

QUEL TRAITEMENT POUR MON PATIENT ?

Activité physique et équilibre alimentaire		
1ère intention : Metformine (dose maximale tolérée) Si clairance de la créatinine (CLCR) > 60 ml/min = 1000 mg 3 fois 30 ml/min < CLCR < 60 ml/min = 1000 mg maximum CLCR < 30 ml/min = arrêt de la Metformine		
Patient < 75 ans, pas de maladie athéromateuse, ni d'insuffisance cardiaque, ni d'insuffisance rénale	Patient > 75 ans	Patient quelque soit l'âge présentant une insuffisance cardiaque, une insuffisance rénale et/ou une maladie athéromateuse
Si Hba1c au dessus de l'objectif au delà de 3 à 6 mois sous monothérapie, passage à bi-thérapie :	Si Hba1C au dessus de l'objectif attendu :	
En fonction des caractéristiques des traitements (tableau au verso) : - IPP4 - ou ISGLT2 - ou aGLP1 - ou sulfamide Décision médicale partagée (explication des effets des traitements aux patients) Si Hba1c > objectif en bithérapie, arrêt IPP4 ou ISGLT2 : - Metformine + aGLP1 Si Hba1c toujours > objectif : - Metformine + insuline basale + aGLP1 (considérer arrêt ou maintien selon Hba1c, action sur le poids ou prévention secondaire)	IPP4 à privilégier	- IsGLT2 (quelque soit le niveau d'Hba1c car protection cardio-rénale) - ou aGLP1 Pas d'ISGLT2 chez le patient avec un diabète de type 1 ou un diabète pancréatoprive
Les associations suivantes ne sont pas remboursées par l'assurance-maladie : - idPP4 et aGLP1 - idPP4 et isGLT2* - aGLP1 et isGLT2* - sulfamides entre eux - sulfamides et glinides		
Si Hba1c au dessus de l'objectif au delà de 3 à 6 mois ou signe d'insulinopénie ou Hba1c > 10% : ajout Insuline basale = Glargine (6 à 10u/jour ou 0,1 à 0,2 u /kg/ jour puis titration) + ETP aux hypoglycémies + prescription de lecteur de glycémie, voir au verso pour indications de consultations diabétologue.		

* Attention ! Plus de prescription initiale par un diabétologue.

QUELLE SURVEILLANCE ET PRISE EN CHARGE PODOLOGIQUE POUR MON PATIENT ?

Grade	Critères de gradation	Conduite à tenir	Prise en charge Assurance maladie
Grade 0	Absence de neuropathie ou d'artérite	Examen de dépistage Conseil de chaussage (semelle orthopédique si besoin)	
Grade 1	Neuropathie sensitive isolée (perte de sensation) sans artérite, sans antécédent de plaie chronique ou d'amputation	Examen des pieds à chaque consultation. Education spécifique : hygiène, chaussage (semelle orthopédique si besoin), surveillance des pieds, conduite à tenir en cas de plaies.	Remboursement d'une consultation par an (27 euros par séance)
Grade 2	Neuropathie sensitive associée à une déformation du pied et/ou une artérite des membres inférieurs	PEC Idem grade 1 + Séances de soins de pédicurie- podologie régulières ³ Prise en charge de l'artériopathie	Remboursement de maximum 5 consultations par an (1ère séance 32,13 euros et séances suivantes 27 euros)
Grade 3	Antécédent de plaie chronique (ayant évolué plus de 4 semaines) ou d'amputation Plaie en cours	Renforcement de la PEC de grade 2 + Suivi hospitalier régulier	Remboursement de 6 consultations par an (jusqu'à 8 en cas de plaie en cours) (1ère séance 32,13 euros et séances suivantes 27 euros)

³Les séances de soins de prévention peuvent être désormais effectuées à domicile sur prescription médicale. (cf. Décision Uncam du 21 mars 2013 relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie)



Prise en charge du diabète de type 2

Version du 14-01-2022

AIDE MÉMOIRE

Version numérique mise à jour :



Flashez pour y accéder !

QUI DÉPISTER ?

- ✓ homme ou femme de + 45 ans
- OU
- ✓ IMC ≥ 25 kg/m²
- + minimum 1 facteur de risque parmi :
 - ATCD diabète gestationnel
 - ATCD familial de diabète de type 2
 - Glycémie entre 1,10 et 1,25 g/l (PREDIABETE)
 - HTA ou traitement anti HTA
 - ATCD de maladie cardiovasculaire
 - Dyslipidémie traitée ou non
 - syndrome des ovaires polykystiques
 - schizophrénie, troubles bipolaires
 - Précarité
 - Sédentarité
 - etc *

QUAND ?

Un dépistage tous les 3 ans
Sauf
pour les personnes au stade de PRE DIABETE : 1 / an

1,10 G/L < Pre-diabète < 1,25 G/L

ÉLÉMENTS DIAGNOSTICS

2 glycémies > 1,26 g/l à jeun
OU
1 glycémie > 2,00 g/l quel que soit le moment de la journée
Puis dosage de l'Hba1c



* L'ensemble des informations liées au dépistage du diabète de type 2 est à retrouver dans le volet diabète d'eTICSS

© Document maqueté par les Hôpitaux Champagne Sud / septembre 2021

MES RESSOURCES LOCALES

DISPOSITIF D'APPUI À LA COORDINATION DE FRANCHE-COMTÉ

Pour l'accompagnement du parcours de santé d'un de vos patients, dans toute situation que vous ressentez comme étant complexe.

Régulation régionale : 03 81 25 05 30
dac-fc@dac-fc.org

eTICSS DIABÈTE

Vous retrouverez l'ensemble des informations pour dépister et stratifier la maladie de votre patient dans le volet diabète d'eTICSS



<https://ctio-eticss.esante-bourgogne.fr/authentication/index.php?module=login>

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE ET DIÉTÉTIQUE

Pour connaître la liste des professionnels formés à l'éducation thérapeutique autour de vous ou vous former à l'ETP :

COMET BFC
03 81 84 54 47

RETINO BUS

Bus ambulant pour le dépistage de la rétinopathie diabétique (réservé aux patients diabétiques n'ayant pas réalisé de dépistage de la rétinopathie depuis 2 ans).
Pour connaître les lieux de passage du bus et prendre rendez-vous :

03 84 36 00 58
secretaire.retinodiabfc@yahoo.fr

CPAM

Centre d'examens préventifs de santé
9 boulevard des Alliés 70000 VESOUL
03 84 97 72 11

Programme SOPHIA
www.ameli.fr

EQUIPE RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

Infirmière de Santé Publique
Actions de dépistage et de prévention sur tout le territoire de la Haute-Saône

06 29 85 02 19
rp@gh70.fr

PRESCRIPTION ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Réseau Sport Santé
Bourgogne France Comté

03 81 48 36 52
Du lundi au vendredi de 9h à 17h

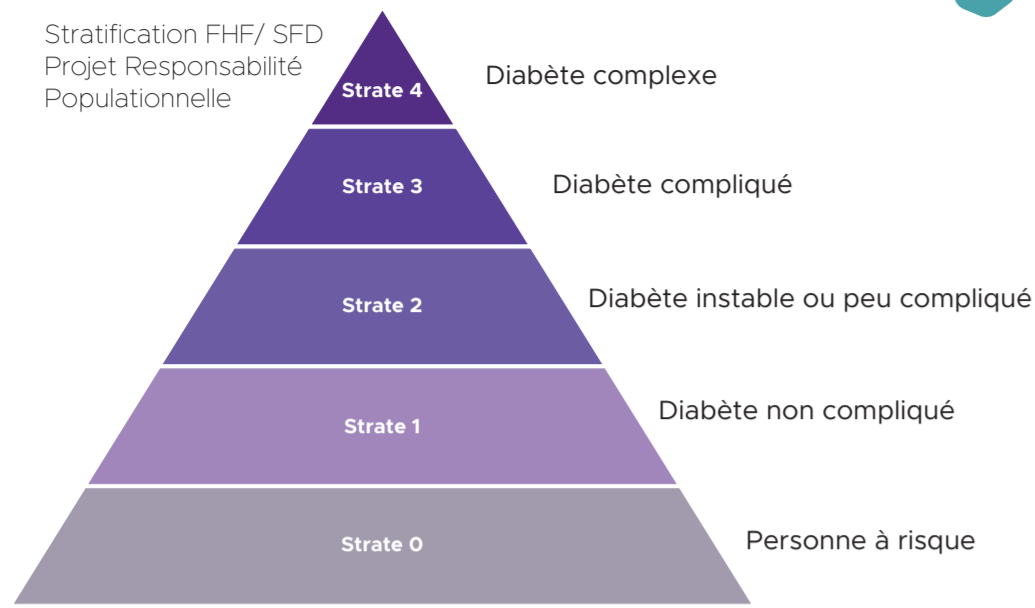
LIGNE DIRECTE DIABÉTOLOGUE GH70

Réservé aux médecins généralistes.
Pour toute demande de prise en charge urgente (avis, consultation, HDJ, hospitalisation...)

03 84 96 62 37



Stratification FHF/ SFD
Projet Responsabilité
Populationnelle



COMMENT STRATIFIER LE DIABÈTE DE TYPE 2 (DT2) DE MON PATIENT ?

Critères (un pouvant être distinct ou non d'un autre)	DIAGNOSTIC DIABÈTE DE TYPE 2			
	Strate 1 = DT2 "non compliqué"	Strate 2 = DT2 "instable ou peu compliqué"	Strate 3 = DT2 "compliqué"	Strate 4 = "complexe"
Antécédent d'accident vasculaire cérébral (AVC) ou/et infarctus du myocarde (IDM)	Non	Non	Oui	non concerné
Traitement Anti Diabétiques Oraux et Injectables (hors insuline)	Oui	non concerné		
Traitement insulinaire	Non	Oui	non concerné	
Hospitalisation liée diabète par an	≤ 1 / an	> 1 / an		
Nombre d'hypoglycémie sévère, de coma hypoglycémique, d'acidocétose, de coma hyperosmolaire... avec hospitalisation sur les 5 dernières années	≤ 1 sur la période	> 1 sur la période		
Complications	2 ou moins	1	2 ou plus	1 ou plus
	Parmi : • Cataracte diabétique • Neuropathie diabétique	Parmi : • Néphropathie non dialysée • Rétinopathie • Neuropathie • Mal perforant plantaire sans ATCD • AOMI non opérée	Parmi : • Néphropathie dialysée • Amputation liée au diabète • IC associée au DT2 • Complication vasculaire opérée	

LE BON SOIN, AU BON MOMENT POUR LE BON PATIENT.

	STRATE 1	STRATE 2	STRATE 3	STRATE 4
CONSULTATIONS/ PRISE EN CHARGE				
Médecin généraliste	4 / an minimum			
Médecin diabétologue	- Si HbA1c > à l'objectif visé pendant 6 mois ou HbA1c > 10% - Après découverte d'une complication ou après une complication aigüe, - En cas de suspicion d'une forme de diabète atypique, en cas d'insulinothérapie envisagée, - En cas d'insulinothérapie envisagée - Si projet de grossesse ou grossesse en cours - En cas de diabète de type 1			
Ophtalmologiste	1 fois tous les 2 ans sauf si rétinopathie détectée : 1 / an		1 / an	
Dentiste	1 / an		1 à 2 / an	
Pédicure-podologue	1 / an	Voir tableau "surveillance podologique au verso"		
Éducation thérapeutique	Proposition d'inscription à un programme d'ETP (au verso) pour chaque patient + IDE ETP au GH70			
Conseils diététiques	A chaque consultation			
Activité Physique Adaptée	Proposition d'inscription à un programme d'APA (au verso) pour chaque patient			
EXAMENS				
Poids / IMC	A chaque consultation			
Tension artérielle	A chaque consultation			
Bilan biologique : HbA1C	Tous les 3 mois (tous les 6 mois si traitement PO ou pas de médicament et objectif HbA1c respecté)			
Bilan biologique complet	Albuminurie, protéinurie, bilan lipidique, créatininémie : 1 fois par an			
ECG repos	1 / an		1 à 2 / an (suivant terrain)	
Podologie : Test au monofilament	A chaque consultation			

QUEL OBJECTIF GLYCÉMIQUE POUR MON PATIENT ?

	Profil du patient	HbA1c CIBLE
CAS GÉNÉRAL	La plupart des patients de DT2	≤ 7%
	DT2 nouvellement diagnostiqué, dont l'espérance de vie est > 15 ans et sans antécédent	≤ 6,5% ¹
	DT2 : • avec comorbidité grave avérée et/ou une espérance de vie limitée (< 5 ans) • ou avec des complications macrovasculaires évoluées • ou ayant une longue durée d'évolution du diabète (> 10 ans) et pour lesquels la cible de 7% s'avère difficile à atteindre car l'intensification médicamenteuse provoque des hypoglycémies sévères	≤ 8%
PERSONNES ÂGÉES (+ DE 75 ANS)	Dites "vigoureuses" dont l'espérance de vie est jugée satisfaisante	≤ 7%
	Dites "fragiles" à l'état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des malades	≤ 8%
	Dites "malades", dépendantes, en mauvais état de santé en raison d'une pathologie chronique	≤ 9% et/ou glycémies capillaires préprandiales entre 1 et 2 g/L
PATIENTS AVEC ANTÉCÉDENTS (ATCD) CARDIO-VASCULAIRES	Patients avec ATCD de complication macrovasculaire considérée comme non évoluée	≤ 7%
	Patients avec ATCD de complication macrovasculaire considérée comme évoluée • Infarctus du myocarde (IDM) avec insuffisance cardiaque • Atteinte coronarienne sévère (tronc commun ou atteinte tritonculaire ou atteinte de l'interventriculaire antérieur [IVA] proximal) • Atteinte polyartérielle (au moins deux territoires artériels symptomatiques) • Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (ACMI) symptomatique • Accident vasculaire cérébral récent (< 6 mois)	≤ 8%
PATIENTS AVEC INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE (IRC)	IRC modérée (stades 3A ² et 3B)	≤ 7%
	IRC sévère ou terminale (stades 4 et 5)	≤ 8%

¹ Sous réserve d'être atteint par la mise en oeuvre ou le renforcement des mesures hygiéno-ditétiques puis, en cas d'échec, par une monothérapie orale (metformine, voire inhibiteurs des alpha-glucosidases).

² **Stade 3A** : DFG entre 45 et 59 mL/min/1,73m² -

Stade 3B : DFG entre 30 et 44 mL/min/1,73m²

Stade 4 : DFG entre 15 et 29 mL/min/1,73m²

Stade 5 : DFG < 15 mL/min/1,73m²

QUELLES CARACTERISTIQUES SELON LES TRAITEMENTS ?

PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES TRAITEMENTS	EFFICACITÉ SUR LA BAISSÉ DE LA GLYCÉMIE	RISQUE D'HYPOLYCYÉMIE	EFFET SUR LE POIDS	MODALITÉ D'ADMINISTRATION	BÉNÉFICES CARDIO-VASCULAIRES EN CAS DE MALADIE CV AVÉRÉE		PROGRESSION DE LA MALADIE RÉNALE	PRINCIPAUX EFFETS SECONDAIRES
					IDM, AVC OU DÉCÈS CV	INSUFFISANCE CARDIAQUE		
Metformine	● ●	NON	↔	2 à 3 prises / jour	Sécurité démontrée		Déconseillé en cas de dysfonctionnement rénal sévère	Effets digestifs en début de traitement
Sulfamides Hypoglycémisants et Glinides	● ●	OUI + (Glibenclamide ++)	↑	1 à 3 prises / jour	Sécurité démontrée pour la glibépiride et gliclazide		Absence de données	Hypoglycémies, prise de poids
Inhibiteurs des Alphaglucohydrolases	●	NON	↔	3 à 4 prises / jour	Sécurité démontrée chez des patients intolérants au glucose		Absence de données	Effets digestifs fréquents (flatulences)
Inhibiteurs de la DDP-4 (Gliptines)	● ●	NON	↔	1 à 2 prises / jour	Sécurité démontrée	Risque potentiel pour Saxagliptine	Effet neutre	Risque rare de pancréatite aigüe et de douleurs articulaires
Agonistes des récepteurs du GLP-1	● ● ●	NON	↓↓	Sous-cutanées 1 inj/jour à 1 inj / semaine	Sécurité démontrée pour Liraglutide et Dulaglutide et Semaglutide	Sécurité démontrée si insuffisance Cardiaque NYHA I à III Doute sur la sécurité si fraction d'éjection du VG < 40%	Bénéfices sur albuminurie démontrés pour Liraglutide et Dulaglutide	Effets digestifs fréquents, nausées, vomissements, diarrées, lithiases biliaires, risque de pancréatite aigüe
Analogues lents de l'insuline	● ● ● ●	OUI +++	↑↑	Sous-cutanées 1 inj / jour	Sécurité démontrée pour glargine U100 et degludec		Effet neutre	Hypoglycémies, prise de poids
Inhibiteurs de SGLT2 (Gliflozine)	● ●	NON	↓↓	1 prise par jour	Bénéfices démontrés pour empagliflozine et canagliflozine	Bénéfices démontrés pour empagliflozine, canagliflozine et dapagliflozine	Bénéfices sur la fonction rénale démontrés pour empagliflozine, canagliflozine et dapagliflozine	Mycoses génitales, risque d'hypotension, risque rare d'amputation (canagliflozine), risque rare de fractures (canagliflozine), risque exceptionnel de gangrène de Fournier