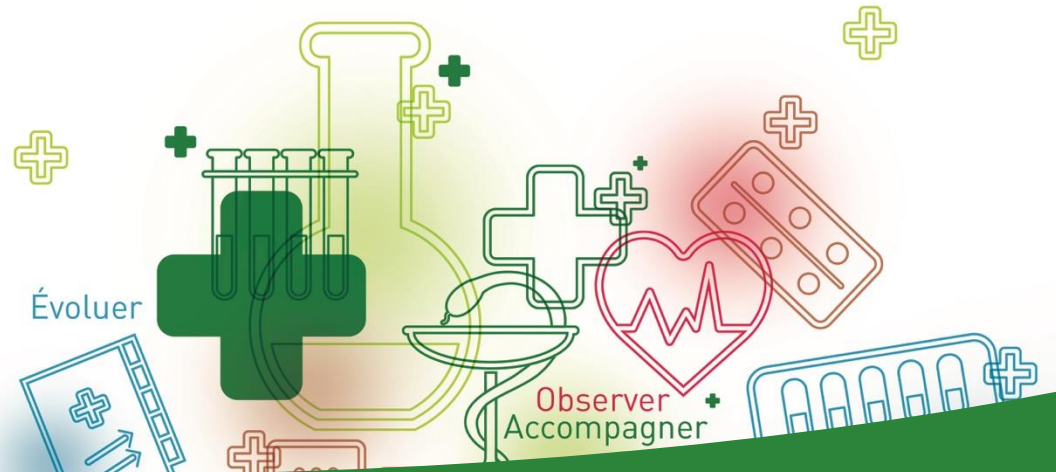


Projet « Diabète »

Suivi et accompagnement d'un patient diabétique de type 2 par son pharmacien d'officine

Phase III

25 janvier 2024



Évoluer

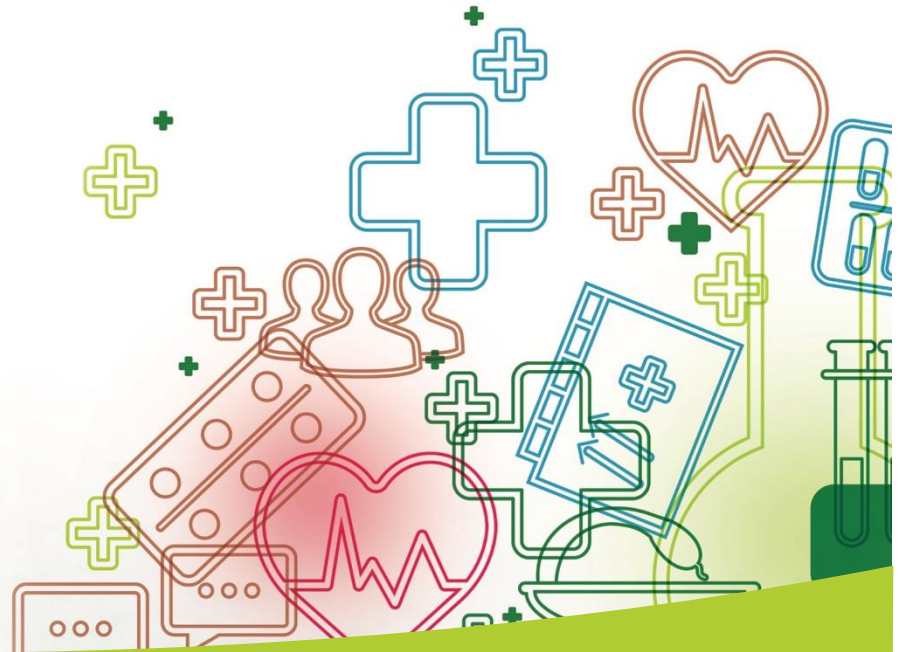
Observer
Accompagner

 URPS
Pharmaciens
Pays de la Loire

Mot d'accueil


Emmanuel LEGRAND

Élu URPS Pharmaciens
Pays de la Loire



URPS Pharmaciens Pays de la Loire

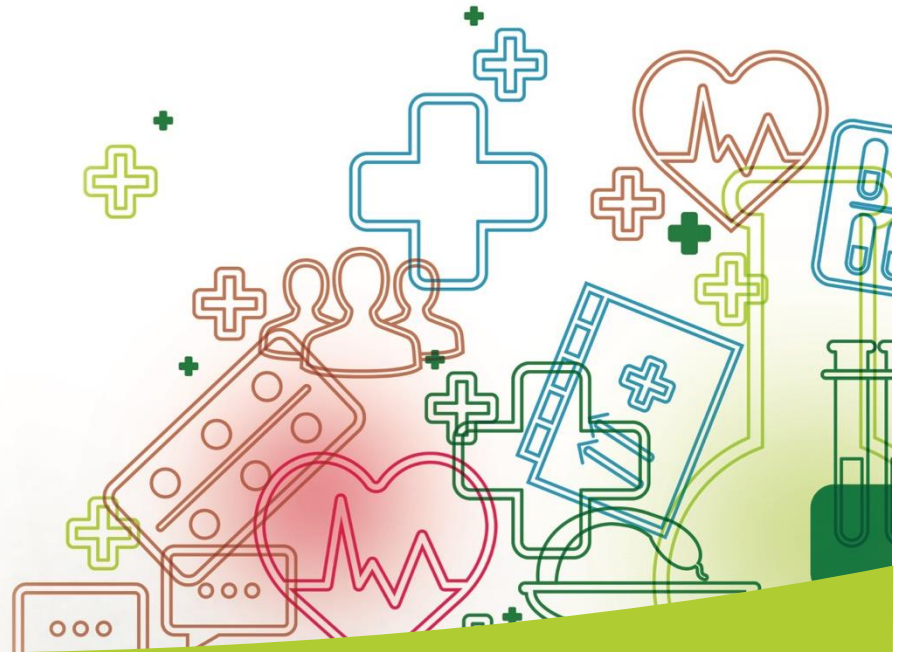
Missions:

- **Représenter** les pharmaciens au sein des instances de politique régionale sanitaire;
 - **Informer** sur les évolutions de la politique régionale de santé;
 - **Orienter** vers des acteurs spécifiques;
 - **Accompagner** dans le développement de votre projet d'exercice coordonné;
 - **Soutenir** dans l'exercice des nouvelles missions des pharmacies;
 - **Développer** des actions dans le domaine des soins, de la prévention, de la veille sanitaire, de la gestion des crises sanitaires, de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique.
- 

Sensibilisation au diabète

Dr Abram Winer Magali

Médecin endocrinologue -
diabétologue
Le Confluent



DIABETE PARLONS-EN

Magali ABRAM-WINER

DAC 44

LE DIABETE SUCRE EST UNE MALADIE

FREQUENTE

3,5 millions de diabétiques en France
première épidémie mondiale non contagieuse (OMS)
prévisions : 5-6 millions en France en 2025

GRAVE

risque cardiovasculaire +++

QUI PEUT ETRE LONGTEMPS **SILENCIEUSE**

le diabète de type 2 existe en moyenne 8-10 ans
avant le diagnostic

DEFINITION (OMS)

Glycémie à jeun $\geq 1,26$ g/l (7 mmol/l) à 2 reprises

Ou

Glycémie aléatoire ≥ 2 g/l (11,1 mmol/l) avec signes cliniques

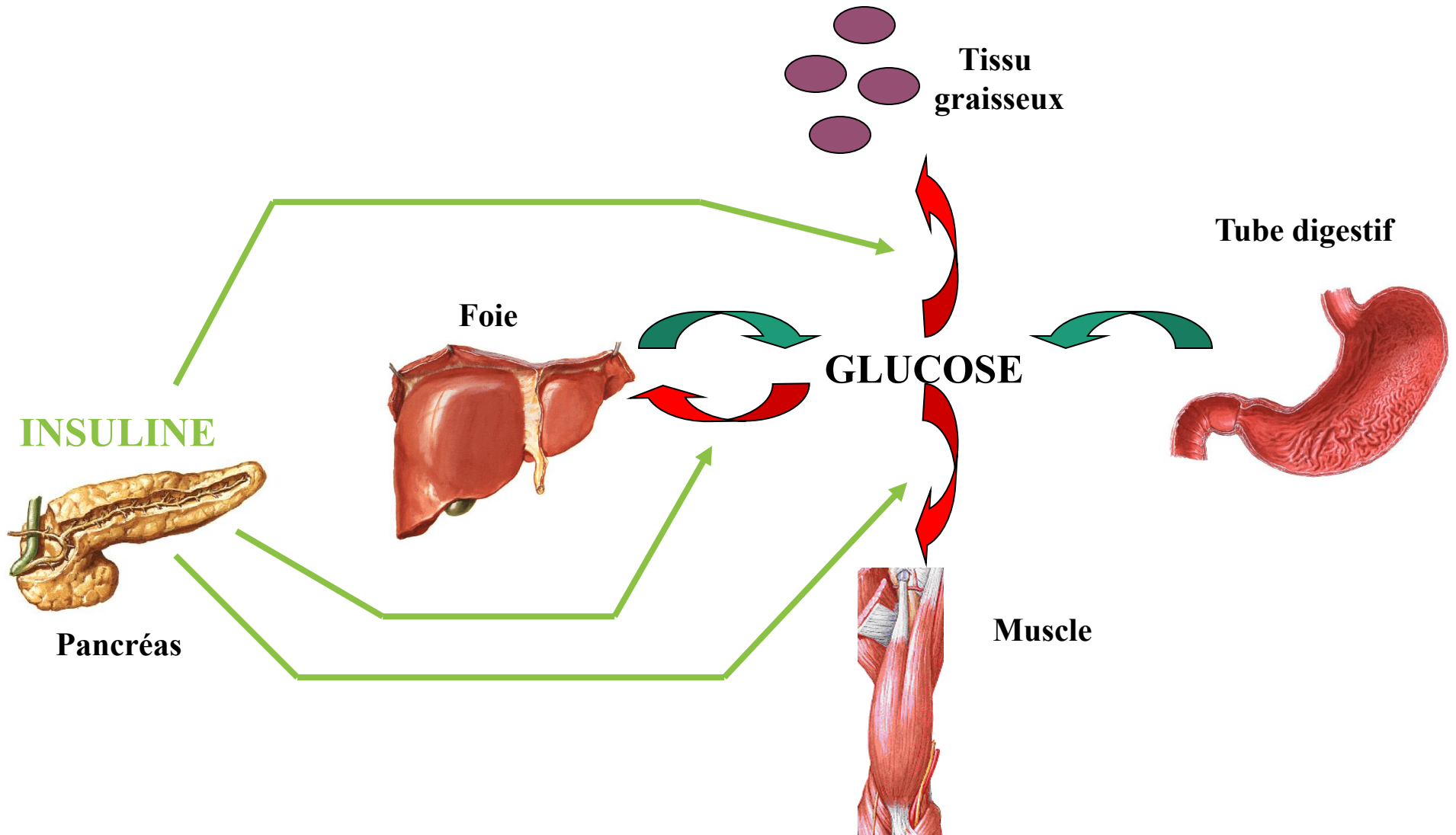
ou Glycémie ≥ 2 g/l (11,1 mmol/l) à 2 heures lors d'HGPO 75g

(HGPO inutile en pratique clinique hors grossesse)

Glycémie à jeun normale $\leq 1,10$ g/l (6,1 mmol/l)

Hyperglycémie modérée à jeun entre 1,10 et 1,25 g/l

RAPPEL DE PHYSIOLOGIE



CLASSIFICATION

- **Type 1** (anciennement appelé insulino- dépendant)
Auto immun (anti GAD, ICA, anti insuline..)
Idiopathique
- **Type 2** (anciennement appelé non insulino- dépendant)
- **Autres** (génétiques, iatrogènes, maladies pancréatiques, endocrinopathies)
- **Diabète gestationnel**



Diabète de type 1

**Diabète juvénile
Diabète « maigre »**

Diabète de type 2

**Diabète de la maturité
Diabète « gras »**



Diabète de type 1

Diabète de type 2

Fréquence	10-15%	85-90%
ATCD familiaux	rare	fréquents
Age de découverte	< 30-40 ans	> 40 ans
Début	rapide	lent
Symptomatologie	bruyante	pauvre ou absente
Poids	normal	obésité (abdominale++)
Hyperglycémie au diagnostic	majeure > 3 g/l	souvent < 2 g/l
Cétose	+++	le plus souvent 0
Physiopathologie	Carence absolue en insuline	Carence relative en insuline et Insulinorésistance
Traitement	Insuline Alimentation équilibrée	Mesures hygiéno-diététiques Hypoglycémifiants oraux Insuline

COMPLICATIONS METABOLIQUES AIGUES DU DIABETE SUCRE

Acidocétose

Coma hyperosmolaire

Hypoglycémie

HYPERGLYCEMIE

Souvent asymptomatique

Asthénie, amaigrissement involontaire: insulinopénie

Soif et polyurie et polydypsie si $> 2,5g$

Rechercher acétonémie si $> 2,50g$

L'hypoglycémie est une complication du diabète traité par insuline ou par médicaments faisant sécréter de l'insuline

Circonstances favorisantes

- **Repas insuffisant ou décalé, collation non prise, patient à jeun ayant pris son traitement habituel**
- **Exercice physique inhabituel**
- **Prise d'alcool sans manger**
- **Surdosage thérapeutique (volontaire ou involontaire)**

Tout malaise chez un diabétique traité par insuline ou médicaments faisant sécréter de l'insuline doit faire évoquer une hypoglycémie

Les signes cliniques de l'hypoglycémie < 0,70g/l

Signes liés aux mécanismes de défense (sécrétion d'adrénaline)
+ signes liés à l'hypoglycémie (neuroglycopénie)

- **Asthénie, malaise général**
- **Sensation de faim, ± nausées voire vomissements**
- **Mains moites, sueurs généralisées**
- **Pâleur**
- **Tremblements**
- **Palpitations, tachycardie**
- **Angoisse extrême**
- **Céphalées, sensations vertigineuses**
- **Troubles neuropsychiques : Troubles visuels, fourmillements autour de la bouche, difficultés d'élocution, de concentration, troubles du comportement (égarement, attitudes bizarres, agressivité, agitation, violence...)**
- **Complications neurologiques : coma, crises convulsives, paralysies, chutes**

Le traitement de l'hypoglycémie est une urgence

Hypoglycémie modérée = resucrage par voie orale

- **Sucre « rapide » 15 g = 3 morceaux de sucre ou 1 verre de jus de fruit ou 2 càc de confiture**
- **± renouveler si besoin après 15-30 minutes**
- **± Sucre « lent » (repas ou collation glucidique) selon les cas**
- **Si possible, vérifier la glycémie avant et après resucrage (si autosurveillance!)**
- **Arrêter toute activité**
- **Rechercher la cause de l'hypoglycémie (prévention des récives : diète, activité physique, alcool, lipodystrophie, traitement)**

Hypoglycémie sévère

- **Sérum glucosé IV (1-3 ampoules G30% ± perfusion G10%)**
- **Ou 1 ampoule GLUCAGEN SC ou IM ou intranasal (BAQSIMI)(peut être fait par la famille)**
- **± hospitalisation (hypo sévère sous comprimés+++)**

Quelques règles d'or

Tout malaise chez un diabétique traité par insuline ou médicament stimulant l'insulinosécrétion est suspect d'hypoglycémie

Traitement de l'hypoglycémie

= 15 g de sucre (= 3 morceaux ou 1 verre de jus de fruit)

± renouveler si besoin après 15-30 minutes

± « sucre lent » si hypo importante à distance du prochain repas

Rechercher l'acétone si glycémie > 2,50 g/l ou troubles digestifs

Traitement de l'acétone = insuline rapide + hydrates de carbone

Complications chroniques

Microangiopathiques

- Rétinopathie
- Néphropathie
- Neuropathie

Macroangiopathiques

- HTA
- Coronaropathie, cardiomyopathie
- Artérite des membres inférieurs

Le pied Diabétique

Diabète Surveillance

Consultations tous les 3 mois minimum

- Suivi par généraliste et diabétologue

Appréciation de l'équilibre glycémique

- **HbA1c = Hb glyquée = Hb glycosylée tous les 3 mois**

Carnet d'autosurveillance (fréquence des hypoglycémies, adaptation des doses)

FSL (capteur)

Bilan des complications et facteurs de risque

A chaque consultation

- TA, pieds, poids

Tous les ans

- **FOND D'OEIL**
- Créatinine et microalbuminurie (RAC : rapport albuminurie /creatinurie)
- Recherche de neuropathie périphérique (interroger, monofilament ++)
- Examen cardiovasculaire complet (interrogatoire++, souffles, pouls)
+ ECG (chez l'adulte) ± Epreuve d'effort si plusieurs FDR
- Bilan lipidique complet

Prise de position SFD
sur la stratégie thérapeutique
Diabète type 2
novembre 2023

Magali ABRAM-WINER

Dac 44

Hôpital privé du Confluent

Individualisation des objectifs glycémiques

- DT2 <75 ans espérance de vie > 5 ans sans comorbidités ou IRC sévère (DFG<30 ml/mn/1,73 m2)

HBA1C ≤ 7 %

HBA1C ≤ 6,5 % par accentuation RHD (si pas de TRT engendrant hypoglycémie) ou DT2 projet de grossesse,

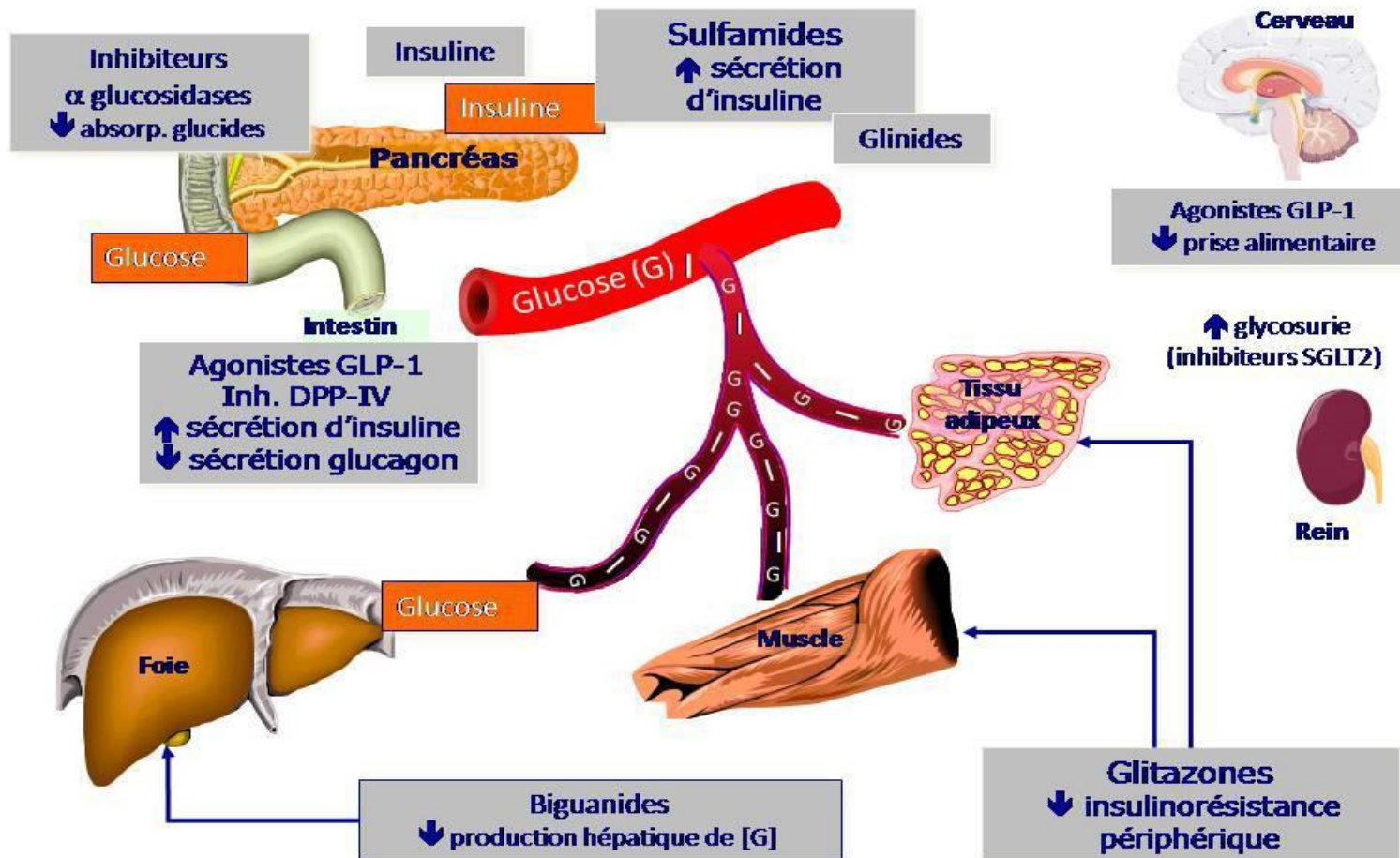
- DT2 > 75 ans, espérance de vie <5 ans et/ou une ou plusieurs comorbidités sévères et/ou IRC sévère ou terminale ou plus de 10 ans de diabète avec cible difficile à atteindre sans hypoglycémie

HBA1C <8 %

Objectifs glycémiques après 75 ans

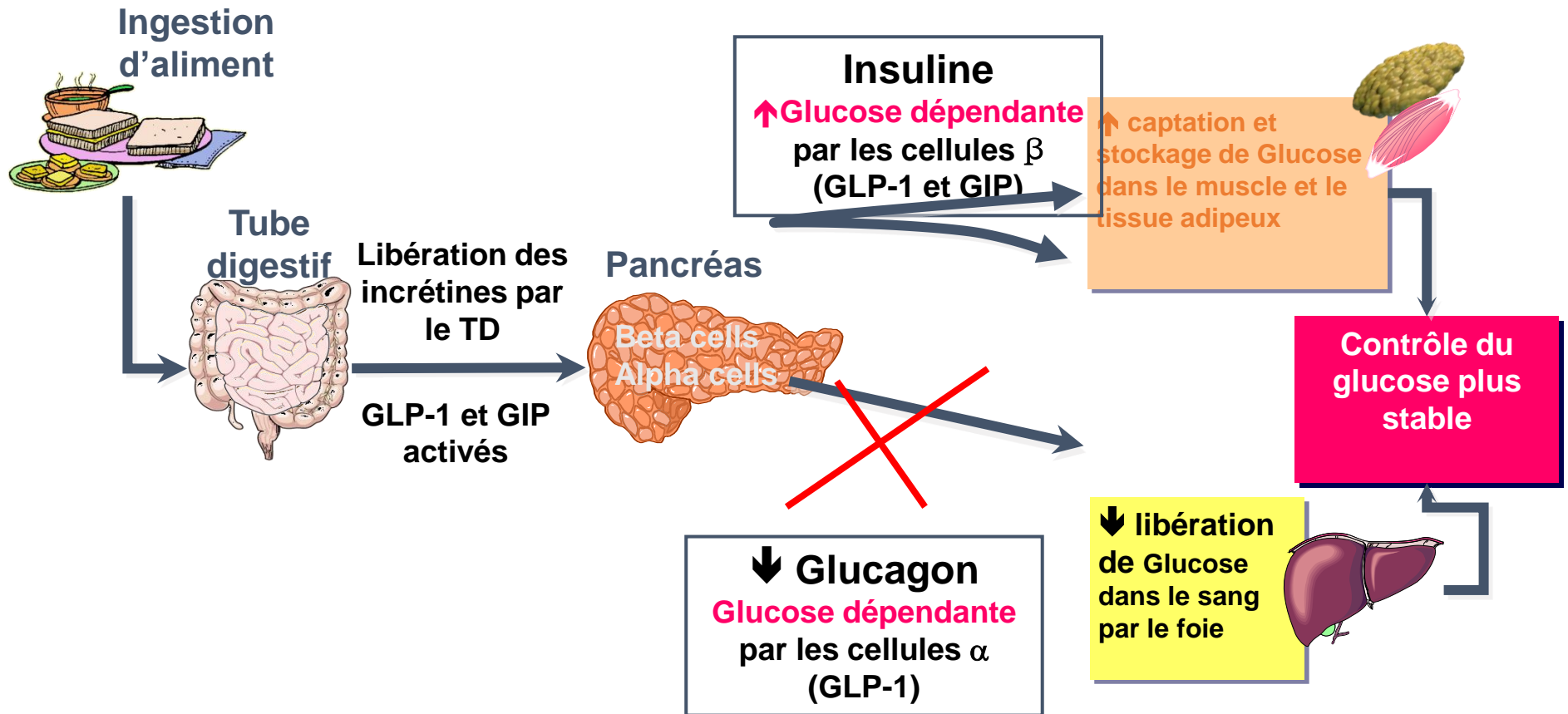
- Chez les sujets âgés « en bonne santé », les objectifs glycémiques sont identiques à ceux de l'ensemble de la population : $\text{HbA}_{1c} \leq 7 \%$.
- Chez les sujets âgés « fragiles », la valeur cible de l' HbA_{1c} sera $\leq 8 \%$ selon le degré de fragilité avec **une borne inférieure de 7 % à ne pas dépasser si les patients sont traités par sulfamides, glinides ou insuline.**
- Chez les sujets âgés « dépendants et/ou à la santé très altérée », la valeur cible de l' HbA_{1c} est fixée $< 9 \%$ et/ou avec des glycémies capillaires **préprandiales comprises entre 1 et 2 g/l.** **Une borne inférieure doit également être respectée avec une d' $\text{HbA}_{1c} > 8 \%$ et des glycémies capillaires préprandiales $> 1,40 \text{ g/l}$ chez les patients traités par sulfamides, glinides ou insuline.**

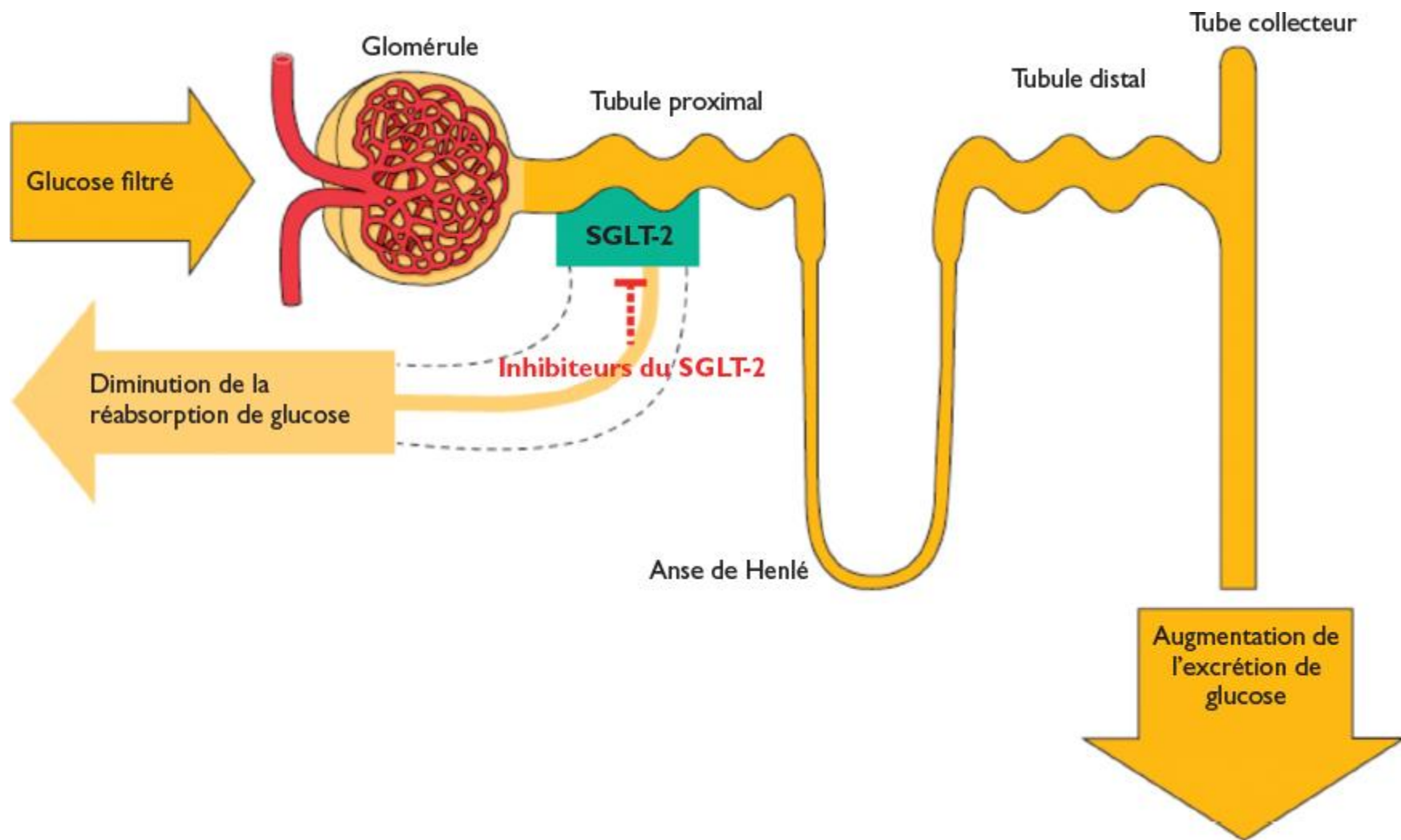
Les médicaments du diabète de type 2



Régulation de l'homéostasie du glucose par les incrétines (GLP-1 et GIP)

effets sur la fonction des cellules des îlots de Langherans





	posologie	REIN	HYPOGLYCEMIES
METFORMINE	500 à 1000 2-3 prises	½ dose clearance Entre 30-60	0
INSULINOSECRETEURS -Sulfamides* -Glinides**	1 à 3 prises	Clearance > 30	++++++
INHIBITEURS DPP4***	1-2 prises	½ dose clearance 30-45 cl <15 vidagliptine	0
ACARBOSE	3 prises	Clearance >30	0
GLITAZONES			0
SGLT2 ****	1 prise	Clearance > 60ml/mn pour instauration, stop si <45ml/mn mais protecteur cardio rénal++++ AMM IC cl 20- 25	0

* Glimépiride , Glibenclamide, Gliclazide,

** Répaglinide

*** Sitagliptine (Januvia) , saxagliptine
(onglyza), vidagliptine (Galvus)

**** Dapaglifozine (Forxiga) et
Empaglifozine (Jardiance)

Les antidiabétiques injectables (AR GLP1)

	INJECTION	REIN	Protection cardiovasculaire	Perte poids
EXENATIDE (Byetta)	2/jour	Cl >50	non	oui
EXENATIDE retard (Bydureon)	1/ semaine	Cl > 50	non	oui
LIRAGLUTIDE (Victoza) 0,6mg, 1,2mg 1,8mg	1/jour	Cl > 15	Oui (LEADER) Prudence FEV<40 %	oui
DULAGLUTIDE (Trulicity) 0,75, 1,5, 3mg, 4,5mg	1/semaine	Cl > 15	Oui (REWIND) Prévention primaire	Oui
SEMAGLUTIDE (Ozempic) 0,25mg, 0,5mg, 1mg	1/semaine	Cl >15	Oui (SUSTAIN)	oui

Formes associatives avec METFORMINE (DPP4 inhibiteur et GLIFLOZINES)

- METFORMINE 1000mg/ SITAGLIPTINE 50mg (JANUMET ou VELMETIA)
- METFORMINE 1000mg/ VIDAGLIPTINE 50mg (EUCREAS)
- METFORMINE 1000mg/SAXAGLIPTINE (ONGLYZA)

- METFORMINE1000mg/DAPAGLIFLOZINE 5mg (XIGDUO)
- METFORMINE1000mg/EMPAGLIFOZINE 12,5mg ou 5mg (SYNJARDY)

	Efficacité baisse glycémie	HYPOGLYCEMIE	POIDS	Sécurité CV	bénéfice CV	Progression Maladie rénale	Effets secondaires
METFORMINE	↓↓		→ ↘	Oui		Pas de données	Digestifs diarrhée
SULFAMIDES GLINIDES	↓↓	OUI	↑	oui		Pas de données	HYPO Prise poids
IAG	↓		→	oui		Pas de données	digestifs
Inhibiteur DPP4	↓↓		→	Oui Risque IC saxa		neutre	Rares arthralgies pancréatites
SGLT2	↓↓		↓↓↓	Oui	OUI	Bénéfice DFG et albuminurie	Mycoses Déplétion volémique Amputation et gangrène fourrier Acido -cetose normo glycémique
AR GLP1	↓↓↓		↓↓↓ à ↓↓↓↓	Oui sauf FEV<40 %	OUI	Bénéfice albuminurie	Digestifs Vomissement
insuline	↓↓↓	OUI	↑ ↑	oui		neutre	HYPO Prise

Ce que nous
avons appris

ETUDES DE SECURITE CV

METFORMINE	<ul style="list-style-type: none">• Dans UKPDS, chez 342 patients DT2 récemment diagnostiqués en surpoids, la metformine a montré une diminution du risque d'IDM
Sulfamides	<ul style="list-style-type: none">• <u>Aucune étude randomisée contrôlée dédiée jusqu'en 2019 CAROLINA</u>
Glitazones	<ul style="list-style-type: none">• Les études RECORD (rosiglitazone) et PROactive (pioglitazone) ont montré une neutralité CV• (PROactive : effet favorable de la pioglitazone sur critère composite secondaire)
Insuline	L' étude ORIGIN a montré une neutralité CV de l' insuline glargine
Inhibiteurs de la DPP-4	<ul style="list-style-type: none">• <u>SAVOR (saxagliptine), EXAMINE (alogliptine) et TECOS (sitagliptine) ont montré une neutralité CV</u>• SAVOR : augmentation de 27% du risque d' hospitalisation pour insuffisance cardiaque
Inhibiteurs de SGLT-2	<ul style="list-style-type: none">• EMPA REG, CANVAS, DECLARE, DAPA CKD et HF CREDENCE, VERTIS DELIVER montré un bénéfice CV et rénal
Analogues du GLP-1	<ul style="list-style-type: none">• ELIXA a montré une neutralité CV du lixisénatide• LEADER a montré un bénéfice CV du liraglutide (VICTOZA) (sauf FEV <40)• SUSTAIN 6 a montré un bénéfice CV du sémaglutide (OZEMPIC)• <u>REWIND Dulaglutide (TRULICITY) 2019</u>

Découverte Diabète

- **Proposer au patient ETP** (MC 44 ++)
- RHD 3-6 mois
- Si > objectif HBA1C
- **METFORMINE** (à doses progressives jusqu'à dose max tolérée (2-3g/j) en 2-3 prises en cours ou fin de repas sauf Contre indication ou intolérance digestive avérée

Peut-être mise d'emblée si on estime RHD ne suffisent pas

Découverte diabète : cas particuliers

- Possible **bithérapie** d'emblée en plus des RHD : **HBA1C > 9 %**
- Possible **insulinothérapie d'emblée** : **HBA1C > 10 %** surtout si polyuro polydipsie, perte poids involontaire
- **Insulinothérapie indispensable**: hyperosmolarité ou **corps cétoniques** (transitoire ou pas si tableau évoque DT1)

Patients maladie athéromateuse avérée

bithérapie d'emblée qq soit HBA1C

- Attention aux hypoglycémies
- METFORMINE sauf CI
- **SGLT2 ou ARGLP1**
- Si échec HBA1C : SGLT2 et ARGLP1
- Si insuline maintien ARGLP1 / SGLT2

INSUFFISANCE CARDIAQUE

bithérapie d'emblée qq soit HBA1C

- . Maintien METFORMINE si IC stable et clearance >30 en dehors des phases instables**
- iSGLT2**
- Précaution AR GLP1 si fraction éjection diminuée < 40 % (étude LIVE et FIGHT : accélération rythme cardiaque , effet défavorable)**
- SITAGLIPTINE (TECOS) éviter saxagliptine (Savor Timi)**
- SU et GLINIDES à éviter**

Maladie rénale chronique : baisse DFG

<60ml/mn et/ou micro ou macroalbuminurie

- METFORMINE sauf si DFG <30ml/mn (2g jusqu'à 45 et 1g 30-44ml/mn)
- **iSGLT2** quelque soit HBA1C (non plus pour effet antidiabétique++++) mais pour un **effet néphroprotecteur +++**
- Si contre indiqué ou mauvaise tolérance AR GLP 1 (diminution risque macroalbuminurie mais pas d'évènements rénaux plus forts)

Attention effet sur glycémie si DFG > 45ml/mn donc si HBA1C > 8 %
insuline ou GLP1

HBA1C > objectif malgré RHD et METFORMINE dose max tolérée au choix si pas de maladie atheromateuse ou rénale

- **iDPP 4** (pas d'hypo, bonne tolérance, neutralité CV)
- **iSGLT2** (efficacité hypoglycémiante comparable DPP4 , pas d'hypo, perte poids 2-4kg, infections génitales hypovolémie, coût), **IMC > 30**, protection CV prévention primaire et maladie rénale
- **GLP1** (efficacité hypoglycémiante supérieure aux deux précédents, injection, pas d'hypo, perte poids 2-4kg parfois plus, **IMC > 30 , > 35 ++**, protection cardiovasculaire et rénale prévention primaire (Dulaglutide)
- . **SU** (possible, pas pertinent, HYPO, prise de poids , moindre coût mais autosurveillance glycémique +++

ATTENTION: réévaluation efficacité, adhésion, tolérance DPP4 GLP1 iSGLT2

Réévaluation de l'efficacité savoir « dé prescrire »

- **3 à 6MOIS**
- **Arrêt ADO si gain HBA1C de moins de 0,5 % et reste supérieur objectif (vérifier si bonne titration, adhésion bonne, sans facteur ou évènement identifié de déséquilibre) sauf maladie athéromateuse, IC ou IRC (on garde IGLT2 ou GLP1)**
- **Arrêt des insulino sécréteurs si hypoglycémies sévères ou répétées**
- **EVITER EMPILEMENT**

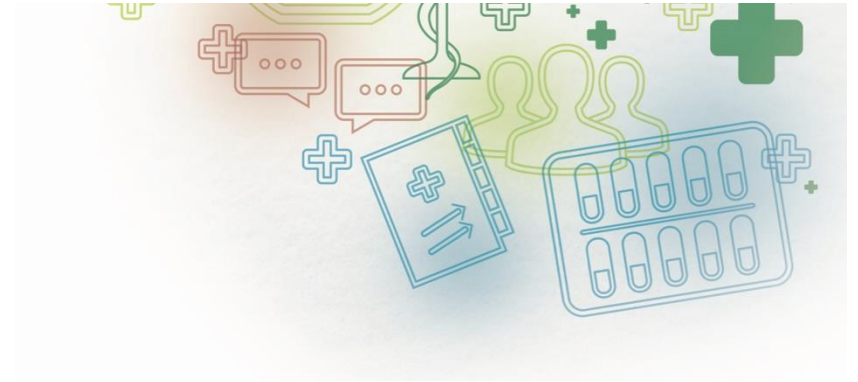
Sensibilisation au diabète

Résultats de la phase II

Emmanuel LEGRAND

Élu URPS Pharmaciens
Pays de la Loire





2015

PHASE 1

 **LOIRE-ATLANTIQUE**

63 pharmaciens 
328 patients

2017

PHASE 2

 **LOIRE-ATLANTIQUE,
VENDÉE ET SARTHE**

62 pharmaciens 
297 patients

2020

PHASE 3

 **PAYS DE LA LOIRE**

Soirées de lancement
en **mars** et **avril**

Inclusion des premiers patients
en **mai** et **juin**

- Soirées de lancement en **janvier 2024**
- Inclusion des premiers patients en **février 2024**

COVID19

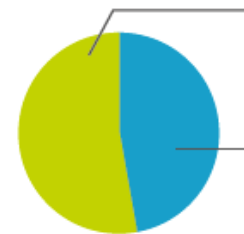


RÉSULTATS



253 questionnaires
analysés

PATIENTS AYANT SUIVI
LES ENTRETIENS
PHARMACEUTIQUES
DANS LE CADRE
DU PROJET
« DIABÈTE »



53 %
= hommes

47 %
= femmes

Âge moyen
= **68** ans

Ancienneté moyenne
de leur diabète
= **12** ans

	ENTRETIEN INITIAL	ENTRETIEN DE SUIVI
Connaissances générales	74 % des patients connaissent leur type de diabète	61 % des patients suivent leur taux d'Hba1c
	20 % ne savent pas à quelle fréquence doser leur Hba1c	
Hypoglycémies et matériel	67 % des patients possèdent un lecteur de glycémie	73 % lors de l'entretien de suivi
	35 % des patients savent reconnaître les signes d'une hypoglycémie	72 % lors de l'entretien de suivi
	45 % des patients font des hypoglycémies	18 % des patients faisant des hypoglycémies déclarent avoir eu une ou des modifications de traitements antidiabétiques oraux
	57 % des patients déclarent avoir de quoi se « resucrer » en cas d'hypoglycémie	71 % lors de l'entretien de suivi
Traitement	71 % des patients connaissent le nom de leurs traitements antidiabétiques	73 % des patients ont une meilleure connaissance et compréhension de leurs traitements antidiabétiques
	36 % des patients oublient parfois de prendre leurs traitements antidiabétiques	
	49 % des patients identifient les médicaments pouvant entraîner des hypoglycémies	
Alimentation	93 % des pharmaciens ont transmis des informations sur l'alimentation	60 % des patients ont fait évoluer leurs habitudes alimentaires

Satisfaction patient / pharmacien



80 % des patients sont très satisfaits ou satisfaits



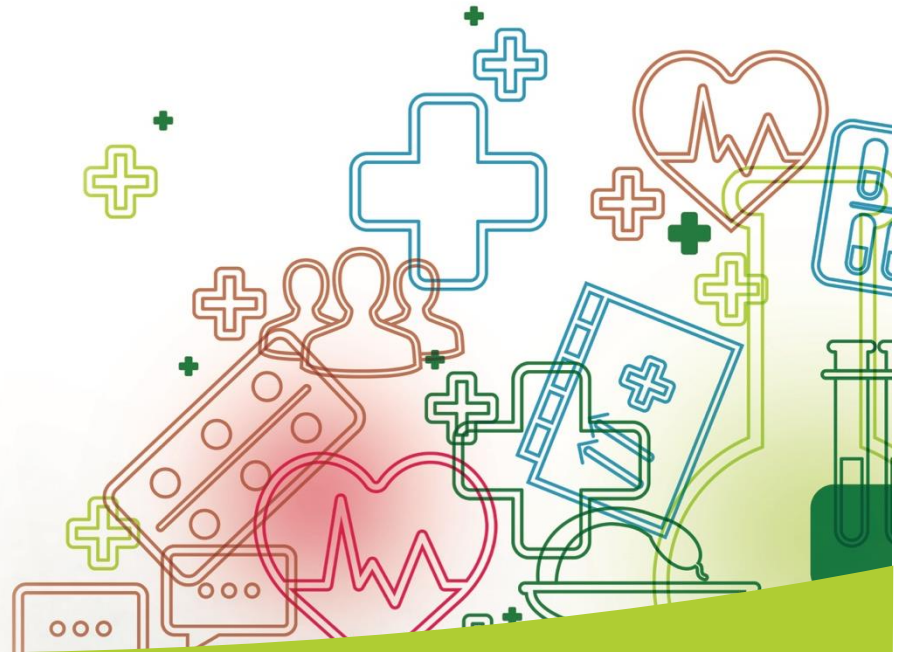
94 % des pharmaciens d'officine ont trouvé ces entretiens utiles



Présentation de l'expérimentation

Emmanuel LEGRAND

Élu URPS Pharmaciens
Pays de la Loire



Présentation de l'expérimentation

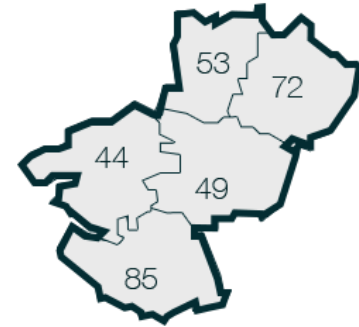
Objectif général :

Proposer aux patients diabétiques de type 2 des entretiens individuels avec leur pharmacien d'officine afin d'améliorer leur prise en charge et leur accompagnement.

Présentation de l'expérimentation

Périmètre géographique :

Pharmaciens titulaires et adjoints des **Pays de la Loire**
(plusieurs pharmaciens d'une même officine peuvent participer)



Nombre de pharmaciens participants max : 225

Nombre de patients à inclure par pharmacien : 5

→ [Au total: 1 125 patients](#)

Critères d'inclusion :


- Diabétiques de type 2 sous insulino-sécréteurs exempt d'insuline ;
- Agés de plus de 18 ans ;
- N'ayant pas eu recours à ces entretiens en phase I et/ou II,

Présentation de l'expérimentation

L'accompagnement du patient :

1 patient inclus
=
1 entretien initial (30min)
+
1 entretien de suivi (20min)

Environ 6 mois d'écart entre chaque entretien



Présentation de l'expérimentation

Composition du kit Diabète :

- Guide d'entretien
 - Carnet de suivi du patient
 - Lettre de liaison Pharmacien/Médecin généraliste
 - Carte diabétique
 - Affiche
-
- Fiches patients (téléchargeables sur le site internet de l'URPS Pharmaciens) :
perte de poids, ramadan, équilibrer les repas, budget serré, grignotage, index glycémique

Présentation de l'expérimentation

Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

PATIENT DIABÉTIQUE DE TYPE 2 : RÔLE DU PHARMACIEN

Phase 3

USPS Pharmaciens
Paris de Loire

ARS
Médex Santé Services de

3 | ENTRETIEN INITIAL

Objectif : faire un état des lieux de la situation du patient

QUESTIONS	RÉPONSES	PRÉCONISATIONS	SI VOUS AVEZ TRANSMIS DES PRÉCONISATIONS AU PATIENT, MERCI DE COCHER LA CASE
INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT			
Date du 1 ^{er} entretien*	Le / /		
Sexe*	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
Âge* ans		
Lieu de vie	Rural <input type="checkbox"/> Urbain <input type="checkbox"/> Periurbain <input type="checkbox"/>		
Le patient a-t-il des difficultés motrices / cognitives / sensorielles obstacles à la compréhension du questionnaire ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, lesquelles : barrière de la langue / audition, etc.	REMARQUES PHARMACIEN : • Orientation vers les associations d'aînés : ASAMLA (Loire-Atlantique), aide à la personne, etc.	<input type="checkbox"/>
DANS LE CADRE DU SUIVI DE VOTRE DIABÈTE :			
Le patient a-t-il un médecin traitant ?*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, quel est son nom ?*		
Ancienneté du diabète : depuis combien d'années le patient est-il diabétique ?* ans		
ETP : le patient a-t-il déjà bénéficié d'un programme d'éducation thérapeutique pour le diabète ?*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Suivi endocrinologique : le patient a-t-il déjà vu un diabétologue ?*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	EN FONCTION DE LA RÉPONSE : • Orienter le patient vers une prise en charge nutritionnelle.	
Suivi nutritionniste / prise en charge nutritionnelle : le patient a-t-il déjà vu un nutritionniste ?*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	PARTENAIRES POTENTIELS : • Médecin nutritionniste, diététicienne, etc.	<input type="checkbox"/>
Suivi podologique : le patient a-t-il déjà vu un podologue ?*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Le pharmacien, s'il le souhaite et / ou le juge nécessaire, peut orienter son patient vers des associations, réseaux, etc. Orienter le patient dans un parcours « de santé ».	
Suivi ophtalmologique : le patient a-t-il vu un ophtalmologiste dans les deux ans ?*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si non, comptez-vous y aller courant 2020 ?	
Suivi dentaire : le patient a-t-il vu un dentiste dans les 12 derniers mois ?*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Suivi cardiaque : le patient a-t-il réalisé un ECG dans les 12 derniers mois ?*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Le patient connaît-il son type de diabète ?*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

Présentation de l'expérimentation

Carnet de suivi du patient



MIEUX VIVRE
AVEC SON
DIABÈTE ÇA
DÉMARRE ICI

**MON CARNET
DE SUIVI**

Mon guide face aux hypoglycémies

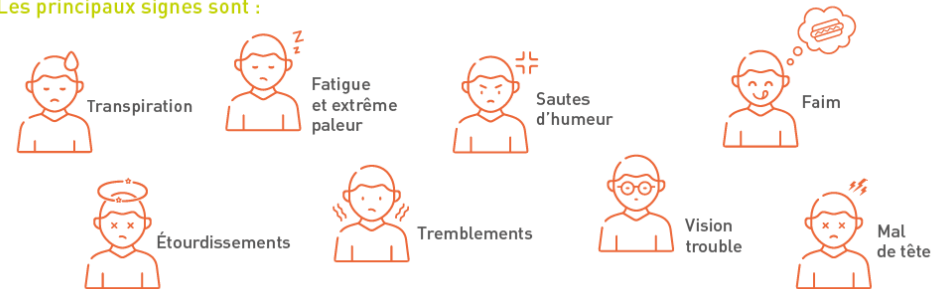
Nom :
Prénom :
Date :

Je pense à apporter mon carnet
lors de l'entretien de suivi!

URPS Pharmaciens
Paris Île de France

COMMENT RECONNAÎTRE L'HYPOGLYCÉMIE ?

Les principaux signes sont :



Il faut considérer comme hypoglycémie toute sensation de malaise. Vous aurez également vos propres signes qui permettront de vous alerter.

Que faire en cas d'hypoglycémie ?

- Arrêter son activité, contrôler sa glycémie.
- Se resucrer.
- Contrôler sa glycémie 30 minutes à 1 heure après le resucrage.
- Rechercher la cause de l'hypoglycémie, si besoin avec l'aide de votre professionnel de santé.

Présentation de l'expérimentation

Carte diabétique



Traitement : Insuline Comprimés

En cas de modification de mon comportement (agitation, torpeur) ou de malaise :

- **Me donner du sucre** (ou une boisson/ aliment sucré).
- **Appeler** le 15 ou le 18.
- **Prévenir mon médecin traitant** (nom, prénom, téléphone) :

.....
.....

- **Prévenir** (nom, prénom, téléphone) :

.....
.....

Présentation de l'expérimentation

Affiche

**MIEUX VIVRE
AVEC SON
DIABÈTE ÇA
DÉMARRE ICI**

OBSERVANCE — **NUTRITION**
— **PARCOURS DE SANTÉ**

Votre pharmacien vous **accompagne**
et vous **conseille** pour mieux gérer
votre diabète au quotidien.

URPS Pharmaciens
Plus de services

Pour plus d'informations, rendez-vous sur : www.urpspharmaciens-pdl.com

ars | ASSURANCE Maladie | UNIVERSITÉ DE SAÛTES

Présentation de l'expérimentation

Lettre de liaison MT/pharmacien



Docteur

Votre patient participe à un projet expérimental sur la thématique du diabète. Cette expérimentation consiste en la réalisation de deux entretiens pharmaceutiques avec son pharmacien d'officine.

L'**entretien initial** permet de recueillir des informations générales relatives au parcours du patient, de connaître les bases de son traitement, d'établir les connaissances du patient sur ce qu'est l'hypoglycémie et d'évaluer ses connaissances sur l'équilibre glycémique. Cet **entretien** apporte également de nouvelles connaissances au patient, notamment sur le lien entre le diabète et l'alimentation, le **re-suçrage**, l'activité physique, l'alcool, l'observance et la gestion des hypoglycémies.

Le bilan de ce premier entretien permet à Mr/Mme de se fixer de nouveaux objectifs pour l'entretien de suivi.

- **Objectif 1** :

- **Objectif 2** :

Veuillez agréer, Docteur, à l'expression de mes salutations distinguées.

Signature du patient

[Dashed box for patient signature]

Cachet de l'officine

[Dashed box for pharmacy stamp]

Présentation de l'expérimentation

Rémunération :

50 € / patient inclus

(= réalisation de l'entretien initial et de l'entretien de suivi + saisie en ligne des réponses)



Présentation de l'expérimentation

Les réponses aux questions avec un astérisque orange (*) sont à saisir sur le formulaire en ligne :

Cet outil, spécialement élaboré pour le projet **DIABETE**, est :

- ✓ Simple d'utilisation
- ✓ Rapide à remplir

ETUDES CLINIQUES EN LIGNE

Les études en cours

Français

Veuillez vous identifier

Code de l'étude :

N° de centre (ou login) : 10

Signature personnelle : *****

[Code d'accès perdu ?](#)

Environnement Eol Conception Eol © Medsharing

Code de l'étude :
N° de centre (ou login) :
Signature personnelle :

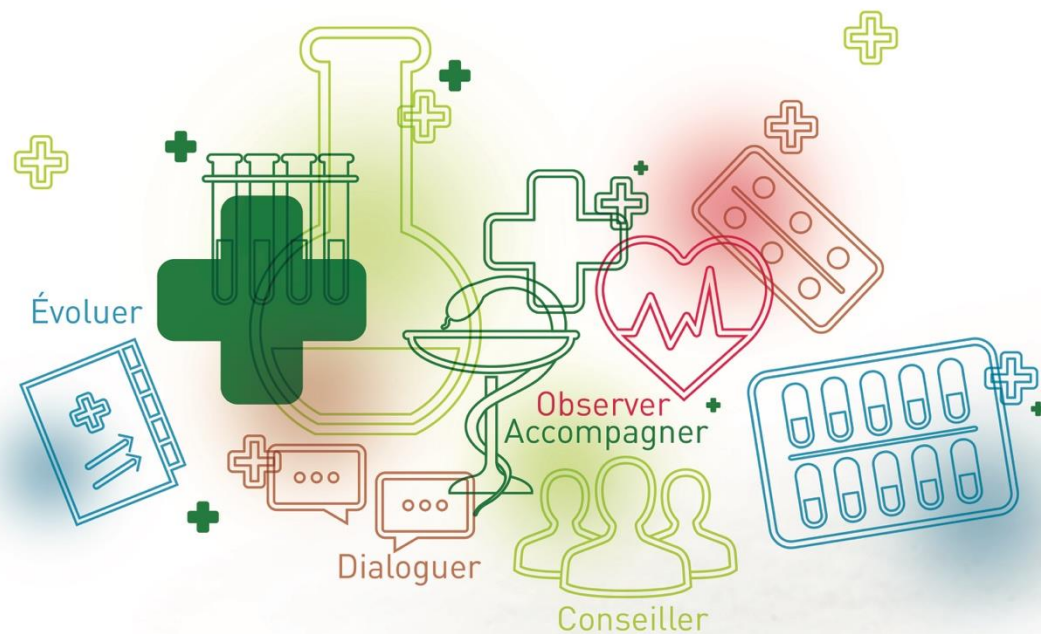
Présentation de l'expérimentation

Évaluation :

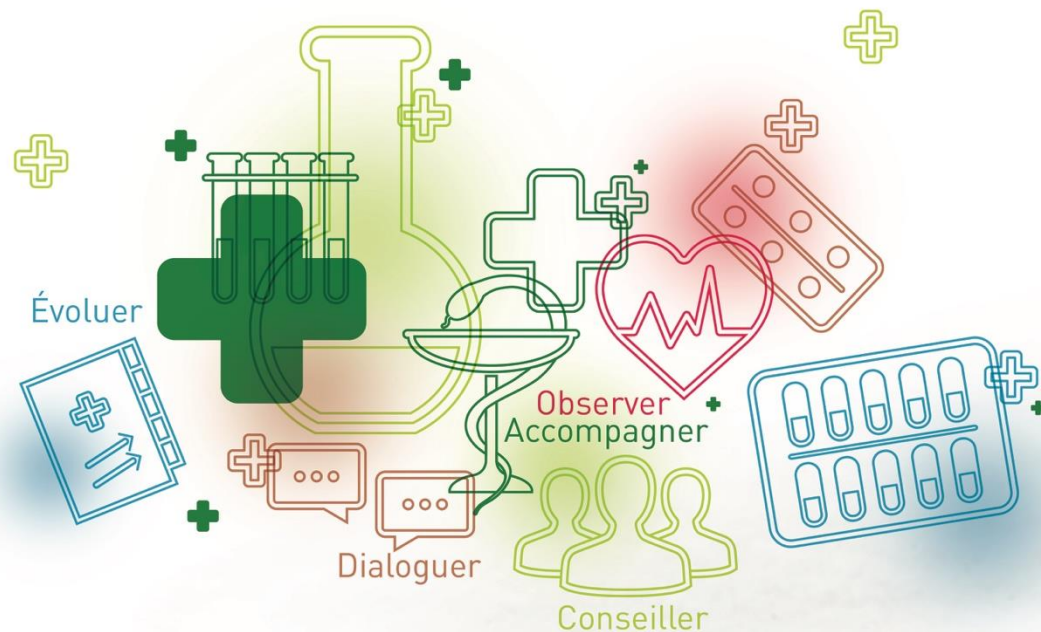
- Réalisée par un consultant externe ;
- Evaluation de la phase I, II et III ;
- Évaluer l'impact de l'intervention du pharmacien d'officine auprès des patients diabétiques de type 2 ;
- Rapport d'évaluation : 2025.



Avez-vous des questions?



Merci pour votre participation



URPS • Pharmaciens des Pays de la Loire • 5 boulevard Vincent Gâche • Immeuble SIGMA 2000 • 44200 Nantes
Téléphone : 02 40 59 69 29 • Mail : paysdelaloire@urpspharmacien.fr
urpspharmaciens.org/pays-de-la-loire/