

SUIVI DES PATIENTS DIABÉTIQUES À L'OFFICINE

Place du Bilan Partagé de Médication

Point sur

Le diabète en France,
quel état des lieux aujourd'hui ? p 02-03

En savoir +

Bilan Partagé de Médication,
je protège mes patients diabétiques p 04-06

Partage d'expérience

Diabète et BPM : s'engager à l'officine p 07-11

Point sur

Le diabète en France, quel état des lieux aujourd'hui ?

Le diabète, défini par l'élévation chronique de la concentration de glucose dans le sang (hyperglycémie chronique)¹ est, par sa fréquence, ses conséquences à long terme et ses coûts de prise en charge, **un problème de santé publique.**



LE DIABÈTE, UNE MALADIE DE PLUS EN PLUS FRÉQUENTE²

5,2% de la population

3,5 millions de personnes²



1/4 des diabétiques âgés de plus de **75 ans**¹

Le diabète de type 2 représente plus de **90%** des cas de diabète en France.³

91,9%



Type 2

5,6%

Type 1

2,5%

Autre ou indéterminé

Un surrisque cardiovasculaire

Les sujets diabétiques meurent principalement d'une maladie cardiovasculaire¹

Les personnes diabétiques présentent ainsi une surmortalité en comparaison des sujets non diabétiques :

x 2,2 pour les cardiopathies ischémiques

x 1,8 pour les maladies cérébrovasculaires

! Chez le sujet diabétique, les ischémies myocardiques peuvent être silencieuses et doivent être systématiquement recherchées par un électrocardiogramme de repos.¹

En outre, des altérations micro et macro-angiopathiques secondaires au diabète touchent des organes cibles comme par exemple : le rein, l'œil, le pied, l'appareil cardiovasculaire et les dents.¹

Chaque année le diabète de type 2 traité par médicament augmente de :

+ 0,9% chez les hommes **+ 0,4%** chez les femmes

(chez les plus de 45 ans, sur la période 2010-2017)²

Le diabète de type 2 : points de repère¹

Définition¹

HYPERGLYCÉMIE CHRONIQUE et/ou

INSULINORÉSISTANCE (défiance de l'action de l'insuline sur les tissus cibles)

INSULINODÉFICIENCE (anomalies de sécrétion d'insuline)

Se caractérisant par :

- **GLYCÉMIE > 1,26 g/L** (7,0 mmol/L) après un jeûne de 8 heures et vérifiée à 2 reprises.
- **symptômes de diabète** (polyurie, polydipsie, amaigrissement) associée à une glycémie ≥ 2 g/L (11,1 mmol/L)
- **glycémie ≥ 2 g/L** (11,1 mmol/L) **2 heures** après une charge orale de 75 g de glucose.

Évolution¹

PHASE « PRÉDIABÈTE »

Anomalies de la glycorégulation Intolérance au glucose et/ou hyperglycémie modérée à jeûn (< 1,26 g/L (7,0 mmol/L))

PHASE INFRACLINIQUE

Hyperglycémie sans symptôme évocateur de la maladie (≈ 10 ans)

PHASE CLINIQUE

Symptômes et complications chroniques, microvasculaires, macrovasculaires et parfois complications aiguës

Autosurveillance glycémique : intermittente à continue

Le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c), dosé tous les 3 mois, reste l'élément central pour évaluer l'équilibre glycémique moyen chez le patient diabétique.⁴

Pour la plupart des sujets diabétiques de type 2, **HbA1c cible doit être $\leq 7\%$.** Cet objectif peut être adapté, dans un sens ou dans l'autre, selon le contexte clinique.⁴

L'autosurveillance glycémique (ASG) ne remplace pas la mesure de l'HbA1c, mais peut la compléter. Elle ne doit être employée que si elle est susceptible d'entraîner une modification du traitement.⁴

DANS LE DIABÈTE DE TYPE 2, L'ASG EST RÉSERVÉE À CERTAINS PATIENTS⁴ :

Patients traités par insulinosécréteurs lorsque des hypoglycémies sont soupçonnées

Patients dont l'objectif thérapeutique n'est pas atteint en raison d'une maladie ou d'un traitement intercurrent

Patients insulino-traités. En cas d'insulinothérapie envisagée à court ou moyen terme



MESURE CONTINUE DU GLUCOSE (MCG)

L'autosurveillance glycémique évolue pour s'adapter au besoin des patients. Ceux-ci peuvent suivre leur glycémie avec :



• les lecteurs de glycémie « historiques » mesurant la glycémie sur une goutte de sang capillaire prélevée à l'extrémité d'un doigt grâce à un autopiqueur

• les appareils de mesure en continu du glucose interstitiel (MCG)

À RETENIR

MCG : une éducation thérapeutique nécessaire

Les patients doivent recevoir une **formation technique** précise pour gagner en aisance et en autonomie :

- Explication de la mesure du glucose interstitiel
- Caractéristiques du capteur, calibration, alarmes, manipulation du dispositif, utilisation des logiciels...
- Prises de décision en fonction des valeurs mesurées, de l'historique et des flèches de tendance.⁵



LE SAVIEZ-VOUS ?

IL EXISTE 3 TYPES DE DISPOSITIFS DE MCG⁵



Dispositif indépendant avec capteur, transmetteur et récepteur



Dispositif à capteur et transmetteur couplés à une pompe à insuline



Dispositif de mesure flash d'auto-surveillance (le récepteur n'est activé qu'en le scannant)

A CHAQUE DISPOSITIF, SON AVANTAGE

Communication systématique des données au récepteur

Diminution du temps et de la fréquence des hypoglycémies

Aucune calibration nécessaire par le patient

En savoir +

Bilan Partagé de Médication, je protège mes patients diabétiques

Témoin de l'élargissement des missions du pharmacien, le Bilan Partagé de Médication (BPM) valorise son rôle d'accompagnement du patient et d'expert du bon usage du médicament. Il repose sur le **partage d'informations** et sur une **coordination pluri-professionnelle**.⁶

POURQUOI LE BPM ?^{7,8}

Le Bilan Partagé de Médication est fondamental dans la **lutte contre la iatrogénie** en collaboration avec le médecin traitant.



RISQUE IATROGÉNIQUE ACCRU

chez le diabétique de type 2 âgé sous polymédication

INFLUENCE NÉGATIVE sur l'adhésion aux traitements et sur l'équilibre glycémique possible

POUR QUELS PATIENTS ?^{6,7}



Au moins
1 pathologie chronique



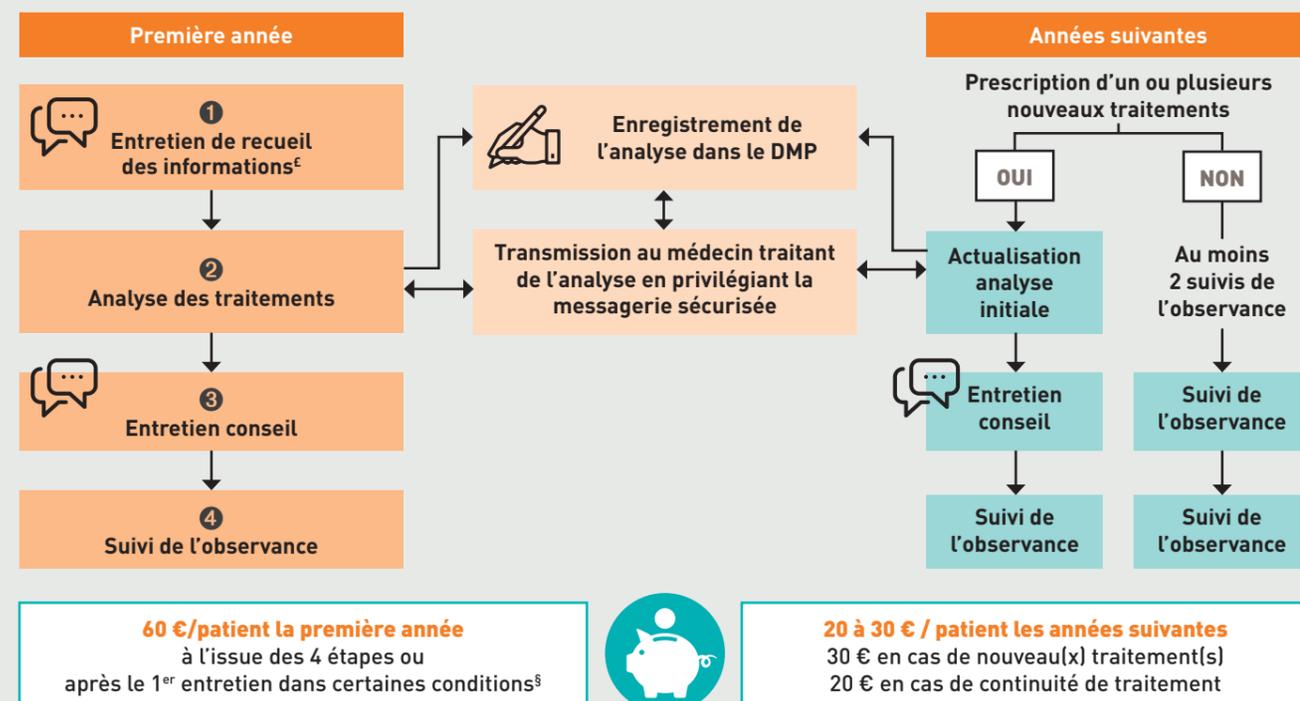
≥ 65 ans



Sous polymédication
≥ 5 médicaments prescrits pendant **6 mois ou plus***

* Incluant les médicaments à autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et les médicaments non remboursés prescrits

Les étapes du BPM et sa rémunération⁶



⁶ Entretien de recueil d'informations, dans une démarche d'approche globale du patient : habitudes de vie, état physiologique, traitements prescrits ou non, statut vaccinal, connaissance des traitements, questionnaire de Girerd...

⁸ Conditions dérogatoires en cas de décès [année 1 : entretien recueil + analyse et transmission ; années suivantes : si traitement changé : analyse et transmission / sans changement traitement : suivi observance].

Une collaboration inter-professionnelle

Le Bilan Partagé de Médication répond à un réel besoin de santé publique :

- 1 Prévenir les effets indésirables liés aux médicaments
- 2 Répondre aux questions du patient sur ses traitements
- 3 Améliorer l'observance thérapeutique

En complément de la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé, ce bilan doit permettre des échanges directs entre pharmaciens officinaux et médecins généralistes.⁹

1 Des facteurs de risque d'effets indésirables médicamenteux grave à prendre en compte chez les patients âgés⁹

Outre la polymédication, chez les patients âgés de 75 ans et plus, il est important de prendre en compte la présence d'autres facteurs de risque d'effet indésirable médicamenteux (EIM) grave :

- Un **retour d'hospitalisation récent**, dans le mois
- Un **antécédent d'EIM grave**
- La **prise d'un médicament à risque d'EIM grave** ou qui nécessite une surveillance particulière ou déconseillée chez les personnes âgées

Le pharmacien doit aussi tenir compte de certaines situations pouvant entraîner un état de « fragilité » vis à vis des médicaments, telles que :



À RETENIR

La réussite du BPM est basée sur la **bonne collaboration** entre médecin et pharmacien pour optimiser la prise en charge du patient.⁹

2 Une démarche de libre choix pour le patient à tout moment du processus⁶

Une **relation de confiance** entre pharmacien et patient est essentielle pour mener à bien le BPM.

“ Le patient a le **choix de participer ou non** à ce BPM. Il pourra désigner le **pharmacien** de son choix pour l'accompagner dans cette démarche. ”



Une collaboration inter-professionnelle

3 Évaluer l'observance des traitements

L'évaluation de l'observance thérapeutique dans le cadre du BPM est possible à l'aide du questionnaire de Girerd lors de l'entretien de recueil et lors de l'entretien de suivi.⁶

Ce questionnaire, validé pour le traitement antihypertenseur, est souvent utilisé pour évaluer l'observance des traitements oraux d'autres maladies chroniques.⁹

Les patients diabétiques souffrent fréquemment de comorbidités menant à une polymédication. Certains de ces traitements doivent faire l'objet d'un **accompagnement spécifique via l'observance des patients à risque**, mesurée par le Girerd, et de **conseils ciblés**.

Ces médicaments chez le patient à risque nécessitent un **contrôle attentif de l'observance (liste non exhaustive)** :⁶

- antivitamines-K (AVK)
- anticoagulants d'action directe (AOD)
- diurétiques
- inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)
- anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)
- benzodiazépines
- médicaments aux propriétés anticholinergiques dont neuroleptiques et antidépresseurs

Au-delà de l'observance médicamenteuse, il est également essentiel d'évaluer l'observance des suivis médicaux, biologiques et des conseils hygiéno-diététiques.

OBSERVANCE ET ADHÉSION, 2 NOTIONS COMPLÉMENTAIRES¹⁰

40 à 50 %
des patients sont
non-observants

ADHÉSION

=
relation
entretenu par
le patient avec
son traitement,
sa maladie, ses
soignants.

OBSERVANCE

=
Prise de ≥ 80 % des
doses prescrites
Elle découle
directement de
l'adhésion du
patient.

La Haute Autorité de Santé (HAS) préfère le terme **d'adhésion** à celui d'observance, puisqu'il inclut l'environnement complet du patient.

Le terme Bilan Partagé de Médication est plébiscité en ce sens par la HAS pour marquer l'esprit d'adhésion avec le patient.⁹

RESPECT DU TRAITEMENT PRESCRIT : OÙ EN EST VOTRE PATIENT ?⁶

Simple et rapide à remplir pendant votre consultation, le questionnaire de Girerd peut servir de base d'échanges avec vos patients afin d'évaluer leur observance du traitement.

Retrouvez le questionnaire modifiable en page 49 du guide d'accompagnement de l'assurance maladie : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Accompagnement_pharmaceutique_smaller.pdf

Au-delà du questionnaire, il est intéressant d'adapter votre approche du patient avec un **questionnement ouvert**. Noëlle Davoust (pharmacienne) apporte ses conseils à ce sujet dans la rubrique « **Partage d'expérience** ».

Partage d'expérience

Diabète et BPM : s'engager à l'officine

Article rédigé par le
Docteur Noëlle DAVOUST
(Rennes)
Pharmacienne d'officine -
Professeure associée à
la faculté de pharmacie
de Rennes



La réalisation de BPM est une véritable opportunité tant pour le pharmacien d'officine, qui doit y voir une chance de valoriser ses compétences dans la coopération du binôme Médecin traitant / Pharmacien, que pour le patient, pour qui la plus-value est réelle, le BPM est encore trop peu utilisé.

“ Le BPM est particulièrement justifié chez le patient diabétique âgé, qui nécessite un suivi renforcé car il cumule deux types de risques qui accroissent sa fragilité : ceux liés à l'âge (cœur, yeux, rein, polyopathologies, polymédication...) ; et ceux liés aux complications du diabète (micro- et macrovasculaires) et aux effets indésirables des traitements (hypoglycémies...) ”

1 LE BPM : EN PARLER, CONVAINCRE ET RECRUTER

Avant tout :

- ✓ être soi-même convaincu !
- ✓ accompagner l'équipe au changement

Les éventuelles réticences à la mise en place du BPM sont facilement surmontables quand l'équipe officinale est informée, motivée et volontaire.

C'est pourquoi il est important de **partager le projet avec l'équipe** (adjoints, préparateurs, stagiaires) pour mieux :

- les **impliquer** dans le projet
- **expliquer** les objectifs et les bénéfices
- les inciter à **participer** au recrutement des patients

Pour aider les équipes à convaincre les patients, il est possible de :

- donner des repères sur le profil « type » de patient pouvant bénéficier d'un BPM
- remettre une fiche de facilitation
- indiquer des mots-clés pour convaincre les patients

Dégager du temps pour cette mission

Dans la mesure du possible il faudra **adapter l'organisation du travail** pour que le pharmacien puisse se consacrer aux nouvelles missions inerrantes au BPM.

Parmi les solutions envisageables, il est par exemple possible de déléguer des tâches au préparateur (tâches administratives, commandes, suivi de tiers-payant, réception des fournisseurs et des délégués pharmaceutiques...).

Le temps officinal devra également être réorganisé afin de **déterminer des plages horaires de rendez-vous BPM** en tenant compte des contraintes des patients mais aussi de celles de l'officine.

Assurer une bonne coordination avec le médecin traitant

La **coopération entre médecin et pharmacien** est la pierre angulaire du BPM.

Cependant, les médecins ne connaissent pas forcément ce dispositif et il est important de **bien les informer en amont** afin qu'ils soient impliqués et se sentent concernés.

Les médecins doivent comprendre que le BPM est un **travail d'intelligence collective** et en aucun cas une « critique » de la prescription.

Le BPM au cœur de l'interprofessionnalité

“ La notion d'interprofessionnalité des acteurs de santé est essentielle et doit s'inscrire dans la formation initiale des professionnels de santé. Ceci a été initié à la Faculté de Rennes où nous invitons les internes en médecine à assister aux cours des P5 et P6 sur l'entretien partagé. **L'interprofessionnalité** y est intégrée en vie réelle dans l'esprit « Vis ma vie » : le stagiaire P6 assistera aux consultations médicales et l'interne en médecine sera accueilli à l'officine sur 1 ou 2 journées. Nous incitons également des binômes d'étudiants en pharmacie/interne en médecine à **réfléchir ensemble sur le BPM** ou l'entretien pharmaceutique dans le cadre de rapports de stage et de thèses d'interprofessionnalité. ”

2 LES ÉTAPES DE L'ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT DIABÉTIQUE

L'entretien de recueil et d'information 9

L'objectif est de s'assurer d'avoir tous les éléments indispensables du dossier médical du patient diabétique.

En pratique, on peut remettre lors de la prise de rendez-vous **la liste des éléments à apporter lors de l'entretien** :

- les dernières biologiques : HbA1c, bilan lipidique, bilan rénal avec valeur DFG...
- les comptes-rendus récents d'hospitalisation
- le matériel qu'utilise le patient pour surveiller ou traiter son diabète
- le carnet de suivi glycémique
- le carnet de vaccination

Pour obtenir la liste exhaustive des traitements du patient, **au moins 3 sources d'information distinctes** doivent être analysées, telles que :

- le dossier pharmaceutique
- l'entretien ou une lettre du médecin traitant
- le DMP (dossier médical partagé)
- la fiche de liaison avec le service de soins à domicile
- l'entretien avec les proches

L'analyse des traitements

L'analyse des traitements du patient est réalisée **en dehors de la présence du patient**.

L'analyse porte sur les recommandations visant à :

- **réduire le risque iatrogène** (interactions médicamenteuses, automédication inappropriée, adaptation posologique à la fonction rénale, médicament approprié à la personne âgée...)
- **améliorer l'adhésion au traitement** (forme galénique, horaire de prise...)
- **vérifier le bon usage** (dispositifs d'auto-surveillance glycémique...)
- et **réduire le gaspillage** de médicaments

L'argumentation est fondée sur la consultation de diverses sources (par ex. guide PAPA, critères STOPP/START, RCP, site GPR, liste des médicaments écrasables SFPC, Thériaque...).

Le pharmacien formalise ses conclusions et recommandations qui devront être **intégrées au dossier médical partagé** du patient et **transmises au médecin traitant** (messagerie sécurisée de santé) afin d'obtenir l'avis de ce dernier sur les recommandations susceptibles d'impacter ses prescriptions.

Au-delà des aspects purement médicaux, l'entretien pourra aussi aborder les « besoins fondamentaux » du patient DT2¹²

Il est possible de s'inspirer des « besoins fondamentaux » définis par Virginia Henderson, pour avoir une approche globale et explorer les **besoins du patient lors de l'entretien**, en fonction du contexte :

- 1. Boire et manger** : s'assurer d'apports suffisants, équilibrés, de l'hydratation ; calculer et suivre l'IMC ; prévention de la dénutrition
- 2. Éliminer** : s'informer d'éventuels problèmes urinaires ou de transit
- 3. Se mouvoir** : aborder les possibilités d'activités physiques, les éventuelles difficultés à la marche (problèmes respiratoires, douleurs des jambes ou des pieds,...)
- 4. Dormir, se reposer** : évaluer la fatigue et les troubles du sommeil
- 5. Se vêtir et se dévêtir** : évaluer l'autonomie du patient
- 6. Être propre, soigné et protéger sa peau** : informer sur la nécessité d'une surveillance et de soins particuliers des pieds chez le patient diabétique
- 7. Éviter les dangers** : tabac, alcool ; repérer les situations majorant le risque de chutes
- 8. Communiquer avec ses semblables ; Se récréer (se divertir)** : identifier un éventuel isolement social, un potentiel état « dépressif ».



L'entretien conseil avec le patient

La « posture » du Pharmacien va être déterminante dans le succès du BPM, à toutes les étapes :

- **Assurer une communication « bienveillante »**

Faites de l'entretien un moment agréable, avec le patient, sans jugement ni paternalisme.

Valorisez les réussites, encouragez les efforts du patient : « **Voyez comme vous êtes performant, vous marchez tous les jours** ».

- **Avoir une attitude empathique, d'accompagnement**

Privilégier le « nous » au « je », et formaliser la posture d'accompagnant « **Nous allons voir ensemble ce qui pourrait vous faciliter la prise de vos médicaments, et améliorer votre qualité de vie** ».

- **Privilégiez les questions ouvertes**

Une question fermée à tendance à souffler (même inconsciemment) la réponse au patient, et l'incite à apporter une réponse convenue : « Est-ce que ça se passe bien avec le traitement ? » « Vous prenez bien régulièrement vos médicaments comme on vous l'a indiqué ? ». Une question ouverte invite le patient à parler, donner son avis, développer son ressenti : « **Comment ça se passe avec votre traitement, racontez-moi ?** » « **Comment faites-vous quand vous oubliez de prendre votre médicament ?** »

- **Rendre le patient acteur du changement**

Inviter le patient à réfléchir, à se projeter et à trouver lui-même les solutions qui lui conviennent.

Par exemple, en abordant le sujet de l'activité physique : « **Avez-vous un parc près de chez vous ?** ». Amener le patient à une réflexion sur ses choix, en trouvant ses propres ressources dans le but de mettre en place une alliance thérapeutique.

Entretien de suivi d'observance

Il permet de vérifier l'observance et de mettre en place les stratégies efficaces pour améliorer l'observance thérapeutique d'un patient âgé et notamment ? :

- Améliorer ses **connaissances** vis-à-vis de son traitement
- **Adapter** au mieux la thérapeutique au patient (voie d'administration, galénique, nombre de prises), en collaboration avec le médecin traitant
- Améliorer la **gestion** des traitements par le patient (pilulier, carnet de suivi, etc.)
- Impliquer **l'entourage** dans la mesure et l'amélioration de l'observance thérapeutique du patient

“ On se persuade mieux pour l'ordinaire par les raisons qu'on a soi-même trouvées que par celles qui sont venues dans l'esprit des autres.

Blaise Pascal. Pensées (1670)

L'ENTRETIEN CONSEIL AVEC LE PATIENT DIABÉTIQUE EN 4 MOTS CLES

EXPLIQUER

- **Les traitements** (utilité, modalités, effets indésirables potentiels)
- **Les consultations régulières de suivi** (bilan dentaire, podologue, ECG, bilans biologiques...)
- La remise du **plan de prise** formalisé par l'Assurance Maladie

PROPOSER

- **Aides à la prise** (pilulier ; forme galénique plus adaptée ou adaptation de la prise)
- **Aides à la marche** (cane, déambulateur, chaussures, chaussettes adaptées pour les diabétiques)
- **Règles d'hygiène et de soin du pied** (savon et crème adaptés ; produits à ne pas utiliser)
- **Prévention des infections respiratoires** (spray de lavage des fosses nasales)

SUGGÉRER

- **Activités physiques** adaptées
- **Repères et conseils alimentaires** (limiter les aliments à index glycémique élevé, prévention des risques de dénutrition)
- **Adaptation du logement** de façon ergonomique
- Prise de contact avec **associations patients**
- **Soutien par un psycho-sexologue** au besoin

ALERTER

- Sur les **risques de l'automédication** (sucres cachés ; pansements intestinaux diminuant l'absorption ; Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien ; alcool dans certains sirops)
- Sur l'impératif du **sevrage tabagique médicalement suivi**
- Sur les situations à **risque de déshydratation** et les risques liés...



Références

1. HAS. Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète. Octobre 2014. Consulté le 30/07/2021. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/7v_referentiel_2clics_diabete_060215.pdf
2. Santé Publique France. Diabète : données. Mis à jour le 14 novembre 2019. Consulté le 29/04/2021. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/la-maladie/#tabs>
3. Santé Publique France. Etude Entred 2007-2010. Mis à jour le 20 mai 2019. Consulté le 29/04/2021. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/documents/rapport-synthese/etude-entred-2007-2010>
4. HAS. L'autosurveillance glycémique dans le diabète de type 2 : une utilisation très ciblée. Avril 2011. Consulté le 30/07/2021. https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1045159
5. Hanaire H, Atlan C, Benhamou PY, et al. Éducation à l'utilisation pratique et à l'interprétation de la Mesure Continue du Glucose : position d'experts français. *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2017;11(4, Supplément 1):S1-S37.
6. République Française. Arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie et son Annexe II.7. Guide d'accompagnement des patients - Le bilan partagé de médication chez le patient âgé polymédiqué. Journal officiel du 16 mars 2018. Consulté le 30/07/2021. https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/415492/document/avenant_12_jo.pdf
7. Ameli. L'accompagnement pharmaceutique - Un patient chronique mieux pris en charge. Juin 2021. Consulté le 30/07/2021. https://www.ameli.fr/sites/default/files/Accompagnement_pharmaceutique_smaller.pdf
8. Blüher M et al. Pill Burden in Patients With Type 2 Diabetes in Germany: Subanalysis From the Prospective, Noninterventional PROVIL Study. *Clin Diabetes*. 2015;33(2):55-61.
9. HAS. Avis n°2017.0082/AC/SA3P du 4 octobre 2017 du collège de la Haute Autorité de santé relatif aux supports d'accompagnement des patients âgés polymédiqués par les pharmaciens d'officine - le bilan de médication, convention entre l'UNCAM et les syndicats d'officinaux. Consulté le 30/07/2021. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/ac_2017_0082_cnamts_bilan_medications_cd_2017_10_04_vd.pdf
10. Mrozovski JM. Observance ou adhésion ? *Actualités Pharmaceutiques*. 2019;58(586):19.
11. République Française. Avis relatif à l'avenant n° 19 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. Journal officiel du 4 février 2020. Consulté le 30/07/2021. <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/658459/document/avenant-19-convention-nationale-pharmacien.pdf>
12. Pellissier J. Réflexions sur les philosophies de soins. *Gérontologie et société*. 2006;29:118(3):37-54.



Retrouvez votre nouveau site lillypharmacien avec des services et des outils pédagogiques en

| ONCOLOGIE | DIABÉTOLOGIE | RHUMATOLOGIE | DERMATOLOGIE | MIGRAINE |

<https://www.lillypharmacien.fr>