

FICHE

Parcours de soins du patient adulte vivant avec un diabète de type 2

14 messages clés pour améliorer votre pratique

Validée par le Collège le 26 juin 2025

Dépistage

- 1. Le repérage des personnes susceptibles de développer un diabète de type 2 (DT2) est essentiel pour une prise en charge précoce de la pathologie.**

Le dépistage s'appuie sur l'identification de facteurs de risque selon les recommandations en vigueur¹.

Les questionnaires de repérage, tels que le [questionnaire FINDRISC](#) à destination de l'adulte asymptomatique, permettent de faire un bilan des facteurs de risque (FDR) de développer un DT2.

Diagnostic

- 2. Poser le diagnostic de DT2 par le dosage de la glycémie veineuse chez la personne repérée à risque ou en présence de symptômes évocateurs, sans oublier d'envisager un diagnostic différentiel en cas de présentation inhabituelle, qui nécessitera alors l'avis d'un médecin spécialisé en diabétologie.**

Le diabète de type 2 (DT2), dont l'incidence augmente avec l'âge, associe une insulino-résistance et une insulino-déficience relative responsables de l'hyperglycémie et est souvent marquée cliniquement par un syndrome métabolique, un surpoids ou une obésité, des antécédents familiaux de diabète fréquents, des antécédents obstétricaux (diabète gestationnel, macrosomie fœtale).

Chez la personne repérée à risque ou en présence de symptômes évocateurs (polyurie, polydipsie, amaigrissement) ou d'une complication révélant un diabète, le diagnostic de diabète est confirmé :

- pour un patient symptomatique, dès qu'une seule glycémie veineuse est ≥ 2 g/l (à n'importe quel moment de la journée) ;
- dans les autres cas, lorsque la 1^{re} glycémie veineuse à jeun (jeûne nocturne de 10 à 12 h) $\geq 1,26$ g/l est confirmée par un 2^e dosage de glycémie veineuse à jeun à nouveau $\geq 1,26$ g/l, réalisé dans le mois et à distance de tout facteur intercurrent (sepsis, corticothérapie transitoire...).

¹ HAS, Recommandation en santé publique relative aux principes de dépistage du diabète de type 2, Saint-Denis La Plaine : HAS ; à venir.

En cas de présentation inhabituelle (âge < 40 ans, absence de surpoids (excepté chez les plus de 80 ans), altération de l'état général, amaigrissement ou forte hyperglycémie inaugurale avec symptômes), il est important d'évoquer un autre type de diabète (diabète de type 1 à marche lente, secondaire ou type MODY monogénique) car la prise en charge doit être adaptée. L'avis d'un médecin spécialisé en diabétologie est alors requis.

Mesures de prévention en cas de prédiabète

- 3. En cas de diagnostic de prédiabète, sensibiliser le patient au risque de développer un DT2 ultérieur, l'encourager à adopter les mesures de prévention axées sur une modification du mode de vie. Prévoir une surveillance annuelle.**

Lorsque la glycémie veineuse à jeun est comprise entre 1,10 et 1,25 g/l, le diagnostic d'hyperglycémie modérée à jeun (prédiabète) est posé.

Le prédiabète étant associé à une augmentation du risque de progression vers le DT2, il est important d'informer le patient du risque de diabète ultérieur, du risque cardiovasculaire associé et de la nécessité de mettre en œuvre des mesures de prévention. Ces mesures reposent sur une modification du mode de vie incluant la lutte contre la sédentarité, la pratique d'une activité physique régulière et une amélioration de l'équilibre alimentaire. Un dépistage annuel par dosage de la glycémie veineuse à jeun est requis.

Prise en charge thérapeutique globale

- 4. Dédier une consultation à l'annonce de la maladie et, après bilan initial, proposer en 1^{re} intention et dans le cadre d'une décision médicale partagée une prise en charge non médicamenteuse axée sur une modification thérapeutique du mode de vie.**

Une consultation d'annonce dédiée pour informer et échanger avec le patient permet d'expliquer la pathologie en vue de définir avec lui des objectifs réalistes et une prise en charge adaptés à sa situation.

Le bilan initial, réalisé si besoin en plusieurs consultations, consiste à évaluer la santé globale et l'état clinique du patient, son risque cardiovasculaire et à rechercher les éventuelles complications (rétinopathie, neuropathie, pathologies cardiovasculaires ou rénales...) (cf. [fiche check-list du bilan initial](#)).

Les modifications thérapeutiques du mode de vie sont un préalable indispensable à l'éventuelle mise en place d'un traitement médicamenteux. Elles s'appuient sur la lutte contre la sédentarité, la promotion de l'activité physique, l'amélioration de la qualité et de l'équilibre alimentaires, l'arrêt du tabac... Elles peuvent être envisagées seules en 1^{re} intention, sauf dans certaines situations particulières (par exemple, hyperglycémie majeure au diagnostic ou patients à haut risque cardiovasculaire). Elles sont à inscrire dans le cadre d'une décision médicale partagée et tout le long de la prise en charge.

Pour aider le patient, les ressources locales existantes peuvent être mobilisées pour mettre en œuvre une éducation thérapeutique du patient (ETP) : infirmiers (IDE, IPA, IDE ASALÉE), diététiciens, pharmaciens, professionnels de l'APA, service d'accompagnement sophia, associations agréées de patients...

5. Encourager la diminution des comportements sédentaires et la pratique d'une activité physique régulière.

La lutte contre la sédentarité et la pratique d'une activité physique régulière sont recommandées pour le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire et métabolique (glycémie, dyslipidémie, HTA, surpoids et obésité) et la prévention des complications du diabète.

Il est important d'informer le patient sur les effets bénéfiques des ruptures de sédentarité et de l'activité physique ([fiche patient](#)), d'évaluer son niveau initial d'activité et d'adapter les propositions d'activité physique à son profil, à ses limitations fonctionnelles, à ses habitudes et préférences afin de le motiver et d'inscrire un changement de comportement dans la durée ([MÉDICOSPORT-SANTÉ-VIDAL](#) ; [SPORTSANTECLIC](#)).

Prescrire, si besoin et après évaluation, la pratique d'une activité physique adaptée ([prescription d'AP DT2](#)).

Des structures de dispensation d'activité physique à des fins de santé encadrées par des professionnels formés de l'activité physique et de l'activité physique adaptée sont à rechercher localement (cf. par exemple : [réseau des maisons sport-santé](#), annuaires professionnels type [annuaire SFP-APA](#), associations sportives avec section sport-santé ou autres ressources à solliciter auprès des ARS et CPTS).

6. Mettre en place un plan de soins diététique personnalisé en évitant toute restriction alimentaire excessive et en optimisant les apports en fonction des habitudes préalablement évaluées.

Les conseils alimentaires de 1^{re} intention doivent tenir compte des habitudes de vie du patient, de son comportement et de ses habitudes alimentaires (incluant la recherche de troubles du comportement alimentaire), de ses représentations, de sa motivation, de ses possibilités de changement et de son entourage.

Il est recommandé de viser une alimentation équilibrée, adaptée à ses besoins nutritionnels (âge, activité physique, sexe, etc.) (cf. [fiche conseils alimentaires](#)). Une diminution éventuelle des apports doit prendre en compte l'évaluation des consommations alimentaires spontanées initiales et le rapport bénéfices/risques à l'appliquer, notamment chez les personnes âgées fragiles et les personnes à risque de dénutrition.

L'accompagnement par un diététicien aide à fixer les objectifs, à proposer un plan de soins diététique personnalisé, à faciliter l'adhésion du patient et à soutenir sa motivation dans la durée.

7. Prescrire en 2^e intention un traitement médicamenteux, si les objectifs fixés n'ont pu être atteints avec les mesures non médicamenteuses et en tenant compte du statut cardiovasculaire et rénal. Reconsidérer régulièrement la stratégie médicamenteuse.

La prise en charge médicamenteuse du patient DT2 est multifactorielle et individualisée en fonction des éléments suivants : objectif d'HbA1c, antécédents et prévention des complications cardiovasculaires et rénales, efficacité attendue des traitements, leur tolérance, leur sécurité et les préférences du patient.

Le choix d'une classe thérapeutique déterminée prend en compte le profil du patient (besoins, situation, préférences, acceptabilité) et les caractéristiques de l'antidiabétique envisagé (indications et contre-indications, efficacité sur le taux d'HbA1c, impacts protecteurs sur les complications cardiovasculaires et rénales, risque d'hypoglycémie, effet sur le poids, effets secondaires, modalités d'administration, etc.).

Tout au long de la prise en charge, de manière régulière et à chaque consultation, il est nécessaire de reconsidérer l'instauration, le maintien, l'intensification ou l'arrêt de la stratégie médicamenteuse (efficacité, tolérance, préférences du patient), de proposer si besoin un accompagnement thérapeutique (en particulier lors du passage à un traitement injectable par insuline) et de continuer à échanger avec le patient pour faciliter son adhésion au traitement.

8. Proposer une éducation thérapeutique personnalisée avec des priorités d'apprentissage.

Complémentaire de la stratégie thérapeutique, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) fait partie intégrante de la prise en charge globale du patient DT2. Elle confère un rôle actif au patient en visant à lui faire acquérir des compétences d'autogestion et d'autosoins nécessaires à la gestion quotidienne de la pathologie.

L'ETP repose sur des séances individuelles ou collectives. Ces séances peuvent être ciblées sur un ou plusieurs objectifs de l'ETP après évaluation des besoins éducatifs : compréhension de la maladie, appropriation du traitement, diététique, activité physique, autogestion...

Les séances d'ETP sont dispensées par des professionnels de santé formés à l'ETP (médecin, pharmacien, infirmier, diététicien, masseur-kinésithérapeute...) et peuvent également être assurées par d'autres professionnels formés ou membres formés d'associations agréées ou d'organismes œuvrant dans le champ de la promotion de la santé, de la prévention et de l'éducation pour la santé (enseignant en APA, usagers).

Les agences régionales de santé auprès desquelles les programmes d'ETP doivent être déclarés recensent les structures proposant des programmes d'ETP disponibles sur leur territoire. Ces dernières sont à solliciter dès le diagnostic de DT2 confirmé.

Approche multidisciplinaire

9. Dès le diagnostic, intégrer la prise en charge du patient DT2 au sein d'une équipe multidisciplinaire en soins primaires.

La prise en charge du patient DT2 est coordonnée principalement par le médecin généraliste au sein d'une équipe pluriprofessionnelle centrée sur le patient (cf. [fiche check-list du bilan initial](#), [fiche check-list du suivi](#), [plan chronologique de soins](#)).

Il convient d'identifier les ressources locales afin d'établir des liens entre médecin traitant et infirmier (IDE, IPA, ASALÉE), diététicien, professionnel de l'APA, pédicure-podologue, pharmacien, psychologue selon les besoins et avec recours, dans les situations complexes, au dispositif territorial d'appui à la coordination (DAC).

Ces ressources peuvent être complétées via le [service sophia](#) par un accompagnement téléphonique par des infirmiers-conseillers en santé formés ou via les associations agréées de patients par des bénévoles formés à l'accompagnement entre pairs, en lien avec le médecin traitant.

10. Adresser à un médecin spécialisé en diabétologie pour un avis ou pour une prise en charge plus spécialisée dès que la situation le nécessite ou lorsqu'elle est jugée comme complexe par le médecin généraliste.

Situations de recours au médecin spécialisé en diabétologie

Prise en charge requise

- grossesse ou projet de grossesse à court terme

La patiente sera vue régulièrement par une équipe pluridisciplinaire (médecin généraliste, médecin spécialisé en diabétologie, gynécologue/gynécologue-obstétricien, sage-femme, infirmier pour l'ETP, diététicien) pour le suivi de grossesse et l'accouchement.

Avis ponctuel requis dès le diagnostic

- diabète de présentation inhabituelle avec signes d'alerte faisant suspecter une autre forme de diabète
- diabète avec hyperglycémie majeure d'emblée (HbA1c > 9 %)
- découverte au diagnostic d'une complication micro ou macrovasculaire

Avis ponctuel requis au cours du suivi

- instauration ou optimisation d'une insulinothérapie avec schéma à plusieurs injections
- adaptation thérapeutique en cas d'hypoglycémies itératives ou sévères
- après une complication micro et macrovasculaire aiguë ou évolutive
- difficulté à atteindre l'objectif glycémique ou pondéral après 6 à 12 mois de prise en charge en MG
- situation d'obésité de classe III (IMC \geq 40)
- diabète gestationnel : au diagnostic et lorsque l'insulinothérapie est envisagée

Autres motifs de recours possible

- préparation et initiation d'une thérapeutique susceptible d'induire une hypoglycémie (insuline, sulfamide)
- toute situation où le médecin traitant l'estime nécessaire

Dépistage des complications

11. Dépister, dès le bilan initial du DT2 puis sur un rythme annuel, les complications ophtalmologiques, le risque ou les complications cardiovasculaires, les parodontites, les neuropathies, la maladie rénale chronique et la maladie métabolique du foie.

La rétinopathie diabétique est la complication ophtalmologique la plus fréquente. Le dépistage par examen du fond de l'œil est annuel ou possible tous les 2 ans, lorsque le patient n'est pas insulinotraité et que la glycémie et la pression artérielle sont contrôlées.

Le diabète favorise les maladies cardiovasculaires, notamment les coronaropathies, mais aussi l'insuffisance cardiaque, les troubles du rythme, en particulier la fibrillation atriale, ainsi que les maladies vasculaires périphériques, en particulier l'artériopathie des membres inférieurs. Le bilan initial repose sur un bilan cardiovasculaire. Le rythme et les modalités de dépistage sont ensuite déterminés selon l'évaluation fonctionnelle et clinique.

La prévention des parodontites nécessite une hygiène bucco-dentaire rigoureuse et un dépistage systématique annuel par un chirurgien-dentiste.

La neuropathie est dépistée au moins une fois par an par l'interrogatoire, les signes fonctionnels et l'examen clinique (recherche d'une abolition des réflexes achilléens, test de sensibilité au monofilament).

Le dépistage de la maladie rénale chronique repose sur un dosage sanguin de créatinine avec estimation du débit de filtration glomérulaire selon la formule CKD-EPI et le dosage d'albuminurie/créatininurie à partir d'un échantillon d'urine prélevé à toute heure de la journée (préférentiellement les urines du matin).

Les patients DT2 sont la population à risque de complication hépatique en population générale. Le dépistage s'effectue de façon annuelle avec le test sanguin FIB4 qui combine âge, ASAT, ALAT, plaquettes puis un test spécialisé (élastométrie, test sanguin) en cas de FIB4 > 1,30.

Mesures préventives du pied diabétique

12. Réaliser un dépistage annuel systématique du risque podologique par gradation du risque de plaies, examiner les pieds à chaque consultation et dispenser les conseils de prévention et les soins adaptés.

La gradation du risque podologique permet de déterminer le nombre de séances de soins nécessaires (cf. [fiche prévention du pied à risque](#)).

Dès le grade 1 (perte de sensibilité ou signes d'artériopathie périphérique), le patient est orienté vers le pédicure-podologue pour un bilan-diagnostic podologique complet et une prise en charge thérapeutique préventive des pieds afin de prévenir les complications.

Proposer une éducation thérapeutique vis-à-vis du risque podologique consistant à améliorer les connaissances sur les causes des plaies et le savoir-faire en termes de soins des pieds en prévention des plaies (hygiène des pieds, observation cutanée, choix des chaussures), de repérage des plaies et de conduite à tenir.

La survenue d'une plaie chez un diabétique à risque est une urgence médico-chirurgicale. Pour prévenir les complications graves et éviter l'amputation, le patient est à adresser pour avis vers une équipe multidisciplinaire d'un centre spécialisé dans les 24 h à 48 h ou directement aux urgences en présence de signes généraux ou d'absence de disponibilité dans un centre spécialisé.

Spécificité de la personne âgée

13. Prendre en compte l'espérance de vie, la fragilité et les comorbidités avant toute intervention sur le mode de vie et adapter les objectifs glycémiques pour éviter les hypoglycémies.

Le patient âgé DT2 est plus exposé au risque de dénutrition en raison de modifications de l'appétit, de diminution de l'activité physique, de polymédication, des comorbidités ou de la présence d'un état dépressif qui exerce une influence négative sur la prise alimentaire. Les régimes restrictifs, *a fortiori* dans cette population, sont à proscrire.

Les troubles cognitifs, les risques de chutes et les troubles dépressifs sont à dépister pour organiser les soins en conséquence.

La promotion et la mise en œuvre d'une activité physique adaptée en sécurité sont fondamentales.

Les personnes âgées ont un risque plus élevé d'hypoglycémie pouvant justifier, pour les patients âgés fragiles ou malades et si l'écart à l'objectif est faible (moins de 0,5 % en valeur absolue d'HbA1c), l'absence de traitement médicamenteux, avec une surveillance de la glycémie. Réévaluer régulièrement les objectifs en prenant en compte les préférences du patient, éviter le surtraitement et envisager,

quand cela est possible, une désintensification pour réduire le risque iatrogénique, en particulier d'hypoglycémies.

Réduire autant que possible le jeûne nocturne, les intervalles entre les repas et prévoir au besoin des collations, notamment lorsque la personne est hospitalisée ou en établissement pour personnes âgées en situation de dépendance, en impliquant les soignants dans la prévention du risque d'hypoglycémie.

Prise en compte du retentissement psychologique

14. Dépister systématiquement, lors du bilan initial et tout au long du suivi, toute répercussion émotionnelle, anxiété ou dépression pouvant impacter l'acceptation de la maladie et rendre difficile l'engagement du patient dans ses soins.

Il est nécessaire d'être attentif aux signes de souffrance psychique, aux troubles anxieux, à la dépression et aux troubles des conduites alimentaires pouvant survenir à l'annonce de la maladie, lors des hypoglycémies, à la mise en œuvre des modifications du mode de vie, à l'instauration des traitements médicamenteux, à l'apparition de complications ou lorsque les objectifs sont difficiles à atteindre.

La démarche diagnostique repose sur un entretien clinique et l'utilisation d'auto-questionnaires, tels que le *Patient Health Questionnaire 9* (PHQ-9), la *Diabetes Distress Scale 17* (DDS17) ou le SCOFF.

L'identification de signes de souffrance psychique, de symptômes anxieux ou dépressifs, ou la suspicion d'un trouble des conduites alimentaires doivent conduire à une évaluation plus approfondie et à une prise en charge s'appuyant sur des ressources complémentaires (IDE ASALÉE, dispositif Mon soutien psy, adressage psychiatrique).

Développés en coproduction avec les professionnels et les usagers du système de santé, ces messages courts visent à inciter les professionnels de santé à engager un dialogue avec les patients au sujet des examens, des traitements et des interventions les mieux indiqués et d'identifier ceux qui ne sont pas nécessaires. Les professionnels et les usagers ont choisi les thématiques et les messages qui ont été élaborés à partir de recommandations existantes.