

ACTU SANTÉ

Revue Mensuelle des acteurs de santé

Novembre 2019 - N° 05



Dossier

Automédication et médicament conseil

Derma-conseil
La rosacée

FMC
**Intérêt des systèmes de
mesure continue du
glucose**

Mère et Enfant
Grossesse et fer



IBERMA

**VOUS SOUHAITE UNE RENTRÉE
EN BONNE SANTÉ**



SOMMAIRE

p.4

ÉDITORIAL

Médicaments d'automédication: une
opportunité à saisir

p.6

L'ACTU

p.9

DOSSIER

Automédication et
médicament conseil

p.13

DERMA-CONSEILS

La rosacée

p.16

MÈRE ET ENFANT

Grossesse et supplémentation en fer

p.19

FORMATION CONTINUE

Intérêt des systèmes de MCG

p.24

ÉTHIQUEMENT VÔTRE

Avancer ou disparaître

p.25

LIBRE TRIBUNE

Tiers payant:
une fausse bonne idée

p.26

CHRONIQUE AIGUË

Trop de tout!

ACTUSANTÉ
n° 05

Directeur de publication

Zitouni IMOUNACHEN
Docteur en Pharmacie

Infographie

SPYGLASS

Comité scientifique

Pharmaciens :

Dr. ADIL BERRADA
Dr. SAAD FOUAD
Dr. IBTISSAM MHAMDI
Dr. WAFAA JARI

Medecins :

Dr. MOULAY AZ-EDDINE
Dr. KARIMA KHOULALI
Dr. JAMAL MOUNACH
Dr. IKBAL AMMARI
Dr. SAMI MOURAD

Contact

32, lotissement Rédouane
Mask Ellile
Mohammedia - Maroc
Tél. 00212766308839
E-mail:
actusantemag@gmail.com

Copyright 2019 ACTUSANTE
Tous droits réservés.

Toute reproduction
même partielle, est interdite.

MÉDICAMENTS D'AUTOMÉDICATION: UNE OPPORTUNITÉ À SAISIR!

Zitouni Imounachen



L'automédication est une pratique qui ne cesse de s'amplifier de par le monde, et pour cause: elle s'inscrit dans l'ère du temps et répond à un réel besoin des patients. Les gens sont de plus en plus pressés et veulent tout avoir tout de suite ! Pour les pathologies qu'ils jugent « bénignes », ils n'hésitent donc pas à faire appel à l'automédication.

Seulement l'automédication n'est pas une pratique sans risques. On en distingue d'ailleurs deux types. D'un côté, l'automédication « responsable », pratiquée pour soigner une pathologie bénigne, sous le contrôle du pharmacien, et de l'autre l'automédication « sauvage » qui consiste à vouloir soigner des pathologies complexes sans l'avis d'un professionnel de la santé, notamment en prenant intempestivement des médicaments anciens gardés dans l'armoire à pharmacie familiale.

Dans beaucoup de pays, il existe des médicaments destinés à l'automédication disposant d'un statut qui leur est propre. Ces produits disposent d'une AMM et répondent aux mêmes normes de qualité que les autres médicaments. Ce qui les différencie c'est notamment la liberté de fixation du prix puisque l'état n'y intervient pas, la communication envers le grand public qui est autorisée, et les conditionnements des spécialités qui sont adaptés l'indication et à la durée du traitement.

Au Maroc, où l'automédication fait légion, nous ne disposons toujours pas d'un cadre réglementaire spécifique aux produits de l'automédication. Pourtant cela devrait être le cas. Car créer un statut pour ces produits serait bénéfique pour le patient, les acteurs du secteur du médicament et les caisses d'assurance maladie.

Le patient aura à sa disposition un médicament conseil adapté à l'automédication, avec des conditionnements adaptés, des indications claires et une sensibilisation aux dangers de l'automédication sauvage.

Les industriels pourront avoir plus de marge sur ce type de produits et pourraient faire de la publicité pour promouvoir leurs produits auprès du grand public.

Les pharmaciens auront à disposition des produits adaptés à l'automédication, bénéficieront économiquement de l'impact de la publicité et peuvent négocier les prix. Les caisses d'assurance maladie, enfin, pourront faire des économies importantes et verront leurs charges allégées car qui dit produit délisté dit produit déremboursé.

Néanmoins, pour éviter tout risque de dérapage, quelques précautions doivent être prises:

- Il faut que le pharmacien d'officine soit l'élément central de toute automédication. Il doit veiller à la délivrance de ce type de médicaments, pour apporter les explications nécessaires à leur bon usage et vérifier qu'ils soient adaptés à la situation du patient.
- Il faut aussi que la réglementation soit très bien verrouillée et l'accès aux médicaments d'automédication ne puisse se faire que dans la pharmacie d'officine et sous le contrôle du pharmacien. Tout autre mode d'accès à des médicaments hors du cadre officinal, notamment dans les grandes surfaces ou sur internet doit être totalement exclu.
- Il faut enfin lutter contre toute banalisation de ce type de produits en veillant à ce que leur promotion ne se transforme en incitation à la consommation.

Aujourd'hui, nos instances doivent prendre les devants et se pencher sérieusement sur le sujet. Et ce, en entamant une réflexion et en lançant un débat pour mesurer les avantages et les risques. Au lieu de cela, nos instances continuent de s'enliser dans des querelles intestines stériles. Cette absence de prise d'initiative et d'esprit d'anticipation, nous a toujours mis en position de vulnérabilité quand il s'agissait de prendre des décisions importantes.

Si rien n'est fait pour remédier à cette façon de faire, le jour où cette question sera sur la table, nous prendrons des décisions hâtives qui risquent de nous réserver pleins de « mauvaises » surprises. Et ce, à l'image du décret de la baisse du prix des médicaments dont tout le secteur continue, à ce jour, de payer le prix!

Quand il s'agit de contraception d'urgence,
mettez toutes les chances de son côté !



BPCO : la France se dirige vers une consultation remboursée en pharmacie

Face à la recrudescence des maladies respiratoires chroniques, et notamment la BPCO, l'association Santé respiratoire France propose de mettre en place des consultations remboursées, menées par le médecin, le pharmacien, l'infirmier, le kiné ou la sage-femme. Cette association a émis 7 propositions concrètes, lors de ses 12e rencontres qui se sont tenues le 15 novembre au Sénat. Elle propose notamment que soit remboursée une consultation de « prévention et de détection des maladies respiratoire chroniques », qui serait conduite par un médecin généraliste, un pharmacien, un infirmier, un kinésithérapeute ou une sage-femme. L'association estime qu'il faut renforcer le rôle du pharmacien comme acteur de proximité, de prévention et du repérage précoce de la BPCO. Quant au médecin (pneumologue ou généraliste), il doit être reconnu, en ambulatoire, comme le pilote du parcours de

soins des patients. « La complémentarité des soins sur un territoire pourrait être assurée par un couple pharmacien/médecin, pour un repérage précoce de la BPCO et des maladies respiratoires, mais également pour leur suivi incluant l'observance », précise Santé respiratoire France.



Maladies cardiaques : les médicaments aussi efficaces que la chirurgie



Une étude américaine publiée dans le registre national d'essais cliniques « ClinicalTrials.gov » a révélé que la mortalité et le taux d'hospitalisations des patients atteints d'une maladie cardiaque stable et qui suivent un traitement médicamenteux seul ne sont pas plus élevés que ceux qui ont subi une opération chirurgicale.

L'étude, dont les résultats ont été présentés lors du congrès de l'American Heart Association, s'est basée sur les données de plus de 5 000 patients randomisés présentant une ischémie modérée ou sévère. Ces derniers ont tous reçu des médicaments (aspirine et statines) et des conseils sur leur mode de vie, mais seulement la moitié d'entre eux avait été traitée par pontage coronarien ou par endoprothèse aortique. Résultat de l'étude : le nombre de crises cardiaques (entraînant décès ou hospitalisations) n'était pas plus important chez les patients qui n'avaient pas subi d'intervention invasive.

À la lumière de ces résultats, les chercheurs appellent à établir de nouvelles lignes directrices concernant la prescription de ces différents traitements. « Au cours des années de suivi, il n'y avait pas de différence de survie même si les stratégies invasives ont montré de bons résultats chez les patients qui avaient une angine de poitrine », précise Judith Hochman, principale auteure de l'étude.

Le premier vaccin anti-Ebola a été préqualifié par l'OMS

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) vient de « préqualifier » le premier vaccin pour la protection des adultes contre la maladie à virus Ebola causée par la souche virale Ebola Zaïre : Ervebo®. Cette pré-qualification signifie que ce vaccin satisfait aux normes de qualité, d'innocuité et d'efficacité de l'OMS et que les organismes du système des Nations Unies et l'Alliance Gavi peuvent l'acheter pour les pays à risque. L'Alliance Gavi est une organisation internationale ayant pour objectif d'assurer aux enfants vivant dans les pays les plus pauvres du monde un meilleur accès aux vaccins nouveaux ou sous-utilisés.

Face à l'urgence de la situation, cette préqualification a été la plus rapide jamais menée par l'OMS. Cela va favoriser une homologation rapide de ce vaccin par les responsables africains de la réglementation, afin qu'il puisse être utilisé dans les pays exposés au risque de flambées de maladie à virus Ebola.

Auparavant, la commission européenne avait rendu sa décision d'accorder à Ervebo® une autorisation de mise sur le marché (AMM) conditionnelle. Cela signifie que

ce produit répond à un besoin médical non satisfait et que les avantages pour la santé publique d'une disponibilité immédiate l'emportent sur le risque inhérent au fait que des données supplémentaires sont encore nécessaires. Le laboratoire titulaire de l'AMM conditionnelle doit fournir des données complètes à un stade ultérieur.



IEC, sartans et gliptines peuvent causer des angioédèmes bradykiniques !



Des cas d'angioédèmes bradykiniques ont été rapportés chez des patients sous traitement par antihypertenseurs de type inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) ou antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II ou sartans) ou par antidiabétiques de type gliptines.

Ces angioédèmes (AE) sont liés à un défaut de dégradation de la bradykinine, car ces médicaments inhibent des enzymes qui dégradent la bradykinine (enzyme de conversion et dipeptidylpeptidase).

Les angioédèmes bradykiniques s'installent en quelques heures ou plusieurs jours. Ils se manifestent généralement sous forme d'œdèmes de l'hypoderme, non prurigineux, d'apparition brutale, localisés principalement au niveau du visage, de la langue ou des voies aériennes supérieures (30% d'atteinte laryngée si AE de la face). Ce qui différencie ce type d'angioédème de l'angioédème médié par IgE, c'est qu'il est beaucoup moins fréquent, plus déformant, et non associé à une urticaire ou à d'autres manifestations

évoquant une anaphylaxie. L'AE bradykinique peut également être localisé au niveau de la muqueuse digestive et se présenter sous forme de douleurs abdominales d'intensités variées. Contrairement à l'AE par histaminolibération, il régresse spontanément malgré la poursuite du médicament en cause, c'est pourquoi l'hypothèse médicamenteuse n'est pas toujours envisagée. De plus, il peut apparaître quelques heures, mais aussi plusieurs années, après le début du traitement.

Le diagnostic d'AE bradykinique médicamenteux n'est donc pas facile à faire, d'autant qu'il n'existe pas de test diagnostique biologique rapide pour l'identifier. Les crises peuvent devenir de plus en plus fréquentes et/ou de plus en plus sévères, avec un haut risque d'asphyxie en cas d'atteinte laryngée.

Les professionnels de santé doivent être particulièrement attentifs à ce risque et prévenir les patients sous IEC, ARAII ou gliptines, des signes évocateurs devant les amener à consulter en urgence : gonflement de la face, des lèvres, de la langue ou de la gorge, ainsi que difficultés à avaler ou à respirer et/ou douleurs abdominales. L'apparition d'un AE bradykinique nécessite l'arrêt immédiat du traitement en cause et sa contre-indication à vie.



En opérant dans le service de la santé, notre ambition première chez **IBERMA** est de rendre nos produits accessible à tous.

Avec notre ouverture sur le territoire africain, nous continuons d'exporter avec soin nos médicaments dans trois pays d'Afrique : au **Sénégal**, en **Côte d'Ivoire** et au **Cameroun**.

IBERMA loves Africa.





AUTOMÉDICATION ET MÉDICAMENT CONSEIL

INTRODUCTION

L'automédication est très répandue au Maroc. Le faible taux de couverture médicale et la faiblesse du pouvoir d'achat des marocains sont deux facteurs qui la favorisent et qui en font un phénomène subi plutôt que voulu.

L'automédication n'est pas obligatoirement une attitude négative. Quand elle est bien encadrée et quand elle concerne des produits autorisés, elle rend service au patient, au pharmacien, aux industriels et surtout aux caisses d'assurance maladie.

Seulement au Maroc, l'automédication se trouve confrontée à plusieurs difficultés dont on peut citer: l'absence de législation claire spécifique aux produits d'automédication, la formation insuffisante des médecins et des autres soignants à ce type de traitements et les dangers potentiels d'une automédication sauvage et non encadrée. Toutes ces raisons empêchent l'éclosion d'une automédication responsable au Maroc.

Pourtant l'émergence d'une automédication responsable aux contours législatifs bien définis serait une bouée de sauvetage aux professionnels du secteur du médicament suite à l'impact du décret de la baisse des prix des médicaments et pourrait profiter aux patients car ils disposeraient de produits adaptés à l'automédication et présentant toutes les conditions de sécurité requises.

DÉFINITIONS

L'automédication correspond à la prise d'un ou plusieurs médicaments par initiative personnelle en l'absence de prescription médicale; mais aussi à l'entorse sciemment

apportée à une prescription.

L'automédication et les spécialités d'automédication n'ont pas de définition juridique et de cadre réglementaire au Maroc : faute de limites précises, il n'existe pas de définition consensuelle. Mais on peut dire que l'automédication consiste, pour les utilisateurs, à soigner leurs pathologies en utilisant des médicaments dûment autorisés, sans avis médical préalable, mais avec le conseil du pharmacien d'officine.

Selon l'OMS, **l'automédication responsable** consiste à soigner les maladies grâce à des médicaments autorisés, accessibles sans ordonnance, sûrs et efficaces dans les conditions d'utilisation indiquées, avec le conseil du pharmacien.

Il faut distinguer deux comportements :

- L'automédication ponctuelle éclairée et déclarée de pratique généralisée en réponse à des maux passagers ou ciblée sur un symptôme, du sujet informé. Cette automédication que l'on peut qualifier de responsable est tout à fait souhaitable sous certaines réserves ;
- et l'automédication «sauvage», prolongée et cachée, qui se substitue ou se surajoute à un traitement élaboré. Ce genre de pratique est condamnable et peut mettre la santé en danger.

LES MÉDICAMENTS D'AUTOMÉDICATION

Les médicaments conseils sont des produits hors listes, délivrés sans prescription médicale. Ils peuvent être conseillés à l'officine où ils sont en vente libre.

S'il n'existe pas de définition légale des médicaments

conseil, ces derniers doivent néanmoins répondre à certains critères :

- La pathologie ciblée doit être courante et bénigne.
- Les indications thérapeutiques, la durée de traitement et les informations figurant dans la notice doivent permettre leur utilisation, avec le conseil particulier du pharmacien.
- Le contenu du conditionnement en poids, en volume ou en nombre d'unités de prise doit être adapté à la posologie et à la durée de traitement recommandé dans la notice.
- L'AMM ou la décision d'enregistrement ne doit pas comporter d'interdiction ou de restriction en matière de publicité auprès du public en raison d'un risque possible pour la santé publique.
- Ces médicaments doivent être présentés dans un espace dédié, clairement identifié, de façon à permettre un contrôle effectif du Pharmacien.
- Le rapport bénéfice-risque de ces médicaments doit être adaptés à une utilisation sans avis médical préalable,

QUELS MÉDICAMENTS PEUVENT ÊTRE CONCERNÉS ?

D'après la réglementation européenne, seuls les médicaments à prescription facultative (MPF) peuvent être concernés par l'automédication.

Les M.P.F sont des spécialités dont le principe actif n'est pas inscrit sur une liste de substances vénéneuses. Ces produits peuvent être délivrés par le pharmacien sans présentation d'une ordonnance, mais peuvent aussi être prescrits par les médecins. Ces médicaments ne sont pas pour autant dénués de risque et leur utilisation prolongée ou à fortes doses peut être à l'origine d'effets indésirables. Ils sont souvent utilisés en automédication.

Les exemples de symptômes les plus concernés par l'automédication :

Mal de tête : paracétamol, aspirine, AINS faiblement dosés type ibuprofène ou kétoprofène

Rhume : antalgiques, désinfectants locaux et vasoconstricteurs faiblement dosés

Nettoyage d'une plaie : anti-infectieux locaux et pansements

Mal de gorge : anti-infectieux locaux et anesthésiques locaux

Toux : dérivés de la codéine pour les toux sèches ou sirops expectorants pour les toux grasses

Fièvre : paracétamol, aspirine

Brûlure : anti-infectieux et pansement stérile

Coup, entorse, traumatologie : AINS crème en application locale, antalgique de palier I

Fatigue : vitamines, fortifiants, d'efficacité non validée ?

Episgastralgie, reflux gastro-oesophagien : anti-H2 faiblement dosés, anti-acides

Diarrhée : lopéramide et solutés de réhydratation (les anti-septiques digestifs et les probiotiques ont une efficacité non clairement démontrée)

Constipation : laxatifs non irritants (fibres, PEG, sucres osmotiques)

Phytothérapie

Ceil irrité : anti-infectieux locaux, voire traitement anti-inflammatoire en l'absence de contre-indication

AVANTAGES DE L'AUTOMÉDICATION.

Dans sa version responsable, l'automédication possède



plusieurs vertus pour le patient comme pour la collectivité :

- Elle apporte une valeur pédagogique en stimulant l'accès à l'information.
- Elle enclenche une attitude active et positive envers la maladie.
- Elle permet une prise de conscience de la consommation et des coûts.
- À terme, elle peut réduire significativement la charge imposée aux caisses d'assurance maladie par l'essor d'une automédication cohérente. L'économie envisageable se répartit entre les consultations et les dépenses pharmaceutiques.

DANGERS ET MISE EN GARDE

L'automédication non encadrée peut avoir des conséquences néfastes qui peuvent être imputables :

- au choix d'une thérapeutique inadéquate par symptôme mal identifié, médicament non approprié ou non adapté aux circonstances, interférence avec la prescription médicale...
- au « masquage » de symptômes par des médicaments et retard de diagnostic;
- au risque iatrogène : des effets indésirables graves peuvent survenir en cas de non respect des contre indications, de mésusage, d'interactions, de défaut de surveillance, etc.

CONCLUSION

Si l'automédication s'inscrit dans l'ère du temps et répond à une justification socioculturelle et économique, elle ne doit pas pour autant être brutale et dépourvue d'accompagnement. Sa mise en place nécessite une réflexion à l'abri des intérêts catégoriels - officine, industrie, association de malades - sous peine de voir reculer l'accès aux soins dans la population défavorisée. Elle sous-entend un temps d'adaptation et l'accès à une information pertinente.

Le phénomène du médicament conseil est incontournable. Les professionnels de la santé, notamment les pharmaciens, sont appelés à tenir un rôle essentiel dans la réflexion et dans la mise en place des textes réglementant ces produits.

Si les professionnels de la santé ne prennent pas les devants en lançant une réflexion et des consultations sur le sujet, ils seront pris de court le jour j. Faute de préparation et d'échanges préalables, ils risquent fort de faire des choix regrettables, qui au lieu de les valoriser et d'améliorer leur situation, pourraient leur être fatals.



“
”

Le pharmacien doit être un acteur central dans le bon usage du médicament conseil. Autrement, ces mêmes produits pourraient se retrouver demain dans les grandes surfaces.

Mr Abdelmajid Belaïche. Analyste des marchés pharmaceutiques.

Voulez-vous bien nous faire un état des lieux de l'automédication au Maroc?

Le problème au Maroc est que nous ne disposons pas de statut bien défini des médicaments de l'automédication. Dans beaucoup de pays, on a listé un ensemble de produits et on les a définis comme produits conseils. Ces produits sont destinés aux pathologies bénignes et sont délivrés sans ordonnance.

Au Maroc, il y a de l'automédication et du conseil mais pas de véritables médicaments conseils.

Il y a quelques années l'AMIP, avec d'autres associations, ont essayé de mettre en place un statut des médicaments grand public en définissant une liste de produits candidats afin que le prix de ces produits soit libre et non fixé par le ministère de la santé et puisse bénéficier de la publicité. Malheureusement cette initiative n'est pas allée au bout.

Pourtant le conseil occupe une part importante des ventes de médicaments au Maroc. Une étude menée par le Centre antipoison et de pharmacovigilance et l'Organisation mondiale de la santé a révélé que 66 % des Marocains pratiquaient l'automédication, et pas seulement pour des analgésiques. Le Maroc a donc tout intérêt à définir une liste de médicaments éligibles au statut de médicaments conseils.

Quel sera l'apport d'un statut propre au médicament conseil ?

Quand on délister un produit, cela représente un gain substantiel pour les caisses d'assurance maladie, car un produit delisté est un produit dé-

remboursé.

Pour l'industriel, la liberté du prix va lui permettre d'avoir une marge plus importante et surtout de pouvoir promouvoir ses produits via la publicité.

Quant au pharmacien, en plus de l'intérêt économique, il pourra bénéficier de l'impact de la publicité pour améliorer ses volumes de ventes. Il verra aussi son rôle de conseiller renforcé et disposera de produits adaptés au conseil pharmaceutique.

Pourquoi ces produits n'existent pas au Maroc ?

Franchement je ne sais pas.

C'est peut être les pharmaciens qui n'en veulent pas?

Non, pas du tout. Je dirais tout simplement que c'est à cause de la pauvreté de notre législation qui ne prévoit pas ce genre de produits. Je pense que ces produits sont bénéfiques pour tout le secteur.

Certains craignent que la création du statut de médicament conseil soit la première étape avant le passage de tels produits dans les grandes surfaces. Que leur répondez-vous ?

Il faut que la loi soit bien verrouillée et ne laisse aucune ambiguïté quant à la vente exclusive de ces produits dans les pharmacies et sous le contrôle du pharmacien.

Personnellement, je milite pour que tous les produits de santé et pas uniquement les médicaments soient le monopole du pharmacien, et ce dans l'intérêt du patient. Quand j'achète à la

INTERVIEW

/Abdelmajid Belaïche/

pharmacie, j'ai affaire à un professionnel de la santé qui va me donner le conseil adéquat qui va avec le médicament. En plus, acheter à la pharmacie est la garantie d'une qualité irréprochable et permet d'avoir la traçabilité des produits.

Le fait que les prix soient libres ne représente-t-il pas un problème ?

Je ne pense pas que cela soit un problème car nous avons affaire à des médicaments qui soignent des pathologies bénignes et non à des médicaments vitaux et stratégiques.

Quels sont les risques de l'automédication ?

Le seul risque s'il doit y en avoir un, c'est le mésusage de ses produits, particulièrement chez les personnes analphabètes ou dont le niveau d'instruction ne permet pas de saisir les instructions mises à leur disposition. D'ailleurs, les réseaux sociaux pourraient jouer un rôle néfaste en poussant à la consommation de certains produits pour des indications qui ne sont pas les leurs ou en portant des accusations non fondées par rapport à d'autres médicaments.

Pour vous, quel est le médicament conseil idéal ?

Pour moi, l'accès direct aux produits sans que le pharmacien puisse prodiguer son conseil doit être banni. Le médicament conseil doit absolument être accompagné du conseil du pharmacien. Autrement, ces mêmes produits pourraient se retrouver demain dans les grandes surfaces.

Il faut qu'il y ait un travail de synergie et d'intelligence entre les prescripteurs et les pharmaciens. Chacun a son propre rôle et ses limites. Je trouve dommage que le sujet du conseil soit parfois source de conflits entre médecins et pharmaciens. Car la loi définit bien le contour des prérogatives de chacun des professionnels de la santé.

Il faut tout mettre en oeuvre pour lutter contre l'automédication sauvage qui est très dangereuse.

Je profite de cette occasion pour dire quelque chose à propos des compléments alimentaires. En effet, je déplore le fait que le marché soit inondé de produits dont il n'y a aucune traçabilité et dont on ignore tout sur la qualité. Les compléments alimentaires sont souvent confondus avec les médicaments par les patients. Ils portent des noms qui se ressemblent tellement qu'ils peuvent être source de confusion même pour les prescripteurs.

Que faire alors ?

Il faut qu'on réglemente un peu plus sur ces produits. La législation doit être plus regardante sur la qualité. Pour éviter les confusions et faciliter le travail des pharmaciens, je pense qu'il est temps de passer à l'ordonnance imprimée afin d'assurer la sécurité des patients.

Un dernier mot sur le sujet ?

Je pense que les pharmaciens, via leurs instances, doivent être une force de proposition. Ils doivent lancer des réflexions, faire des consultations pour aboutir à des propositions.

Il ne faut pas qu'ils se contentent de subir. Ils doivent prendre les devants et avoir la maîtrise du sujet.

Mesurer le pour et le contre et proposer au lieu d'attendre et d'agir dans l'urgence.

Vous êtes l'un des premiers à avoir dénoncé les études ayant justifié le décret de la baisse des prix des médicaments. Quel constat faites-vous aujourd'hui ?

Le prix de médicament est devenu un enjeu de politique politicienne.

On peut concevoir que ce sujet soit politique, car le politique doit se préoccuper de l'accès des citoyens aux médicaments. Mais qu'il soit utilisé pour des fins politiques, moi je dis que le prix du médicament est une affaire trop sérieuse pour cela.

Je tiens à rappeler que la malheureuse étude réalisée en 2009 par la commission parlementaire souffrait de beaucoup d'anomalies. Elle n'a pas bénéficié d'un échantillon suffisant, ni de méthodologie d'analyse correcte, ni de données justes car les prix des médicaments utilisés étaient faux. L'échantillon de 29 médicaments choisis sur les 6000 spécialités présentes au Maroc, donnait l'impression que les médicaments étaient plus chers chez nous. Or quand le décret est rentré en application en 2014, le constat était que clair: seulement le tiers des médicaments ont vu leur prix revu à la baisse car ils étaient les seuls dont le prix était supérieur aux pays du benchmark.

Ce benchmark était en réalité une gifle au rapport de la commission, car le fait que les 2/3 des médicaments ont vu leur prix inchangé signifiait que leur prix était inférieur ou égal à celui des pays du benchmark. En plus, la moitié des produits qui ont vu leur prix baisser ont connu des baisses minimales.

Nous ne nions pas pour autant qu'il y avait quelques anomalies sur les prix de certains médicaments, mais elles étaient minimales et concernaient surtout ce que l'on appelle les produits onéreux qui n'existaient pas en pharmacie.

Aujourd'hui, ce décret a fragilisé les pharmacies moyennes et a mis en faillite les pharmacies qui étaient déjà vulnérables. Quand on étudie le prix unitaire par dose pour chaque DCI, pour chaque dosage et présentation, nous pouvons dire que de 2014 à ce jour, le prix des médicaments a diminué de moitié. Par conséquent, la marge qui est passée de 30% à 34% n'est en réalité que de 17% par rapport aux prix avant le décret.

Enfin, je voudrais dire qu'il est déplorable qu'au jour d'aujourd'hui nous n'ayons pas une carte des pharmacies installées. Cela pourrait aider les nouveaux lauréats à mieux choisir les zones où ils peuvent s'installer et lutter contre les installations vouées à l'échec.



Par Wafaa Jari
Pharmacienne d'officine

LA ROSACÉE

QU'EST CE QUE LA ROSACÉE?

La rosacée est une affection dermatologique chronique qui touche uniquement le visage, principalement, les joues, le nez, le front et les yeux. Cette maladie est observée dans tous types de peau, mais beaucoup plus fréquente chez les patients de phototypes I et II. La maladie est déclenchée, en général, dans la 4ème décennie de la vie.

Comme son nom l'indique, La rosacée se caractérise par une rougeur intense de la partie centrale du visage. En l'absence de prise en charge correcte, la rosacée, quelle que soit sa forme, peut s'aggraver progressivement jusqu'à des manifestations ultimes dont fait partie le rhinophyma. Il s'agit, en effet, d'une maladie capricieuse qui évolue par poussées avec une exacerbation possible.

Étiologie

La rosacée, est probablement due à une anomalie vasculaire qui se traduit par une hyperactivité des petits vaisseaux sanguins du visage, des altérations du système immunitaire, ainsi qu'à la présence du demodex folliculorum (acarien qu'on trouve habituellement dans les follicules du visage) en plus des bactéries commensales. Ces derniers peuvent déclencher des phénomènes inflammatoires se traduisant par des papules et des pustules.

Comment identifier une rosacée?

La rosacée évolue en plusieurs stades, mais le passage par tous les stades n'est pas obligatoire. Le diagnostic est clinique, l'examen cutané et l'interrogatoire sont suffisants pour détecter la maladie. La biopsie cutanée semble être le moyen le plus sûr pour un diagnostic différentiel.

Il est important de ne pas confondre la rosacée avec :



Lupus érythémateux: absence de papules et de pustules, présence d'une atrophie et d'une hyperkératose.

Acné : les comédons, les microkystes et kyste composantes rétentionnelles de l'acné sont absentes en cas de rosacée.

Dermatites séborrhéiques : fond érythémateux mais parsemé de squames grasses, les localisations sont diffuses: ailes de nez, sourcils et lisières antérieures du cuir chevelu.

Évolution :

La rosacée débute le plus souvent à l'âge de la quarantaine. Le froid, la chaleur et l'exposition solaire excessive contribuent dans le déclenchement des formes initiales mais pas de la phase d'état. Les phases inflammatoires ont tendances à disparaître avec

l'âge.

L'évolution de la rosacée est chronique, caractérisée par des poussées de papules et pustules sans la contribution des facteurs déclenchant. Des complications oculaires sont fréquentes : sécheresse, conjonctives et blépharites, voire kératites.

Le rhinophyma ne régresse plus et n'est sensible à aucun traitement médical.

Les types de la rosacée et leurs caractéristiques :

Rosacée érythémato-télangiectasique (stade primaire) est un phénomène vasculaire permanent, il se caractérise par l'apparition des lésions localisées sur les joues, le nez et le menton et la partie médiane du front. L'érythrose faciale est permanente associée à des télangiectasies qui forment des réseaux prédominant aux

ISISPHARMA

DERMATOLOGIE

RUBORIL®

Gamme complète anti-rougeurs,
un parfait équilibre entre
tolérance et efficacité

ROSACÉE • ÉRYTHROSE • COUPEROSE

[COMPLEXE β -CALM®]



ISISPHARMA MAROC : Angle Bd d'anfa & Bd Moulay Youssef, Bad Abdelaziz , 10^{ème} étage Apt 101 Casablanca, Maroc.

Tél : 05 22 27 28 35 / 05 22 27 93 66 / contact@isispharma.ma

www.isis-pharma.com

joues et sur les ailes du nez.

Rosacée papulo pustuleuse (stade modéré) : caractérisée par des papules intermittentes roses à rouges et pustules inflammatoires sur un fond d'érythème permanent. Les lésions peuvent être très étendues mais respectent le contour de la bouche et les yeux. La peau est squameuse, de surface crouteuse, souvent signe de l'aggravation de la maladie.

Rhinophyma : elle touche principalement les hommes (dans plus de 95%) généralement après l'âge de 50 ans, Au début, les vaisseaux tortueux, telangiectasiques s'observent dans la partie distale du nez contribuant à son aspect hyperhémique ; cette hyperhémie peut prédisposer aux déformations du tissu nasal d'un rhinophyma.

Rosacée oculaire : les complications oculaires sont fréquentes (30% à 50% des patients ont des signes subjectifs : brûlures, picotements, sensations de corps étranger dans l'œil, photophobie, sécheresse, conjonctivites, blépharites voire kératites.

Facteurs de risque

Si l'origine précise de la rosacée reste inconnue, on sait néanmoins que divers facteurs peuvent l'aggraver ou provoquer des poussées de rosacée. On peut citer notamment :

- Une exposition prolongée au soleil ou sous des lampes de bronzage. Les rayons UVA provoquent la dilatation des vaisseaux sanguins qui, après un certain temps, peut devenir permanente;
- un brusque changement de température ;
- l'exposition à des conditions climatiques extrêmes (froid, pluie, chaleur, etc.) ;
- la consommation de boissons chaudes, de mets épicés ou d'alcool ;
- les fluctuations hormonales (pendant la grossesse et la ménopause) ;
- les fortes émotions (colère, gêne, stress) ;
- la prise de corticoïdes car ils provoquent une dilatation des vaisseaux sanguins et l'amincissement de la peau, aggravant peu à peu la rosacée.

Traitements

Traitement médicamenteux

Le traitement le plus couramment prescrit contre la rosacée est une crème antibiotique à appliquer sur la peau, à base de **métronidazole**. Des crèmes à base de **clindamycine**

Conseils du pharmacien

- Soins de la peau du visage:

- Laver avec de l'eau tiède et utiliser des nettoyants sans savon à PH équilibré.
- Appliquer les nettoyants doux avec le bout des doigts
- Utiliser des protecteurs solaires de préférences ceux qui contiennent des barrières physiques comme le dioxyde de titane et /ou oxyde de zinc car ils sont bien tolérés.
- Les hydratants ex : glycérine, vaseline aident à réparer la barrière épidermique
- Éviter les astringents, poudres et abrasifs exfoliants
- Éviter les cosmétiques contenant alcool, menthol, camphre, hamamélis, parfum, menthe poivrée et huile d'eucalyptus.
- Éviter les cosmétiques waterproof et les bases de maquillages épaisses qui sont difficiles à enlever sans solvants irritants ou friction
- Éviter la dermabrasion ou peeling.

Éducation du patient

- Rassurer les personnes atteintes de la rosacée sur la nature bénigne de l'affection et la rareté de rhinophyma.
- Insister sur la chronicité de la maladie et le risque de l'évolution.
- Conseiller d'éviter les éléments déclenchants reconnus.

peuvent aussi être utilisées.

Lorsque la rosacée est étendue ou qu'elle est associée à une inflammation des yeux, le médecin peut prescrire un antibiotique oral (de la **tétracycline** ou parfois de la **minocycline** pendant trois mois. Bien que la rosacée ne soit pas directement liée à des bactéries, les antibiotiques contribuent à réduire l'inflammation de la peau.

Acide azélaïque: appliqué sur la peau sous forme de crème ou de gel, contribue à réduire le nombre de pustules et à atténuer les rougeurs. Cependant, ce produit est assez irritant pour la peau, il faut donc utiliser une crème hydratante adaptée en complément.

Isotrétinoïne orale: est parfois utilisé à faible dose pour traiter les formes graves de rosacée (en cas de rosacée phymateuse ou de papules, pustules ou nodules résistants aux autres traitements). Comme il provoque de sérieux effets indésirables, il est prescrit sous étroite surveillance médicale.

Traitements chirurgicaux

Pour réduire les rougeurs et diminuer l'apparence des télangiectasies\ ou du rhinophyma, divers traitements chirurgicaux existent.

L'Électrocoagulation: Il s'agit d'une

technique efficace sur les télangiectasies (couperose) qui peut nécessiter plusieurs séances et qui comporte divers inconvénients, notamment de légers saignements, une rougeur et la formation de petites croûtes dans les jours qui suivent, un risque de cicatrices ou d'une dépigmentation permanente de la peau. Ce traitement ne peut être envisagé durant l'été (risque de formation de tâches brunes).

Chirurgie au laser. Plus efficace et moins douloureux que l'électrocoagulation, le laser laisse généralement moins de cicatrices. Il peut toutefois provoquer quelques ecchymoses ou un rougissement temporaire. Il faut compter de une à trois séances par zone à traiter.

La Dermabrasion: Cette intervention consiste à « user » la couche superficielle de la peau à l'aide d'une petite brosse à rotation rapide.



GROSSESSE ET SUPPLÉMENTATION EN FER

Définition et rôles du Fer.

Le fer est un élément minéral de la famille des métaux qui se trouve à l'état de traces dans l'organisme. Le corps d'un homme adulte contient environ 4 g de fer. Celui d'une femme, seulement 2,5 g. L'organisme ne peut fabriquer cet oligoélément, d'où la nécessité d'un apport externe.

Le fer intervient dans la constitution :

- de l'hémoglobine (pigment respiratoire qui assure l'échange de l'oxygène et du gaz carbonique avec le milieu extérieur),
- de la myoglobinine (forme de réserve de l'oxygène du muscle),
- et d'enzymes jouant un rôle capital dans de nombreuses réactions métaboliques comme la régulation de la croissance des cellules et leur différenciation.

Dans l'organisme, le fer existe sous deux formes : **le fer héminique** et **le fer non héminique**. Le fer héminique (incorporé dans la structure de l'hème) entre dans la constitution de l'hémoglobine, de la myoglobine et des enzymes hémoprotéiques ; le fer non héminique (non incorporé dans la structure de l'hème) est présent dans certaines enzymes et correspond aux formes de transport (par la transferrine) et de réserve du fer.

Métabolisme et biodisponibilité

Le fer circule dans le plasma lié à une protéine, la transferrine ou sidérophiline. Chez le sujet normal, cette protéine n'est saturée en fer que partiellement, au tiers de sa capacité :

le coefficient de saturation de la transferrine est normalement de l'ordre de 30 %. Le fer plasmatique total représente 3 à 4 mg, ce qui correspond à une teneur moyenne en fer d'environ 100 µg/dl. A côté de la transferrine, il existe d'autres protéines susceptibles de porter du fer telles la lactoferrine et la ferritine, mais elles n'ont, semble-t-il, aucun rôle dans le transport physiologique du fer.

Les réserves en fer de l'organisme sont localisées au niveau du système réticulo-endothélial, notamment dans le foie, la rate, la moëlle osseuse et les muscles squelettiques (où les réserves sont plus particulièrement sous la forme d'hémosidérine) et dans le parenchyme hépatique (où c'est la ferritine qui prédomine). L'originalité du métabolisme du fer tient au fait qu'il s'effectue quasiment en circuit fermé. L'organisme est particulièrement économe de son fer. Le pool du fer de l'organisme (4 g chez l'homme adulte ; 2,5 chez la femme adulte) est en renouvellement permanent : le fer ayant servi à la synthèse de l'hémoglobine est récupéré après la destruction des globules rouges et réutilisé. Les quantités de fer quotidiennement éliminées sont très faibles, de 1 à 2 mg/jour, ce qui ne représente que 1/1 000 à 1/4 000 du pool total de fer de l'organisme. Mais cette faible dépendance envers l'extérieur est un facteur d'une extrême importance car en cas de non-compensation de ces pertes par les apports alimentaires, il y a risque de déséquilibre de la balance en fer.

Chez le sujet considéré en bonne santé, il existe un état d'équilibre entre les apports et les pertes. Cette balance peut être déséquilibrée dans le sens de

la carence en diverses circonstances :

- Insuffisance des apports ou diminution de l'absorption,
- augmentation des pertes,
- augmentation des besoins.

Ces différentes causes peuvent être associées entre elles et s'aggraver mutuellement. En cas de rupture de l'équilibre de la balance en fer, l'organisme puise dans ses réserves disponibles ; lorsque celles-ci sont épuisées, les fonctions métaboliques dans lesquelles le fer intervient sont perturbées.

Pourquoi une supplémentation en fer est importante pendant la grossesse?

Durant la grossesse, les besoins en fer sont considérablement augmentés du fait :

- de l'augmentation physiologique de la masse érythrocytaire, c'est-à-dire du nombre de globules rouges maternels (nécessitant environ 500 mg de fer),
- de la constitution des tissus du fœtus (environ 290 mg de fer),
- et du placenta (environ 25 mg de fer).

Ces dépenses spécifiques viennent s'ajouter aux pertes basales (0,8 mg/jour compte tenu de l'interruption des menstruations, soit 220 mg pour l'ensemble de la gestation).

Besoins en fer pendant la grossesse

Au total, c'est plus de 1 000 mg de fer dont la femme enceinte a besoin pour assurer sa balance en fer au cours de la grossesse. Ces besoins sont particulièrement concentrés sur le 2^e et le 3^e



**A vos côtés pour la santé
de la femme et de son enfant**

trimestre. L'état des réserves en fer au début de la grossesse est un facteur essentiel pour évaluer les besoins en fer des femmes enceintes. Si les réserves en fer sont de l'ordre de 500 mg en début de gestation, ils permettent d'assurer la couverture des besoins liés à l'augmentation de la masse érythrocytaire : les besoins journaliers en fer peuvent donc être évalués aux environs de 2,5 mg/jour pour les deux derniers trimestres de la grossesse. Si les réserves sont par contre faibles, voire nulles, les besoins sont difficiles à couvrir par l'alimentation, malgré l'augmentation de l'absorption du fer observée au cours de la 2^e moitié de la grossesse.

Recommandations de l'OMS

L'OMS recommande une supplémentation orale quotidienne en fer et en acide folique avec 30 à 60 mg de fer élémentaire* et 400 µg (0,4 mg) d'acide folique^{3**} pour les femmes enceintes afin de prévenir l'anémie maternelle, la septicémie puerpérale, les petits poids de naissance et les naissances avant terme.

* 60 mg de fer élémentaire sont équivalents à 300 mg de sulfate ferreux heptahydraté, à 180 mg de fumarate ferreux ou à 500 mg de gluconate ferreux.

** Il convient de débiter la prise d'acide folique aussitôt que possible (dans l'idéal, avant la conception) pour prévenir les anomalies du tube neural.

Risques en cas de carence de fer

Si au cours de la grossesse les besoins en fer ne sont pas comblés, l'organisme doit s'approvisionner dans les réserves, situées principalement dans le foie. Ce manque de fer engendre une anémie que l'on constate chez 20% des femmes enceintes. Elle se traduit par :

- Une pâleur (souvent bien visible à l'intérieur des paupières, au niveau des ongles et des lèvres),
- Une fatigue persistante,
- Un essoufflement (à l'effort et au repos),
- Des palpitations,



L'anémie en cours de grossesse est favorisée par:

- Les grossesses multiples (jumeaux ou triplés),
- les grossesses à répétition,
- les infections urinaires,
- et certains médicaments.

- Un étourdissement, vertiges, faiblesse; - Maux de tête ;
- Un épuisement physique, émotionnel ou psychologique.

Chez le bébé, une anémie durant la grossesse peut entraîner une augmentation des risques de :

- Faible poids à la naissance,
- Naissance prématurée,
- D'anémie chez bébé,
- De mort fœtale in utero (dans les cas plus graves).

Pour éviter tout risque, une simple prise de sang est pratiquée en début de grossesse pour évaluer le niveau des réserves en fer de la maman. Ce dosage sanguin permet également d'éviter toute complémentation inutile. Le fer est en effet un puissant anti-oxydant et un surdosage affecte les tissus. En cas de carence, une supplémentation en fer sera prescrite.

Sources alimentaires de fer

Dans un régime de type occidental, les principales sources de fer sont : les produits d'origine animale (30 à 35 % du fer total), les céréales (20 à 30 %), puis les fruits et légumes, enfin les racines et tubercules amyliacés.

Pour les pays en voie de développement, la place du fer fourni par les aliments d'origine animale est beaucoup plus faible. Le fer non hémique représente à lui seul 90 à 95 % du fer alimentaire consommé dans les types alimentaires les plus fréquents dans le monde. Sa biodisponibilité est faible (généralement inférieure à 5 %) et peut être influencée par diverses substances contenues dans d'autres aliments.

INTÉRÊT DES SYSTÈMES DE MESURE CONTINUE DU GLUCOSE

Introduction :

L'arsenal thérapeutique du traitement du diabète (analogues de l'insuline, pompes à insuline) s'est étoffé ces dernières années. Cependant, certains patients ne parviennent toujours pas à équilibrer leur diabète, malgré une autosurveillance glycémique pluriquotidienne et une insulinothérapie intensifiée.

Les glycémies capillaires, réalisées ponctuellement, à des instants donnés, ne reflètent pas fidèlement les variations glycémiques sur une journée. La lecture et l'interprétation des résultats ne permettent pas toujours d'anticiper certaines situations potentiellement dangereuses pouvant survenir entretemps, par exemple : de brusques variations de la glycémie (hypo/hyperglycémies), notamment la nuit ou une altération avec le temps de la perception des hypoglycémies, augmentant le risque d'hypoglycémie sévère.

Depuis les premiers systèmes appelés « holters glycémiques » apparus dans les années 2000 permettant d'explorer le profil glycémique de ces patients (à l'hôpital ou à domicile), les systèmes ont constamment évolué et peuvent désormais mesurer le taux de glucose en temps réel et en permanence.

En occident, l'utilisation de dispositifs permettant la mesure continue du glucose interstitiel (MCG) en temps réel par les diabétiques se généralise et vient changer les pratiques diabétologiques des patients et des professionnels. Au Maroc, l'utilisation des MCG dans la prise en charge du diabète est à ses balbutiements. Le prix de ces dispositifs et leur faible disponibilité réduisent considérablement leur usage privant ainsi les patients d'un bénéfice thérapeutique certain.



Qu'est-ce que la mesure du glucose en continu (MGC)?

Le système de mesure du glucose en continu (MGC) permet de mesurer environ toutes les 10 secondes la concentration de glucose dans le liquide interstitiel et non le taux de glucose dans le sang. Au bout de 5 minutes, le système affiche la moyenne des valeurs.

Les dispositifs actuels comportent généralement :

- Un capteur : à placer soi-même sous la peau (abdomen ou bras selon les dispositifs) et à remplacer périodiquement. Celui-ci détecte et mesure le glucose interstitiel en émettant un signal électrique dont l'intensité est variable selon la concentration de glucose.
 - Un transmetteur : il communique le signal électrique du capteur au récepteur.
 - Un récepteur : il reçoit le signal via une liaison sans fil à intervalles réguliers et affiche les données. Le récepteur peut être soit une pompe à insuline, un lecteur de glycémie ou un moniteur spécifique (un smartphone, par exemple).
- Actuellement, il existe plusieurs types

de systèmes :

1- Les systèmes transmettant en continu les données au capteur :

On distingue :

- Les dispositifs indépendants (capteur, transmetteur, récepteur) : DexcomG4® Platinum (Dexcom), Freestyle Navigator II® (Abbott), Guardian Connect (Medtronic)
- Les dispositifs couplés à une pompe à insuline : Animas Vibe® (Animas), MiniMed 640G®.

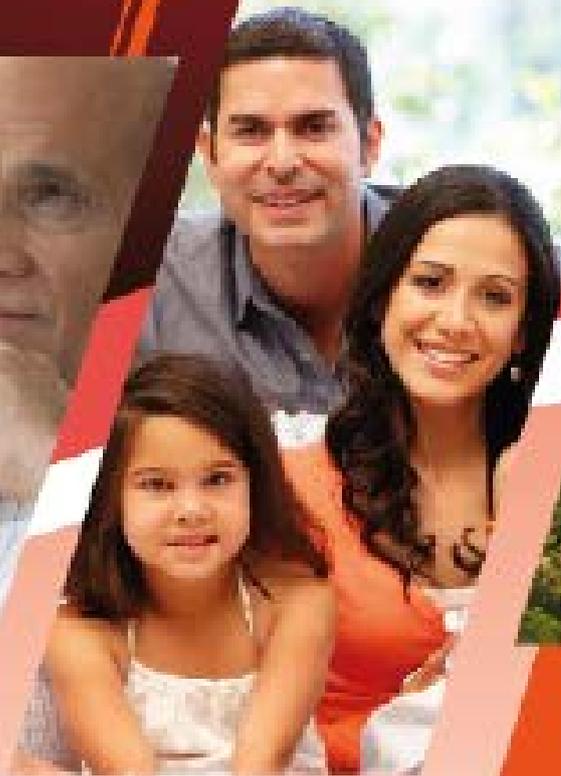
2- Un système affichant les données rétroactivement par scan du capteur :

- Le système flash d'autosurveillance du glucose : FreeStyle Libre® (Abbott)

Parmi les fonctionnalités proposées selon les systèmes :

- L'affichage des données (en temps réel) sur son profil glycémique,
- La courbe du taux de glucose,
- Les flèches de tendance (vitesse et sens de variation du taux de glucose),
- Les systèmes d'alarme,
- Partage de données.

سوٲيما
Sothema



*Construisons
la confiance*

Intérêt de la MCG

L'équilibre glycémique actuellement observé au cours du DT1 demeure au-delà des objectifs fixés par les recommandations ($HbA1c < 7$ ou $7,5\%$).

Le registre américain T1D Exchange Clinic observe un taux de $8,4\%$ [1] et les données françaises ENTRED sont similaires [2]. Cet objectif repose pourtant sur la démonstration du lien entre l'équilibre glycémique et le risque de complications micro- et macro-vasculaires. À l'inverse, l'amélioration de l' $HbA1c$ peut accroître le risque hypoglycémique, constituant un frein à l'obtention des objectifs, justifiant le recours à des approches innovantes [3].

Si les traitements antidiabétiques (analogues rapides et lents d'insuline) ont connu des progrès significatifs au cours des dernières années, l'auto-surveillance glycémique (ASG) demeure un point faible de l'arsenal thérapeutique. Pourtant, plusieurs études chez le patient DT1 ont clairement établi la relation entre la fréquence quotidienne de l'ASG et le niveau d' $HbA1c$, avec un plafonnement de l'effet se situant aux alentours de 10 autocontrôles par jour [4]. La HAS recommande au moins 4 mesures par jour, au cours du DT1 (5).

Une étude transversale conduite en 2015 auprès de 238 pharmaciens et 449 patients révèle que $70,6\%$ des patients sous schéma de type basal/ bolus (DT1 et DT2) n'effectuent pas un nombre de mesures d'ASG conforme aux recommandations de la HAS [6].

Qu'en est-il de l'efficacité de la MCG?

Plusieurs études récentes ont prouvé le bénéfice de la MCG couplée à la pompe à insuline à réduire de façon significative (40 à 50%) le temps passé en hypoglycémie, ainsi que la fréquence des événements hypoglycémiques, en particulier chez des patients dont l' $HbA1c$ initiale est satisfaisante mais qui présentent un problème dominant d'hypoglycémies récurrentes [7-8]. Il est maintenant clairement démontré que les patients ne ressentant pas leurs hypoglycémies ont une fréquence ré-

duite d'hypoglycémies sévères sous MCG [9].

Ces données ont été confirmées par deux études conduites chez des patients sous multi-injections.

La première est l'étude DIAMOND, qui a randomisé 158 patients DT1 américains avec un niveau initial d' $HbA1c$ de $8,6 \pm 0,6\%$. Après 24 semaines, les utilisateurs de CGM (Dexcom G4) ont bénéficié d'une réduction plus importante d' $HbA1c$ ($-1,0\%$ vs $-0,4\%$), et du temps passé en hypoglycémie (43 min/j vs 80 min/j, $p = 0,002$). La proportion de patients passés en dessous de $7,5\%$ était significativement plus importante (respectivement de 39% vs 6% , $p < 0,001$) [10].

La seconde étude est l'étude GOLD. Celle-ci a étudié en crossover 161 patients DT1 suédois. Après 6 mois, l'amélioration d' $HbA1c$ dans le groupe capteur était supérieure de $0,43\%$, tandis que les hypoglycémies sévères étaient moins fréquentes (1 seul cas sous MCG contre 5 cas sous ASG conventionnelle et 7 cas pendant la période de washout) de même que le temps passé en hypoglycémie ($2,8\%$ vs $4,8\%$) [11].

Deux autres études ont testé la fonction d'arrêt automatique de la pompe à insuline en cas d'hypoglycémie (Low glucose threshold suspend system [LGTS]), permettant, grâce au capteur couplé à la pompe, d'interrompre automatiquement le débit d'insuline pendant une durée maximale de 2 heures lorsque le glucose atteint une valeur prédéfinie. L'étude ASPIRE In-Home a montré la disparition totale des hypoglycémies sévères, la réduction franche du temps passé en hypoglycémie et le nombre d'événements hypoglycémiques, sans détérioration de l' $HbA1c$ dont la valeur à l'inclusion était de $7,2\%$ [12]. Ces résultats ont été confirmés par Ly et al., qui observent également la disparition des hypoglycémies sévères [13]. Des résultats similaires sur la fréquence et la durée des hypoglycémies sont désormais rapportés avec la nouvelle version de ce système, qui permet l'arrêt de la pompe avant la survenue de l'hypoglycémie par un

algorithme prédictif (Low glucose predictive suspend system [LGPS]) et le redémarrage automatique [14].

Quant au système de « flash monitoring » FreeStyle Libre® (FSL), il a fait l'objet de deux études contrôlées. L'étude IMPACT, réalisée pendant 6 mois chez 328 patients DT1 dont l' $HbA1c$ initiale était à $7,5\%$, a montré une réduction de 38% du temps passé en hypoglycémie, y compris la nuit, sans détérioration de l' $HbA1c$, avec un nombre de scans quotidiens de 15, contre 5,8 ASG dans le groupe témoin qui disposait seulement d'un lecteur de glycémie [11].

L'étude REPLACE, conduite pendant 6 mois chez 302 patients présentant un DT2 mal contrôlé ($HbA1c \geq 7,5\%$) sous insulinothérapie intensive, montre également une réduction du temps passé en hypoglycémie de 43% (54% la nuit) sans détérioration de l' $HbA1c$ [15].

Impact économique

La MCG est une technologie onéreuse (achat des capteurs, renouvellement des émetteurs et des récepteurs), ce qui limite son utilisation en l'absence de prise en charge par le système de soins au Maroc.

Toutefois, une analyse globale révèle que son coût est réduit compte tenu d'une réduction des hypoglycémies sévères et des acidocétoses [16]. Les études JDRF, STAR 3, EVADIAC et ASPIRE n'ont pas montré d'augmentation des complications métaboliques aiguës malgré une amélioration de l'équilibre glycémique obtenu grâce à la MCG [12,17-18]. Une étude récente a montré que celle-ci permettait de réduire les hospitalisations pour hypoglycémie de 32% , soit une réduction de coût de 54 millions de dollars sur une population de 46 500 DT1 [18]. Deux analyses ont montré que la MCG était une technologie rentable [19,20]. La MCG est déjà prise en charge par les systèmes de soins dans certains pays (Suède 2009, Pays-Bas 2010, Slovénie 2010, Suisse 2011, France 2017, etc.)

La MCG: un élément central du pancréas artificiel

La MCG est l'élément fondamental des systèmes d'insulinothérapie dite en boucle fermée (ou « pancréas artificiel »). L'intelligence artificielle prend le relais du patient en ce qui concerne la décision de la dose d'insuline, mais le patient reste responsable du fonctionnement du système sur le plan technique (pose et gestion technique du capteur et de la pompe et utilisation de l'interface homme/machine). Un groupe de travail réunissant des experts français (CNPEDMM, SFD, SFE, CODEHG, EVADIAC, FFD, AJD) considère ainsi que l'application des règles de bonnes pratiques concernant la MCG, par les patients, leur entourage et les soignants, est un prérequis indispensable au succès de ces dispositifs de pancréas artificiel qui sont annoncés sur le marché très prochainement. Cela concerne notamment la formation technique à l'utilisation des capteurs, la connaissance des causes d'erreur de la mesure, l'interprétation des flèches de tendance. La HAS, inspirée par les résultats de l'étude Capteur EVADIAC [18], insiste sur la nécessité d'une formation à l'utilisation des outils et d'une éducation thérapeutique spécifique permettant de guider les patients dans l'interprétation des données obtenues par la MCG. L'éducation thérapeutique du patient à l'utilisation de la MCG est centrale, car elle constitue la base d'un bon usage du dispositif, et permet de garantir son efficacité à court et à long terme.

Indications cliniques à la pose d'un CGMS

- Discordance entre les glycémies capillaires et l'HbA1c
- Suspicion d'hyperglycémies post-prandiales
- Exclusion d'hypoglycémies notamment nocturnes
- Prise en charge de l'hypoglycemia unawareness
- Recherche du phénomène de l'aube
- Diabète instable avec forte variabilité glycémique
- HbA1c difficilement interprétable (transfusions à répétition, insuffisance rénale chronique terminale, maladie hématologique, ...)
- Grossesse

Bibliographie

- [1] Miller KM, Foster NC, Beck RW, Bergenstal RM, DuBose SN, DiMeglio LA, et al. Current state of type 1 diabetes treatment in the U.S.: updated data from the T1D Exchange clinic registry. *Diabetes Care* 2015;38:971-8.
- [2] Lecomte P, Romon I, Fosse S, Simon D, Fagot-Campagna A. Selfmonitoring of blood glucose in people with type 1 and type 2 diabetes living in France: the Entred study 2001. *Diabetes Metab* 2008;34:219-26.
- [3] The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. *N Engl J Med* 1993;329:977-86. [4] Miller KM, Beck RW, Bergenstal RM, Goland RS, Haller MJ, McGill JB, et al. Evidence of a strong association between frequency of self-monitoring of blood glucose and hemoglobin A1c levels in T1D exchange clinic registry participants. *Diabetes Care* 2013;36:2009-14.
- [5] HAS. Indications et prescription d'une autosurveillance glycémique chez un patient diabétique. Bon usage des dispositifs médicaux. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-03/autoanalyse_glycemie_2007.pdf
- [6] Guerci B, Benhamou PY, Durain D, Bahloul A, Jeanbat V, Detournay B. Pratique de l'autosurveillance glycémique en France : données d'une enquête nationale. *Revue de santé publique*, 2017;29:229-240.
- [7] Battelino T, Phillip M, Bratina N, Nimri R, Oskarsson P, Bolinder J. Effect of continuous glucose monitoring on hypoglycemia in type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2011;34:795-800.
- [8] Bolinder J, Antuna R, Geelhoed-Duijvestijn P, Kröger J, Weitgasser R. Novel glucose-sensing technology and hypoglycaemia in type 1 diabetes: a multicentre, non-masked, randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl* 2016;388:2254-63.
- [9] Choudhary P, Ramasamy S, Green L, Green L, Galen G, Pender S, et al. Real-time continuous glucose monitoring significantly reduces severe hypoglycemia in hypoglycemia-unaware patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2013;36:4160-2.
- [10] Beck RW, Riddlesworth T, Ruedy K et al. Effect of Continuous Glucose Monitoring on Glycemic Control in Adults With Type 1 Diabetes Using Insulin Injections: The DIAMOND Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2017;317:371-8.
- [11] Lind M, Polonsky W, Hirsch IB, Heise T, Bolinder J, Dahlqvist S, et al. Continuous Glucose Monitoring vs Conventional Therapy for Glycemic Control in Adults With Type 1 Diabetes Treated With Multiple Daily Insulin Injections: The GOLD Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2017;317:379-87.
- [12] Bergenstal RM, Klonoff DC, Garg SK, Bode BW, Meredith M, Slover RH, et al. Threshold-based insulin-pump interruption for reduction of hypoglycemia. *N Engl J Med* 2013;369:224-32.
- [13] Ly TT, Nicholas JA, Retterath A, Lim EM, Davis EA, Jones TW. Effect of sensor-augmented insulin pump therapy and automated insulin suspension vs

standard insulin pump therapy on hypoglycemia in patients with type 1 diabetes: a randomized clinical trial. *JAMA* 2013;310:1240-7. [14] Buckingham BA, Raghinaru D, Cameron F, Bequette BW, Chase HP, Maahs DM, et al. Predictive Low-Glucose Insulin Suspension Reduces Duration of Nocturnal Hypoglycemia in Children Without Increasing Ketosis. *Diabetes Care* 2015;38:1197-204.

[15] Haak T, Hanaire H, Ajjan R, Hermanns N, Riveline JP, Rayman G. Flash Glucose-Sensing Technology as a Replacement for Blood Glucose Monitoring for the Management of Insulin-Treated Type 2 Diabetes: a Multicenter, OpenLabel Randomized Controlled Trial. *Diabetes Ther Res Treat Educ Diabetes Relat Disord* 2017;8:55-73.

[16] Fonseca VA, Grunberger G, Anhalt H et al. Continuous glucose monitoring: a consensus conference of the american association of clinical endocrinologists and american college of endocrinology. *Endocr Pract Off J Am Coll Endocrinol Am Assoc Clin Endocrinol* 2016;22:1008-21.

[17] Juvenile Diabetes Research Foundation Continuous Glucose Monitoring Study Group. Effectiveness of continuous glucose monitoring in a clinical care environment: evidence from the Juvenile Diabetes Research Foundation continuous glucose monitoring (JDRF-CGM) trial. *Diabetes Care* 2010;33:17-22.

[18] Riveline J-P, Schaepelynck P, Chaillous L, Renard E, Sola-Gazagnes A, Penformis A, et al. Assessment of patient-led or physician-driven continuous glucose monitoring in patients with poorly controlled type 1 diabetes using basalbolus insulin regimens: a 1-year multicenter study. *Diabetes Care* 2012;35:965-71.

NANOGEN®

L'expert britannique des traitements d'alopecie



Produits fabriqués en Angleterre



AVANCER OU DISPARAÎTRE



Par: **ZNIBER Med JAMAL**
Pharmacien d'officine

En réactualisant le texte de loi qui régit notre instance ordinale, les pouvoirs publics n'ont d'autre objectif que de permettre à notre profession, de remplir son authentique responsabilité sociale. Sachant que notre profession est directement concernée par la santé de nos concitoyens, faut-il rappeler que son exercice nécessite non seulement la compétence scientifique mais aussi la garantie d'une moralité professionnelle irréprochable de chacun de ses membres? Cette mission exige l'implication des pharmaciens dans le développement des sciences pharmaceutiques et dans le respect des règles et devoirs envers leurs concitoyens.

A partir du moment où ces missions relèvent des prérogatives de l'instance ordinale, le problème majeur que nous vivons dans notre profession, réside dans le fait qu'une majorité de pharmaciens ont non seulement perdu toute perception d'un intérêt commun, opposable à leurs intérêts particuliers, mais ont aussi effacé le sens du politique au sein de leur communauté. Je me dois de préciser cette notion car les confrères ne la perçoivent qu'à travers les programmes des partis politiques qui n'ont pas pour missions de veiller à la défense de nos intérêts moraux pour pérenniser notre profession commune. Pour ce faire, le pharmacien doit s'arracher, au moins partiellement, à ses enracinements particuliers et entrer, en droit, et en communication avec tous ses confrères afin qu'ils se fédèrent autour des valeurs de leur profession commune. Son inscription à l'Ordre des pharmaciens étant obligatoire, sa participation à la vie de son instance ordinale l'est tout autant car le pharmacien est détenteur d'une part de la souveraineté politique suivie par son instance. Notre instance ordinale ne pourra tirer sa force qu'à travers la pleine participation de la majorité des pharmaciens à la vie collective. Sans leur implication, le vide créé profite à ceux qui justifient leurs comportements par leur besoin d'épanouissement personnel et

par leur jugement autonome.

Car dans une société qui ne respecte pas les règles élémentaires de la démocratie, son action risque fort de profiter aux plus actifs, et aux plus entreprenants, et de marginaliser les plus modestes à tous les niveaux.

A la fin des années soixante-dix, un hebdomadaire français (Le Point ou L'Express, je ne sais plus) avait réalisé un sondage auprès des Français. Ce sondage leur demandait de classer les professions en fonction de leur utilité au sein de leur société. A cette époque, la pharmacie d'officine avait été plébiscitée au premier rang. En 2019, pouvons-nous rester sur cet acquis alors que les sociétés ont terriblement changé depuis un demi-siècle? Le pharmacien d'officine n'est pratiquement plus sollicité pour exécuter des préparations magistrales. Avec son savoir encyclopédique, le docteur Google a réduit les conseils que nous prodiguons à nos malades à de simples recommandations de bon sens. Sachant que les sociétés ne cessent d'évoluer, aucun pharmacien ne pourra conserver sa place dans sa société s'il n'est pas accompagné efficacement par son instance ordinale. En veillant à l'épanouissement de la profession et aux exigences de la société, elle assure sa pérennité. Notre profession nous impose de la faire avancer, faute de quoi le pharmacien sera comme le cycliste qui fait du sur place. S'il n'avance pas, il finit toujours par tomber.

Nous fédérer autour des valeurs de notre profession, est sans aucun doute notre seul moyen de nous sortir de notre crise morale pour préserver notre avenir. Pussions-nous oublier nos querelles intestines et voter pour nos prochains représentants les plus sages, les plus éclairés et les plus dignes, en dehors de toute considération politique, philosophique ou religieuse.

LE « MEILLEUR » POUR LA MAMAN ET LE BÉBÉ



OLIGOBS ALLAITEMENT, REpond AUX BESOINS EN MINÉRAUX ET OLIGO-ÉLÉMENTS DES FEMMES ALLAITANTES.



→ 1 seule prise par jour

1 Comprimé + 1 Capsule/jour



Tiers payant: Entre promesses et déception !



Par: SAAD FOUAD
Pharmacien d'officine

Quatre années se sont écoulées depuis la signature de la convention du tiers payant. Signée en présence du ministre de la santé, entre le conseil national de l'ordre des pharmaciens et la CNOPS, cette convention a été un événement médiatisé et fêté en grande pompe.

Le Pr Louardi, ministre de la santé de l'époque, se félicitait d'avoir mis sur les rails un système similaire à celui des pays développés, bien que la liste des produits concernés se limitait à quelques 40 produits. Pour le ministre, le démarrage du système du tiers-payant pour les produits « dits chers » n'était qu'une première étape avant sa généralisation pour le reste des produits pharmaceutiques.

Le ministre se montrait confiant et une bonne partie des officinaux également, surtout que le démarrage du système du tiers payant devait avoir lieu tout juste après la fermeture de la pharmacie de la CNOPS. Fermeture qui signifiait implicitement le retour de cette catégorie de médicaments au circuit pharmaceutique, ce qui devait donc constituer une bouffée d'oxygène pour les différents intervenants, y compris les officinaux. La fermeture de la pharmacie de la CNOPS allait aussi épargner aux patients de longs déplacements jusqu'à la capitale, des déplacements contraignants en temps, en énergie et en argent.

Quatre ans après la mise en place du tiers-payant, les premiers chiffres ne sont guère encourageants. D'après différentes sources, le nombre d'officinaux ayant adhéré au tiers-payant ne dépasserait pas les 5% de l'ensemble des officines du royaume ! La raison principale invoquée par les témoignages des quelques officinaux contactés est : la lenteur des démarches administratives. En effet, bon nombre de pharmaciens ont exprimé leur insatisfaction par rapport au traite-

ment des réclamations relatives aux dossiers avec des erreurs de calculs. Des différences entre le taux de remboursement sur la feuille de soins présentée par le malade et le taux appliqué



par la CNOPS sont constatés. Ces écarts de remboursement sont toujours en défaveur des pharmaciens qui se retrouvent lésés.

Pour exemple, le pharmacien dispense un produit sur la base du taux sur la feuille de soins qui est à 95%, et se fait payer par la CNOPS sur la base d'un remboursement à 80%. Une fois une réclamation déposée, et bien que la CNOPS reconnaisse l'erreur, aucune suite n'est malheureusement donnée. D'autres raisons font que les pharmaciens n'ont pas adhéré en masse au tiers-payants : on citera notamment les montants importants à mobiliser puisqu'il s'agit de produits onéreux dont le prix peut atteindre des dizaines de milliers de dirhams et la maigre, voire la dérisoire marge brute dont bénéficie le pharmacien et qui ne dépasse pas les 400 dirhams.

Aujourd'hui une chose est sûre, après quatre années de sa mise en place, on peut dire que le tiers-payant est un échec. Il pénalise le pharmacien et le patient qui se retrouvent pénalisés. Remédier à cette situation en redéfinissant les bases de la convention ainsi que la marge sur les produits dits chers devrait constituer une priorité. Cela encouragerait plus d'officinaux à y adhérer, ce qui va assurer une disponibilité de ces produits au niveau national, et éviter au malade un retour à la case départ.

TROP DE TOUT !

Aujourd'hui, nous vivons l'ère du « trop ».

Il y a trop d'écologie et trop de pollution, trop de bonne volonté et trop d'hypocrisie, trop d'experts et trop de médiocres, trop de liberté et trop de répression. Il y a trop de religion et trop de violence, trop de nourriture et trop de famine, trop d'humanisme et trop de barbarie, trop d'ouverture et trop de frontières.

En somme, il y a trop de tout !

Dans le secteur de la santé aussi, il y a trop de médecins, trop de pharmaciens, trop de malades, trop de maladies, trop de médicaments, trop de génériques, trop de résistances, trop de lois, trop d'amendements, trop de congrès et trop de déceptions.

Même les épidémies n'ont pas pu s'extraire à cette tendance, et ont fini par épouser la mode du « trop ». Chaque nouvelle année nous livre son risque sanitaire majeur. Bientôt, comme les chinois, on désignera les années par les noms de probables épidémies. On parlera de l'année du SRASS, l'année d'Ebola, l'année de la grippe aviaire, etc.

À force de vouloir nous faire peur par l'exagération des risques encourus, les épidémies et les pandémies ont fini par perdre de leur charisme d'antan.

Par le passé, les épidémies étaient relativement rares, mais une fois qu'elles étaient bien en place, elles se révélaient redoutables et décimaient tout sur leur passage. Rien que leur nom donnait la chaire de poule : Peste noire, Typhus, Choléra, SIDA. Voilà des noms dignes de catastrophes sanitaires. La peste noire, qui a sévi entre 1347 et 1352, a fait à elle seule, entre 25 et 50 millions de victimes en Europe.

Mais, depuis le SIDA, les épidémies entraînent plus d'anxiété et d'angoisse que de vraies victimes. Même leurs appellations sont devenues lisses et sans contours. Corona ! Zika ! Comment peut-on prendre des virus aux noms si exotiques au sérieux ? Le virus Zika évoque la musique, la danse, la plage et le soleil. Quant au virus Corona, il évoque l'ivresse et la fête.

Voilà des virus, qui au lieu de faire peur, donnent plutôt envie.

Le plus grand danger de cette tendance du « trop » est qu'elle finit inévitablement par tout banaliser. Tout ce qui est en trop finit par rejoindre le temple de l'ordinaire. C'est ainsi qu'aujourd'hui à force d'être exposées à trop de violence, beaucoup de personnes regardent le plus naturellement du monde et sans même ciller, des vidéos de lapidation, de torture et



de monstruosités diverses, intercalées entre une vidéo de The Voice et un sketch de Gad El Maleh. C'est dire que l'homme peut s'habituer à tout, y compris à l'horreur.

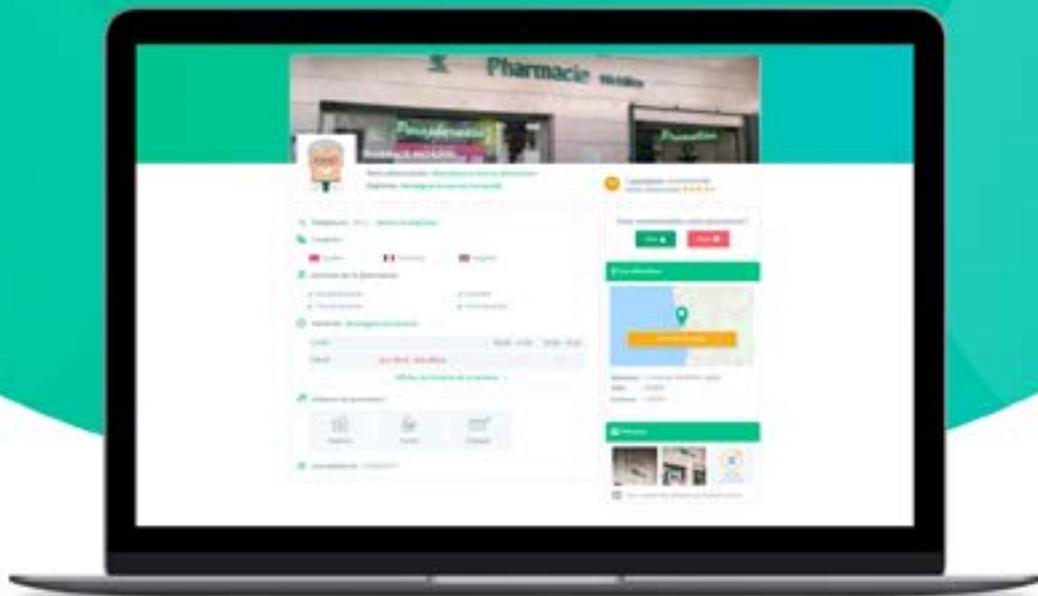
L'abondance et la redondance finissent par inhiber tout esprit critique et toute volonté de réaction.

Que faire alors pour échapper à ce fléau des temps modernes ? Si nul ne peut prétendre avoir LA RÉPONSE à cette question existentielle, on peut néanmoins dire qu'il faut inévitablement commencer par apprendre à faire des pauses dans sa vie. Arrêter d'agir, de consommer, de subir et d'imiter les autres, pour s'interroger : « au fond, qu'est-ce qui est vraiment essentiel pour nous ? »

L'essentiel n'est pas quelque chose de monolithique et d'uniforme, il change selon l'histoire et la sensibilité de chacun. Il n'est pas toujours dans les grandes réalisations, ni dans la réussite professionnelle, ni même dans l'excellence. Il est souvent le fruit d'actions toutes simples et à la portée de tous. L'essentiel peut être le repos que nous ne prenons pas parce que nous avons des dossiers à terminer ... et qui pourtant nous aurait inspiré de nouvelles idées. Il est le quart d'heure de jeu avec notre enfant qu'on néglige parce que nous sommes en retard le matin... et qui nous aurait propulsé dans une énergie joyeuse pour toute la journée. Il est le court moment de prière ou de méditation que nous reportons à plus tard ... et qui nous aurait rappelé la futilité des tous les éléments anxigènes de notre quotidien.

Le poète René Char disait : « l'essentiel est sans cesse menacé par l'insignifiant ». Pour atteindre l'essentiel, il faut donc lutter contre l'insignifiant. Dans le cas contraire, c'est toute notre existence qui risque de sombrer dans l'insignifiance et la médiocrité.

**LE 1^{ER} ANNUAIRE INTERACTIF
DE PHARMACIES AU MAROC
100% GRATUIT**



GRÂCE À CET OUTIL, VOUS ALLEZ BÉNÉFICIER DE :

- ✓ La mise en ligne de votre tour de garde
- ✓ Une page professionnelle pour votre Pharmacie
- ✓ Une meilleure présence de votre pharmacie sur internet
- ✓ Un renforcement de la relation Pharmacien-Patient

**Inscrivez-vous dès maintenant sur le site
www.monpharmacien.ma et commencez à gérer
votre page professionnelle !**