

Dossier documentaire

DIABETE DE TYPE 2

Parcours et suivi par les professionnels de santé de premier recours

Document établi avec le concours méthodologique de la HAS, conforme à la méthode de la HAS de production des listes de critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles

Rédacteur :
Docteur Claude Magnani

Relecteur :
Docteur Jean-Pierre Mairesse

Médecins coordonnateurs des GQ de Normandie

- Madame Fabienne GOUABAULT IDEL, Présidente de l'URPS Infirmiers
- Docteur en pharmacie : Christophe DEPLANQUE, Trésorier adjoint de l'URPS Pharmacie

PROBLÉMATIQUE

L'accroissement de l'espérance de vie permis par les nombreuses avancées médicales des dernières décennies a eu pour corolaire le vieillissement de la population ainsi que l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques. En 2012, le nombre de personnes atteintes d'une maladie chronique était estimé à 15 millions en France.

Parmi elles, le diabète de type 2 occupe une place à part entière. Avec plus de 3 500 000 patients pris en charge pharmacologiquement en 2019, soit près de 5,2 % de la population française, l'accompagnement des personnes atteintes de diabète constitue un véritable enjeu de santé publique.

En plus des effets délétères du diabète sur la santé de ceux qui l'éprouvent, son coût médical direct (consultations, traitements, hospitalisations, etc.) et de ses complications est estimé à 7,7 milliards d'euros chaque année.

Afin d'améliorer la prise en charge et l'accompagnement des personnes atteintes ainsi que l'efficacité médico-économique du système de santé, la loi de 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a introduit la notion de parcours de soins.

Le parcours de soins des personnes diabétiques de type 2 est construit par la Haute Autorité de Santé (HAS) autour de 6 épisodes de soins :

1. le repérage, le diagnostic et la prise en charge initiale ;
2. la prescription et les conseils d'une activité physique adaptée ;
3. la prescription et les conseils diététiques adaptés ;
4. l'initiation d'un traitement et le passage à l'insuline

5. la découverte d'une complication
6. Le dépistage et la prise en charge du diabète gestationnel

Ce chapitre intègre les dernières recommandations SFD (société française de diabétologie), ADA (american diabetes association), ESC (european society of cardiology) et ESH ((european society of hypertension) 2023 et ADA/EASD (european association for the study of diabète) 2022 pour la prise en charge du diabète de type 2.

LE REPERAGE, LE DIAGNOSTIC ET LA PRISE EN CHARGE INITIALE

Diabète définitions

Hyperglycémie chronique dont le diagnostic est biologique (définitions ADA 2023):

- 2 glycémies à jeun $\geq 1,26$ g/L (jeûne de 8 heures)
- ou HbA1c $\geq 6,5$ % (48 mmol/mol)
- ou HGPO-75g H2 ≥ 2 g/L
- Glycémie ≥ 2 g/L et symptômes (polyurie, polydipsie, amaigrissement)

Au cours du diabète, l'atteinte coronaire est plus étendue, sévère et diffuse.

- 6 à 35% ont une **ischémie myocardique sans angor**
- et 50% des infarctus du myocarde sont **silencieux** (SFD 2021 CAD).
- Le responsable majeur est le **LDL cholestérol**.
- Le risque **d'insuffisance cardiaque** est multiplié par 2 à 4.

Les femmes avec DT2 sont à risque élevé **d'AVC**.

Hyperglycémie modérée à jeun (HGMAJ)

Ou prédiabète, correspond au stade précurseur du diabète.

- La définition ADA 2021 du prédiabète est biologique : HbA1c 5,7 - 6,4 % (OMS est 6 - 6,4) ou glycémie à jeun 1 - 1,25 g/L (OMS est 1,1 - 1,25) ou HGPO-75g H2 1,4 - 1,99 g/L. En cas de valeur limite haute, répéter le dépistage à 3-6 mois.
- Le prédiabète doit faire contrôler chaque année la glycémie (tous les 1-3 ans si $< 1,1$ g/L).
- La perte d'un kg réduit de 43% le risque de DT2 (ESC 2019 diabetes).

Dépister régulièrement un diabète si :

- +35 ans,
- prédiabète (annuel),
- diabète gestationnel (max 3 ans),
- VIH,
- surpoids avec autre facteur de risque (antécédent familial, maladie cardiovasculaire,
- origines africaines/asiatiques/pacifiques,

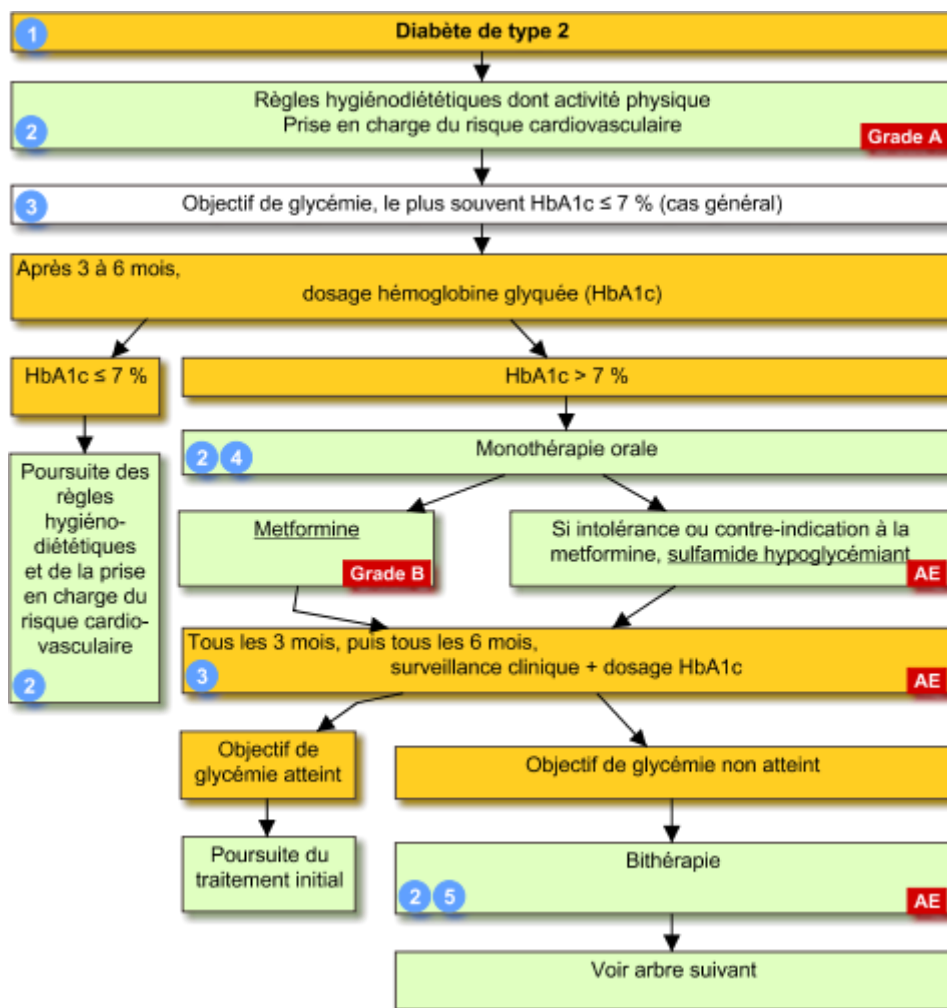
- hypertension, HDL < 0,35 g/L, TG > 2,5 g/L,
- inactivité physique,
- stéatose hépatique,
- [acanthosis nigricans](#)
- [Findrisc](#) : Le score Findrisc (ou Findrisk), vous permet de calculer votre risque de développer un diabète (de type 2) au cours des 10 prochaines années.

La prise en charge du diabète de type 2 repose sur :

- la diminution et le contrôle du poids par une alimentation équilibrée,
- une activité physique régulière,
- l'arrêt du tabac le cas échéant.

Réévaluation entre 3 et 6 mois

Si ces mesures ne se sont pas suffisantes, des médicaments antidiabétiques peuvent être prescrits, d'abord sous forme de comprimés puis, si nécessaire, en injections. L'objectif du traitement est de réduire le risque de complication en maintenant le taux sanguin de sucre dans des valeurs normales.



1 Grade de recommandation AE

L'arbre décisionnel est inspiré de la stratégie thérapeutique recommandée par la HAS dans les avis de la Commission de la Transparence accompagnant l'arrivée de nouvelles classes thérapeutiques.

2 la prescription et les conseils d'une activité physique adaptée et de diététique

3 Objectif glycémique des patients atteints de diabète de type 2

4 Monothérapie

5 Bithérapie

LA PRESCRIPTION ET LES CONSEILS D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE (12)

Une activité physique modérée de 2h 30 par semaine doit être mise en place progressivement. Il peut s'agir d'une activité physique adaptée (APA), « sport sur ordonnance ».

il n'y a pas de risque d'hypoglycémie chez un patient DT2 pour une AP d'intensité modérée à élevée qui n'est pas sous traitement par hypoglycémifiants oraux insulinosécréteurs (sulfamides ou glinides) ou sous insuline. ***Chez ces patients traités par diététique ou médicaments non hypoglycémifiants, l'autocontrôle glycémique est inutile.***

À l'inverse, toute AP peut entraîner une hypoglycémie en cas d'inadaptation de la thérapeutique insulinosécrétrice ou par insuline.

Chez ces patients, l'autocontrôle glycémique est indispensable pour les AP nouvelles ou inhabituelles.

On peut aussi conseiller (sans obligation) aux patients DT2 de pratiquer leur AP en postprandial, c'est-à-dire au moment où la glycémie est la plus élevée, afin de bénéficier de cet effet réducteur de l'AP sur l'hyperglycémie postprandiale.

Les effets à long terme de l'activité physique

Chez les patients DT2 ou prédiabétiques, une AP régulière entraîne une augmentation de la sensibilité à l'insuline des tissus même au repos et améliore ainsi la tolérance au glucose. Cet effet sur la sensibilité à l'insuline apparaît après une session d'AP et persiste sur une durée moyenne 4 à 6 heures. Cet effet devient progressivement permanent avec une AP régulière. Cette réduction de l'insulinorésistance par une AP régulière s'explique par :

- une modification de la composition corporelle du sujet avec une diminution de la masse grasse, en particulier viscérale, et une augmentation de la masse musculaire ;
- des modifications de la cellule musculaire squelettique avec une augmentation des transporteurs de glucose, une augmentation des voies de signalisation de l'insuline, une augmentation de la capacité à stocker le glucose sous forme de glycogène ;
- une augmentation de la micro-vascularisation.

Une AP régulière en endurance, en renforcement musculaire, ou l'association des deux améliore les 5 facteurs de risque de progression de la maladie diabétique (c'est-à-dire les risques de complications micro et macro vasculaires) :

- l'HbA1c,
- la pression artérielle,
- l'IMC,
- la masse grasse viscérale
- le profil lipidique.

Il existe une relation dose-réponse entre d'une part le volume d'AP en endurance et d'autre part la diminution de l'HbA1c et de la pression artérielle.

Chez les patients DT2, une AP régulière réduit

- de 25 à 30 % le risque de survenue des complications microvasculaires.
- le risque de maladies cardio-vasculaires (complications macro vasculaires).
- le risque de mortalité cardio-vasculaire indépendamment des autres facteurs de risque cardio-vasculaire, avec une relation dose-réponse.

Chez les patients DT2 insulino-requérants (traités par insuline), une AP physique régulière permet de réduire les besoins en insuline.

Chez les patients DT2 mal équilibrés (avec un taux plus élevé d'HbA1c), les effets d'une AP régulière sur la baisse du taux d'HbA1c sont plus importants que chez les DT2 bien équilibrés. L'AP garde ces effets et reste d'autant plus importante.

Chez les patients prédiabétiques, l'AP réduit de 30 à 50 % le risque de développer un DT2, indépendamment des effets des conseils alimentaires, de l'IMC de départ et de ses variations. Ces bénéfices sont obtenus pour des AP d'intensité modérée à élevée, mais aussi pour des AP de faible intensité (comme la marche lente ou le jardinage), suggérant que chez ces patients, souvent inactifs et en surpoids, la durée et la quantité totale d'énergie dépensée comptent davantage que l'intensité de l'AP.

LA PRESCRIPTION ET LES CONSEILS DIETETIQUES ADAPTES

Tout le monde devrait manger comme un diabétique de type 1

Les mesures diététiques sont toujours nécessaires et doivent être réévaluées à chaque étape de la stratégie.

Une modification du comportement alimentaire est nécessaire pour éviter les fortes variations glycémiques et l'excès de poids. Cela peut permettre de retarder la prise d'insuline. Les points essentiels dans la réussite du traitement sont la pratique d'une activité physique régulière, accompagné d'un régime sain, varié et équilibré pour aider à la stabilisation de la glycémie et améliorer la qualité de vie à plusieurs niveaux (meilleure condition physique, diminution de l'anxiété et des risques de dépression...).

En effet, chez les personnes en surpoids, une perte de poids significative permet de diminuer l'insulinorésistance en améliorant l'équilibre métabolique.

EVITER :

- Les repas trop copieux
- Une alimentation trop riche en graisse
- Les plats industriels
- La surconsommation de viande rouge, de sucre et de sel
- Les aliments d'indice glycémique élevé (pommes de terre, riz blanc à cuisson rapide, pain blanc...)

PRIVILÉGIER :

- Les légumineuses, les céréales, les légumes frais, les fruits (pas plus de 3 portions)
- L'eau et les boissons non sucrées
- Les aliments d'indice glycémique bas ou moyen (pâtes, riz complet ou basmati, pain complet...)

L'INITIATION DU TRAITEMENT : de la metformine à l'insuline (10)

La **metformine** est le traitement oral de 1^{re} intention. Elle doit être administrée à dose progressive jusqu'à la dose maximale tolérée.

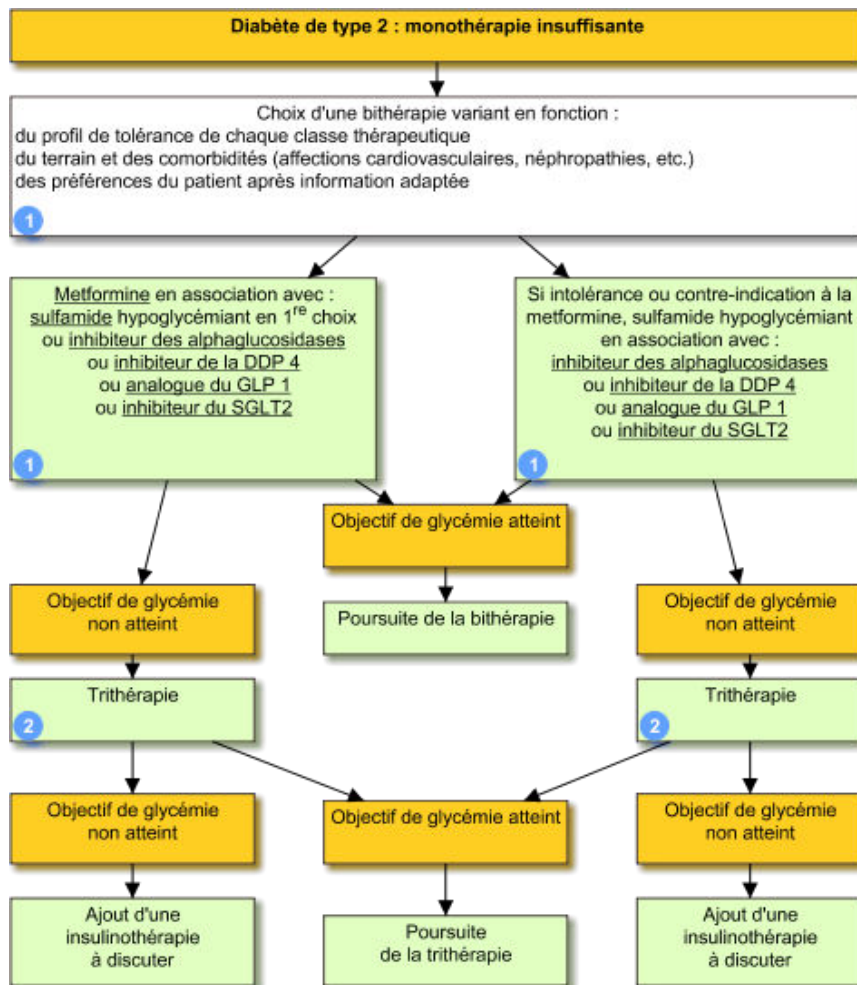
En cas d'intolérance ou de contre-indication à la metformine

- DFG < 30 ml/min
- décompensation cardiaque majeure
- infarctus du myocarde récent
- déshydratation
- infection grave
- choc
- antécédent d'acidose lactique

un **sulfamide hypoglycémiant** est recommandé (synthèse d'avis de la Commission de la Transparence, HAS, juillet 2021) en prenant en compte le risque d'hypoglycémie.

Certaines recommandations internationales (ADA/EASD 2021) préconisent un choix différent :

- utilisation des **inhibiteurs du SGLT2** (gliflozines)
- ou des **analogues du GLP-1** (incrétinomimétiques) en cas d'atteinte cardiovasculaire ou rénale.



1 Bithérapie

Après échec de la monothérapie, la bithérapie recommandée en 1^{re} intention d'après la HAS (synthèse d'avis de la Commission de la Transparence, juillet 2021), en absence de contre-indication, est :

- metformine + sulfamide hypoglycémiant.

En second choix, les autres classes utilisables en bithérapie avec metformine ou sulfamide sont, selon la HAS,

- un inhibiteur de l'alphaglucohydrolase
- ou un inhibiteur de la DPP4 (gliptine)
- ou un analogue du GLP1 (incrétinomimétique)
- ou un inhibiteur du SGLT2 (gliflozine),
- ou insulines

Chez les diabétiques avec maladie cardiovasculaire, les analogues du GLP-1, plus précisément dulaglutide et liraglutide et les inhibiteurs du SGLT2 (en cas de DFG compatible)

sont préconisés préférentiellement, car ils ont démontré un bénéfice en prévention cardiovasculaire primaire et secondaire chez les patients à risque cardiovasculaire.

Chez les diabétiques atteints d'insuffisance rénale, les inhibiteurs du SGLT2 (si DFG compatible) sont préconisés préférentiellement.

Chez les diabétiques ayant une obésité : les analogues du GLP-1 et les inhibiteurs du SGLT2 (si DFG compatible) sont préconisés préférentiellement.

2 Trithérapie

Les médicaments des classes précédentes peuvent être utilisés en trithérapie (voir Traitements médicamenteux et les avis de la Commission de la Transparence, HAS). L'insulinothérapie est le traitement de choix lorsque les traitements oraux et non insuliniques ne permettent pas d'atteindre l'objectif glycémique.

Insulinothérapie

- L'instauration de l'insulinothérapie doit faire l'objet de discussion avec le patient et/ou son entourage.
- Elle doit être accompagnée et, si possible, précédée de l'apprentissage et de la mise en œuvre d'une autosurveillance glycémique.
- Avant de prescrire l'insuline, il est recommandé de demander un examen ophtalmologique : en cas de rétinopathie diabétique évoluée, proliférative ou pré proliférative, il convient de réaliser une photocoagulations panrétiniennes avant ou pendant la période d'amélioration glycémique. La réduction de la glycémie devra être effectuée de manière progressive et en accord avec l'ophtalmologiste.
- Un ou plusieurs contacts doivent être programmés dans les premières semaines de traitement avec l'équipe soignante pour vérifier avec le patient la bonne réalisation du traitement.
- Il faut éviter d'hospitaliser systématiquement un patient lors de l'instauration de l'insulinothérapie.

Pour en savoir plus

<https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/diabete-de-type-2-prise-en-charge-initiale-1440.html#insulinotheapie>

<https://recomedicales.fr/recommandations/diabete-type-2/>

LA DECOUVERTE D'UNE COMPLICATION

BILAN BIOLOGIQUE ANNUEL DU DIABETIQUE

- HbA_{1c} (tous les 3-6 mois)
- Bilan lipidique (LDL, HDL, CT, TG) à jeun
- NFS, ferritinémie
- ASAT, ALAT, GGT, score FIB-4
- Créatininémie et DFG (CKD-EPI)
- Ratio albuminurie/créatininurie sur échantillon
- Si HTA : ionogramme sanguin
- Si obésité, HTA, dyslipidémie, maladie rénale, coronaropathie, femme ou bas socio-économique : (NT-pro) BNP

LES COMPLICATIONS DU DIABETE A DEPISTER

La souffrance vasculaire au cours du diabète concerne l'intégralité des vaisseaux de l'organisme, quels que soient leur taille et les tissus qu'ils irriguent. Cette souffrance a parfois une traduction clinique : on distingue classiquement les complications microangiopathies (rein, œil, nerf) des complications macroangiopathiques, qui consistent en une athérosclérose accélérée, avec certaines spécificités.

La présence d'un diabète augmente considérablement plus le risque d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (augmentation de 6 à 10 fois), que celui de coronaropathie (augmentation de 2 à 4 fois) ou d'accident vasculaire cérébral ischémique (2 fois).

L'idée est de présenter les complications sous la forme d'un tableau avec des liens ouvrant sur les sous articles.

Appareil	Soins	Source
Anévrysme de l'aorte abdominale AAA	Échographie si homme 65-75 ans et tabac ou ATCD familial AAA 1 ^{er} degré, AOMI	ACC/AHA 2022
AINS	Éviter toute prise	Communiqué ESC 2022
Anti coagulants oraux : AOD (rivaroxaban)	Aspirine + AOD à considérer si coronaropathie stable ou AOMI/artériopathie et risque hémorragique faible	ADA 2023
Artériopathie oblitérante des membres inférieurs ; AOMI	Symptômes + poulx + cutané et/ou IPS réguliers. IPS si ulcération Symptômes + poulx annuels, IPS au diagnostic puis /5-10 ans	ESC 2023 diabetes ESC 2019 diabetes
Aspirine prévention primaire	75-100 mg/j pourrait être considéré (sauf CI) 75-160 mg/j envisageable si (très) haut risque CV ou coronaire sans risque de saignement	ESC 2023 ADA 2023, ESC 2021

Appareil	Soins	Source
Aspirine prévention secondaire	75-100 mg/j si coronarien ou revascularisation 75-160 mg/j ± associé selon la pathologie, prolonger bi-antiagrégants si bien toléré (max 3 ans)	ESC 2023 diabetes ADA 2023, ESC 2019 diabetes
AVC	Femmes à haut risque : éducation, correction des FRCV	ESC 2023 diabetes
Boulimie et TCA	Questionnaire SCOFF pour le dépistage	HAS 2019
Cancer du pancréas	- Diabète < 12 mois : ≥ 50 ans sans ATCD familial ni surpoids OU amaigrissement > 10% - Pancréatite chronique + apparition ou décompensation de diabète	INCa 2019
Cardiologue	Suivi annuel	HAS 2014
Chirurgie bariatrique	-65 ans avec IMC ≥ 40 OU IMC ≥ 35 avec ≥ 1 : HTA, apnées du sommeil ou autres, diabète type 2, ostéoarticulaires invalidantes, NASH OU IMC ≥ 30 en dernier recours	HAS 2022 et 2009 obésité
Covid-19	Antiviral en urgence si infection Covid-19	HAS 2023
Dentaire	Suivi annuel	HAS 2014, IDF 2009
Dysfonction érectile	Interrogatoire systématique. Si présente : dépistage annuel hypotension orthostatique, dysfonction vésicale	AIUS 2018
ECG	Annuel (VPN très faible)	SFD 2021 CAD
Épreuve d'effort	Angor , dyspnée inexplicquée, réduction des performances, très haut risque coronaire (/3-5 ans). Considérer si MCV et reprise effort	ESC 2023, ADA 2023, SFD 2021 CAD
Fibrate	Envisager si (très) haut risque coronaire avec LDL cible mais TG > 2 g/L et HDL bas	SFD 2021 CAD
Fibrillation atriale	Tout âge : dépistage opportuniste par pouls/ECG. +75 ans : ECG systématique à considérer	ESC 2023 diabetes
Hypertension artérielle	Mesure avec brassard adapté tous les 1 à 3 ans	ESC/ESH 2021
Incontinence urinaire	Dépistage à l'interrogatoire	Anaes 2003
Insuffisance cardiaque	Dépistage systématique des symptômes et signes et (NT-pro) BNP si suspicion (NT-pro) BNP annuel si: obésité, HTA, dyslipidémie, maladie rénale, coronaropathie, femme, bas socio-éco	ESC 2023 diabetes ADA 2022
Stéatopathie métabolique	Dépistage par échographie abdominale	AFEF 2020

Appareil	Soins	Source
<u>Stéatohépatite</u> (NASH)	<u>Score FIB-4</u> tous les 2 ans	AFEF 2020
<u>Néphropathie</u>	Créatininémie et rapport albuminurie/créatininurie annuels	ADA et HAS 2023
Neuropathie	Dépistage annuel : monofilament et grade podologique, pic-touche, diapason, hypotension orthostatique, sécheresse cutanée	ADA 2023, HAS 2020 et ESC 2019 diabetes
Rétinopathie	Dépistage annuel. Tous les 2 ans si : pas d'insuline, équilibre tensionnel et glycémique optimaux	ADA 2023, SFD 2016
Score calcique	Pas d'argument pour l'utiliser pour la classification du RCV <u>≥ 2 facteurs de haut risque coronaire</u> ± test d'effort	ESC 2023 diabetes SFD 2021 CAD
Syndrome des ovaires polykystiques : <u>SOPK</u>	Envisager le dépistage chez la femme	ESHRE 2023
Statine, LDL	LDL cible (souvent < 0,7 g/L) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK583661/	
<u>Syndrome de Cushing</u>	Étayer si : syndrome pluri métabolique, diabète déséquilibré sans cause évidente, symptômes	PNDS Cushing 2022
<u>Vaccins</u>	Covid-19, <u>grippe</u> , <u>pneumocoque</u>	Calendrier vaccinal
Vitamine B12	Si metformine : dosage après 4 ans de traitement Surveillance régulière et correction	KDIGO 2022 diabetes ADA/EASD 2022

AAA = anévrisme de l'aorte abdominale MRC = maladie rénale chronique ; aspirine : IPP si risque élevé de saignement digestif ;
Épreuve d'effort : évaluer les facteurs de risque : FRCV usuels, tour de taille, ancienneté du diabète, HbA_{1c}, complications, dysfonction érectile, SAOS, NASH

Points-clés complication diabète type 2

- Le facteur étiologique commun à toutes les complications du diabète est l'hyperglycémie chronique.
- Il s'associe à d'autres facteurs modifiables aussi importants, comme l'hypertension artérielle. Le traitement de l'HTA est bénéfique non seulement sur les pathologies cardiovasculaires mais aussi pour le rein et la rétine.
- Il est prouvé que lutter globalement contre ces facteurs est efficace.
- Les pathologies cardiovasculaires sont plus fréquentes chez le diabétique et, quand elles sont patentées, elles sont plus graves : deux tiers des diabétiques en mourront. Mais l'évolution récente dans la prise en charge des patients diabétiques, avec prescription raisonnée et sans retard de statines et de bloquants du système rénine-angiotensine-aldostérone réduit l'excès de mortalité cardiovasculaire chez les diabétiques.
- Les complications ont toutes une longue phase asymptomatique : le dépistage est un impératif.
- L'examen des pieds fait partie de toute consultation chez un patient diabétique.
- Le premier traitement d'une lésion podologique est la décharge, c'est-à-dire l'absence d'appui.

LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DU DIABETE GESTATIONNEL

Le diabète de la femme enceinte englobe en fait deux pathologies différentes :

- un diabète préexistant ou « pré-gestationnel », le plus souvent de type 2, qui existait déjà avant la grossesse mais qui n'est découvert qu'à l'occasion de celle-ci. Ce diabète persistera après l'accouchement.
- un diabète de grossesse ou « gestationnel », qui apparaît et qui est diagnostiqué au cours de la grossesse. Le diabète gestationnel disparaît après l'accouchement. Le diabète gestationnel est défini comme une « hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse ». Il concerne environ 16% des grossesses en France.

Il se définit par une hyperglycémie à jeun, gravidique, sans hyperglycémie avant la grossesse. La prévalence du diabète gestationnel est de 8% (2012) et en augmentation. Le risque à long terme de diabète de type 2 est alors multiplié par 7.

Facteur de risque de complications obstétricales :

- Maternelles : pré-éclampsie, césarienne, traumatisme périnéal
- Fœtales : macrosomie, hydramnios (rare), hyperbilirubinémie, dystocie des épaules, mortalité, hypoglycémie, prématurité

Chez qui dépister le diabète gestationnel ?

Indication au dépistage du diabète gestationnel si ≥ 1 facteur de risque parmi :

- Âge maternel ≥ 35 ans
- IMC ≥ 25 kg/m²
- Antécédent familial de diabète type 2 au 1er degré
- Antécédent personnel de diabète gestationnel
- Antécédent de macrosomie
- Poids de naissance ≥ 4 kg.
- Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK, ESHRE 2023)
- Dès le désir de grossesse ou rattrapage à 24-28 SA.

Comment dépister le diabète gestationnel ?

Quels sont les critères diagnostiques du diabète gestationnel ?

Recommandations pour le diagnostic biologique de diabète gestationnel :

- glycémie à jeun $\geq 0,92$ g/L au premier trimestre Seuil IADPSG.
- ou HGPO 75 g entre 24 et 28 semaines d'aménorrhée (SA)
Glycémie H0 $\geq 0,92$ g/L et/ou H1 $\geq 1,80$ g/L et/ou H2 $\geq 1,53$ g/L.

Si glycémie à jeun $> 1,26$ g/L en début de grossesse (à 2 reprises), il s'agit d'un diagnostic de diabète de type 2

Pour en savoir plus : <https://recomedicales.fr/recommandations/diabete-gestationnel/>

ET LE PARCOURS DE SOINS SUR VOTRE TERRITOIRE ?

BIBLIOGRAPHIE

1. [ÉTUDE SUR LE PARCOURS DE SOINS DES PERSONNES DIABÉTIQUES DE TYPE 2](#)
2. [Quels professionnels pour le suivi de mon diabète ? 13 décembre 2022](#)
3. [Surveillance du diabète : les fondamentaux 29 septembre 2021](#)
4. [Guide parcours de soins diabète de type 2 de l'adulte](#)
5. [Synthèse, guide, parcours de soins diabète de type 2 de l'adulte](#)
6. [Le parcours de soins du patient vivant avec un diabète de type 2 atteint de maladie rénale chronique en France : état des lieux et axes d'amélioration](#)
7. <http://www.cardiologie-francophone.com/PDF/scores/calcul-score2-score2op-2021.pdf>
8. Utilisation des statines pour la prévention primaire des maladies cardiovasculaires chez les adultes : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK583661/>
9. Complications dégénératives et métaboliques du diabète : <https://www.sfendocrino.org/complications-degeneratives-et-metaboliques-du-diabete/>
10. [Diabète de type 2 : prise en charge initiale VIDAL 2022](#)
11. [Diabète de type 2 L'activité physique pour votre santé](#)
12. [Prescription d'activité physique et sportive Diabète de type 2](#)
13. [Le diabète gestationnel](#)
- 14.