

Protocoles Opérationnels Standardisés Thérapeutiques et Exploratoires

FICHE P.O.S.T.E — DIABÉTOLOGIE — PROTOCOLE THÉRAPEUTIQUE

Réf. POSTE-DIA-DT2 · Version 1.0 — validée le 21/06/2026

DIABÈTE DE TYPE 2 — stratégie thérapeutique

Objet

Structurer la prise en charge du DT2 selon l'objectif triple INDISSOCIABLE — équilibre glycémique personnalisé, contrôle des facteurs de risque CV, protection cardio-rénale — au-delà de la seule HbA1c.

CAT diagnostique

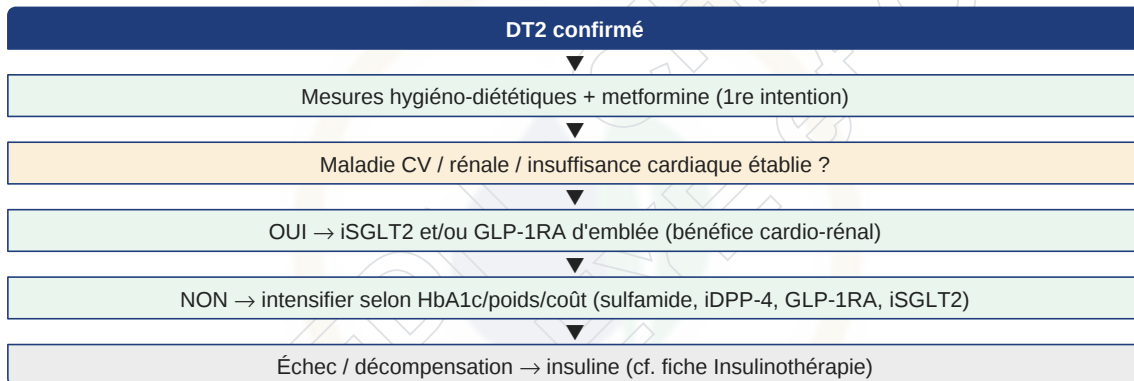
rappel (préalable au traitement)

- Diabète confirmé et typé DT2 (cf. fiches Diagnostic & Type de diabète) ; évaluation du retentissement (bilan annuel des complications).
- **Bilan initial** : HbA1c, bilan lipidique, pression artérielle, fonction rénale (DFGe, ACR), poids/IMC, FRCV, recherche d'atteinte CV/rénale établie.

Objectifs (personnalisés)

- **HbA1c < 7 %** (adulte non fragile) ; cible assouplie (≤ 8 %) chez le sujet âgé/fragile, stricte si grossesse programmée.
- **PA < 130/80 mmHg** ; **LDL** selon le niveau de risque ($< 0,55$ g/L si risque très élevé).
- Sevrage tabagique ; perte de poids ciblée chez le sujet en surpoids.

Algorithme décisionnel



CAT thérapeutique

- **1re ligne** : mesures hygiéno-diététiques (alimentation, activité physique, éducation) + **metformine** (titrée, à adapter au DFGe).
- **Protection cardio-rénale** : **iSGLT2** et/ou **GLP-1RA** en priorité si maladie CV établie, insuffisance cardiaque ou maladie rénale chronique (indépendamment de l'HbA1c).
- **Intensification** selon l'objectif : ajouter sulfamide/glinide, iDPP-4, GLP-1RA ou iSGLT2 (choix guidé par poids, risque d'hypoglycémie, coût, fonction rénale).
- **Insuline** : en cas d'échec des associations, de décompensation (cétose, EHH), de contre-indication aux ADO, ou en relais transitoire (agression, chirurgie).
- **Traitement des FRCV** : statine, contrôle tensionnel (IEC/ARA2), antiagrégant en prévention secondaire.

Surveillance

- HbA1c /3–6 mois ; tolérance et observance ; poids ; PA ; bilan rénal et lipidique ; dépistage des complications (bilan annuel).
- Réévaluer et intensifier sans inertie si l'objectif n'est pas atteint.

Points de vigilance

- Risque d'hypoglycémie (sulfamides, insuline) et de prise de poids → individualiser ; éducation au resucrage.
- Adapter/suspendre la metformine et les iSGLT2 selon le DFGe et les situations aiguës (déshydratation, jour de maladie).

Adaptation à notre contexte (ressources limitées)

- **Metformine + sulfamides** = base accessible et peu coûteuse ; iSGLT2/GLP-1RA selon disponibilité (prioriser si maladie CV/rénale).
- Renforcer les **mesures hygiéno-diététiques** et l'éducation (piliers à coût nul) ; autosurveillance ciblée.
- Insuline humaine + NPH en relais efficace ; structurer le suivi (carnet, consultations programmées) pour limiter l'inertie thérapeutique.