

SYNTHESE

Parcours de soins du patient adulte vivant avec un diabète de type 2 : les points critiques du parcours

Validée par le Collège le 26 juin 2025

Dépistage et diagnostic

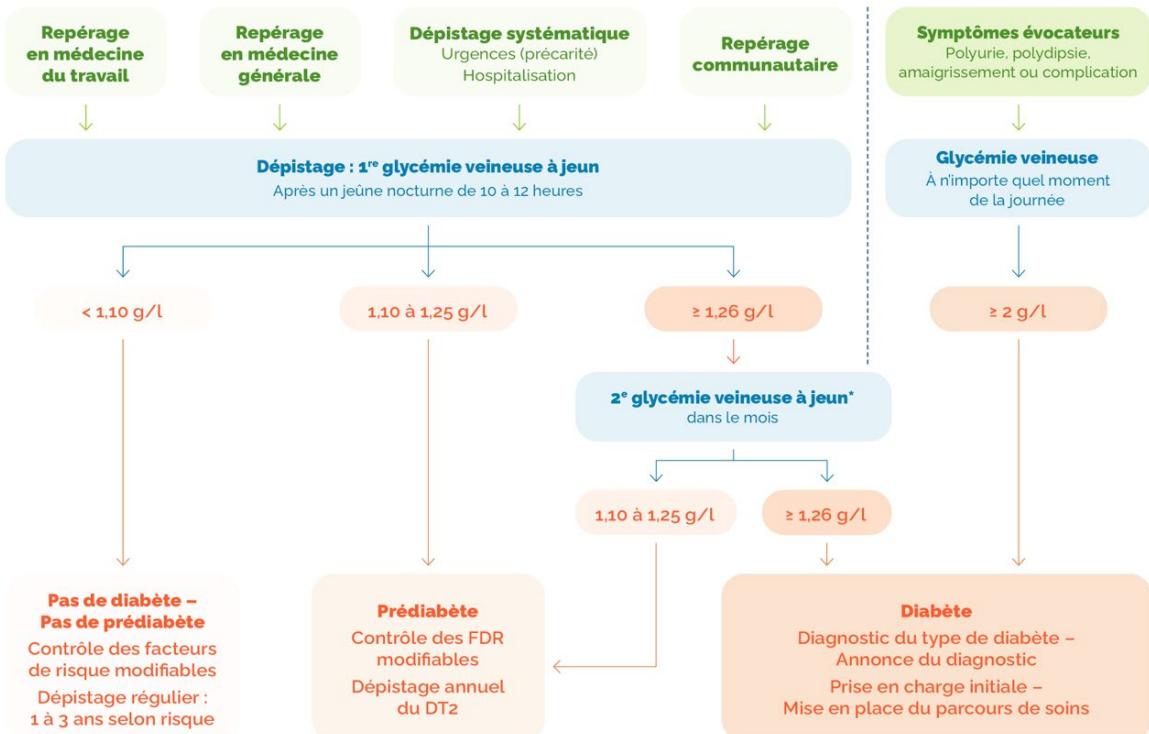
- ➔ Repérer les personnes susceptibles de développer un diabète de type 2 (DT2) en identifiant les **symptômes évocateurs ou les facteurs de risque** selon les recommandations en vigueur¹.

Une polyurie, une polydipsie et un amaigrissement sont des symptômes évocateurs de diabète.

Chez l'adulte asymptomatique, il existe des questionnaires de repérage, tels que le [questionnaire FINDRISC](#). Ce questionnaire permet de faire un bilan des facteurs de risque (FDR) de développer un DT2 dans les 10 ans.

- ➔ Chez les personnes repérées à risque, prescrire les **tests de dépistage par dosage de la glycémie veineuse à jeun (après un jeûne nocturne de 10 à 12 heures)**.
- ➔ Chez les patients ayant des symptômes évocateurs ou une complication révélant un diabète, prescrire un **test diagnostique par dosage de la glycémie veineuse à n'importe quel moment de la journée**.

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



Points de vigilance

- Une glycémie très élevée nécessite l'analyse clinique de la possibilité d'un autre type de diabète ou d'une pathologie intercurrente, une mesure de cétonurie ou cétonémie, et, en cas de doute, un avis spécialisé en diabétologie (au minimum téléphonique, idéalement en téléexpertise).
- Une glycémie veineuse à jeun comprise entre 1,00 et 1,10 g/l nécessite une attention particulière en cas de projet de grossesse ou de traitement inducteur de diabète.
- Pour les patients éloignés des soins, il convient de s'assurer de la bonne réalisation de la 2^e glycémie veineuse.

➔ Envisager un **diagnostic différentiel du DT2 en cas de présentation inhabituelle**, dont les signes d'alerte sont un âge < 40 ans, une absence de surpoids (excepté chez les plus de 80 ans), une altération de l'état général, un amaigrissement ou une forte hyperglycémie inaugurale avec symptômes. Dans ces cas, un **avis spécialisé en diabétologie est requis**.

Tous les diabètes diagnostiqués chez l'adulte ne sont pas des DT2 et il importe d'identifier les autres types de diabète (diabète secondaire, diabète de type 1 à marche lente, diabète de type MODY), car leur prise en charge est différente.

➔ **Ne pas banaliser la situation en cas de glycémie < 1,26 g/l ou même entre 1 et 1,10 g/l**, en insistant sur les mesures de prévention par modification durable du mode de vie (lutte contre la sédentarité, pratique d'une activité physique régulière et alimentation équilibrée) et les mesures de surveillance régulière, compte tenu du risque de diabète ultérieur.

Prise en charge initiale

- ➔ Procéder à une **consultation d'annonce dédiée** pour expliquer la maladie et échanger avec le patient en vue d'une **décision médicale partagée**.
- ➔ **Réaliser une évaluation globale et un examen clinique.** Évaluer le **risque cardiovasculaire** (RCV) et rechercher les **complications micro et macro-angiopathiques** (cf. check-list synthétique).
- ➔ Évaluer et proposer une prise en charge des **besoins psycho-socio-professionnels**.
- ➔ Mettre en œuvre la **prise en charge médico-administrative** (ALD 8, plan personnalisé de coordination (PPCS), contrôle médical de l'aptitude à la conduite en cas de traitement susceptible de générer une hypoglycémie ou de complication ayant un impact sur la conduite).
- ➔ Proposer au patient de prendre contact avec le **service d'accompagnement sophia** et, s'il le souhaite, avec une **association agréée de patients**.

Check-list synthétique du bilan initial

Le bilan initial peut être réalisé en plusieurs consultations. Il ne doit pas retarder la mise en œuvre du traitement.

	Médecin généraliste ou IDE en collaboration avec MG (IDE, IDE sous protocole de coopération dont ASALÉE, IPA, selon les cas)	Recours complémentaire en fonction du profil du patient : avis spécialisé
Facteurs de risque		
Âge	X	
ATCD familiaux CV	X	
Tabagisme	X	Structures d'aide au sevrage tabagique
Consommation alcool	X	Addictologue en cas de dépendance si échec des interventions de 1 ^{re} intention
Sédentarité, activité physique	Appréciation du niveau de sédentarité et du niveau d'activité physique	Professionnels de l'APA, médecin MPR pour les cas complexes
Alimentation	Habitudes alimentaires	Diététicien : bilan diététique
Mesures anthropométriques, statut nutritionnel	Poids, taille, calcul de l'IMC et historique des variations pondérales volontaires ou non, périmètre abdominal ²	
Pression artérielle	Mesure de la PA : au cabinet et automesure à domicile en respectant le protocole 3 jours de la SFHTA ou MAPA le cas échéant	
Évaluation du risque cardiovasculaire global	Score de risque, tel que SCORE2-Diabetes	
Histoire personnelle		
Antécédents médicaux/obstétricaux/chirurgicaux	X	

² Mesure du périmètre abdominal : en centimètres, à l'aide d'un mètre ruban, à mi-chemin entre la 12^e côte et la crête iliaque, les pieds légèrement séparés et en expiration normale.

Vaccinations	X	
Traitement en cours	Médicaments en cours, adhésion thérapeutique	Pharmacien
Grossesse ou projet de grossesse à court terme	X	Médecin spécialisé en diabétologie Gynécologue, gynécologue-obstétricien
Repérage de la vulnérabilité		
Psychologique	Dépistage de dépression (questionnaire PHQ-9), anxiété liée au diabète (échelle DDS17), de TCA (questionnaire SCOFF), évaluation des performances cognitives si âge > 65 ans	Psychologue, éventuellement psychiatre
Sociale	Score EPICES Environnement familial, support social	Travailleurs sociaux (assistant de service social, éducateur spécialisé, conseiller en économie sociale et familiale)
Professionnelle	X	Médecin du travail : aptitude au poste, adaptation du poste, reclassement professionnel Assistant de service social, ergothérapeute, MDPH
Fragilité	Personnes de 60 ans et plus : repérage de la fragilité avec l'outil ICOPE STEP 1 de l'OMS par autodépistage autant que possible ou, pour les plus de 70 ans, avec les échelles validées en France disponibles actuellement	Si repérage positif associé à multimorbidité, dépendance, âge avancé (> 80 ans) ou situation médico-sociale complexe : évaluation gérontologique globale par un gériatre, des professionnels de santé formés et équipe médico-sociale
Dépistage des complications		
Œil		Ophtalmologiste : systématique
Nerfs	Interrogatoire et examen clinique	Neurologue : si doute sur l'origine diabétique d'une neuropathie
Reins	Ratio albuminurie/créatininurie (RAC) Créatininémie et estimation du DFG	Néphrologue : selon DFG et RAC ou si doute sur l'origine diabétique de la néphropathie
Pieds	Examen des pieds : inspection (déformation, peau, callosités, ongles, ulcère) Mesure des IPS Gradation du risque podologique Lettre d'adressage au pédicure-podologue pour bilan	Pédicure-podologue systématique à partir du grade 1 : bilan-diagnostic podologique, soins, conseils, prescription d'orthèses et chaussures thérapeutiques de série Équipe multidisciplinaire spécialisée si ulcère du pied avec avis vasculaire dans les 48-72 h
Cœur et vaisseaux	ECG de repos	Cardiologue : si ECG anormal, symptômes évocateurs ou RCV élevé/très élevé
	Symptômes évocateurs, pouls distaux, souffle vasculaire, mesure des IPS	Cardiologue : bilan cardiovasculaire pour le diagnostic de complications
	La prescription de l'écho-Doppler est guidée selon la symptomatologie fonctionnelle, présentation clinique et valeur de l'IPS	Cardiologue : évaluation de la tolérance à l'effort en cas de pratique d'une activité physique élevée pour les patients à RCV élevé
	Recherche d'une hypotension orthostatique	Médecin vasculaire : bilan vasculaire pour le diagnostic de complications artérielles

Dysfonction sexuelle	Évaluation : index international de la fonction érectile (IIEF5) chez l'homme, indice de la fonction sexuelle (IFS) chez la femme	Urologue, gynécologue selon le contexte
Syndrome d'apnée-hypopnée du sommeil	Recherche de symptômes cliniques d'apnée du sommeil	Médecin spécialisé en médecine du sommeil ou centre du sommeil si repérage positif
Maladie métabolique du foie	Biomarqueurs de fibrose : score FIB4 (mesuré avec âge, ASAT, ALAT, plaquettes) Si FIB4 > 1,30 : test spécialisé (élastométrie, test sanguin) selon disponibilité	Hépato-gastro-entérologue si repérage positif
Dysfonction vésico-sphinctérienne	Gêne urinaire, infection urinaire à répétition, questionnaire de symptômes urinaires (USP) et si besoin calendrier mictionnel et résidu post-mictionnel	Urologue si repérage positif
Maladies bucco-dentaires	Évaluation de l'hygiène bucco-dentaire	Chirurgien-dentiste systématique : examen bucco-dentaire complet
Bilan biologique initial		
	HbA1c – NFS	Médecin spécialisé en diabétologie : si hyperglycémie majeure d'emblée ($\text{HbA1c} > 9\%$)
	Exploration d'une anomalie lipidique (EAL) à jeun	
	Bilan hépatique incluant ASAT, ALAT, GGT, PAL, TP, plaquettes, avec calcul du score sanguin de fibrose FIB4	
	Créatininémie avec estimation du DFG (CKD-EPI) et ratio albuminurie/créatininurie	

- ➔ Adresser, dès le diagnostic, à un **médecin spécialisé en diabétologie** pour un avis ponctuel en cas de :
- diabète de présentation inhabituelle avec signes d'alerte faisant suspecter une autre forme de diabète ;
 - diabète avec hyperglycémie majeure d'emblée ($\text{HbA1c} > 9\%$) ;
 - découverte au diagnostic d'une complication micro ou macrovasculaire.
- ➔ Adresser la **patiente enceinte ou ayant un projet de grossesse à court terme** à un médecin spécialisé en diabétologie pour une prise en charge en sein d'une équipe pluridisciplinaire (médecin généraliste, médecin spécialisé en diabétologie, gynéco-obstétricien, sage-femme, infirmier pour l'ETP, diététicien).

Traitement

- **Mise en place de la prise en charge thérapeutique dans une démarche centrée patient**
- ➔ Définir avec le patient des objectifs glycémiques atteignables selon son profil et ses antécédents.

- ➔ Proposer en 1^{re} intention³ une **prise en charge non médicamenteuse** axée sur les modifications du mode de vie reposant sur :
 - une **diminution des comportements sédentaires et la pratique d'une activité physique** (AP) régulière ([ONAPS](#)) :
 - réaliser une évaluation médicale du niveau initial et de la motivation,
 - proposer une AP et évaluer le besoin d'une prescription d'AP adaptée ([MÉDICOSPORT-SANTÉ-VIDAL](#) ; [SPORTSANTECLIC](#)) et, si nécessaire, la prescrire et orienter vers les professionnels de l'AP adaptée ([prescription d'AP DT2](#), [réseau des maisons sport-santé](#), annuaires professionnels type [annuaire SFP-APA](#), associations sport-santé, autres ressources disponibles auprès des ARS et des CPTS),
 - encourager régulièrement les ruptures de sédentarité et le maintien de l'AP ([fiche patient](#)) ;
 - et en parallèle, un **plan de soins diététique personnalisé** :
 - évaluer les habitudes alimentaires et les possibilités de changement,
 - viser une alimentation équilibrée en quantité et qualité nutritionnelles (cf. [fiche conseils alimentaires](#)),
 - en cas de diminution des apports, définir après évaluation et avec le patient des objectifs raisonnables et atteignables ;
 - avec un **suivi régulier** pour renforcer la motivation et surmonter les difficultés.
 - ➔ Prescrire un **traitement médicamenteux** en 2^e intention et en tenant compte du **statut cardiovasculaire et rénal**, si les **objectifs fixés n'ont pu être atteints** avec les mesures non médicamenteuses :
 - prendre 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.) ;
 - au-delà de la recherche de l'équilibre glycémique et du recours à la metformine en monothérapie ou en association aux inhibiteurs du SGLT2 (iSGLT2) ou aux agonistes du récepteur au GLP1 (aGLP-1), il est important de souligner les effets protecteurs cardiovasculaires et rénaux et/ou impacts sur le poids de ces nouvelles molécules (iSGLT2 et aGLP-1).
 - ➔ Réévaluer en **reconsidérant régulièrement** l'instauration, le maintien, l'intensification ou l'arrêt de la stratégie médicamenteuse.
 - ➔ **Maintenir les mesures non médicamenteuses** tout le long de la prise en charge.
- **Mise en place des autres mesures de contrôle du risque cardiovasculaire (sevrage tabagique, traitement de l'HTA et des dyslipidémies...)** selon les recommandations en vigueur⁴

³ Les modifications thérapeutiques du mode de vie peuvent être envisagées seules en 1^{re} intention, sauf dans certaines situations particulières (par exemple, hyperglycémie majeure au diagnostic ou patients à haut risque CV).

⁴ HAS, recommandation Risque cardiovasculaire global : évaluation et prise en charge en médecine de 1^{er} recours, prévention primaire, Saint-Denis La Plaine : HAS ; à venir.

– Prise en charge du risque infectieux

- ➔ Respect du calendrier vaccinal (vigilance particulière pour pneumocoque, grippe, Covid19).
- ➔ Suivi bucco-dentaire systématique annuel (parodontopathies...).
- ➔ Évaluation cutanée (intertrigos mammaires, axillaires, interdigito-plantaires, hyperkératose plantaire...).

– Mise en place de l'éducation thérapeutique du patient (ETP)

- ➔ Évaluer avec le patient ses besoins éducatifs.
- ➔ Définir un **programme personnalisé** d'ETP avec des priorités d'apprentissage :
 - activités éducatives ciblées sur la compréhension de la maladie, la diététique, la consommation d'alcool, l'activité physique, l'autosurveillance des pieds... ;
 - programme complémentaire à multiples composantes d'apprentissage à l'autogestion du DT2 : automesure glycémique, gestion des hypo et hyperglycémies, utilisation des dispositifs de délivrance de l'insuline...
- ➔ Planification et mise en œuvre des séances individuelles ou collectives par des professionnels formés à l'ETP en exercice coordonné (structures recensées par les ARS, le [répertoire ROR](#)).
- ➔ Évaluation des compétences acquises et suivi éducatif pour le maintien dans la durée.
- ➔ Orienter, si le patient le souhaite, vers les associations agréées de patients pouvant proposer des activités de soutien et d'accompagnement.

– En cas de mise en place d'une insulinothérapie

- ➔ Préparer le patient par une information claire sur le traitement, les avantages et les risques, en tenant compte de ses besoins, préférences et capacité d'apprentissage, mettre en place une autosurveillance glycémique, réaliser la surveillance ophtalmologique.
- ➔ Choisir un schéma d'insulinothérapie, avec recours au médecin spécialisé en diabétologie lorsque plusieurs injections sont envisagées.
- ➔ Prescrire et mettre en œuvre l'insulinothérapie en précisant par écrit les objectifs glycémiques, modalités d'autosurveillance glycémique et d'adaptation des doses et envisager la mise en œuvre d'une ETP et/ou d'un proche aidant, avec l'accord du patient (gestion de l'insulinothérapie et du risque hypoglycémique) avec l'appui au besoin de l'infirmier pour sécuriser le début de l'insulinothérapie à domicile.
- ➔ En parallèle, proposer un accompagnement ([sophia](#), associations agréées...).
- ➔ Suivre durant le 1^{er} mois pour vérifier la réalisation du traitement et les adaptations de doses.
- ➔ Suivre à 3 et 6 mois pour évaluer les 1^{ers} résultats glycémiques et les bénéfices.

Suivi systématique

- ➔ Assurer le suivi systématique du diabète et un dépistage régulier des complications.

Check-list des éléments du suivi systématique (hors prise en charge des complications)

	M3	M6	M9	M12
Anamnèse				
Tabagisme avec intervention brève, consommation d'alcool	X	X	X	X
Sédentarité et activité physique	X	X	X	X
Alimentation – Historique du poids	X	X	X	X
Score de risque cardiovasculaire global : SCORE2- <i>Diabetes</i>				X
Vaccinations				X
Événements médicaux intercurrents	X	X	X	X
Symptômes divers : angor, claudication intermittente des membres inférieurs, signes d'insuffisance cardiaque, AIT, troubles visuels, troubles de sensibilité, signes fonctionnels sexuels, digestifs, urinaires, plaies	X	X	X	X
Symptômes du syndrome d'apnée-hypopnée du sommeil				X
Syndrome polyuro-polydipsique	X	X	X	X
Hypoglycémies si traitement à risque	X	X	X	X
Suivi gynécologique				X
Adhésion thérapeutique, tolérance des traitements	X	X	X	X
Suivi autosurveillance glycémique, si indiquée				X
Utilisation de dispositifs connectés, si indiqués	X	X	X	X
Évaluation des besoins en ETP	X	X	X	X
Évaluation psychologique, qualité de vie		X		X
Suivi vulnérabilité sociale		X		X
Évaluation clinique				
Poids, calcul IMC, périmètre abdominal	X	X	X	X
Contrôle automesure tensionnelle +/- mesure PA au cabinet	X	X	X	X
Auscultation des vaisseaux				X
Recherche des pouls		X		X
Test au monofilament et réflexes achilléens				X
Examen des pieds et du chaussage	X	X	X	X
Examens complémentaires				
HbA1c :				
- si objectif atteint et traitement non modifié		X		X
- objectif non atteint ou modification de traitement	X	X	X	X
Exploration d'une anomalie lipidique (EAL)				X
Créatininémie avec estimation du DFG (CKD-EPI) et ratio albuminurie/créatininurie				X

	M3	M6	M9	M12
Bilan hépatique incluant ASAT, ALAT, GGT, PAL, TP, plaquettes, avec calcul du score sanguin de fibrose FIB4				X
ECG de repos par MG ou cardiologue, voire plus (recherche d'ischémie...)				X selon l'évaluation fonctionnelle et clinique
Suivi spécialisé systématique				
Rétinographie ⁵ et/ou ophtalmologiste				X
Chirurgien-dentiste		X si parodontite		X

- ➔ Adresser au **médecin spécialisé en diabétologie** pour avis au cours du suivi en cas de :
 - 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.
- ➔ En **présence de complications**, adapter la fréquence de réalisation des examens et mettre en place un suivi spécialisé supplémentaire (ophtalmologiste, cardiologue, néphrologue...).

- ➔ Identifier les **situations urgentes** et orienter immédiatement le patient :
 - en cas de **baisse brutale de l'acuité visuelle** : demander une consultation ophtalmologique en urgence en contactant directement l'ophtalmologiste ;
 - en cas de **lésion du pied diabétique** : 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 ;
 - en cas d'**événement cardiovasculaire** SCA/IDM ou AIT/AVC : appeler le centre 15 et noter l'heure de début des symptômes.

Prévention des lésions du pied diabétique

- ➔ Évaluer le **risque de lésions du pied** par un examen clinique au moment du diagnostic, puis annuellement, examiner les pieds à chaque consultation.
- ➔ Mettre en place une éducation thérapeutique vis-à-vis du risque podologique dès le grade 1 (cf. [fiche prévention du pied à risque](#)).

⁵ Le dépistage de la rétinopathie est possible tous les 2 ans chez les patients non insulinotraités et dont les objectifs glycémiques et de contrôle de la pression artérielle sont atteints.

Mesures préventives en fonction du grade de risque podologique

Le patient est classé dans une catégorie de risque guidant la fréquence des actions de dépistage préventif et la prise en charge ultérieure.

	Caractéristiques	Mesures préventives	Professionnels/fréquence de suivi
Grade 0 Aucun sur-risque d'ulcère	Pas de perte de sensibilité (PS) ni d'artériopathie périphérique (AP)	Examen des pieds et gradation du risque podologique Évaluation de la marche et du chaussage : vérifier que la chaussure du commerce est adaptée à la morphologie des pieds Premiers conseils d'éducation au patient	MG ou médecin spécialisé en diabétologie, ou gériatre, ou pédicure-podologue, ou IPA, ou IDE sous protocole de coopération : tous les 12 mois
		Aide à l'application des mesures préventives si nécessaire	Infirmier (personnes âgées ou avec handicap), personnel SAD
Grade 1 Risque d'ulcère faible	PS ou AP	Examen des pieds et gradation du risque podologique Évaluation de la marche et du chaussage et mise en place d'un chaussage adapté si nécessaire Aide de l'entourage Éducation du patient	MG ou médecin spécialisé en diabétologie, ou gériatre, ou pédicure-podologue, ou IPA : tous les 6 à 12 mois Évaluation de la marche et du chaussage par médecin MPR si besoin (comorbidité rhumato-logique)
		Bilan-diagnostic podologique complet (examen biomécanique en décharge, statique, postural et baropodométrie)	Pédicure-podologue : tous les ans (à ce jour, non remboursé par l'Assurance maladie)
		Aide à l'application des mesures préventives si nécessaire	Infirmier (personnes âgées ou avec handicap), personnel SAD
		Soins cutanéo-unguéaux préventifs du pied	Pédicure-podologue : tous les 6 mois et plus selon avis médical , ce nombre pouvant être adapté pour les patients en situation de handicap et la personne âgée (à ce jour, non remboursé par l'AM)
		Prescription d'orthèses podologiques préventives si nécessaire (orthoplasties, orthèses plantaires...)	Médecin ou pédicure-podologue Podo-orthésiste
		Prise en charge de l'artériopathie si existante	Médecin/chirurgien vasculaire cardiologue
Grade 2 Risque d'ulcère modéré	PS+ AP OU PS+ déforma-tion du pied OU AP+ déforma-tion du pied	Examen des pieds et gradation du risque podologique Évaluation de la marche et du chaussage et adressage pour mise en place d'un chaussage adapté si nécessaire Aide de l'entourage Éducation du patient	MG ou médecin spécialisé en diabétologie, ou gériatre, ou pédicure-podologue, ou IPA : tous les 3 à 6 mois Évaluation de la marche et du chaussage par médecin MPR si besoin (comorbidité rhumato-logique)
		Bilan-diagnostic podologique complet (examen biomécanique en décharge, statique, postural et baropodométrie)	Pédicure-podologue : tous les ans (à ce jour, non remboursé par l'Assurance maladie)
		Aide à l'application des mesures préventives si nécessaire	Infirmier (personnes âgées ou avec handicap), personnel SAD

		Soins cutanéo-unguéaux préventifs du pied	Pédicure-podologue : 5 à 8 séances de soins par an recommandées (à ce jour, 5 séances maximum remboursées par l'AM)
		Prescription de chaussures thérapeutiques de série si nécessaire, voire sur mesure si déformation Prescription d'orthèses plantaires si nécessaire	Médecin ou pédicure-podologue, ou IPA Médecin ou pédicure-podologue Médecin spécialiste grand appareillage pour 1 ^{re} attribution avec podo-orthésiste, si sur mesure
		Prise en charge de l'artériopathie si existante	Médecin/chirurgien vasculaire/cardiologue
Grade 3 Risque d'ulcère élevé	PS ou AP, ET un ou plusieurs facteurs suivants : ATCD d'ulcère du pied Amputation du membre inférieur (mineure ou majeure) Néphropathie au stade terminal	Examen des pieds et gradation du risque podologique Évaluation de la marche et du chaussage et adressage pour mise en place d'un chaussage adapté systématique Aide de l'entourage Éducation du patient	MG ou médecin spécialisé en diabétologie, ou gériatre, ou pédicure-podologue, ou IPA : tous les 1 à 3 mois minimum Évaluation de la marche et du chaussage par médecin MPR si déformation (comorbidité rhumatologique)
		Prescription d'un chaussage thérapeutique systématique : – de série – sur mesure	– médecin ou pédicure-podologue ou IPA – médecin spécialiste grand appareillage pour 1 ^{re} attribution avec podo-orthésiste
		Bilan-diagnostic podologique complet (examen biomécanique en décharge, statique, postural et baropodométrie)	Pédicure-podologue : tous les ans (à ce jour, non remboursé par l'Assurance maladie)
		Aide à l'application des mesures préventives si nécessaire	Infirmier (personnes âgées ou avec handicap), personnel SAD
		Soins cutanéo-unguéaux préventifs du pied avec détersion et décharge en présence d'hyperkératose	Pédicure-podologue : 8 à 12 séances de soins recommandées par an (à ce jour, 6 séances (sans plaie) ou 8 séances (en cas de plaie) maximum remboursées par l'AM)
		Grand appareillage en cas d'amputation ou de déformation majeure (définie par le centre spécialisé)	MPR en centre spécialisé d'appareillage
		Prise en charge de l'artériopathie, si existante	Médecin/chirurgien vasculaire/cardiologue
		Prise en charge de la néphropathie stade terminal, si existante	Néphrologue en collaboration avec l'IPA ou l'infirmier de parcours en co-suivi avec le médecin traitant

Organisation des soins

➔ Recourir à une **équipe multidisciplinaire en soins primaires** pour la prise en charge globale du patient DT2, le parcours étant coordonné par le médecin traitant ou organisé autour du médecin traitant avec recours, si besoin dans les situations complexes, au [dispositif territorial d'appui à la coordination \(DAC\)](#).

Médecin généraliste

- Dépistage et diagnostic
- Consultation d'annonce et explications de la maladie ainsi que des complications possibles
- Information sur l'aptitude à la conduite automobile
- Évaluation de l'impact psychologique, de la motivation aux soins et des besoins éducatifs
- Prise en charge initiale avec évaluation du risque cardiovasculaire, recherche des complications de l'hyperglycémie chronique, prise en charge psychosociale et médico-administrative
- Repérage et accompagnement au sevrage tabagique et à la réduction de la consommation des boissons alcoolisées
- Prise en charge non médicamenteuse par les modifications thérapeutiques du mode de vie
- Prise en charge médicamenteuse, adaptation thérapeutique, réévaluation de la stratégie en collaboration avec le médecin spécialisé en diabétologie lorsqu'un avis ponctuel ou une prise en charge plus spécialisée est nécessaire
- Information, prise en charge éducative du patient et de l'entourage, en collaboration avec les autres acteurs de l'équipe de soins primaires
- Suivi systématique tous les 3 à 6 mois, en fonction de l'équilibre glycémique
- Prévention et dépistage des complications : surveillance clinique, suivi biologique, prescription d'examens complémentaires, orientation si nécessaire auprès des autres médecins spécialistes
- Mise à jour des vaccinations recommandées

Infirmier IDE

- Soins courants de prévention et de promotion de la santé dans une approche patient centrée
- Prise en charge psychosociale initiale
- Évaluation des besoins éducatifs, organisation et animation de séances d'ETP : autosurveillance glycémique, renouvellement et adaptation du matériel de surveillance glycémique (hors capteurs), bonnes pratiques et règles d'adaptation du traitement médicamenteux, principes de l'insulinothérapie, de l'administration et de l'adaptation des doses, risque d'hypoglycémie, éducation des proches aidants, accompagnement des modifications du mode de vie
- Évaluation des acquis, du vécu, des difficultés d'autogestion et accompagnement du patient vers une meilleure adhésion thérapeutique et un maintien des compétences développées
- Accompagnement et soutien des aidants
- Surveillance de l'efficacité des traitements, des risques et des effets secondaires
- Surveillance glycémique pour les patients non autonomes quelle qu'en soit la raison (âge, fragilité, état cognitif...)
- Administration des traitements et réalisation, si besoin, de l'insulinothérapie (adaptation des doses selon la prescription...) sur la base d'un protocole personnalisé d'adaptation écrit
- Télésoin et interprétation des données et alertes de télésurveillance dans le cadre des compétences de l'infirmier
- Assistance à la mise en place des mesures préventives du pied diabétique, si nécessaire
- Soins de plaies du pied, le cas échéant en télésoin en présence d'un médecin expert en plaie du pied diabétique
- Vaccination à l'exception de vaccins atténusés chez les personnes immunodéprimées (et sous réserve des conditions requises)
- Dépistage, évaluation et accompagnement au sevrage tabagique et en cas de mésusage de l'alcool hors dépendance en lien avec un médecin spécialiste ou une équipe dédiée

Infirmier ASALÉE (action de santé libérale en équipe)

Travail en équipe entre médecin généraliste et infirmier délégué à la santé populationnelle sous protocole de coopération pour la prévention, le dépistage, l'éducation thérapeutique et le suivi du patient DT2

Actes délégués :

- rédaction et signature des prescriptions des examens HbA1c, micro-albuminurie, dosage du HDL cholestérol, créatininémie et fond d'œil
- prescription et réalisation des ECG

- prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds

Infirmier IPA mention pathologies chroniques stabilisées

- Dépistage du DT2 d'un patient suivi pour une autre pathologie chronique
- Suivi des patients DT2 stabilisés en alternance avec le suivi médical (rythme défini en accord avec le MG et l'IPA)
- Prévention et dépistage des complications : surveillance clinique, suivi biologique, prescription d'examens complémentaires, orientation si nécessaire auprès d'un médecin spécialiste
- Renouvellement et adaptation thérapeutique au regard des recommandations et des résultats glycémiques
- Prescription de soins diététiques et d'activité physique si nécessaire et orientation du patient vers les professionnels et structures adéquats
- Examen des pieds, évaluation du risque podologique et conseils de prévention podologique, prescription d'orthèses de série et de chaussures thérapeutiques de série de type CHUT/CHUP et réorientation vers pédicure-podologue dès que besoin
- Mise en œuvre d'une éducation thérapeutique en fonction de la situation en lien avec un IDE ASALÉE, un diététicien, un professionnel de l'APA, un pédicure-podologue
- Participation à la coordination du parcours de soins du patient en lien avec le médecin traitant
- Accompagnement et orientation psychosociale en fonction des besoins du patient

Diététicien

- Évaluation alimentaire et nutritionnelle personnalisée pour établir le bilan diététique
- Conseils initiaux pour la mise en œuvre du plan de soins diététique personnalisé
- Suivi diététique pour renforcer et soutenir, notamment en cas de difficultés pour atteindre les objectifs nutritionnels, le cas échéant en télésoin
- Participation à l'ETP
- Repérage et accompagnement des troubles des conduites alimentaires
- Dépistage et surveillance en cas de dénutrition, notamment pour les personnes à risque (ex. : personnes âgées fragiles, personnes en situation de précarité)
- En cas de MRC, l'intervention diététique est utile à partir du stade 3, plus précocement selon le contexte et nécessaire dès le stade 4, afin de personnaliser les apports en eau, en sel, en protéines, en potassium, en phosphore

Professionnel de l'activité physique adaptée

- Évaluation et accompagnement au changement de comportement à risque lié au mode de vie inactif et sédentaire, conseils et choix d'une activité physique en fonction des aptitudes et des préférences du patient
- Évaluation de la condition physique, des facteurs motivationnels et psychosociaux
- Apprentissage de pratiques d'AP ou sportives motivantes, progressives et sécurisées intégrant un apprentissage à une pratique en autonomie (participation à l'ETP)
- Orientation vers les structures relais/passerelles d'APA
- Conseils et suivi pour une pratique d'AP en autonomie
- Accompagnement de l'APA, notamment chez les personnes âgées à risque de chutes

Pédicure-podologue

- Gradation du risque podologique (sans prescription médicale)
- Bilan-diagnostic podologique complet (dès le grade 1)
- Prescription des séances de soins adaptés
- Suivi podologique comprenant, selon le grade de risque podologique, soins du pied, éducation thérapeutique, voire suivi de plaie pour détersion de l'hyperkératose périlésionnelle
- Prescription de chaussures thérapeutiques de série et d'orthèses plantaires
- Prescription d'autres orthèses podologiques du pied (orthoplastie, orthonyxie...)
- Participation à l'ETP

Pharmacien d'officine

- Délivrance des traitements, appui à la compréhension et à l'adhésion thérapeutique, recherche des interactions médicamenteuses, pharmacovigilance
- Adaptation des posologies en concertation avec le médecin en tant que pharmacien correspondant dans le cadre de l'exercice coordonné
- Réalisation du bilan partagé de médication des patients âgés polymédiqués
- Participation à l'ETP
- Repérage initial des facteurs de risque du DT2
- Conseils nutritionnels
- Prévention des risques liés à l'automédication, à la consommation de compléments alimentaires, de produits amaigrissants
- Apprentissage de l'utilisation des dispositifs médicaux et vérification de leur bonne utilisation, matériovigilance
- Accompagnement au sevrage tabagique
- Vaccination à l'exception de vaccins atténués chez les personnes immunodéprimées (et sous réserve des conditions requises)

Psychologue/psychiatre

- Prévention dès l'identification d'une situation de prédiabète
- Gestion de l'annonce de la maladie chronique, soutien pour l'acceptation de la maladie, aide à l'adhésion au changement du mode de vie, en cas de troubles alimentaires : par approche psychologique, thérapie comportementale et cognitive (TCC)
- Psychologue : jusqu'à 12 séances remboursées par année civile (dispositif mon soutien psy)
- Psychiatre : reconnaissance et prise en charge des troubles anxieux, dépressifs, d'un trouble du comportement alimentaire

Patient partenaire formé

- Soutien et accompagnement collectif ou individuel en dehors ou intégré aux séances d'ETP
- Mise à disposition d'une ligne d'écoute solidaire animée par des bénévoles patients experts et d'une ligne d'écoute juridique animée par un juriste
- Réalisation de supports d'information vulgarisés sous différents formats (livrets, site internet, programmes courts) pour mieux comprendre et s'approprier la maladie

Travailleur social

- Évaluation des situations de vulnérabilité et des besoins
- Élaboration et réalisation de plans d'aide, prise en charge de la précarité
- Accompagnement des aidants

➔ Recourir aux autres spécialistes lorsqu'un avis ponctuel ou une prise en charge plus spécialisée sont requis pour la prise en charge du DT2 ou de ses complications.

Médecin spécialisé en diabétologie

Prise en charge requise :

- Patiente DT2 enceinte ou ayant un projet de grossesse à court terme

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 ou macrovasculaire aiguë ou évolutive
- Difficulté à atteindre l'objectif glycémique ou pondéral après 6 à 12 mois de prise en charge en MG
- Personnes en 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

Ophthalmologiste

- Dépistage de la rétinopathie diabétique (RD) dès le diagnostic de DT2 puis annuel ou tous les 2 ans selon le contexte
- Possibilité de lecture différée d'une rétinographie en couleur, sans la présence du patient : pour les patients diabétiques de moins de 70 ans, et sans rétinopathie diabétique connue, l'examen de dépistage de la rétinopathie diabétique peut être réalisé par un orthoptiste ou un infirmier sous protocole de coopération avec un ophtalmologue
- Prise en charge et suivi de la RD dès le stade de RD non proliférante minime
- Dépistage périodique des autres anomalies ophthalmologiques

Cardiologue

- Systématique chez les sujets à haut ou très haut risque cardiovasculaire
- En cas de maladie coronarienne lorsque le dernier bilan date de plus de 1 an
- Si symptômes, signes cliniques et/ou anomalies à l'ECG
- Évaluation de la tolérance à l'effort avant pratique d'une activité physique d'intensité élevée pour les patients à risque CV élevé
- Bilan de complications macrovasculaires ou après découverte d'une autre complication macrovasculaire
- HTA non contrôlée à 6 mois sous trithérapie après avoir vérifié la bonne observance et l'HTA en ambulatoire
- Traitement d'une dysfonction érectile envisagé si risque cardiovasculaire élevé

Gériatre

- Évaluation gérontologique globale si multimorbidité, dépendance, âge avancé (> 80 ans) ou situation médico-sociale complexe
- Réévaluation des associations médicamenteuses et optimisation thérapeutique
- Prise en charge des patients polymorbides ou dépendants

Chirurgien-dentiste

- Contrôle de l'hygiène et de la santé dentaires
- Dépistage et traitement de pathologies bucco-dentaires, notamment parodontopathies

Néphrologue

- Aide au diagnostic, traitement et suivi de l'atteinte rénale
- Présence ou persistance d'une albuminurie sévère ($A/C > 300$ mg/g ou > 30 mg/mmol)
- MRC stade 3B, 4, 5 soit DFG < 45 mL/min pour $1,73\text{ m}^2$
- En cas de doute sur l'origine diabétique de l'atteinte rénale ou en cas d'évolution inhabituelle faisant évoquer une néphropathie non diabétique (dégradation rapide du DFG, hématurie, absence de RD, signes en faveur d'une autre cause de néphropathie ou d'une maladie systémique avec atteinte rénale)

Neurologue

- Aide au diagnostic, au traitement et au suivi de l'atteinte neurologique
- Échec de prise en charge de 1^{re} ligne d'une neuropathie douloureuse
- Bilan neurovasculaire en cas de suspicion d'accident ischémique transitoire, de sténose carotidienne

Hépato-gastro-entérologue

- Suspicion de gastroparésie ou de gastroparésie invalidante
- Lorsque le dépistage de maladie métabolique du foie indique un risque de fibrose hépatique avancée

Urologue

- Dysfonction érectile après échec du traitement de 1^{re} intention
- Incontinence urinaire, symptômes d'hyperactivité vésicale après échec des traitements de 1^{re} intention
- Symptômes de la phase de vidange vésicale, d'infections urinaires à répétition, de résidu post-mictionnel > 100 ml

Gynécologue

- Consultation préconceptionnelle, suivi de la grossesse en collaboration avec le médecin spécialisé en diabétologie, le gynécologue-obstétricien et la sage-femme
- Prescription et adaptation de la contraception en fonction des facteurs de risque cardiovasculaire
- Dysurie, infections urogénitales à répétition, troubles de la libido et troubles sexuels
- Au moment de la ménopause, pour juger de l'opportunité d'un traitement hormonal

Dermatologue

- Prise en charge des pathologies dermatologiques associées au diabète : nécrobiose lipoïdique, granulome annulaire, xérose cutanée, prurit résistant
- Prise en charge des intertrigos résistants au traitement antimycosique de 1^{re} intention

Médecin en médecine physique et réadaptation

- Évaluation du chaussage si déformation
- Évaluation et prescription du grand appareillage
- Évaluation et prise en charge en cas de retentissement fonctionnel important
- En cas d'échec de prise en charge de 1^{re} ligne d'une neuropathie douloureuse

Autres professionnels de santé

- Chirurgien (viscéral, orthopédiste ou spécialiste du pied), chirurgien vasculaire, infectiologue ou microbiologiste clinique, angiologue, radiologue, podo-orthésiste ou ortho-prothésiste, addictologue, médecin spécialisé en médecine du sommeil, biologiste, médecin du travail, médecin expert du permis de conduire, professionnel de la santé sexuelle

Ce document présente les points essentiels de la publication : Parcours de soins du patient adulte vivant avec un diabète de type 2 : les points critiques du parcours, Méthode, **juin 2025**
Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr