

# UE Dispensation

Entretiens pharmaceutiques

# Entretien pharmaceutique : création d'un outil de synthèse des objectifs par la Société Française de Pharmacie Clinique

Memo form: Pharmaceutical interviews

J.-F. Huon<sup>a,b,\*</sup>, C. Roux<sup>c</sup>, X. Pourrat<sup>d</sup>, O. Conort<sup>e</sup>, F. Ferrera<sup>f,g</sup>,  
A. Janoly-Dumenil<sup>h,i,j</sup>, A. Lehmann<sup>k,l</sup>, E. Ruspini<sup>m</sup>, B. Allenet<sup>n,o</sup>, S. Honoré<sup>p</sup>,  
avec la contribution du Conseil d'administration et du Conseil scientifique de  
la société française de pharmacie clinique (SFPC)

## Entretien pharmaceutique

### **L'entretien pharmaceutique:**

- Moment d'échange entre patient et pharmacien,
- A l'officine ou en établissement de santé,
- Recueils d'informations, conseils, ETP et préventions
- ≠ selon étape du parcours patient (≠objectifs)

## Entretien pharmaceutique

### **Objectifs des entretiens pharmaceutiques:**

- **Faire connaissance avec le patient**
- **Etablir la liste des traitements**

Concerne les produits de sante

Prescrits ou non, automédication, compléments alimentaires, phytothérapie, DM

- **Repérer les problèmes liés à la thérapeutique (PLT)**

Expertise pharmaceutique clinique

Selon les éléments apportés par le patient,

Conseils

## Objectifs des entretiens pharmaceutiques:

- **Evaluer le comportement du patient**

Situations critiques (voyages, oublis, vomissements. . .)

Identifier et informer le patient sur les situations à risque

Informer sur la conduite à tenir

- **Adhésion**

A l'aide de scores validés (méthode subjective)

Renouvellement des ordonnances (méthode indirecte)

Peut être problématique à l'initiation, peut diminuer dans le temps

Importance de répéter et renforcer l'adhésion

## Entretien pharmaceutique

### **Objectifs des entretiens pharmaceutiques:**

- **Evaluer les connaissances et savoir-faire des patients**

Pathologie,

Indication

Mécanisme,

Posologie et modalités de prises,

Suivi clinico-biologique

Effets indésirables

**=> Questions ouvertes**

**=> Eclairer le patient sur les bénéfices attendus**

**=> Eclairer le patient sur les modalités de prise**

## Entretien pharmaceutique

### **Objectifs des entretiens pharmaceutiques:**

- **Améliorer la gestion des Effets indésirables**

Identifier (lien entre médicament et symptômes)

Questionner sur la tolérance et allergie

Evaluer l'impact sur sa qualité de vie.

Prévenir

Modalités particulières de prise,

Surveillances/suivis

Précautions

Conduite tenir

Connaitre/Reconnaitre EI

Marche à suivre (consultation, urgence ...)

## Entretien pharmaceutique

### **Objectifs des entretiens pharmaceutiques:**

- **Evaluer l'organisation - Autonomie - Parcours**
  - Autonomie, bonne ou mauvaise gestion (livraison, pilulier...)
  - En concertation avec les aidants (si applicable)
  - Parcours simple ou complexe (rétrocession ...)
  - Voir si besoin d'amélioration de l'organisation des soins
- **Repérer les besoins/ressources/freins/la motivation du patient**
  - Les besoins/attentes (symptômes, EI, modalités de prise)
  - Les ressources (entourage, accès aux soins, \$, motivation ...)
  - les freins (travail, isolement, complexité du traitement ...)



# Entretien pharmaceutique

## **Objectifs des entretiens pharmaceutiques:**

- **Evaluer la bonne compréhension des informations transmises**
- **Répondre aux besoins éducatifs**

### Posture éducative

Partir des besoins spécifiques du patient ;

Décider avec le patient des objectifs de travail ;

Co-construire une démarche d'accompagnement;

Evaluer de manière récurrente l'évolution de la situation

## Mise en situation



## Mise en pratique

- **TD en pharmacie expérimentale**

Anticoagulants (Dr A. Bazile, Dr C. Breuker)

Diabète (Dr S. Bel, Dr C. Breuker)

Asthme/BPCO (Dr A. Bazile, Dr L. Lohan)

- **Prérequis**

Cours diabète DFGSP3 (Pharmacie Clinique C. Breuker)

Cours Thrombose DFGSP3 (Pharmacie Clinique C. Breuker)

Cours Asthme/BPCO DFGSP3 (Pharmacie Clinique L. Lohan)

## Mise en situation



## Mise en pratique

- TD en pharmacie expérimentale

### Par groupe de 3 ou 4

1 pharmacien

1 patient

1 à 2 scrutateurs

**3 cas cliniques au comptoir (ordonnances et scénarii différents)  
(rotation sur les trois rôles)**

**Une évaluation (QCM ...)**

## Mise en situation



## Mise en pratique

- TD en pharmacie expérimentale

### Par groupe de 3 ou 4

1 pharmacien

1 patient

1 à 2 scrutateurs

**3 cas cliniques au comptoir  
(rotation sur les trois rôles)**

**Une évaluation (QCM ...)**



## Mise en situation



## Mise en pratique

- **TD en pharmacie expérimentale**
- **Matériel et méthode : une ordonnance et le patient**

Etablir le profil du patient

Les problèmes liés à la thérapeutique

L'autonomie, les connaissances et le besoin du patient

Sécuriser la délivrance

**Durée de chaque cas 20 minutes**



=> Revoir les pathologies et médicaments avant !!!!

## Mise en situation



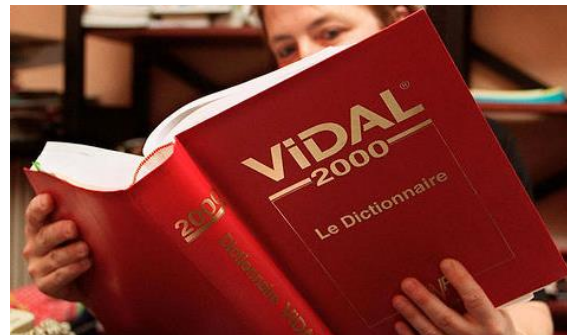
## Mise en pratique

**Evaluer la prescription => déduire l'indication ou la situation clinique du patient à la simple vue de la prescription en pratique clinique**

**Evaluer le risque iatrogène pour le patient en pratique clinique**

**Maitriser les spécificités des différents traitements en pratique clinique**

**Maitriser la posture et l'information transmise au patient en pratique clinique**



## **Anticoagulants (Dr A. Bazile, Dr C. Breuker)**

Rappels

# Héparine de Bas Poids Moléculaire

**Enoxaparine (LOVENOX®), Tinzaparine (INNOHEP®), Nadroparine (FRAXIPARINE®), Daltéparine (FRAGMINE®)**

CI chez les patients insuffisants rénaux sévère (ClCréat < 30ml/min) et chez les patients avec un saignement actif (ulcère gastroduodéal...)

Voie d'administration : sous-cutanée

Posologie : attention doses et schéma différents selon préventif ou en curatif

Exemple Enoxaparine : En préventif, 40mg une fois par jour. En curatif 1mg/kg, 2 fois par 24h

Suivi biologique par l'activité antiXa, non systématique, pour les patients de poids extrêmes.



# Anti-Vitamine K

Action sur les facteurs de la coagulation vitamine K dépendants

II, VII, IX et X

Suivi biologique et adaptation posologique grâce à l'INR

Cible entre 2 et 3

Action retardée à partir de 72h (1<sup>er</sup> INR à J4)

Relai Héparinoïde/AVK en concomitance jusqu'à l'obtention de 2 INR consécutifs dans la cible puis arrêt de l'héparinoïde

**Médicaments AVK commercialisés en France (comprimés)**

Famille pharmacologique	Dénomination commune internationale	Demi-vie	Nom commercial
Coumarinique	Acénocoumarol	10 heures	SINTROM 4 mg, comprimé quadrisécable MINISINTROM 1 mg, comprimé sécable
	Warfarine	35-80 heures	COUMADINE 2 mg, comprimé sécable COUMADINE 5 mg, comprimé sécable
Indanedione	Fluindione	30-40 heures	PREVISCAN 20 mg, comprimé sécable

# Anticoagulants Oraux Directs

## Inhibiteurs direct du facteur IIa

Dabigatran (PRADAXA®)

Antidote disponible : Idarucizumab PRAXBIND®

## Inhibiteurs direct du facteur Xa

Rivaroxaban (XARELTO®)

Apixaban (ELIQUIS®)

Intérêt : posologie standard et pas de suivi biologique ;  $\frac{1}{2}$  vie courte et **utilisable dès la volonté d'anticoagulation sans nécessité d'un passage par l'héparine.**

**Attention les doses sont à adapter chez les patients insuffisants rénaux modérés et leur utilisation n'est pas recommandée chez l'insuffisant rénal sévère**

**Attention les doses peuvent s'adapter aux poids, à l'âge du patient et aux traitements associés**

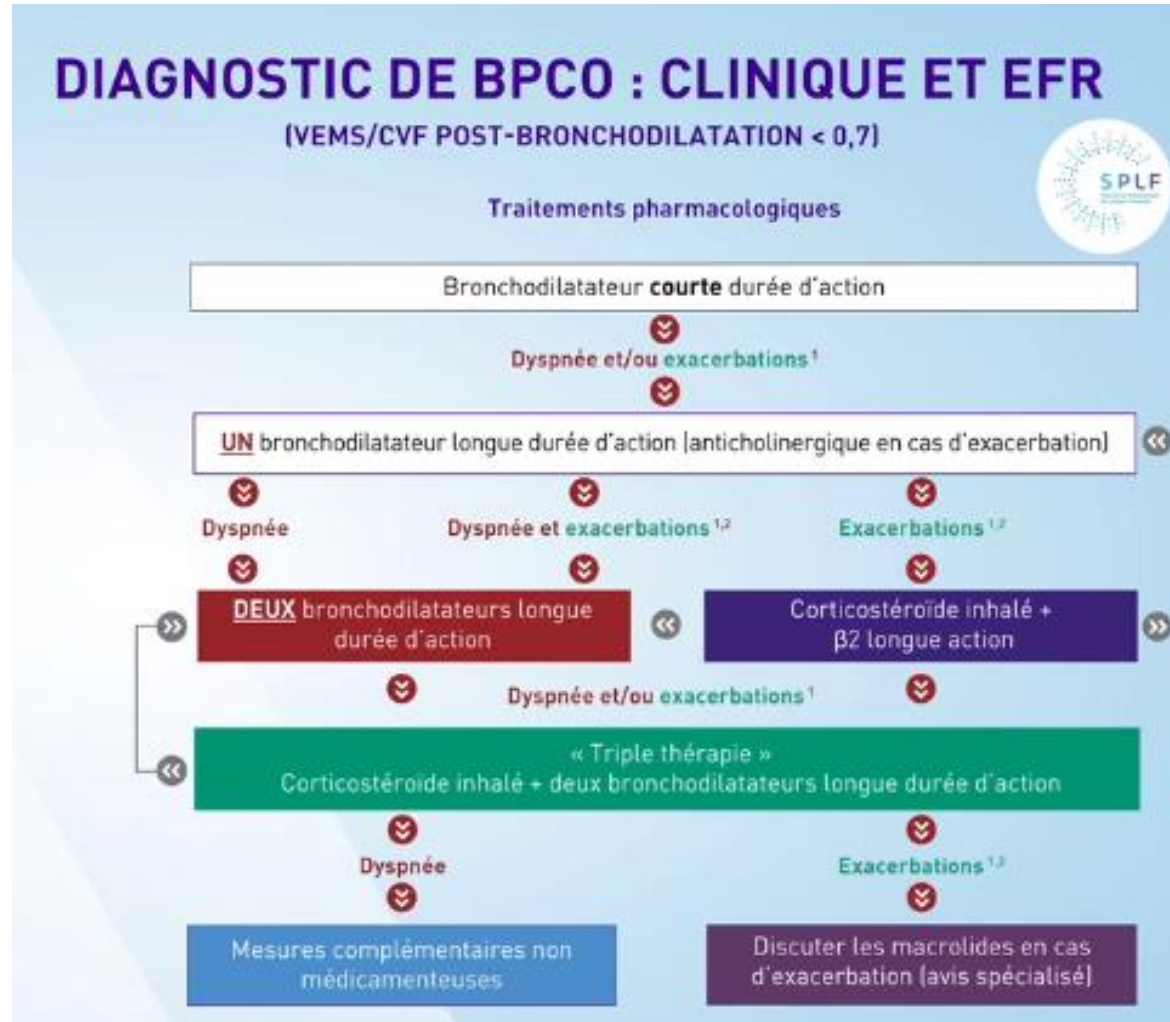
Asthme/BPCO (Dr A. Bazile, Dr L. Lohan)

Rappels

# Asthme/BPCO (Dr A. Bazile, Dr L. Lohan)

## BPCO

### Rappels



# Asthme

## Asthme/BPCO (Dr A. Bazile, Dr L. Lohan)

Revue des Maladies Respiratoires 38 (2021) e1–e13

### Rappels

Education thérapeutique, contrôle de l'environnement, traitement des comorbidités					
	Palier 1	Palier 2	Palier 3	Palier 4	Palier 5
Traitement de fond		CSI dose faible ou CSI/formotérol à la demande	CSI dose faible +BDLA	CSI dose moyenne +BDLA	CSI dose forte +BDLA Si non contrôle Ajout tiotropium  Ajout anti-IgE ou anti-IL5 /IL5R anti-IL4 ou thermoplastie
Traitements de secours	BDCA à la demande				
	CSI-formotérol à la demande*				
Autres traitements de fond	CSI dose faible	LTRA	CSI dose moyenne CSI dose faible +LTRA** CSI dose faible +théophylline***	CSI dose forte CSI dose forte +LTRA** CSI dose forte +théophylline***	OCS faible dose
Traitement de secours	BDCA à la demande				
	Ajout ITA si allergie aux acariens				

\* En palier 3,4 ou 5, associés uniquement à un traitement de fond par CSI/formotérol  
 \*\*Nécessité d'évaluer la balance bénéfice risque des LTRA car augmentation du risque de sui  
 \*\*\*Si pas d'accès aux autres thérapeutiques

# Asthme/BPCO (Dr A. Bazile, Dr L. Lohan)

## Asthme

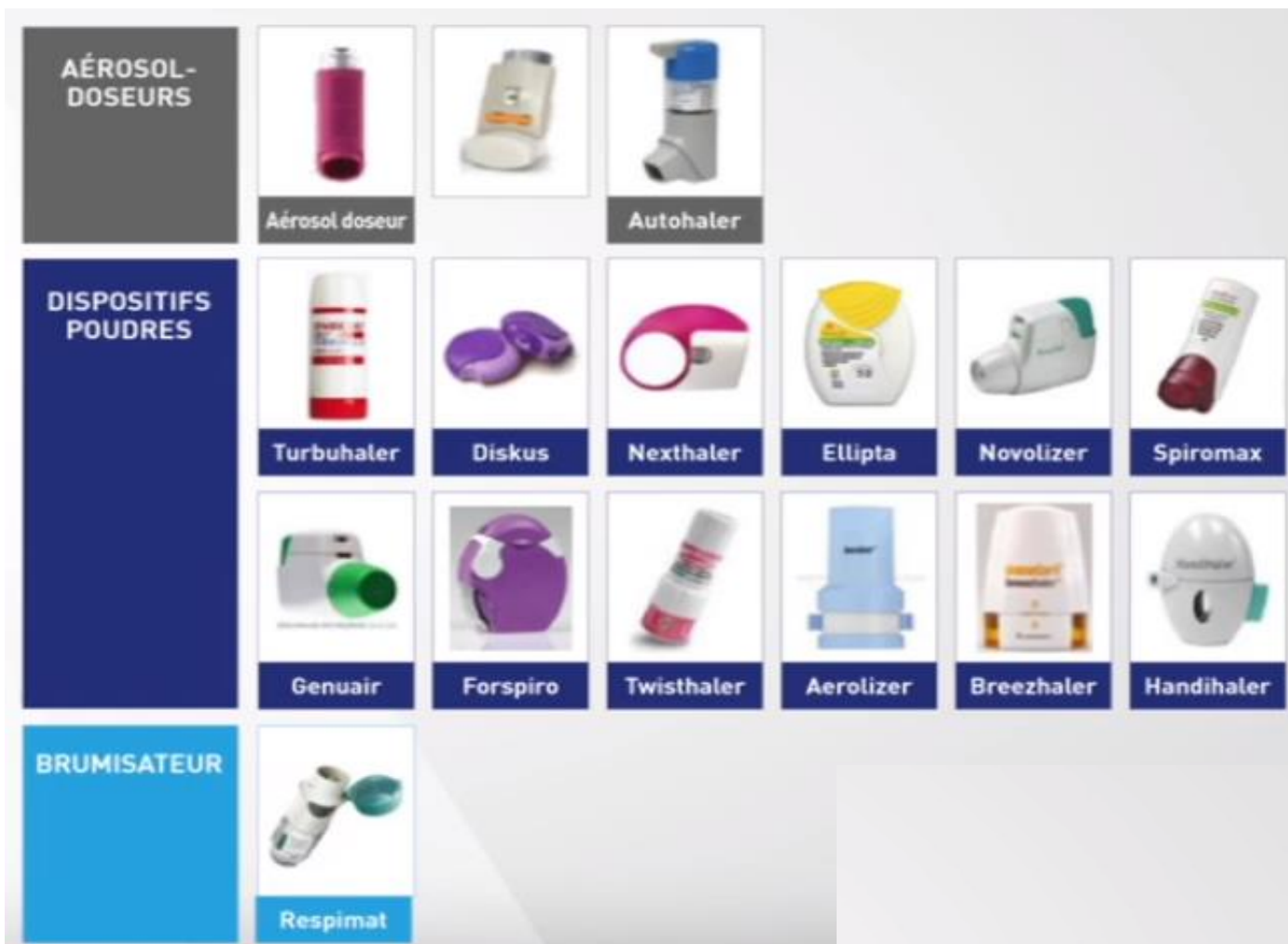
### Rappels

**Tableau 2** Equivalence de dose concernant la dose journalière de corticoïdes inhalés pour les adultes et adolescents de plus de 12 ans. D'après le GINA 2021.

	Dose faible	Dose moyenne	Dose forte
Dipropionate de béclo méthasone	200–500	>500–1000	>1000
Dipropionate de béclo méthasone (particules extra-fines)	100–200	>200–400	>400
Budésonide	200–400	>400–800	>800
Ciclésonide	80–160	>160–320	>320
Furoate de fluticasone	100		200
Propionate de fluticasone	100–250	>250–500	>500
Furoate de Mométasone (poudre sèche)	200–400	>400	

# Asthme/BPCO (Dr A. Bazile, Dr L. Lohan)

Rappels

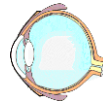


# Diabète (Dr S. Bel, Dr C. Breuker)

## Complications Microvasculaires

## Complications Macrovasculaires

Rétinopathie



Néphropathie



Neuropathie



Maladies  
Cérébrovasculaires



Maladies  
Cardiaques



Artériopathie  
Périphérique



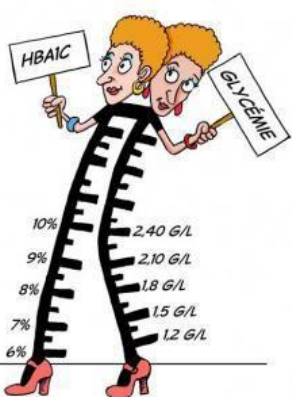
Rappels



## Corrélation entre Glycémie et HbA<sub>1c</sub>

HbA <sub>1c</sub> Levels and Blood Glucose Equivalents	
HbA <sub>1c</sub> Level (%)	Average Blood Glucose (mg/dL)
14	360
13	333
12	300
11	270
10	240
9	210
8	180
7	150
6	120
5	80

Rappe



Profil du patient		HbA <sub>1c</sub> cible
Personnes âgées de moins de 75 ans	Patients vivant avec un DT2 : –avec une espérance de vie supérieure à 5 ans –ET sans comorbidité(s) sévère(s) –ET sans IRC sévère ou terminale (stade 4 ou 5) <sup>a</sup>	≤ 7 %, voire ≤ 6,5 % à condition que cet objectif soit atteignable grâce aux modifications du mode de vie et/ou à des traitements ne provoquant pas d'hypoglycémie
	Patients vivant avec un DT2 : –avec une espérance de vie limitée (< 5 ans) –ET/OU une (ou plusieurs) comorbidité(s) sévère(s) –ET/OU une IRC sévère ou terminale (stade 4 ou 5) <sup>a</sup>  –OU ayant une longue durée d'évolution du diabète (> 10 ans) et pour lesquels la cible de 7 % s'avère difficile à atteindre car l'intensification thérapeutique expose au risque d'hypoglycémies sévères	≤ 8 % en restant au-dessus de 7 % en cas de traitement par sulfamide hypoglycémiant (SU) <sup>b</sup> , glinide ou insuline
Personnes âgées de plus de 75 ans <sup>c</sup>	Dites « en bonne santé », bien intégrées socialement et autonomes d'un point de vue décisionnel et fonctionnel, et dont l'espérance de vie est jugée satisfaisante	≤ 7 % <sup>d</sup>
	Dites « fragiles » à l'état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des « dépendants et/ou à la santé très altérée »	≤ 8 % <sup>e</sup> , en restant au-dessus de 7 % <sup>e</sup> en cas de traitement par SU <sup>f</sup> , glinide <sup>f</sup> ou insuline
	Dites « dépendantes et/ou à la santé très altérée », en raison d'une polyopathie chronique évoluée génératrice de handicaps et d'un isolement social	< 9 % et/ou glycémies capillaires préprandiales entre 1 et 2 g/L en restant au-dessus de 8 % avec des glycémies préprandiales > 1,40 g/L en cas de traitement par SU <sup>f</sup> , glinide <sup>f</sup> ou insuline
Patientes enceintes ou envisageant de l'être <sup>g</sup>	Avant d'envisager la grossesse	≤ 6,5 %
	Durant la grossesse	≤ 6,5 % et glycémies capillaires < 0,95 g/L à jeun et < 1,20 g/L en postprandial à 2 h

<sup>a</sup>Stade 4 : débit de filtration glomérulaire (DFG) entre 15 et 29 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> ; stade 5 : DFG < 15 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>.

<sup>b</sup>Les sulfamides hypoglycémiant (SU) sont contre-indiqués en cas d'IRC sévère ou terminale.

<sup>c</sup>De manière générale, chez les sujets âgés, il est essentiel de minimiser le risque d'hypoglycémie, notamment d'hypoglycémie sévère, pouvant survenir sous SU, glinide ou insuline ; le risque hypoglycémique est plus important lorsque l'HbA<sub>1c</sub> est inférieure à 7 %, mais existe également si l'HbA<sub>1c</sub> est plus élevée.

<sup>d</sup>Une attention particulière sera portée au risque d'hypoglycémie en cas de traitement par SU, glinide ou insuline.

<sup>e</sup>Ces valeurs pourront être modulées en fonction du degré de fragilité et de dépendance.

<sup>f</sup>Il est préférable d'éviter de prescrire un SU ou un glinide chez les sujets âgés « fragiles » ou « dépendants et/ou à la santé très altérée ».

<sup>g</sup>Diabète préexistant à la grossesse.

# Rappels

	Efficacité sur la baisse de la glycémie	Risque d'hypoglycémie	Effet sur le poids	Modalité d'administration	Bénéfices CV en cas de maladie CV avérée		Progression de la maladie rénale	Principaux effets indésirables
					IDM, AVC ou décès CV	IC		
<b>Metformine</b>	↓↓	Non	↔ (ou ↓ modeste)	Comprimés 2 à 3 prises/jour	Sécurité démontrée		Absence de données	Effets digestifs fréquents (diarrhées, douleurs abdominales...)
<b>Sulfamides et glinides</b>	↓↓	Oui + (glibenclamide ++)	↑	Comprimés 1 à 4 prises/jour	Sécurité démontrée pour glimépiride	(si IC NYHA I ou II)	Absence de données	Hypoglycémies, prise de poids
<b>Inhibiteurs des alpha-glucosidases</b>	↓	Non	↔	Comprimés 3 à 4 prises/jour	Sécurité démontrée chez des patients intolérants au glucose (si IC NYHA I ou II)		Absence de données	Effets digestifs très fréquents (flatulences)
<b>Inhibiteurs de la DPP4 (gliptines)</b>	↓↓	Non	↔	Comprimés 1 à 2 prises/jour	Sécurité démontrée	Sécurité démontrée pour sitagliptine Risque potentiel pour saxagliptine	Effet neutre	Risque très rare de pancréatite aiguë et d'arthralgies
<b>Inhibiteurs de SGLT2 (gliflozines)</b>	↓↓	Non	↓↓	Comprimés 1 prise/jour	Bénéfices démontrés		Bénéfices sur la fonction rénale et l'albuminurie démontrés	Mycoses génitales Polyurie Déplétion volémique Risque rare d'acido-cétose Risque rare d'amputation (canagliflozine) ? Risque exceptionnel de gangrène de Fournier ?
<b>Agonistes des récepteurs du GLP-1</b>	↓↓↓	Non	↓↓ à ↓↓↓	Injections sous-cutanées 2/jour à 1/semaine	Bénéfices démontrés pour liraglutide, dulaglutide et niveau de preuve moins élevé pour sémaglutide	Sécurité démontrée si IC NYHA I à III Doute sur la sécurité si FEVG < 40%	Bénéfices sur l'albuminurie démontrés pour liraglutide, dulaglutide et sémaglutide	Effets digestifs fréquents (nausées, vomissements, diarrhées...) Lithiases vésiculaires
<b>Analogues lents de l'insuline</b>	↓↓↓↓	Oui ++	↑↑	Injections sous-cutanées 1/jour	Sécurité démontrée	(pour glargine : si IC NYHA I ou II et pour dégludec : si IC NYHA I à III)	Effet neutre	Hypoglycémies, prise de poids

Ce tableau résume les caractéristiques de chacune des familles de médicaments antidiabétiques et constitue une aide à la décision dans le choix du traitement médicamenteux de votre diabète de type 2 quand les modifications thérapeutiques du mode de vie (alimentation et activité physique) et les médicaments antidiabétiques que vous prenez peut-être ne suffisent pas ou plus. Entourez avec votre médecin les familles qui vous semblent intéressantes et possibles pour vous. Discutez avec lui de vos préférences pour décider ensemble du traitement le plus adapté pour vous. CV : cardiovasculaire(s); IDM : infarctus du myocarde ; AVC : accident vasculaire cérébral ; IC : insuffisance cardiaque ; FEVG : fraction d'éjection du ventricule gauche.

## Diabète (Dr S. Bel, Dr C. Breuker)

### Stratégie thérapeutique

Selon clinique et objectif HbA<sub>1c</sub>

Efficacité et tolérance devront être réévaluées entre 3 à 6 mois

Attention particulière à l'adhésion thérapeutique

Arrêt du traitement si:

- Baisse HbA<sub>1c</sub> <0,5% et objectif non atteint

- Titration correcte

- Bonne adhésion

- ex sulfamides, glinides, IDDP4, GLP-1 RA

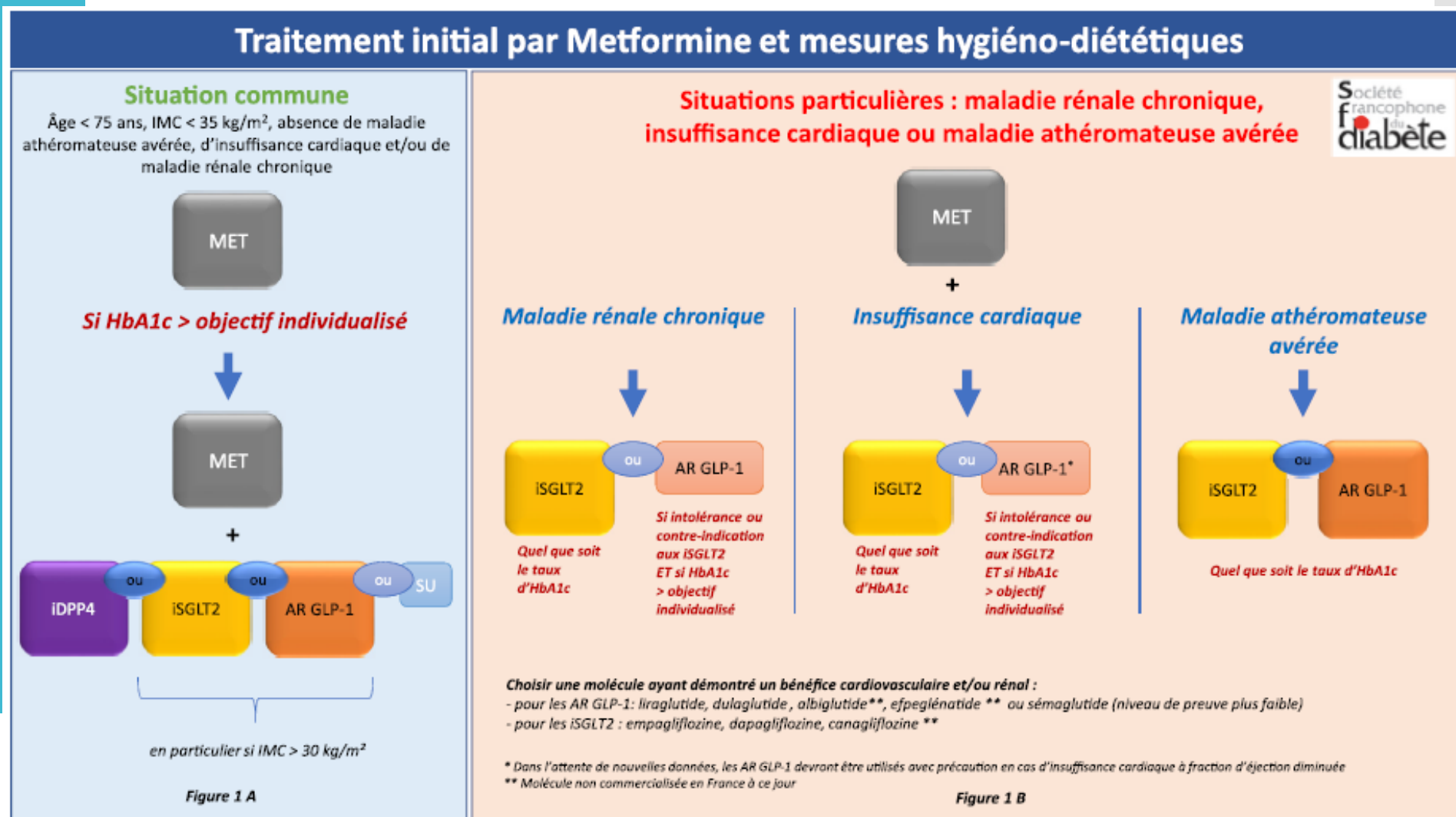
Surveillance du risque d'hypoglycémie

- ex sulfamides, glinides, insulines

# Diabète (Dr S. Bel, Dr C. Breuker)

## Stratégie thérapeutique

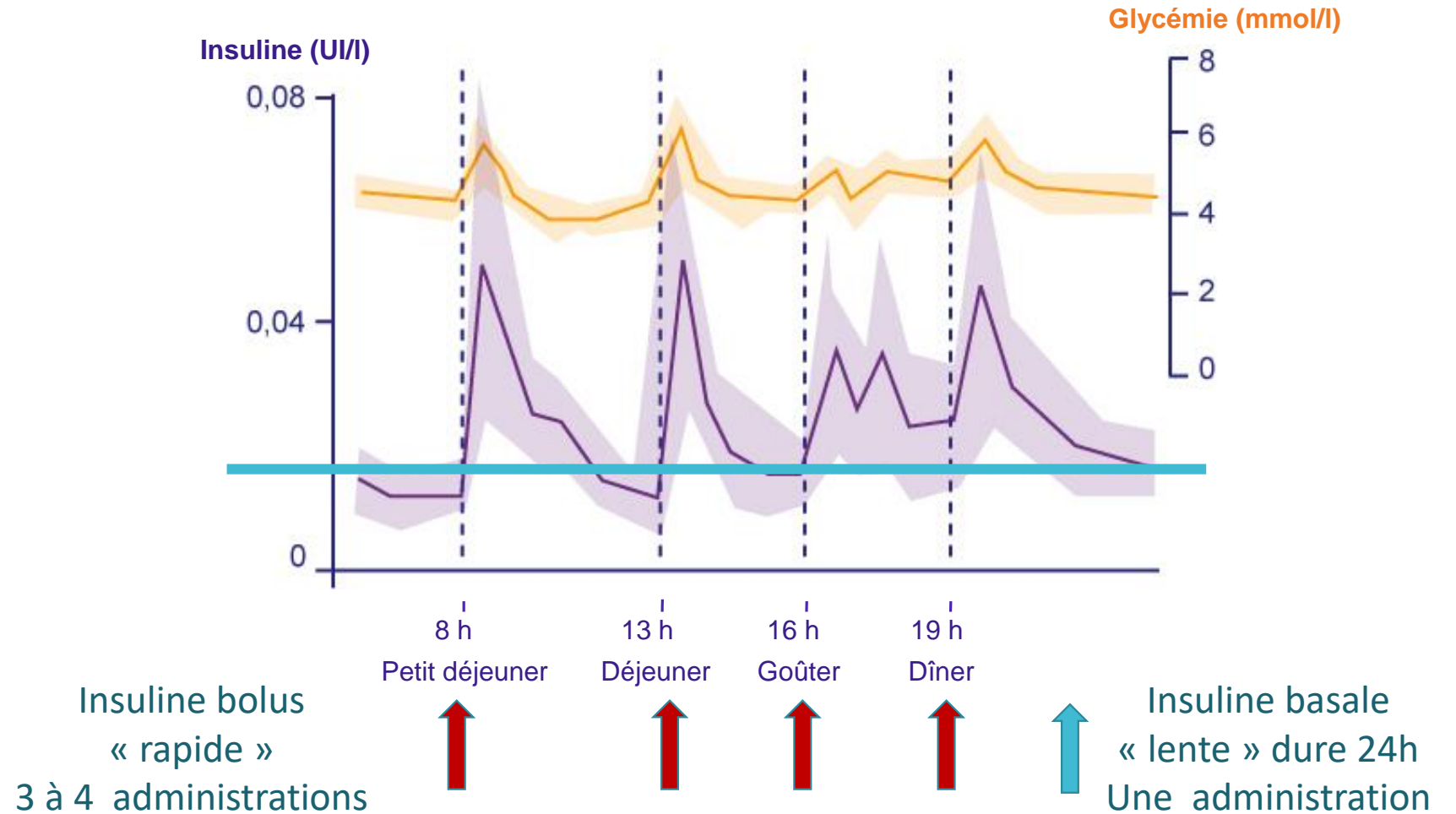
Rappels



# Diabète (Dr S. Bel, Dr C. Breuker)

## Stratégie thérapeutique

Rappels



## Autosurveillance glycémique (ASG)



## Diabète (Dr S. Bel, Dr C. Breuker)

### Liste non-exhaustive

Insulines	Nom commercial (DCI)	Début d'action	Durée d'action
Humaines rapide	Umuline® rapide Insuman® rapide Actrapid®	15 à 30 mn	5 à 7h
Analogue rapide	Novorapid® (Aspart) Humalog® 100 et 200U/mL (Lispro) Apidra® (Glulisine)	5 à 10 mn	3 à 5h
Analogue ultra rapide	Fiasp® (Asparte) Lyumjev® (Lispro)	<5 mn	3 à 5h
Humaines semie -lentes	Umuline NPH® Insuman basal® Insulatard®	1h	10 à 12h
Analogues lents	Lantus® (Glargine 100U/mL) Abasaglar® (Glargine 100U/mL) Levemir® (détémir)	1 à 2h	20 à 24h 20 à 24h 14 à 20h
Analogues très lents	Toujeo® (Glargine 300U/mL) Trésiba® (Dégludec 200U/mL)	1 à 2h	30h 42h
Prémix humaines	Umuline® profil 30	20 mn	10 à 12h
Prémix analogues	Humalog® Mix 25 et 50 Novomix® 30, 50 et 70	5 à 10 mn	10 à 12h