

Dépistage du diabète de type 2

Évaluer, SUR UNE BASE ANNUELLE, les facteurs de risque du diabète de type 2 :

• Antécédents familiaux (parent au premier degré atteint de diabète de type 2)

• Populations à haut risque (non-blancs, statut socio-économique défavorable)

• Antécédents de diabète gestationnel/prédiabète

• Facteurs de risque cardiovasculaire

• Présence de lésions des organes terminaux associées au diabète

• Autres maladies et médicaments associés au diabète (voir le chapitre 4 des LDPC, Dépistage du diabète chez les adultes, tableau 1)

Qui dépister

Aucun facteur de risque

Présence de facteurs de risque

Personnes âgées de moins de 40 ans ou présentant un risque faible à modéré*

Personnes âgées de 40 ans et plus ou présentant un risque élevé* (33 % de risque de développer un diabète de type 2 dans les 10 prochaines années) ou présentant un risque très élevé (50 % de risque de développer un diabète de type 2 dans les 10 prochaines années)

Aucun dépistage n'est indiqué

Dépistage tous les 3 ans

Dépistage tous les 6 à 12 mois

Comment procéder au dépistage

A1C (%)†

G AJ (mmol/l) Pas d'apport calorique pendant au moins 8 heures

Test

Résultat

Catégorie de dysglycémie

6,0 à 6,4

≥ 6,5

6,1 à 6,9

≥ 7,0

Prédiabète

Diabète

Anomalie de la glycémie à jeun (IFG)

Diabète

Diagnostic de diabète

(voir le chapitre « Diabète et grossesse » des LDPC pour en savoir plus sur le diagnostic du diabète gestationnel)

SI	Diagnostic de diabète	Commentaires
ASYMPTOMATIQUE	DEUX (2) résultats (A1C +/- GAJ) dans la plage du diabète – [le 2 ^e résultat confirme le diagnostic en l'absence de symptômes]	Par exemple, si un seul résultat A1C est dans la plage du diabète, demander un nouveau test A1C en temps utile pour confirmer le diagnostic de diabète, ou si les deux résultats A1C et GAJ sont dans la plage du diabète, le diagnostic peut être posé immédiatement
Présence de symptômes d'hyperglycémie manifeste [§]	UN (1) seul résultat dans la plage du diabète	En plus de l'A1C et de la GAJ, le diagnostic peut être posé à l'aide de : 2hPG lors d'une HGPO de 75 g ou PG aléatoire > 11,1 mmol/l

* En utilisant un calculateur de risques validé (par exemple, CANRISK)

† Connaître les facteurs qui ont une incidence sur la précision de l'A1C (voir chapitre 9 des LDPC, tableau 1)

§ Symptômes d'hyperglycémie manifeste, par exemple polyurie, polydipsie, polyphagie, perte de poids récente et inexplicable

Objectifs A1C pour la prise en charge de la glycémie

Objectifs A1C (%)	
< 6,0	Certains adultes atteints de diabète de type 2 avec possibilité de rémission vers la normoglycémie
≤ 6,5*	Adultes atteints de diabète de type 2 pour réduire le risque de maladie rénale chronique et de rétinopathie si le risque d'hypoglycémie est faible [†]
≤ 7,0	LA PLUPART DES ADULTES ATTEINTS DE DIABÈTE DE TYPE 1 OU DE TYPE 2
7,1 ↓ 8,5	7,1 à 8,0 % : Fonctionnellement dépendant [‡] 7,1 à 8,5 % : - Hypoglycémie sévère récurrente et/ou inconscience de l'hypoglycémie - Personnes fragiles et/ou présentant des troubles cognitifs[‡] - Espérance de vie limitée

Éviter un taux d'A1C plus élevé pour minimiser le risque d'hyperglycémie symptomatique et de complications aiguës et chroniques

Fin de vie : La mesure de l'A1C n'est pas recommandée. Éviter l'hyperglycémie symptomatique ainsi que toute autre hypoglycémie.

* Cibler 6,0 à < 6,5 pour les adultes atteints de diabète de type 2 avec possibilité de rémission en prédiabète

† Selon la classe de médicament(s) antihyperglycémique(s) utilisé(s) et les caractéristiques de la personne

‡ Voir le chapitre sur le Diabète chez les personnes âgées

Objectifs glycémiques (BG) pour la prise en charge de la glycémie

(si indiqué/accessible)

Objectifs glycémiques (BG)	Glycémie à jeun/préprandiale (mmol/l)	Glycémie postprandiale de 2 heures (mmol/l)
Pour la plupart des personnes atteintes de diabète	4,0 à 7,0	5,0 à 10,0

Surveillance continue de la glycémie (SCG) pour la prise en charge de la glycémie

(si indiqué*/accessible)

Pour la plupart des personnes atteintes de diabète de type 1 et de type 2

variabilité de la glycémie ≤ 36 % CV#

• Fonctionnellement dépendant

• Hypoglycémie sévère récurrente et/ou conscience altérée de l'hypoglycémie

• Personnes fragiles/personnes souffrant de troubles cognitifs

Diabète de type 1 : grossesse

	TAR Temps au-delà de la plage	TIR Temps dans la plage	TBR Temps en deçà de la plage
> 13,9 mmol/l	< 5 %		
> 10,0 mmol/l	< 25 %		
3,9 à 10,0 mmol/l	> 70 [§] %		
< 3,9 mmol/l	< 4,0 %		
< 3,0 mmol/l	< 1,0 %		

	> 13,9 mmol/l	> 10,0 mmol/l	3,9 à 10,0 mmol/l	< 3,9 mmol/l	< 3,0 mmol/l
< 10 %					
< 50 %					
> 50 %					
< 1,0 %					

	> 7,8 mmol/l	3,5 à 7,8 mmol/l	< 3,5 mmol/l	< 3,0 mmol/l
< 25 %				
> 70 %				
< 4,0 %				
≤ 1,0 %				

§ Correspond à un taux d'A1C d'environ 7 %; # variabilité de la glycémie exprimée en % du coefficient de variation (%CV)

* En l'absence de risque d'hypoglycémie, il est possible d'envisager une utilisation ciblée et périodique de la SCG chez les personnes engagées afin d'identifier les lacunes thérapeutiques, d'adapter le traitement et de soutenir la prise en charge individuelle au quotidien

Chaque variation absolue de 10 % du %TIR correspond à une variation de 0,5 à 0,8 % de l'A1C

Pharmacothérapie pour optimiser la glycémie et le risque cardio-rénal

Commencer la metformine

Commencer par l'administration d'agents protecteurs cardio-rénaux, lorsque cela est indiqué

Décompensation métabolique

Par exemple :

- Cétose
- Perte de poids involontaire
- Polyurie, polydipsie
- Hyperglycémie marquée

Insuline

A1C dans la cible ou au-delà

Risque cardiovasculaire élevé

Insuffisance cardiaque

Maladie rénale chronique

GLP1-RA* ou SGLT2i*

SGLT2i*

SGLT2i* Envisager un GLP1-RA[†]

A1C au-delà de la cible

Ajouter un traitement hypoglycémiant en fonction des priorités cliniques. Les priorités cliniques peuvent être les suivantes :

- Perte de poids
- Prévention de l'hypoglycémie
- Ampleur souhaitée de l'abaissement de l'A1C
- Coût
- Profil d'effets secondaires
- Possibilité de grossesse
- Comorbidités

Agents oraux, incrétines injectables, insuline

A1C au-delà de la cible ou nouvelle indication clinique

* Choisir un agent dont le bénéfice a été démontré, consulter le texte.

† Sur la base de l'essai FLOW qui n'a pas fait l'objet d'une révision dans le cadre de cette mise à jour, consulter le texte.

GLP1-RA = agoniste du récepteur peptidique 1 de type glucagon; SGLT2i = inhibiteur du cotransporteur sodium-glucose de type 2

Agents antihyperglycémiques et fonction rénale

Dose journalière maximale de la formulation à libération régulière (sauf indication contraire dans les notes de bas de page)

DFGe (ml/min/1,73 m²)	Biguanides	Incrétines			Inhibiteurs du SGLT2			Sécrétagogues	Autres	Insulines		
	Metformine	Inhibiteurs du DPP4	GIP/GLP1-RA	GLP1-RA	Canagliflozine	Dapagliflozine	Empagliflozine					
≥ 60	2550 mg (2000 mg)	5 mg	5 mg	100 mg	Tirzepatide 15 mg [‡]	Dulaglutide 4,5 mg [‡] Liraglutide 1,8 mg [‡] Semaglutide SQ 2 mg [‡] Semaglutide PO 14 mg [‡]	300 mg	10 mg	25 mg	Glicazide 320 mg (120 mg) [‡] Glimépiride 8 mg Glyburide 20 mg Repaglinide 12 mg	Acarbose 300 mg Pioglitazone 45 mg	Pas de dose journalière maximale
45 à 59							100 mg [‡]	Pas de modification de la dose [‡]	10 mg [‡]			
30 à 44	1000 mg		25 mg	50 mg			Ne pas commencer le traitement, mais le poursuivre [‡]					Une réduction de la dose peut être nécessaire
25 à 29	500 mg			25 mg								
20 à 24							Ne pas commencer le traitement, mais le poursuivre [‡]					
15 à 19									Ne pas commencer le traitement, mais le poursuivre [‡]			
< 15 ou dialyse	Éviter		Éviter		Données limitées	Données limitées					Éviter sulfonurées	

■ Réduction de la dose ■ Éviter ■ Données limitées ■ Ne pas commencer le traitement, mais le poursuivre

* Formulation à libération prolongée † Avantages cardio-rénaux préservés, mais efficacité hypoglycémiant réduite attendue ‡ Administration hebdomadaire

DPP4 = dipeptidyl peptidase 4; DFGe = débit de filtration glomérulaire estimé; GIP = polypeptide insulino-tropique gluco-dépendant; GLP1 = récepteur peptidique 1 de type glucagon; AR = agoniste des récepteurs; SGLT2 = cotransporteur sodium-glucose de type 2; SQ = sous-cutané; PO = oral

Médicaments pour la protection cardiovasculaire et/ou rénale

La personne a-t-elle/est-elle :

Maladie cardiovasculaire athérosclérotique	GLP-1 RA ¹ + SGLT2i ¹ + Statine ² + IECA/ARA ³ + AAS ⁴
• Maladie coronarienne, maladie artérielle périphérique, maladie cérébrovasculaire/carotidienne	
• Personnes âgées de plus de 60 ans et présentant ≥ 2 facteurs de risque cardiovasculaire supplémentaires ⁵	GLP-1 RA ¹ + SGLT2i ¹ + Statine ² + IECA/ARA ³
• Maladie rénale chronique (DFGe < 60 ml/min/1,73 m², ACR ≥ 2,0 mg/mmol)	SGLT2i ¹ + Statine ² + IECA/ARA ³ +/- GLP-1 RA +/- finérénone ⁶
• Insuffisance cardiaque (voir les lignes directrices sur l'insuffisance cardiaque pour en savoir plus sur d'autres traitements justifiés)	SGLT2i ¹ + Statine ² + IECA/ARA ³
• Rétinopathie	Statine ² + IECA/ARA ³
• Neuropathie	
• Hypertrophie ventriculaire gauche	
• Personnes âgées de 55 ans ou plus et présentant des facteurs de risque cardiovasculaire supplémentaires ⁷	
• Personnes âgées de 40 ans ou plus	Statine ²
• Personnes âgées de 30 ans ou plus et souffrant de diabète depuis > 15 ans	
• Traitement par statine justifié selon les lignes directrices sur les lipides de la Société canadienne de cardiologie (SCC)	
• Maladie hépatique stéatosique associée à un dysfonctionnement métabolique (MASLD) ⁶	

1 GLP-1 RA/SGLT2i : Doit être administré à des doses ayant démontré une protection vasculaire. Non approuvé par Santé Canada pour le traitement du diabète de type 1.

2 Voir les lignes directrices sur les lipides de la Société canadienne de cardiologie (SCC) pour en savoir plus sur d'autres traitements justifiés. Ajustements de la dose si les objectifs lipidiques ne sont pas atteints, par exemple, LDL-C < 2,6 mmol/l (non-HDL-C < 2,6 mmol/l, apo B < 0,8 g/l); ou, avec MCVAS, LDL-C ≤ 1,8 mmol/l (non-HDL-C ≤ 2,4 mmol/l, apo B < 0,7 g/l).

3 L'inhibiteur de l'IECA ou l'ARA doit être administré à des doses ayant démontré une protection vasculaire (par exemple, péridopril 8 mg une fois par jour [essai EUROPA], ramipril 10 mg une fois par jour [essai HOPE], telmisartan 80 mg une fois par jour [essai ONTARGET]).

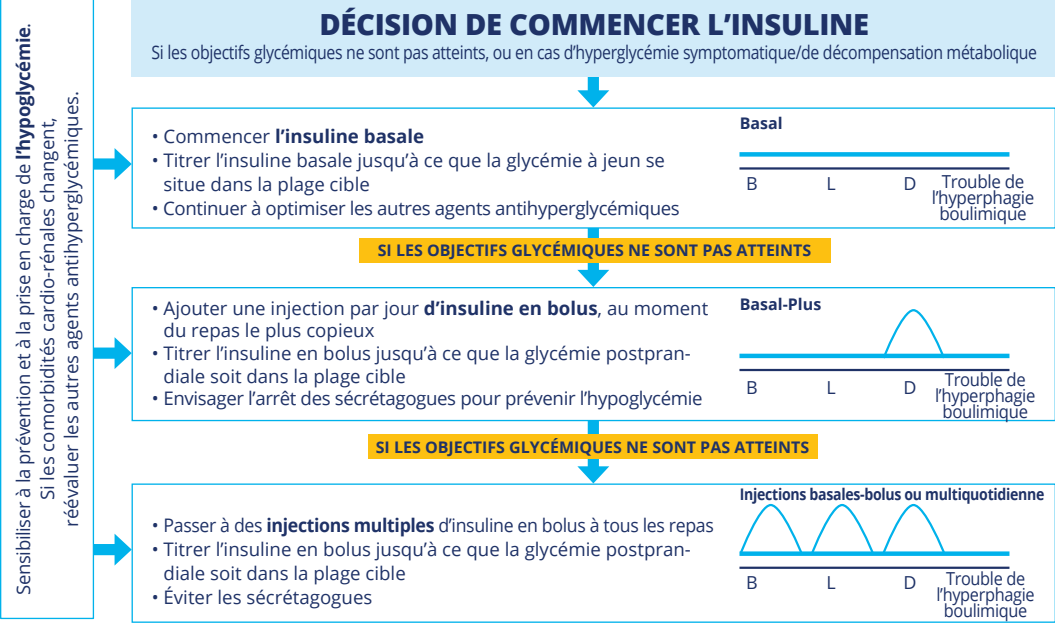
4 L'AAS ne doit pas être utilisé systématiquement pour la prévention primaire des maladies cardiovasculaires chez les personnes atteintes de diabète. L'AAS peut être utilisé en prévention secondaire. Envisager le clopidogrel en cas d'intolérance à l'AAS.

5 Tabagisme; dyslipidémie (utilisation d'un traitement modifiant les lipides ou LDL ≥ 3,4 mmol/l ou HDL-C < 1,0 mmol/l chez les hommes et < 1,3 mmol/l chez les femmes, ou triglycérides ≥ 2,3 mmol/l; documents et non traités); ou hypertension (utilisation d'un médicament pour la tension artérielle ou SBP ≥ 140 mm Hg ou DBP ≥ 90 mm Hg non traités); obésité centrale

6 Adulte atteint de diabète de type 2

7 CT > 5,2 mmol/l, HDL-C < 0,9 mmol/l, hypertension, albuminurie, tabagisme

Approche progressive des schémas d'insulinothérapie pour les personnes atteintes de diabète de type 2



Hypoglycémie : Identification et traitement

Pour les personnes utilisant du glyburide, du gliclazide, du repaglinide ou de l'insuline

Signes d'hypoglycémie	Classification de l'hypoglycémie	Traitement*
Adrénurgique (autonome) - Tremblements - Palpitations - Sueurs - Anxiété - Faim - Nausées - Fourmillements Neuroglycopénie - Difficultés de concentration - Confusion - Faiblesse - Somnolence - Changements de la vision - Troubles de l'élocution - Maux de tête - Vertiges	Niveau 1 - Taux de glucose inférieur à la normale (souvent entre 3,0 et 3,9 mmol/l) - Associé à des symptômes autonomes - Sans symptômes neuroglycopéniques ni modifications de l'état mental Niveau 2 - Taux de glucose inférieur à la normale (souvent < 3,0 mmol/l) - Associé à des symptômes neuroglycopéniques - Sans impact significatif sur l'état mental - Avec ou sans symptômes autonomes Niveau 3 - Taux de glucose inférieur à la normale (indépendamment des résultats glycémiques) - Associé à des symptômes neuroglycopéniques entraînant une altération significative de l'état mental/physique - Nécessite une assistance pour le traitement	Hypoglycémie de niveau 1 ou 2 : - Ingérer 15 g de glucides, de préférence sous forme de glucose ou de saccharose (comprimés ou solution). La glycémie doit être recontrôlée après 15 minutes et traitée à nouveau avec 15 g de glucides si elle reste inférieure à 3,9 mmol/l Exemples de 15 g de glucides : 4 comprimés de glucose de 4 g 15 ml (3 cuillères à café) ou 3 sachets de sucre de table dissous dans de l'eau 5 morceaux de sucre 150 ml de jus ou de boisson gazeuse ordinaire 6 LifeSavers^{MC} 15 ml (1 cuillère à soupe) de miel Hypoglycémie de niveau 3 : - Conscient : Traiter par l'ingestion orale de 20 g de glucides, de préférence sous forme de comprimés de glucose ou équivalent (si la personne est capable d'avaler) ou de 3 mg de glucagon intranasal ou de glucagon 1 mg SC/IM. Reprendre l'administration de doses supplémentaires après 15 minutes si la glycémie reste < 3,9 mmol/l - Inconscient : Traiter avec du glucagon (comme ci-dessus) ou 10 à 25 g (20 à 50 ml de D50W) de glucose par voie IV. Reprendre l'administration de doses supplémentaires après 15 minutes si la glycémie reste < 3,9 mmol/l

* Après le traitement de l'hypoglycémie, consommer le repas ou la collation habituel(le) prévu(e) à ce moment de la journée. Si un repas est prévu dans plus d'une heure, prendre une collation (comportant 15 g de glucides et une source de protéines)

Assurer la sécurité des personnes atteintes de diabète lorsqu'elles sont exposées à un risque d'hypoglycémie

Réduire les risques liés à la conduite	ÉDUIQUER les personnes à risque d'hypoglycémie à conduire en toute sécurité avec le diabète
	SE PRÉPARER Garder du sucre à action rapide à portée de main et d'autres collations à proximité
	CONTRÔLER sa glycémie avant de prendre le volant et toutes les 4 heures pendant les longs trajets.
	Si la glycémie est inférieure à 4 mmol/l, traiter
	ARRÊTER de conduire et traiter en cas d'apparition de symptômes
	APRÈS avoir traité une hypoglycémie, ATTENDRE que la glycémie soit supérieure à 5 mmol/l pour reprendre la route.
	Remarque : Il est possible que les fonctions cérébrales ne soient pas totalement rétablies pendant un certain temps après le retour à la normale de la glycémie
	Si une personne n'est pas consciente de l'hypoglycémie, elle doit vérifier sa glycémie avant de conduire et toutes les 2 heures pendant la conduite, ou surveiller sa glycémie à l'aide d'un capteur de glucose en continu et en temps réel
Stratégies de prévention de l'hypoglycémie	Formation psychoéducatrice - Programmes structurés d'éducation au diabète axés sur la reconnaissance et la réduction de la fréquence des hypoglycémies Choix de la pharmacothérapie - Éviter, réduire la dose ou interrompre les pharmacothérapies associées à un risque accru d'hypoglycémie, le cas échéant - Envisager des analogues à action prolongée (insuline glargine-100, glargine-300, detemir ou degludec) en lieu et place de l'insuline NPH - Envisager les analogues de l'insuline basale de deuxième génération (insuline glargine-300 et degludec) en lieu et place de l'insuline glargine-100 et du detemir pour réduire le risque d'hypoglycémie, y compris l'hypoglycémie nocturne en cas de diabète de type 1 et de type 2 Surveillance de la glycémie - Utilisation de la surveillance continue de la glycémie (SCG) et augmentation de la fréquence de la surveillance de la glycémie capillaire (SGC) pour identifier les épisodes d'hypoglycémie Chirurgie (pour le diabète de type 1) - Greffe de cellules d'îlots de Langerhans - Greffe de pancréas

Préserver la sécurité des personnes lorsqu'elles risquent de se déshydrater (vomissements/diarrhée)

Se réhydrater convenablement (eau, bouillon, boissons gazeuses diététiques, Kool-Aid^{MC} sans sucre, Jell-O^{MC} diététique; éviter les boissons contenant de la caféine).

Suspendre les médicaments **SADMANS**. Reprendre le traitement une fois que l'on est en mesure de manger/boire normalement.

- S** sulfonurées, autres sécrétagogues
- A** inhibiteurs de l'ECA
- D** diurétiques, inhibiteurs directs de la rénine
- M** metformine
- A** inhibiteurs des récepteurs de l'angiotensine
- N** anti-inflammatoires non stéroïdiens
- S** inhibiteurs du SGLT2

Considérations particulières concernant la grossesse chez les femmes atteintes d'un diabète de type 1 ou de type 2

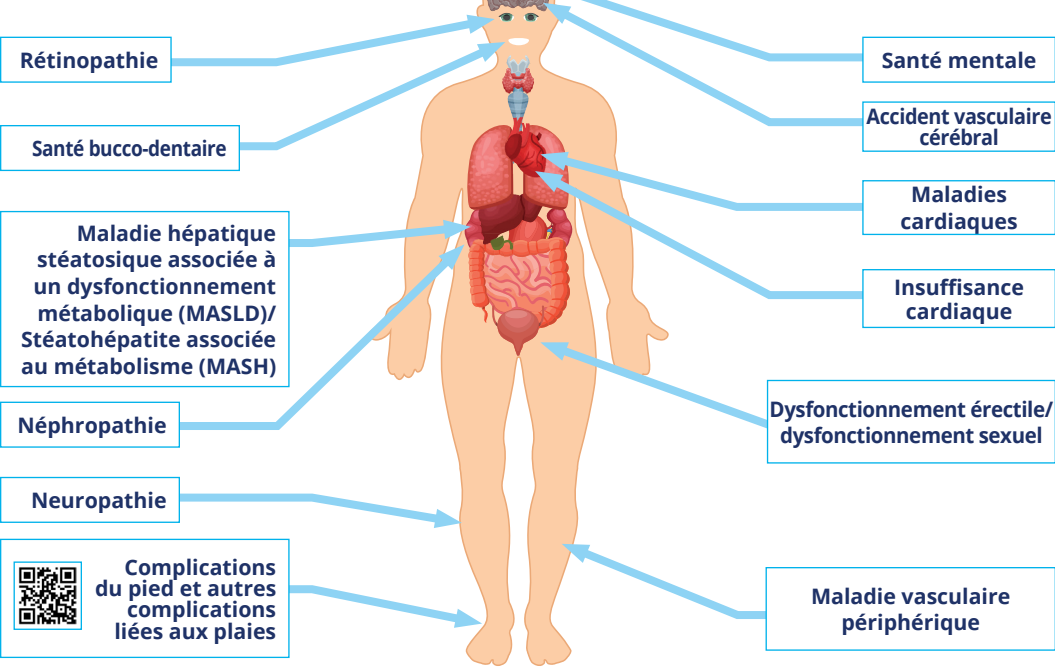
Pour les femmes qui envisagent une grossesse, les mesures suivantes doivent être prises avant la conception :

- **A1C** 7 % ou moins, mais viser ≤ 6,5 % (assurer la contraception jusqu'à ce que l'objectif personnalisé soit atteint)
- **Arrêter :**
 - Agents antihyperglycémiques non insuliques (à l'exception de la metformine et/ou du glyburide)
 - Statines
 - IECA/ARA avant la grossesse, mais en cas de néphropathie manifeste, poursuivre jusqu'à la détection de la grossesse
- **Commencer :**
 - Acide folique 1 mg par jour x 3 mois avant la conception
 - Insuline si l'objectif d'A1C n'est pas atteint sous metformine et/ou glyburide (type 2)
 - Autres agents antihypertenseurs sans danger pour la grossesse (Labetalol, nifedipine XL) si le contrôle de l'hypertension est nécessaire
- **Dépistage des complications :**
 - Rendez-vous ophtalmologique, créatinine sérique, ACR urinaire, pression artérielle
- Viser un **IMC sain**
- S'assurer que les **vaccinations** appropriées ont été effectuées
- **Orienter** vers une clinique spécialisée dans le diabète

Fixation d'objectifs personnalisés

Objectifs potentiels de prise en charge personnelle	Exemples
Manger plus sainement	Consulter un diététicien qui vous aidera à élaborer un plan d'alimentation saine.
Être plus actif	Augmenter votre activité physique en visant 150 minutes d'activité aérobique par semaine et des exercices de résistance 2 à 3 fois par semaine. Choisir une activité physique qui réponde à vos préférences/besoins.
Perdre du poids	Utiliser des stratégies (par exemple, réduire les calories ou les portions) pour perdre 5 à 10 % du poids initial.
Prendre régulièrement des médicaments	La prise de médicaments permet d'améliorer les symptômes et de reprendre le contrôle de sa vie. Envisager d'utiliser un pilulier ou de régler une minuterie.
Éviter l'hypoglycémie	Reconnaître les signes de l'hypoglycémie et prendre des mesures pour l'éviter.
Contrôler la glycémie	Établir une routine et agir en conséquence.
Contrôler les pieds	Effectuer un autocontrôle quotidien et consulter un professionnel de la santé en cas d'anomalie.
Gérer le stress	Dépister la détresse (symptômes dépressifs et anxieux) par un entretien ou un questionnaire normalisé (par exemple, PHQ-9 www.phqscreeners.com).
Réduire ou arrêter de fumer	Identifier les obstacles à l'arrêt du tabac et élaborer un plan pour les surmonter.

Complications du diabète



ABCDESSS de la prise en charge du diabète

	OBJECTIF DES LIGNES DIRECTRICES (ou objectif personnalisé)
A	A1C avec d'autres (SCG*, BG*) objectifs glycémiques * Lorsque cela est indiqué/ accessible A1C ≤ 7,0 % (ou ≤ 6,5 % en cas de ↓ risque de maladie rénale chronique et de rétinopathie) En cas d'insuline ou de sécrétagogue de l'insuline, évaluer les risques d'hypoglycémie et veiller à la sécurité de la conduite A1C 6,0 à < 6,5 % chez certains adultes atteints de diabète de type 2 avec possibilité de rémission en prédiabète A1C < 6,0 chez certains adultes atteints de diabète de type 2 avec possibilité de rémission vers la normoglycémie
B	Objectifs en matière de tension artérielle TA < 130/80 mmHg Si la personne est sous traitement, évaluer le risque de chute
C	Objectifs en matière de cholestérol LDL-C ≤ 2,0 mmol/l (ou réduction de > 50 % par rapport à la valeur initiale); alternative : LDL-C ≤ 2,6 mmol/l, apo B ≤ 0,8 g/l Si la personne est atteinte de MCVAS, le LDL doit être ≤ 1,8 mmol/l. Alternative : C non-HDL ≤ 2,4 mmol/l, apo B ≤ 0,7 g/l
D	Médicaments pour la protection CV et/ou cardiorénale • GLP1-RA + SGLT2i avec bénéfices cardiorénaux démontrés si la personne est de type 2 et souffre de MCVAS, de IRC ou d'IC, OU est âgée de plus de 60 ans et présente ≥ 2 facteurs de risque CV • IECA/ARA si la personne est atteinte d'une MCV, si elle est âgée de ≥ 55 ans et présente des facteurs de risque, OU si elle souffre de complications liées au diabète • Statine si la personne est âgée de ≥ 40 ans, de ≥ 30 ans et atteinte d'un diabète depuis > 15 ans OU souffre de complications liées au diabète • AAS si la personne est atteinte d'une MCV +/- finérénone si la personne est atteinte de DT2 + IRC avec albuminurie
E	Objectifs en matière d'exercice physique et d'alimentation saine • 150 minutes d'activité aérobique modérée à vigoureuse par semaine et des exercices de résistance 2 à 3 fois par semaine • Suivre un régime alimentaire sain (par exemple, régime méditerranéen, faible indice glycémique)
S	Dépistage • Cardiaque : ECG tous les 3 à 5 ans si la personne est âgée de plus de 40 ans OU si elle souffre de complications liées au diabète • Pieds : Monofilament/vibration tous les ans ou plus en cas d'anomalie • Reins : Test du DFG et de l'ACR tous les ans, ou plus en cas d'anomalie • Rétinopathie : type 1 – tous les ans; type 2 – tous les 1 à 2 ans • Vaccinations : s'assurer qu'elles sont à jour conformément aux recommandations du CCNI
S	Arrêt du tabac S'il s'agit d'un fumeur : Demander l'autorisation de donner des conseils, d'organiser une thérapie et d'apporter un soutien
S	Prise en charge personnelle, stress, sommeil, autres obstacles • Fixer des objectifs personnalisés (voir l'encadré « Fixation d'objectifs personnalisés ») • Évaluer le stress, le sommeil, la santé mentale et les préoccupations financières ou autres susceptibles de constituer des obstacles à la réalisation des objectifs