



Patient Diabétique et parcours thérapeutique

Anne-Laure CLAIRET – AHU – CHRU Besançon

Philippe FAGNONI – MCU-PH – CHRU Dijon

Et si nous commençons par un diabète de type 1

CAS CLINIQUE N°1

Cas n°1

- Catherine, 43 ans
 - ✓ Fumeuse
 - ✓ Mange au restaurant 4 fois par semaine (commercial)
 - ✓ Diagnostic DT1 âge = 29 ans
- Actuellement traitée par insuline
 - ✓ Schéma BASAL - BOLUS

Retour en arrière

- Peu avant la découverte de son DT1
 - ✓ Fatigue
 - ✓ A souvent soif
 - ✓ Perte de poids
- Quels sont les signes cliniques qui évoquent un DT1 ?

Signes cliniques DT1

- Polyurie
- Polydipsie
- Fatigue
- Sensation de faim constante
- Altération de la vision
- Perte de poids
- Perte de l'ouïe

Signes cliniques DT1

- Polyurie
- Polydipsie
- Fatigue
- Sensation de faim constante
- Altération de la vision
- Perte de poids
- Perte de l'ouïe

Glycémie à jeun

- Une glycémie à jeun est réalisée : 1.8 g/L (9.8 mmol/L)
 - ✓ Qu'en pensez-vous ?
 - ✓ La glycémie à jeun est elle suffisante pour poser le diagnostic ?

Epidémiologie

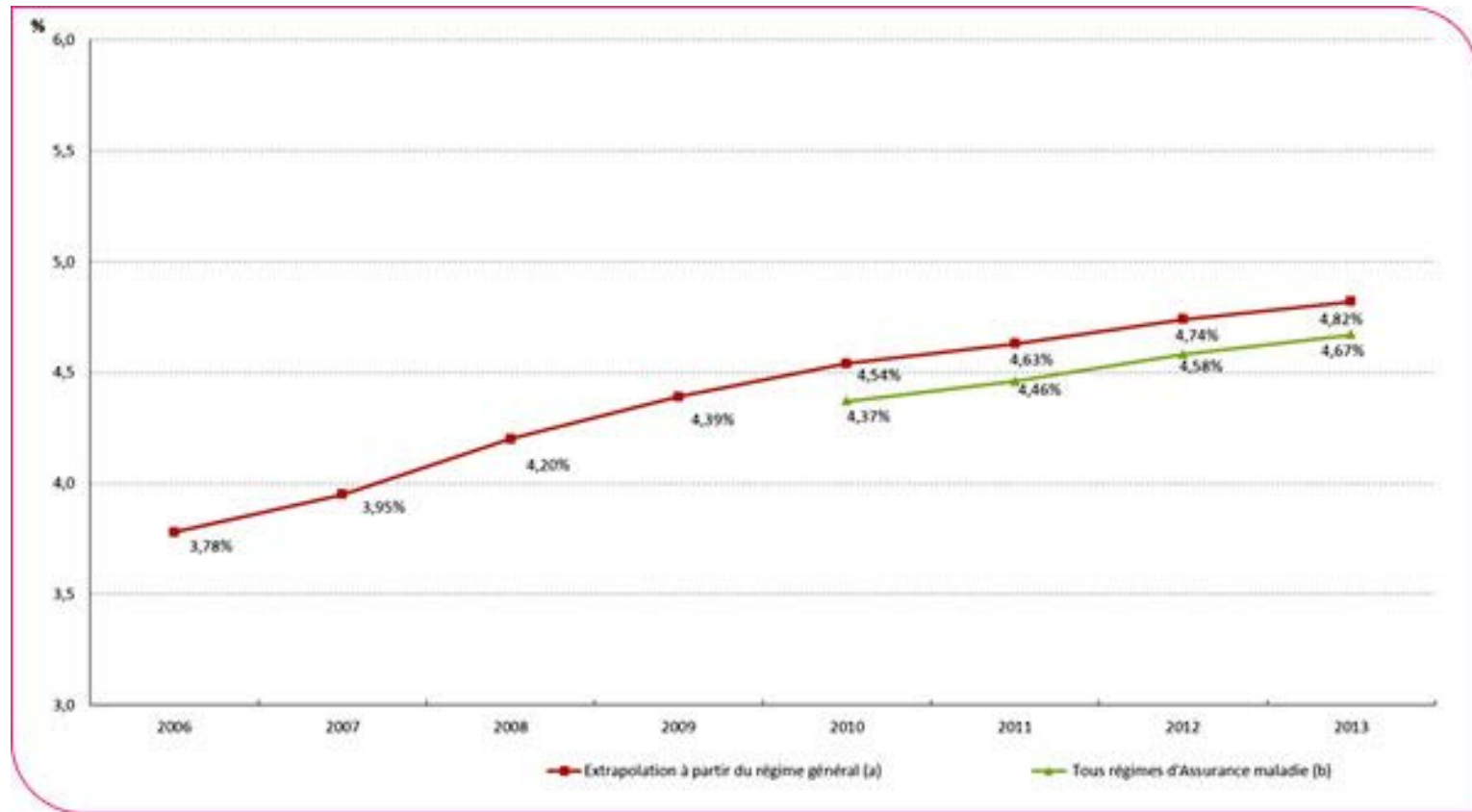
- Quel est selon vous la prévalence du diabète en France ?
 - ✓ Environ 1 million
 - ✓ Environ 2 millions
 - ✓ Environ 3 millions
 - ✓ Environ 4 millions
 - ✓ Environ 5 millions



Epidémiologie

- Quel est selon vous la prévalence du diabète en France ?
 - ✓ Environ 1 million
 - ✓ Environ 2 millions
 - ✓ **Environ 3 millions**
 - ✓ Environ 4 millions
 - ✓ Environ 5 millions

Epidémiologie française



Epidémiologie

- Quel est le pourcentage de patients diabétiques de type I (vs DT2) ?
 - ✓ 5%
 - ✓ 10%
 - ✓ 15%
 - ✓ 20%
 - ✓ 25%

Epidémiologie

- Quel est le pourcentage de patients diabétiques de type I (vs DT2) ?

✓ 5%

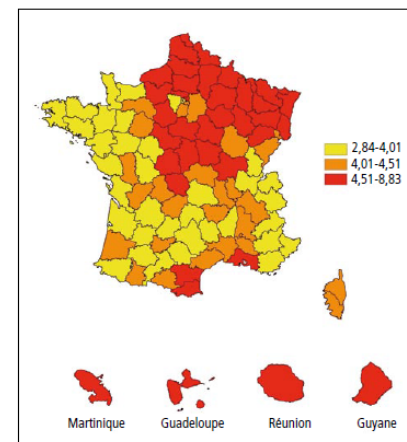
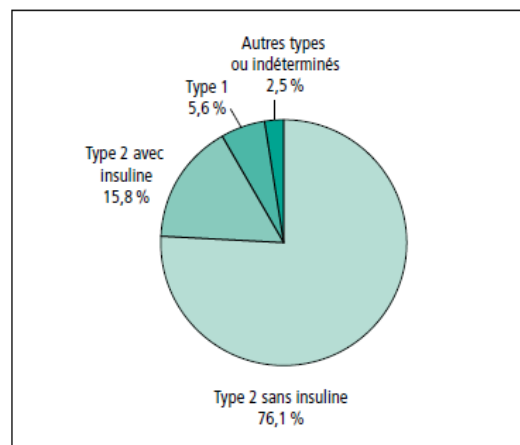
✓ 10%

✓ 15%

✓ 20%

✓ 25%

5,6 % selon estimation de l'étude
Entred 2007 - 2010



Epidémiologie

- Incidence

- ✓ **289 pour 100 000 habitants en 2006**

- ✓ $\text{♂} > \text{♀}$

- 154 vs 121/100 000

- ✓  incidence a/ âge jusqu'à 64-75 ans puis



Epidémiologie mondiale

- 2014 : 442 millions d'adultes
 - ✓ versus 108 millions en 1980
- 4,7%
 - ✓ vs 8,5%

14 ans après, Catherine revient en consultation :

- Actuellement traité par Lantus® 16UI le soir, Humalog® 9 UI matin et soir et Humalog mix 50® 20 UI le midi
 - ✓ Elle présente de nombreuses hypoglycémies
 - Non ressenties dans la journée (<0,5 g/L ASG), surtout en fin d'après midi
 - Qui la réveillent la nuit
 - ✓ Les glycémies (ASG) varient beaucoup dans la journée
 - 0,4 à 3,20 g/L
 - ✓ Hémoglobine glyquée = 6,15%

Catherine

- Quelle est la valeur d'hémoglobine glyquée attendue chez cette patiente ?

✓ < 5%

✓ < 6%

✓ < 6,5%

✓ < 7%

✓ < 7,5%

Mme X

- Quelle est la valeur d'hémoglobine glyquée attendue chez cette patiente ?

✓ < 5%

✓ < 6%

✓ < 6,5%

✓ < **7%**

✓ < 7,5%

Objectifs glycémique idéaux

Le matin à jeun	1-1,20 g/L
Avant les repas	0,8-1,2 g/L
2 heures après les repas	1,2-1,8 g/L
Au coucher	≈ 1,2 g/L
À 3 heures du matin	> 0,8 g/L
Hypoglycémies modérées	0 – 5/semaine
Hypoglycémies sévères	0 /semaine
ASG 3 – 6/j	
Nb injections	3 – 5/j ou pompe

Mme X

- Est-ce que la stratégie thérapeutique vous semble adaptée ?

Mme X

- Est-ce que la stratégie thérapeutique vous semble adaptée ?
- BILAN:
 - ✓ Insulinothérapie basale avec Lantus : **OK**
 - ✓ Hypoglycémies fin d'après-midi : **Humalog Mix® ?**
 - ✓ Dose fixe Humalog® : **Apprentissage dose correction**

Dose correction insuline rapide

- Prescription dose de référence insuline rapide

- ✓ Fonction ASG ajout dose de correction

- + 0 UI si glycémie 0,8 – 1,3 g/L
 - + 1 UI si glycémie 1,3 – 1,8 g/L
 - + 2 UI si glycémie 1,8 – 2,3 g/L
 - + 3 UI si glycémie 2,3 – 2,8 g/L
 - + 4 UI si glycémie > 2,8 g/L
 - - 1 UI si glycémie < 0,8 g/L

Gauchère ?

- Lors de la prescription d'insuline et de l'ETP, est il important de savoir que Mme X est gauchère ?

✓ Oui

✓ Non

Gauchère ?

- Lors de la prescription d'insuline et de l'ETP, est il important de savoir que Mme X est gauchère ?

✓ Oui

✓ Non

Randonnée ?

- Mme X est une passionnée de randonnée en haute montagne
 - ✓ Son mari et elle ont décidé de réaliser l'ascension d'un sommet voir de partir en Treck au Népal
- Qu'en pensez-vous ?

Randonnée

- Pas d'adaptation ni des glucides ni des doses d'insuline
- Adaptation des glucides, pas d'adaptation des doses d'insuline
- Adaptation des doses d'insuline, pas d'adaptation des doses de glucides
- Adaptation des doses d'insuline ET de glucides

Randonnée

- Pas d'adaptation ni des glucides ni des doses d'insuline
- Adaptation des glucides, pas d'adaptation des doses d'insuline
- Adaptation des doses d'insuline, pas d'adaptation des doses de glucides
- **Adaptation des doses d'insuline ET de glucides**

Problèmes posés par la Haute Montagne

- Adaptation des doses d'insuline et des apports en glucides
- Conservation de l'insuline
- Performances des lecteurs de glycémie
- Mal aigu des montagnes
- Hygiène

Insuline / Glucides

Intensité effort	Durée effort		
	0 – 20 min	20 – 60 min	> 60min
< 60% FMT	I : Ø modification G : Ø modification	I : Ø modification G : 15 g	IB : D 10-20% IPP : D 10-50% G : 30 g + 15g/h
60 – 75% FMT	I : Ø modification G : 15 g	IB : D 10-20% IPP : D 10-50% G : 30 g	IB et IPP : D 10%/h activité G : 30 g + 25g/h
> 75% FMT	I : Ø modification G : 30g	IB : D 10-20% IPP : D 10-50% G : 75 g	IB et IPP : D 10%/h activité G : 150 g

Insuline / Glucides

- Hydrates de carbone lents
 - ✓ Pain ou biscuits
 - ✓ Barres de céréales
 - ✓ Fruits ou fruits secs
- Hydrates de carbone rapides
 - ✓ Gel de glucose
 - ✓ Pâte de fruits
- Préparer des collations avec un compte connu en glucides 15g – 30g...

Insuline / Glucides

- Conservation de l'insuline

- ✓ Eviter à tout prix le gel ++++

- ✓ Au froid :

- Agrégats

- Diminution efficacité

- ✓ Conserver l'insuline sur soi contre la peau

- ✓ Attention aux pompes à insuline !

- ✓ Toujours prendre des réserves

- 2 à 3 jours de + si mauvais temps

Lecteurs glycémie

- 2 problèmes

- ✓ Froid

- diminue l'efficacité des batteries
 - Vasoconstriction périphérique : goutte de sang impossible ?

- ✓ Diminution de la pression partielle O_2

- réaction chimique des bandelettes dépend de la pression en O_2

Lecteurs glycémie

- 2 problèmes

Glycémie sous-estimée

- ✓ Froid

- Maintenir appareil / bandelettes au chaud : les sortir au dernier moment
 - impossible ?

- ✓ Diminution de la pression partielle O_2

- réaction chimique des bandelettes dépend de la pression en O_2

Histoire d'un diabète de type 2

CAS CLINIQUE N°2

Le contrôle et le grand âge...



Liliane 80 ans est hospitalisée pour diabète non contrôlé HbA1c 8,6 %

- DT2 depuis 15 ans
- HTA
- Dyslipidémie
- Valve aortique mécanique
- Carotide très athéromateuse
- Rétinopathie lasérisée
- 4^{ème} orteil pied droit détruit

Le contrôle et le grand âge...

Traitement à l'admission

■ Metformine cp 1000 mg	1-1-1
■ LANTUS [®] solostar sc	24 Unités matin
■ NOVORAPID [®] flexpen sc	4 Unités si glycémie > 2g/L
■ Giclazide cp LM 60 mg	1-0-1
■ Trimétazidine cp LM 35 mg	1-0-1
■ Oméprazole gel 20 mg	0-0-1

Quelles données du dossier médical souhaiteriez-vous au minimum connaître pour valider la prescription ?

- Chiffres tensionnels
- Bilan hépatique
- Créatininémie
- Clairance de la créatinine
- Glycémie
- Bilan lipidique

Quelles données du dossier médical
souhaiteriez-vous au minimum connaître
pour valider la prescription ?

- **Chiffres tensionnels = 150 / 90 mm Hg**
- Bilan hépatique
- Créatininémie
- **Clairance de la créatinine = 79 mL/min**
- Glycémie
- **Bilan lipidique = Non retrouvé**

Quels sont les objectifs glycémiques chez cette patiente ?

- HbA1c < 7 %
- HbA1c < 8 %
- HbA1c < 9 %
- Glycémie à jeun < 1,26 g/L
- Glycémie à jeun < 2 g/L

Quels sont les objectifs glycémiques chez cette patiente ?

- HbA1c < 7 %
- **HbA1c < 8 %**
- HbA1c < 9 %
- Glycémie à jeun < 1,26 g/L
- **Glycémie à jeun < 2 g/L**

Objectifs du taux d'hémoglobine glyquée selon le profil du patient

HAS 2013

Le dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) doit être réalisé 4 fois par an.

Cas général

≤ 7 %

pour la plupart des patients avec diabète de type 2 (DT2).

≤ 6,5 %

pour les DT2 nouvellement diagnostiqués, avec espérance de vie > 15 ans et sans antécédent cardio-vasculaire.

≤ 8 %

pour les DT2 :
• avec comorbidité grave et/ou espérance de vie < 5 ans ;
• ou avec complications macrovasculaires évoluées ;
• ou avec longue durée d'évolution du diabète (> 10 ans) et pour lesquels la cible de 7 % est difficile à atteindre.

Personnes âgées

≤ 7 %

si espérance de vie jugée satisfaisante.

≤ 8 %

si état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des malades.

< 9 %

(et/ou glycémies capillaires préprandiales entre 1 et 2 g/l) si dépendantes, mauvais état de santé car polyopathie chronique évoluée génératrice de handicaps et d'isolement social.

Patients avec antécédents (ATCD) cardiovasculaires

≤ 7 %

pour les patients avec ATCD de complication macrovasculaire considérée comme non évoluée.

≤ 8 %

pour les patients avec ATCD de complication macrovasculaire considérée comme évoluée.

Absorption digestive



Signal

Pancréas

Glucose

Insuline

Foie

Adipocytes

Le diabète de type 2 est une affection métabolique caractérisée par une hyperglycémie chronique liée à une déficience soit de l'action de l'insuline (insulinorésistance) soit de la sécrétion d'insuline (insulinopénie), soit des deux.

Patients avec insuffisance rénale chronique (IRC)

≤ 7 %

si IRC modérée.

≤ 8 %

si IRC sévère ou terminale.

Patientes enceintes ou envisageant de l'être

< 6,5 %

avant d'envisager la grossesse.

< 6,5 %

(et glycémies < 0,95 g/l à jeun et < 1,20 g/l en postprandial à 2h) durant la grossesse.

Quels sont les objectifs tensionnels chez cette patiente ?

- <150 / 90 mm Hg
- <140 / 90 mm Hg
- <130 / 80 mm Hg
- <120 / 70 mm Hg

Quels sont les objectifs tensionnels chez cette patiente ?

- <150 / 90 mm Hg
- <140 / 90 mm Hg
- <130 / 80 mm Hg
- <120 / 70 mm Hg

European Heart Journal Advance Access published June 8, 2016



European Heart Journal
doi:10.1093/eurheartj/ehw06

JOINT ESC GUIDELINES



2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice

The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts)

Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR)

Authors/Task Force Members: Massimo F. Piepoli* (Chairperson) (Italy), Arno W. Hoes* (Co-Chairperson) (The Netherlands), Stefan Agewall (Norway)¹, Christian Albus (Germany)⁹, Carlos Brotons (Spain)¹⁰, Alberico L. Catapano (Italy)³, Marie-Therese Cooney (Ireland)¹, Ugo Corrà (Italy)¹, Bernard Cosyns (Belgium)¹, Christi Deaton (UK)¹, Ian Graham (Ireland)¹, Michael Stephen Hall (UK)⁷, F. D. Richard Hobbs (UK)¹⁰, Maja-Lisa Lechen (Norway)¹, Herbert Løllgen (Germany)⁸, Pedro Marques-Vidal (Switzerland)¹, Joep Perk (Sweden)¹, Eva Prescott (Denmark)¹, Josep Redon (Spain)⁵, Dimitrios J. Richter (Greece)¹, Naveed Sattar (UK)², Yvo Smulders (The Netherlands)¹, Monica Tiberi (Italy)¹, H. Bart van der Worp (The Netherlands)⁴, Ineke van Dis (The Netherlands)⁴, W. M. Monique Verschuren (The Netherlands)¹

Additional Contributor: Simone Billo (Italy)

* Corresponding authors: Massimo F. Piepoli, Heart Failure Unit, Cardiology Department, Policlinico Hospital G. Di Salvatore, Cantone Dei Crates, 20121 Piacenza, Emilia Romagna, Italy; Tel: +39 0523 30 32 17; Fax: +39 0523 30 32 26; Email: mpiepoli@piemonte.it, mpiepoli@piemonte.it

Arno W. Hoes, Jansen Center for Health Services and Primary Care, University Medical Center Utrecht, PO Box 85500 (HP Str. 6131), 3508 GA Utrecht, The Netherlands; Tel: +31 87 756 8193; Fax: +31 87 756 8099; Email: w.k.van.der.worp@umc-utrecht.nl

ESC Committee for Practice Guidelines (CPG) and National Cardiac Societies document reviewers listed in the Appendix.

ESC entities having participated in the development of this document:

Associations: European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR), European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI), European Association of Percutaneous Cardiovascular Intervention (EAPCI), Heart Failure Association (HFA).

Councils: Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions, Council for Cardiology Practice, Council on Cardiovascular Primary Care.

Working Groups: Cardiovascular Pharmacotherapy.

The content of these European Society of Cardiology (ESC) Guidelines has been published for personal and educational use only. No commercial use is authorized. No part of the ESC Guidelines may be translated or reproduced in any form without written permission from the ESC. Permission can be obtained upon submission of a written request to Oxford University Press, the publisher of the European Heart Journal and the party authorized to handle such permissions on behalf of the ESC.

Disclaimer: The ESC Guidelines represent the views of the ESC and were produced after careful consideration of the scientific and medical knowledge of the evidence available at the time of their publication. The ESC is not responsible in the event of any contradiction, discrepancy and/or ambiguity between the ESC Guidelines and any other official recommendations or guidelines issued by the relevant public health authorities, in particular in relation to good use of healthcare or the specific strategies. Health professionals are encouraged to take the ESC Guidelines fully into account when exercising their clinical judgment, as well as in the determination and the implementation of preventive, diagnostic or therapeutic medical strategies; however, the ESC Guidelines do not override, in any way whatsoever, the individual responsibility of health professionals to make appropriate and accurate decisions in consideration of each patient's health condition and in consultation with that patient and, where appropriate and/or necessary, the patient's caregiver. Nor do the ESC Guidelines exempt health professionals from taking into full and careful consideration the relevant official national recommendations or guidelines issued by the competent public health authorities, in order to manage each patient's case in light of the scientifically accepted data pursuant to their respective ethical and professional obligations. It is also the health professionals' responsibility to verify the applicable rules and regulations relating to drugs and medical devices at the time of prescription.

© The European Society of Cardiology 2016. All rights reserved. For permissions please email: permissions@escapress.com

Le contrôle et le grand âge...

Traitement à l'admission

■ Metformine cp 1000 mg	Diabète	1-1-1
■ LANTUS [®] solostar sc		24 Unités matin
■ NOVORAPID [®] flexpen sc		4 Unités si glycémie > 2g/L
■ Giclazide cp LM 60 mg	RCV	1-0-1
■ Trimétazidine cp LM 35 mg		1-0-1
■ Oméprazole gel 20 mg		0-0-1

Validez-vous cette prescription ?

- Oui
- Oui, sans modification après contact et accord téléphonique du prescripteur
- Non, mais je contacte le prescripteur et...

Validez-vous cette prescription ?

- Oui
- Oui, sans modification après contact et accord téléphonique du prescripteur
- **Non, mais je contacte le prescripteur et...**



Le contrôle et le grand âge...

Traitement à l'admission

■ Metformine cp 1000 mg	Diabète	1-1-1
■ LANTUS [®] solostar sc		24 Unités matin
■ NOVORAPID [®] flexpen sc		4 Unités si glycémie > 2g/L
■ Giclazide cp LM 60 mg	RCV	1-0-1
■ Trimétazidine cp LM 35 mg		1-0-1
■ Oméprazole gel 20 mg		0-0-1

Le contrôle et le grand âge...

Traitement à la sortie

■ Metformine cp 1000 mg	Diabète	1-1-1
■ LANTUS [®] solostar sc		24 Unités matin
■ NOVORAPID [®] flexpen sc		8-5-3 Unités (adapter selon dextro)
■ Gliclazide cp LM 60 mg		1-0-1
■ Trimétazidine cp LM 35 mg	HTA RCV	1-0-1
■ Amlodipine gel 5 mg		0-0-1
■ Atorvastatine cp 10 mg		0-0-1
■ Clopidogrel cp 75 mg		1-0-0
■ Oméprazole gel 20 mg		0-0-1

Le contrôle et le grand âge...



HHS Public Access

Author manuscript

JAMA Intern Med. Author manuscript; available in PMC 2015 May 11.

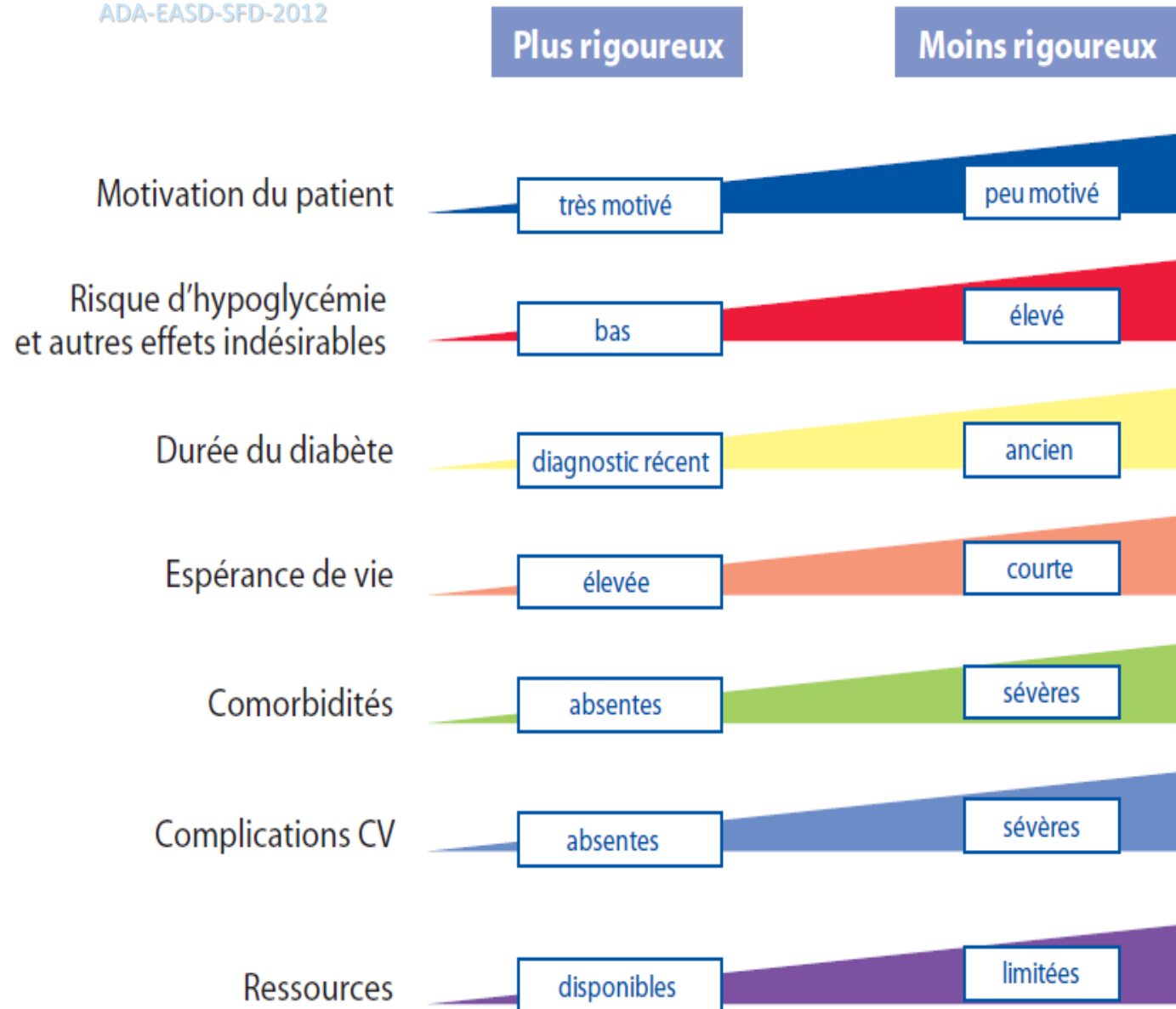
Published in final edited form as:

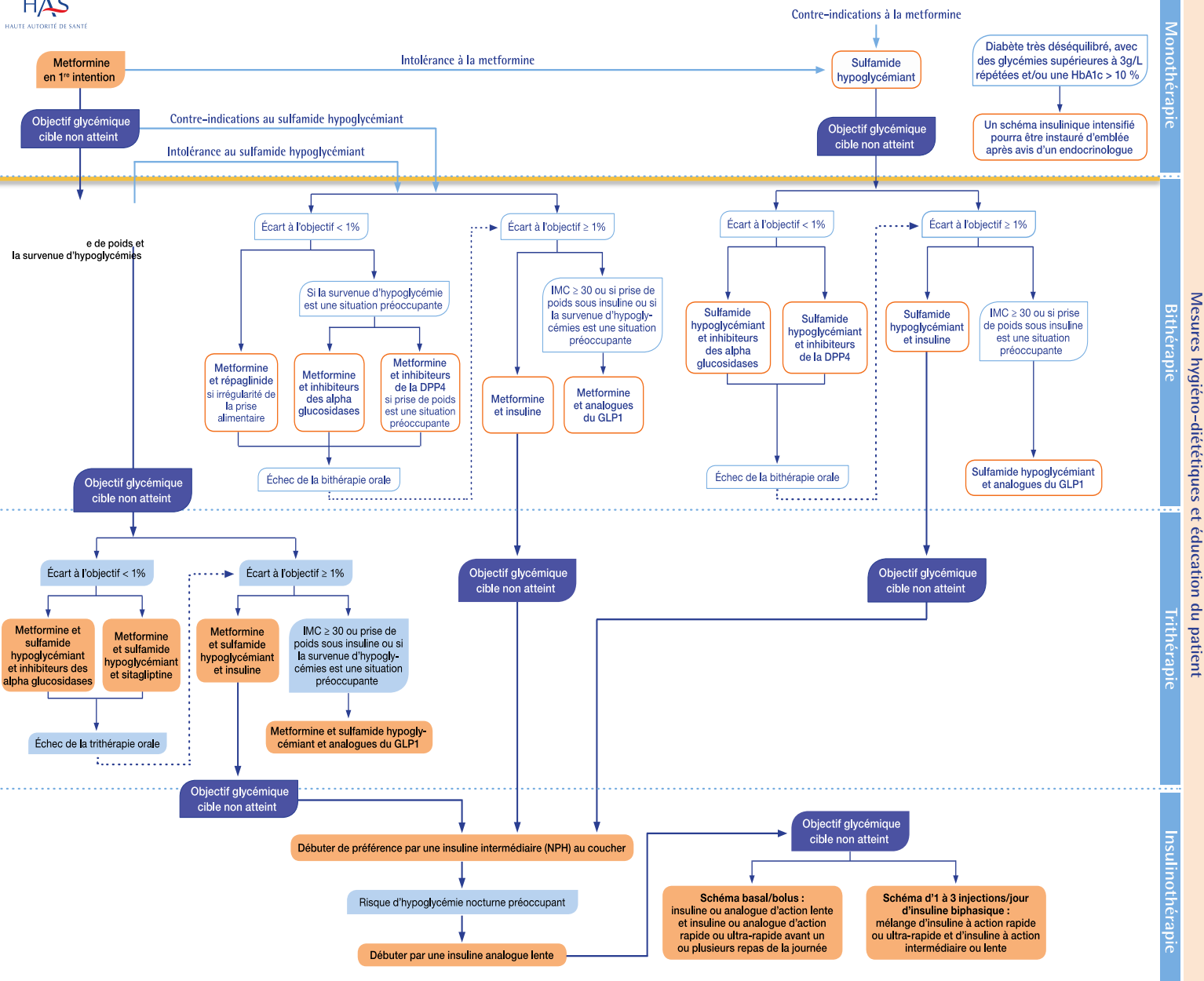
JAMA Intern Med. 2015 March ; 175(3): 356–362. doi:10.1001/jamainternmed.2014.7345.

Potential Overtreatment of Diabetes Mellitus in Older Adults With Tight Glycemic Control

Kasia J. Lipska, MD, MHS, Joseph S. Ross, MD, Yinghui Miao, MPH, Nilay D. Shah, PhD,
Sei J. Lee, MD, MAS, and Michael A. Steinman, MD

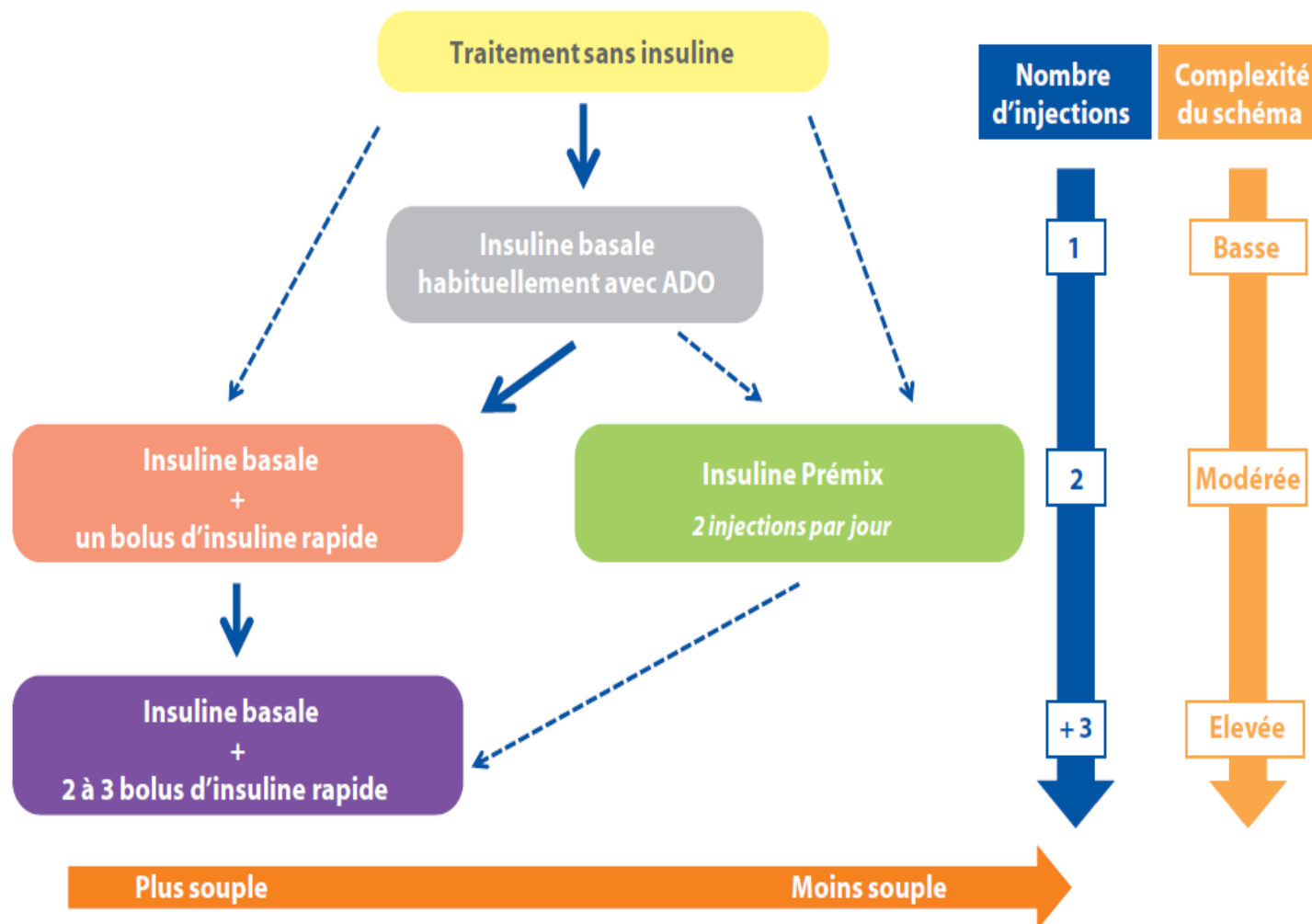
MAIN OUTCOMES AND MEASURES—Tight glycemic control (HbA_{1c} level, <7%) and use of diabetes medications likely to result in hypoglycemia (insulin or sulfonylureas).





Stratégies de l'insulinothérapie

SFD – ADA- EASD 2013





GLYCEMIC CONTROL ALGORITHM



LIFESTYLE THERAPY

(Including Medically Assisted Weight Loss)

Entry A1C < 7.5%

Entry A1C ≥ 7.5%

Entry A1C > 9.0%

MONOTHERAPY*

- ✓ Metformin
- ✓ GLP-1 RA
- ✓ SGLT-2i
- ✓ DPP-4i
- ⚠ TZD
- ✓ AGi
- ⚠ SU/GLN

If not at goal in 3 months
proceed to Dual Therapy

DUAL THERAPY*

MET
or other
1st-line
agent

- ✓ GLP-1 RA
- ✓ SGLT-2i
- ✓ DPP-4i
- ⚠ TZD
- ⚠ Basal Insulin
- ✓ Colesevelam
- ✓ Bromocriptine QR
- ✓ AGi
- ⚠ SU/GLN

If not at goal
in 3 months
proceed to
Triple Therapy

TRIPLE THERAPY*

MET
or other
1st-line
agent +
2nd-line
agent

- ✓ GLP-1 RA
- ✓ SGLT-2i
- ⚠ TZD
- ⚠ Basal insulin
- ✓ DPP-4i
- ✓ Colesevelam
- ✓ Bromocriptine QR
- ✓ AGi
- ⚠ SU/GLN

If not at goal in
3 months proceed
to or intensify
insulin therapy

SYMPTOMS

NO

YES

DUAL
Therapy
OR
TRIPLE
Therapy

INSULIN
±
Other
Agents

ADD OR INTENSIFY INSULIN

Refer to Insulin Algorithm

LEGEND

- ✓ Few adverse events and/or possible benefits
- ⚠ Use with caution

* Order of medications represents a suggested hierarchy of usage; length of line reflects strength of recommendation

PROGRESSION OF DISEASE

Pour finir un diabète gestationnel

CAS CLINIQUE N°3

Cas n°3

- Géraldine 38 ans
 - ✓ enceinte de son 2nd enfant
 - ✓ Terme : 29/12/15
 - ✓ Poids naissance 1^{er} enfant (2012) : 3,49kg

Prévalence

- Quelle est la prévalence du diabète gestationnel en France ?

✓ 2,5%

✓ 5%

✓ 7,5%

✓ 10%

✓ 12,5%



Prévalence

- Quelle est la prévalence du diabète gestationnel en France ?

✓ 2,5%

✓ 5%

✓ 7,5%

✓ 10%

✓ 12,5%



Complications maternofoetales

- Quelles sont les complications attendues ?
 - ✓ Augmentation mortalité intra utérine
 - ✓ HTA / Prééclampsie
 - ✓ Macrosomie
 - ✓ DT2
 - ✓ Augmentation taux césarienne

Risques diabète gestationnel

- Quelles sont les patientes qui doivent avoir un dépistage du diabète gestationnel ?
 - ✓ Dépistage systématique
 - ✓ Dépistage si facteurs de risque

Risques diabète gestationnel

- Quelles sont les patientes qui doivent avoir un dépistage du diabète gestationnel ?
 - ✓ Dépistage systématique
 - ✓ **Dépistage si facteurs de risque (au moins 1)**
 - Âge ≥ 35 ans
 - IMC ≥ 25 kg/m²
 - ATCD diabète chez apparentés au 1^{er} degré
 - ATCD personnels DG ou enfant macrosome

Dépistage

- Quels examens doit-on réaliser ?
 - ✓ Glycémie à jeun
 - ✓ Glycémie post prandiale
 - ✓ Hyperglycémie provoquée par voie orale
- ✓ **Recommandations entre 24 et 28 SA**

Dépistage

- Quels examens doit-on réaliser ?
 - ✓ Glycémie à jeun
 - ✓ Glycémie post prandiale
 - ✓ Hyperglycémie provoquée par voie orale
- ✓ Recommandations entre 24 et 28 SA

Géraldine

- Diabète gestationnel découvert à 8SA revient en consultation à 18SA
 - ✓ Glycémie à jeun 1,12 g/L
 - ✓ Doit on traiter pharmacologiquement Géraldine ?
 - Oui
 - Non

Géraldine

- Diabète gestationnel découvert à 8SA revient en consultation à 18SA
 - ✓ Glycémie à jeun 1,12 g/L
 - ✓ Doit on traiter pharmacologiquement Géraldine ?
 - Oui
 - **Non**

MHD

Fractionnement des repas

Lecteurs de glycémie

- Tous les lecteurs de glycémie sont utilisables chez la femme enceinte ?
 - ✓ Vrai
 - ✓ Faux



Lecteurs de glycémie

- Tous les lecteurs de glycémie sont utilisables chez la femme enceinte ?

✓ Vrai

✓ Faux

Utilisation chez la femme enceinte :
Fiabilité chiffres glycémie si **Hte > 45%**

A 24 SA

- Glycémies post prandiales > objectifs
 - ✓ Sans explications diététiques
 - ✓ Doit on mettre en place un traitement pharmacologique ?
 - Oui
 - Non

A 24 SA

- Glycémies post prandiales > objectifs
 - ✓ Sans explications diététiques
 - ✓ Doit on mettre en place un traitement pharmacologique ?
 - Oui
 - Non

Insuline rapide : aux repas midi et soir