

Protocoles Opérationnels Standardisés Thérapeutiques et Exploratoires

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

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

INSULINOTHÉRAPIE — instauration & schémas

Objet

Standardiser l'instauration et l'adaptation de l'insulinothérapie (DT1, DT2, situations particulières), en reproduisant au mieux la sécrétion physiologique (composante basale + bolus prandiaux).

Rappel — sécrétion physiologique & types d'insuline

- **Basal** : sécrétion continue couvrant le jeûne et l'inter-prandial ; **bolus** : pic prandial (20–30 min, retour à la base en ~2 h).
- **Analogues rapides** (lispro, aspart, glulisine) : au moment du repas. **Insuline humaine rapide (ordinaire)** : 30 min avant le repas — place importante dans nos régions (coût).
- **Basale** : **NPH** (intermédiaire) ; analogues lents (glargine, détémir, dégludec, glargine U300).

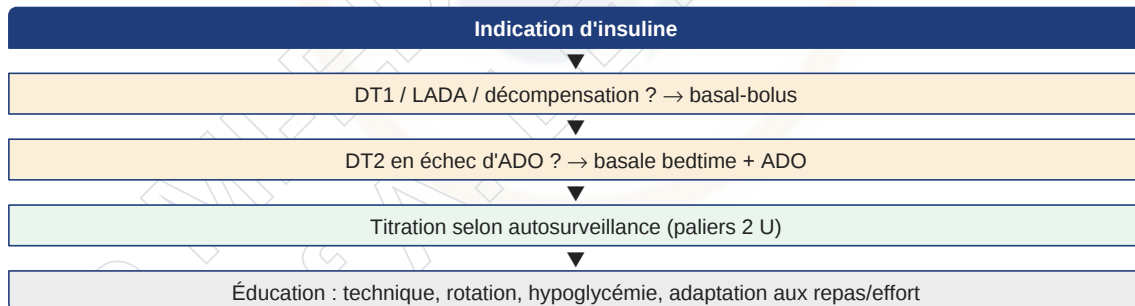
CAT — Indications de l'insuline

- **DT1 et LADA** : d'emblée et à vie.
- **DT2** : décompensation (cétose, EHH), échec des antidiabétiques aux doses maximales, contre-indication aux ADO, grossesse, agression aiguë/chirurgie, IRC évoluée.
- Diabète secondaire insulino-requérant ; diabète gestationnel non contrôlé par les mesures diététiques.

CAT thérapeutique — Schémas & instauration

- **DT1 — schéma basal-bolus** : 1 basale (lente) + 3 bolus (rapide aux repas). Dose totale initiale ≈ **0,5 U/kg/j** (≈ 40–50 % en basal, le reste réparti aux repas), à titrer.
- **DT2 — instauration** : **insuline basale (bedtime)** ≈ **0,1–0,2 U/kg/j** en complément des ADO ; titration sur la GAJ ; intensifier vers basal-bolus ou prémélangée si HbA1c non atteinte.
- **Schéma prémélangé** (2 injections) : option simple chez le DT2 peu autonome.
- **Titration** : ajuster tous les 2–3 jours selon l'autosurveillance (GAJ et glycémies pré-prandiales), par paliers de 2 U ; objectifs individualisés.
- **Technique** : injection SC (abdomen, cuisses, bras), **rotation des sites** (prévention des lipodystrophies), conservation (insuline en cours à T° ambiante < 1 mois, stock au réfrigérateur).

Algorithme décisionnel



Surveillance

- Autosurveillance glycémique (carnet) ; HbA1c /3 mois ; poids ; sites d'injection (lipodystrophies).
- Dépistage et prévention des **hypoglycémies** (cf. fiche dédiée) ; adaptation aux situations (effort, jeûne, maladie).

Situations particulières

- **IRC** : besoins réduits, risque accru d'hypoglycémie → titration prudente.
- **Grossesse** : objectifs stricts, schéma basal-bolus, insulines autorisées ; besoins évolutifs.
- **Ramadan / jeûne** : adaptation des doses et des horaires, éducation renforcée.

Points de vigilance

- Ne jamais arrêter l'insuline chez un DT1 (risque d'acidocétose), même à jeun.
- Prévenir l'inertie thérapeutique (intensifier si objectif non atteint) et la prise de poids/hypoglycémies (sur-titration).

Adaptation à notre contexte (ressources limitées)

- **Insuline humaine ordinaire + NPH** restent des schémas efficaces et abordables là où les analogues sont coûteux/indisponibles.
- Maintien de la **chaîne du froid** : conseils de conservation (pot d'eau/argile, à l'abri de la chaleur) ; approvisionnement régulier.
- Éducation +++ (technique d'injection, resucrage, autosurveillance) pour le patient peu autonome ; impliquer l'entourage.