

# Prise en charge du diabète en médecine de premier recours

Dresse Sofia ZISIMOPOULOU : SMPR  
Dr G.GASTALDI : Diabétologie



## Plan

- Bases physiopathologiques diabète de type 2
- Cas clinique
  - Diagnostic
  - Prise en charge initiale
  - Objectif du suivi et bilan des complications
  - Traitements
  - Itinéraire
- Réflexions

## Epidémie de diabète en 2014



≈ **380 Mio**

10% Diabète auto-immun



≈ **465 000**

6.36 % des helvètes\*

≈ **40'000 DT1**



≈ **30'000** individus

6-7% des genevois

≈ **2'500 DT1**

**1/3 non diagnostiqué**

\*D'après les estimations de l'IDF pour l'année 2012



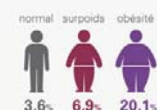
## Le diabète à Genève

### Le diabète de type 2 dans le canton de Genève

Le diabète touche en moyenne 6,1% de la population genevoise entre 35 et 74 ans



Le diabète augmente avec le poids



Le diabète augmente avec l'âge



Le diabète diminue avec l'activité physique



Le diabète diminue avec les hauts revenus



## Syndrome métabolique

diabète, hypertension, surcharge pondérale, dyslipidémie

80% des diabétiques de type 2 souffrent de surpoids ou d'obésité

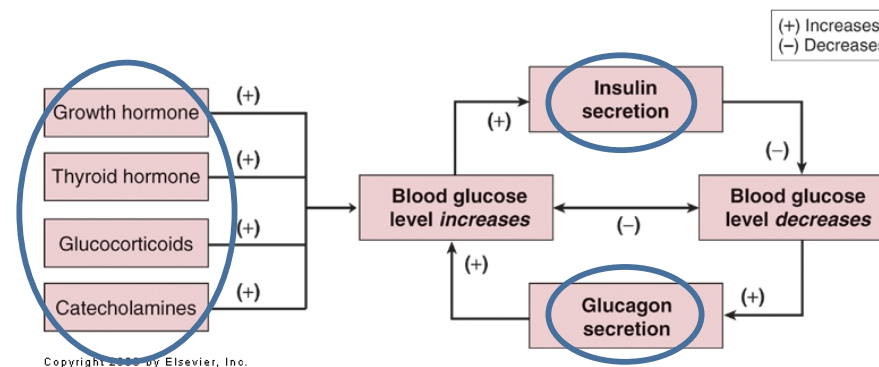
50% des diabétiques de type 2 souffrent d'obésité



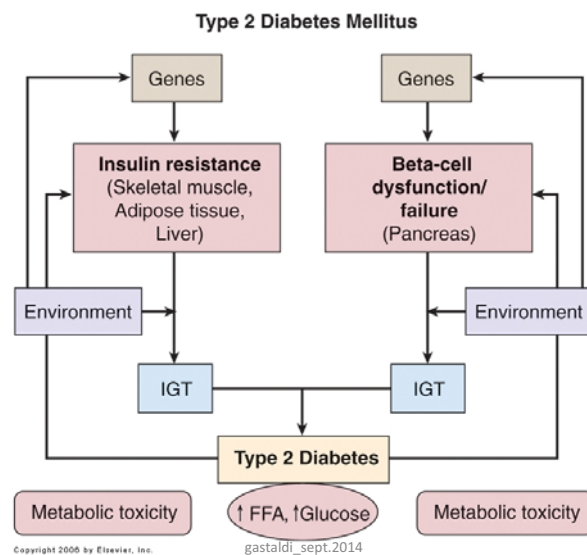
Diabésité

25% de la population mondiale

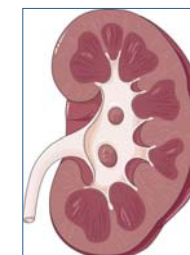
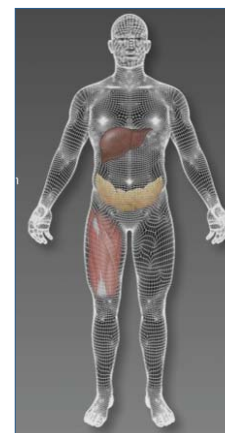
## Homéostasie du glucose



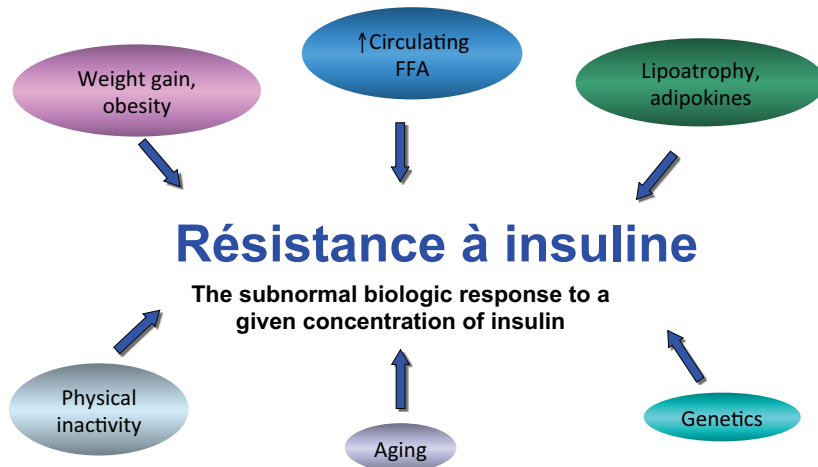
## Physiopathologie du diabète de type 2



## Organes impliqués dans l'homéostasie du glucose



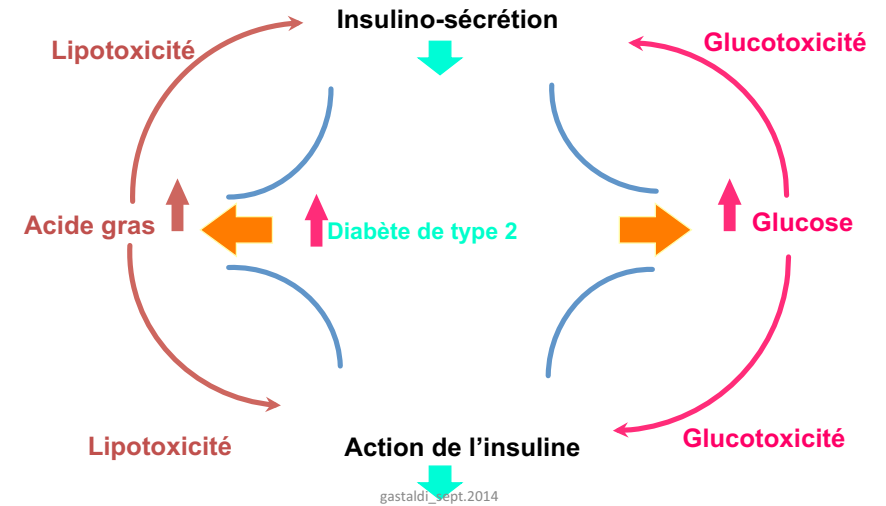
## Facteurs favorisant l'insulino-résistance



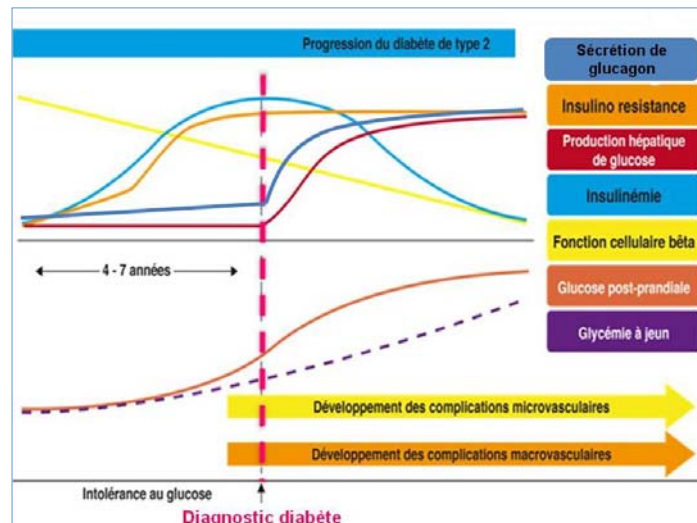
## Insulino-résistance chronique

### Spirale descendante

(AJ Scheen et al Rev Med Liege 1999, 54:6:535-538)

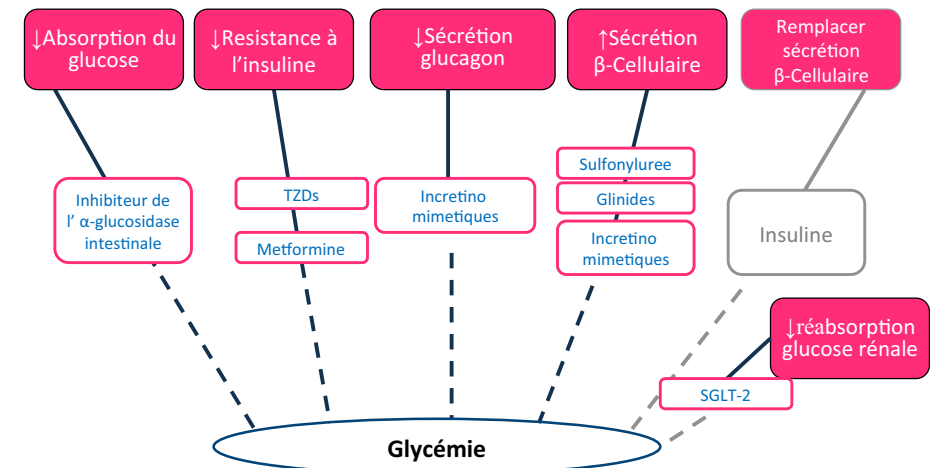


## Physiopathologie du diabète de type 2

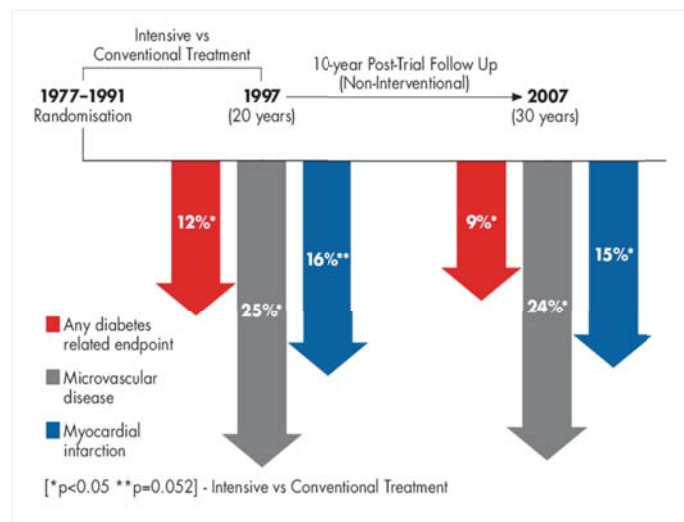


Reprinted from Primary Care, 26, Ramlo-Halsted BA, Edelman SV. The natural history of type 2 diabetes. Implications for clinical practice, 771-789, © 1999, with permission from Elsevier.

## Traitements disponibles en 2014 en CH



## Les Bénéfices du contrôle glycémique sur la survenue de complications dans le DT2



Holman et al. N Engl J Med 2008;359:1577-89; UKPDS Study Group. Lancet 1998;352:837-53

La théorie c'est utile mais en pratique?!

## Madame Z... 1974

**AS:** Caissière à la Migro, mère de 3 enfants en bas âge

2008 : notion d'HTA non suivie

2010 janvier (35 ans)

1<sup>ère</sup> consultation à

depuis 6 mois : poly

polydypsie, perte de poids, candidose vaginale

**AF :** père diabétique type 2 à l'âge de 45-50 ans

**Examen clinique :**

BEG, bien hydratée, 164/90, 70/90,

MI 26

Glycémie à jeun: 15mmol/l  
Stix urinaire :  
glucose +++, cétone +

Quel diagnostic évoquer?

Sur quels critères?

## Risque accru pour un DM (pré-diabète)

Glycémie à jeun (IFG)	5.6-6.9 mmol/l
ou	
Glycémie 120 min après 75 g glucose (IGT)	7.8-11.0 mmol/l
ou	
HbA1c	5.7-6.4%

Diabetes Care, Jan 2013

## Critères pour poser le diagnostic du diabète

HbA1c	≥ 6.5%
ou	
Glycémie à jeun	≥ 7.0 mmol/l
ou	
Glycémie 120 min après 75 g glucose	≥ 11.1 mmol/l
ou	
Symptômes d'hyperglycémie avec glycémie	≥ 11.1 mmol/l

## Madame Z... 1976

**Diagnostic:** Diabète type 2

**Quel bilan  
dois-je faire?**

Service de médecine de premier recours  
Service d'endocrinologie, diabétologie, hypertension et nutrition  
Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques



- Labo : HbA1c : 8.9%
- Osmolarité
- Gazo veineuse
- Créat.
- Dosages des Anti-corps ?

→ Tjs s'interroger sur l'étiologie du diabète

## Bilan inaugural diabète 2

- **Anamnèse** alimentaire  
autres FRCV  
recherche de complications microvx et macrovx
- **Examen clinique** BMI  
TAH  
status vasculaire  
pieds (peau, pouls, pallesthésie, ROT)
- **Laboratoire** glycémie, HbA1c  
fonction rénale (créatinine, albuminurie, rapport A/C)  
bilan lipidique
- **Fond d'œil**
- **Etat dentaire**

Service de médecine de premier recours  
Service d'endocrinologie, diabétologie, hypertension et nutrition  
Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques



**J'ai combien de temps pour tout faire ?**

**Puis-je demander de l'aide ?**

**Qu'est-ce que je lui dis à Mme Z**

## Annonce du diagnostic

## Relation



- **Récit**, action de rapporter
- **Lien**, rapport entre des choses ou des personnes
- **Connaissance**, personne avec qui l'on est en contact

## Attentes et espérances

### MALADE

- Soulagement
- Amélioration du symptôme
- Guérison ou réparation du handicap
- Confirmation de l'invincibilité

### MEDECIN

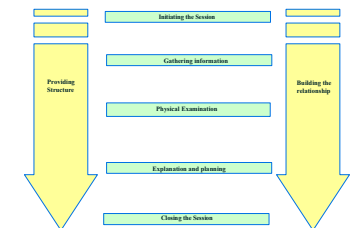
- Confirmation reconnaissance de ses capacités
- Vérification de son pouvoir à réparer et guérir
- Confirmation de la capacité à maintenir la vie

## Les temps de la relation médecin-malade

1. Écouter puis établir une relation de confiance
2. Diriger l'entretien
3. Examiner
4. Restituer et informer
5. **Décider en commun et convaincre** : alliance de soins

THE ENHANCED CALGARY-CAMBRIDGE GUIDE TO THE MEDICAL INTERVIEW  
Kurtz SM, Silverman JD, Benson J and Draper J (2003) Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides  
Academic Medicine 78(8):802-809

THE BASIC FRAMEWORK



## Diabète : changement d'état

- Deuil de sa bonne santé
- Deuil de son indépendance d'adulte
- Adhésion thérapeutique
- Répétition de situations difficiles

JP Assal

## L'ATTITUDE MEDICALE

### Ecoute active

« est-ce que l'idée de prendre un ttt chaque jour vous contrarie? »

### Questions exploratoires

« j'ai le sentiment que vous n'êtes pas vraiment d'accord avec le point de vue médical »

### Empathie

« je saisi bien votre réaction; elle n'est pas isolée »

### Affirmation de notre point de vue

Le médecin: « **Néanmoins**, même si vous ne présentez pas trop de gêne actuellement, il est bien connu que le processus peu s'aggraver, puis vous ennuyer dans le futur et le ttt que je vous propose est pour l'instant notre meilleure solution »

JP CHABANNES

## Madame Z... 1976

**Diagnostic:** Diabète type 2

**Quel suivi  
dois-je organiser?**

## Enseignement minimal

- Connaissances de base médicales concernant le diabète
- Applications pour la vie quotidienne / horaire quotidien
- Hypoglycémie (si le ttt le requiert) et hyperglycémie
- Situations particulières (p.ex. maladie, activité sportive, loisirs, vacances)







**Sommes nous dans l'obligation  
d'introduire un traitement  
aujourd'hui chez Mme Z !?**

**Si oui → Lequel ?**

**Devons nous l'hospitaliser ?**

## Traitements de base



+



**150 min**

L'alimentation, l'activité physique et **l'éducation thérapeutique** sont la base du traitement du diabète de type 2

## Efficacité de la thérapie nutritionnelle : A

- Recommandé pour tous les diabétiques en tant que composante du plan de traitement → **A**
- Tous les patients devraient bénéficier d'un conseil individualisé sur la thérapie nutritionnelle
- Suivi diététique recommandé au moment du diagnostic et au besoin après → **B**
- Au vu de son efficacité (A) et réduction coûts (B), le remboursement devrait être garanti par assureurs → **E**

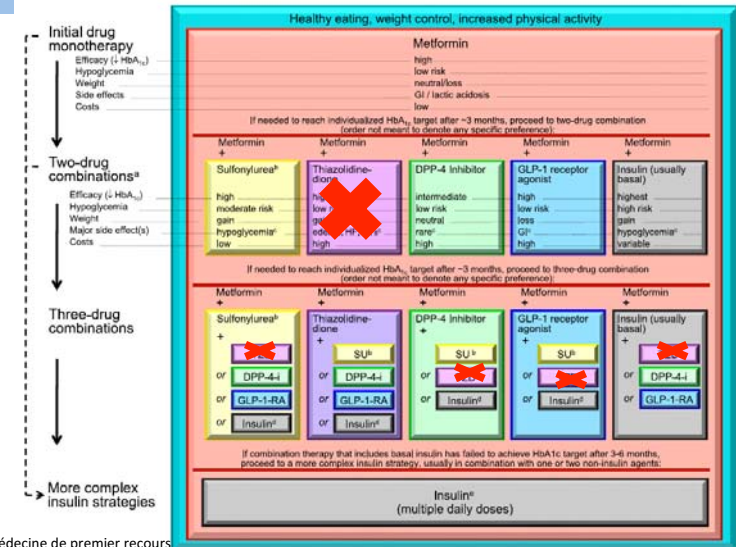
## Efficacité de la diététique sur l'équilibre glycémique

- ↘ 0.5 to 2% de l'HbA1c en cas de DT2

- UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet* 1998;352: 854–865
- Andrews RC, Cooper AR, Montgomery AA, et al. Diet or diet plus physical activity versus usual care in patients with newly diagnosed type 2 diabetes: the Early ACTID randomised controlled trial. *Lancet* 2011;378:129–139
- Rickheim PL, Weaver TW, Flader JL, Kendall DM. Assessment of group versus individual diabetes education: a randomized study. *Diabetes Care* 2002; 25:269–274
- Franz MJ, Monk A, Barry B, et al. Effectiveness of medical nutrition therapy provided by dietitians in the management of non-insulin-dependent diabetes mellitus: a randomized, controlled clinical trial. *J Am Diet Assoc* 1995;95:1009–1017



## Traitement du DM2



Service de médecine de premier recours  
Service d'endocrinologie, diabétologie, hypertension et nutrition  
Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques

HUG  
Hôpitaux Universitaires de Genève

## Biguanide



Service de médecine de premier recours  
Service d'endocrinologie, diabétologie, hypertension et nutrition  
Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques

HUG  
Hôpitaux Universitaires de Genève

## Metformine

DCI	Mécanismes cellulaires	Actions physiologiques principales	Avantages	Désavantages
Metformine	Active l'AMP-Kinase	Diminue la production hépatique de glucose Augmente sensibilité à insuline muscul.	➢ 50 ans utilisation ➢ Pas prise de poids ➢ Pas d'Hypo ➢ Réduction RCV	➢ Effets gastro-intestinaux ➢ Déficit en vitamine B12 ➢ Acidose lactique ➢ Adaptation clairance

**CLAIRANCE RENALE > 45ml/min**  
**Adapter posologie si clairance < 60ml/min**

## Sulfamides/Glinides

DCI	Mécanismes cellulaires	Actions physiologiques principales	Avantages	Désavantages
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Glibenclamide (DAONIL ou Glyburide)</li> <li>➤ Glipizide (GLUCOTROL)</li> <li>➤ <b>Gliclazide</b> (DIAMICRON)</li> <li>➤ Glimépiride (AMARYL)</li> </ul>	Ferme les canaux K-ATP de la membrane plasmique des cellules B	Augmente la sécrétion d'insuline	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Longue expérience</li> <li>➤ Diminution du RCV micro-vasc. (UKPDS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hypoglycémies</li> <li>➤ Prise de poids</li> <li>➤ Ischémie myocardique</li> </ul>
<b>CLAIRANCE RENALE &gt; 40ml/min</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Répaglinide (NOVONORM)</li> <li>➤ Natéglinides (STARLIX)</li> </ul>	IDEM	IDEM	Peut être employé en cas d'IRT : Diminuer dosage	IDEM

## Inhibiteurs des DPP-4

DCI	Mécanismes cellulaires	Actions physiologiques principales	Avantages	Désavantages
<ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">Linagliptin</a> : <b>TRAJENTA</b> 5mg 1x</li> <li><a href="#">Saxagliptin</a> : ONGLYZA 2.5mg-5mg</li> <li><a href="#">Sitagliptin</a> : <b>JANUVIA</b> 25-100mg 1x</li> <li><a href="#">Vildagliptin</a> : GALVUS 50mg 2x</li> </ul>	Inhibe l'activité DPP4 Augmente les incrétines actives post-prandiales (GLP-1;GIP)	Augmente la sécrétion d'insuline (glucose dépendant) Diminue la sécrétion de Glucagon	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pas prise de poids</li> <li>➤ Pas d'Hypo</li> <li>➤ Réduction RCV (?)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Urticaire/angioedème</li> <li>➤ Pancréatite</li> <li>➤ Effet modeste sur HbA1c</li> </ul>

**CLAIRANCE RENALE > 30ml/min**

## GLP-1 agonistes

DCI	Mécanismes cellulaires	Actions physiologiques principales	Avantages	Désavantages
<ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">Exenatide</a> : (BYETTA 5-10ug 2x/j) (BYDUREON 1x/sem)</li> <li><a href="#">Liraglutide</a> : (VICTOZA 0.6 à 1.8mg/J)</li> <li><a href="#">Taspoglutide</a><sup>+</sup></li> <li><a href="#">Albiglutide</a><sup>+</sup></li> <li><a href="#">Lixisenatide</a> :</li> </ul>	Actives le récepteur GLP-1	Augmente la sécrétion d'insuline (glucose dépendant) Diminue la sécrétion de Glucagon Ralentis la vidange gastrique Augmente satiété	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Diminution du poids</li> <li>➤ Pas d'Hypo</li> <li>➤ Réduction RCV (?)</li> <li>➤ Amélioration masse/fonction des cellules bêta ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ n/v +++</li> <li>➤ Hyperplasie cellules médullaire chez animal</li> <li>➤ Injectable (enseign)</li> </ul>

**CLAIRANCE RENALE > 30ml/min**

## SGLT2

DCI	Mécanismes cellulaires	Actions physiologiques principales	Avantages	Désavantages
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dapagliflozin (Farxiga: 10mg 1x/j) (USA)</li> <li>Canagliflozin (Invokana 100mg et 300mg 1x/j) (CH-EU)</li> <li>Empagliflozine</li> <li>Ipragliflozine (Etudes en cours)</li> </ul>	Inhibe le récepteur SGLT-2	Limite la réabsorption du glucose par les reins	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Diminution du poids</li> <li>➤ Pas d'Hypo</li> <li>➤ Diminution TA</li> <li>➤ Réduction RCV (?)</li> <li>➤ Amélioration masse/fonction des cellules bêta ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Efficacité diminuée en cas de clairance &lt; 60ml/min STOP si &lt; 45ml/min</li> <li>➤ IVRS</li> <li>➤ Vaginite, Balanite</li> </ul>

MOLECULES	Biguanides Metformine: Metlin/ Glucophage*	Sulfonylurées Gliclazide: Diamicon* Glimépiride: Amaryl*	Glinides Nateglinide: Starlix* Répaglinide: Novonorm*	Gliptines Alogliptine: Vipidia* +metformine: Vipdomet* Linagliptine: Trajenta* +metformine: Jentadueto* Saxagliptine: Onglyza* +metformine XR: KombiGlyze* Sitagliptine: Januvia/Xelevia* +metformine: Janumet/Velmetia* Vildagliptine: Galvus* +metformine: Galvumet*	Analogues du GLP-1 Exenatide: Byetta* Exenatide QW: Bydureon* Liraglutide: Victoza*
ACTION	↓ production hépatique de glucose. ↑ sensibilité à l'insuline.	Stimulation sécrétion endogène d'insuline. Longue durée d'action.	Stimulation sécrétion endogène d'insuline (pic précoce). Courte durée d'action.	↑ sécrétion d'insuline glucose-dép. ↓ production glucagon donc de glucose.	idem gliptines + Ralentissement vidange gastrique, ↑ satiété et ↓ appétit.
RISQUE HYPO	-	+	-	-	-
EFFET SUR POIDS	↓	↑	↑	↔	↓
⚡ RISQUE CV Selon EBM	+	+/- (Avantage Gliclazide)	+/-	Neutre sur le plan cardiovasculaire (étude en cours)	Neutre sur le plan cardiovasculaire (étude en cours)
⬇ HbA1c %	++	++	+	+	++
DOSAGE selon: Créat > 60 ml	500-2250 mg/j	1-4 mg/j (Glimépiride) 30-120 mg/j (Gliclazide)	0.5-4 mg (Répaglinide) 60-120 mg (Nateglinide)	Sita/Vilda 100 mg/j Lina/Saxa 5 mg/j Alo 25 mg/j	Exenatide 5-10 mcg/j Exenatide QW 2 mg/semaine Liraglutide 0.6-1.8 mg/j
Créat 45-60 ml/min	500-1500 mg/j	30-60 mg/j (Gliclazide)	0.5-4 mg (Répaglinide) 60-120 mg (Nateglinide)	Sita/Vilda 100 mg/j Lina/Saxa 5 mg/j Alo 25 mg/j	Exenatide 5 mcg/j Exenatide QW 2 mg/semaine Liraglutide 0.6-1.8 mg/j
Créat 30-45 ml/min	∅	∅	0.5-4 mg (Répaglinide) 60 mg (Nateglinide)	Sita/Vilda 50 mg/j Lina 5 mg/j Saxa 2.5 mg/j Alo 12.5 mg/j	Exenatide 5 mcg/j Exenatide QW 2 mg/semaine Liraglutide 0.6-1.8 mg/j
Créat 15-30 ml/min	∅	∅	0.5-4 mg/repas (Répaglinide) 60 mg/repas (Nateglinide)	Sita 25 mg/j Vilda 50 mg/j Lina 5 mg/j Alo 6.25 mg/j	∅
Hémodialyse	∅	∅	0.5-4 mg/repas (Répaglinide)	Sita 25 mg/j Lina 5 mg/j	∅
N°PRISES/j	2 x/j	1 x/j	1x/ avant chaque repas	1x/j 2x/j si + MET ou 1x si + MET-XR	sc Lira 1x/j Exena 2x/j si QW 1x/sem
BON A SAVOIR	Commencer à petites doses Effets gastro-intestinaux Déficit en vitamine B12 Goût métallique	Seule le Gliclazide dispose d'une forme retard.		Risque de céphalées Possibles infections des voies respiratoires supérieures. Possible élévation transaminases (Vilda).	Nausées et vomissements fréquents Tachycardie possible. Nodules aux sites d'injection possibles avec Exenatide QW.
INFORMATIONS	Risque de pancréatite, insuffisance cardiaque, cancer du pancréas avec les incrétino mimétiques? Ces risques n'ont pas pour l'instant été jugés suffisamment fondés par les groupes d'experts pour limiter la prescription. Il est néanmoins important de garder une attention particulière lors de la prescription de ces classes de médicaments. Des études sont en cours. La classe des gliptines n'a pas été mentionnée car retirée du marché dans certains pays en raison d'un risque de cancer de la vessie. Des études supplémentaires sont en cours. De mises à jour régulières de ce tableau sont prévues				

# Prix des traitements journaliers

MEDICAMENT	DOSAGE	PRIX PAR JOUR
Glucophage Metfin	1000 mg 2x/j 1000 mg 2x/j	0,42 CHF 0,31 CHF
Diamicon MR Gliclazide MR	60 mg 1x/j 30 mg 2x/j	0,61 CHF 0,49 CHF
Januvia/Xelevia	100 mg 1x/j	2,16 CHF
Galvus	50 mg 2x/j	2,37 CHF
Onglyza	5 mg 1x/j	1,91 CHF
Trajenta	5 mg 1x/j	1,95 CHF
Jentadueto	2.5/1000 mg 2x/j	2,05 CHF
Victoza	1,2 mg 1x/j 1,8 mg 1x/j	5,02 CHF 7,53 CHF
Byetta	10 µg 2x/j	4,66 CHF
Bydureon	2 mg 1x/sem	5,31 CHF

Source : Compendium Suisse des Médicaments 2013

## Madame Z... 1974

**AS:** Caissière à la Migro, mère de 3 enfants en bas âge  
**2008 :** notion d'HTA non suivie  
**2014 nov (40 ans) :**  
**3<sup>è</sup> consultation au smpr (6 semaines + tard)**  
**Tjs polyurie, polydypsie**  
**Appris à réaliser auto-contrôles, dans carnet : 2 val./sem**  
**>20mmol/l**

**Examen clinique :**  
**BEG, bien hydratée, Afébrile, TA 145/90, BMI 26**  
**Labo:**  
**Glycémie capillaire 10h: 25mmol/l (post-p.), HbA1c 11.2%**  
**Pas pris Metformine :**  
**→ Diarrhées invalidantes**

Indications à l'insulinothérapie ?

Quelle insuline choisir parmi l'offre existante ?

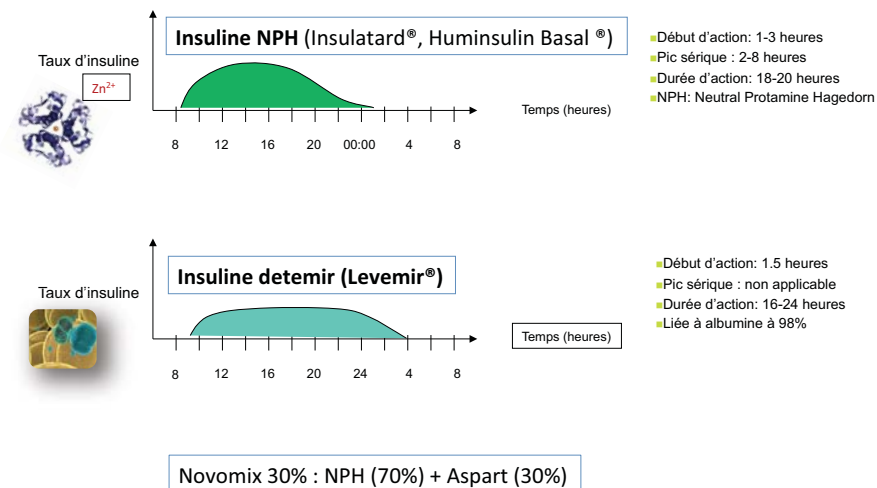
Comment procéder pratiquement ?

## Indications à l'insulinothérapie

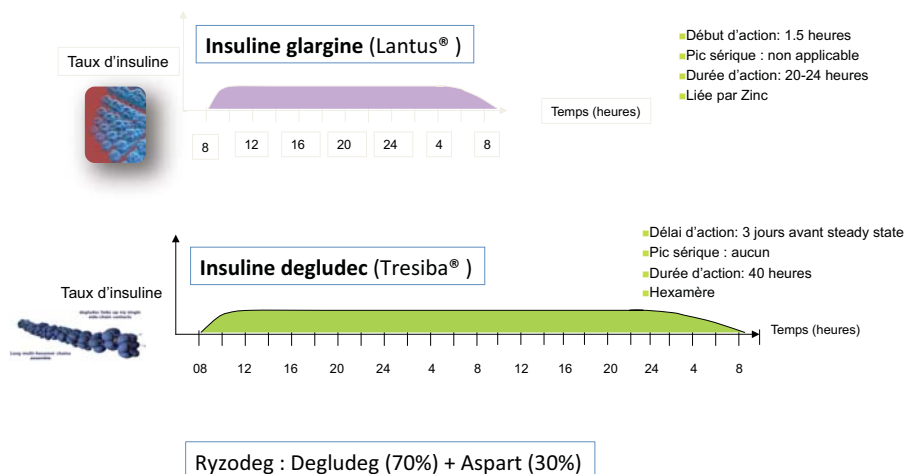
- Polyurie, polydipsie, perte pondérale
- Glycémie > 16.5mmol/l
- HbA1c > 11.5%

Recommandations d'experts, ADA EASD 2012

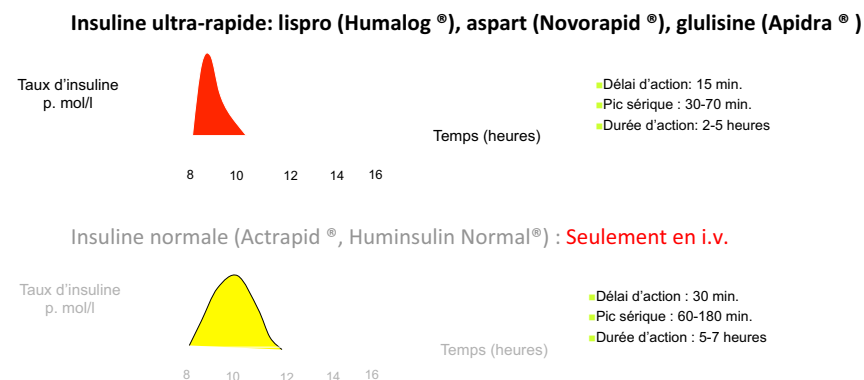
## Principales insulines basales



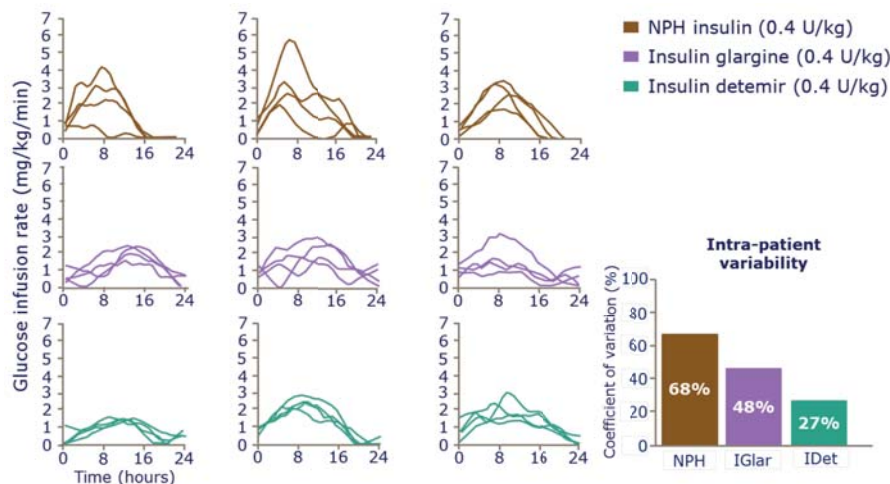
## Principales insulines basales



## Principales insulines prandiales



## Variabilité glycémique intrinsèque à l'insulinothérapie



Heise et al. Diabetes 2004;53:1614-20

## Connaissances théoriques implicites

- Pour le diabète de type 2, les stratégies plus complexes et intensives du diabète de type 1 ne sont pas nécessaires habituellement.
- Le principe du traitement par insuline est de produire un profil de glycémie aussi normal que possible, sans prise de poids inacceptable et sans hypoglycémie.

## Connaissances théoriques implicites

- En première intention, une «insuline basale» seule est habituellement ajoutée  
Exceptions: hyperglycémie très marquée et/ou symptomatique.
- L'insuline basale :
  - Couverture en insuline relativement uniforme le jour et la nuit
  - But principal : contrôler la glycémie en supprimant la production hépatique du glucose en période inter-prandiale et durant le sommeil.

## Insulinothérapie : modalités d'introduction

➤ Débuter avec insuline lente environ **0.2 U/kg/jour**

si insuline lente : 1x/j (en général au coucher)

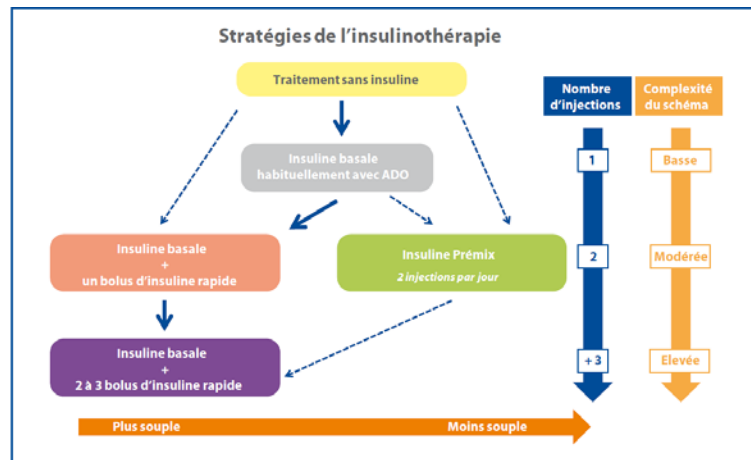
si insuline intermédiaire : 2x/j (2/3 le matin-1/3 le soir)

➤ Avec contrôles rapprochés et à adapter rapidement

- Cs 1x/sem si possible au début, sinon tél pour contrôle glycémie

➤ Augmentation Insuline de 2 Ui/3j

## Stratégies de l'insulinothérapie



## Aspects pratiques

- A quel moment de la journée ?
- Qui réalise l'injection ?
- Enseignement minimal (hypo, technique)
- Titration de l'insulinothérapie
- Adaptation du traitement antidiabétique ?
- Suivi glycémique et clinique
- Pièges

## La relation et les croyances



Désolé docteur, mais je dois encore vous contredire !

## Le Patient à l'instauration de l'insulinothérapie

### Patient

Weight gain  
Social embarrassment and stigma  
Fear of hypoglycaemia

Lifestyle changes and restrictions  
Painful injections  
Feelings of failure and guilt  
Becoming 'more ill', disease progression

**Passage à l'insuline = aggravation de la maladie**



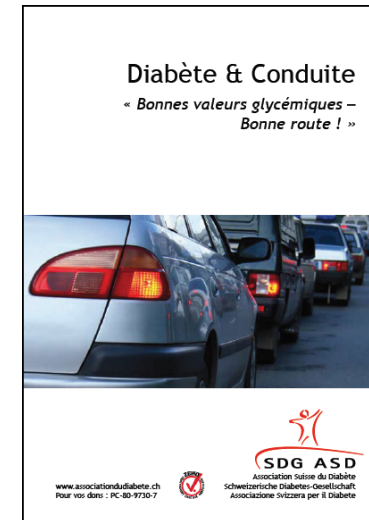
## Inquiétudes des soignants lors de l'instauration d'une insulinothérapie

### Healthcare professional

Fear of patients' anger  
Fear of patient compliance  
Resentment of extra burden of patient crises during initial stages of insulin therapy  
Anger and irritation of oral antidiabetic drug failure  
Fear of losing or alienating patient  
Inadequate time or personnel to teach insulin therapy  
Concerns regarding hypoglycaemia and weight gain

International Journal of Obesity (2002) 26, Suppl 3, S18-S24  
© 2002 Nature Publishing Group All rights reserved 0307-0565/02 \$25.00

## Obligations médicales

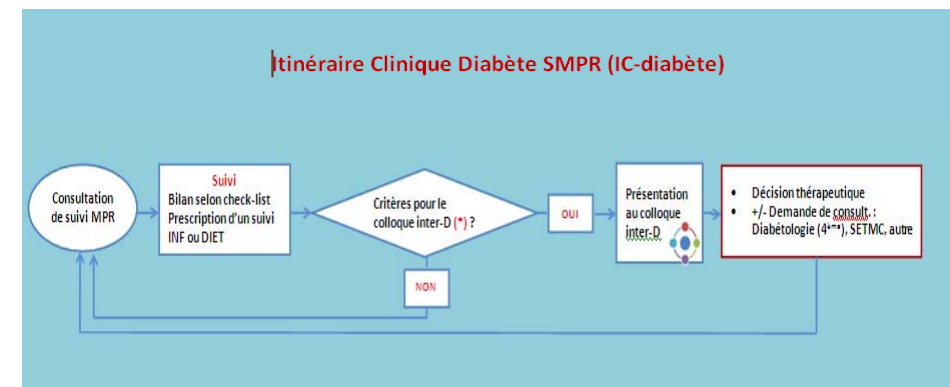


## Points clés du fascicule

- Pourquoi prendre des mesures préventives ?
- Pourquoi l'hypoglycémie au volant est-elle si dangereuse ?
- Quelle peut être la cause de votre hypoglycémie ?
- Quels sont les signes d'une hypoglycémie ?
- **Contrôlez vous toujours avant de prendre le volant !**
- Quelles autres précautions convient-il de prendre ?
- A quoi faut-il faire attention pendant le voyage ?
- **Que devez-vous emporter dans votre voiture ?**



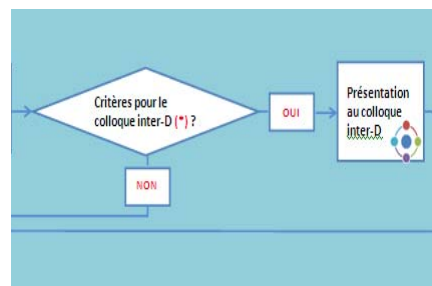
## Prise en charge du diabète de type 2 au cabinet: Itinéraire clinique ambulatoire



Service de médecine de premier recours  
Service d'endocrinologie, diabétologie, hypertension et nutrition  
Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques

## Prise en charge du diabète de type 2 au cabinet: Itinéraire clinique ambulatoire

### Itinéraire Clinique Diabète SMPR (IC-diabète)



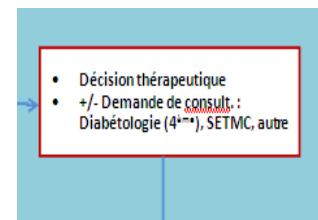
- (\*) 1 critère suffit:
- Glycémie >15 mmol/L et/ou HbA1c >8%
  - ≥2 complications liées au DM
  - Diabète de type 1
  - Besoin d'un avis concerté (p.ex. patient à risque, comorbidités multiples)

Service de médecine de premier recours  
Service d'endocrinologie, diabétologie, hypertension et nutrition  
Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques



## Prise en charge du diabète de type 2 au cabinet: Itinéraire clinique ambulatoire

### Itinéraire Clinique Diabète SMPR (IC-diabète)



Consultation conjointe de diabétologie  
sur dossier (quartiers), et téléphonique  
(Médecine pénitentiaire, UGC, PSM):

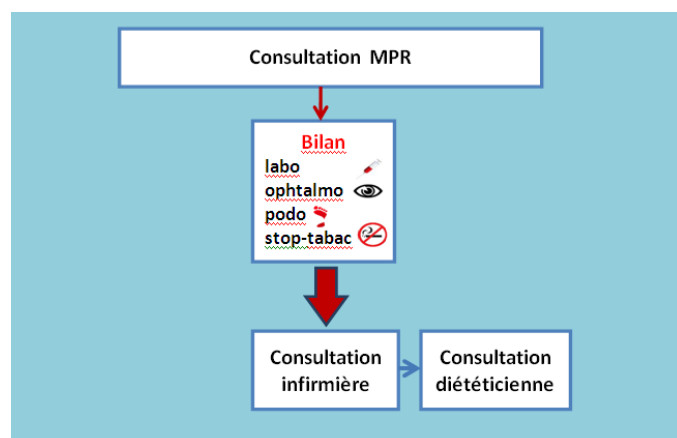
Dr Giacomo Gastaldi, cdc diabétologie  
Lundis: 9h-10h  
Vendredis: 11h-12h

Inscription auprès des hôtesse

Service de médecine de premier recours  
Service d'endocrinologie, diabétologie, hypertension et nutrition  
Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques



## Prise en charge du diabète de type 2 au cabinet



Service de médecine de premier recours  
Service d'endocrinologie, diabétologie, hypertension et nutrition  
Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques



## Résumé de la prise en charge du diabète

