

## Bilan initial du diabète

**Personnes à qui s'appliquent les recommandations** : adultes ayant un diabète de tout type, nouvellement diagnostiqué et/ou nouvellement pris en charge

**Personnes à qui sont destinées les recommandations** : professionnel-le-s de la santé concerné-e-s par les soins aux personnes diabétiques.

### Introduction, justificatifs

Il est important d'effectuer un bilan médical détaillé au début de la prise en charge de toute personne diabétique. Cette recommandation définit l'ensemble des éléments qui devraient être inclus dans un tel bilan.

### L'essentiel

**Anamnèse médicale et familiale** avec attention particulière pour :

- Typologie du diabète.
- Traitement antidiabétique et autres traitements.
- Symptômes d'hyperglycémie et d'hypoglycémie.
- Complications du diabète (cardiovasculaires, rénales, neurologiques, podologiques, oculaires) et comorbidités.
- Facteurs de risques cardiovasculaires.
- Hospitalisations.
- Antécédents familiaux.

**Evaluation du mode de vie, contexte psychosocial et compétences en autogestion**

- Habitudes alimentaires (y c. alcool), activité physique, tabagisme.
- Contexte socio-économique, troubles psychologiques et cognitifs, acceptation de la vie avec le diagnostic de diabète, ressources à disposition (par ex. entourage).
- Compétences en autogestion.

**Examen clinique** avec attention particulière pour :

- Mesure statur pondérale (taille, poids, IMC) ; tension artérielle ; examen des pieds (inspection, palpation pouls pédieux et tibiaux postérieurs, ABI, sensibilité) ; examen cutané ; examen vasculaire (pouls périphériques).

**Examens de laboratoire et complémentaires**

- HbA1c.
  - Glycémie veineuse à jeun.
  - Profil lipidique.
  - Fonction rénale (rapport albumine/créatinine (ACR) sur spot urinaire, créatinine plasmatique avec calcul du taux de filtration glomérulaire (eGFR)).
- Selon la clinique et l'appréciation des risques :
- Tests hépatiques, T.S.H., vitamine B12 si metformine, anticorps si suspicion de diabète de type 1, ECG.

**Autres éléments de suivi à instaurer**

- Autosurveillance de la glycémie.
- Éducation thérapeutique à l'autogestion.
- Examen par un-e ophtalmologue.
- Bilan par un-e diététicien-ne.
- Evaluation et soutien par un-e professionnel-le en Activités Physiques Adaptées (APA).
- Suivi dentaire régulier.
- Si nécessaire, suivi psychologique.
- Si tabagisme, soutien à l'arrêt du tabac.
- Si femme en âge de procréer : implications du diabète, contraception, planification de grossesse.
- Vaccination (grippe, COVID-19, PPV 23).

**Plan de traitement et objectif glycémique**

Le bilan initial conditionne la mise en place d'un plan de traitement (voir RPC « [Antidiabétiques oraux et injectables](#) ») avec un objectif glycémique personnalisé (voir RPC « [Suivi clinique et paraclinique](#) »), à déterminer selon l'âge, les antécédents cardiovasculaires, l'insuffisance rénale, et l'espérance de vie ET selon les préférences de la personne diabétique.

<p><b>Anamnèse médicale et familiale</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Typologie du diabète</b> (y compris âge et symptômes au diagnostic).</li> <li>• <b>Traitements antidiabétiques</b> (y compris adhésion, effets secondaires).</li> <li>• <b>Autres traitements habituels</b> : attention aux stéroïdes, neuroleptiques atypiques, automédication y c. médecines complémentaires.</li> <li>• <b>Antécédents de complications</b> liées au diabète :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Antécédents d'<b>hyperglycémie</b> : polyurie, polydipsie, polyphagie, perte de poids, nycturie, malaise/fatigue, vision trouble.</li> <li>○ Antécédents d'<b>hypoglycémie et d'acidocétose</b>.</li> <li>○ <b>Complications</b> cardiaques, cérébro-vasculaires, vasculaires périphériques, rénales, neurologiques (hypoesthésie, douleur, dysfonction sexuelle, hypotension orthostatique), podologiques, oculaires, génito-urinaires, infectieuses (surtout cutanées et urinaires).</li> </ul> </li> <li>• <b>Facteurs de risque cardiovasculaire</b> : tabagisme, hypertension artérielle, obésité, dyslipidémie, sédentarité.</li> <li>• <b>Hospitalisations liées au diabète</b>.</li> <li>• <b>Antécédents familiaux</b> de diabète ou maladie auto-immune.</li> </ul>
<p><b>Evaluation du mode de vie, contexte psychosocial et compétences en autogestion</b></p>
<p><b>Mode de vie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitudes alimentaires.</li> <li>• Activité physique et sommeil.</li> <li>• Tabagisme, consommation d'alcool et autres substances.</li> </ul> <p><b>Contexte psycho-social</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contexte socio-économique.</li> <li>• Troubles psychologiques, notamment troubles dépressifs ou troubles du comportement alimentaire.</li> <li>• Troubles cognitifs.</li> <li>• Appropriation du diagnostic de diabète et acceptation de la vie avec la maladie par la personne et ses proches aidants.</li> <li>• Ressources à disposition (par ex. entourage).</li> </ul> <p><b>Compétences en autogestion</b> (voir RPC « <a href="#">Education thérapeutique à l'autogestion</a> »)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto-surveillance glycémique, capacité à gérer le diabète.</li> </ul>
<p><b>Examen clinique</b></p>
<p>Il est recommandé d'effectuer les examens suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mesures statur pondérales</b> : taille, poids, calcul de l'indice de masse corporelle (IMC). Obésité abdominale (tour de taille).</li> <li>• <b>Mesure de la tension artérielle</b> : aux deux bras. En cas de TA élevée, remesurer quelques jours plus tard.</li> <li>• <b>Examen des pieds</b> : pieds nus, sans chaussures ni chaussettes ; inspection (y c. recherche de mycoses, inspection des chaussures), palpation des pouls pédiens et tibiaux postérieurs, index de pressions cheville-bras, évaluation de la sensibilité avec diapason gradué et/ou monofilament (cf. RPC « <a href="#">Pied diabétique</a> »)</li> <li>• <b>Examen cutané</b> : examen de la peau, en particulier sites d'injection, recherche de lipodystrophie, recherche d'acanthosis nigricans.</li> <li>• <b>Examen vasculaire</b> : palpation des pouls périphériques.</li> </ul>
<p><b>Examens de laboratoire et complémentaires</b></p>
<p>Il est recommandé d'effectuer les examens suivants, ou d'avoir à disposition un résultat récent (&lt;3 mois) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hémoglobine glyquée</b> (HbA1c)</li> <li>• <b>Glycémie veineuse à jeun</b> = aucun apport calorique depuis au moins 8 heures.</li> <li>• <b>Profil lipidique</b> : cholestérol total, cholestérol-HDL, cholestérol-LDL, triglycérides.</li> <li>• <b>Fonction rénale</b> : Recherche de néphropathie dès le moment du diagnostic pour les personnes diabétiques de type 1 et 2. Rapport albumine/créatinine (ACR) sur un spot urinaire <i>ET</i> créatinine plasmatique et estimation du taux de filtration glomérulaire (eGFR) par la formule CKD de préférence. Si valeurs anormales ou limites : voir RPC « <a href="#">Néphropathie diabétique</a> ».</li> <li>• <b>Autres examens</b> à considérer selon la clinique et l'appréciation des risques : ECG, tests hépatiques, TSH, vitamine B12 si prise de metformine, potassium si prise d'inhibiteurs ACE.</li> <li>• <b>Recherche d'anticorps</b> : anti-GAD, anti-IA2, et anti-ZnT8 en cas de suspicion de diabète de type 1.</li> </ul>

### Autres éléments de suivi à instaurer

- L'**auto-surveillance de la glycémie** (ASG) par lecteur de glycémie capillaire ou appareil de mesure en continu (CGM ou système flash) devrait être proposée à toute personne diabétique dans la mesure de ses capacités (avec une éducation adéquate), particulièrement en cas d'insulinothérapie, de traitement hypoglycémiant oral, d'évaluation des changements thérapeutiques, ou d'activité à risque (p. ex. la conduite automobile) (voir RPC « [Autosurveillance de la glycémie](#) »).
- Proposer une **éducation thérapeutique** organisée (infirmier·ère spécialisé·e et/ou autres professionnel·le·s formé·e·s), qui vise à aider les personnes diabétiques (et leurs proches) à comprendre leur maladie et les traitements et à améliorer leur situation de santé et leur qualité de vie, en encourageant une prise de décision partagée sur la base de ce qui est important pour les personnes en termes de risques encourus, de changement de mode de vie (alimentation équilibrée, perte de poids, activité physique régulière), et éventuellement de traitements et soins (voir RPC « [Education thérapeutique à l'autogestion](#) »).
- Adresser la ou le patient à un·e **ophtalmologue** pour un fond d'œil : dès le moment du diagnostic d'un diabète de type 2, dans les 5 ans suivant un diagnostic de diabète de type 1 (voir RPC « [Rétinopathie diabétique](#) »).
- Proposer un bilan par un·e **diététicien·ne** (voir RPC « [Alimentation et diabète](#) »).
- S'assurer que la personne diabétique organise un **suivi dentaire** régulier.
- Si nécessaire, orienter vers un·e un·e professionnel·le en Activités Physiques Adaptées (APA) pour une évaluation et accompagnement de l'activité physique, ou vers des programmes, comme par exemple DIAfit ([www.diafit.ch](http://www.diafit.ch)) ou Pas à Pas + ([www.pas-a-pas.ch](http://www.pas-a-pas.ch)).
- Si nécessaire, adresser la ou le patient à un·e un·e professionnel·le de la **santé mentale**.
- **Si tabagisme** : déterminer la consommation de tabac. Recommander aux personnes fumeuses de cesser de fumer et les soutenir dans cette démarche.
- **Si femme en âge de procréer** : informer des implications du diabète (contraception, planification de grossesse). Voir RPC « [Grossesse et diabète](#) ».
- **Vaccination** :
  - Grippe : recommandée annuellement.
  - COVID-19 : En date du 25.01.2020, la vaccination contre le COVID-19 avec les deux vaccins autorisés (Pfizer/BioNTech et Moderna) est recommandée pour les personnes diabétiques. <https://www.infovac.ch/fr/les-vaccins/par-maladie/coronavirus-covid-19>.  
Les personnes atteintes de diabète (type 1 ou 2) avec atteinte d'organe significative (par ex. insuffisance rénale, antécédent d'infarctus) ou une hémoglobine glyquée (HbA1c)  $\geq 8\%$  font partie de la catégorie à haut risque et sont prioritaires dans la stratégie actuelle de vaccination. Les autres personnes diabétiques sont dans le deuxième groupe prioritaire.
  - Antipneumococcique 23-valent (PPV 23) : recommandée pour le diabète de type 2.

Autres suivis à instaurer selon les symptômes, facteurs de risque (cardiaque, néphrologiques) ou les préoccupations de la personne diabétique.

### Plan de traitement et objectif glycémique

Ce bilan initial conditionne la mise en place d'un plan de traitement (voir RPC « [Antidiabétiques oraux et injectables](#) ») avec un objectif glycémique personnalisé (voir RPC « [Suivi clinique et paraclinique](#) »), à déterminer selon l'âge, les antécédents cardiovasculaires, l'insuffisance rénale, l'espérance de vie ET selon les préférences de la personne diabétique.

### Méthode

Ces recommandations pour la pratique clinique (RPC) ont été adaptées à partir de RPC jugées de bonne qualité méthodologique et fondées sur les meilleures preuves actuellement disponibles. Une sélection a été effectuée à partir de nombreuses RPC issues de différentes bases de données (National Guidelines Clearing house (AHRQ), Guidelines International Network, sites de différentes agences de RPC, de sociétés ou associations, et Medline, notamment). La grille d'évaluation AGREE a été utilisée pour évaluer la qualité méthodologique des recommandations sources. Nous avons utilisé le processus d'adaptation ADAPTE pour ces RPC. Les recommandations adaptées au contexte du canton de Vaud ont été élaborées par un groupe restreint, puis évaluées et finalisées par un groupe de travail multidisciplinaire. Les éléments détaillés de la méthode sont disponibles sur demande.

### Niveau de preuve et force des recommandations

Les meilleures preuves disponibles concernant l'examen de la sensibilité périphérique (examen du pied) proviennent d'études d'évaluation de tests diagnostiques ; celles concernant la recherche de néphropathie proviennent d'études d'évaluation de tests diagnostiques et de cohortes ; celles concernant le fait d'adresser la personne diabétique à un(e) ophtalmologue proviennent d'études de cohortes de bonne qualité. Les autres recommandations ci-dessus sont essentiellement basées sur des consensus d'experts.

### Recommandations sources

American Association of Clinical Endocrinologists (AACE) and American College of Endocrinology (ACE) – USA

- AACE and ACE - Clinical Practice Guidelines for Developing a Diabetes Mellitus Comprehensive Care Plan. *Endocr Pract.* 2015; 21 (Suppl 1): 1-87. [Lien](#)

American Diabetes Association (ADA) – USA

- ADA. Comprehensive medical evaluation and assessment of comorbidities: Standards of medical care in diabetes - 2020. *Diabetes Care.* 2020; 43 (suppl. 1). [Lien](#)

Association Canadienne du Diabète – Canada

- Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada. Lignes directrices de pratique clinique 2018 : Définition, classification et diagnostic du diabète, du prédiabète et du syndrome métabolique. *Can J Diabetes.* 2018; 42 (suppl 1): S10-15 [Lien](#)

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) – USA

- ICSI. Health care guideline: Diagnosis and management of type 2 diabetes mellitus in adults. Sixteenth edition, 2014. [Lien](#)

Joslin Diabetes Center & Joslin Clinic – USA

- Clinical Guideline for Adults with Diabetes. May 2017. [Lien](#)

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) – UK

- NICE guideline NG17. Type 1 diabetes in adults: diagnosis and management. London: Royal College of Physicians. 2015 (Last updated: July 2016). [Lien](#)
- NICE guideline NG18 Diabetes (type 1 and type 2) in children and young people: diagnosis and management. London: Royal College of Physicians. 2015 (Last updated: November 2016). [Lien](#)
- NICE guideline NG19. Diabetic foot problems: prevention and management. 2015 (Last updated: October 2019). London: Royal College of Physicians. [Lien](#)
- NICE guideline NG28. Type 2 diabetes in adults: management. London: Royal College of Physicians. 2015 (Last updated: August 2019). [Lien](#)

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (SIGN) – UK

- SIGN 116. Management of diabetes. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN 2010 (Updated 2017). [Lien](#)

**Personnes ayant mis à jour la RPC :** Chantal Ardit, Stéphane Coendoz, Heike Labud, Isabelle Peytremann-Bridevaux, Anne Wojtusciszyn.

**Groupe de validation :** Chantal Ardit, Léonie Chinet, Stéphane Coendoz, Marc Egli, Sébastien Jotterand, Heike Labud, Pastora Molina, Isabelle Peytremann-Bridevaux, Lucien Roulet, Patrick Staeger, Anne Wojtusciszyn, Anne Zanchi.

**Date de la recommandation :** janvier 2021

**Date de la prochaine révision :** janvier 2026

Toutes les recommandations de pratique clinique pour le diabète sont disponibles sur le site

<https://www.recodiab.ch>

Merci de n'utiliser que le site susmentionné comme la seule source fiable et à jour des recommandations.