cherchent à amener le patient à partager leur point de vue raisonnable sur la maladie ou son traitement ; Le but est en quelque sorte de transformer le soigné en soignant .

C'est pourquoi il paraît particulièrement intéressant de s'interroger sur la façon dont se soignent les médecins lorsqu'ils sont malades , il importe singulièrement d'examiner le cas de médecins compétents dans la pathologie dont ils sont eux-mêmes atteints .[19]

II.8.3 ÉVALUATION DES OBSTACLES AU TRAITEMENT :

Le recueil complet d'information par le pharmacien s'avère nécessaire pour l'élaboration des stratégies d'éducation et va permettre au patient de s'exprimer sur le vécu de sa maladie, d'obtenir des informations précises sur sa vie quotidienne ainsi que les difficultés éventuelles pour adapter son traitement à celle-ci . Les obstacles repérés peuvent être de différentes natures (manque de soutien familial ou social , isolement , déni du problème de santé , difficultés de compréhension, croyances...etc.) . [53]

Cependant , la décision par le patient de prendre ou non son traitement est fortement influencée par le sens qu'il donne à sa maladie .[53]

II.8.4 CONDUITE À TENIR EN CAS DES EFFETS SECONDAIRES ET INDESIRABLES :

On qualifie d'effet indésirable toute « réaction nocive et non voulue à un médicament ou à un produit » Cet effet indésirable peut résulter d'une utilisation normale , d'un mauvais usage ou d'une erreur médicamenteuse . [53]

L'effet indésirable attendu , plus communément appelé « effet secondaire » est un effet indésirable mentionné dans la notice patient ; Alors que l'effet indésirable inattendu est un événement non décrit dans la notice patient ; L'effet indésirable est caractérisé de grave à partir du moment où il est cause d'hospitalisation ou il entraîne une prolongation de l'hospitalisation , une incapacité à la sortie de l'unité ou un risque vital . [53]

Le pharmacien est évidemment en première ligne pour contribuer à la surveillance et à l'évaluation des effets indésirables liés à l'utilisation des médicaments ; Il doit signaler sans délai tout effet indésirable suspecté (par le patient ou par le pharmacien lui-même) d'être dû à un médicament au centre régional de pharmacovigilance ; Il peut également informer le patient de la possibilité de déclarer des effets indésirables sur le site internet de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM) .

L'équipe officinale doit disposer de toute la documentation utile : document relatif à la détection des effets indésirables indiquant des éventuelles questions à poser aux patients , formulaire de déclaration , coordonnées du centre régional de pharmacovigilance .[41]

II.9 VIGILANCES À L'OFFICINE :

➤ *Pharmacovigilance :*

La pharmacovigilance désigne l'ensemble des techniques d'identification , d'évaluation et de prévention du risque d'effet indésirable des médicaments ou produits à usage humain mis sur le marché à titre onéreux ou gratuit , que ce risque soit potentiel ou avéré . Elle s'attache notamment à évaluer les facteurs évitables du risque médicamenteux ; Elle est dédiée aux médicaments allopathiques , homéopathiques et aux préparations pharmaceutiques . Signaler un effet indésirable est une obligation ; Les pharmaciens ont l'obligation de signaler tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou produit au centre régional de pharmacovigilance dont il dépend .[50]

➤ *Addictovigilance :*

L'addictovigilance est la surveillance des cas d'abus et de dépendance liés à la prise de toute substance ayant un effet psychoactif , qu'elle soit médicamenteuse ou non , à l'exclusion de l'alcool éthylique et du tabac ; Le pharmacien ayant eu connaissance d'un cas grave de pharmacodépendance , d'abus ou d'usage détourné grave ou d'abus grave de médicament , plante ou autre produit qu'il a délivré le déclare aussitôt au centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance et d'addictovigilance (CEIP) sur le territoire duquel ce cas a été constaté .[50]

On entend par pharmacodépendance l'ensemble de phénomènes comportementaux cognitifs et physiologiques d'intensité variable dans lesquels l'utilisation d'une ou plusieurs substances psychoactives devient hautement prioritaire et dont les caractéristiques essentielles sont le désir obsessionnel de se procurer et de prendre la ou les substances en cause et leur recherche permanente ; L'état de dépendance peut aboutir à l'auto-administration de ces substances à des doses produisant des modifications son commerce ou toute autre utilisation à des fins frauduleuses ou lucratives .[50]

➤ *Matéiovigilance :*

La matéiovigilance s'exerce sur les dispositifs médicaux après leur mise sur le marché, qu'ils soient marqués «CE» ou non ; Le pharmacien ayant connaissance d'un incident ou d'un risque d'incident mettant en cause un dispositif ayant entraîné ou susceptible d'entraîner la mort ou la dégradation grave de l'état de santé d'un patient , d'un utilisateur ou d'un tiers doivent le signaler sans délai à l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) .[50]

➤ **Réactovigilance :**

La réactovigilance a pour objet la surveillance des incidents et des risques d'incidents résultant de l'utilisation d'un dispositif médical de diagnostic in vitro "DMDIV" , Exemple : autotests , TROD . [50]

➤ **Nutrivigilance :**

Les produits alimentaires concernés par la nutrivigilance sont :

- ✓ Les compléments alimentaires ;
- ✓ Les aliments ou boissons enrichis en substances à but nutritionnel ou physiologique ;
- ✓ Les nouveaux aliments et nouveaux ingrédients non traditionnels en Europe ;
- ✓ Les produits destinés à l'alimentation de populations particulières .

Le pharmacien déclare les effets indésirables liés aux produits concernés se produisant dans les conditions normales d'emploi ou résultant d'un mésusage .[50]

➤ **Cosmétovigilance :**

La cosmétovigilance s'exerce sur l'ensemble des produits cosmétiques après leur mise sur le marché ; Les pharmaciens ont l'obligation de déclarer sans délai à l'ANSM sur tous les effets indésirables graves dont ils ont connaissance , susceptibles de résulter de l'utilisation d'un produit cosmétique .Ils peuvent également déclarer les autres effets indésirables dont ils ont connaissance ainsi que les effets susceptibles de résulter d'un mésusage du produit .[50]

CHAPITRE III :

**ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU
PATIENT**

CHAPITRE III : ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT :

III.1 GÉNÉRALITÉS :

III.1.1 DÉFINITIONS :

III.1.1.1 ÉTYMOLOGIE :

Selon Ivernois et Gagnayre , l'origine étymologique du mot « éduquer » revient au mot latin «ex ducere » qui signifie « conduire hors de » . Elle fait référence à un concept endogène où l'objectif principal de l'éducation est d'aider les gens à se découvrir et à maximiser leur potentiel pour améliorer les compétences qu'ils maîtrisent ou développer de nouvelles compétences . Dans le champ thérapeutique , l'éducation permet aux gens de grandir et de se dépasser leurs compétences .[28]

Selon le rapport de l'OMS sur le constat de 1996 : « *De nombreux patients n'observent pas les instructions et prescriptions , moins de 50% suivent leur traitement correctement. On a constaté que les patients étaient mal informés sur leur maladie et que peu d'entre eux étaient assistés dans la gestion de leur traitement ; Bien que la plupart des médecins soient très compétents dans l'établissement d'un diagnostic et dans l'administration d'un traitement trop peu d'entre eux éduquent et forment leurs patients à prendre en charge leur maladie* » . [28]

III.1.1.2 SELON LE RAPPORT DE L'OMS 1996 :

Dans son rapport « patient therapeutic education » l'OMS définit l'éducation thérapeutique du patient comme étant une activité qui vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour mieux gérer leur vie avec une maladie chronique . Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient . Elle comprend des activités organisées , y compris un soutien psychosocial , conçu pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie , des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières , et des comportements liés à la santé et à la maladie . Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement , collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge , dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie . [24]

Cette définition , de l'ETP est centrée plus sur le patient , et prend en considération le volet (biologique et clinique , par l'acquisition des compétences qui permet une meilleure gestion de leur maladie) , et un accompagnement et un soutien psychologique, ceci pour but d'avoir une meilleure qualité de vie . La définition de l'OMS-Europe de 1996 centres la réalisation de

l'ETP sur les établissements hospitaliers , mais une ETP structurée peut être mise en œuvre dans tous les secteurs et lieux de soins , quel que soit le mode d'exercice des professionnels de santé . [24]

III.1.1.3 SELON LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS) :

La HAS a repris la même définition d'ETP selon l'OMS publiée en 1996 (traduit en 1998 en français) , en insistant sur la continuité de l'éducation thérapeutique du patient , en tant qu'un processus qui vise à aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour mieux gérer leur vie avec une maladie chronique . Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. [24]

III.1.1.4 DIFFERENTS CONCEPTS EN SATÉ ET ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT :

- **L'information** : Elle est centrée sur des contenus scientifiques ou techniques . Les activités d'information se manifestent par l'absence de directivité dans le discours du professionnel de santé.
- **Le conseil** : Il est centré sur celui qui délivre et qui communique ce qu'il pense être bon pour le patient . À travers les activités de conseil, il s'agit de diriger le patient vers un comportement souhaité.
- **La prévention** : Elle constitue l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents . On distingue trois niveaux de prévention :
 - **La prévention primaire** : se situe en amont de l'apparition des problèmes de santé. Elle vise à diminuer l'incidence d'une maladie ou d'un accident dans une population donnée, et donc à réduire le risque d'apparition de nouveaux cas (ex : vaccination).
 - **La prévention secondaire** : se situe au tout début de la maladie. Elle tente de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population donnée, et donc de réduire sa durée d'évolution. Elle comprend le dépistage et le traitement précoces de la maladie.
 - **La prévention tertiaire** : a pour but d'éviter les récurrences ou les complications d'une maladie avérée. Il s'agit de réduire les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie. Elle prend en compte les actions du domaine de la réadaptation, de l'intégration et de la réinsertion professionnelles et sociales. [55]
- **L'éducation pour la santé** : L'éducation pour la santé a été définie par l'OMS comme « tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin ». [55]

- **L'éducation thérapeutique du patient :** L'éducation thérapeutique du patient (ETP) s'inscrit, avec l'éducation pour la santé, dans le vaste mouvement de la promotion de la santé, initié par l'OMS dans les années 1980.

L'OMS dans sa définition, distingue entre trois niveaux d'éducation ; L'éducation pour la santé des patients est une notion globale qui s'intéresse à la vie du patient, les habitudes et le mode de vie en sont le centre, qu'ils soient liés ou non à une maladie chronique, ensuite l'éducation du patient à sa maladie qui concerne la transmission des informations et des compétences pour mieux la gérer et pour la prévenir des complications invalidantes, c'est une notion qui s'inscrit dans le cadre de prévention tertiaire en santé publique. Par la suite, l'éducation thérapeutique du patient qui s'intéresse au transfert d'un savoir-faire ou un apprentissage pour le patient concernant son traitement et sa gestion. [33]

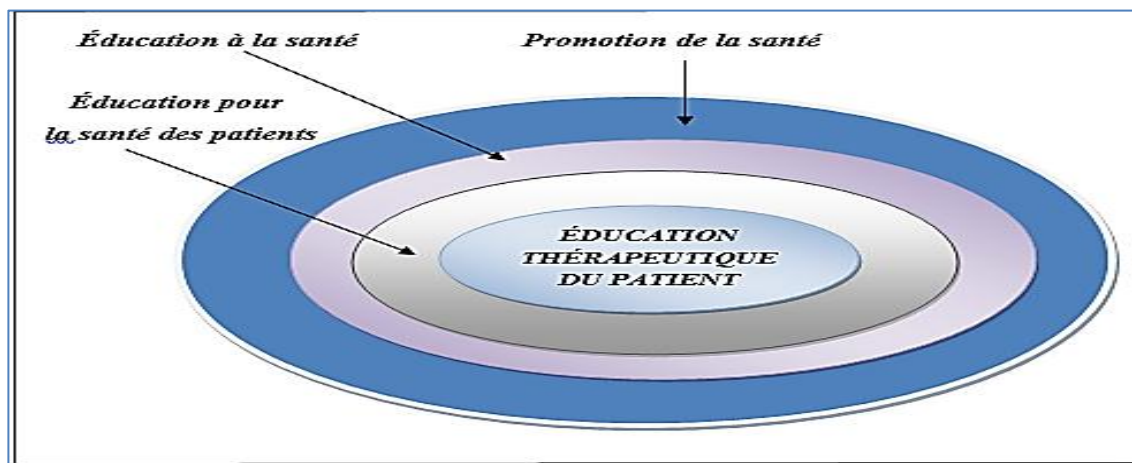


Figure 2 : Champ d'action des concepts en santé. [8]

III.1.2 HISTORIQUE ET ÉVOLUTION DE L'ETP :

L'éducation thérapeutique du patient est une notion qui apparaît la première fois en 1922, cette notion a évolué avec le temps, et elle a été influencée par l'évolution des théories et des concepts en médecine, en psychologie et en pédagogie. [18]

III.1.2.1 PREMIÈRES ÈRES DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT:

Cette ère caractérise les débuts de l'ETP (tableau 7) lors du premier traitement d'un enfant atteint du diabète de type 1 avec l'insuline.

Cette éducation avait pour objectif d'apprendre au patient et à son entourage des compétences telles que l'injection d'insuline, la mesure du glucose et d'acétone dans les urines ainsi que des règles diététiques telles que la pesée d'alimentation.

L'éducation à l'époque, un reflet des rapports sociaux, à l'école comme à l'hôpital : verticale et autoritaire. Aux soignants, la rigueur et le dévouement ; Aux patients, l'obéissance et la Reconnaissance. [18]

En 1972 l'efficacité de l'ETP a été démontrée par une éducation selon une aide téléphonique et une consultation systématique sur une population démunie aux États-Unis par une infirmière et un résident au service de diabétologie de Los Angeles (États-Unis). Cette intervention a permis de diviser par trois les hospitalisations et de réduire des deux tiers les coûts (bénéfice économique estimé entre 1,7 et 3,4 millions de dollars). [18]

Tableau 7 : Principaux événements marquants la première ère d'ETP .[3]

Date	Événement
1922	Première injection d'insuline à l'homme
1925	Premiers camps pour jeunes diabétiques aux États-Unis
1932	Fondation de la British Diabetic Association
1938	Fondation de l'Association Française des Diabétiques
1940	Fondation de la ligue des diabétiques en France
1945	Découverte de la pénicilline
1953	Premiers camps pour enfants diabétiques en France , Angleterre , Suisse , Danemark , Suède , Pays-Bas et Italie
1956	Fondation de l'aide aux jeunes diabétiques

III.1.2.2 DEUXIÈME ÈRE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (1972-1999) :

Cette période était marquée plus par la création d'une unité de « traitement et d'enseignement du diabète ». En 1975, par le Professeur J-P. Assal diabétologue à Genève, une éducation y est délivrée, intégrant la prise en compte du vécu du malade comme une source de connaissance et pour lui et pour les soignants. Cependant l'éducation du patient se développe dans d'autres maladies, en commençant par l'asthme, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, les maladies cardiovasculaires et l'infection à VIH. Dans le cadre de cette dernière, le rôle des associations de patients en termes de soutien, d'innovations et de forces de revendication de droit est fondamental. [18]

La Charte d'Ottawa, publiée par l'OMS en 1986, établit les principes de la promotion de la santé.

L'OMS-Europe définit quant à elle l'éducation thérapeutique du patient en 1998; L'éducation à cette période était marquée par le développement créatif d'une pédagogie. [18]

III.1.2.3 TROISIÈME ÈRE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE (DE 1999 JUSQU'À AUJOURD'HUI) :

Cet ère marquait principalement par la publication de l'OMS de la définition de l'ETP en 1996, et de la HAS en 2007 de son guide méthodologique pour la structuration des programmes d'ETP .

En 2009 , l'ETP s'inscrivait dans le code de la santé publique en France, par la publication de la loi hôpital patient santé et territoire "HPST" .[18]

III.1.3 PRINCIPES ET ÉTHIQUES DE L'ETP :

Pour avoir une éducation thérapeutique du patient proprement dite centrée sur le patient et non sur la maladie , il existe plusieurs principes fondamentaux sur laquelle cette éducation se repose tels que l'humanisme , la dignité et le partenariat . La relation entre le patient et le soignant est une relation d'égal à égal et dans laquelle les deux sont partenaires et apprennent l'un de l'autre , ainsi que l'autonomie , et la responsabilité de la personne malade ou aidante et l'équité dans l'offre proposée par le système de santé .

Cette ETP nécessite une adaptation à la personne , à ses croyances , à ses représentations , car elles peuvent être un frein à sa volonté de se prendre en charge , de se soigner et remettre en question son appropriation de la maladie .[8]

III.1.4 FINALITÉS ET ENJEUX DE L'ETP :

L'ETP en tant qu'une discipline de santé a plusieurs objectifs qui concernent à la fois le patient, le soignant ainsi que la société . Quelle que soit la maladie , huit compétences et objectifs à acquérir par le patient ont été définis dans le tableau suivant :

Tableau 8 : Compétences et objectifs à acquérir par le patient au terme d'un programme d'ETP . [21]

COMPETENCES	OBJECTIFS SPECIFIQUES	EXEMPLE DE L'OSTEOPOROSE
1. Faire connaître ses besoins , déterminer des buts en collaboration avec les soignants , informer son entourage	Exprimer ses besoins, ses valeurs, ses connaissances, ses projets, ses attentes et ses émotions (diagnostic éducatif) .	Exprimer son vécu de l'ostéoporose . Savoir expliquer l'ostéoporose , ses conséquences et ses principes thérapeutiques .

2. Comprendre, s'expliquer	Comprendre son corps , sa maladie , s'expliquer la physiopathologie , les répercussions socio-familiales de la maladie , s'expliquer les principes du traitement .	Réaliser le bilan de la maladie : Les examens biologiques , Le risque de fracture , La prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse .
3. Repérer , analyser , mesurer	Repérer des signes d'alerte des symptômes précoces ; Analyser une situation à risque des résultats d'examen .	Évaluer ses apports calciques journaliers ; Mesurer sa taille , son activité physique , ses apports calciques , ses oublis de traitement ; Repérer les situations qui favorisent les chutes .
4. Faire face ; Décider .	Connaître , appliquer la conduite à tenir face à une Crise ; Décider dans l'urgence .	Conduite à tenir en cas d'effets indésirables possiblement liés au traitement .
5. Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne de gestion de sa vie et de sa maladie ; Résoudre un problème de prévention .	Ajuster le traitement ; Réaliser un équilibre diététique sur la journée ; Prévenir les accidents , les crises . Aménager un environnement et un mode de vie favorables à sa santé (activité physique , gestion du stress...).	Gérer son traitement (prises , effets indésirables , oublis , garder ou connaître la liste des médicaments prescrits) ; Pratiquer et maintenir une activité physique seul ou en groupe ; Maintenir un régime riche en calcium ; Exposition solaire suffisante ; Aménager son domicile et adapter ses habitudes pour réduire le risque de chute ; Arrêter le tabac ou l'alcool excessif .
6. Pratiquer ; Faire.	Pratiquer les techniques ; Pratiquer les gestes ; Pratiquer des gestes d'urgence .	Prendre son traitement en suivant les modalités de prise ; Prévoir ses rendez-vous et examens ; Se motiver pour changer ; Apprendre à se relever en cas de chute .
7. Adapter ; Réajuster .	Adapter sa thérapeutique à un autre contexte de vie (voyage, sport, grossesse...etc) ; Réajuster un traitement ou une	Adapter son activité physique en fonction de l'ostéoporose ; Adapter son alimentation quotidienne.

	diététique ;Intégrer les nouvelles technologies médicales dans la gestion de sa maladie.	
8. Utiliser les ressources du système de soins ; Faire valoir ses droits.	Savoir où et quand consulter, qui appeler, rechercher l'information utile ; Faire valoir des droits (travail, école, Assurances...etc) ; Participer à la vie des associations de patients .	Consulter son dentiste devant toute douleur dentaire sous traitement aux bisphosphonates.

❖ *Pour le patient :*

L'Objectif ultime d'une éducation thérapeutique pour le patient selon la définition de l'OMS , réside dans l'amélioration de sa santé biologique et clinique par l'acquisition et le maintien des compétences d'autosoins et d'adaptation , qui sont les finalités d'un programme d'ETP .En outre , cette éducation est considérée comme une solution face à diverses problématiques chez le patient . [23]

La difficulté d'observance devant une complexité croissante des prescriptions , et une forte demande d'informations et de compréhension , celles-ci poussent le patient à rechercher des connaissances qui sont toujours incomplètes et peu satisfaisantes (internet, entourage,...)nécessitant un triage et une réévaluation.[23]

❖ *Pour le soignant :*

L'ETP permet pour le soignant d'acquérir un nouveau champ de compétences , qui se considère à la fois un objectif et un enjeu pour dispenser une éducation thérapeutique , le soignant ou le professionnel de santé devrait acquérir une multitude de compétences.

L'éducation ne se fait pas sans une formation préalable et un changement des pratiques .

Le but de l'éducateur thérapeutique est de leur apprendre à vivre avec la maladie et non de leur donner une culture de la maladie . Cette éducation suppose transférer au patient des connaissances ainsi qu'une responsabilité , qui confère au patient un statut de partenaire éclairé .[23]

❖ Pour la société :

L'ETP est considérée pour divers acteurs sanitaires (les assurances maladies , firmes pharmaceutiques , associations des patients) une solution pour réduire :

- ✓ Le taux de prévalence croissant des maladies chroniques ;
- ✓ La mauvaise gestion thérapeutique conduisant à l'inobservance et à l'iatrogénie médicamenteuse à une inefficacité voir l'apparition des complications de la maladie .

Par la suite une augmentation des coûts de santé directe ou indirecte (hospitalisations en urgence, consultations non-programmées, visites de médecins et soins à domicile , consommation médicamenteuse et examens ou la survenue de l'incapacité , de le handicap , de l'absentéisme et des arrêts de travail) .[12]

III.1.5 ACTEURS DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT :

III.1.5.1 PATIENT :

Se considère à la fois un bénéficiaire de l'éducation thérapeutique et un intervenant au cours de ce processus , il peut en négocier les buts et les modalités de mise en œuvre et les redéfinir avec le professionnel de santé après avoir fait l'expérience de l'ETP , elle doit s'adapter à ses besoins et à ses demandes .[23]

III.1.5.2 PROCHES :

Les Parents d'enfants ayant une maladie chronique , conjoint ou compagnon , fratrie , enfants de parents malades , personne de confiance , etc... peuvent être associés à la démarche d'ETP s'ils le souhaitent , Ils peuvent être concernés par l'acquisition de compétences d'autosoins d'adaptation .

Si le patient souhaite les impliquer dans l'aide à la gestion de sa maladie , Ils peuvent avoir besoin d'être soutenus dans l'acquisition de compétences et dans leur motivation .[23]

III.1.5.3 PROFESSIONNEL DE SANTÉ :

Selon le code Français de la santé publique, tout professionnel de santé impliquée dans la prise en charge d'un patient atteint d'une maladie chronique est concerné par l'application de l'éducation thérapeutique , et doit intervenir dans cette démarche soit par l'information du patient de la possibilité de bénéficier des programmes d'ETP ou par sa proposition en lui décrivant les ressources locales . [23]

En outre son intervention est effectuée également en réalisant l'éducation thérapeutique en collaboration avec une équipe multidisciplinaire et multi professionnelle de santé , ou bien par le professionnel de santé lui-même lorsque l'acquisition des compétences par le patient bénéficiant de l'ETP ne demande pas une collaboration interprofessionnelle de santé . [23]

Le tableau suivant une liste non exhaustive des compétences nécessaires aux professionnels de santé pour mettre en œuvre l'éducation thérapeutique du patient de manière multidisciplinaire:

Tableau 9 : Liste non exhaustive des compétences nécessaires aux professionnels de santé pour mettre en œuvre l'éducation thérapeutique du patient de manière multidisciplinaire .[22]

COMPETENCE	DESCRIPTION DU COMPETENCE
COMPETENCES 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 apprentissage; Soutenir la motivation du patient tout au long de la prise en charge de la maladie chronique.
COMPETENCES PEDAGOGIQUES 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.
COMPETENCES METHODOLOGIQUES 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 .
COMPETENCES BIOMEDICALES 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.

III.1.6 CHAMP D'APPLICATION DE L'ETP :

L'ETP est une discipline plus orientée vers la maladie chronique , en tant qu'une affection de longue durée qui nécessite une autogestion permanente de la maladie , et une autonomie relative du patient pour sa prise en charge . Elle s'applique également à la situation handicap et dans le cas des traitements de longue durée , pour éviter les complications et les récides de la pathologie , Cette indication s'inscrit dans le cadre de la prévention secondaire voire tertiaire de la santé .[23]

III.1.6.1 DÉFINITION DE LA MALADIE CHRONIQUE :

Selon l'OMS , les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui évoluent lentement et sont responsables de 63% des décès , ces maladies (cardiopathies , accidents vasculaires cérébraux , cancer , affections respiratoires chroniques , diabète...) sont toute la première cause de mortalité dans le monde . [44]

La maladie chronique est une affection qui est souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves . La durée minimale d'évolution de la maladie chronique est classiquement de plusieurs mois (au moins 3 à 6 mois) avec un retentissement sur la vie quotidienne .

Dans son rapport publié en 1994 , la Haute comité de la santé publique , a précisé que , « Les années prochaines seront dominées par les maladies chroniques et les handicaps ». [2]

L'élévation du taux des patients atteints des maladies chroniques est corrélée avec son évolution , cela est dû à l'augmentation de l'espérance de vie , « la solution face à la problématique de l'élévation du taux des maladies chroniques réside seulement dans le mode d'organisation des soins » qui permet de les prendre en charge correctement ainsi que de réduire le taux de mortalité due à ces maladies . Les caractéristiques de la maladie chronique selon Assal J.P impose que l'ETP soit l'une des composantes essentielles de la prise en charge de la maladie chronique .[2]

III.1.6.2 AUTRES CONTEXTES D'APPLICATION D'ETP :

L'éducation thérapeutique du patient peut être un outil de prise en charge non seulement des patients atteints des maladies chroniques courantes tels que le diabète , l'asthme , les maladies cardiovasculaires , Mais aussi de maladies rares comme la mucoviscidose , la drépanocytose ou les myopathies , comme il peut s'agir aussi des maladies transmissibles persistantes comme l'infection à VIH , de cancers et de troubles mentaux de longue durée (dépression , schizophrénie , troubles bipolaires , etc.) . Aussi aux handicaps ainsi qu'aux patients bénéficiant de traitements complexes de longue durée (traitement de l'hépatite C , de la

tuberculose , patients stomisés etc... Certaines situations sont aussi concernées comme le risque de chute chez la personne âgée .[8]

III.1.7 APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRES :

Dans le champ de la maladie chronique , la mise en œuvre de l'ETP requiert souvent l'intervention de plus d'un professionnel de santé , voire d'emblée le recours à une équipe multidisciplinaire . La composition de l'équipe qui réalise l'ETP dépend du public-cible , en particulier de son âge , du type , du stade , de l'évolution de la maladie et de la nature des compétences à acquérir par le patient . Chaque élément de cette équipe apporte l'expertise acquise dans son domaine et enrichit la prise en charge du patient par son ressenti et son analyse de la situation .[23]

III.1.8 POPULATION BÉNÉFICIAIRE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE :

L'éducation thérapeutique est un ensemble de pratiques visant à permettre au patient l'acquisition de compétence afin de pouvoir prendre en charge de manière active sa maladie , ses soins et sa surveillance en partenariat avec ses soignants ; Elle s'adresse à Toute personne ayant :

✓ *Maladie chronique :*

Par exemple le diabète , l'asthme , l'insuffisance coronarienne , l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance rénale chronique . Quelque soit l'âge enfant , adolescent ou adulte et quels que soient le type , le stade et l'évolution de la maladie thérapeutique du patient , ça concerne également l'entourage s'il le souhaite et si le patient souhaite l'impliquer dans la gestion de sa maladie .[6]

✓ *Maladies de durée limitée nécessitant une prise en charge complexe et/ou à risque :*

Par exemple les épisodes pathologiques nécessitant un traitement anticoagulant ou antalgique prolongé . Evidemment incluses dans ce périmètre , la gestion des médicaments à risque (anticoagulant oral , chimiothérapies , antiépileptiques ...etc) ou prescrits dans le cadre d'équilibres cliniques précaires (immunosuppresseurs , antirétroviraux ...etc).[6]

✓ **Cancer :**

Ce sont souvent des patients confrontés à des traitements lourds avec des effets indésirables très importants leur rendant le suivi difficile voire compliqué .

Les pathologies en cause sont souvent asymptomatiques en dehors de leurs manifestations initiales mais elles nécessitent au quotidien , de la part des patients , une adhésion étroite aux diverses modalités du traitement et de la surveillance (prise de médicaments , suivi de régime , auto-surveillance de paramètres biologiques...) afin d'éviter la survenue de complications .[6]

III.2 MODALITÉS DE LA MISE EN PLACE DE L'ETP :

Selon la HAS , l'ETP se déroule en quatre étapes successives avec une coordination entre les acteurs impliqués dans la prise en charge du patient . Sa mise en place requiert au début , le consentement ou l'accord du patient pour participer à une telle éducation , cela se fait à travers l'explication des objectifs de l'offre éducative et la vérification de sa convenance avec les objectifs et les besoins du patient . [8]

L'éducation du patient est un processus qui se renouvelle à la demande et le besoin du patient suivant d'autres offres éducatives (l'ETP de suivi ou la reprise d'éducation) . La figure ci-dessous présente les étapes de la mise en œuvre de l'ETP :

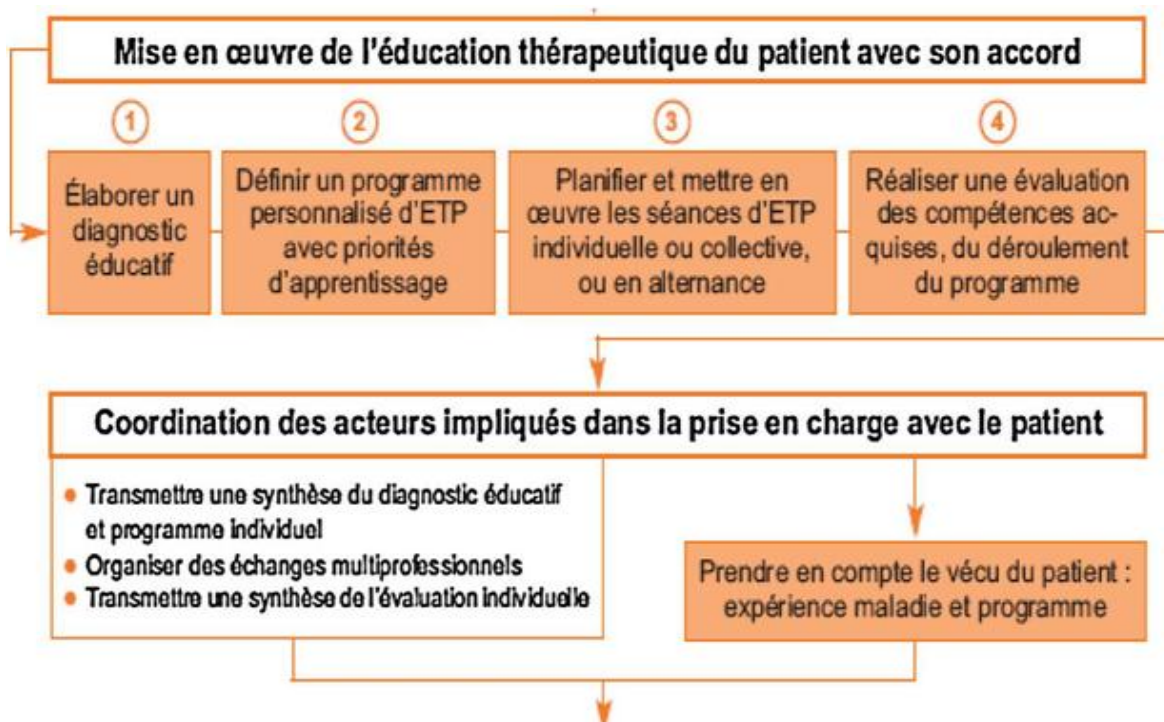


Figure 3 : Etapes de la mise en œuvre de l'ETP .[33]

III.2.1 STRUCTURATION D'UN PROGRAMME D'ETP:

III.2.1.1 DIAGNOSTIC ÉDUCATIF:

Il s'agit de la première étape d'une démarche éducative qui vise à l'évaluation des connaissances initiales du patient et à l'identification de ses objectifs et ses attentes , cette étape permet à l'éducateur de formuler avec le patient les compétences à mobiliser à partir des informations recueillies selon ses projets personnels et de les structurer sous forme des séances éducatives à mettre en place . Ce diagnostic est réalisé selon un entretien individuel dans une durée de temps entre 30 à 45 minutes . Au cours de cet entretien , l'éducateur utilise plusieurs techniques de communication comme l'écoute active pour faciliter le recueil d'informations nécessaires à la mise en place du programme éducatif personnalisé . [17]

Cet entretien selon les professeurs Jean-François D'Ivernois et R.Gagnayre doit aborder les cinq dimensions de vie du patient avec sa maladie :

- ✓ Biomédicale ;
- ✓ Socioprofessionnelle ;
- ✓ Cognitive ;
- ✓ Psycho Emotionnelle ;
- ✓ Projective .

III.2.1.2 ÉLABORATION D'UN PROGRAMME PERSONNALISÉ ET LE PARTAGE DES OBJECTIFS :

Cette étape consiste à l'analyse des besoins spécifiques au patient , pour établir des objectifs pertinents et adaptés en fonction des objectifs du soignant et de ceux du patient, tout en impliquant le patient dans le choix des objectifs et respecter l'ordre de priorité de son apprentissage . [8]

La figure ci-après présente un exemple d'un bilan éducatif partagé pour un patient chronique patient lombalgique :

Cette synthèse de BEP est issue d'un programme sur la lombalgie chronique. Problématiques ▶ Patient de 32 ans, célibataire, suivie dans l'unité pour lombalgie chronique sur discopathie. ▶ Depuis 7 mois, installation progressive d'une douleur sur une pratique sportive intensive : natation, vélo, escalade, randonnée. A cessé toute activité sportive depuis janvier 2015. Douleur importante à la position debout prolongée, assis et accroupie. ▶ Asthmatique allergique et antécédents de dépression il y a 5 ans. ▶ Gérant adjoint dans un magasin : porte régulièrement des cartons assez lourds. Ressources ▶ Très motivée pour bénéficier du programme d'ETP. ▶ Il dit : « Je tiens à mon travail, je ne veux pas être en arrêt. » ▶ Il vit en colocation avec trois autres locataires, a de nombreux amis.	Difficultés ▶ Se dit être en conflit avec sa mère et aura a priori peu de soutien de sa part. ▶ A beaucoup de mal à suivre son traitement quotidien inhalé pour son asthme. ▶ A dû abandonner son projet de voyage à l'étranger. ▶ Exprime un sentiment d'injustice par rapport à sa situation : « J'ai une très bonne hygiène de vie et c'est à moi que cela arrive ! » Projets de vie ▶ « Ne plus avoir mal et faire du sport à volonté. » ▶ « Réaliser son rêve de partir en voyage durant 1 an. » <i>Source : Programme d'ETP et de réentraînement à l'effort s'adressant aux patients lombalgiques chroniques, « École du mouvement ». Équipe du département de médecine physique et de réadaptation thérapeutique, CH Lapeyronie, CHU Montpellier. Coordonnateur : Docteur I. Tavares.</i>
---	---

Figure 4 : Exemple d'un bilan éducatif partagé pour un patient lombalgique chronique .[8]

III.2.1.3 RÉALISATION DES SÉANCES ÉDUCATIVES :

L'élaboration des séances éducatives se faisait selon deux modalités :

❖ *Séance individuelle :*

Il s'agit d'un entretien qui se déroule entre le patient et son éducateur , dans une durée entre 30 à 45 minutes , qui permet une prise en charge personnalisée du patient en permettant de suivre les modifications de comportement du patient et la validation ou pas des objectifs à atteindre , Cet entretien se réalise dans un espace réputé confidentiel et qui permet un échange isolé entre le patient et le soignant .[5]

❖ *Séance collective :*

C'est une séance qui se déroule entre un groupe de patient (de 2 à 20 participants) , qui ont un intérêt commun , l'occasion pour ces patients d'échanger leurs expériences et de maintenir un vie relationnelle en partageant des activités communes , tout en ayant pour chacun des objectifs personnalisés .[5]

La dimension du groupe est estimée selon la méthode pédagogique choisi mais aussi selon le contenu des messages éducatifs de la population à qui elle s'adresse .Elle devrait permettre une meilleure interaction entre les participants . Les séances de groupe peuvent avoir lieu dans des structures spécialisées ou des lieux communautaires selon des réunions organisées de

façon quotidienne , hebdomadaire ou mensuelle concentrées sur quelques jours ou espacées de plusieurs mois ou au contraire informelle .[5]

❖ Choix entre séance individuelle et collective :

Le choix de la séance individuelle ou collective se fait selon plusieurs paramètres ; le temps et la disponibilité sont les contraintes les plus empêchant pour une éducation en groupe , en contrepartie sont privilégiées pour des raisons de coût . Le tableau ci-dessous présente les principaux avantages et inconvénients lors de la mise en place de la séance individuelle ou collectif .[5]

Tableau 10 : Avantages et inconvénients de l'éducation en individuel et en groupe . [5]

Éducation thérapeutique	Individuel	En Groupe
Avantages	➤ Personnalisation ; ➤ Permet d'aborder le vécu du patient ; ➤ Meilleure connaissance du patient ; ➤ Possibilité de cerner les besoins spécifiques du patient ; ➤ Respect du rythme du patient; ➤ Meilleur contact ; ➤ Relation privilégiée ;	➤ Échange d'expériences ➤ entre patients ; ➤ Confrontations de points de vue ; ➤ Convivialité ; ➤ Rupture du sentiment d'isolement; ➤ Émulation, interactions ; ➤ Soutien y compris émotionnel; ➤ Stimulation des apprentissages; ➤ Apprentissages expérientiels par « situations problèmes » ; ➤ Gain de temps .
Inconvénients	➤ Pas de confrontation avec d'autres patients ; ➤ Absence de dynamique de groupe ; ➤ Risque d'enseignement ; ➤ Risque d'incompatibilité avec un patient difficile ; ➤ Risque d'emprise du soignant sur le patient ; ➤ Lassitude due à la répétition ; ➤ Prend trop de temps.	➤ Enseignement impositif (vertical) ; ➤ Patients trop hétérogènes ; ➤ Difficulté à faire participer les patients ; ➤ Inhibition des patients à s'exprimer ; ➤ Difficulté d'accorder de l'attention à chacun ; ➤ Difficulté à gérer un groupe ; ➤ Horaires fixes des cours .

❖ *Séance d'éducation thérapeutique par téléphone :*

Il s'agit d'une activité planifiée dans un programme d'ETP défini , sa mise en place nécessite une rencontre auparavant effectuée entre le patient et le professionnel de santé.

La séance par téléphone porte fréquemment sur une analyse d'expérience (ressentis et résultats ou conduite à tenir après une automesure de glycémie) . Ce type de séance doit être distingué des appels tout-venant pour obtenir une information , des systèmes de rappel de participation à des séances ou à une consultation médicale (par téléphone , par e-mail ou par SMS) .[5]

III.2.1.4 ÉVALUATION INDIVIDUELLE DE L'ETP :

Consiste en une évaluation des acquis du patient au cours du processus d'éducation , qui est réalisée à la fin de chaque séance éducative ou à la fin de l'ETP initiale , pour estimer son niveau d'atteinte des objectifs éducatifs fixés (les compétences d'autosoins ou d'adaptations à développer) et la détermination de nouveaux objectifs à partir des nouveaux besoins du patient d'où la nécessité du renouvellement du diagnostic éducatif .[10]

❖ **Compétences et objectifs éducatifs des patients :**

Il s'agit d'un savoir intégrer et mobiliser dans la vie quotidienne du patient , son acquisition est faite selon un plan personnalisé et des objectifs à atteindre qui respectent les besoins et les attentes du patient .[10]

➤ *Compétences d'auto-soins :*

Ce sont des compétences que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé , et qui consistent à soulager les symptômes et prendre en compte les résultats d'une auto surveillance , et d'adapter des doses de médicaments , initier un autotraitement , réaliser des gestes techniques et des soins , mettre en œuvre des modifications de mode de vie (équilibre diététique , programme d'activité physique , etc.) . [10]

Parmi ces compétences d'autosoins , des compétences dites de sécurité visent à sauvegarder la vie du patient . Ces compétences sont considérées comme indispensables et prioritaires à acquérir par le patient ou ses proches .[10]

➤ *Compétences d'adaptation :*

Ces compétences reposent sur le développement de l'autodétermination et la capacité d'agir du patient . Elles permettent de soutenir l'acquisition des compétences d'autosoins . Elles recouvrent les dimensions suivantes : La connaissance et la confiance en soi , la gestion des

émotions et la maîtrise du stress , le développement d'une réflexion critique , et des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles .[10]

III.2.1.5 CRITÈRES DE QUALITÉ D' UN PROGRAMME D'ETP :

❖ *Selon l'organisation mondiale de la sante :*

L'OMS a présenté dix critères pour une éducation thérapeutique structurée, et qui sont comme suit :

- 1) Doit être un processus systémique d'apprentissage centré sur le patient ;
- 2) Elle doit prendre en compte , d'une part les processus d'adaptation du patient à la maladie (locus de contrôle , représentations de la santé et de la maladie , aspects socioculturels ...) , et d'autre part , les besoins objectifs et subjectifs , exprimés ou non , des patients) ;
- 3) Elle doit être intégrée au traitement et aux soins ;
- 4) Elle concerne la vie quotidienne du patient et son environnement psychosocial , et doit impliquer autant que possible la famille et l'entourage proche ;
- 5) C'est un processus continu qui doit être adapté en permanence à l'évolution de la maladie , de l'état de santé du patient et de sa vie , c'est une partie de la prise en charge au long cours ;
- 6) Elle doit être structurée , organisée et proposée systématiquement à tous les patients ;
- 7) Elle doit utiliser des méthodes et des moyens variés d'éducation et d'apprentissage ;
- 8) Elle est multi-professionnelle (toutes les catégories de soignants) et multidisciplinaire (approches de santé ,de soins et de sciences humaines) et nécessite un travail en réseau ;
- 9) Elle doit inclure l'évaluation du processus d'apprentissage et de ses effets ;
- 10) Elle est réalisée par des professionnels des soins formés à cet effet .[24]

❖ *Selon la haute autorité de santé :*

La HAS en France a précisée dans son guide méthodologique sur l'ETP publié en 2007 des critères de qualité , ces critères sont repris intégralement des critères de l'OMS , et sont :

- 1) Être scientifiquement fondée (recommandations professionnelles , littérature scientifique pertinente , consensus professionnel) et enrichie par des retours d'expérience des patients et de leurs proches , pour ce qui est du contenu et des ressources éducatives ;
- 2) Faire partie intégrante du traitement et de la prise en charge ;
- 3) Concerner la vie quotidienne du patient , les facteurs sociaux , psychologiques et environnementaux ;
- 4) Être un processus permanent qui est adapté à l'évolution de la maladie et au mode de vie du patient ; elle fait partie de la prise en charge à long terme ;

- 5) Être réalisée par des soignants formés à la démarche d'éducation thérapeutique du patient et aux techniques pédagogiques , au travail en équipe et à la coordination des actions;
- 6) S'appuyer sur une évaluation des besoins subjectifs et objectifs de l'environnement du patient (diagnostic éducatif) et être construite sur des priorités d'apprentissage perçues par le patient et le professionnel de santé ;
- 7) Se construire avec le patient et impliquer autant que possible les proches du patient ;
- 8) S'adapter au profil éducatif et culturel du patient , et respecter ses préférences , son style et son rythme d'apprentissage ;
- 9) Être multiprofessionnelle , interdisciplinaire et multisectorielle ; intégrer le travail en réseau ;
- 10) Inclure une évaluation individuelle de l'éducation thérapeutique du patient et du déroulement du programme .[33]

III.2.2 RESSOURCES ÉDUCATIVES EN ETP :

Pour pouvoir appliquer une éducation thérapeutique du patient de qualité , il existe plusieurs volets qui devraient être évalués :

- ✓ **Volet technique** : La qualité du contenu du programme doit respecter les critères de qualité des programmes d'ETP établies par des organismes sanitaires tels que l'OMS et la HAS ;
- ✓ **Volet pédagogique** : Ce volet possède un impact capital sur la qualité de l'éducation , en adoptant une méthode d'apprentissage et des outils pédagogiques adaptés pour accomplir les objectifs de cette éducation , en n'oubliant pas la composante psychologique du patient et la qualité de la relation de soin entre les deux acteurs le patient et le professionnel de santé , qui doit d'avantage développer des compétences de communication pour améliorer cette relation .[32]

III.2.2.1 PÉDAGOGIE ET GRANDS MODÈLES EXPLICATIFS D'APPRENTISSAGE :

La pédagogie mère de l'éducation thérapeutique est une discipline qui se considère comme l'une des principaux ressources éducatives que l'éducateur doit la maîtriser , ce sont des méthodes pratiques d'enseignement et des compétences requises de la part de l'enseignant pour faciliter l'apprentissage chez l'éduqué , et mieux lui transmettre le message éducatif (un savoir, un savoir-faire ou un savoir-être) , en tenant compte des connaissances antérieures et du comportement du sujet . [15]

Les principaux modèles d'apprentissage sont :

➤ ***Modèle frontal ou transmissif :***

Utilisé lors de l'enseignement traditionnel , qui consiste à une transmission simultanée et rapide d'un savoir préalablement structuré a beaucoup d'apprenants compris a priori par tous .[51]

Le savoir acquis par cette méthode d'apprentissage peut être non compris pour l'apprenant et rapidement oublié, en conséquent ce modèle engendre une certaine passivité chez l'apprenant. En revanche , pour bien garantir l'efficacité de cette méthode l'apprenant et l'éducateur doivent se situer dans le même cadre de référence (vocabulaire compris) et avoir une façon identique de raisonner .[15]

➤ ***Modèle constructiviste :***

Ce modèle considère le patient ou l'apprenant comme un acteur de son propre apprentissage , et peut partir de ses besoins et ses intérêts et prend appui sur ses questions . Dans ce modèle la relation patient-soignant est fondée sur l'empathie , il n'y a pas de directivité et le pouvoir est partagé . Un savoir n'est considéré acquis dans ce modèle que lorsque l'information intégrée influence sur les croyances de santé du patient ou ses conceptions qui aboutissent à sa transformation . [8]

En contrepartie , cette pédagogie minimise le rôle du contexte , et de l'environnement d'apprentissage ainsi que la sphère affectivo-émotionnelle (désirs , passions...) dans le processus d'apprentissage .[8]

➤ ***Modèle behavioriste ou comportementaliste :***

Au cours de ce modèle le sujet apprenant mémorise le comportement ou le savoir-faire observable en le reproduisant , cette pédagogie dite par objectifs qui tend à traduire les connaissances ou les compétences à acquérir des objectifs pédagogiques . L'atteinte de chaque objectif est évaluée séparément en étant un objectif homogène et concret , ce qui rend le savoir dans ce modèle segmenté en sous savoir . Or le savoir est peu fréquemment la somme des sous savoir , ce qui engendre inéluctablement un état de dépendance du sujet par rapport à l'expert . En outre cette pédagogie n'assure pas une motivation sur le long terme pour le patient qui ne lui sanctionne pas de continuer le processus d'apprentissage surtout un peu labyrinthique . Au cours de l'ETP ce modèle pourrait être utilisé pour faire apprendre au patient des compétences d'autosoins tels que : l'apprentissage de la manipulation d'un

inhalateur pour un patient asthmatique , ou la pratique d'auto surveillance de la glycémie chez un patient diabétique .[8]

➤ **Choix du modèle à transposer :**

Chaque modèle pédagogique se centre sur un coté déterminé au cours de l'opération d'apprentissage , la pédagogie transmissive se centre plus sur le contenu d'apprentissage biomédicale , behavioriste sur l'environnement d'apprentissage , alors que le modèle constructiviste suggère que le changement du comportement ou l'acquisition d'un savoir dépend exclusivement du patient . La pédagogie allostérique propose que l'acte d'apprentissage pour le patient soit un acte qui part de lui-même , qui doit prendre en considération ses propres conceptions sur son corps , sa maladie et son traitement . [58]

L'apprentissage du patient selon le modèle allostérique est une opération de construction et déconstruction de conceptions endogènes dans lequel le patient adopte un savoir qui va avec ou contre ses conceptions préexistantes , dans un environnement didactique (un type systémique ou paradoxal , en régulation dynamique complexe) dans lequel le soignant contribue à sa mise en place . Ce processus complexe résulte de l'interaction entre le comportement de l'individu et l'environnement spécifique d'apprentissage (expériences sur la gestion de la maladie , information) . [8]

La figure 06 présente les diverses démarches d'une ETP pour ce modèle :

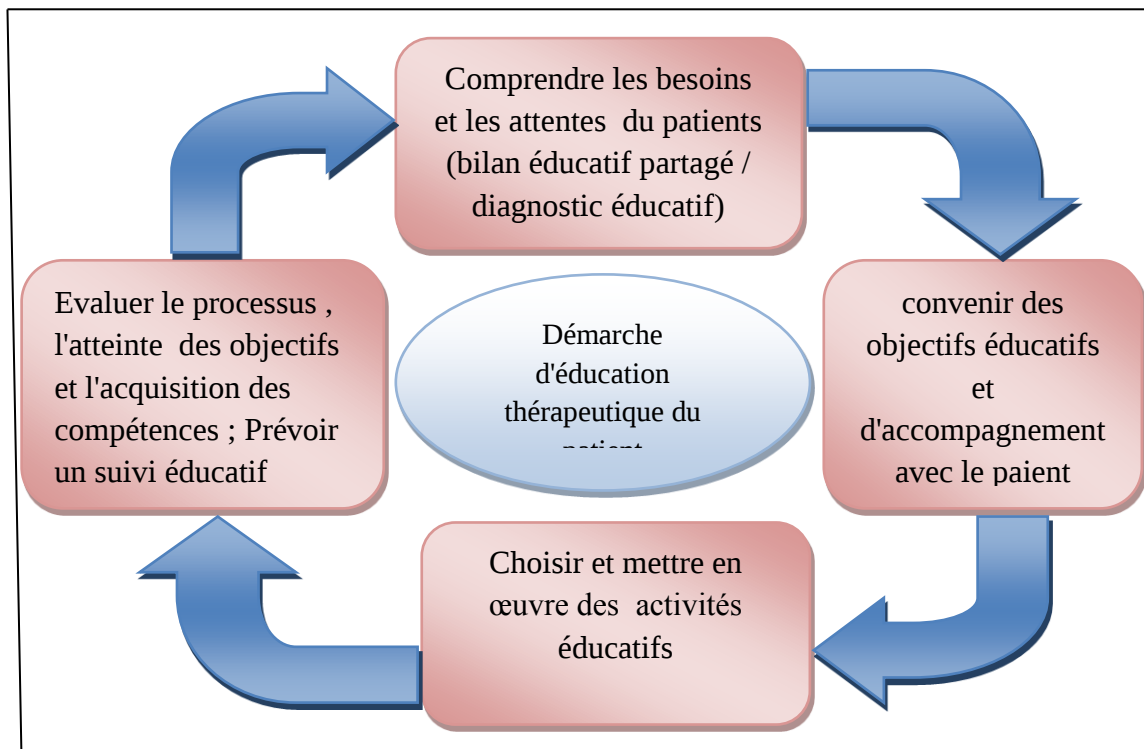


Figure 5 : Diverses démarches d'une ETP selon le modèle allostérique de type systémique d'ETP.[8]

III.2.2.2 TECHNIQUES ET OUTILS PÉDAGOGIQUES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'ETP :

❖ *Techniques pédagogiques :*

Ce sont des procédés utilisés par le formateur au service d'une démarche pédagogique, vise à favoriser les apprentissages, et permettent de gérer, expliquer, découvrir et évaluer les objectifs pédagogiques, notamment pour développer chez le patient des compétences d'autosoins, en intégrant au cours de leurs conceptions et animation des modalités de développement des compétences d'adaptation. [23]

Une technique pédagogique est choisie selon sa mise en lien avec le contenu à traiter, et la pertinence au regard de la compétence à acquérir et des objectifs de la séance d'ETP, la technique choisie devrait respecter les principes d'apprentissage : participation active, interactivité et la progression à un rythme individuel. La technique doit être facile à appliquer et employer régulièrement dans le contexte où se déroule les séances et adaptées au public selon : l'âge, le niveau de lecture et de compréhension, les difficultés d'apprentissage, les difficultés de compréhension de la langue, la situation d'handicap sensoriel ...etc, et la durée de la séance.

Ces techniques peuvent concerner le savoir, le savoir-faire et le savoir-être, et sont choisis selon le type de séance organisée (collective ou individuelle), l'objectif éducatif voulu. [23]

Les techniques pédagogiques utilisables en séances individuelles sont mentionnées dans le tableau ci-après :

Tableau 11 : Techniques pédagogiques utilisables en séances individuelles. [8]

Catégorie d'objectifs	Noms des techniques
Savoir	Entretien ; Etude de cas ; Simulation ; Pilulier ; Classeur-imagier ; Planning thérapeutique ; Conseils téléphonique ; Aide à la décision ; Echanges par courriels .
Savoir-faire	Pilulier ; Travaux pratiques ; Simulation de gestes techniques ; Apprentissage gestuel ; Activité physique .
Savoir-être	Entretien centré sur l'émotion, jeu de rôle ; Entretien à partir d'une lecture, d'un film .

Et pour les techniques pédagogiques utilisables en séances collectives, ils sont mentionnées dans le tableau suivant :

Tableau 12 : Techniques pédagogiques utilisables en séances collectives .[8]

Catégorie d'objectifs	Noms des techniques
Accueil et présentation	Tour de table ; Portraits chinois ; Portrait minute ; Présentation croisée .
Savoir	Tour de table des idées et des besoins ; Expose interactif ; Etude de cas ; Remue -méninges (brainstorming) ; Metaplan® ; Technique de l'arbre ; Photolangage , Art langage ; Dessin de l'esprit , cartes ; Conceptuelles (mind-map) .
Savoir-faire	Simulation de gestes techniques ; Atelier cuisine , lecture d'étiquettes alimentaire , courses ... Activités physique et sportives , promenades didactiques .
Savoir-être	Tour de table ; Remue -méninges (brainstorming) ; Jeu de rôle ; Etude de cas ; Technique de l'arbre ; Séances de relaxation ; Projection d'un film ; Activité sportive ; Activité esthétique .

❖ *Outils pédagogiques :*

Ce sont des outils qui aident à la réalisation de l'activité éducative , Ils permettent d'harmoniser les contenus éducatifs , les messages , et de remettre aux patients des documents d'aide à la décision et aide-mémoire etc... qui complètent la séance , mais ne remplacent en aucun cas une interaction entre le soignant et le patient . IL existe dans la littérature deux types d'outils ou supports pédagogiques : des outils d'information (affiche , synthèses) , ou des outils d'animation (classeur-imagier , bande audio ou vidéo , cédérom , brochure , représentations d'objets de la vie courante , matériel de soins , jeux , etc...) .Les outils d'informations doivent être proposés au patient après l'activité éducative pour renforcer les acquisitions et combler un savoir manquant , leur efficacité est limitée lorsqu'ils sont distribués seuls en absence d'interaction entre le soignant éducateur (médecin , pharmacien...) et le patient .[23]

III.2.2.3 MULTIMÉDIA ET INTERNET :

L'usage des multimédias se considèrent comme un support d'informations sur les maladies et les traitements sous formes imagées ou ludiques . Le recours au multimédia (films ou vidéos) au cours des séances collectives apporte des informations et des données complètes de façon ludique , et parfois remplace et transmet facilement le message contenu dans un long discours

du soignant . En revanche , pour que le patient bénéficie de ces outils , une discussion doit avoir lieu après la diffusion de la vidéo ou du film pour exprimer ses ressentis , les idées retenues etc...[8]

III.2.3 ETP ET PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ :

Pour pouvoir être un bon éducateur , le professionnel de santé doit connaître certaines notions qui sont en relation avec la psychologie de la santé et développer des compétences psychothérapeutiques , qui sont des facteurs qui peuvent faire évoluer la maladie soit vers la guérison ou vers une complication , notamment en cas d'une maladie chronique , le patient passe par plusieurs phases psychiques , au cours desquelles il nécessite un accompagnement et une aide du soignant notamment (un psycho éducateur) , pour accepter la réalité de sa maladie et atteindre un nouvel équilibre émotionnel , puis s'engager davantage dans la gestion de son traitement .[60]

III.2.3.1 DÉFINITION DE LA PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ :

Selon Bruchon-Schweitzer & Danzter en 1994 , la psychologie de la santé est définie comme « l'étude des facteurs et des processus psychologiques jouant un rôle dans l'apparition des maladies et pouvant accélérer ou ralentir leur évolution » . [43]

En outre , l'Association Francophone de Psychologie de la Santé (AFPSA) a défini les objectifs de la psychologie de la santé en tant qu'une discipline qui vise à l'amélioration et le maintien de la santé , la prévention , le traitement des maladies et l'analyse des facteurs de risque ou de protection en matière de santé . Elle s'intéresse notamment à l'analyse des représentations et des vécus émotionnels des patients . [43]

L'ETP appartient aux domaines d'intervention et de recherche en psychologie de la santé , mais il est important de préciser que l'ETP constitue également en elle-même un champ de pratique et de recherche pluridisciplinaire , dont la psychologie de la santé fait partie . [43]

III.2.3.2 STADES D'ACCEPTATION DE LA MALADIE :

Dès le diagnostic de la maladie , le patient ressent un choc comme une réaction commune pour tous les malades , face à une nouvelle réalité confrontée , par la suite deux éventuels processus peuvent s'installer un vers l'acceptation de la maladie et l'autre vers une résignation ; Elle signifie un consentement lucide à une réalité qu'il se décide d'assumer et se distingue de la résignation , qui est une tendance à subir le sort sans protester .[8]

L'acceptation d'une maladie chronique est un long processus de maturation par lequel tout individu doit passer lorsqu'il est confronté à la nouvelle réalité (figure 7);Ce processus est semblable au modèle de deuil proposé par Freud , puis en 1979 Gfeller et Assal ont enrichi les

travaux d'Elizabth Kübler-Ross concernant les mourant en décrivant différents réactions émotionnelles chez les patients . Selon les théories d'attachements , le premier deuil de la vie et celui avec sa maman et de la qualité de ce deuil dépendrait en partie de la confiance en soi , de la relation aux autres et de la qualité des autres deuils . [8]

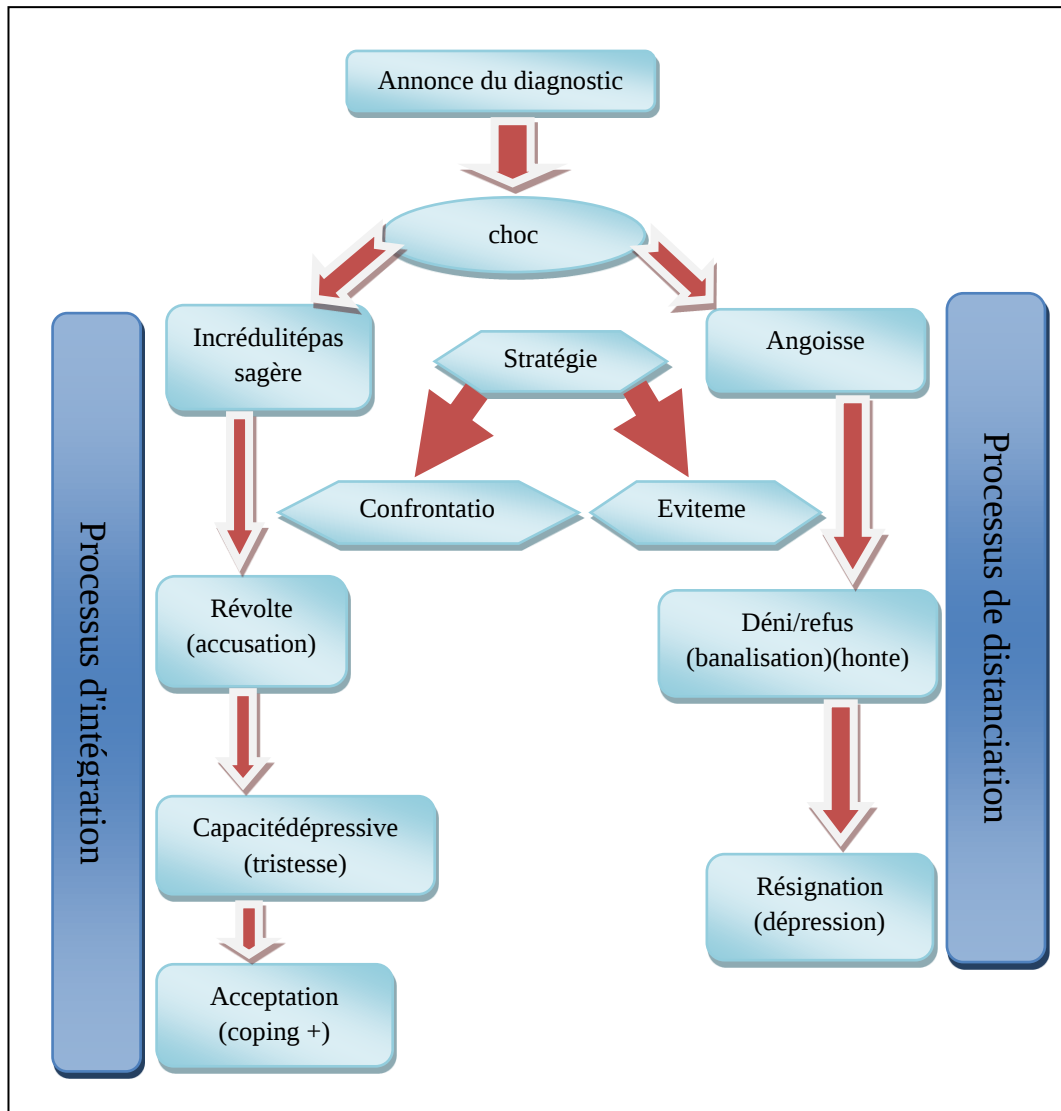


Figure 6 : Résultat de deux processus face à la maladie .[8]

La succession de ces étapes n'est pas linéaire et stricte , l'évolution se fait par strates et la personne peut revenir à un stade antérieur ou rester bloquée à une étape . Appliqué à la maladie chronique , le cheminement psychologique du patient passe par une succession de pertes : pertes de l'image de soi , de ses projets , de son rapport antérieur aux autres et au monde , d'une partie de son corps , de son sentiment , de normalité , de l'illusion et de son immortalité .[8]

III.2.3.3 MODÈLE DE CROYANCE DE SANTÉ (HEALTH BELIEF MODEL) :

Cette notion a pour objectif d'expliquer les comportements de santé et démontrer le rôle de la connaissance et la perception dans la responsabilité personnelle .

Ce modèle aide à mieux comprendre les raisons d'adhésion thérapeutique du patient selon le niveau de conviction du patient vis-à-vis de sa maladie (degré d'atteinte , et des éventuelles conséquences sur sa santé) et de son traitement (ses bénéfices qui doivent contrebalancer les désagréments et les efforts demandées) . Pour qu'un comportement de santé soit adopté par le patient , il convient que les quatre conditions soient toutes validées , Sinon il y aura une négligence , un refus ou un abandonnement .[8]

III.2.3.4 LOCUS DE CONTRÔLE :

On parle de locus ou de cadre de référence externe ou interne :

➤ Externe :

Le patient croit que sa santé ne dépend que des paramètres ou d'actions externes qui échappent à son contrôle .

➤ Interne :

Le patient pense qu'il a une capacité propre à agir et à modifier le cours des événements , Au cours de la maladie chronique la réussite du soin passe par une attitude active du patient qui se prend en charge . Aussi , s'il est en locus externe , ce qui est très souvent le cas au début d'une maladie , il conviendra de l'aider à passer progressivement d'un état de passivité et de dépendance vis-à-vis du monde soignant à un état plus autonome , indépendant et actif .[8]

III.2.3.5 STADES DE CHANGEMENT DU COMPORTEMENT :

La théorie de Proshaska et Diclemente transposée (figure 8)aux problèmes de santé propose un processus du changement du comportement , qui se divise en six étapes :

- 1) Pré-contemplation ou la non-implication :** Au cours de cette étape le patient ne se sent pas concerné par le comportement nocif de la santé , aucun changement n'est envisagé ;
- 2) Contemplation ou adhésion à l'information :** Le patient au cours de ce stade se sent concerné par le problème de santé , il envisage le changement mais il n'est pas encore prêt à agir ;
- 3) Détermination , décision , préparation :** Á cette phase , le patient exprime son envie à opérer un changement et décide d'entamer cette transformation prochainement ;

- 4) **Action ou initiation du changement** : Le patient est engagé dans des modifications de style de vie et supporte les difficultés de ce changement ;
- 5) **Maintien** : La phase de consolidation du nouveau comportement au cours de laquelle plusieurs tentations seront éventuellement faites pour retourner au comportement antérieur ;
- 6) **Accomplissement et guérison définitive** : Cette phase , au cours de laquelle le patient consolide la phase du maintien et marque le nouveau changement , comme une nouvelle habitude chez le patient .

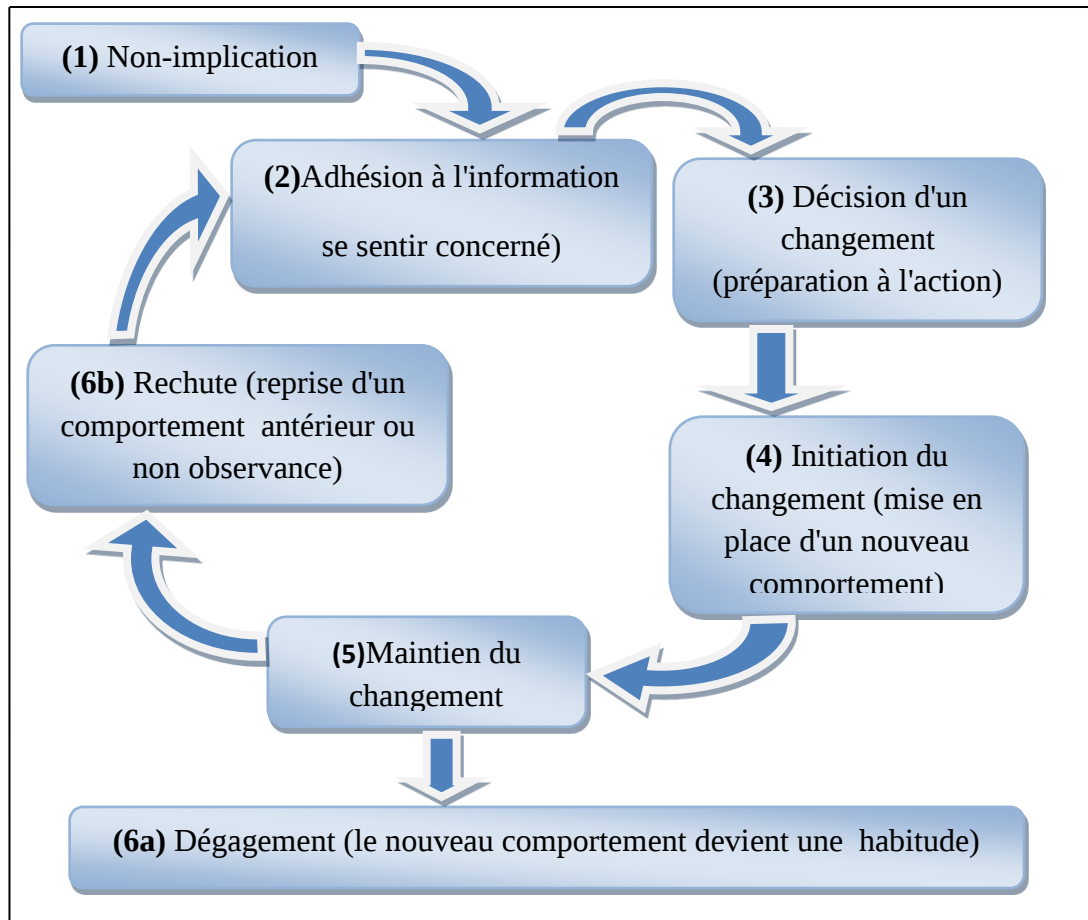


Figure 7 : Etapes du changement de comportement selon la théorie de Prochaska et DiClemente .[8]

- **Rechute** : retour et recrudescence vers le comportement nocif, cette phase est considérée normale et fait partie du processus du changement . [34]

III.3 PLACE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS L'ETP :

Le professeur Grimaldi souligne que « le pharmacien est un expert du médicament » et S.Jacquemet établit que « le pharmacien se place du côté du traitement (le médecin étant du côté de la maladie) ». En effet , le pharmacien est connu et reconnu pour sa connaissance des thérapeutiques de par sa formation avant tout . Sa participation aux programmes d'ETP sur des thématiques autour du bon usage du médicament , de son mode de prise , des potentiels effets indésirables et de leur prise en charge , prend donc tout son sens . [27]

L'intervention du pharmacien dans une action éducative du patient est due à son expertise et ses compétences pharmaceutiques , ces missions se manifestent dans :

- Le transfert des informations et des éclaircissements au patient concernant sa maladie , son traitement (rôle , indication , effets indésirables etc...) ;

- La promotion du bon usage du traitement , ceci en informant le patient du dosage , moment , fréquence de prise et durée de traitement et la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse : par l'optimisation de la prise du médicament en détectant certains mésusages thérapeutiques (surdosage , risque d'interactions avec des aliments , médicaments , ou plantes médicinales) , ceci est réalisé par le biais d'un outil précieux « le dossier pharmaceutique » qui aide le pharmacien à mieux sécuriser la dispensation médicamenteuse;

- Le pharmacien intervient autrement dans la réussite de la stratégie thérapeutique, par le renforcement des messages de conseil et de prévention du médecin , et le repère des principaux éléments perturbateurs de son observance au traitement (entourage , Media etc...) . Ce rôle est effectué également par l'établissement avec le patient d'un plan de prise du traitement adapté à ses habitudes de vie et son aide à gérer les contraintes de prise du médicament : oubli , décalage de prise , conservation et transport du médicament (insuline comme exemple) , apprendre également au patient des gestes techniques d'administration du médicament (l'usage des aérosols ou inhalateurs en cas d'asthme) ;

- L'information dans le cadre de la prévention et de dépistage des maladies est considéré l'un des principaux rôles du pharmacien en tant qu'un acteur et professionnel de santé , ceci est réalisée par la sensibilisation du patient des complications des maladies chroniques (risques cardiovasculaires en cas de diabète, en cas d'obésité , et de tabagisme) , à l'aide de brochures et fiches de sensibilisation , ainsi qu'une promotion de la santé par sa participation dans des campagnes de vaccination ;

- Le soutien et l'accompagnement psycho-social du patient est considéré comme un rôle primordial du pharmacien envers son patient , en cas d'échec thérapeutique (Rechute ou Récidives de la maladie) .[27]

CHAPITRE IV :
ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE CHEZ LE
PATIENT DIABÉTIQUE

CHAPITRE IV : ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE CHEZ LE PATIENT DIABÉTIQUE

IV.1 DIABÈTE :

IV.1.1 GÉNÉRALITÉS :

IV.1.1.1 ÉPIDEMIOLOGIE :

Selon les dernières estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de la Fédération internationale du diabète (FID) pour l'année 2020 , la hausse continue de l'incidence et de la prévalence du diabète est manifestée . [75]

En effet , 463 millions de personnes dans le monde sont diabétiques et ce chiffre pourrait s'élever à 550 millions en 2025 , soit une personne sur dix . Parmi eux , 80% des gens vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire . [75]

Le taux de prévalence du diabète est passé de 8% en 2003 à 10% en 2012 pour atteindre 14% en 2017 . L'enquête a été effectuée sur un échantillon de 7450 personnes . Ces chiffres sont révélateurs d'une forte progression du diabète parmi les Algériens mais cette conclusion est à nuancer . En 2017, un diabétique sur deux n'était pas connu (ou diagnostiqué) alors qu'en 2003 , pour chaque diabétique connu deux ne l'étaient pas.

Selon la dite enquête , 53,5% des personnes interrogées n'ont jamais bénéficié d'une mesure de la glycémie par les professionnels de la santé et 29,7% des diabétiques sont sous insulines et 78,2% sous antidiabétiques oraux . [49]

En 2019 plus de 5.4 millions de personnes sont diabétiques c'est le chiffre alarmant communiqué par le ministère de la Santé à l'occasion de la journée mondiale du diabète organisé le 14 novembre de chaque année .[65]

Ce qui est le plus grave avec le diabète , c'est que les personnes qui sont atteintes sans le savoir adoptent des comportements à risques qui font qu'elles développent des complications sérieuses souvent très lourdes à traiter . [71]

IV.1.1.2 DÉFINITION :

Le diabète désigne une maladie chronique qui apparaît lorsque l'organisme ne parvient plus à utiliser ou à stocker convenablement le glucose caractérisé par la présence d'une hyperglycémie attribuable à un défaut de la sécrétion d'insuline ou de l'action de l'insuline , ou des deux . Il en résulte une anomalie du métabolisme des glucides , des lipides et des protéines . [73]

Selon l’OMS le diabète sucré se définit comme un état d’hyperglycémie (taux élevé de glucose dans le sang) chronique avec une glycémie à jeun supérieure ou égale à 1,26 g/l (7mmol) à deux reprises et/ou supérieure ou égale à 2 g/l (11mmol/l) à n’importe quel moment de la journée . [73]

IV.1.1.3 CRITÈRES DIAGNOSTIQUES ET ANALYTIQUES :

Le diagnostic du diabète sucré peut être établi de trois façons différentes , qui en l’absence d’une hyperglycémie évidente devront être confirmées par une deuxième mesure :

- ✓ Symptômes de diabète (polyurie , polydipsie , amaigrissement inexpliqué , somnolence voire coma) et glycémie quelle que soit l’heure $\geq 2,00$ g/L (11,1 mmol/L) ;
- ✓ Glycémie à jeun $\geq 1,26$ g/L (7,00 mmol/L) ;
- ✓ Glycémie 2 h après une charge de 75 g de glucose lors d’une hyperglycémie provoquée par voie orale $\geq 2,00$ g/L (11,1 mmol/L) .[20]

Les critères pour le diagnostic du diabète sont mentionnées dans le tableau suivant :

Tableau 13 : Nouveaux critères pour le diagnostic du diabète et des troubles de la glycorégulation .[20]

CONCENTRATION EN GLUCOSE	g/L	mmol/L
DIABETE :		
✓ à jeun ;	$\geq 1,26$	7,0
ou		
✓ 2h après charge en glucose ou les deux .	$\geq 2,00$	1,11
INTOLERANCE AU GLUCOSE (IAG)		
✓ à jeun (si mesurée) ;	$< 1,26$	7,0
et		
✓ 2h après charge en glucose .	$\geq 1,40$	7,8
HYPERGLYCEMIE MODEREE A JEUN (HMG)		
✓ à jeun ;	$\geq 1,10$	6,1
et		
✓ 2h après charge en glucose (si mesurée) .	$< 1,26$	7,0
	$< 1,40$	7,8

IV.1.1.4 CLASSIFICATION :

➤ Diabète type 1 :

Anciennement appelée diabète insulino-dépendant (DID) ou diabète juvénile , ce type apparaît le plus souvent pendant l'enfance à l'adolescence ou au début de l'âge adulte et rarement chez les personnes plus âgées . Il correspond à la destruction des cellules β pancréatique ; Que l'origine soit idiopathique ou auto-immune la conséquence est un déficit en insuline . [74]

➤ Diabète type 2 :

Le diabète de type 2 représente 90% de l'ensemble des formes de diabète , il concerne surtout des individus âgés de plus de 40 ans et chez les obèses . Il survient lorsque l'organisme développe une résistance à l'insuline (insulinorésistance) au niveau des tissus périphériques associée à un déficit relatif de la sécrétion d'insuline (insulinopénie) et perd sa capacité à absorber et à métaboliser le glucose . Provoqué par des facteurs génétiques , une alimentation déséquilibrée et le manque de l'activité physique . [74]

Tableau 14 : Principales différences entre DT1 et DT2 . [62]

	Diabète de type 1	Diabète de type 2
Age du diagnostic	Enfance et adolescence	Adulte
Prévalence dans la population diabétique	<10%	>90%
Génétique	Polygénique	Polygénique
Début	Rapide , aiguë	Variable souvent insidieux
Acidocétose	Fréquente	Rare
Auto-immunité	Présence pour type 1A	Absence
Association HLA	Oui	Non
Obésité	Non	Fréquente
Acanthosis nigricans	Absent	Souvent présent
Caractère familial % de parents avec un diabète	2-4%	80%
Insulinosensibilité	Normale	Diminuée
Insulinosécrétion	Très basse	Variable
ADO	Inefficace	Efficace
Insulinothérapie	Indispensable	20% des cas
Complications chroniques	-Pas avant 5ans d'évolution . - Complications à prédominance microangiopathique .	- Déjà présente dans 30% des cas au moment du diagnostic ; - Complications à prédominance macroangiopathique .

➤ ***Diabète gestationnel :***

Le diabète gestationnel est un état d'intolérance au glucose, quelle que soit sa sévérité apparu au cours de la grossesse chez une femme sans diabète sucré connu antérieurement ; Il peut néanmoins être révélateur d'un diabète antérieur .[57]

➤ ***Autres types de diabète sucre :***

Ils sont secondaires à une autre maladie : maladie pancréatique , endocrinopathie ou peuvent être secondaires à la prise de certains médicaments . Parmi ces types on cite :

- ✓ Diabète insipide ;
- ✓ Diabète MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young) ;
- ✓ Le diabète mitochondrial ;
- ✓ Diabètes endocriniens ;
- ✓ Diabète pancréatique ;
- ✓ Diabètes iatrogènesetc.[57]

IV.1.2 DIABÈTE TYPE 1 :

IV.1.2.1 PHYSIOPATHOLOGIE:

La destruction des cellule β est essentiellement due à une infiltration des ilots par des lymphocytes TCD4 et TCD8 cytotoxiques , ce processus se déroule en silence pendant plusieurs années et à ce moment , des auto-anticorps dirigés contre certains antigènes pancréatiques se produisent . L'hyperglycémie et les signes classiques du diabète n'apparaissent que quand 80% des cellules β ont été détruites . [74]

IV.1.2.2 SYMPTÔMES :

Les symptômes du diabète de type 1 apparaissent lorsque la maladie est déjà avancée . Les plus souvent , ce sont :

- ✓ Une augmentation inhabituelle de la soif et de la faim ;
- ✓ Un besoin fréquent d'uriner, ce qui peut entraîner des problèmes de pipi au lit chez un enfant jusque-là propre ;
- ✓ une fatigue anormale ;
- ✓ Une mauvaise cicatrisation des blessures et des coupures ;
- ✓ Une peau sèche sujette à démangeaisons ;
- ✓ Des infections fréquentes des gencives, de la vessie, du vagin, de la vulve ou du prépuce . [68]

Chez le nourrisson , le diabète de type 1 est rare et lié à une anomalie génétique . Il se traduit par un érythème fessier (fesses rouges) sévère , des malaises , une faible prise de poids malgré un bon appétit, de la soif, des couches mouillées en permanence, voire des vomissements et de la déshydratation . [68]

Chez les enfants, le diabète de type 1 est plus fréquemment diagnostiqué au cours de deux périodes de la vie : entre 4 et 6 ans, puis entre 10 et 14 ans. Entre 4 et 6 ans, il n'est pas rare que le diabète de type 1 soit diagnostiqué lors d'un épisode d'acidocétose, parfois fatal . [68]

IV.1.2.3 FACTEURS DE RISQUES :

➤ *Facteurs génétiques :*

Il existe une certaine prédisposition génétique à sa survenue . Le risque familial d'en être touché est par exemple de 30 % quand les deux parents sont déjà atteints et de 50 % pour les vrais jumeaux . [51]

Cette prédisposition dépend notamment de notre complexe majeur d'histocompatibilité CMH (notre carte d'identité biologique et pierre angulaire du système immunitaire) ; Le CMH encore appelé système HLA (Human Leukocyte Antigen) est le principal marqueur du soi . On sait que certains de ces éléments retrouvés dans une partie des populations , en particulier différents haplotypes HLA (DR3 , DR4 , DQ2 , DQ8...) augmentent la probabilité d'un déclenchement de réactions immunitaires provoquant un dysfonctionnement progressif de la sécrétion d'insuline . [51]

➤ *Facteurs immunitaires :*

La destruction de la cellule β est essentiellement due à une infiltration des îlots par des lymphocytes T helper (CD4) et des lymphocytes T cytotoxiques (CD8) , ce processus se déroule pendant plusieurs années . [51]

Le diabète de type 1 peut être associé à d'autres affections auto-immunes dont des maladies thyroïdiennes , la maladie cœliaque , et certaines formes d'anémies .

Les anticorps responsables de ce processus auto-immune pathologique sont des :

- ✓ Anticorps anti-îlots : ICA(Islet Cell Antibody);
- ✓ Anticorps anti-GAD (Glutamate Acide Décarboxylase) : Ces anticorps sont dirigés contre une enzyme ubiquitaire mais qui est exprimée au niveau pancréatique ;
- ✓ Auto-anticorps anti-insuline , retrouvés surtout chez l'enfant ;
- ✓ Anticorps anti-IA2 : est un anticorps dirigé contre une phosphatase membranaire des cellules β . [51]

➤ ***Stress :***

Le stress peut avancer le développement du diabète de type 1 en stimulant la sécrétion d'hormones hyperglycémiantes et possiblement en modulant l'activité immunologique . [51]

➤ ***Facteurs environnementaux :***

Les facteurs environnementaux jouent un rôle important dans l'apparition et l'expression clinique de la maladie . Il a été démontré que l'absence d'exposition à des organismes pathogènes au cours de la période d'enfance , limite la maturation du système immunitaire et augmente la susceptibilité à développer une maladie auto-immune . [51]

Le rôle des virus dans la pathogénie du diabète de type 1 est suspecté mais non démontré . En faveur de cette hypothèse , la haute prévalence du DT1 (environ 20 %) en cas de rubéole congénitale , ou la présence du virus coxsackie B4(Cytomégalovirus). Certains virus pourraient présenter un antigène commun avec des protéines des cellules β . [51]

➤ ***Autres facteurs :***

Les toxiques tels que les nitrosamines , les nitrites , un apport insuffisant en vitamine D, et même la vaccination dans certains cas (reste encore comme hypothèse) augmenterait le risque de diabète de type 1 pendant l'enfance ; Son accroissement est en effet prouvé dans les régions (comme les pays nordiques) où l'exposition au rayonnement ultraviolet B et l'approvisionnement en vitamine D sont faibles . [51]

IV.1.2.4 COMPLICATIONS :

Le diabète de type 1 est dangereux par ses complications , celles-ci sont la conséquence de concentrations sanguines de glucose durablement trop élevées . On distingue les complications à court et à long terme .[69]

❖ **Complications à court terme :**

Un diabète de type 1 non diagnostiqué ou mal contrôlé par les traitements peut provoquer des complications aiguës sous la forme de malaises graves . Ces malaises peuvent également se produire lorsque le traitement n'est pas suffisamment adapté à l'alimentation et à l'activité physique . [69]

➤ ***Acidocétose diabétique :***

Lorsqu'une personne atteinte de diabète de type 1 n'est pas ou insuffisamment traitée , le glucose s'accumule dans le sang mais il ne peut pas être utilisé pour produire de l'énergie . Le corps le remplace alors par une autre source d'énergie , les acides gras (lipides) . L'utilisation

des acides gras comme carburant entraîne la production de substances acides, les corps cétoniques. Ces substances s'accumulent et provoquent une acidification excessive du sang et des cellules qui déclenche des symptômes potentiellement fatals (haleine au parfum de pomme caractéristique, déshydratation, nausées, vomissements, maux de ventre, difficultés pour respirer, confusion et coma). L'acidocétose diabétique nécessite un traitement par insuline et une hospitalisation en urgence ; Le coma acidocétosique est la cause la plus fréquente de décès liés au diabète de type 1. [69]

➤ ***Coma hyperosmolaire :***

Si la concentration de glucose dans le sang devient très élevée et plus particulièrement en présence d'autres facteurs tels qu'une infection, les patients atteints de diabète de type 1 peuvent présenter une déshydratation intense, une chute de la pression artérielle, des épisodes de confusion et d'étourdissements, voire un coma dit « coma hyperosmolaire ». Cette complication peut entraîner la mort, elle nécessite une hospitalisation et une réhydratation en urgence. [69]

➤ ***Hypoglycémie :***

L'hypoglycémie est une baisse excessive de la glycémie provoquée le plus souvent par un apport alimentaire en sucres insuffisant ou par une activité physique inhabituelle. Ses signes sont : tremblements, sueurs, faiblesse, troubles de l'attention, faim, vertige, nervosité et irritabilité, palpitations, nausées, peau froide et moite.

Lorsqu'elle est sévère, l'hypoglycémie peut se traduire par une perte de connaissance, qui peut se révéler dangereuse dans certaines circonstances comme la conduite de véhicules, la baignade ou la pratique de certains sports. [69]

Les personnes qui souffrent de diabète de type 1 doivent connaître parfaitement les signes d'une éventuelle hypoglycémie. Après quelques années de maladie, il est fréquent que les personnes diabétiques soient moins sensibles et moins attentifs aux signes de l'hypoglycémie, ce qui les expose à des crises plus sévères. [69]

Lorsqu'une personne diabétique fait une crise d'hypoglycémie, elle doit prendre le plus rapidement possible des aliments riches en sucres (par exemple : trois morceaux de sucre ou une pâte de fruit ou un verre de soda non light).

Si le repas suivant est encore loin, une petite collation doit être prise ensuite (par exemple, quatre petits-beurre ou une barre de céréales).

Si la prise d'aliments sucrés ne suffit pas à supprimer les symptômes d'hypoglycémie après dix minutes, il est préférable d'aller consulter un médecin.

En effet , l'hypoglycémie peut être liée à d'autres causes , comme par exemple une infection . Les personnes diabétiques devraient constamment avoir avec elles de quoi soulager une crise d'hypoglycémie , ainsi qu'une carte signalant qu'elles sont diabétiques .[69]

❖ Complications à long terme :

Lorsqu'elle persiste plusieurs années , une concentration élevée de glucose dans le sang provoque des complications particulières , ce type de complications est essentiellement observé chez les adultes après plusieurs années de diabète . Néanmoins , la prévention de ces complications doit se mettre en place dès l'enfance en prenant les bonnes habitudes nécessaires à un contrôle efficace de la glycémie . La probabilité de développer des complications à long terme dépend de nombreux facteurs : qualité du contrôle de la glycémie, prédispositions génétiques, sexe, équilibre alimentaire, pratique régulière d'une activité physique, usage du tabac ...etc .

Les complications à long terme du diabète de type 1 se traduisent surtout par une atteinte à la fois des petits vaisseaux sanguins (atteinte dite microvasculaire) et des artères principales (atteinte dite macrovasculaire) . [69]

L'atteinte des petits vaisseaux se traduit au niveau des yeux, plus particulièrement de la rétine et du cristallin . Elle touche également les reins ce qui peut entraîner une insuffisance rénale : le diabète est la cause principale de mise sous dialyse (rein-artificiel) . [69]

L'atteinte des petits vaisseaux provoque également des lésions des nerfs des pieds et des jambes , ce qui se traduit par une perte de sensibilité et des sensations douloureuses ou de fourmillement . La cicatrisation des plaies et des blessures est ralentie et la peau se défend moins efficacement contre les infections . Les infections de la bouche (gingivites et parodontites) sont plus fréquentes . [69]

L'atteinte des artères principales se traduit par leur rétrécissement et peut entraîner un infarctus , un accident vasculaire cérébral ou une mauvaise circulation dans les artères des jambes (artérite) . [69]

D'autres complications peuvent également survenir lorsque le diabète est mal contrôlé par le traitement, par exemple une certaine perte de souplesse des articulations au niveau des mains et des pieds. De plus, chez les personnes qui présentent certaines particularités génétiques (gène HLA-DR3), le système immunitaire peut s'attaquer à d'autres organes que le pancréas par exemple la thyroïde , entraînant ainsi des complications particulières . [69]

IV.1.2.5 PRISE EN CHARGE :

➤ Hospitalisation :

Elle est systématique pour la mise en route du traitement , elle est urgente en cas d'acidocétose et de déshydratation , et peut nécessiter des mesures de réanimation . [72]

➤ Insulinothérapie :

Elle est débutée immédiatement en cas d'acidocétose , en association avec d'éventuelles mesures de réanimation (réhydratation, correction de l'hypokaliémie) . L'insuline peut ensuite être administrée selon différents schémas pour mimer au mieux l'insulinosécrétion physiologique . [72]

➤ Education thérapeutique et aide psychologique :

L'éducation thérapeutique chez le diabétique est essentielle et doit être dispensée par des professionnels de santé qui prennent en compte le vécu du patient et de son entourage . En outre , le diabète peut provoquer une détresse personnelle et familiale grave , un soutien psychologique peut améliorer le contrôle métabolique. [72]

➤ Règles hygiéno-diététiques :

Les conseils nutritionnels doivent être adaptés aux traditions culturelles , ethniques et familiales , et agissent de façon indissociable de l'action de l'insulinothérapie .

La pratique régulière d'une activité physique permet souvent de diminuer les doses quotidiennes d'insuline et favorise un meilleur équilibre métabolique . Elle nécessite une éducation pour éviter l'hypo et l'hyperglycémie au moment du sport et/ou en différé.[72]

➤ Autosurveillance et adaptation du traitement :

L'autosurveillance glycémique par mesure de la glycémie capillaire est essentielle. Elle permet d'évaluer les réponses glycémiques à l'insuline, à l'alimentation et à l'exercice physique . L'adaptation est nécessaire en cas d'événements intercurrents : infections, fièvre, chirurgie, traumatisme.

La mesure continue de la glycémie permet, chez certains patients, d'améliorer le contrôle glycémique, notamment chez les patients sous multi-injections d'insuline . [72]

➤ Surveillance de l'HBA1C :

C'est un paramètre indispensable de surveillance, à interpréter en fonction de la présence éventuelle d'hypoglycémies . [72]

IV.1.3 DIABÈTE TYPE 2 (DT2) :

IV.1.3.1 PHYSIOPATHOLOGIE :

Le diabète de type 2 (DT2) se développe silencieusement pendant de nombreuses années , l'hyperglycémie est longtemps asymptomatique et la maladie est souvent découverte de façon fortuite à l'occasion d'une prise de sang ou en cas de complication .

La maladie est favorisée par une baisse de sensibilité des cellules à l'insuline (on parle d'insulinorésistance), notamment sous l'effet de l'obésité ou de la sédentarité . Pour répondre à la demande accrue en insuline qui en découle , les cellules insulino-sécrétrices du pancréas produisent davantage d'insuline (hyperinsulinisme) jusqu'à ce qu'elles ne puissent plus répondre ou finissent par s'épuiser . La production d'insuline devient alors insuffisante conduisant à une accumulation de glucose dans le sang (hyperglycémie) . Autrement dit , l'insuline est produite en quantité insuffisante face à une demande accrue . [46]

Quand les cellules deviennent résistantes à l'insuline , en particulier les cellules du foie , du muscle et du tissu adipeux , l'hormone ne parvient plus à générer un signal efficace pour assurer l'entrée du glucose dans celles-ci . Le glucose étant le principal "carburant" des cellules , il en résulte des dysfonctionnements .

En outre , la concentration de sucre dans le sang augmentant et cela entraîne d'autres complications . [46]

IV.1.3.2 SYMPTÔMES :

Les symptômes du diabète de type 2 sont discrets et il est le plus souvent diagnostiqué à l'occasion d'une prise de sang . Les symptômes des complications du diabète de type 2 ont une difficulté à cicatriser , une perte de sensibilité au niveau des pieds , des troubles de la vision , une insuffisance rénale , un infarctus ou un AVC . [70]

Quand la maladie progresse , les symptômes peuvent finir par apparaître :

- ✓ Augmentation de la soif et de la faim ;
- ✓ Besoin fréquent d'uriner ;
- ✓ Fatigue ;
- ✓ Peau sèche sujette à des démangeaisons ;
- ✓ Coupures et blessures qui cicatrisent lentement ;
- ✓ Infections fréquentes des gencives, de la vessie, du vagin, de la vulve et du prépuce ;
- ✓ Insensibilité ou fourmillement des mains et des pieds ;
- ✓ Troubles de l'érection ;
- ✓ Vision floue . [70]

De plus , chez les personnes souffrant de diabète de type 2 il est fréquent qu'une prise de sang révèle un taux sanguin élevé de triglycérides et un taux de cholestérol HDL (bon cholestérol) inférieur à la normale . Il est également fréquent d'observer une élévation anormale de la tension artérielle . [70]

IV.1.3.3 FACTEURS DE RISQUE :

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) , les facteurs de risque pour lesquels le niveau de preuve est convaincant ou probable sont :

- Le surpoids et l'obésité ; En effet 70 à 80% des diabétiques de type 2 sont ou ont été obèses .On calcule l'indice de masse corporel (IMC) d'un patient pour déterminer sa corpulence, elle correspond au rapport de la masse sur la taille au carré . Une personne est en surpoids lorsque son IMC est compris entre 25 et 30 kg/m² et elle est qualifiée d'obèse quand son IMC est supérieur à 30 kg/m² . Une mauvaise répartition abdominale , sous-cutanée et viscérale des graisses augmente le risque de diabète de type 2 . On mesure le tour de taille , s'il est supérieur à 88 cm chez la femme et 102 cm chez l'homme on parle d'obésité abdominale . La répartition des graisses est appréciée par le rapport du périmètre de la ceinture sur le périmètre des hanches ,on parle de surcharge pondérale androïde lorsqu'il est supérieur à 0,8 chez la femme et supérieur à 1 chez l'homme ;Elle multiplie le risque d'apparition de diabète de 3 à 6 par rapport à une population de poids identique . Le manque d'activité physique : une activité physique intensive régulière diminue le risque, quel que soit le niveau d'obésité ;
- Le diabète maternel : un enfant né d'une mère diabétique a trois fois plus de risque de le devenir à son tour que s'il est né avant qu'elle le devienne ;
- Une alimentation riche en acides gras saturés au contraire des acides gras insaturés d'origine végétale diminuent le risque ;
- De plus , un remplacement des acides gras saturés par des acides gras insaturés chez une personne diabétique améliore la tolérance au glucose et augmente la sensibilité à l'insuline si l'apport total en matières grasses n'est pas excessif (maximum 37 % de l'énergie totale) ;
- Une alimentation pauvre en polysaccharides non amidonnés (qui font partie des fibres alimentaires) ;
- Un retard de croissance intra-utérin ;
- Un poids bas à la naissance pourrait favoriser la survenue d'un diabète de type 2;
- Des nuits plus courtes ou au contraire plus longues que la moyenne semblent augmenter le risque de diabète de type 2 ou d'intolérance au glucose (2,5 fois plus) . Il n'est cependant pas clair s'il s'agit d'un facteur de risque , ou d'un trouble associé à la cause du diabète . Dans

une autre étude c'est la perturbation du rythme circadien qui augmente le risque de pré-diabète;

- La prise de statines peut induire une augmentation de la glycémie pour les patients traités et le risque de survenue d'un diabète de type 2 ;
- La prise des neuroleptiques peut aussi participer au déclenchement d'un DT2 ;
- Il y a également un puissant facteur génétique : avoir des membres de la famille (en particulier au premier degré) atteints de diabète de type 2 constitue un facteur de risque important . Pour des vrais jumeaux, si l'un des deux devient diabétique de type 2, il y a plus de 90 % de risque que le deuxième devient également diabétique de type 2 ;
- D'autres facteurs interviennent , comme notamment le microbiote intestinal ; Non seulement ce microbiote reflète le mode de vie (nutrition, médicaments, sédentarité) de son hôte, mais il peut lui-même constituer un facteur de risque et dans certains cas, une cause directe de DT 2 .[52]

On sait désormais identifier la signature d'un microbiote de patient diabétique . Des solutions thérapeutiques visant à traiter le microbiote plutôt que l'hôte pourraient émerger de ces connaissances . [52]

IV.1.3.4 COMPLICATIONS :

Le diabète de type 2 est grave par ses complications , notamment sur le cœur, les vaisseaux sanguins , les reins et les nerfs ; Celles-ci sont la conséquence de concentrations sanguines de sucre durablement trop élevées . Sa prise en charge repose sur des mesures hygiéno-diététiques (alimentation équilibrée et activité physique) , ainsi que sur des traitements médicamenteux . [71]

Lorsqu'elle persiste plusieurs années , une concentration élevée de sucre dans le sang provoque une atteinte à la fois des petits vaisseaux sanguins (atteinte dite microvasculaire) , et des artères principales (atteinte dite macrovasculaire) .

De plus , une concentration élevée de sucre dans le sang peut provoquer une intoxication au glucose , qui endommage le pancréas et réduit sa capacité à produire de l'insuline . Ce phénomène aggrave le diabète et amorce un cercle vicieux .

Si la concentration de sucre dans le sang devient très élevée , et plus particulièrement en présence d'autres facteurs tels qu'une infection , les patients atteints de diabète de type 2 peuvent présenter des épisodes de confusion et d'étourdissements , voire un coma (coma hyperosmolaire) . [71]

IV.1.4 PIED DIABÉTIQUE :

L'infection du pied diabétique se définit par l'invasion et la multiplication de micro-organismes entraînant une réponse inflammatoire allant jusqu'à la destruction des tissus atteints . L'incidence vie-entière de cette pathologie est estimée à environ 4% chez le diabétique . [35]

L'infection du pied chez les patients diabétiques est une problématique fréquente, à forte morbidité et dont les coûts pour la santé publique sont élevés. La difficulté, pour le patient confronté à cette maladie chronique, est de comprendre qu'il ne s'agit pas d'une simple plaie «banale», mais d'une complication sérieuse , pouvant mettre en danger la survie du pied ou de la jambe . La prise en charge fait appel à une équipe médico-soignante multidisciplinaire dont le premier jalon est le médecin généraliste .

Le but est de traiter l'infection , de recouvrer un membre fonctionnel et de prévenir les récurrences . [35]

❖ Recommandations :

- ✓ Le pied diabétique ulcéré nécessite un suivi et une prise en charge rigoureux de par son risque important de surinfection ;
- ✓ L'infection du pied diabétique devrait être traitée par une équipe multidisciplinaire spécialisée ;
- ✓ La chirurgie et une antibiothérapie adaptée auront pour but de traiter l'infection et de garder un membre fonctionnel pour autant que la sévérité de l'infection le permette ;
- ✓ La prévention des ulcérations du pied chez le diabétique est primordiale. Un pied ulcéré sur deux se compliquera d'une infection par cette porte d'entrée . [35]

IV.1.5 TRAITEMENT :

IV.1.5.1 TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX :

❖ Insulinothérapie :

L'insuline est l'une des hormones qui permettent la régulation du taux de glucose dans le sang. Lorsque ce taux augmente (par exemple après un repas) , le pancréas sécrète de l'insuline qui favorise le stockage du sucre dans les muscles et le foie sous la forme de glycogène . L'insuline stimule également la formation de tissu adipeux (graisse) à partir du sucre . [71]

En outre ; L'insulinothérapie est réservée aux diabétiques de type 1 ou aux diabétiques de type 2 en cas d'échec des antidiabétiques oraux . La principale contrainte du traitement par l'insuline est son mode d'administration qui se fait par la voie injectable , des progrès

considérables ont été réalisés pour faciliter les injections d'insuline en améliorant les matériels utilisés . Le but de toute insulinothérapie est d'approcher le plus possible à la normoglycémie et à l'insulinémie normale . [9]

❖ ***Antidiabétiques oraux :***

Le traitement du diabète de type 2 (DT2) commence par un régime alimentaire et une activité physique régulière ; L'objectif étant d'obtenir une hémoglobine glyquée inférieure ou égale à 6,5% . Si ces mesures ne suffisent pas , il faut faire appel aux antidiabétiques oraux en débutant par une monothérapie . Par exemple en utilisant un biguanide , un inhibiteur de l'alpha-glucosidase , un sulfamide hypoglycémiant ...etc

Si l'objectif d'hémoglobine glyquée fixé par le diabétologue n'est pas atteint , il convient d'instaurer une bithérapie orale telle que sulfamide hypoglycémiant/biguanide, glinide/biguanide , glitazone/ alpha-glucosidase ...etc . [9]

Enfin , si ce n'est pas toujours suffisant , le diabétologue pourra prendre la décision d'associer de l'insuline à raison d'une injection d'insuline retard au coucher voire de plusieurs injections quotidiennes si besoin ; C'est ce que l'on appelle le diabète insulinoquérançant . [9]

IV.1.5.2 TRAITEMENT NON MÉDICAMENTEUX :

➤ ***Activité physique :***

L'activité physique induit différents effets bénéfiques sur les métabolismes glucidolipidique , cet effet est bien déterminé sur le diabète ; L'exercice favorise l'augmentation de la capacité oxydative des muscles qu'il induit une consommation du glucose accrue , il améliore la captation cellulaire du glucose sanguin , améliore ainsi la sensibilité des tissus et les muscles à l'insuline sur le métabolisme lipidique , favorise la lipolyse et diminue les graisses du tissu adipeux sous-cutané et de graisse viscérale , et comme autre effet , il diminue la tension artérielle . [9]

➤ ***Régime alimentaire :***

Le but de la diététique n'est pas de priver le diabétique des douceurs de la vie mais d'éviter les apports en glucides qui ne seraient pas adaptés . Le but des diététiciens est d'apprendre au diabétique à établir des menus variés et qui apportent une quantité et une qualité de glucides adaptés au déroulement de la journée ou bien un régime hypocalorique en cas de surcharge pondérale , sans sucres et d'absorption rapide .

Le principe est celui d'adopter une alimentation variée et équilibrée , dans le respect d'un rythme alimentaire le plus régulier possible tant sur le plan des horaires que de la structure des repas . [1]

IV.2 RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT DIABÉTIQUE :

IV.2.1 DIFFÉRENTS ÉTAPES DE L'ETP :

IV.2.1.1 DIAGNOSTIC ÉDUCATIF :

C'est la première étape de la démarche éducative qui vise à l'évaluation des connaissances initiales du diabétique et à l'identification de ses objectifs et ses attentes , cette étape permet au pharmacien d'officine de formuler avec le patient les compétences à mobiliser à partir des informations recueillies selon ses projets personnels et de les structurer sous forme de séances éducatives à mettre en place . Ce diagnostic est réalisé selon un entretien individuel dans une durée de temps entre 30 à 45 minutes à l'officine . Au cours de cet entretien, le pharmacien d'officine utilise plusieurs techniques de communication comme l'écoute active et une fiche de questionnaire pour faciliter le recueil d'informations nécessaires à la mise en place du programme éducatif personnalisé . [17]

IV.2.1.2 ÉLABORATION DU PROGRAMME DE L'ETP :

Cette étape consiste à l'analyse des besoins spécifiques au patient par le pharmacien , pour établir des objectifs pertinents et adaptés en fonction des objectifs du pharmacien et de ceux du patient diabétique , tout en impliquant le patient dans le choix des objectifs et respecter l'ordre de priorité de son apprentissage .[8]

IV.2.1.3 RÉALISATION DES SÉANCES ÉDUCATIFS DE L'ETP :

❖ **Compétences :** Huit compétences et objectifs à acquérir par le diabétique au terme d'un programme d'ETP , le pharmacien participe dans ce programme pour l'acquisition de ces compétences et objectifs :

- 1) Faire connaître ses besoins , déterminer des buts en collaboration avec les soignants , informer son entourage : Exprimer ses besoins, ses valeurs, ses connaissances, ses projets, ses attentes, ses émotions (au cours du diagnostic éducatif) ;
- 2) Comprendre , s'expliquer : Comprendre son corps , sa maladie , s'expliquer la physiopathologie , les répercussions socio-familiales de la maladie , s'expliquer les principes du traitement (modalités de prise des antidiabétiques oraux et de l'insuline ,

dosage , interactions médicament-médicament ou médicament-aliment , condition de conservation ...);

3) Repérer , analyser , mesurer : Repérer des signes d'alerte des symptômes précoces (hypoglycémie , acidocétose diabétique ...) , analyser une situation à risque des résultats d'examen (par exemple : HbA1C supérieur à 6,5%) ;

4) Faire face , décider :connaître , appliquer la conduite à tenir face à une crise (hypoglycémie , hyperglycémie ...) , décider dans l'urgence ...

5) Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne de gestion de sa vie et de sa maladie , résoudre un problème prévention : Ajuster le traitement . Réaliser un équilibre diététique sur la journée , la semaine . Prévenir les accidents , les crises . Aménager un environnement , un mode de vie , favorables à sa santé (activité physique , gestion du stress...) ;

6) Pratiquer , faire : Pratiquer les techniques . Pratiquer les gestes . Pratiquer des gestes d'urgence ;

7) Adapter , réajuster : Adapter sa thérapeutique à un autre contexte de vie (voyage, sport, grossesse...). Réajuster un traitement ou une diététique. Intégrer les nouvelles technologies médicales dans la gestion de sa maladie ;

8) Utiliser les ressources du système de soins (Faire valoir ses droits) :Savoir où et quand consulter, qui appeler, rechercher l'information utile . Faire valoir des droits (travail, école, Assurances...). Participer à la vie des associations de patients... [8]

L'élaboration des séances éducatives se faisait selon trois modalités :

➤ ***Séance individuelle :***

Il s'agit d'un entretien qui se déroule entre le patient diabétique et le pharmacien d'officine , dans une durée entre 30 à 45 minutes , qui permet une prise en charge personnalisée du patient en permettant de suivre les modifications de comportement du patient et la validation ou pas des objectifs à atteindre .

Cet entretien se réalise dans un espace réputé confidentiel à l'officine ou à une autre structure de santé et qui permet un échange isolé entre le patient et le pharmacien .[5]

➤ ***Séance collective :***

C'est une séance qui se déroule entre un groupe de patient diabétiques (de 2 à 20 participants), qui ont un intérêt commun , l'occasion permet d'échanger leurs expériences et de maintenir un vie relationnelle en partageant des activités communes , tout en ayant pour chacun des objectifs personnalisés . Elle devrait permettre une meilleure interaction entre les participants.

Les séances de groupe peuvent avoir lieu dans des structures spécialisées ou des lieux communautaires selon des réunions organisées de façon quotidienne , hebdomadaire ou mensuelle concentrées sur quelques jours ou espacées de plusieurs mois ou au contraire informelle . [5]

➤ ***Séance d'éducation thérapeutique par téléphone :***

Elle se fait par téléphone , par e-mail ou SMS ; Sa mise en place nécessite une rencontre auparavant dans effectuée entre le diabétique et le pharmacien (à l'officine par exemple).La séance par téléphone porte fréquemment sur une analyse d'expérience (ressentis et résultats ou conduite à tenir après une automesure de glycémie) .[5]

IV.2.1.4 ÉVALUATION DES COMPÉTENCES ET OBJECTIFS ÉDUCATIFS DES PATIENTS :

Le pharmacien participe à l'évaluation des compétences acquis par le diabétique au cours du processus de l'éducation , qui est réalisée à la fin de chaque séance éducative ou à la fin de l'ETP initiale : pour estimer son niveau d'atteinte des objectifs éducatifs fixés (les compétences d'autosoins ou d'adaptations à développer) et la détermination de nouveaux objectifs à partir des nouveaux besoins du patient d'où la nécessité du renouvellement du diagnostic éducatif ; Il s'agit d'un savoir intégrer et mobiliser dans la vie quotidienne du patient diabétique .[10]

➤ ***Compétences d'auto-soins :***

Ce sont des compétences que le patient diabétique prend avec l'intention de modifier l'effet du diabète sur sa santé , et qui consistent à soulager les symptômes et prendre en compte les résultats d'une auto surveillance , et d'adapter des doses de médicaments , initier un autotraitement , réaliser des gestes techniques et des soins , mettre en œuvre des modifications de mode de vie (équilibre diététique , programme d'activité physique, etc) . [10]

Parmi ces compétences d'autosoins , des compétences dites de sécurité visent à sauvegarder la vie du diabétique et sont considérées comme indispensables et prioritaires à acquérir par le diabétique ou ses proches .[10]

➤ ***Compétences d'adaptation :***

Ces compétences reposent sur le développement de l'autodétermination et la capacité d'agir du diabétique , Elles permettent de soutenir l'acquisition des compétences d'autosoins . Elles recouvrent les dimensions suivantes : la connaissance et la confiance en soi , la gestion des

émotions et la maîtrise du stress , le développement d'une réflexion critique, et des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles .[10]

IV.2.2 THÈMES ABORDÉES PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE LORS DES SÉANCES ÉDUCATIFS :

IV.2.2.1 AIDER LE DIABÉTIQUE À LA COMPRÉHENSION DE SA MALADIE ET DE SES TRAITEMENTS :

Pour adhérer à la proposition de traitement, le diabétique doit comprendre les mécanismes de sa maladie , l'action de ses médicaments , les bénéfices escomptés et les effets indésirables potentiels . Le contenu des informations doit être adapté pour répondre aux besoins d'information du patient . Il convient d'évaluer au préalable ce que le patient sait au sujet de sa maladie et de son traitement en vue de renforcer ou rectifier les données comprises par le patient . L'utilisation de différents outils (dessin , schéma , brochure d'information ou explicative , notice, ...) peut s'avérer utile pour faciliter la compréhension du patient , il est important de s'assurer de cette dernière en demandant au patient de reformuler ce qu'il a retenu des informations transmises . [55]

➤ *Soutenir et accompagner le diabétique :*

Du fait de son accessibilité , de la fréquence des contacts et de la bonne connaissance des patients et de leur environnement , le pharmacien occupe une place privilégiée pour les accompagner dès l'annonce du diagnostic , au moment de la mise en route du traitement et tout au long de leur prise en charge . Il représente un soutien pour le patient et ses proches , en particulier en cas de difficultés liées aux traitements, de survenue d'une complication ou d'un événement majeur intervenant dans la vie du patient , de chute de motivation ou de confiance en soi et/ou envers les propositions de soins envisagées . Il s'agit notamment de :

- ✓ Encourager le patient à exprimer ses inquiétudes , ses doutes et/ou ses difficultés éventuels liés à la maladie et à son traitement , sans les minimiser ;
- ✓ Être disponible et à son écoute, sans le juger ;
- ✓ Faire preuve d'empathie ;
- ✓ Porter de l'intérêt au patient , sans ingérence ;
- ✓ Valoriser tous les efforts réalisés par le patient (même minimes) ;
- ✓ Offrir au patient diabétique de rejoindre la structure d'éducation thérapeutique à lors de son accueil à l'officine . [55]

➤ *Promouvoir le bon usage du médicament :*

Soit lors de la dispensation ou lors du contrôle d'utilisation des médicaments en basant sur le diagnostic éducatif , le pharmacien d'officine s'attachera notamment à :

- ✓ Expliquer les modalités de prise des médicaments et vérifier la bonne compréhension du schéma de prise ;
- ✓ Apprendre au patient les techniques particulières d'administration de certains médicaments (technique d'injection d'insuline) ;
- ✓ Pour le diabétique de type 2 : insister sur la nécessité d'une prise régulière du traitement, même si le patient ne ressent pas de symptômes ;
- ✓ Sensibiliser le diabétique aux risques de la prise de médicaments en dehors de tout conseil pharmaceutique ou médical ;
- ✓ Apprendre au diabétique à « gérer » les effets indésirables : lui éduquer à la reconnaissance des effets indésirables , lui informer sur les moyens de diminuer le risque de leur survenue , et lui s'expliquer la conduite à tenir s'ils surviennent et s'assurer de sa bonne compréhension ;
- ✓ Faciliter l'organisation pratique de la prise des médicaments : élaborer avec le diabétique un plan thérapeutique personnalisé clair et détaillé (opérationnel) en intégrant au mieux ses contraintes et ses habitudes de vie , lui aider à adapter ses prises de médicament dans des situations particulières (gestion du décalage horaire , d'un oubli de prise ...) . [55]

➤ ***Apprendre et renforcer les techniques particulières de prise de certains médicaments :***

Il est essentiel d'apprendre aux diabétiques à utiliser correctement les médicaments nécessitant une technique d'administration particulière (par exemples : l'injection de l'insuline) ; Plus qu'un long discours , une démonstration suivie d'un essai par le patient sont souhaitables pour permettre un apprentissage efficace des bons gestes d'utilisation . L'apprentissage technique n'étant pas acquis une fois pour toutes , le pharmacien proposera régulièrement aux patients de vérifier les modes de prise des médicaments . Il s'agit de maintenir et renforcer les compétences techniques des patients diabétiques . [55]

➤ ***Aider le patient à l'apprentissage de l'autosurveillance:***

Le pharmacien joue un rôle important dans l'apprentissage de l'autosurveillance du diabète et sa traitement , notamment a :

- ❖ Eduquer le diabétique à l'automesure : La délivrance d'un dispositif d'autosurveillance (lecteur de glycémie , auto-tensiomètre s'il souffre des maladies cardiovasculaires...)

devra systématiquement s'accompagner d'une information pédagogique complète sur le mode d'utilisation pratique de l'appareil , la fréquence et les conditions de la mesure .

Demander au patient d'effectuer lui-même une automesure , sous la guidance du pharmacien , permettra un apprentissage efficace de la technique d'automesure ;

- ❖ Eduquer le patient diabétique à la reconnaissance des signes d'alerte : Pour leur sécurité , un patient diabétique doivent pouvoir reconnaître les signes d'alerte , comme des signes évocateurs d'un mauvais contrôle du diabète (hyperglycémie , hypoglycémie ...) ou de la survenue d'un effet indésirable « majeur » d'un médicament ... justifiant une consultation rapide . [55]

IV.2.2.2 PRÉVENTION DES COMPLICATIONS DU DIABÈTE :

La prévention fait partie intégrante de la prise en charge du diabète , Elle permet de retarder voire d'éviter la survenue des complications qui amènent le patient à devoir gérer des problèmes récurrents qui détériorent sa qualité de vie . L'observance du traitement est bien entendu le premier outil de prévention est le pharmacien y tient ici un grand rôle , Il doit insister auprès du patient sur son importance et instaurer un dialogue de confiance pour rechercher les causes d'une éventuelle inobservance .

La prévention des complications du diabète passe également par des consultations médicales régulières, une bonne éducation thérapeutique ainsi qu'un autocontrôle glycémique et une autosurveillance faits avec soin . [40]

A. Suivre médicale :

Le bon suivi d'un patient diabétique passe nécessairement par des consultations médicales régulières et la réalisation de différents examens physiques et biologiques , Les objectifs de ces consultations sont multiples :

- ✓ Mesure de l'état général du patient ;
- ✓ Adaptation du traitement si nécessaire ;
- ✓ Vérification de l'autonomie de prise en charge, de l'auto-surveillance glycémique , de la tolérance et de l'observance au traitement ;
- ✓ Surveillance de l'apparition de nouveaux facteurs de risque ou des complications .

Tout cela est orchestré par le médecin traitant ou le diabétologue qui prescrit les examens à son patient et qui l'oriente vers les différents professionnels de santé . [40]

❖ Rôle du pharmacien d'officine :

Le pharmacien d'officine peut ici tenir un rôle important en s'assurant que le sujet se soumet bien à ces contrôles et en insistant sur leur importance . Tout d'abord , le médecin généraliste (ou le diabétologue) étant le praticien que le patient est amené à voir le plus souvent, c'est à

lui que revient de suivre l'évolution de son poids (et de la taille chez les enfants). En effet, si une perte de poids est recherchée chez le sujet diabétique de type 2, elle signe chez celui de type 1 une recrudescence de la pathologie.

A l'inverse, une prise de poids peut être le signe d'un surdosage en insuline. Il est également primordial qu'il mesure sa tension artérielle à chaque visite. De plus, il doit vérifier l'état de sa pulpe digitale, de ses pieds et réévaluer le traitement à chaque fois.

Enfin, les consultations constituent une occasion d'interroger le patient sur sa vie quotidienne puisqu'une modification des horaires de travail, une anxiété chronique, une activité physique non habituelle, des examens... sont autant des raisons pouvant provoquer un déséquilibre du diabète.

Dans ce cas précis, la pharmacie d'officine se doit également d'être un lieu d'écoute, d'autant plus que sa facilité d'accès est un atout pour instaurer une relation de confiance. Le médecin traitant aura donc la tâche d'orienter son patient pour lui garantir le meilleur suivi possible. [40]

B. Prévention des microangiopathie :

➤ Rétinopathie diabétique :

Un examen ophtalmologique à la recherche d'une rétinopathie diabétique doit être prescrit au moins une fois par an (plus fréquemment en présence de complications oculaires). Pour cela, le médecin traitant établit une fiche de liaison avec l'ophtalmologiste en indiquant la durée et le type de diabète, le traitement, ainsi que la qualité de l'équilibre glycémique et tensionnel. Le spécialiste enverra quant à lui un compte-rendu avec son diagnostic, la conduite à tenir et le délai avant la prochaine convocation. [40]

Le pharmacien se doit alors de rappeler quelques conseils à son patient :

- ✓ S'y rendre accompagné ou en transports en commun car la dilatation pupillaire rend dangereuse la conduite ;
- ✓ Porter des lunettes de soleil pour lutter contre l'éblouissement dû à la mydriase ;
- ✓ Prévenir du risque de coloration jaune cutanée et urinaire fugace après une angiographie rétinienne. [40]

➤ Néphropathie diabétique :

Le traitement de la néphropathie diabétique est complexe, Il regroupe cinq actions indissociables :

- 1) Une bonne hygiène de vie associant le respect des règles hygiéno-diététiques et le sevrage tabagique ;

- 2) Un bon contrôle glycémique;
- 3) Un bon contrôle de la pression artérielle grâce à l'utilisation des antihypertenseurs ;
- 4) Une bonne santé vasculaire associant l'activité physique , l'utilisation des statines et les antiagrégants plaquettaires ;
- 5) Une néphroprotection reposant sur la prescription des antagonistes des récepteurs à l'angiotensine II en première intention ou des inhibiteurs de l'enzyme de conversion dans un contexte de cardiopathie ischémique ou d'insuffisance cardiaque et l'éviction des médicaments néphrotoxiques comme les anti-inflammatoires non stéroïdiens ou certains antibiotiques...etc . [7]

Le pharmacien peut conseiller au comptoir une alimentation pauvre en sel et en protéine ainsi que de boire suffisamment de l'eau quotidiennement pour préserver les reins . Il doit également s'assurer que le patient sait qu'il est important d'avoir une fois par an une analyse d'urine (pour surveiller la présence d'une microalbuminurie) et une prise de sang (pour vérifier l'état de la fonction rénale) ainsi que la mesure de la tension artérielle aussi souvent que possible pour détecter une hypertension . [7]

➤ **Neuropathie diabétique :**

Le traitement préventif des neuropathies passe avant tout par un bon équilibre de la glycémie et une consommation limitée en alcool. Le traitement curatif n'est que symptomatique . [79]

La prise en charge des douleurs neuropathiques commencent par les antalgiques classiques (paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens) , Il convient cependant de faire attention aux risques rénaux de ces derniers ; Les antidépresseurs tricycliques ou non (exemple : Laroxyl®, Tofranil® ou Deroxat®) peuvent être utilisés car ils inhibent la recapture de noradrénaline et de sérotonine au niveau des synapses des neurones impliqués dans l'inhibition de la douleur . Le "Tégretol®" et le "Neurontin®" sont des antiépileptiques qui ont également montrés des effets antalgiques dans les douleurs des neuropathies diabétiques . Le traitement des gastroparésies passe par des règles hygiéno-diététiques (fractionnement des repas) associées à des médicaments qui accélèrent la vidange gastrique (exemple "Primpéran®"). [79]

L'hypotension orthostatique est traitée par le port de bas de contention .

Une crème hydratante préviendra la sécheresse cutanée et la visite régulière chez un pédicure-podologue traitera les hyperkératoses .

La prise en charge de la dysfonction érectile passe par des traitements non médicamenteux (sexothérapie) et médicamenteux . [79]

L'utilisation des inhibiteurs de la phosphodiesterase-5 "IPDE5"(exemple : Cialis®, Viagra®, Levitra®) est possible en l'absence de prise de dérivés nitrés ou de cardiopathie ischémique évolutive . Sinon en dernier recours, on peut utiliser des injections intra-caverneuses d'agents vasoactifs . [79]

Concrètement, le pharmacien doit veiller au comptoir à :

- ✓ Informer le patient des signes d'une neuropathie (hypotension orthostatique, diarrhée, douleur, fourmillement, sécheresse cutanée, troubles de l'équilibre, infection urinaire , dysfonctionnement sexuelle...) qui devront le pousser à consulter son médecin traitant ou son endocrinologue ;
- ✓ Suggérer au patient une consultation diététique en cas de problème de digestion ;
- ✓ Il est également important d'insister sur les soins particuliers à apporter aux pieds .[79]

C. Prévention des macroangiopathie :

Le contrôle de la glycémie reste important dans la prévention de la macroangiopathie .

Cependant , c'est surtout sur les facteurs de risque cardiovasculaires que l'on va agir pour prévenir l'artériosclérose et l'athérosclérose . [64]

Les facteurs de risque non modifiables (homme de plus de 50 ans , femme de plus de 60 ans et antécédents familiaux d'infarctus du myocarde ou de mort subite avant 55 ans chez le père et 65 ans chez la mère) constituent des éléments aggravants sur lesquels on ne pourra pas avoir d'action , Il faut donc agir au niveau des facteurs modifiables ; Ce sont : le diabète traité ou non , la surcharge pondérale (IMC supérieur à 25) , un tabagisme actuel ou sevré depuis moins de trois ans , la sédentarité , l'hypertension artérielle et les dyslipidémies (un taux de HDL-cholestérol supérieur à 0,6 g/L constitue un facteur protecteur) . [64]

L'hypertension artérielle est fréquente en particulier chez le diabétique de type 2 (50% des diabétiques de type 2 sont hypertendus .

L'hypertension artérielle augmente le risque de survenue d'un AVC, d'une insuffisance coronarienne ou d'une néphropathie . C'est la raison pour laquelle il est important de normaliser la tension chez un diabétique (<130/85 mm Hg) . [64]

Pour ce faire , il pourra être mis en place des règles hygiéno-diététiques : baisse de la surcharge pondérale, régime pauvre en sel , diminution de la consommation d'alcool , activité physique régulière , arrêt du tabac...[64]

En thérapeutique , on préférera les IEC (Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion) ou les ARA II (Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine II) , Il conviendra d'apporter une attention particulière aux effets indésirables provoqués par chacun d'entre eux :

- ✓ Les bêtabloquants non cardio-sélectifs peuvent aggraver l'hypoglycémie ;
- ✓ Les diurétiques et les antihypertenseurs centraux peuvent provoquer une hypotension orthostatique ;
- ✓ Les diurétiques épargneurs de potassium et les IEC peuvent être responsables d'hyperkaliémie ;
- ✓ Les inhibiteurs calciques peuvent donner des œdèmes des membres inférieurs .

Enfin , une insuffisance rénale aigue peut être provoquée par les IEC ou ARA II . [45]

Les dyslipidémies sont également des facteurs de risque cardiovasculaires qui devront être traités .

Un patient est considéré à haut risque cardiovasculaire lorsqu'il est atteint de :

- Maladie cardiaque avérée;
- Diabète de type 2 associé à une maladie rénale ;
- Diabète de type 2 associé à 2 facteurs de risque ;
- Hypertension artérielle avec une pression systolique > 180 mm Hg ;
- Insuffisance rénale .

La prévention des facteurs de risque cardiovasculaire et donc les complications de la macroangiopathie est nécessaire et peut être faite au comptoir par le pharmacien . Il pourra conseiller :

- ✓ Une perte de poids pour normaliser l'IMC ;
- ✓ Un sevrage tabagique (les substituts nicotiniques peuvent être utiles, attention à l'augmentation de l'appétit qui peut être responsable d'un déséquilibre du diabète);
- ✓ La pratique d'une activité physique régulière ;
- ✓ De diminuer l'apport en sel et la consommation de réglisse pour la tension ;
- ✓ De diminuer les apports en graisses saturées (présentes dans la viande , les produits laitiers...) , en graisses hydrogénées (présentes dans les biscuits, les pâtisseries, les plats préparés...) et en cholestérol (jaunes d'œufs et plus globalement les aliments d'origine animale) pour limiter les dyslipidémies .[13]

D. Ordonnances intercurrentes :

Le pharmacien doit être très attentif aux ordonnances intercurrentes du patient diabétique car leur traitement est souvent complexe et des interactions médicamenteuses peuvent exister . De plus , certains autres médicaments peuvent perturber le contrôle glycémique . [13]

Les médicaments hyperglycémisants sont les suivants :

- ✓ Les diurétiques thiazidiques : hydrochlorothiazide principalement ;
- ✓ Les diurétiques de l'anse : furosémide (Lasilix®) ;

- ✓ Les antirétroviraux;
- ✓ Les β 2-mimétiques ;
- ✓ Les glucocorticoïdes : ils peuvent être à l'origine d'un diabète corticoinduit ;
- ✓ Les interférons α ;
- ✓ Certains neuroleptiques atypiques : Risperidone et Olanzapine principalement ;
- ✓ Certains immunosuppresseurs : Ciclosporine (Neoral®), Tacrolimus (Prograf®), Sirolimus (Rapamune®), Everolimus (Afinitor®) ;
- ✓ Certains anticancéreux : Trioxyde d'Arsenic, Temsirolimus , Estramustine ;
- ✓ Un inhibiteur de l'hydroxyméthylglutaryl-CoA (HMG-CoA) réductase : Rosuvastatine (Crestor®) . [13]

Les médicaments hypoglycémiants sont les suivants :

- Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion ;
- Les β -bloquants : ils ont un effet direct sur la glycémie mais peuvent également masquer les signes d'une hypoglycémie ;
- Un facteur de croissance : Filgrastim (Neupogen®) ;
- Les interférons β ;
- Un antifongique : Voriconazole (Vfend®);
- Un antipaludéen : Quinine (Quinimax®) .[13]

E. Conseil au comptoir :

a. Automédication et diabète :

Le patient diabétique doit être sensibilisé à la nécessité de prévenir par les professionnels de santé qu'il consulte de sa pathologie ; Le pharmacien doit également en avoir connaissance afin de contrôler les traitements d'automédication que le patient demande au comptoir , à titre d'exemple :

- ✓ Le patient doit limiter sa consommation en sucre et en alcool , il convient donc d'éviter tous les traitements contenant du sucre et de l'alcool dans ses excipients notamment dans les sirops contre la toux ;
- ✓ Les anti-inflammatoires non stéroïdiens et l'aspirine à doses anti-inflammatoires (doses supérieures à 500 mg par prise) sont également déconseillés ;
- ✓ Les produits à base d'anticoagulants coumariniques sont susceptibles d'induire des hyperglycémies ; Il s'agit des produits de phytothérapie contenant du mélilot, de la vigne rouge , du marron d'Inde , du petit houx mais également des huiles essentielles ;
- ✓ Le salicylate de méthyle contenu dans certaines pommades comme le Baume "Aroma®" et dans certaines huiles essentielles comme l'huile essentielle de

Gaulthérie, est susceptible d'induire des hypoglycémies . Ces produits devront être utilisés avec prudence chez le patient diabétique ;

- ✓ Les antiacides H2 "Cimétidine" et "Famotidine" utilisés en automédication doivent être évités car ils causent des hyperglycémies ;
- ✓ Le millepertuis est à proscrire chez le patient traité pour son diabète car c'est un inducteur enzymatique puissant susceptible de réduire l'efficacité du traitement antidiabétique . [60][61]

b. Autosurveillance glycémique :

Les complications du diabète sont liées à l'ancienneté de la pathologie et au niveau moyen des valeurs glycémique , c'est pourquoi le patient doit absolument apprendre à réaliser un autocontrôle de sa glycémie et une autosurveillance des paramètres qui peuvent la faire varier de façon à pouvoir adapter au mieux son traitement . [66]

L'autocontrôle glycémique peut se faire de différentes façons :

➤ Tout d'abord par la glycémie capillaire ; Pour cela le patient doit en premier lieu se laver les mains à l'eau tiède puis se les sécher soigneusement . Ensuite , il peut masser le bout de ses doigts pour stimuler l'afflux sanguin . Il doit alors utiliser un autopiqueur muni d'une lancette , en réglant la profondeur de pique et se piquer le bout d'un doigt sur la face latérale (afin d'éviter les terminaisons nerveuses) en épargnant le pouce et l'index de chaque main . Il sera nécessaire de changer de doigt à chaque contrôle . Une goutte de sang va ainsi perler et il suffira de l'apposer à une bandelette rentrée dans un lecteur pour obtenir la valeur de la glycémie . Chez les sujets diabétiques de type 1 , il est en général recommandé d'effectuer au moins 4 mesures par jour (pré et postprandiales) mais cela pourra varier selon les indications du diabétologue et la faisabilité des contrôles par le patient . De plus , il est nécessaire d'augmenter le nombre de mesures dans certaines situations tels qu'une maladie surajoutée , une activité physique intense , un voyage , pendant la grossesse ...etc. Chez les sujets diabétiques de type 2 l'autocontrôle glycémique n'est pas systématique ; Lorsqu'il est prescrit, il peut être recommandé d'effectuer soit une mesure par jour , le matin au lever pour les personnes recevant une injection quotidienne d'insuline le soir (ou plusieurs fois par jour s'il existe plusieurs injections quotidiennes) , soit deux à trois fois par semaine à différents moments de la journée pour les personnes sous antidiabétiques oraux ...

➤ Puis par la recherche d'acétone (dans les urines "cétonurie" ou dans le sang "cétonémie") , cette recherche est d'un intérêt majeur lorsque les glycémies sont élevées . En effet , chez les patients diabétiques insulino-traités en cas d'hyperglycémie, la présence d'acétone dans les urines ou dans le sang laisse craindre la survenue à court terme d'une

acidocétose . Elle doit inviter à augmenter rapidement la dose d'insuline . En pratique , la recherche de cétonurie doit être systématique dès que la glycémie s'élève au-dessus de 2.5 g/L. Pour réaliser ces mesures , le sujet utilise des bandelettes urinaires ou sanguines . Après le prélèvement , le patient doit éliminer la bandelette et la lancette usagées dans la boîte à DASRI prévue à cet effet . [66]

Le résultat de glycémie obtenu doit être reporté sur le carnet de suivi en précisant la date , l'heure et s'il s'agit d'une mesure préprandiale ou postprandiale .

La lecture et l'analyse des résultats sont réservées au médecin qui peut alors adapter le traitement aux résultats obtenus . [66]

Toutefois , le pharmacien et le patient doivent savoir repérer des valeurs anormales ; Le pharmacien doit alerter et conduire le patient à consulter rapidement son médecin . Si la glycémie est :

- Inférieure à 0,7 g/L , il s'agit d'une hypoglycémie et le patient doit connaître les premiers gestes à réaliser ;
- Supérieure à 1,8 g/L , il s'agit d'une hyperglycémie . Le rein ne filtre plus le glucose ;
- Supérieure à 2,5 g/L , il s'agit d'une hyperglycémie sévère et il est recommandé de rechercher la présence de glucose et de corps cétoniques dans les urines à l'aide de bandelettes urinaires . [66]

L'auto-surveillance permet au patient de suivre lui-même son diabète et de s'impliquer dans la gestion de son insulinothérapie ; Cela lui permet d'avoir une idée de son équilibre moyen et de gérer les situations d'urgence . En outre , c'est ce qui lui fait utiliser les résultats de son autocontrôle à bon escient . [66]

Pour commencer , tout autocontrôle doit aboutir à la tenue des résultats (dans un carnet ou à l'aide d'un logiciel) . En effet , il est impossible d'adapter correctement le traitement sans regarder les résultats des jours précédents et le patient ne pourra pas se souvenir de tout ... De plus , c'est un outil important pour le diabétologue à chaque consultation . [66]

Chez le sujet diabétique de type 1 , le carnet est indispensable à l'adaptation des doses d'insuline . Il peut s'agir d'une adaptation rétrospective : par exemple si le patient voit que ses glycémies au lever sont systématiquement trop basses , il devra diminuer sa dose d'insuline lente le soir , ou prospective : s'il est prévu de faire un repas plus riche en glucides que d'habitude , il pourra augmenter sa dose d'insuline rapide avant de manger . [66]

Grâce aux notes qu'il prend dans son carnet , il peut voir la manière dont réagit son organisme à des séances de sport , des repas plus ou moins riches , une pathologie bénigne , une montée de température , un stress , un voyage ... Le carnet est donc un réel outil de suivi et d'anticipation pour éviter des situations à risques . [66]

c. Contrôle du poids :

Toute personne diabétique doit surveiller son poids ; Chez le patient diabétique de type 1 toute modification rapide et importante du poids peut être le signe d'un déséquilibre du diabète ou d'un surdosage en insuline . En revanche , chez celui de type 2 une perte de poids est recommandée pour diminuer les facteurs de risque cardiovasculaires ; Une alimentation variée et équilibrée est donc indispensable . [59]

Les grands principes sont de faire 03 repas par jour éventuellement complétés d'une collation, de manger des féculents à chaque repas , de limiter les aliments riches en graisses en privilégiant les graisses d'origine végétale , de préférer le poisson à la viande , de manger au moins 5 fruits et légumes par jour , de consommer un laitage à chaque repas , de limiter les sucreries et de boire suffisamment . [59]

d. Collations :

Ne sont pas dans l'obligation de consommer une collation . Parfois , l'ajout inapproprié de collations au menu peut entraîner un gain de poids indésirable ou une augmentation de la glycémie . En général , une collation contenant 15 g de glucides est recommandée afin de prévenir l'hypoglycémie . [44]

Les collations peuvent être une option intéressante lorsque la sensation de faim survient entre les repas . Elles peuvent aider le diabétique à rester concentré au travail et à manger raisonnablement au repas suivant . [44]

Une collation est indiquée dans certaines circonstances, pour :

- ✓ Prévenir l'hypoglycémie (glycémie < 4 mmol/L) ;
- ✓ Combler les besoins nutritionnels ;
- ✓ Éviter les excès alimentaires . [44]

1) Prévenir l'hypoglycémie :

Le patient est à risque d'hypoglycémie s'il est traité à l'insuline ou avec un médicament sécrétagogue d'insuline : glyburide (DiaBeta®, Euglucon®), glimépiride (Amaryl®), gliclazide (Diamicron®), répaglinide (GlucoNorm®) . [44]

Une collation peut vous aider à prévenir l'hypoglycémie si vous vous retrouvez dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

- ✓ Votre repas est retardé ;
- ✓ Votre plan alimentaire n'est pas respecté ;
- ✓ Vous consommez de l'alcool à jeun ou en soirée ;
- ✓ Vous pratiquez une activité physique imprévue ou dont l'intensité ou la durée sont inhabituelles ;
- ✓ Votre médication comporte un pic d'action durant votre sommeil .

Pour prévenir l'hypoglycémie sur une plus longue période , ajoutez des protéines à votre collation . Les protéines sont présentes dans les aliments des groupes « Lait et substituts » et « Viandes et substituts » . [44]

2) *Comblar les besoins nutritionnels :*

Si le patient a une faible appétit, les collations deviennent importantes pour satisfaire ses besoins nutritionnels . Dans ce cas , une collation devrait procurer les calories et les éléments nutritifs nécessaires au maintien de votre santé . [44]

3) *Éviter les excès alimentaires :*

La collation peut permettre d'arriver au prochain repas sans être affamé . Parce que lorsque l'on est affamé, on a tendance à manger tout ce qui nous tombe sous la main et à faire des choix moins sains . De bonnes collations nutritives peuvent donc nous permettre de mieux contrôler la quantité et la qualité des aliments consommés aux repas, en plus de nous aider à rester concentré au travail . [44]

Pour combler la faim jusqu'au prochain repas , la collation devrait contenir des :

- Fibres : elles ne font pas augmenter la glycémie . En présence de liquide , les fibres gonflent dans l'estomac et vous rassasient plus rapidement ;
- Protéines : leur effet de satiété perdure , ce qui vous aide à patienter jusqu'au prochain repas ;
- Glucides : ils augmentent la glycémie et comblent le manque d'énergie qui se manifeste par la faim .[44]

Apprenez à distinguer une vraie faim d'une fausse faim en prenant conscience de ce qui vous pousse réellement à manger . Pour y arriver, voici quelques questions à poser :

- ✓ Est-ce que je mange parce que je vis un stress particulier ou des émotions qui me perturbent ?
- ✓ Est-ce que je suis soumis à une stimulation extérieure (exemple : vue ou odeur d'aliments, offre de nourriture par des collègues, etc.) ?
- ✓ Est-ce que je mange parce que mes repas ne sont pas suffisamment équilibrés et rassasians ? [44]

e. *Hygiène des pieds :*

L'hygiène des pieds fait partie intégrante de la prise en charge de la maladie diabétique , Il convient de prodiguer aux patients les conseils appropriés afin de les aider à s'occuper de leurs pieds de façon adéquate . Les dix points clés à retenir pour le patient sont les suivants :

- 1) Le lavage des pieds doit se faire quotidiennement dans de l'eau tiède avec un savon neutre .
L'eau trop chaude risque de brûler la peau et les bains de pieds augmentent le risque de macération et de développement de mycoses ;
- 2) Le séchage doit être systématique entre les orteils à l'aide d'une serviette sèche ,
L'humidité favorise la macération et les sèche-cheveux sont à proscrire car il y a un risque de brûlure ;
- 3) Le patient doit hydrater quotidiennement ses pieds à l'aide d'une crème hydratante adaptée aux pieds diabétiques en évitant de passer entre les orteils ;
- 4) Le patient doit lutter contre l'hyperkératose , il peut utiliser une pierre ponce après la douche ; Il ne doit pas utiliser de coricide , de pansements pour ampoules ou d'instruments tranchants comme des ciseaux , un scalpel ou des lames de rasoir ;
- 5) Le patient doit régulièrement couper ses ongles pour éviter les ongles incarnés ou de se blesser avec des ongles trop longs :
 - ✓ Couper les ongles droits , au carré , à l'aide de ciseaux à bouts ronds pas trop courts ;
 - ✓ Limer légèrement les coins pour les arrondir à l'aide d'une lime en carton ;
 - ✓ Si le patient a une mauvaise vue , s'il ne peut pas atteindre ses pieds , si ses ongles sont trop durs ou déformés , s'il a un ongle incarné ou si le risque podologique est élevé , le patient ne doit pas se couper les ongles lui-même mais il doit consulter un podologue .
- 6) Les chaussettes doivent être changées tous les jours, les coutures ne doivent pas blesser le pied ;
- 7) Les chaussures doivent être vérifiées à chaque fois que le patient se chausse afin de s'assurer qu'aucun objet pouvant blesser le pied ne se trouve à l'intérieur .
- 8) Le patient ne doit jamais marcher pieds nus ;
- 9) Les sources de chaleur directe comme les bouillottes , les couvertures chauffantes , les cheminées ou les radiateurs ne doivent pas être utilisées pour réchauffer les pieds car il existe un risque important de brûlure ;
- 10) Le patient doit mobiliser régulièrement ses pieds par des mouvements de type flexion/extension et des massages de la voûte plantaire . [58]

IV.2.3 EXEMPLE D'UN PROGRAMME D'ETP DIABÉTIQUE DE TYPE 2 :

IV.2.3.1 DESCRIPTION DU PROGRAMME :

C'est un programme qui a eu l'autorisation de sa mise en place en 2013 par l'ARS de Limousin , le programme a duré 4 ans (2014 à 2017) , est réalisé au bénéfice des patients atteints du diabète de type 2 en ambulatoire , du territoire Monts et Barrages en France , pour les patients hospitalisés dans les services de médecine et de SSR du C.H.I.M.B .[54]

L'équipe pluridisciplinaire exécutante de ce programme est compose d'un Médecin , deux Pharmaciens , deux Infirmières , une Diététicienne , un Psychologue , un ergothérapeute et un Professeur d'activité Physique Adaptée .[5]

Le programme est réalisé selon un cycle de 9 ateliers (13 séances) abordant les thèmes du diabète , de la nutrition et de l'activité physique , dans le but de développer des compétences d'auto surveillance , d'auto soins , d'adaptation du traitement et de modification du mode de vie quotidien .[5]

IV.2.3.2 THÈMES ABORDÉS :

- ✓ Comprendre mieux son diabète (animé par : médecin ou pharmacien-infirmier) ;
- ✓ Echanger des informations ensemble sur le diabète (psychologue-ergothérapeute) ;
- ✓ Comprendre mieux son traitement antidiabétique (pharmacien-infirmier) ;
- ✓ Réalisation correcte de son traitement insulinique (pharmacien-infirmier) ;
- ✓ Différenciation correcte de l'hypo/hyperglycémie (animateurs : infirmiers) ;
- ✓ Réalisation correcte de son auto-surveillance (pharmacien-infirmier) ;
- ✓ Comment réaliser au mieux ses soins quotidiens (infirmier-ergothérapeute) ;
- ✓ Comment avoir une activité physique adaptée (professeur d'activité physique adaptée-Infirmier) . [5]

IV.2.3.3 ÉVALUATION DE LA MISE EN PLACE DU PROGRAMME:

Selon la fiche d'évaluation quadriennale de ce programme , l'instauration de cette démarche éducative a évolué depuis son démarrage en 2014 jusqu' à 2017 par : l'élévation du nombre des patients recrutés , la réorganisation des séances collectives , et les outils de suivi du patient (méthodes pédagogiques , fiche remis...) , l'implication d'un nombre important de professionnels de santé et notamment le pharmacien d'officine dans l'accompagnement des patients .[5]

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE V :

**ENQUÊTE REALISÉE SUR L'ÉDUCATION
THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT DIABÉTIQUE AU
SEIN DE LA PHARMACIE D'OFFICINE**

CHAPITRE V : ENQUÊTE REALIÉE SUR L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT DIABÉTIQUE AU SEIN DE LA PHARMACIE D'OFFICINE

V.1 PROBLÉMATIQUE :

Actuellement , les pathologies chroniques et en particulier le diabète entraînent de fortes dépenses de santé notamment à cause des récidives, des réhospitalisations et des complications souvent dues aux facteurs de risque mal contrôlés.

A travers les nouveautés professionnels du pharmacien d'officine, l'émergence de l'ETP et l'apparition des entretiens pharmaceutiques, nous allons aborder la question du suivi des patients diabétiques de type 1 et de type 2 .

Comment le pharmacien d'officine peut améliorer au mieux la qualité de vie des patients diabétiques , par l'acquisition des compétences d'autosoins (connaissance sur le traitement anti-diabétique) et le développement des compétences d'adaptation (pratiquer des gestes d'urgence , adapter sa thérapeutique à un autre contexte de vie et intégrer les nouvelles technologies médicales dans la gestion de sa maladie ...etc.) ?

Nous verrons dans un premier temps les objectifs de ce questionnaire .

Dans un second temps nous aborderons le choix des panels, le mode de diffusion et la construction de questionnaire .

Enfin, nous tenterons d'analyser les réponses.

V.2 OBJECTIFS :

Dans le cadre de cette thèse, nous avons décidé de récolter les impressions de la population concernée par le diabète de type 1 et de type 2 , au sein de trois pharmacies d'officine (deux à la wilaya de Ain Defla et une à la wilaya de Djelfa) .

V.2.1 OBJECTIF GÉNÉRALE :

L'objectif principal et ultime de cette enquête , est d'évaluer la place de l'éducation thérapeutique du patient diabétique au sein de la pharmacie d'officine en Algérie , afin d'améliorer au mieux la qualité de vie des patients diabétiques sur différents plans ; Ainsi , de valoriser l'inclusion du pharmacien d'officine et son rôle au cœur de l'éducation thérapeutique du patient et en particulier chez les diabétiques .

V.2.2 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES :

Parmi les objectifs de notre enquête est de mettre en place la première étape de l'éducation thérapeutique du patient à savoir le diagnostic éducatif au sein de la pharmacie d'officine sous forme d'un entretien , afin de décrire les caractéristique sociodémographiques des patients diabétiques , de recueillir leur avis concernant leur propre vie et ensuite d'apprécier leur motivation au changement d'habitudes de vie .

Enfin, cette enquête sert à évaluer et à déterminer le niveau des connaissances relatives au :

- ✓ Diabète et de sa surveillance ;
- ✓ Traitement anti-diabétique (insulinothérapie et antidiabétiques oraux) ;
- ✓ Respect des règles hygiéno-diététiques, en particulier la poursuite d'une activité physique régulière et d'une adaptation alimentaire et nutritionnelle ;
- ✓ L'évitement des facteurs de risque (certaines complications comme la mauvaise hygiène des pieds , tabagisme et manque de sommeil ...etc.) ;
- ✓ Soutien psychosociale du diabétique ...etc.

Le but est d'obtenir non pas des statistiques seulement sur les diabétiques mais aussi une analyse qualitative de leurs opinions, leurs attentes , leurs motivations , leurs objectifs et leurs intérêts de participer au programme de l'éducation thérapeutique .

V.3 MATÉRIEL ET MÉTHODES :

V.3.1 POPULATION D'ÉTUDE :

✓ Critères d'inclusion :

Il s'agit de tout patient diabétique ayant accepté de participer à une enquête réalisée au niveau de la pharmacie d'officine durant la période de distribution des questionnaires, soit du 15 mars 2021 au 10 juin 2021 . Et ce, quel que soit son âge, son sexe ou la cause qui l'a conduit à se présenter à l'officine .

✓ Critères de non-inclusion :

Les patients diabétiques n'ayant pas accepté de participer à l'étude .

V.3.2 VARIABLES ETUDIÉES :

Nous avons recueilli , chez tous les participants les variables suivants :

- ✓ Sociodémographiques (âge , sexe , niveau d'instruction , ...etc.) ;
- ✓ Cliniques : type de diabète , poids , taille et les complications du diabète ;

- ✓ Thérapeutique : traitement anti-diabétique ;
- ✓ Psychologique : satisfaction envers le pharmacien d'officine , acceptation de la maladie , soutien psychosociale ;
- ✓ Niveau d'éducation propre du patient en ce qui concerne : l'activité physique , le respect des règles hygiéno-diététiques , la surveillance glycémique , la mesure de la glycémie à l'aide du glycomètre...etc.

V.3.3 MÉTHODE :

Cette enquête est basée sur un questionnaire papier remis en main propre par nous-mêmes aux patients diabétiques lors de leur passage au niveau de la pharmacie d'officine .

V.3.3.1 DESCRIPTION DU QUESTIONNAIRE :

Le questionnaire présente l'évaluation de différents paramètres :

- ✓ Le traitement anti-diabétique (insulinothérapie et antidiabétiques oraux) ;
- ✓ Les règles hygiéno-diététiques, en particulier l'activité physique et le régime alimentaire et nutritionnelle ;
- ✓ Les facteurs de risque (tabagisme , manque de sommeil et l'hygiène des pieds ...etc.) ;
- ✓ Le soutien psychosociale du diabétique ...etc.

Nous avons ciblé les patients diabétiques au sein de trois pharmacies d'officine (deux à la wilaya de Ain Defla et une à la wilaya de Djelfa) .

La distribution des questionnaires s'est faite entre le 15 mars 2021 et le 10 juin 2021 . Chaque patient a reçu le questionnaire sur six pages (cinq pages renferment les questions accompagnées d'une page qui résume quelques conseils et instructions) (annexe 2).

V.3.3.2 ÉLÉMENTS DU QUESTIONNAIRE :

Le questionnaire se compose de 80 questions (fermées , ouvertes ou à choix multiples) , qui se sont articulées autour de plusieurs items (annexe 2) ; De ce qui concerne le :

- Sexe , l'âge ;
- Traitement (connaissances , observance , effets indésirables , difficultés et insulinothérapie ...etc.) ;
- Mode de vie du diabétique (régime alimentaire et activité physique) ;
- Etude de certains facteurs de risque (tabagisme, présence d'autres maladies, mauvaise hygiène des pieds...) ;
- Surveillance du diabète ;
- Soutien psychosocial , acceptation de la maladie et état de vie avec le diabète ...etc.

On cherche également dans ce questionnaire à obtenir l'opinion du patient concernant le suivi médical , ainsi que les professionnels de santé qu'il aurait pu contacter à propos son diabète .

V.3.3.3 FAISABILITÉ ET DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE :

Concernant la faisabilité, nous avons travaillé en collaboration avec l'équipe officinale . On a distribué les questionnaires aux patients durant leurs présence à l'officine .

Ce travail s'est déroulé sous forme d'un entretien au moment de la dispensation des médicaments dans un espace de confidentialité, cet entretien a duré de 15 à 30 minutes , au cours duquel on a recueilli les données du patient , et on a instauré un diagnostic éducatif par le biais du questionnaire préétabli pour adresser un état des lieux du comportement du patient diabétique envers sa maladie , et connaître les besoins éducatifs du patient .

Le patient répond sur un questionnaire d'évaluation des compétences et des connaissances personnelles du diabétique lors de cet entretien .

V.3.3.4 RECUEIL DES QUESTIONNAIRES :

L'enquête a été réalisée au sein de trois pharmacies d'officine « Deux à la wilaya de Ain Defla (Elabadia et Boumedfaa) et une à la wilaya de Djelfa » .

La collecte des questionnaires a duré presque quatre mois , du mois de mars 2021 jusqu'au début juin de la même année .

Lorsque le questionnaire est recueilli il reste entièrement en anonymat dans une fiche en papier afin de respecter la confidentialité .

36 questionnaires ont été distribués et collectés dont 30 sont complets , et 6 autres questionnaires contiennent des omissions a un nombre limité de questions , qui sont complétés par la suite après contact des patients concernés .

V.3.4 ANALYSE STATISTIQUE :

L'analyse statistique est faite à l'aide du logiciel Microsoft Excel version 2007 pour le questionnaire .

Nous avons obtenu les graphiques (histogrammes et secteurs) à l'aide du logiciel Microsoft Word version 2007 .

V.4 RÉSULTATS :

36 patients diabétiques « de type 1 et de type 2 » ont reçu un questionnaire et y ont répondu .
Les données sur leur âge , sexe , type de diabète , mode de vie...etc. ont été recueillies.

V.4.1 TYPE DE DIABÈTE :

La répartition des patients diabétiques selon leur type de diabète est représentée dans le secteur suivant :

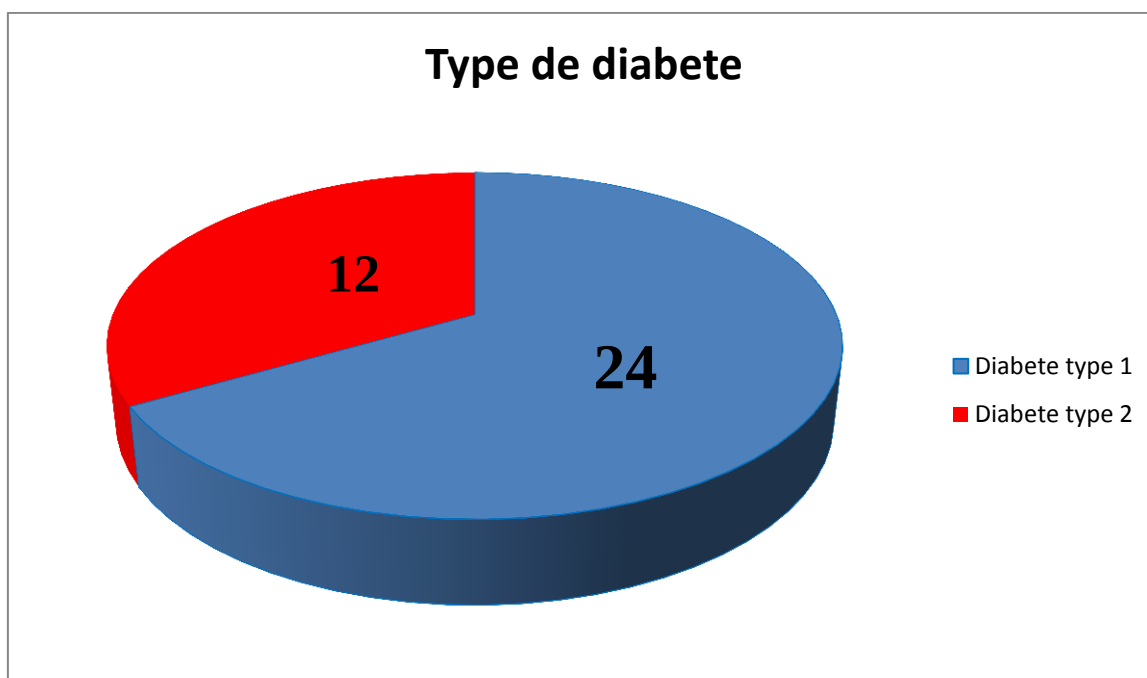


Figure 8 : Répartition des patients diabétiques selon le type du diabète .

Comme on peut le voir sur la figure 9 ci-dessus , 24 patients (67%) ont un diabète de type I «DT1» , et 12 patients (33%) ont un diabète de type II «DT2» .

V.4.2 L'ÂGE :

La répartition des patients diabétiques selon leur âge est représentée dans le tableau suivant :

Tableau 15 : Répartition du nombre des patients diabétiques selon l'âge .

Age (ans)	< 20	20 à 39	40 à 59	60 à 79	>80
Nombre des patients diabétiques	05	08	16	06	01
Pourcentage	13,9%	22,2%	44.4%	16,7%	2.8%

Selon le tableau 11, on observe que notre population d'étude renferme des diabétiques de différents âges . Environ 44,4% des patients ont entre 40 et 59 ans , 22,2% entre 20 et 39 ans , 16,7% entre 60 et 79 ans , 13,9% moins de 20 ans et seulement 2,8% des patients interrogés ont plus de 80 ans .

V.4.3 LE SEXE :

La répartition des patients diabétiques selon leur sexe est représentée dans le secteur suivant :

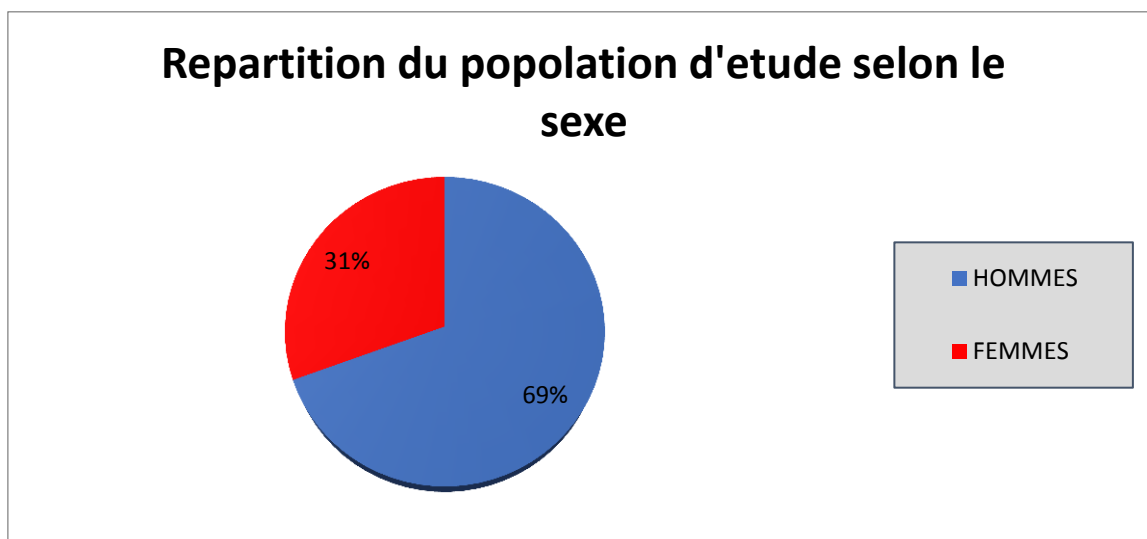


Figure 9 : Répartition du nombre des patients diabétiques selon le sexe .

Parmi les patients , 69% sont des hommes et 31% sont des femmes .

V.4.4 NIVEAU D'INSTRUCTION :

La répartition des patients diabétiques selon leur niveau d'instruction est illustrée dans le tableau suivant :

Tableau 16 : Répartition du nombre des patients diabétiques selon le niveau d'instruction .

Niveau d'instruction	Primaire	CEM	Lycée	Universitaire	Non scolarisé
Nombre des patients diabétiques	03	09	09	03	12
Pourcentage	8,3%	25%	25%	8,3%	33,4%

La population d'étude se compose des diabétiques de différents niveaux d'instruction , les non scolarisés représentaient 33,4% .

V.4.5 DIABÉTE ET MODE DE VIE :

La répartition des patients diabétiques selon le régime alimentaire et l'activité physique est illustrée dans l'histogramme suivant :

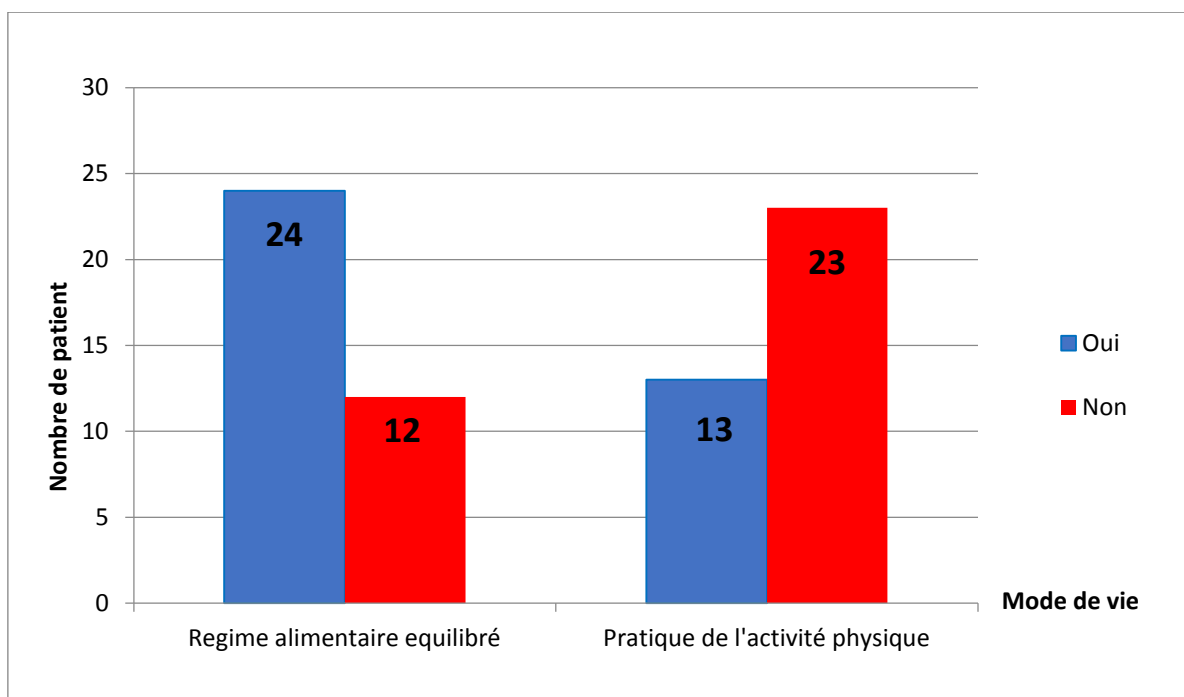


Figure 10 : Histogramme de répartition des patients diabétiques selon le régime alimentaire et l'activité physique .

Deux tiers (2/3) de la population d'étude présentent un bon régime alimentaire , tandis que presque deux tiers (2/3) aussi ne pratiquent pas une activité physique régulière .

V.4.6 ÉVALUATION ET ÉTUDE DE CERTAINS FACTEURS DE RISQUE :

❖ *Présence d'autre maladie , tabagisme et sommeil :*

Après l'évaluation dans notre population d'étude de certains facteurs de risque de survenue des complications (présence d'autres maladies , tabagisme et sommeil) ; On a noté qu'il y a :

- 25 patients diabétiques (69%) qui souffrent d'autres maladies , alors que 11 patients (31%) souffrent du diabète seulement;
- Un tier (1/3) des diabétiques (soit 33%) qui consomment du tabac, alors que les deux tiers (soit 67%) ne le consomment pas ;
- 25 patients diabétiques (69%) qui ont un sommeil assez suffisant, et 11 diabétiques (31%) avec un sommeil insuffisant.

La répartition des patients diabétiques selon ces trois facteurs de risque est représentée dans l'histogramme suivant :

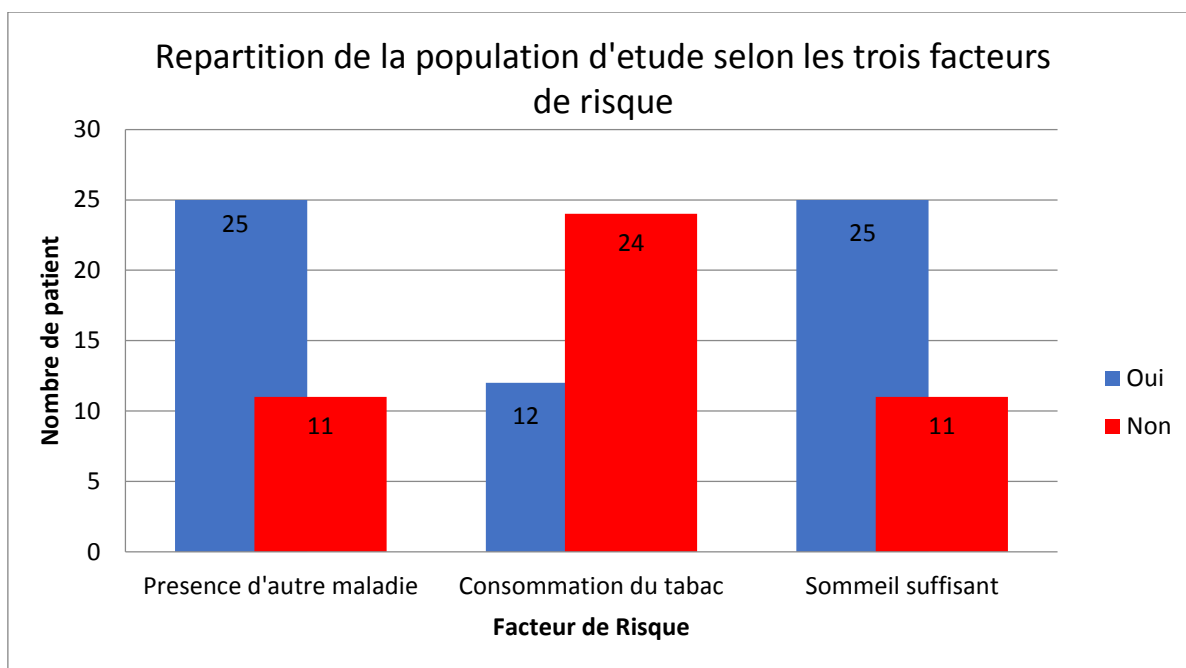


Figure 11 : Répartition des patients diabétiques selon les trois facteurs de risque .

La présence remarquée de ces facteurs de risque chez certains patients rend le diabète plus compliqué et difficile à contrôler .

❖ *Hygiène des pieds :*

Concernant l'hygiène des pieds des patients ; 53% des diabétiques interrogés ont une mauvaise hygiène des pieds , contre 47% des patients qui ont une bonne hygiène des pieds . Aussi 14% (05) des diabétiques souffrent des infections au niveau des pied .

La répartition de nombre des patients diabétiques selon l'hygiène des pieds est illustrée dans l'histogramme suivant :

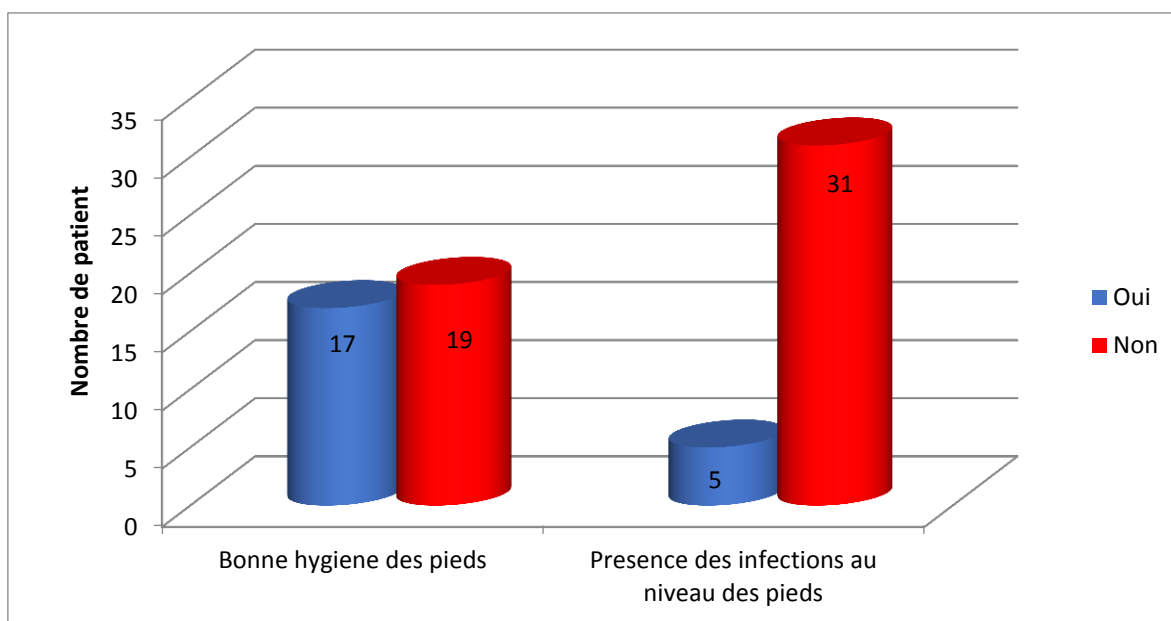


Figure 12 : Répartition des patients diabétiques interrogés selon l'hygiène des pieds .

La mauvaise hygiène des pieds constitue un facteur de risque critique chez les 19 patients (53%) qui doivent être éduquer afin de respecter les règles d'hygiène pour éviter la survenue des complications graves .

❖ **Indice de masse corporel (IMC) :**

L'indice de masse corporel était calculé selon la formule suivante :

$IMC = \text{Poids} / (\text{Taille} \times \text{Taille})$, le poids en kilogramme et la taille en mètre .

Le tableau suivant représente la répartition des patients diabétiques selon l'indice de masse corporel « IMC » :

Tableau 17 : Répartition des patients diabétiques selon l'indice de masse corporel.

IMC (Kg/m²)	< 18,5	18,5 à 25	25 à 30	30 à 35	>35
	Déficit pondéral/maigreur	Poids normal	Surpoids	Obésité modérée (classe I)	Obésité sévère (classeII)
Nombre de patients diabétiques	02	20	12	01	01
Pourcentage	5,6%	55,5%	33,3%	2,8%	2,8%

Parmi les patients diabétiques interrogés, vingt patients (55,5%) seulement ont un bon indice de masse corporel .

❖ **Autres :**

En ce qui concerne le respect du rendez-vous médicale , la demande de l'avis médicale en cas de survenue des effets secondaires ou indésirables et aussi l'utilisation des plantes par les patients diabétiques , il ressort que :

- 26 patients diabétiques (72%) respectent le rendez-vous médical du médecin traitant; Alors que 10 patients diabétiques (28%) ne le respectent pas ;
- 23 patients diabétiques (64%) demandent de l'avis médicale en cas de survenue des effets secondaires ou indésirables au contraire de 13 patients diabétiques (36%) qui ne le demandent pas;
- 26 patients diabétiques (72%) utilisent des traitements à base des plantes médicinales; Alors que 10 patients diabétiques (28%) ne les utilisent pas .

La figure 15 illustre la répartition de ces patients diabétiques :

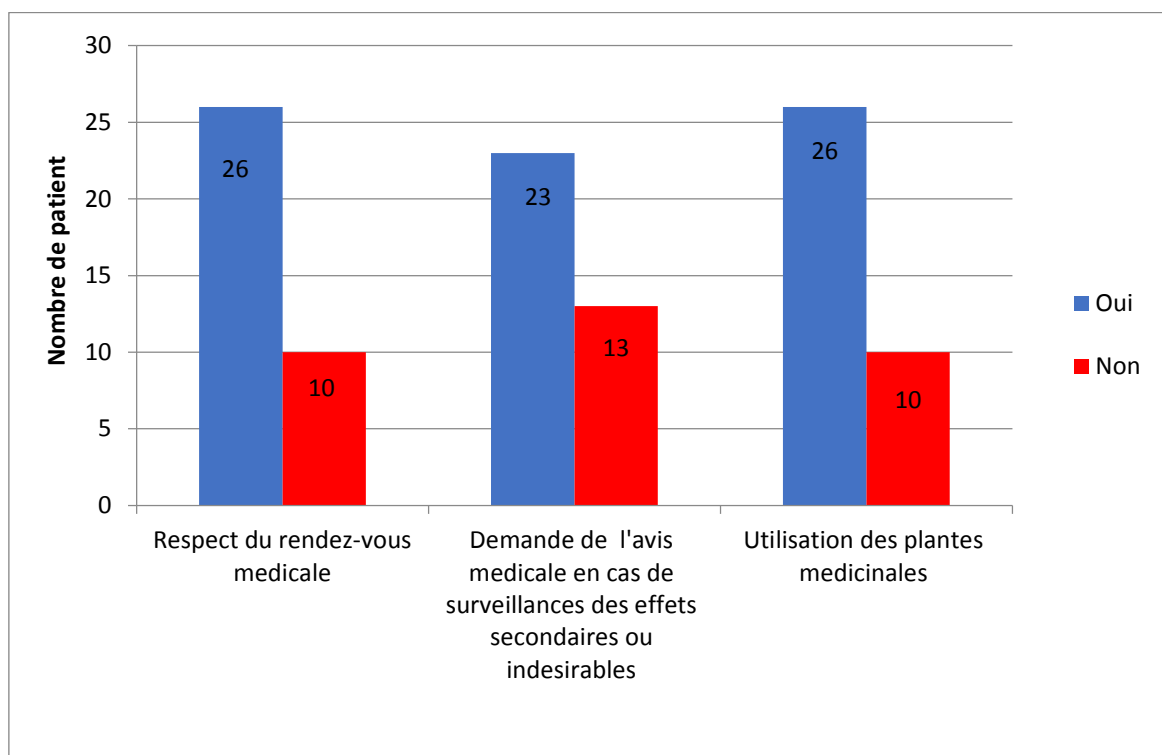


Figure 13 : Répartition des patients diabétiques selon le respect du rendez-vous médicale , la demande de l'avis médicale et l'utilisation des plantes médicinales .

On peut établir de la conclusion suivante : presque les deux tiers (2/3) des patients interrogés respectent leur rendez-vous médicale , demandent de l'avis médicale en cas de survenue des effets secondaires ou indésirables et utilisent des plantes médicinales .

V.4.7 TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX :

❖ *Connaissances et compétences sur le traitement anti- diabétiques :*

L'évaluation des connaissances et des compétences de la population d'étude concernant leurs traitements médicamenteux ; Montre que :

- 19% (soit 07 diabétiques) présentent des difficultés au cours de prise du traitement , et 81% (soit 29 patients) ne les présentent pas ;
- 72% des diabétiques interrogés (soit 26 patients) ont des bonnes connaissances sur leur traitement ainsi que sur le diabète , au contraire 28% (soit 10 patients) ont un savoir très limitées .
- La majorité des patients (64%) prennent leurs traitements avec l'aide familiale , alors que 36% prennent leurs traitements seul sans aucune aide ;
- 67% des patients utilisent des médicaments hors prescription médicale , alors que 33% respectent le traitement prescrit .

La figure 14 présente les résultats obtenus.

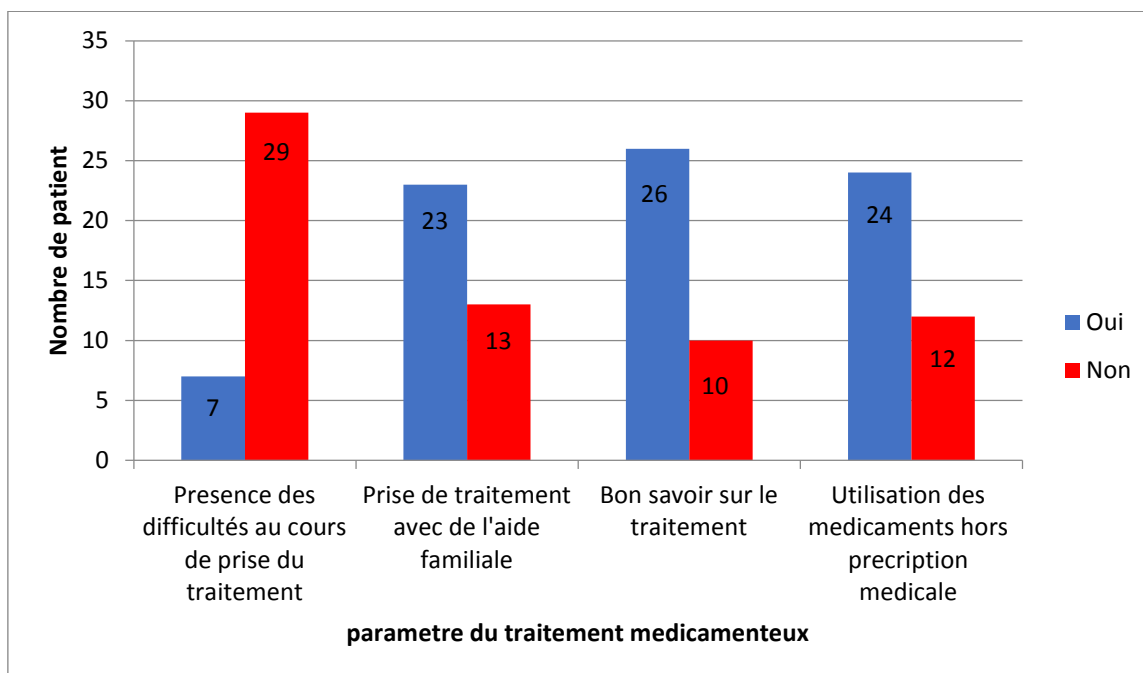


Figure 14 : Répartition des patients diabétiques selon le traitement médicamenteux .

On peut établir la conclusion suivante :

La présence des difficultés au cours de la prise du traitement et l'utilisation des médicaments hors prescription médicale risquent de rendre le traitement antidiabétique inefficace ; En outre, le bon savoir sur le traitement et sa prise avec une aide familiale améliorent l'observance du traitement .

❖ *Type de traitement :*

78% des patients (soit 26 patients sur 36) sont sous insulinothérapie , et seulement 22% (soit 8 patients) sont sous traitement par les antidiabétique oraux comme la montre la figure 17 .

L'anneau suivant illustre ces données :

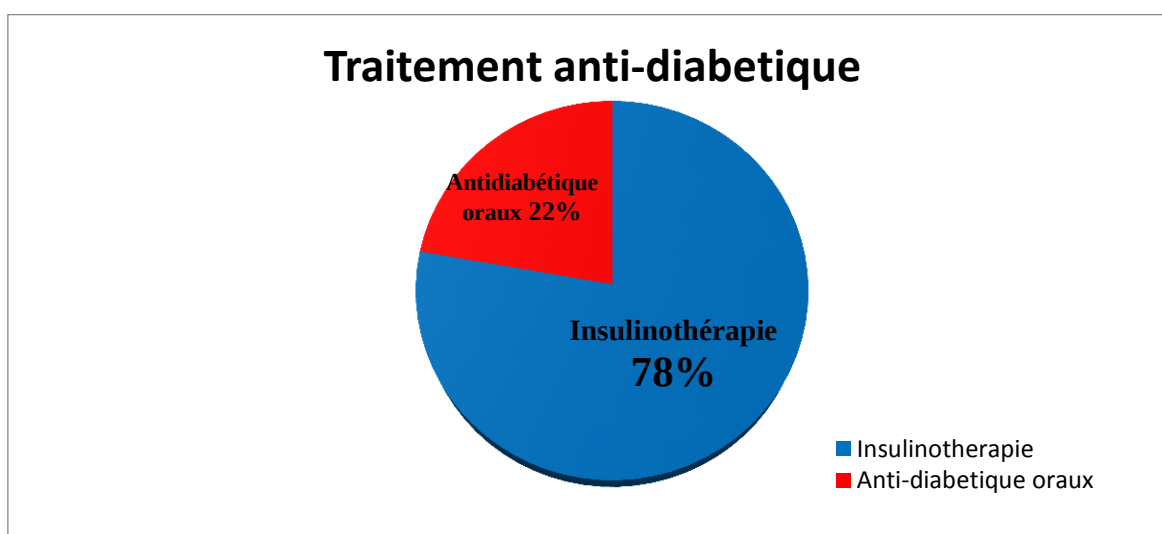


Figure 15 : Répartition des patients diabétiques selon le type de traitement antidiabétique.

En outre , chez les 28 patients diabétiques sous insulinothérapie , on a noté que :

- La majorité des patients (86%) changent le site d'injection , alors que les (11%) ne le changent pas ;
- Seulement 47% des patients peuvent adapter la prise des doses d'insuline après la pratique d'une activité physique , mais la plupart ne savent pas le faire (53%) ;
- Plus que les deux tiers des patients (2/3) fait bien la différence entre les types de l'insuline selon leur durée d'action (lente , rapide ou intermédiaire) , alors que moins d'un tiers (1/3)n'arrivent pas à faire la différence ;
- 57% des patients (soit 16 patient sous insulinothérapie sur 28) peuvent contrôler les déséquilibres glycémiques (hyperglycémie ou hypoglycémie) ; Tandis que 43% ne peuvent pas les contrôler .

L'histogramme sur la figure 18 présente les résultats obtenus .

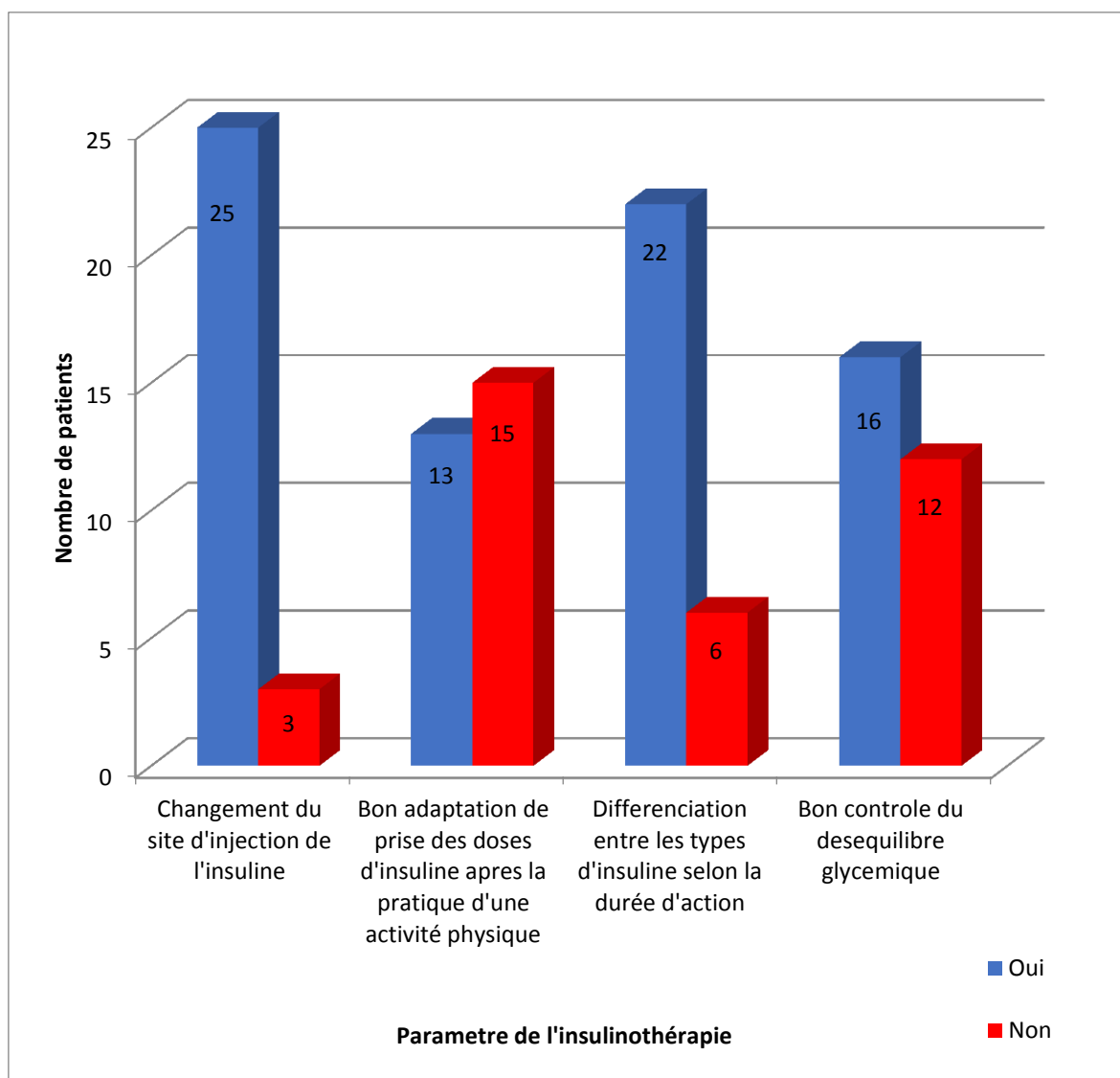


Figure 16 : Répartition des patients diabétiques selon quatre paramètres de l'insulinothérapie .

En synthèse , il apparait que l'évaluation des connaissances concernant l'insulinothérapie est très importante pour les mettre en considération afin de les aborder dans les séances éducatives du programme de l'ETP au future .

❖ *Mesure de la glycémie :*

Concernant la mesure de la glycémie par l'utilisation d'un glycomètre on note que :

- En grande majorité , les patients savent bien comment utiliser le glycomètre sans difficultés (92%) , seulement 8% ne savent pas l'utiliser ;
- 61% des patients interrogés enregistrent les résultats après chaque mesure de la glycémie , et 39% ne les enregistrent pas .

Les résultats obtenus sont présentés par l'histogramme sur la figure 19.

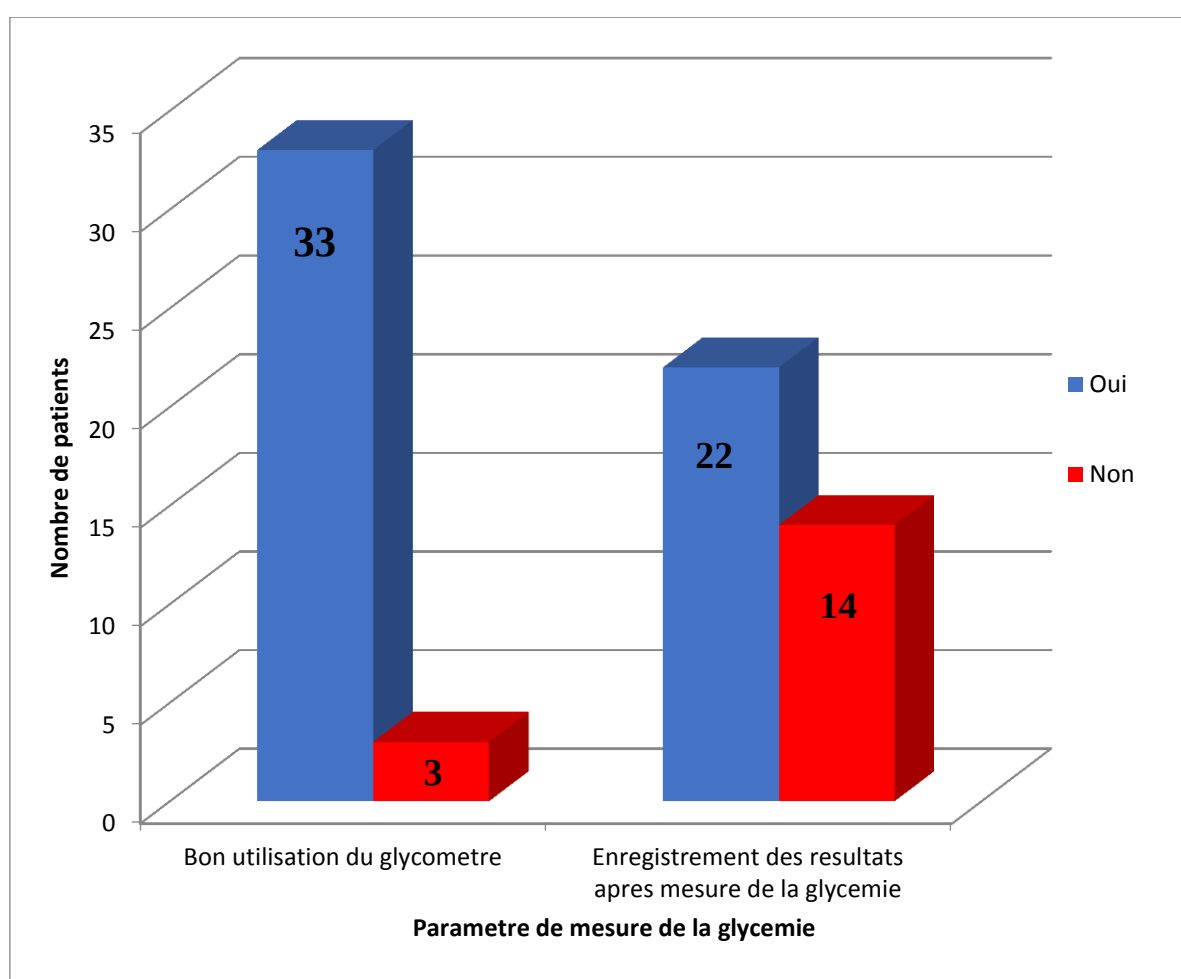


Figure 17 : Répartition des patients diabétiques selon la mesure de la glycémie.

Il apparait clairement que la connaissance des gestes de bonne utilisation du glycomètre et l'enregistrement des résultats constituent des paramètres très importants pour gérer au mieux le diabète, choses qui manquent pour certains diabétiques interrogés .

V.4.8 ÉTAT PSYCHIQUE DU DIABÉTIQUE :

En ce qui concerne l'acceptation de la maladie, le soutien psychosociale et la satisfaction du patient envers le pharmacien , on a noté que :

- 61% soit 24 diabétiques gèrent mieux leurs diabète en l'acceptant comme maladie chronique et pensent qu'ils peuvent mieux vivre même avec le diabète , alors que 39% ne l'acceptent pas et trouvent que c'est difficile de le gérer quotidiennement ;
- La majorité des patients ont un soutien psychosociale (86%) ,au contraire des14% restant qui n'ont pas de soutien ;
- La grande majorité des diabétiques sont satisfaits de leur pharmacien d'officine (89%), seulement 11% ne sont pas satisfaits , comme le montre la figure suivante :

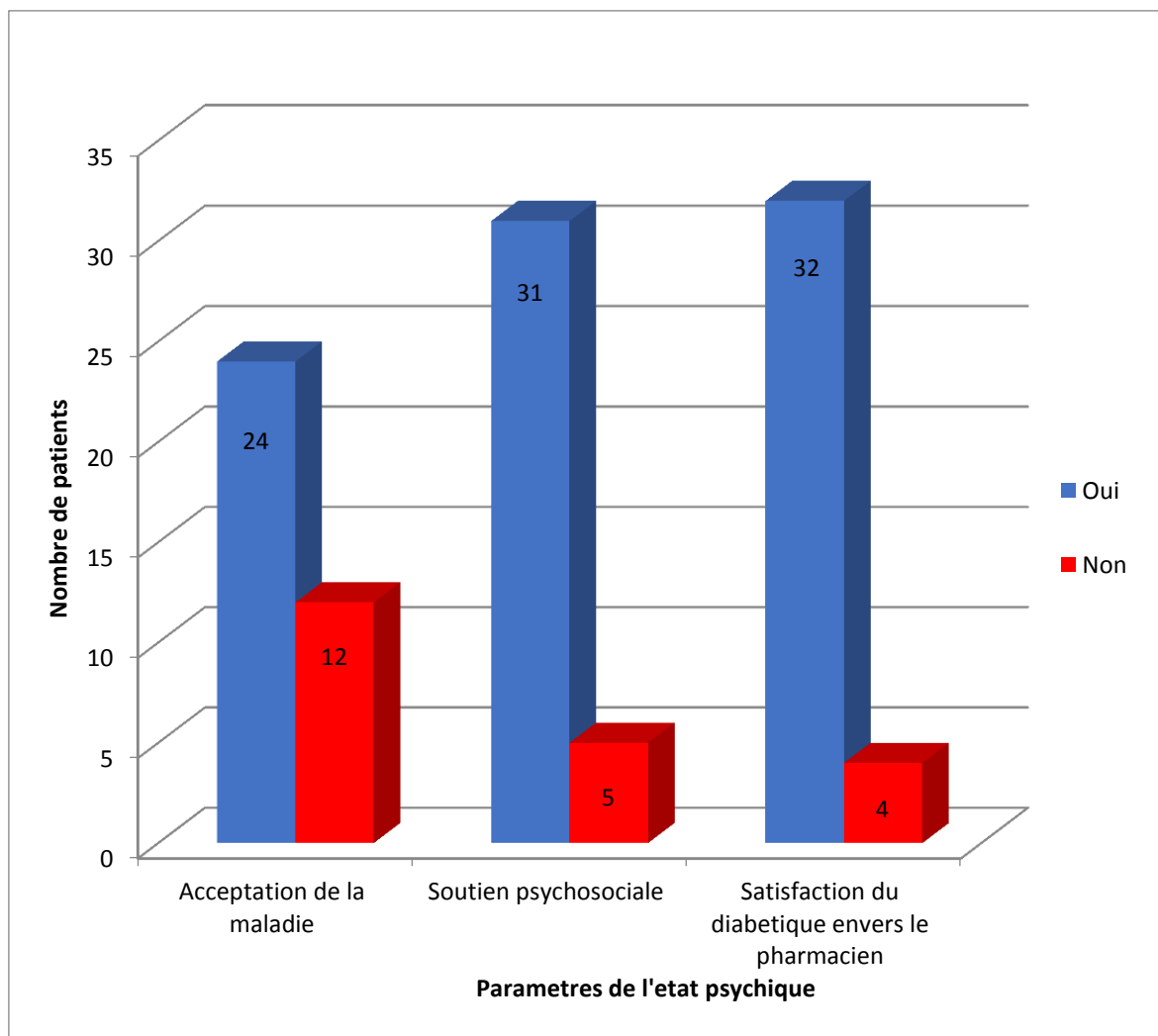


Figure 18 : Répartition des patients diabétiques selon l'état psychique.

On établit la conclusion suivante : l'état psychique des patients diabétiques a sa place dans le changement de la qualité de vie du patient avec sa maladie, soit vers l'amélioration ou vers le danger.

V.5 DISCUSSION :

Dans le contexte de la promotion de la santé, on trouve parmi les nouveaux rôles du pharmacien d'officine, son rôle dans l'éducation thérapeutique du patient.

L'éducation thérapeutique du patient concerne toute maladie chronique y compris le diabète, qui représente un véritable problème de santé public ; C'est un état d'hyperglycémie chronique avec une glycémie à jeun supérieure ou égale 1.26 g/l à deux reprises et/ou supérieure ou égale à 2 g/l à n'importe quel moment de la journée. Il provoque des complications sévères à court et à long terme s'il est mal pris en charge, et pour cela il nécessite un suivi médical très rigoureux.

On a réalisé cette enquête sur une population de 36 patients diabétiques , au niveau de trois pharmacies d'officine« deux à la wilaya de Ain Defla et une à la wilaya de Djelfa » ; Cette enquête consiste à évaluer les compétences de ces patients afin de faire le diagnostic éducatif suivant un entretien basé sur la réponse à un questionnaire en papier distribués en main propre au patient diabétique.

Nos résultats ont révélé que les femmes sont les moins touchées par le diabète avec un pourcentage de (31%) par rapport aux hommes qui représentent les 69%.

Selon les résultats de notre questionnaire , il apparaît que la tranche d'âge la plus touchées chez les deux sexe est celle de 40 à 59 ans. Ces résultats ont montré une prédominance du diabète de type I , avec 67% contre 33% du diabète de type II .

La majorité des patients (69%) , souffrent d'autres maladies qui sont associées au diabète (asthme , cardiopathies et hypercholestérolémie ...etc.) contre 31% qui souffrent du diabète seulement ; L'étude note également qu'une part importante des patients (67%) ne consomment pas du tabac et que 69% ont un sommeil assez suffisant . Ces facteurs de risque (présence d'autre maladie, tabagisme ...etc.) mettent le diabétique dans la zone de danger.

La situation morphologique des patients a été définie par l'indice de masse corporelle IMC, 55% des patients ont une corpulence normale et presque 40% des patients était en surcharge pondérale . Voir obèse , cela s'explique par un régime non adapté par nos patients .

Concernant l'hygiène des pieds , plus que la moitié de cette population ont une mauvaise hygiène de vie avec 14% de ces derniers qui souffrent des infections au niveau des pieds .

L'évaluation des connaissances et des compétences des patients concernant leurs traitement a montré que seulement 19% des diabétiques ont des difficultés au cours de la prise du traitement et que 28% n'ont que des connaissances très limitées concernant leurs traitements .

Par ailleurs , 36% des patients diabétiques prennent leur traitement seul sans l'aide familiale ; La majorité des patients (78%) sont sous insulinothérapie et 89% des ces derniers changent le

site d'injection mais seulement 47% peuvent adapter la prise des doses d'insuline après la pratique d'une activité physique .

Un des points marquants et qu'une proportion non négligeable des patients semblent faire la différence entre les types d'insuline ; Alors que seulement 57% peuvent contrôler les déséquilibres glycémiques .

Une grande majorité (92%) des patients savent bien comment utiliser le glycomètre sans difficultés et plus que 60% enregistrent les résultats après chaque mesure ; Cela est dû certainement aux bonnes explications de la part des professionnels de santé .

A propos de l'état psychique des diabétiques en ce qui concerne l'acceptation de la maladie , le soutien psychosociale et la satisfaction envers le pharmacien , on a noté qu'en majorité , les patients gèrent mieux leurs diabète au quotidien en l'acceptent comme maladie chronique et pensent même qu'ils peuvent mieux vivre avec , et dont la plupart de ces patients ont un soutien psychosociale .

Concernant la satisfaction du patient envers le pharmacien d'officine , seulement 11% exprime leur non satisfaction envers lui et ceci à cause de la non disponibilité de ce dernier , le manque de ses conseils , sa soutien et aussi le problème de rupture pour plusieurs médicaments .

Au vu des résultats de cette enquête , il paraît judicieux de s'intéresser davantage à l'amélioration du suivi des patients diabétiques . Pour ce faire , le pharmacien d'officine détient une place légitime de par sa proximité auprès des patients , sa formation et sa disponibilité .

❖ *Forces et limites de l'étude :*

Avoir recours au questionnaire comme outil d'investigation a l'avantage de donner aux patients l'occasion de répondre librement et précisément aux questions , une cible que nous ne pouvions pas atteindre par d'autres moyens d'investigation ; Le choix du questionnaire présente aussi quelques limites. En effet, les réponses obtenues ne reflètent pas toujours la réalité du terrain et on est tenu à croire sur parole les réponses fournies par le patient .

L'utilisation des questions fermées avec des propositions fixe a permis de cadrer les réponses des patients et ainsi de faciliter l'exploitation des résultats.

Par contre, il était impératif que le questionnaire soit bien conçu initialement pour cerner toutes les propositions possibles ; Après la distribution des questionnaires et en vue des réponses des patients on a remarqué qu'il y a des points dont il fallu rajouter dans le questionnaire .

CHAPITRE V : ENQUÊTE REALISÉE SUR L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT DIABÉTIQUE AU SEIN DE LA PHARMACIE D'OFFICINE[2021]

L'échantillon des patients interrogés peut ne pas être représentatif de la population des patients des deux wilayas concernées par l'étude .

Dans notre étude, on se sent donc concernés par l'ETP, mais on ne peut pas la réaliser au cours de l'exercice quotidien , principalement par manque de temps , de formation et de participation des patients mais surtout à cause des couts excessifs engendrées .

CONCLUSION

CONCLUSION :

Malgré le faible effectif de notre étude , la démarche éducative des patients diabétiques a mis en exergue le rôle primordiale que le pharmacien d'officine occupe ; Notamment dans l'amélioration des connaissances ainsi que l'état de santé des diabétiques .

En Algérie , le pharmacien d'officine est un acteur de santé de proximité , a donc la possibilité de participer à la prise en charge des pathologies chroniques qui se voient leur taux en évolution inquiétante et redynamiser le métier du pharmacien en intégrant des nouvelles missions comme l'éducation thérapeutique du patient , malgré plusieurs contraintes qui le confrontent (manque de temps , manque de formations et de coopération entre les professionnels de santé...) , ceux-ci nécessitent des modalités de mise en œuvre définies par arrêtés ainsi que des supports d'accompagnement validés (tel que le dossier pharmaceutique) et aussi l'élaboration des fiches pédagogiques destinées à être distribuées aux pharmaciens d'officine ainsi qu'à leur équipe officinale afin d'améliorer les conseils pratiques délivrés aux patients .

La mise en place de tels entretiens nécessite une formation professionnelle adaptée des pharmaciens officinaux , et nécessite également la présence de locaux pour recevoir les patients afin de réaliser ces entretiens .

En perspective , nous souhaitons compléter l'enquête par deux questionnaires en parallèle, l'un destiné aux pharmaciens d'officine , ce qui nous permettra d'obtenir leurs opinions concernant l'ETP et leur intérêt de participer à un éventuel suivi destiné aux patients diabétiques , et le deuxième adressé aux autres professionnels de santé (diabétologues, infirmiers, nutritionnistes...) afin d'évaluer leur niveau de coopération et de participation aux programmes de l'ETP .

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

OUVRAGES ET THÈSES :

1. **Abdelkedir.K** ; «Les marqueurs biologiques des complications du diabète sucré» . Université de Constantine 1 , 2004 . Page 139 .
2. **Lemozy.S** ; L'éducation Thérapeutique , Chapitre 13 «Place Dans Les Maladies Chroniques Exemple Du Diabète» , Juillet 2008 ; Page 1-10 .
3. **Maëlle.L** ; « Histoire De L'éducation thérapeutique Du Patient », d'exercice, Université de Limoges , 2019 ; Page 20 .
4. **Mazaleyrat.S** ; Le pharmacien d'officine, véritable acteur de santé publique « Mise en place de différents outils pour la prise en charge du patient à l'officine et la coopération interprofessionnelle » , Université de Limoges le 11 février 2013 . Page 45-46 ,
Disponible en ligne sur :
https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://journals.openedition.org/communiquer/1933&ved=2ahUKEwj74OfHjMXxAhVIUcAKHQbCCEkQFjABegQIAxAC&usg=AOvVaw1Z8_ZDbEqoT_1-mJj98DvK .
5. **Mosnier-Pudar.H et Hochberg-Parer.G** ; « Éducation thérapeutique, de groupe ou en individuel: que choisir? » , Editions Elsevier Masson « Médecine Mal. Métaboliques vol 2 N°4 » , 2008 ; Page 425- 431.
6. **Oudini.A** ; «Rôle du pharmacien dans l'éducation thérapeutique des patients cancéreux traités par la Capécitabine en ambulatoire» , Université Saad Dahleb Blida , Juillet 2019 . Page 23 .
7. **Rantucci.M.J** ; « Le dialogue pharmacien-patient » . Rueil-Malmaison : ÉditionsPro-Officina , 2008 , page 179.
8. **Tribonnire.X et Ait El-Mahjoub.B** ; Contexte de la maladie chronique et prévention «in Pratiquer l'éducation thérapeutique » . France ; Elsevier Masson , Juin 2016 , p. 301 .
9. **Young.J** ; «Endocrinologie , diabétologie et maladies métaboliques» , abrégés connaissances et pratique . 2ème édition . Editions Elsevier Masson, mars 2011, chapitre 13: diabète de type 2, page 259.

REVUES ET ARTICLES SCIENTIFIQUES :

10. **Al-Arcari.C** ; « L'éducation thérapeutique du patient » en Prat. Neurol 2012, volume FMC, N°3 . Page 55-61 .
11. **Badger F, Kingscote-Davies T, Nolan P** ; « The pharmacist's role in the medicinal management of depression» . Nurs Stand , Birmingham , (7-13) Aout 2002 . 16(47) . Page33-40 .Disponible en ligne sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12219448/>

12. **Benoit.E , Pavot.A-L et D. Liban** ; « L'éducation du patient à l'officine, un nouvel enjeu pour la profession », Actualité Pharmaceutique volume 48, N°487 Juillet 2009 . Page 22-26 .
13. **Buffet et Vatie** ; « Médicaments hyper et hypoglycémisants » 2010 . Disponible en ligne sur :
<http://www.medqual.fr/pro/Marie/RESSOURCES%20ET%20INFORMATIONS/PHARMACOLOGIE/MEDICAMENTS-HYPER-ETHYPOGLYCEMIANTS-2011.pdf>.
14. **Giordan.A** « Éducation thérapeutique du patient : les grands modèles pédagogiques qui les sous-tendent », Médecine Maladies Métaboliques Mai 2010, vol. 4, N°3 , Page 305-311 .
15. **Giordan.A** ; « Les modèles pédagogiques de l'Éducation Thérapeutique du Patient : vers une éducation thérapeutique allostérique », Médecine Maladies Métaboliques nov. 2017, vol.11, N°7 . Page 620-627.
16. **Golay.A Et Rosset.C** ; « Le pharmacien d'officine et son rôle dans l'éducation thérapeutique du patient » . Hôpitaux Universitaires de Genève . 2006 .Disponible sur :
<https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-76/30863>.
17. **Grange.L** ; « Principe et réalisation pratique de l'éducation thérapeutique du patient» , Elsevier « Rhumatisme monographie Vol 80 » , 2013 ; Page 146-156 .
18. **Grimaldi.A** ; « Si l'histoire de l'éducation thérapeutique du patient m'était contée... », Médecine et Maladies Métaboliques 2017 , volume 11 ; Page 12 .
19. **Grimaldi.A** ; « Motivation : le point de vue du diabétologue » , Service de Diabétologie . Disponible en ligne sur :
https://www.irepspd.org/_docs/Fichier/2015/4-150326111804.pdf
20. **Harjutasalo.V et Tuomilehto.J** ; « Time trends in the incidence of type 1 diabetes in Finnish children : A cohort study » , the Lancet vol.371 , 2008 . Page 1777-1782 .
21. **HAS-INPES** ; « Deuxième partie : Comment mettre en œuvre un programme personnalisé d'éducation thérapeutique du patient ? » , en «Guide méthodologique : Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques » . France , HAS , 2007 ; Page 23-43 .
22. **HAS-INPES** ; Première partie : Définitions et cadre théorique retenu. In : Guide méthodologique : Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. France : HAS, 2007. Page 4-22 .
23. **Haute Autorité de santé (HAS)** ; « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques » , Guide méthodologique. Du 2007 . Page 109 . Disponible en ligne sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.

24. **Haute autorité de santé** ; « Education thérapeutique du patient (ETP) » , 13 novembre 2007. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
25. **Hazbellaoui.M**; « situation démographique et sanitaire (2000-2017) » le de la Population et de la Réforme hospitalière « MSPRH » . Alger , 11 Juillet 2017 . Disponible en ligne sur :<https://www.aps.dz/sante-science-technologie/60178-algerie-plus-de-80-000-praticiens-de-la-sante-recensesen2015#:~:text=ALGER%20%2D%20Plus%20de%2080.000%20praticiens,Population%20et%20de%20la%20R%C3%A9forme>
26. **Ipsos Santé** . Étude « Les Français et leur pharmacien », 2008 . Rapport d'étude disponible sur :
<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.cespharm.fr/fr/content/download/23033/502002/version/1/file/Les-francais-et-leur-pharmacien-Ipsos-2008-LNP353.pdf&ved=2ahUKEwjip9-wutDxAhWER0EAHbT8A2oQFjAAegQIBRAC&usg=AOvVaw0Gd-A50UW45jLEx6GsUaI8>
27. **Jacquemet.S et Certain.A** ; Bulletin de l'ordre : « Éducation thérapeutique du patient : rôles du pharmacien » . Université de Genève , 2000 ; Page 269- 275 .
28. **Kangambega.W** ; « Education Thérapeutique Du Patient : Les fondements, la définition», IREPS le 23 Janvier 2017 Saint-Martin . Disponible sur :
<http://www.ireps.gp/data/IMG/IREPS-2017-WCDK.pdf>
29. **Lorène.L** ; « Qu'est-ce qu'un entretien pharmaceutique » ; Pharmagest le 6 Avril 2017 . Disponible sur : <https://pharmagest.com/entretien-pharmaceutique/>
30. **Manon.A** ; « Pharmacien : un métier sans cesse en évolution » . 3S santé ; Paris le 10 juillet 2020 . Disponible en ligne : <https://www.3ssante.com/pharmacien-metier-sans-cesse-en-evolution-diversification-missions/#:~:text=En%20tant%20que%20professionnel%20de,prise%20en%20charge%20aux%20malad>
31. **Megerlin.F**, « L'acte pharmaceutique - Réflexions juridiques pour une refondation intellectuelle et éthique ». Bulletin de l'Ordre. Juillet 2002. Vol. 375 . Page 273-281. Disponible en ligne sur : <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=257318>
32. **Monnier.L** ; « Pédagogie, éducation thérapeutique et prévention : le pouvoir des Trois » , Médecine Maladies Métaboliques 2015, volume 9 . Page 7 .

33. **Morel.J** ; « Education du patient et enjeux de sante », in Allocution d'ouverture des journées de colloque et de séminaires « Education du Patient en l'an 2001 », mars 2001, volume 21, numéro 1 .
34. **Morvan.L** ; « Pharmacien d'officine, un métier de communication », Actualité Pharmaceutique volume 56 , N°562 , Janvier 2017 . Page 18-21 .
35. **Nicodème.J-D , Zingg.M , Nicodème.E-P et Uçkay.I** ; « Pied diabétique infecté : du diagnostic à la prise en charge » , revue médicale suisse 2015 Genève . Disponible sur : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2015/revue-medicale-suisse-477/pied-diabetique-infecte-du-diagnostic-a-la-prise-en-charge#tab=tab-read>
36. **Opinion Way** ; Sondage sur : «Les français et leur pharmacie». Santé & médecine . Paris, Janvier 2014 .Disponible en ligne sur :
<https://fr.slideshare.net/OpinionWayTVOpinionW/les-franais-et-leur-pharmacie-pharmacien-manager-avril-2013>
37. **Ordre Des Pharmaciens Du Québec** ; « Guide pratique de la communication pharmacien-patient » , 1998 . Disponible en ligne sur :
http://www.opq.org/cms/Media/593_38_frCA_0_guide_comm_pharm_patient.pdf
38. **Organisation Mondiale De La Santé (OMS)** et Fédération Internationale Pharmaceutique (FIP) ; « Elargir la pratique pharmaceutique » . 2006 ; Disponible en ligne sur :
<http://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeFR.pdf>
39. **Organisation Mondiale de la santé (OMS)** ; « Les maladies chroniques » . Disponible sur : https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/>.ces
40. **Poitrais.F** ; « Les enjeux de l'éducation thérapeutique du patient diabétique » : Actualités Pharmaceutiques. 2011 Volume 50, N°508 . Page 3-20 .
41. **Tamburini.S** ; « Le rôle du pharmacien dans les vigilances et les alertes sanitaires », Groupe MACSF , France ; 19 Mars 2020 . Disponible sur :
<https://www.macsfr.fr/responsabilite-professionnelle/Cadre-juridique/role-pharmacien-vigilances> .
42. **Université De Gand (Belgique)** . « What is Pharmaceutical Care ? université de Gent » . Disponible sur :
<http://www.ugent.be/fw/en/research/bioanalysis/pharmaceuticalcare/description.html>
43. **Untas.A , Lelorain.S , Dany.L et Koleck.M** ; « Psychologie de la santé et éducation thérapeutique : état des lieux et perspectives », Prat. Psychol juin 2020 , vol. 26 , N°2 . Page 89-106 .

LIENS INTERNET :

44. <https://www.diabete.qc.ca/fr/vivre-avec-le-diabete/alimentation/trucs-et-conseils/les-collations/> .
45. http://www.memobio.fr/html/bioc/bi_did_ph.html
46. http://www.memobio.fr/html/bioc/bi_did_ph.html
47. <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-cahiers-thematiques/La-responsabilite-du-pharmacien> .
48. <http://www.santemaghreb.com/algerie/poivue87.html>
49. <http://www.santenews-dz.com/algerie-le-taux-de-prevalence-du-diabete-est-de-14/>
50. <https://cpcms.fr/guide-stage/knowledge-base/les-vigilances-a-lofficine/>
51. <https://diabete.ooreka.fr/comprendre/causes-diabete-type-1>
52. <https://diabete.ooreka.fr/comprendre/diabete-type-2>
53. <https://mhemo.fr/les-traitements/lacces-au-medicament/que-fois-je-faire-en-cas-dapparition-deffets-secondaire/>
54. <https://uclouvain.be/fr/etudier/iufc/soins-pharmaceutiques.html>.
55. <https://www.actions-traitements.org/accompagnement/etp-cest-quoi/>
56. <https://www.celtipharm.com/Pages/Conseil-comptoir/2016/La-communication-a-lofficine.aspx#:~:text=La%20communication%20%C3%A0%20l'officine%20doit%20r%C3%A9pondre%20%C3%A0%20plusieurs%20objectifs,moyens%20qu'il%20veut%20utiliser> .
57. <https://www.diabete.fr/comprendre-le-diabete/diabete-de-type-2>
58. <https://www.diabete.qc.ca/fr/vivre-avec-le-diabete/soins-et-traitements/soins-du-corps/le-diabete-et-le-soin-des-pieds/>
59. <https://www.doctissimo.fr/html/nutrition/poids/articles/12187-poids-diabete-danger.html>
60. <https://www.doctissimo.fr/medicaments/effets-secondaires-des-medicaments/medicaments-perturbant-glycemie>
61. <https://www.doctissimo.fr/medicaments/effets-secondaires-des-medicaments/medicaments-perturbant-glycemie>.
62. <https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fdiabeteswalls.blogspot.com%2F2019%2F06%2Fcomment-savoir-si-diabete-type-1-ou-2.html&psig=AOvVaw1am-0yMW3R6F2TkYw9NCPc&ust=1621358079444000&source=images&cd=vfe&ved=0CA0QjhXqFwoTCKjdptab0fACFQAAAAAdAAAAABAJ>.
63. https://www.medecinedelapersonne.org/sessionspassees/2006/hendersonsmith_2006_fr.pdf

64. https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=Neuropathie_pm-traitements-de-la-neuropathie-et-des-douleurs-neuropathiques .
65. <https://www.sanofi.dz/-/media/Project/One-Sanofi-Web/Websites/Africa-Middle-East/Sanofi-DZ/Home/newsroom/2019/Communique-Presse-Diabetes->
66. https://www.sfdiabetes.org/sites/www.sfdiabetes.org/files/files/ressources/reco_sfd_surveillance_glycemique_mars2017.pdf.
67. <https://www.vidal.fr/maladies/metabolisme-diabete/acidocetose-diabetique/autres-formes.html> .
68. <https://www.vidal.fr/maladies/metabolisme-diabete/diabete-type-1.html>
69. <https://www.vidal.fr/maladies/metabolisme-diabete/diabete-type-1/complications.html> .
70. <https://www.vidal.fr/maladies/metabolisme-diabete/diabete-type-2.html> .
71. <https://www.vidal.fr/maladies/metabolisme-diabete/diabete-type-2/complications.html> .
72. <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/diabete-de-type-1-1708.html#prise-en-charge>
73. [https://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/fr/#:~:text=Le%20diab%C3%A8te%20est%20une%20maladie,dans%20le%20sang%20\(hyperglyc%C3%A9mie\)](https://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/fr/#:~:text=Le%20diab%C3%A8te%20est%20une%20maladie,dans%20le%20sang%20(hyperglyc%C3%A9mie)).
74. https://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/fr/#:~:text=Le%20diab%C3%A8te%20de%20type%201,'insuline%20par%20l'organisme.
75. <https://www.diabete.fr/comprendre-le-diabete/diabete/le-diabete-dans-le-monde> .

AUTRES :

76. **Bouteflika.A** ; « Pharmacie d'officine » , Journal officiel de la république Algérienne N°46 : Article 249, Alger le 29-07-2018 , Page 5 .
77. **Dellaoui.Y** , Etude de pharmacie : le modèle algérien , Journal El-Watan Algérien , 08 février 2017 ; Disponible en ligne sur : <https://www.elwatan.com/archives/etudiant-archives/etudes-de-pharmacie-le-modele-algerien-08-02-2017>
78. **Ghozali.SD** ; « Code de déontologie médicale en Algérie » , Journal officiel de la république Algérienne N°52 : Articles 02-104-105-112-113-114-115 Alger le 08 juillet 1992. Pages 1160-1175 .
79. **Lancet**; « Effects of Ramipril on Cardiovascular and Microvascular Outcomes in People with Diabetes Mellitus: Results of the HOPE Study and MICRO-HOPE Substudy ». Heart Outcomes Prevention Evaluation Study . Investigators N°9200 ,Londonle 22 janvier 2000 . Page 253-259.
80. **Ordre Nationale Des Pharmaciens** ; "code de déontologie médicale" , du code de santé public . Juillet 2009 , Paris . Page 3-10 .

ANNEXES

ANNEXE :

ANNEXE 1 : CIRCULAIRE N°12 DU 22 OCTOBRE 2006 RELATIVE A L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE PHARMACIEN D'OFFICINE , ALGER	IX
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE POUR LES DIABETIQUES DE TYPE I ET DE TYPE II (PAGE 1)	IX
ANNEXE 3 : FICHES SUPPLEMENTAIRES DE CONSEILS AUX PATIENTS DIABETIQUES (FICHE N°1) ; « CONSEIL SUR LES EXAMENS DE SUIVI RECOMMANDE »	XV

Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
CIRCULAIRE N° 12 MSPRH/AIN DU 21 OCTOBRE 2006 RELATIVE A L'EXERCICE DE LA PROFESSION
DE PHARMACIEN D'OFFICINE

Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population des wilayas :

- Pour exécution et communication aux Praticiens Médicaux Inspecteurs.

De nombreuses anomalies ont été constatées dans l'exercice de la profession de pharmacien d'officine.

Aussi, des inspections régulières seront entreprises par les praticiens inspecteurs relevant du Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière.

Ces inspections entrent dans le cadre des attributions nouvelles, à la charge du département, décidées par les autorités supérieures du pays en matière de contrôle des activités des officines notamment, et dont les principes sont rappelés ci-dessous :

1.- Le Personnel :

- la présence du pharmacien titulaire habilité doit être effective au niveau de l'officine.
- En cas de contrôle il doit présenter toutes les pièces justificatives de son agrément et de l'activité autorisée.
- Tout remplacement dans le cas de force majeure, doit faire l'objet d'une décision de l'autorité compétente. Celle-ci doit être affichée.

- Le pharmacien est tenu d'inscrire sur le registre d'ordonnances, les noms, prénoms et adresses des patients avec numéro de la carte d'identité ainsi que le nom du médecin traitant et la date de délivrance de l'ordonnance pour tout ce qui concerne les psychotropes et les stupéfiants.

- La dispensation des médicaments est l'acte pharmaceutique associant la délivrance à :

- l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale
- la mise à la disposition du malade d'informations nécessaires au bon usage du médicament.
- 2.- Les Médicaments :

- Tout médicament, objet de la dispensation doit être enregistré à la Nomenclature Nationale du Médicament établie par le Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière.

Le médicament, mis en vente doit comporter obligatoirement sur son conditionnement :

- le numéro de codification, • les dates de fabrication et de péremption.
 - les numéros de lots.
 - une vignette comportant le Prix Public Algérie (PPA) et les couleurs de remboursement ou non remboursement du produit ainsi que le tant de référence, s'il est établi.
- Le produit pharmaceutique, autre que le médicament, doit figurer sur la liste officielle, telle que prévue par l'arrêté n°52 du 10 juillet 1995 fixant la liste des marchandises autorisées à la vente dans les officines.
- la conservation des médicaments et produits pharmaceutiques doit respecter les conditions appropriées (chaîne de froid, etc...)

3.- Les Locaux :

- les officines doivent être installées dans des locaux bien adaptés aux activités qui s'y exercent et convenablement équipés et tenus.
- Des espaces distincts doivent être réservés à la préparation officinale.

à l'analyse médicale quant elle est autorisée, à la dispensation des médicaments, et ce, afin d'éviter toute contamination croisée et toute gêne dans l'exercice pharmaceutique.

- Les appareillages doivent être facilement manipulables en vue d'un nettoyage fréquent.
- les armoires destinées au rangement des produits stupéfiants doivent être fermées à clef.
- Les médicaments ne doivent pas être à portée de mains du public.
- Le pharmacien doit s'assurer que le matériel et les accessoires destinés à la préparation officinale sont fonctionnels et stérilisés si nécessaire.

4. L'inspection :

Dans le cadre du respect des normes pratiques de dispensation pharmaceutique, les inspections d'officine sont obligatoires.

Les praticiens inspecteurs sont chargés, en particulier, dans les limites de leurs zones d'intervention sauf instruction particulière émanant de l'Inspection Générale du Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, de :

- vérifier la présence effective du pharmacien titulaire dans l'officine,
 - veiller au respect des règles d'hygiène,
 - contrôler la garde au niveau des officines, et s'assurer de la présence effective du personnel et en particulier du pharmacien titulaire,
 - veiller au respect des conditions de stockage au niveau de l'officine,
 - prélever des échantillons de préparations pharmaceutiques dans les officines, en vue de leur contrôle de qualité, le cas échéant, • contrôler le registre (ordonnances) des substances psychotropes et stupéfiants,
 - vérifier la durée de validité (date de fabrication et surtout de péremption des produits),
 - vérifier l'effectivité du vignettage et le respect du Prix Public Algérie (PPA), affiché, conformément à la réglementation en vigueur, relative aux marges plafonds applicables à la production, au conditionnement et à la distribution des médicaments à usage de la médecine humaine. Le contrôle des prix concerne aussi bien les officines que les grossistes en la matière.
- La périodicité des inspections ne doit en aucune manière être inférieure à une inspection par mois. En cas d'infraction, les sanctions prévues par la législation et la réglementation en vigueur seront prises.

Le Ministre de la Santé et de la Population
AMAR TOUT

Annexe 1 : Circulaire N°12 du 22 octobre 2006 relative à l'exercice de la profession de pharmacien .

QUESTIONNAIRE DESTINE AUX PATIENTS DIABETIQUES

Dans le cadre d'une thèse d'exercice pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en pharmacie intitulé :

Rôle du pharmacien d'officine dans l'éducation thérapeutique du patient (exemple des patients diabétiques)

Mars 2021

Présentez-Vous :
.....
.....

Date du diagnostic de la maladie :

Vous êtes diabétique : Type 1 ☐ Type 2 ☐

Consommez-vous du tabac ? Oui ☐ Non ☐

Est ce que vous mesurez votre tension artérielle ? Oui ☐ Non ☐

Est ce que vous dormez bien suffisamment ? Oui ☐ Non ☐

Souffrez-vous ou avez-vous certaines allergies ? Non ☐ Oui ☐

Si oui , les mentionner :

.....
.....

Rendez-vous de la consultation médicale :

Dans les situations d'urgence ☐ Dans la date exacte ☐

Recevez-vous un soutien morale familiale et sociale (amis et entourage) ? Oui ☐ Non ☐

Y a-t-il quelqu'un avec vous pour vous aider à prendre votre traitement ? Oui ☐ Non ☐

1

Annexe 2 : Questionnaire pour les diabétiques de type I et de type II (page 1) .

Respectez-vous les mesures et les règles de prévention contre les maladies contagieuses (Grippe, Corona virus ...) ? Oui ☐ Non ☐

Souffrez-vous d'autres maladies ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, les mentionner :

.....
.....

Les médicaments utilisés dans le traitement du diabète :

1/	5 /
2/	6 /
3/	7/
4/	8/

Prenez-vous d'autres médicaments ? Oui ☐ Non ☐

Si oui les quels :

1/	4 /
2/	5/
3/	6/

Prenez-vous vos médicaments à l'heure ? Oui ☐ Non ☐

Respectez-vous le dosage prescrit par le médecin ? Oui ☐ Non ☐

INSULINOTHÉRAPIE :

Traitez-vous par l'insuline ? Oui ☐ Non ☐

Différenciez-vous bien entre les types d'insuline de votre traitement ? Oui ☐ Non ☐

Changez-vous les sites d'injections ? Oui ☐ Non ☐

Injectez-vous dans le même site ? Oui ☐ Non ☐

Différenciez-vous bien entre les types de vos médicaments ? Oui ☐ Non ☐

Combien de fois vérifiez-vous ta glycémie par jour ?

Une fois ☐ 2fois ☐ 3fois ☐ Plus ☐

Pouvez-vous contrôler vous-même les variations de la glycémie ? Oui ☐ Non ☐

Enregistrez-vous les résultats de la glycémie quotidiennement ? Oui ☐ Non ☐

Savez-vous bien comment utiliser le lecteur de glycémie ? Oui ☐ Non ☐

HYPOGLYCÉMIE :

Connaissez-vous les signes de l'hypoglycémie ? Oui ☐ Non ☐

Connaissez-vous la conduite à tenir ? Oui ☐ Non ☐

Pouvez-vous gérer personnellement l'hypoglycémie ? Oui ☐ Non ☐

Gardez-vous des morceaux de sucre dans votre poche habituellement ? Oui ☐ Non ☐

Compensez-vous l'activité physique par une collation supplémentaire ? Oui ☐ Non ☐

RÉGIME ALIMENTAIRE :

Suivez- vous un régime alimentaire précis ? Oui ☐ Non ☐

Ce regime est fait sur un avis : Personnel ☐ Medical ☐

Utilisez-vous habituellement des prescriptions à base de plantes médicinales ?

Oui ☐ Non ☐ Avec Un Avis Médical ☐

Mangez vous des fruits ? Toujours ☐ De Temps En Temps ☐ Jamais ☐

Mangez vous des légumes ? Toujours ☐ De Temps En Temps ☐ Jamais ☐

Mangez vous des viandes ? Toujours ☐ De Temps En Temps ☐ Jamais ☐

Est ce que vous utilisez de l'huile ou de la beurre dans la cuisine ?

la margarine ? Toujours ☐ De Temps En Temps ☐ Jamais ☐

l'huile d'olive ? Toujours ☐ De Temps En Temps ☐ Jamais ☐

l'huile de tournesol ? Toujours ☐ De Temps En Temps ☐ Jamais ☐

l'huile de maïs (Elio , Afia , La Belle) ? Toujours ☐ De Temps En Temps ☐ Jamais ☐

Adhérez-vous à un régime alimentaire équilibré selon les recommandations du médecin ?

Oui ☐ Non ☐

Maintenez-vous le régime de trois repas principaux par jour ? Oui ☐ Non ☐

Prenez-vous des repas de relai entre les repas principaux ? Oui ☐ Non ☐

Buvez-vous suffisamment de l'eau dans la journée ? Oui ☐ Non ☐

Prenez-vous des repas riches en carbohydrates et en protéines (Noix ,Fruits ,Amidons) ?

Oui ☐ Non ☐

Consommez-vous de l'ail ? Oui ☐ Non ☐

Etes-vous accro au café ? Oui ☐ Non ☐

LE JEÛNE ET RAMADAN : lors du mois sacré ,

Avez-vous des difficultés d'utilisation de vos médicaments : Oui ☐ Non ☐

Prenez-vous vos médicaments à l'horaire ? Oui ☐ Non ☐

Jeûnez-vous habituellement dans d'autres mois que ramadan ? Oui ☐ Non ☐

ACTIVITÉ PHYSIQUE :

Est ce que vous fait des tournées à pieds ? Oui ☐ Non ☐

Ou avec un vélo ? Oui ☐ Non ☐

la durée : 10 Minutes ☐ Une Demi-heure ☐ Une Heure ☐

Passez vous beaucoup de temps pendant la journée assis ou couchée ? Oui ☐ Non ☐

la durée : 1heure ☐ 2heures ☐ 3heures ☐ Plus ☐

Pratiquez-vous régulièrement un certain sport ? Oui ☐ Non ☐

L'effort donnée : Grand ☐ Moyen ☐ Petit ☐

Essayez-vous de commencer un sport qui s'adapte à ta santé ? Oui ☐ Non ☐

Après l'activité physique , Prenez-vous d'une collation ? Oui ☐ Non ☐

Lorsque vous faites du sport , modifiez-vous la dose d'insuline ? Vous diminuez la dose ☐

Vous augmentez la dose ☐ Vous conservez la dose habituelle ☐

SOINS DES PIEDS :

Séchez-vous bien les pieds après les laver ? Oui ☐ Non ☐

Portez-vous des chaussures confortables ? Oui ☐ Non ☐

A quelle fréquence coupez-vous les ongles ? 1fois / semaine ☐ 2fois / semaines ☐
1fois / mois ☐ 1fois / 15 jours ☐

Vérifiez-vous fréquemment l'état de vos pieds ? Oui ☐ Non ☐

Y a-t-il des rougeurs , des infections ou des champignons (levures) ? Oui ☐ Non ☐

Marchez-vous avec les pieds nus ? Oui ☐ Non ☐ Parfois ☐

Savez-vous bien comment utiliser le moniteur de pression artérielle ? Oui ☐ Non ☐

Lorsque vous prenez votre traitement , rencontrez-vous des difficultés ou des problèmes ?

Oui ☐ Non ☐

Retardez-vous habituellement la prise de vos médicaments ? Oui ☐ Non ☐

De temps en temps ☐

Lorsque vous nécessite de l'aide concernant certain médicament , vous : Lisez La Notice ☐
Recherchez sur internet ☐ Consultez le pharmacien ☐ Consultez le médecin ☐

Le pharmacien vous fournit-t-il suffisamment d'informations et de conseils ?

Oui ☐ Non ☐

Vous vous êtes bien adapté pour vivre avec votre traitement ? Oui ☐ Non ☐

Souffrez-vous des effets indésirables ou secondaires ? Oui ☐ Non ☐

Si oui , les quels :

1/	4 /
2/	5/
3/	6/

En cas des effets indésirables ou secondaires vous consultez :

Le médecin ☐ Le pharmacien ☐ Aucun ☐

Souffrez-vous du stress , anxiété , peur ? Oui ☐ Non ☐

Vaccinez-vous annuellement contre la grippe ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous déjà participé à des campagnes de sensibilisation pour le diabète ? Oui ☐ Non ☐

➤ Y A-T-IL DES QUESTIONS ?

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

I/ INSTRUCTIONS :

1. Connaitre plus sur le diabète , accepter de l'aide et partager les expériences des autres .
2. Enregistrez toutes les questions et dirigez -les vers le médecin lors du prochaine visite .
3. Emmenez un membre de la famille ou un ami avec vous lors de la prochaine visite chez le médecin pour vous aider à vous souvenir des trucs et des conseils .
4. Prenez chaque médicament à l'horaire recommandé .
5. Surveillez votre glycémie régulièrement, ainsi faites-vous les analyses biologique de l'urine périodiquement (Hb1c , Cétonurie , Glycosurie , Kaliémie) .
6. Enregistrez les résultats de la glycémie dans un carnet privé .
7. Respectez les règles du régime alimentaire , ainsi le traitement .
8. Pratiquez une activité physique adapté .
9. Portez toujours 15g du sucre en prévision de toute hypoglycémie .
10. Assurez-vous de la propreté pour éviter les infections microbiennes (bactéries , champignons ...) , tout en évitant les bains chauds prolongés , ainsi qu'en changeant les zones d'injections d'insulines .
11. Eviter de marcher avec les pieds nus , et surveillez toujours l'état de vos pieds .
12. Evitez la consommation de l'ail .
13. Lavez les pieds bien avec de l'eau tiède , séchez entre les orteils et portez des chaussures confortables .
14. Conservez bien les stylos d'insuline dans le frigidaire .
15. Eviter l'anxiété , le stresser et le peur .

II/ CONSEILS :

1. Divisez vos repas quotidiens en trois repas principaux et deux collations .
2. Dormir assez longtemps , et évitez de trop asseoir .
3. gardez ton humeur positive
4. Evitez les sucreries et les sucres rapides (jus , les boissons gazeuses) .
5. Traité l'obésité avec un régime adapté (diminuez les calories) .
6. Evitez de consommer du tabac , la fumée et les boissons alcooliques .
7. Pratiquez une activité physique régulière en évitant les sports violents .
8. Consommez du fruits , légumes et poissons ; Et traitez l'obésité .
9. Evitez le stress , l'anxiété et la dépression .
10. Evitez les maladies contagieuses (respectez les règles de préventions contre le Corona virus , la Grippe ...) .
11. Consultez le médecin dans le rendez vous exact et en cas de besoin .
12. Le pharmacien est toujours à votre service par ses conseils , ses orientations pour tout ce qui concerne votre santé .

Merci

عافانا الله وإياكم

Les examens de suivi recommandés

Le diabète est le plus souvent une maladie silencieuse.
Même si l'on ne ressent rien, il peut être à l'origine de complications.
Des examens de suivi réguliers sont donc nécessaires.



MESURE DU POIDS ET DE L'INDICE DE MASSE CORPORELLE*

Pour détecter une éventuelle surcharge pondérale (qui peut être source de complications) et adapter son alimentation en conséquence.

* Indice de masse corporelle = poids (kg) / taille (m)².
Pour un adulte, il y a surcharge pondérale lorsque l'IMC > 25.



MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE

Pour contrôler le niveau de la pression artérielle.



DOSAGE DE L'HÉMOGLOBINE GLYQUÉE (HBA1C)

Pour estimer le taux moyen de sucre (glucose) dans le sang et ajuster au mieux le traitement.



BILAN LIPIDIQUE

Pour mesurer la concentration dans le sang des graisses (cholestérol, triglycérides) qui participent à la survenue de complications cardiovasculaires.



EXAMEN DU FOND D'ŒIL

Pour dépister d'éventuelles lésions de la rétine.



BILAN DENTAIRE

Pour dépister et traiter d'éventuelles lésions des dents et des gencives.



ÉLECTROCARDIOGRAMME

Pour détecter d'éventuelles maladies cardiaques.



BILAN RÉNAL

Pour s'assurer qu'il n'y a pas de complications au niveau des reins.



EXAMEN DES PIEDS

Pour vérifier régulièrement la sensibilité de la peau et déceler d'éventuelles lésions ou plaies.

Parlez-en avec votre médecin traitant !

Annexe 3 : Fiches supplémentaires de conseils aux patients diabétiques (Fiche N°1) ;
« Conseil sur les examens de suivi recommandé » .

Les conseils de mon pharmacien : la rétinopathie diabétique



Qu'est-ce-que c'est ?

Une complication de mon diabète qui touche la rétine. Des vaisseaux sanguins prolifèrent, bouchent le champ visuel et décolle la rétine.



Comment la reconnaître ?

Le plus souvent, il n'y a pas de symptômes. Les symptômes apparaissent lorsque la maladie est à un stade avancé : perte de la vision nocturne, vision floue, tâches noires ou flash lumineux, baisse de l'acuité visuelle.

Le risque ?

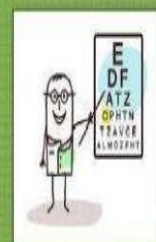
La rétinopathie peut provoquer une baisse de la vue voir une cécité.

Comment prévenir cette complication ?

Il faut faire un dépistage tous les 1 à 2 ans pour découvrir la maladie avant l'apparition des symptômes. Il est important d'atteindre les objectifs fixés par mon médecin au niveau de mon taux de sucre dans le sang (HbA1c) et de ma tension artérielle.

Que faire dans ce cas ?

Il faut consulter en urgence un ophtalmologue en lui signalant la présence de mon diabète. Un orthoptiste peut également faire l'examen et envoyer les photos à mon ophtalmologue.



Annexe 3 :Conseils du pharmacien sur la rétinopathie diabétique (Fiche N°2) .

L'activité physique du patient diabétique

▪ Bienfaits de l'activité physique chez le diabétique?

Favorise un équilibre glycémique en diminuant l'hémoglobine glyquée (HbA1c), permet également une diminution du poids corporel, notamment chez les personnes en excès de poids, améliore la pression artérielle, prévient aussi des complications cardiovasculaires (les thromboses artérielles, l'athérosclérose,...), en améliorant la circulation sanguine.



Quel sport à exercer et à quelle fréquence?

Le patient doit exercer une activité physique à intensité légère à modérée « activités douces ou d'endurance »



La marche



Le vélo



La natation

Au minimum 30 minutes par jour, le patient pourrait se progresser en exerçant une activité modérée d'une durée totale de 150 minutes /semaine (cette activité est répartie sur 3 jours d'une durée minimum de 10 minutes par jour).

Conseils lors de l'exercice physique

Toujours avoir du sucre avec soi : risque d'hypoglycémie par consommation de glucose.

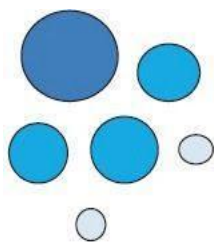


Contrôler sa glycémie, avant, pendant et après l'activité physique, et être capable d'adapter sa dose d'insuline, aux antidiabétiques oraux-



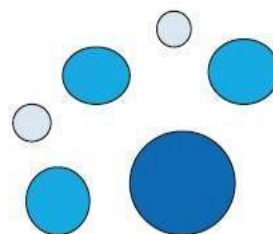
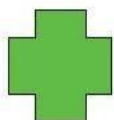
S'équiper des chaussures adaptées,
inspecter ses pieds avant et après chaque activité.





Soins des pieds

- @ Inspecter ses pieds chaque jour en s'aidant si besoin d'un miroir pour en voir le dessous
- @ Laver ses pieds chaque jour à l'eau tiède et les sécher soigneusement, notamment entre les orteils
- @ Porter des chaussettes en coton et les changer tous les jours
- @ Couper les ongles au carré et limer les angles
- @ Appliquer une crème hydratante sur les pieds le soir au coucher
- @ Acheter ses chaussures en fin de journée
- @ Eviter les bains de pieds prolongés et les coricides
- @ Consulter immédiatement en cas de lésion et/ou coloration suspecte du pied
- @ Consulter un podologue régulièrement



Hyperglycémie

Définition:

Une hyperglycémie se caractérise par une glycémie supérieure à 1,26 g/L .
À plus de 1,80 g/L, des signes caractéristiques peuvent se manifester.
En cas d'une hyperglycémie très élevée
(5 g/l -6 g/l), vous risquez une acidocétose (présence de corps cétoniques dans le sang et les urines). Consulter votre médecin en urgence .

symptômes:



Causes:

- oubli d'une injection d'insuline ou prise irrégulière d'un traitement
- infection ou maladie occasionnelle
- stress important
- excès alimentaire
- activité physique insuffisante...

Conduite à tenir en cas d'hyperglycémie ?

Mesurer votre glycémie à l'aide de votre lecteur de glycémie capillaire pour confirmer l'état d'hyperglycémie

Détecter la présence des corps cétoniques par examen des urines à l'aide des bandelettes urinaires

Comment faire baisser cette glycémie que vous trouvez à plus de 350 mg/dl sur votre lecteur de glycémie?

Bien vous hydrater donc boire abondamment, de l'eau, des bouillons par exemple surtout si, en plus de vos symptômes, vous avez de la diarrhée

Si votre glycémie est très élevée et que le contrôle des urines indique la présence de beaucoup de sucre et de corps cétoniques, téléphonez rapidement à votre médecin ou à l'hôpital.

Régime alimentaire du patient diabétique

Bienfaits d'un régime alimentaire sain pour le patient diabétique

Contribue à la normalisation de votre diabète (réduction du taux d'hémoglobine glyquée de 1 à 2%), de prévenir ses complications (cardiovasculaires et rénales) ainsi que de réduire l'excès de poids.

Règles à respecter au cours de votre alimentation

- 3 repas équilibrés par jour, prendre des collations au besoin
- Eviter le saut des repas
- Avoir un horaire régulier des repas, espace de 4 à 6 heures
- espacer les collations de 2 à 3 heures après les repas
- Boire beaucoup d'eau pour vous hydrater, plutôt que les jus de fruits et les boissons sucrées

Quels aliments à privilégier?

Fruits ou légumes riches en antioxydants



Epinard



Broccoli



Aubergine



Oignon



Avocat



Framboise



Pêche

Féculents, fruits et légumes riches en fibres alimentaires



Son d'avoine



navets



Abricots verts



patate douce,



pomme



poire

Acides gras polyinsaturés: oméga 3, oméga 6, oméga 9



Huile de maïs



huile de soja



huile de tournesol



Avocat



Arachide



Quels aliments à éviter?

Acides gras saturés: beurre, Beurre/Crème/Fromage/Viandes grasses et charcuteries.

sucres ajoutés: confitures, yaourt sucrés, biscuits, chocolat ...

glucides à index glycémique élevé: pomme de terre cuite ou au four, pain blanc, ...

Aliments riches en sel: Sauces ou soupes du commerce, croustilles, charcuteries, ...



HYPOGLYCÉMIE

DÉFINITION

GLYCÉMIE BASSE ,DÉFINIT PAR UN TAUX DE GLUCOSE INFÉRIEUR A 0,7 G/L

UNE GLYCÉMIE INFÉRIEUR A **0,4 G/L** ,LE PATIENT RISQUE DE PERDRE CONSCIENCE :**COMA HYPOGLYCÉMIQUE**

COMMENT JE PEUX CORRIGER MON HYPOGLYCÉMIE?

- 1-mesurer votre glycémie pour confirmer l' hypoglycémie
- 2-Ingérer 15 grammes des glucides simples ou liquides
- 3-Mesurez une seconde fois la glycémie 15 minutes après l'ingestion de glucose
4. Prenez une collation si le prochain repas est dans plus d'une heure Cette collation doit contenir 15 g de glucides et une source de protéines.

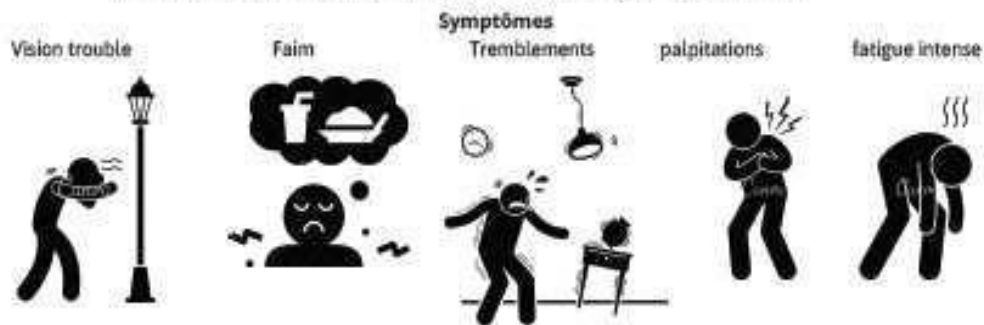
Causes

L' oubli de consommer une collation et ou du retard dans les heures de repas.

Une consommation trop faible d'aliments fournissant des glucides.

Une erreur dans l'évaluation de la teneur en glucides d'un aliment.

La pratique d'activités physiques plus intenses ou plus longues qu'à l'habitude.



Qu' est ce que je dois faire en face a une crise d' hypoglycemie?

- 1-mesurer votre glycémie pour confirmer l' hypoglycémie
- 2-Ingérer 15 grammes des glucides simples ou liquides.

2 cuillères a café de miel.

Trois quart d'un jus d'orange

3 dattes



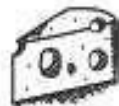
3-Mesurez une seconde fois la glycémie 15 minutes après l'ingestion de glucose

4. Prenez une collation si le prochain repas est dans plus d'une heure Cette collation doit contenir 15 g de glucides et une source de protéines

un fruit

un morceau de fromage

250 ml de lait



Contact _____

Date

Tel. :

Nom _____ Prénom _____

Mes médicaments	A quoi ça sert ?	Matin h ____	Midi h ____	Soir h ____	Coucher h ____
MES MÉDICAMENTS À PRENDRE TOUS LES JOURS					
MES MÉDICAMENTS À PRENDRE UNE FOIS PAR SEMAINE LE :					
☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ Samedi ☐ Dimanche					
MES MÉDICAMENTS À PRENDRE DANS LA SEMAINE LE :					
☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi ☐ Jeudi ☐ Vendredi ☐ Samedi ☐ Dimanche					
MES MÉDICAMENTS À PRENDRE TROIS SEMAINES SUR QUATRE :					
Mes médicaments	A quoi ça sert ?	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4

Annexe 3 : Fiche de modalité de prise de traitement pour le diabétique (Fiche N°8) .

RESUMÉ

Le diabète est une pathologie fréquente définit par un déséquilibre des taux de glycémie responsables de pas mal des complications graves à court et à long terme au cours de la vie du patient s'il est mal pris en charge , donc il constitue un vrai problème de santé public qui nécessite une prise en charge adéquate et rigoureuse .

Le pharmacien d'officine par sa participation à l'éducation thérapeutique peut améliorer la qualité de vie des patients diabétiques , et leur éviter des complications morbides et coûteuses.

Ce travail par le biais de questionnaires auprès de 36 patients diabétiques au sein de trois pharmacies d'officine , se propose d'établir les besoins d'information des patients ayant du diabète et d'évaluer la place de l'ETP au sein de la pharmacie d'officine en Algérie .

Les résultats montrent le manque de connaissance de la part des patients ,ainsi que de nombreuses contraintes confrontées comme la non disponibilité du pharmacien à temps plein et aussi son besoin d'une formation complémentaire sur l'ETP afin de pouvoir participer au suivi des patients .

Notre étude a confirmé que le conseil à l'officine est un acte pharmaceutique primordiale et que le pharmacien d'officine reste l'un des principaux acteurs dans le système de santé .

Mots clés : Diabète , Education thérapeutique du patient , Pharmacien d'officine .

ملخص

مرض السكري هو مرض شائع يحدده عدم التوازن في مستويات الجلوكوز في الدم و هو المسؤول عن الكثير من المضاعفات الخطيرة قصيرة و طويلة الأجل على مدى حياة المريض إن لم يتم الاعتناء به بشكل مناسب , لذلك فإنه يعتبر مشكل صحي عام حقيقي يتطلب إدارة كافية و صارمة .

يمكن للصيديلي المستوصف من خلال المشاركة في التنقيف العلاجي أن يحسن جودة حياة مرضى السكري ليتجنبوا هذه المضاعفات المرضية و مصاريفها المكلفة .

يقترح هذا العمل من خلال الاستبيانات المقدمة إلى 36 شخص مصاب بداء السكري على مستوى ثلاث صيدليات حاجتهم للتنقيف العلاجي و أيضا تقييمه و كذلك لتقييم مكانة الصيدلي في الجزائر .

تظهر النتائج نقص المعرفة من جانب المرضى , و العديد من العوائق و القيود مثل عدم وجود صيدلي في الصيدلية بدوام كامل و أيضا حاجة الصيدلي لتدريب إضافي على التنقيف العلاجي للمريض حتى يتمكن من متابعة المرضى .

أكدت دراستنا أن النصائح هي عمل صيدلاني أساسي و أن الصيدلي يظل أحد اللاعبين الأساسيين في النظام الصحي .

الكلمات المفتاحية : داء السكري , التنقيف العلاجي للمريض , صيدلي الصيدلية .

RESUMÉ

Le diabète est une pathologie fréquente définie par un déséquilibre des taux de glycémie responsables de pas mal des complications graves à court et à long terme au cours de la vie du patient s'il est mal pris en charge, donc il constitue un vrai problème de santé public qui nécessite une prise en charge adéquate et rigoureuse.

Le pharmacien d'officine par sa participation à l'éducation thérapeutique peut améliorer la qualité de vie des patients diabétiques, et leur éviter des complications morbides et coûteuses.

Ce travail par le biais de questionnaires auprès de 36 patients diabétiques au sein de trois pharmacies d'officine, se propose d'établir les besoins d'information des patients ayant du diabète et d'évaluer la place de l'ETP au sein de la pharmacie d'officine en Algérie.

Les résultats montrent le manque de connaissance de la part des patients, ainsi que de nombreuses contraintes rencontrées comme la non disponibilité du pharmacien à temps plein et aussi son besoin d'une formation complémentaire sur l'ETP afin de pouvoir participer au suivi des patients.

Notre étude a confirmé que le conseil à l'officine est un acte pharmaceutique primordial et que le pharmacien d'officine reste l'un des principaux acteurs dans le système de santé.

Mots clés : Diabète, Education thérapeutique du patient, Pharmacien d'officine.

ABSTRACT

Diabetes is a common pathology defined by an imbalance in blood sugar levels responsible for quite a few serious short- and long-term complications during the life of the patient if it is poorly taken care of, so it constitutes a real public health problem that requires adequate and rigorous care.

The pharmacy pharmacist through his participation in therapeutic education can improve the quality of life of diabetic patients, and avoid them morbid and costly complications. This work through questionnaires with 36 diabetic patients in three pharmacy pharmacies, proposes to establish the information needs of patients with diabetes and to evaluate the place of FTE within the pharmacy in Algeria.

The results show the lack of knowledge on the part of patients, as well as many constraints faced such as the non-availability of the full-time pharmacist and also its need for additional FTE training in order to participate in the patient follow-up.

Our study confirmed that advice to the pharmacy is an essential pharmaceutical act and that the dispensary pharmacist remains one of the main players in the health system.

Keywords : Diabetes, Therapeutic patient education, Pharmacy pharmacist.

RESUMÉ

Le diabète est une pathologie fréquente définie par un déséquilibre des taux de glycémie responsables de pas mal des complications graves à court et à long terme au cours de la vie du patient s'il est mal pris en charge, donc il constitue un vrai problème de santé public qui nécessite une prise en charge adéquate et rigoureuse.

Le pharmacien d'officine par sa participation à l'éducation thérapeutique peut améliorer la qualité de vie des patients diabétiques, et leur éviter des complications morbides et coûteuses.

Ce travail par le biais de questionnaires auprès de 36 patients diabétiques au sein de trois pharmacies d'officine, se propose d'établir les besoins d'information des patients ayant du diabète et d'évaluer la place de l'ETP au sein de la pharmacie d'officine en Algérie.

Les résultats montrent le manque de connaissance de la part des patients, ainsi que de nombreuses contraintes rencontrées comme la non disponibilité du pharmacien à temps plein et aussi son besoin d'une formation complémentaire sur l'ETP afin de pouvoir participer au suivi des patients.

Notre étude a confirmé que le conseil à l'officine est un acte pharmaceutique primordial et que le pharmacien d'officine reste l'un des principaux acteurs dans le système de santé.

Mots clés : Diabète, Education thérapeutique du patient, Pharmacien d'officine.

ABSTRACT

Diabetes is a common pathology defined by an imbalance in blood sugar levels responsible for quite a few serious short- and long-term complications during the life of the patient if it is poorly taken care of, so it constitutes a real public health problem that requires adequate and rigorous care.

The pharmacy pharmacist through his participation in therapeutic education can improve the quality of life of diabetic patients, and avoid them morbid and costly complications. This work through questionnaires with 36 diabetic patients in three pharmacy pharmacies, proposes to establish the information needs of patients with diabetes and to evaluate the place of FTE within the pharmacy in Algeria.

The results show the lack of knowledge on the part of patients, as well as many constraints faced such as the non-availability of the full-time pharmacist and also its need for additional FTE training in order to participate in the patient follow-up.

Our study confirmed that advice to the pharmacy is an essential pharmaceutical act and that the dispensary pharmacist remains one of the main players in the health system.

Keywords : Diabetes, Therapeutic patient education, Pharmacy pharmacist.

