



Points de repère du rédacteur

► Les médecins de famille doivent choisir, parmi une gamme d'options, la meilleure approche thérapeutique pour les personnes diabétiques. Le défi, déjà grand, est compliqué par les innombrables nouvelles données disséminées parmi les cliniciens et les personnes diabétiques. Les lignes directrices se veulent un résumé de ces données, mais un médecin de famille ne peut pas mettre en œuvre toutes les recommandations des lignes directrices qui sont pertinentes en soins de première ligne.

► Dans cette revue, les auteurs ont tenté de résumer les lignes directrices 2018 de Diabète Canada et de relever les principaux messages et recommandations à l'intention des médecins de famille. Ils ont mis en lumière 22 des 313 recommandations des lignes directrices jugées prioritaires en soins de première ligne.

► Pour dispenser des soins conformes aux plus récentes lignes directrices, il faut tenir des conversations régulières avec les personnes diabétiques, en favorisant la prise de décision partagée, concernant les possibilités de réduire le risque de complications du diabète et les façons de garder les patients en sécurité et d'encourager l'autoprise en charge.

Lignes directrices de pratique clinique 2018 de Diabète Canada

Principaux messages à l'intention des médecins de famille qui traitent les patients atteints de diabète de type 2

Noah M. Ivers MD CCFP PhD Maggie Jiang Javed Alloo MD CCFP
Alexander Singer MB BCh BAO CCFP Daniel Ngui MD CCFP
Carolyn Gall Casey Catherine H. Yu MD FRCPC MHSC

Résumé

Objectif Résumer les lignes directrices de pratique clinique 2018 de Diabète Canada en s'attardant aux recommandations prioritaires pour les médecins de famille qui traitent des personnes vivant avec le diabète de type 2.

Qualité des données Un processus de priorisation a été réalisé dans le but de canaliser les efforts de dissémination et de mise en œuvre des lignes directrices de Diabète Canada. Il en a résulté une description des principaux messages à l'intention des médecins de famille qui soignent des patients de diabète de type 2. Les données étayant les recommandations des lignes directrices varient des niveaux I à IV, et des catégories A à D.

Message principal Trois principaux messages prioritaires pour les médecins de famille ont été relevés dans les lignes directrices 2018 : parler des occasions de réduire le risque de complications du diabète, parler des occasions d'assurer la sécurité et de prévenir l'hypoglycémie, et parler des progrès vers l'atteinte des objectifs d'autoprise en charge et de l'élimination des obstacles. Ces principaux messages ont fait ressortir un thème : celui d'adapter les conversations aux besoins et aux préférences de chacun. Ces importantes recommandations sont mises en lumière, de même que l'information sur les outils pertinents pour mettre en œuvre les recommandations en pratique réelle.

Conclusion Les soins du diabète de grande qualité comprennent une série de conversations périodiques sur l'autoprise en charge, et sur les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques adaptés aux objectifs de chaque patient (c.-à-d. prise de décision partagée). Lorsque les médecins de famille incorporent ces conversations dans la pratique régulière, ils ont la chance d'optimiser les bienfaits possibles du traitement et de réduire le risque d'effets nuisibles, d'encourager les patients à instaurer et à maintenir les modifications désirées du mode de vie, et de les aider à composer avec le fardeau du diabète et des comorbidités.

Les médecins de famille et autres cliniciens de première ligne dispensent la plus grande partie des soins aux Canadiens et aux Canadiennes vivant avec le diabète et ses complications¹. Le nombre croissant de cas et la complexité grandissante de cette maladie chronique² nous incitent à mettre en place de meilleurs mécanismes de soutien pour les personnes diabétiques et leurs fournisseurs de soins. Vu les avancées récentes en pharmacologie, de même que les nouvelles données probantes sur le potentiel de bienfaits et d'effets nuisibles précis, les cliniciens doivent choisir, parmi

une gamme d'options, la meilleure approche thérapeutique pour les personnes diabétiques. Le défi, déjà grand pour les médecins de famille, est compliqué par d'innombrables nouvelles données publiées sur une vaste gamme de sujets cliniques appropriés aux personnes diabétiques qu'ils voient dans leur pratique. Les lignes directrices se veulent un résumé de ces données, mais un médecin de famille ne peut³ ni ne doit⁴ mettre en œuvre toutes les recommandations des lignes directrices qui sont pertinentes en soins de première ligne. Quels éléments prioritaires méritent son attention et son intervention? Quelles recommandations doit-il faire l'effort de comprendre et d'en parler avec ses patients?

Les lignes directrices ne se mettent pas en application d'elles-mêmes⁵. Pour intégrer les recommandations des lignes directrices aux soins cliniques de routine, les médecins de famille doivent non seulement les connaître et les accepter, mais aussi pouvoir les adopter et y adhérer, s'il y a lieu⁶. À cette fin, Diabète Canada a mis sur pied un comité de dissémination et de mise en œuvre des lignes directrices de pratique clinique, composé de fournisseurs interprofessionnels de soins du diabète de partout au pays (dont certains ont contribué à la rédaction des lignes directrices, mais pas tous) pour élaborer des stratégies à l'intention des personnes diabétiques et des fournisseurs de soins, dans l'espoir de transférer les recommandations factuelles en pratique réelle. L'évaluation de l'effet de ces efforts se poursuit⁷.

Les « Lignes directrices de pratique clinique 2018 en matière de prévention et de prise en charge du diabète au Canada de Diabète Canada » ont été publiées (en anglais) en avril 2018⁸. Une série d'articles résumant les recommandations prioritaires pour les fournisseurs de soins de première ligne et soulignant les pratiques faciles à mettre en application est prévue dans le cadre des efforts de dissémination. Cet article résume les nouvelles lignes directrices, et s'attache aux recommandations prioritaires pour les médecins de famille qui traitent les personnes vivant avec le diabète de type 2. Nous présentons ici ces recommandations et les relierons à des approches et à des outils qui, à moins d'indication contraire, sont publiés en anglais, pour aider les médecins de famille à les mettre en pratique.

Qualité des données

Diabète Canada est une organisation caritative et de promotion de la santé qui publie des lignes directrices exhaustives d'envergure nationale en matière de prévention et de prise en charge du diabète chez les adultes et les enfants, en mettant l'accent sur des populations particulières (les personnes atteintes d'insuffisance rénale, les Autochtones, les femmes en âge de procréer, etc.). En s'appuyant sur une méthodologie rigoureuse^{9,10}, un comité de rédaction des lignes directrices composé d'experts interprofessionnels du diabète a posé des questions cliniquement

pertinentes et y a répondu, ce qui a donné lieu à une série de recommandations¹⁰. Les données probantes à l'appui des recommandations varient des niveaux I à IV et des catégories A à D⁸. Le comité des lignes directrices de Diabète Canada compte des praticiens de première ligne, des endocrinologues, des éducateurs en diabète et d'autres spécialistes, de même que des personnes vivant avec le diabète au Canada. Les lignes directrices sur le diabète sont révisées et lancées tous les 5 ans, avec révisions intérimaires lorsque d'importantes options thérapeutiques ou données transformant la pratique font surface. Pour la mouture 2018 des lignes directrices, 9 des 10 auteurs responsables de rédiger les recommandations sur la prise en charge pharmacologique du diabète de type 2 étaient exempts de conflit d'intérêts avec l'industrie. Dans les cas de désaccord relatif à un conflit ou de conflit évident, les membres du comité se retiraient de la discussion. Cet article ne vise pas à réviser ni à critiquer les recommandations des lignes directrices de Diabète Canada, mais il tente plutôt de présenter une approche d'application des recommandations appropriées à la pratique qui convient à la médecine familiale.

Les coprésidents du comité de dissémination et de mise en œuvre des lignes directrices ont conçu un processus de priorisation et d'extraction des principaux messages appropriés aux soins primaires dans les 313 recommandations de 38 chapitres (**Figure 1**)⁸. La priorisation était anonyme parmi les membres du comité de rédaction des lignes directrices, les personnes diabétiques et les membres du comité de dissémination et de mise en œuvre. Compte tenu du grand nombre de recommandations, la première étape de la priorisation consistait à choisir les chapitres des lignes directrices; chaque membre devait choisir 10 chapitres, puis 10 recommandations de ces chapitres qu'ils devaient placer en ordre de priorité. Selon le nombre de votes en faveur de chaque recommandation, ils ont compilé une liste de 22 recommandations. La compilation a été suivie d'une analyse thématique et d'une vérification par les membres pour résumer les principaux messages. Plus particulièrement, les coprésidents (l'endocrinologue C.H.Y. et le médecin de famille N.M.I.) ont collaboré pour classer les recommandations en groupes à concepts (thèmes) comparables, puis ont formulé les principaux messages représentant ces thèmes. Ils ont ensuite peaufiné les principaux messages à l'aide des commentaires des membres du comité, un processus semblable à celui de la vérification par les membres en recherche qualitative¹¹.

Pour ce manuscrit, nous avons obtenu plus de commentaires auprès des médecins de famille siégeant au comité de dissémination et de mise en œuvre pour veiller à ce qu'aucune recommandation ni aucun concept ne soit omis dans le résumé des aspects prioritaires des lignes directrices de prise en charge du diabète de type 2 par les médecins de famille. Nous avons donc envoyé

par courriel la liste complète des recommandations à ces médecins de famille et leur avons demandé de nommer toute recommandation prioritaire qui serait absente de la liste. Durant la conversion des thèmes en principaux messages, et durant la rédaction du manuscrit, nous avons tenu compte des commentaires des membres du comité de dissémination et de mise en œuvre vivant avec le diabète pour nous assurer que le contenu est éclairé par leurs besoins et leurs points de vue. Finalement, le comité entier a identifié les outils pouvant appuyer la mise en application des principaux messages. Dans la mesure du possible, les outils sont étayés par des données probantes liées à la mise en œuvre des données dans la pratique¹²⁻¹⁵. Certains de ces outils sont cités dans ce manuscrit et se trouvent de même que beaucoup d'autres, sur guidelines.diabetes.ca.

Message principal

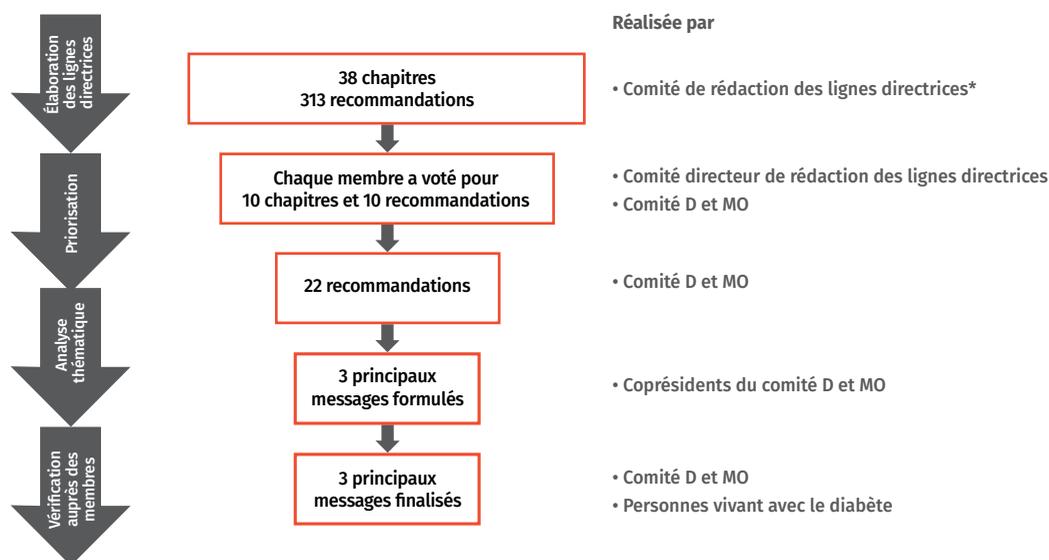
L'exercice de priorisation a donné lieu à 22 recommandations désignées comme prioritaires dans les efforts de dissémination et de mise en œuvre. Elles ont été classées en 3 principaux messages (Tableau 1)^{8,16} et un thème transversal, comme expliqué plus bas.

Pour dispenser des soins conformes aux plus récentes lignes directrices, il faut tenir des conversations périodiques avec les personnes diabétiques, en favorisant la prise de décision partagée, concernant les occasions de réduire le risque de complications du diabète, les façons de garder les patients en sécurité et d'encourager

l'autoprise en charge. Pour cette raison, les risques à court et à long terme doivent être équilibrés de manière à tenir compte des besoins, des préférences et des capacités de chaque patient, de même que des données de la recherche et du jugement clinique. Par exemple, les cibles de la glycémie varient en fonction des circonstances du patient (Figure 2)⁸. Les recommandations soulignées ici tiennent pour acquis que les soins du diabète sont continuels et qu'ils sont dispensés dans un contexte de soins de première ligne qui est basé sur l'établissement d'une relation avec le patient, où les consultations sont plus nombreuses afin de systématiquement et itérativement confirmer les objectifs de soins et de concevoir un plan pour les réaliser. Pour aider à la rapidité de l'évaluation et de l'intervention, nous avons créé un nouvel acronyme; il incorpore les principaux messages présentés ici durant les visites de routine sur le diabète: ACTIONSS (Figure 3)⁸.

Pour la dissémination et la mise en œuvre des lignes directrices, Diabète Canada a actualisé la feuille pour le suivi des soins chez les patients atteints de diabète, qui se trouve en ligne à guidelines.diabetes.ca/docs/cpg/Appendix-3.pdf; une version à coup d'œil rapide se limitant aux ACTIONSS a aussi été produite en français (<http://guidelines.diabetes.ca/docs/fr/CPG-quick-reference-guide-web-FR.pdf>) et les fournisseurs de soins devraient l'utiliser comme un modèle dans les dossiers médicaux électroniques.

Figure 1. Priorisation des principaux messages des lignes directrices 2018 de pratique clinique de Diabète Canada⁸



D et MO—dissémination et mise en œuvre

*Constitué de praticiens de première ligne, d'endocrinologues, d'éducateurs en diabète, d'autres spécialistes et de personnes vivant avec le diabète.

Tableau 1. Recommandations prioritaires sélectionnées pour la prise en charge du diabète de type 2 et outils pertinents pour les médecins de famille: Les recommandations présentées ont été priorisées aux fins de dissémination par les personnes ayant préparé cette revue. Elles ne sont pas présentées selon un ordre particulier et elles ne sont pas nécessairement les plus importantes pour toutes les pratiques ou tous les patients; les lignes directrices complètes se trouvent à guidelines.diabetes.ca.

MESSAGE PRINCIPAL	RECOMMANDATION DES LIGNES DIRECTRICES	OUTILS PERTINENTS
Parler des occasions de réduire le risque de complications du diabète	<p>Si les cibles de la glycémie ne sont pas atteintes malgré la prise d'antihyperglycémiant, il faut ajouter d'autres classes d'agents dans le but d'améliorer le contrôle de la glycémie. Le choix doit être individualisé en tenant compte de l'information présentée ci-dessous et à la Figure 2^a (catégorie B, niveau II)</p> <p>Chez les personnes exemptes de MCV clinique qui n'atteignent pas leur cible de la glycémie malgré la prise d'antihyperglycémiant, il faut envisager les incrélines (iDPP-4 ou ARGLP-1) ou les inhibiteurs du SGLT2 en appoint plutôt que les sécrétagogues de l'insuline, l'insuline ou les TZD, dans le but d'améliorer le contrôle de la glycémie, si la priorité consiste à réduire le risque d'hypoglycémie ou de prise pondérale (catégorie A, niveau IA). L'acarbose et l'orlistat peuvent aussi être envisagés en appoint dans le but d'améliorer le contrôle de la glycémie avec un risque faible d'hypoglycémie et de prise pondérale (catégorie D, consensus)</p> <p>Chez les personnes atteintes de MCV clinique qui n'atteignent pas leur cible de la glycémie malgré la prise d'antihyperglycémiant, il faut ajouter un antihyperglycémiant doté de bienfaits démontrés sur les résultats CV afin de réduire le risque d'événements CV majeurs (catégorie A, niveau IA pour l'empagliflozine; catégorie A, niveau IA pour le liraglutide; catégorie C, niveau II pour la canagliflozine)</p> <p>L'insuline peut être utilisée en tout temps dans l'évolution du diabète de type 2 (catégorie D, consensus) (voir le lien dans la colonne des Outils pertinents pour voir des exemples d'instauration et d'augmentation de la dose d'insuline chez les personnes atteintes de diabète de type 2). Chez les personnes qui n'atteignent pas leur cible de la glycémie malgré la prise d'un antihyperglycémiant non insulinique, il faut envisager d'ajouter un schéma unquotidien par insuline basale plutôt que par insuline prémélangée ou par insuline bolus seulement afin de réduire la prise pondérale et l'hypoglycémie (catégorie B, niveau II)</p> <p>Il faut envisager les analogues de l'insuline à action prolongée plutôt que l'insuline NPH dans le but de réduire le risque d'hypoglycémie nocturne et symptomatique (catégorie A, niveau IA)</p> <p>Chez les personnes sous insuline, il faut ajuster la dose ou ajouter un autre antihyperglycémiant (non insulinique ou insuline bolus) s'ils n'atteignent pas leur cible de la glycémie (catégorie D, consensus)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il faut envisager un ARGLP-1 en appoint pour améliorer le contrôle de la glycémie avec perte pondérale (catégorie A, niveau IA) avant d'instaurer l'insuline bolus ou d'intensifier le traitement par insuline afin d'améliorer le contrôle de la glycémie avec perte pondérale et de réduire le risque d'hypoglycémie comparativement à une seule ou plusieurs injections d'insuline bolus (catégorie A, niveau IA) • Il faut envisager un inhibiteur du SGLT2 en appoint pour améliorer le contrôle de la glycémie avec perte pondérale et réduire le risque d'hypoglycémie comparativement à l'ajout d'insuline (catégorie A, niveau IA) • Il faut envisager un inhibiteur de la DPP4 en appoint pour améliorer le contrôle de la glycémie sans prise pondérale ni augmentation du risque d'hypoglycémie comparativement à l'ajout d'insuline (catégorie B, niveau II) <p>Toutes les personnes diabétiques doivent suivre une approche complète à facettes multiples de réduction du risque CV, y compris:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cible de l'HbA_{1c} ≤ 7,0% appliquée précocement dans l'évolution du diabète (catégorie C, niveau III) • TA systolique < 130 mm Hg (catégorie C, niveau III) et TA diastolique < 80 mm Hg (catégorie B, niveau I) • Médicaments additionnels de protection vasculaire chez la plupart des adultes diabétiques (voir les recommandations ci-dessous) (catégorie A, niveau I pour les personnes de > 40 ans atteintes de diabète de type 2 avec albuminurie; catégorie D, consensus pour les personnes atteintes de diabète de type 1) • Atteinte et maintien des objectifs de poids santé (catégorie D, consensus) • Alimentation saine • Activité physique régulière (catégorie D, consensus) • Abandon du tabac (catégorie C, niveau III) 	<p>Outil interactif de sélection des agents de contrôle de la glycémie:</p> <p>guidelines.diabetes.ca/bloodglucoselowering/pharmacology2</p> <p>Outil d'ordonnance d'insuline:</p> <p>guidelines.diabetes.ca/reduce-complications/insulin-prescription-tool</p> <p>Exemples d'instauration et d'établissement de la dose d'insuline chez les personnes atteintes de diabète de type 2:</p> <p>guidelines.diabetes.ca/docs/cpg/Appendix-9.pdf</p> <p>Feuilles de suivi:</p> <p>guidelines.diabetes.ca/docs/cpg/Appendix-3.pdf</p> <p>Outil interactif de sélection des agents de protection vasculaire:</p> <p>guidelines.diabetes.ca/vascularprotection/riskassessment</p>

Tableau 1 suite à la page e12

Tableau 1 suite de la page e11

MESSAGE PRINCIPAL	RECOMMANDATION DES LIGNES DIRECTRICES	OUTILS PERTINENTS
	<p>Le traitement par statine doit être utilisé pour réduire le risque CV chez les adultes atteints de diabète de type 1 ou de type 2 présentant l'une ou l'autre des caractéristiques suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MCV clinique (catégorie A, niveau I) • Âge ≥ 40 ans (catégorie A, niveau I, pour le diabète de type 2; catégorie D, consensus pour le diabète de type 1) • Âge < 40 ans et 1 des facteurs suivants : <ul style="list-style-type: none"> -durée du diabète > 15 ans et âge > 30 ans (catégorie D, consensus) -complications microvasculaires (catégorie D, consensus) -justifie un traitement en fonction de la présence d'autres facteurs de risque selon les « Lignes directrices 2016 de la Société canadienne de cardiologie pour la prise en charge de la dyslipidémie en prévention des maladies cardiovasculaires chez les adultes »¹⁶ (catégorie D, consensus) <p>Chez les personnes qui n'atteignent pas leur cible du C-LDL malgré un traitement par statine, il est possible d'associer le traitement par statine à un agent de deuxième intention pour atteindre la cible, et l'agent sélectionné doit être basé sur l'ampleur de l'écart entre la valeur et la cible du C-LDL (catégorie D, consensus). En général, l'ézétimibe doit être envisagé (catégorie D, consensus). Chez les personnes diabétiques aussi atteintes d'une MCV clinique, un inhibiteur de la PCSK9 peut être utilisé (catégorie A, niveau I)</p> <p>Il faut utiliser les iECA ou les ARA à des doses offrant une protection vasculaire éprouvée pour réduire le risque CV chez les adultes atteints de diabète de type 1 ou de type 2 qui présentent l'un ou l'autre des facteurs suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MCV clinique (catégorie A, niveau I) • Âge > 55 ans avec un facteur de risque CV additionnel ou une lésion des organes cibles (albuminurie, rétinopathie, hypertrophie ventriculaire gauche) (catégorie A, niveau I) • complications microvasculaires (catégorie D, consensus) <p>Note: Parmi les femmes aptes à procréer, on ne peut utiliser les inhibiteurs de l'ECA, les ARA ou les statines que si la méthode de contraception est fiable</p> <p>Chez les personnes atteintes de MCV avérée, il faut utiliser l'AAS à faible dose (81-162 mg) pour prévenir les événements CV (catégorie B, niveau II)</p> <p>Il ne faut pas utiliser l'AAS systématiquement en prévention primaire de la MCV chez les personnes diabétiques (catégorie A, niveau IA). L'AAS peut être utilisé en présence d'autres facteurs de risque CV (catégorie D, consensus)</p> <p>Le clopidogrel à 75 mg peut être utilisé chez les personnes qui ne tolèrent pas l'AAS (catégorie D, consensus)</p> <p>Chez les adultes atteints de diabète de type 2 et de MCV clinique qui n'atteignent pas leur cible de la glycémie malgré la prise d'un antihyperglycémiant, il faut ajouter un antihyperglycémiant doté de bienfaits démontrés sur les résultats CV afin de réduire le risque d'événements CV majeurs (catégorie A, niveau IA pour l'empagliflozine; catégorie A, niveau IA pour le liraglutide; catégorie C, niveau II pour la canagliflozine)</p>	
<p>Parler des façons d'assurer la sécurité du patient et de prévenir l'hypoglycémie</p>	<p>Les conducteurs de véhicules diabétiques sous un traitement par insuline ou sécrétagogue de l'insuline :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doivent garder un registre des mesures d'autosurveillance de la glycémie soit dans un glucomètre muni d'une mémoire, soit dans un registre électronique des mesures de la glycémie réalisées à une fréquence jugée appropriée par la personne diabétique et son équipe de soins. Pour les conducteurs de véhicules commerciaux, l'application initiale pour obtenir un permis commercial exige que le registre inclue les mesures de la glycémie des 6 derniers mois (ou depuis le diagnostic de diabète si < 6 mois). Les registres de la glycémie doivent être vérifiables sur demande (catégorie D, consensus) • Doivent toujours avoir à portée de la main leur équipement de surveillance de la glycémie et un approvisionnement de glucides à absorption rapide (p. ex. fixés au pare-soleil côté conducteur ou dans la console centrale) (catégorie D, consensus) • Doivent envisager de mesurer leur glycémie immédiatement avant de prendre le volant et au moins toutes les 4 heures durant le trajet ou encore porter un dispositif de surveillance continue de la glycémie en temps réel (catégorie D, consensus) • Ne doivent pas prendre le volant lorsque la glycémie est < 4,0 mmol/L (catégorie C, niveau III pour le diabète de type 1; catégorie D, consensus pour le diabète de type 2). Si la glycémie est < 4,0 mmol/L, ils ne doivent pas prendre le volant pendant au moins 40 minutes après qu'un traitement de l'hypoglycémie eût fait passer leur glycémie à au moins 5,0 mmol/L. (catégorie C, niveau III pour le diabète de type 1; catégorie D, consensus pour le diabète de type 2) 	<p>Matériel éducatif sur la conduite sécuritaire:</p> <p>guidelines.diabetes.ca/docs/patient-resources/drive-safe-with-diabetes.pdf</p>

Tableau 1 suite de la page e12

MESSAGE PRINCIPAL	RECOMMANDATION DES LIGNES DIRECTRICES	OUTILS PERTINENTS
	<ul style="list-style-type: none"> Doivent éviter de prendre le volant immédiatement s'ils manifestent une hypoglycémie grave alors qu'ils sont au volant et doivent en aviser leur professionnel de la santé aussitôt que possible (pas plus tard que 72 heures) (catégorie D, consensus) 	
	<p>Les conducteurs de véhicules privés et commerciaux diabétiques qui ne ressentent pas l'hypoglycémie ou ayant eu des hypoglycémies graves dans les 12 derniers mois doivent mesurer leur glycémie immédiatement avant de prendre le volant et au moins toutes les 2 heures durant le trajet ou encore porter un dispositif de surveillance continue de la glycémie en temps réel (catégorie D, consensus)</p>	
	<p>Advenant la survenue de l'un ou l'autre des événements suivants, les professionnels de la santé doivent informer les personnes diabétiques sous sécrétagogues de l'insuline et/ou insuline qu'elles ne sont plus aptes à conduire, et doivent déclarer leurs inquiétudes quant à l'aptitude de la personne à conduire aux organismes de délivrance de permis pertinents:</p> <ul style="list-style-type: none"> tout épisode d'hypoglycémie grave au volant dans les 12 derniers mois (catégorie D, consensus) ≥1 épisode d'hypoglycémie grave durant l'éveil sans être au volant dans les 12 derniers mois (catégorie D, consensus) 	
	<p>Les cibles de la TA doivent être individualisées chez les personnes âgées fonctionnellement dépendantes ou atteintes d'orthostase, ou encore dont l'espérance de vie est limitée (catégorie D, consensus)</p>	<p>Outils interactifs d'individualisation de la cible de l'HbA_{1c}:</p>
	<p>Chez les patients âgés diabétiques qui présentent plusieurs comorbidités ou qui sont frêles, il faut avoir recours à des stratégies pour prévenir absolument l'hypoglycémie, qui incluent le choix du traitement antihyperglycémiant et des cibles moins strictes de l'HbA_{1c} (catégorie D, consensus). Il faut mettre fin, chez ces personnes, au traitement par des antihyperglycémiants qui augmentent le risque d'hypoglycémie ou qui produisent des effets indésirables (catégorie C, niveau III)</p>	<p>guidelines.diabetes.ca/reduce-complications/a1ctarget</p> <p>Outil interactif de sélection des agents de contrôle de la glycémie:</p>
	<p>On peut envisager une cible supérieure de l'HbA_{1c} chez les personnes âgées diabétiques sous un antihyperglycémiant avec risque d'hypoglycémie, et qui présentent l'un ou l'autre des facteurs suivants (catégorie D, consensus dans tous les cas):</p> <ul style="list-style-type: none"> dépendance fonctionnelle: 7,1–8,0% fragilité ou démence: 7,1–8,5% fin de vie: la mesure de l'HbA_{1c} n'est pas recommandée. Éviter l'hyperglycémie symptomatique et toute hypoglycémie 	<p>guidelines.diabetes.ca/bloodglucoselowering/pharmacologyt2</p> <p>Considérations thérapeutiques dans les cas d'insuffisance rénale:</p>
	<p>Chez les personnes âgées atteintes de diabète de type 2, il faut utiliser les sulfonyles avec prudence puisque le risque d'hypoglycémie augmente substantiellement avec l'âge (catégorie D, niveau IV).</p> <ul style="list-style-type: none"> Il faut utiliser les inhibiteurs de la DPP4 plutôt que les sulfonyles en traitement de deuxième intention avec la metformine en raison d'un risque inférieur d'hypoglycémie (catégorie B, niveau II) En général, chez les personnes âgées, la dose initiale des sulfonyles est la moitié de la dose utilisée chez les personnes plus jeunes, et elle doit être augmentée plus lentement (catégorie D, consensus) Le gliclazide et le gliclazide MR (catégorie B, niveau II) et le glimépiride (catégorie C, niveau III) doivent être utilisés plutôt que le glyburide, car ils sont associés à des hypoglycémies moins fréquentes Les méglitinides peuvent être utilisées plutôt que le glyburide pour réduire le risque d'hypoglycémie (catégorie C, niveau II pour le répaglinide; catégorie C, niveau III pour le natéglinide), surtout chez les personnes qui ont des habitudes alimentaires irrégulières (catégorie D, consensus) 	<p>guidelines.diabetes.ca/docs/cpg/Appendix-7.pdf</p>
	<p>Chez les personnes âgées atteintes de diabète de type 2 sans autres comorbidités complexes, mais qui présentent une MCV clinique et n'atteignent pas leur cible de la glycémie malgré la prise d'un antihyperglycémiant, il est possible d'ajouter un antihyperglycémiant doté de bienfaits sur les résultats CV afin de réduire le risque d'événements CV majeurs (catégorie A, niveau IA pour l'empagliflozine; catégorie A, niveau IA pour le liraglutide; catégorie C, niveau II pour la canagliflozine)</p>	

Tableau 1 suite à la page e14

Tableau 1 suite de la page e13

MESSAGE PRINCIPAL	RECOMMANDATION DES LIGNES DIRECTRICES	OUTILS PERTINENTS
	Il faut remettre aux adultes atteints de diabète et de néphropathie chronique une liste de médicaments pour les « journées de maladie », qui indique quels médicaments ils doivent éviter de prendre les jours de maladie aiguë (catégorie D, consensus)	Document de planification des journées de maladie: guidelines.diabetes.ca/docs/cpg/Appendix-8.pdf
Parler des progrès vers les objectifs d'autoprise en charge et éliminer les obstacles	<p>Les personnes diabétiques doivent se soumettre régulièrement au dépistage de la détresse psychologique liée au diabète (p. ex. détresse liée au diabète, résistance psychologique à l'insuline, peur de l'hypoglycémie) et des troubles psychiatriques (par ex. dépression, troubles de l'anxiété) au moyen de questionnaires validés à remplir par l'intéressé ou d'entrevues cliniques (catégorie D, consensus). Il faut aussi questionner les patients quant à l'existence de plans visant à se causer du tort (catégorie C, niveau III)</p> <p>Des soins collaboratifs par des équipes interprofessionnelles devraient être dispensés aux personnes atteintes de diabète et de dépression afin d'améliorer ce qui suit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • symptômes dépressifs (catégorie A, niveau I) • observance du traitement antidépresseur et par antihyperglycémiant non insuliniq (catégorie A, niveau I) • contrôle de la glycémie (catégorie A, niveau I) <p>Il faut intégrer les interventions psychosociales dans les plans de soins du diabète, y compris:</p> <ul style="list-style-type: none"> • interventions motivationnelles (catégorie D, consensus) • stratégies de gestion du stress (catégorie C, niveau III) • formation sur les aptitudes d'adaptation (catégorie A, niveau IA pour le diabète de type 2; catégorie B, niveau II pour le diabète de type 1) • thérapie familiale (catégorie A, niveau IB) • gestion de cas (catégorie B, niveau II) <p>Les personnes diabétiques doivent idéalement accumuler au minimum 150 min d'activité aérobie d'intensité modérée ou vigoureuse chaque semaine, étalées sur au moins 3 jours de la semaine, et pas plus de 2 jours consécutifs sans exercice, dans le but d'améliorer le contrôle de la glycémie (catégorie B, niveau II) et de réduire le risque de MCV et de mortalité globale (catégorie C, niveau III). De plus petites quantités (90-140 min/semaine) d'exercice ou d'activité physique planifiée pourraient aussi profiter au contrôle de la glycémie, mais dans une moins grande mesure (catégorie B, niveau II)</p> <p>On peut recommander l'entraînement par intervalle (brèves périodes d'exercice vigoureux entrecoupées de brèves périodes de rétablissement à intensité faible à modérée ou de repos de 30 s à 3 min chacune) aux personnes prêtes à se soumettre à un entraînement de cette nature et capables de le faire pour accumuler les gains sur la forme cardio-respiratoire dans le diabète de type 2 (catégorie B, niveau II)</p> <p>Les personnes diabétiques (y compris les personnes âgées) doivent faire des exercices contre résistance au moins 2 fois par semaine et de préférence 3 fois par semaine (catégorie B, niveau II) en plus des exercices aérobiques (catégorie B, niveau II). On peut recommander la présence d'un spécialiste pour donner les instructions initiales et superviser périodiquement (catégorie C, niveau III)</p> <p>La personne diabétique et le fournisseur de soins doivent collaborer à l'établissement des objectifs d'exercice, à la résolution des problèmes potentiels faisant obstacle à l'activité physique, à la détermination de l'endroit et du moment de faire l'exercice, et de l'autosurveillance, dans le but d'accroître l'activité physique et d'améliorer le taux d'HbA_{1c} (catégorie B, niveau II)</p> <p>En plus d'atteindre les objectifs en matière d'activité physique, les personnes diabétiques doivent réduire au minimum le temps passé à des activités sédentaires et entrecouper périodiquement les longues périodes où elles sont assises (catégorie C, niveau III)</p> <p>Il faut offrir aux personnes diabétiques une formation en temps opportun sur l'autoprise en charge qui soit adaptée à l'amélioration des pratiques et des comportements d'autogestion (catégorie A, niveau IA)</p> <p>On peut utiliser la technologie, comme les programmes en ligne et les systèmes de surveillance de la glycémie, les brefs textos et les applications pour téléphone mobile pour appuyer l'autoprise en charge dans le but d'améliorer le contrôle de la glycémie (catégorie A, niveau IA)</p>	<p>Matériel sur l'autoprise en charge:</p> <p>guidelines.diabetes.ca/patientresources</p> <p>Matériel sur l'identification et la prise en charge de la détresse liée au diabète:</p> <p>guidelines.diabetes.ca/selfmanagementeducation/psychosocial</p> <p>Outil interactif de conseils spécifiques sur l'exercice:</p> <p>guidelines.diabetes.ca/selfmanagementeducation/patool</p> <p>Échantillon d'une ordonnance d'exercice pour les patients diabétiques:</p> <p>guidelines.diabetes.ca/docs/resources/diabetes-and-physical-activity-your-exercise-prescription.pdf</p>

AAS—acide acétylsalicylique, ARA—antagoniste des récepteurs de l'angiotensine, ARGLP1—agoniste du récepteur du GLP-1 (peptide-1 similaire au glucagon), C-LDC—cholestérol des lipoprotéines de faible densité, CV—cardiovasculaire, HbA_{1c}—hémoglobine A_{1c}, IDPP4—inhibiteur de la dipeptidyl peptidase 4, iECA—inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, iSGLT2—inhibiteur du cotransporteur sodium-glucose de type 2, MCV—maladie cardiovasculaire, NPH—insuline isophane, PCSK9—protéine convertase subtilisine/kexine de type 9, TA—tension artérielle, TZD—thiazolidinédione.

*Les catégories et les niveaux des données probantes sont définis dans le chapitre sur les méthodes des lignes directrices (guidelines.diabetes.ca/browse/chapter2). En bref, les données de catégorie A et de niveau I sont les plus robustes et les plus pertinentes. Les données de niveau IV sont les plus faibles, et les recommandations de catégorie D sont étayées par des données de niveau IV ou consensuelles⁸.

Données tirées du Comité d'experts des lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada⁸.

Figure 2. Individualisation des cibles de l'HbA_{1c} chez les patients diabétiques

Cibles de contrôle de la glycémie	
HbA _{1c} %	
≤ 6,5	Les personnes atteintes de diabète de type 2 réduisent encore plus le risque de néphropathie chronique et de rétinopathie si le risque d'hypoglycémie est faible, en fonction de la classe d'antihyperglycémiant pris et des caractéristiques du patient
≤ 7,0	LA PLUPART DES ADULTES ATTEINTS DE DIABÈTE DE TYPE 1 OU 2
7,1 ↓ 8,5	7,1*-8,0 Dépendance fonctionnelle (personnes âgées) 7,1*-8,5 Fragilité ou démence 7,1-8,5 Espérance de vie limitée 7,1-8,5 Antécédents d'hypoglycémie grave à répétition, surtout si l'hypoglycémie n'est pas ressentie
Éviter les taux élevés d'HbA _{1c} pour réduire au minimum le risque de complications du diabète	

HbA_{1c} —hémoglobine A_{1c}.

*Les limites inférieures ne s'appliquent qu'aux patients sous antihyperglycémiant avec risque d'hypoglycémie.

†En fin de vie, la mesure de l'HbA_{1c} n'est pas recommandée. Éviter l'hyperglycémie symptomatique et toute hypoglycémie.

Adaptation du Comité d'experts des lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada⁸.

1^{er} message principal: parler des occasions de réduire le risque de complications du diabète. Les lignes directrices indiquent qu'il faut ajouter les traitements (selon la tolérance) pour atteindre les cibles d'hémoglobine A_{1c} (HbA_{1c}), de tension artérielle et de cholestérol conformes aux préférences et aux objectifs du patient. Depuis la dernière mise à jour des lignes directrices en 2013, le principal changement des lignes directrices reflète les nouvelles données probantes selon lesquelles la canagliflozine, l'empagliflozine et le liraglutide réduisent le risque d'événements cardiovasculaires chez les patients qui présentent des antécédents de maladie vasculaire⁸. (Des données comparables sur d'autres médicaments n'étaient pas disponibles au moment de l'élaboration des lignes directrices.) Les lignes directrices indiquent qu'il faut prescrire des médicaments de protection vasculaire étayés par des données probantes lorsque cela est approprié:

- statines chez les personnes de 40 ans et plus ou qui présentent des complications;
- inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou antagonistes des récepteurs de l'angiotensine chez les personnes de 55 ans et plus ou qui présentent des complications;
- acide acétylsalicylique en plus d'un inhibiteur du cotransporteur du sodium-glucose de type 2 ou d'un agoniste du récepteur du GLP-1 (peptide-1 similaire au glucagon) doté de bienfaits cardiovasculaires éprouvés (canagliflozine, empagliflozine, liraglutide) chez les personnes ayant une maladie vasculaire.

Diabète Canada a créé plusieurs outils interactifs d'aide à la décision pour éliminer les obstacles à la mise en application de ces recommandations, dont un

Figure 3. Les ACTIONSS des visites de routine pour le diabète

- A :** Cibles de l'HbA_{1c} (sans hypoglycémie)
- C :** Cibles de cholestérol
- T :** Cibles de la tension artérielle (sans chutes)
- I :** Cibles d'interventions sur le mode de vie (exercice et alimentation saine)
- O :** Ordonnances - Médicaments pour réduire le risque cardiaque, lorsqu'approprié (statines, iECA ou ARA, AAS, iSGLT2, ARGPL1)
- N :** Non-fumeur (demander, conseiller, évaluer, aider, prévoir)
- S :** S'occuper du dépistage des complications (neuropathie, néphropathie, rétinopathie)
- S :** Santé psychologique - Encourager l'autoprise en charge en s'occupant du stress, de la santé mentale et d'autres obstacles

iECA—inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, ARA—antagoniste des récepteurs de l'angiotensine, AAS—acide acétylsalicylique⁸, GLP1RA—agoniste du récepteur du peptide-1 similaire au glucagon, SGLT2I—inhibiteur du cotransporteur sodium-glucose de type 2.

Adaptation du Comité d'experts des lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada⁸.

qui soupèse les différentes options pharmacologiques de contrôle de la glycémie en comparant les avantages relatifs ou les limites des différents agents (guidelines.diabetes.ca/bloodglucoselowering/pharmacology2), un outil interactif de sélection des agents de protection vasculaire (guidelines.diabetes.ca/vascularprotection/riskassessment) et une ordonnance pour la protection cardiovasculaire (guidelines.diabetes.ca/docs/resources/prescription-for-cardiovascular-protection-with-diabetes.pdf). Les personnes diabétiques doivent aussi se soumettre à la surveillance systématique (et aux interventions pertinentes) de la neuropathie, de la néphropathie et de la rétinopathie, ce qui peut être facilité par une feuille de suivi (guidelines.diabetes.ca/docs/cpg/Appendix-3.pdf)⁸.

2^e message principal: parler des façons de garder les patients en sécurité et de prévenir l'hypoglycémie. Les lignes directrices indiquent que la cible de l'HbA_{1c} et le traitement doivent être individualisés en fonction des objectifs, des préférences et de l'état fonctionnel du patient, comme l'illustre la **Figure 2**⁸. Les cibles inférieures sont appropriées lorsque la priorité consiste à réduire le risque de résultats microvasculaires et lorsque les traitements administrés ne placent pas le patient à risque d'hypoglycémie. Les cibles supérieures sont appropriées lorsque la priorité consiste à réduire le risque de complications à long terme. Diabète Canada a créé un outil interactif qui aide à adapter les cibles de la glycémie aux résultats pertinents tout en évitant l'hypoglycémie (guidelines.diabetes.ca/bloodglucoselowering/a1ctarget).

Deux nouvelles recommandations prioritaires des lignes directrices de 2018 parlent de la prévention de l'hypoglycémie. En premier lieu, toutes les personnes diabétiques qui prennent des agents pouvant causer l'hypoglycémie (c.-à-d. insuline ou sécrétagogues de l'insuline) doivent recevoir des conseils sur la conduite sécuritaire (c.-à-d. avoir du sucre à portée de la main pour prévenir les réactions). Un nouveau chapitre dans les lignes directrices (guidelines.diabetes.ca/cpg/chapter21) décrit comment évaluer et gérer les conducteurs de véhicules privés et commerciaux, surtout ceux qui prennent de l'insuline ou des sécrétagogues de l'insuline⁸. Diabète Canada a créé des documents à distribuer qui encouragent les conversations sur la conduite sécuritaire, et les lignes directrices contiennent un échantillon d'une ressource éducative sur le diabète et la conduite automobile à remplir par les personnes diabétiques (disponible en français à <http://guidelines.diabetes.ca/docs/fr/drive-safe-with-diabetes-french.pdf>). En deuxième lieu, les lignes directrices recommandent d'utiliser de préférence les médicaments qui posent un moins grand risque d'hypoglycémie, surtout chez les personnes âgées (p. ex. metformine ou inhibiteurs de la dipeptidyl peptidase-4 plutôt que

l'insuline ou des sécrétagogues de l'insuline). Il faut aussi tenir compte des risques d'hypotension lors de la prise en charge de la tension artérielle. Comme les lignes directrices précédentes l'indiquaient, les recommandations mettent l'accent sur l'emploi sécuritaire des médicaments lorsque les personnes diabétiques vont mal et sont à risque d'hypovolémie. L'acidocétose euglycémique est un risque particulier sous les inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2, et ces agents doivent être suspendus les jours de maladie (c.-à-d. lorsque les patients présentent un risque de déshydratation)¹⁷. Les lignes directrices de Diabète Canada contiennent une annexe qui encourage la planification des journées de maladie (guidelines.diabetes.ca/docs/cpg/Appendix-8.pdf) et une autre annexe sur les facteurs thérapeutiques dont il faut tenir compte dans les cas d'insuffisance rénale (guidelines.diabetes.ca/docs/cpg/Appendix-7.pdf)⁸. Le site web contient aussi des ressources que les omnipraticiens peuvent remettre à leurs patients en vue de planifier les journées de maladie (guidelines.diabetes.ca/docs/patient-resources/stay-safe-when-you-have-diabetes-and-sick-or-at-risk-of-dehydration.pdf), de même que pour reconnaître, traiter et prévenir l'hypoglycémie (disponible en français à <http://guidelines.diabetes.ca/docs/fr/hypoglycemia-low-blood-sugar-french.pdf>).

3^e message principal: parler des progrès vers les objectifs d'autoprise en charge et éliminer les obstacles. Les personnes diabétiques doivent avoir en main un plan individualisé d'activité physique et de nutrition. Les interventions comportementales intensives en groupe aident parfois les patients à atteindre leurs objectifs. Il faut encourager les patients à obtenir des conseils nutritionnels auprès d'une diététiste agréée; dans certaines régions, les consultations avec les diététistes sont offertes gratuitement (p. ex. en Ontario [<http://www.unlockfood.ca/fr/>], en Colombie-Britannique [www.healthlinkbc.ca/dietitian-services] et au Manitoba [<http://www.wrha.mb.ca/index-f.php>]).

Certaines données indiquent que les médecins de famille influencent le niveau d'exercice¹⁸. Les lignes directrices recommandent d'établir régulièrement des objectifs d'exercice pour chaque patient, de résoudre les problèmes potentiels faisant obstacle à l'activité physique, d'informer le patient quant à l'endroit et au moment de faire de l'exercice, et d'encourager l'auto-surveillance (p. ex. podomètre ou autre système de suivi de l'activité). Diabète Canada a créé un outil interactif qui aide les médecins de famille à donner des conseils précis en matière d'exercice (guidelines.diabetes.ca/selfmanagementeducation/patool), de même que diverses vidéos éducatives démontrant les exercices contre résistance et les exercices du tronc (guidelines.diabetes.ca/patient-videos).

Pour encourager l'autoprise en charge, il faut aider les personnes à éliminer les obstacles au mode de vie sain, y compris la détresse liée au diabète et les comorbidités, comme la dépression et la douleur. Les médecins de famille sont particulièrement bien placés pour identifier les facteurs de stress chez les patients et les aider à répondre à leurs besoins prioritaires. Les personnes qui ont de la difficulté à atteindre leurs objectifs peuvent consulter plus fréquemment, idéalement à l'aide d'une approche d'équipe structurée pour améliorer l'efficacité du soutien à l'autoprise en charge¹⁹. Dans le cas des médecins qui ne pratiquent pas dans un contexte leur donnant facilement accès à une équipe multidisciplinaire, Diabète Canada a créé des ressources dans le but de les aider à mettre ces recommandations en pratique (guidelines.diabetes.ca/reduce-complications/the-5rs), y compris le matériel à distribuer sur l'autoprise en charge en général, qui présentent l'acronyme ACTIONSS aux patients (guidelines.diabetes.ca/docs/patient-resources/my-diabetes-care-not-just-about-blood-sugar.pdf), ainsi que le matériel à distribuer et les outils de pratique qui permettent d'identifier et de gérer les sources de détresse liée au diabète (guidelines.diabetes.ca/selfmanagementeducation/psychosocial).

Thème transversal: adapter la discussion aux besoins et aux préférences de chacun. Les médecins de famille jouent un rôle crucial dans la prise en charge des personnes diabétiques et l'appui tout au long de leur vie. Les lignes directrices de Diabète Canada présentent de nombreuses recommandations spécifiques aux stades de la vie et aux contextes culturels des personnes diabétiques. Certains chapitres traitent particulièrement des enjeux liés aux enfants, aux femmes en âge de procréer, aux personnes âgées fonctionnellement dépendantes ou frêles de même qu'aux Autochtones; nous encourageons les fournisseurs de soins à prendre connaissance des principaux messages et des recommandations dans ces chapitres. Diabète Canada a créé du matériel à distribuer, en français (guidelines.diabetes.ca/ressourcesfrancaises) et en chinois (guidelines.diabetes.ca/chinese), traitant par exemple des options alimentaires pour les personnes de diverses origines, et publiera sous peu d'autres adaptations culturelles. Diabète Canada s'est aussi doté d'un numéro sans frais (1 800 BANTING), de même que d'un manuel de ressources (guidelines.diabetes.ca/financial-support-and-services) visant à appuyer les patients diabétiques à faible revenu ou qui ont d'autres besoins, afin d'identifier les ressources et les services locaux pouvant être utiles.

Discussion. Les lignes directrices ne remplacent pas le jugement clinique, elles l'appuient. Elles doivent encourager la prise de décision partagée dans la pratique. C'est dans cet esprit que nous présentons les groupements thématiques des recommandations des

lignes directrices chez les adultes atteints de diabète de type 2 que, nous l'espérons, les médecins de famille trouveront importants et utiles. Plus précisément, les lignes directrices encouragent les médecins de famille à tenir régulièrement 3 conversations essentielles avec leurs patients afin d'identifier les facteurs clés dont il faut tenir compte pour dispenser des soins de première ligne complets durant toute la vie. Les médecins de famille pourraient se demander, et demander à leurs patients diabétiques, si chaque consultation offre l'occasion :

- d'ajouter des traitements pouvant réduire le risque de complications du diabète;
- d'ajuster les stratégies thérapeutiques pour garder le patient en sécurité;
- d'encourager les patients à se prendre en charge en éliminant les sources de stress et en les aidant à établir des objectifs et à planifier en conséquence.

La prise en charge du diabète exige habituellement que le patient et le professionnel de la santé s'adaptent au fil du temps en établissant continuellement de nouveaux objectifs. Puisque les circonstances biopsychosociales changent, les recommandations en matière de traitement changeront aussi. Dans le contexte de la décision partagée, où l'on tient compte des besoins et des préférences du patient, les médecins de famille peuvent saisir périodiquement les occasions d'optimiser le traitement dans le but de réduire au minimum le risque de complications à long terme et de prévenir les symptômes immédiats ou les effets secondaires. Les recommandations présentées ici sont un guide pour y arriver. Cependant, les données laissent croire que les médecins de famille obtiennent les meilleurs résultats possible lorsqu'ils incorporent les approches factuelles et axées sur le patient du modèle de soins des maladies chroniques.

Limites

Ce résumé tente d'organiser les lignes directrices complètes en information pertinente pour les médecins de famille, mais nous comprenons que chaque pratique et que chaque patient est unique. Les recommandations priorisées pour ce document ne correspondent sûrement pas aux besoins de toutes les pratiques, et les besoins des patients doivent être évalués par l'entremise de la décision partagée. Beaucoup de patients atteints de diabète de type 2 n'ont pas la couverture d'assurance pour payer les médicaments, et les nouveaux agents sont hors d'atteinte pour ces patients. Il est aussi possible que les données émergentes fondées sur les données en situation réelle cernent des problèmes avec les nouveaux agents, ce qui entraînerait des modifications aux recommandations des lignes directrices. Nous reconnaissons en outre que l'accès au soutien pour mettre en application les pratiques exemplaires n'est pas équitable^{20,21}. Par exemple, les professionnels paramédicaux sont plus faciles d'accès pour certains patients que pour d'autres. Nul doute que ces facteurs (entre autres) affectent les soins du diabète et les

résultats. Alors que de nombreuses activités en clinique de première ligne sont appropriées, voire souhaitables, chez un patient diabétique, le point de départ de ce résumé était le texte des lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada. Il existe de nombreuses autres lignes directrices traitant des soins aux patients diabétiques. Les lignes directrices de Diabète Canada s'harmonisent avec les lignes directrices de la Société canadienne de cardiologie pour ce qui est des cibles lipidiques¹⁶ et avec les lignes directrices d'Hypertension Canada pour ce qui est des cibles de la tension artérielle²². Quoi qu'il en soit, les lignes directrices ne recommandent pas toutes la même chose, probablement en raison des variables qui viennent pondérer l'importance des différents résultats dans la base de données probantes. Par exemple, les récentes lignes directrices de l'American College of Physicians encouragent des cibles de l'HbA_{1c} plus élevées en raison de l'absence de données probantes montrant que les cibles inférieures sont associées à une réduction du risque de résultats cardiovasculaires²³. En outre, les lignes directrices sur les lipides simplifiées pour les médecins de famille s'éloignent des cibles des lipoprotéines de faible densité pour se concentrer sur le recours aux médicaments étayés par des données probantes (p. ex. statines)². Finalement, il importe de noter que ce manuscrit ne cherche qu'à résumer les recommandations des lignes directrices de Diabète Canada jugées les plus pertinentes pour la prise en charge de première ligne du diabète de type 2 chez les adultes par un groupe choisi, quoique multidisciplinaire. On trouvera plus d'information sur la prévention et la prise en charge de tous les types de diabète sur guidelines.diabetes.ca (en anglais).

Conclusion

Les soins du diabète de grande qualité comprennent une série de conversations périodiques sur l'autoprise en charge et sur les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques adaptés aux objectifs de chaque patient (c.-à-d. prise de décision partagée). Lorsque les médecins de famille incorporent ces conversations dans la pratique régulière, ils ont la chance d'optimiser les bienfaits possibles du traitement et de réduire le risque d'effets nuisibles afin d'encourager les patients à instaurer et à maintenir les modifications désirées au mode de vie, et de les aider à composer avec le fardeau du diabète et des comorbidités. Les médecins de famille peuvent consulter les lignes directrices, en anglais pour le moment, à guidelines.diabetes.ca. Ils peuvent aussi télécharger l'appli gratuite pour téléphone intelligent, pour un coup d'œil rapide aux chapitres des lignes directrices et aux outils interactifs, à guidelines.diabetes.ca/app.

Le Dr Ivers est scientifique au Women's College Research Institute à Toronto (Ont.); il est aussi médecin de famille à l'Hôpital Women's College, scientifique auxiliaire à l'Institut pour Clinical Evaluative Studies, professeur adjoint au Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto, et boursier de recherche en innovation au Women's College Hospital Institute for Health System Solutions and Virtual Care. M^{me} Jiang est étudiante en médecine à l'Université Queen's à Kingston (Ont.). Le Dr Alloo est médecin de famille au Nymark Medical Centre à Toronto. Le Dr Singer est professeur agrégé au Département de médecine familiale de l'Université du Manitoba à Winnipeg et médecin de famille au centre médical de famille de l'Université du Manitoba. Le Dr Ngui est médecin de famille au

Fraser Street Medical à Vancouver (C.-B.) et professeur clinique adjoint au Département de médecine familiale de l'Université de la Colombie-Britannique. M^{me} Gall Casey est directrice de l'éducation et point de vue du client à l'Association canadienne du diabète à Toronto. La Dr^{me} Yu est endocrinologue membre du personnel au département de médecine de l'Hôpital St. Michael's à Toronto, présidente du Comité de dissémination et de mise en œuvre des lignes directrices de pratique clinique à l'Association canadienne du diabète, scientifique adjointe au Centre de recherche Keenan de l'Institut Li Ka Shing Knowledge Institute de l'Hôpital St. Michael's et professeure adjointe au Département de médecine de l'Université de Toronto.

Collaborateurs

Tous les auteurs ont contribué au processus de priorisation des recommandations et à la préparation du manuscrit aux fins de soumission.

Intérêts concurrents

Aucun déclarer

Correspondance

Dr Noah M. Ivers; courriel: noah.ivers@utoronto.ca

Références

- Harris SB, Ekoé JM, Zdanowicz Y, Webster-Bogaert S. Glycemic control and morbidity in the Canadian primary care setting (results of the Diabetes in Canada Evaluation Study). *Diabetes Res Clin Pract* 2005;70(1):90-7.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Comparaisons internationales: regard sur le diabète*. Ottawa, ON: Institut canadien d'information sur la santé; 2015. Accessible à: https://secure.cihi.ca/free_products/oced-diabetes-report-2015_fr.pdf. Réf. du 3 juill. 2018.
- Yarnall KS, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health* 2003;93(4):635-41.
- Upshur REG, Tracy S. Chronicity and complexity. Is what's good for the diseases always good for the patients? *Can Fam Physician* 2008;54:1655-8.
- Gagliardi AR, Alhabib S; Guidelines International Network Implementation Working Group. Trends in guideline implementation: a scoping systematic review. *Implement Sci* 2015;10:54.
- Pathman DE, Konrad TR, Freed GL, Freeman VA, Koch GG. The awareness-to-adherence model of the steps to clinical guideline compliance. The case of pediatric vaccine recommendations. *Med Care* 1996;34(9):873-89.
- Ke CH, Gall Casey C, Yu CH. Disseminating the Canadian Diabetes Association 2013 clinical practice guidelines: guidelines.diabetes.ca in action. *Can J Diabetes* 2014;38(5):S72-3.
- Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Diabetes Canada 2018 clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. *Can J Diabetes* 2018;42(Suppl 1):S1-325.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ* 2010;182(18):E839-42. Publ. en ligne du 5 juill. 2010.
- Bennett WL, Odehola OA, Wilson LM, Bolen S, Selvaraj S, Robinson KA et coll. Evaluation of guideline recommendations on oral medications for type 2 diabetes mellitus: a systematic review. *Ann Intern Med* 2012;156(1 Pt 1):27-36.
- Creswell JW, Miller DL. Determining validity in qualitative inquiry. *Theory Pract* 2000;39(3):124-30. Publ. en ligne du 24 juin 2000.
- Jeffery R, Iserman E, Haynes RB; CDSS Systematic Review Team. Can computerized clinical decision support systems improve diabetes management? A systematic review and meta-analysis. *Diabet Med* 2013;30(6):739-45. Publ. en ligne du 28 fév. 2013.
- Murphy ME, Byrne M, Galvin R, Boland F, Fahy T, Smith SM. Improving risk factor management for patients with poorly controlled type 2 diabetes: a systematic review of healthcare interventions in primary care and community settings. *BMJ Open* 2017;8(8):e015135.
- Tricco AC, Antony J, Ivers NM, Ashoor HM, Khan PA, Blondal E et coll. Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2014;186(15):E568-78. Publ. en ligne du 15 sept. 2014.
- Grudniewicz A, Kealy R, Rodseth RN, Hamid J, Rudoler D, Straus SE. What is the effectiveness of printed educational materials on primary care physician knowledge, behaviour, and patient outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Implement Sci* 2015;10:164.
- Anderson TJ, Grégoire J, Pearson GJ, Barry AR, Couture P, Dawes M et coll. 2016 Canadian Cardiovascular Society guidelines for the management of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in the adult. *Can J Cardiol* 2016;32(11):1263-82.
- Rosenstock J, Ferrannini E. Euglycemic diabetic ketoacidosis: a predictable, detectable, and preventable safety concern with SGLT2 inhibitors. *Diabetes Care* 2015;38(9):1638-42.
- Kreuter MW, Chheda SG, Bull FC. How does physician advice influence patient behavior? Evidence for a priming effect. *Arch Fam Med* 2000;9(5):426-33.
- Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee; Clement M, Harvey B, Rabi DM, Roscoe RS, Sherifali D. Organization of diabetes care. *Can J Diabetes* 2013;37(Suppl 1):S20-5. Publ. en ligne du 26 mars 2013.
- Glazier RH, Agha MM, Moineddin R, Sibley LM. Universal health insurance and equity in primary care and specialist office visits: a population-based study. *Ann Fam Med* 2009;7(5):396-405.
- Glazier RH, Hutchison B, Kopp A, Dobell G. Primary care practice reports: administrative data profiles for identifying and prioritizing areas for quality improvement. *Healthc Q* 2015;18(1):7-10.
- Nerenberg KA, Zarnke KB, Leung AA, Dasgupta K, Butalia S, McBrien K et coll. Hypertension Canada's 2018 guidelines for diagnosis, risk assessment, prevention, and treatment of hypertension in adults and children. *Can J Cardiol* 2018;34(5):506-25.
- Qaseem A, Witt TJ, Kansagara D, Horwath C, Barry MJ, Forcica MA et coll. Hemoglobin A1c targets for glycemic control with pharmacologic therapy for nonpregnant adults with type 2 diabetes mellitus: a guideline statement update from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2018;168(8):569-76.
- Allan GM, Lindblad AJ, Comeau A, Coppola J, Hudson B, Mannarino M et coll. Simplified lipid guidelines. Prevention and management of cardiovascular disease in primary care. *Can Fam Physician* 2015;61:857-67 (Eng), e439-50 (Fr).

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous sur www.cfp.ca et cliquez sur le lien Mainpro+.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs. *Can Fam Physician* 2019;65:e8-18

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the January 2019 issue on page 14.