



Les listes de sujets sont publiées dans [ScienceDirect](#)

Canadian Journal of Diabetes

Page d'accueil de la revue :
www.canadianjournalofdiabetes.com

**DIABETES
CANADA**



Lignes directrices de pratique clinique 2018

Introduction



Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada

Robyn L. Houlden, M.D., FRCPC

C'est avec fierté que nous vous présentons les *Lignes directrices de pratique clinique 2018 de Diabète Canada pour la prévention et le traitement du diabète au Canada*. Actualisées tous les cinq ans, ces lignes directrices complètes et fondées sur des données probantes constituent la sixième édition d'une série de recommandations publiées pour la première fois en 1992, et la toute première édition à paraître sous le nouveau nom de « Diabète Canada ». En 2017, le nom de l'Association canadienne du diabète a été remplacé par celui de Diabète Canada afin de refléter le caractère très préoccupant du diabète et de mieux faire connaître l'organisation et sa détermination à vaincre le diabète et à aider l'ensemble des Canadiennes et des Canadiens qui en sont atteints.



Les Lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada ont pour but de guider la pratique, d'influencer positivement les tendances générales en matière de soins, de stimuler les activités de prévention du diabète au Canada et de réduire le fardeau des complications du diabète. Elles s'adressent aux professionnels de la santé qui participent aux soins des patients atteints de diabète ou présentant un risque de développer la maladie et, plus précisément, aux prestataires de soins primaires ou de « soins habituels ». Elles sont également préparées à l'intention des personnes vivant avec le diabète. Chacun des chapitres de la présente version a été enrichi de messages clés destinés aux personnes atteintes de cette maladie chronique.

Pour élaborer les Lignes directrices de pratique clinique 2018, des membres bénévoles du Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique (le Comité d'experts) ont évalué les données probantes pertinentes parues dans des revues examinées par des pairs depuis la publication des dernières lignes directrices, en 2013. Ils ont ensuite incorporé ces données aux recommandations révisées relatives au diagnostic, au pronostic et au traitement des Canadiennes et des Canadiens atteints de diabète, puis ajouté des recommandations visant à retarder l'apparition du diabète au sein des populations vulnérables. Le processus de classement des recommandations a été scruté à la loupe par le Comité d'examen indépendant des méthodes (voir le chapitre « Méthodes », p. S6).

Les lignes directrices ont pour but d'améliorer la qualité et les résultats sur la santé des soins offerts aux Canadiennes et Canadiens atteints de diabète. Elles visent avant tout à remédier aux lacunes actuelles dans les soins cliniques, c'est-à-dire à réduire les écarts entre les connaissances fondées sur des données probantes et la pratique clinique quotidienne. Les lignes directrices offrent un résumé des principaux résultats de la recherche et permettent la prise de décisions cliniques d'une transparence

accrue. Elles sont destinées à réduire les écarts qui n'ont pas lieu d'être dans la pratique, à promouvoir une utilisation efficace des ressources en santé, à favoriser une plus grande autonomie chez les personnes atteintes de diabète, à cerner les lacunes dans les connaissances, à établir les priorités de la recherche, à guider les politiques publiques et à appuyer les activités de contrôle de la qualité, y compris les évaluations de la pratique professionnelle¹. Les lignes directrices représentent une synthèse documentaire et, à ce titre, elles n'offrent pas une connaissance approfondie du contexte clinique, comme celle généralement accessible dans les manuels de médecine et les articles de synthèse. Leur but n'est pas de fournir une approche « guidée par menu » ou « pas à pas » des soins diabétiques où le clinicien n'aurait pas à exercer son jugement. En outre, elles ne sauraient offrir des conseils applicables en toutes circonstances ou valables pour toute personne atteinte de diabète. Les personnes diabétiques forment des groupes diversifiés et hétérogènes; c'est pourquoi les décisions thérapeutiques doivent être prises au cas par cas. Les lignes directrices sont destinées à faciliter la prise de décisions grâce à des recommandations s'appuyant sur les meilleures données probantes disponibles; il reste que les décisions thérapeutiques sont prises dans le cadre de la relation entre le professionnel de la santé et le patient atteint de diabète. Cette relation, tout comme l'importance du jugement clinique exercé, prévaut en tout temps sur les recommandations des lignes directrices. Dans les lignes directrices fondées sur des données probantes, les auteurs tentent de comparer les avantages et les inconvénients des divers traitements; toutefois, les préférences des patients n'étant pas toujours prises en compte dans les études cliniques, il importe que les décisions cliniques intègrent les valeurs et les préférences des patients². Certaines décisions cliniques sont guidées par des données probantes solides, lesquelles sont prises en compte dans les recommandations des présentes lignes directrices. Il subsiste toutefois de nombreuses situations cliniques pour lesquelles aucune donnée probante solide n'est actuellement disponible, et il est possible, pour des questions de faisabilité, qu'il en soit toujours ainsi. Dans ces cas précis, les opinions consensuelles d'experts, fondées sur l'ensemble des données probantes disponibles, sont fournies afin de faciliter les décisions cliniques qui doivent être prises à l'égard du patient diabétique. Il importe aussi de préciser que les lignes directrices ne doivent pas servir de ressource légale dans les cas de négligence professionnelle, car du fait de leur nature plus générale, elles ne tiennent pas compte des circonstances particulières de chaque cas³.

Principaux changements

L'élaboration des Lignes directrices de pratique clinique 2018 a donné lieu à un certain nombre de changements, dont les suivants :

- Le Comité d'experts s'est élargi et compte à présent 135 professionnels de la santé bénévoles de partout au Canada, dont un éventail encore plus large de représentants de groupes d'intervenants paramédicaux et interprofessionnels. Tous ces experts apportent ainsi avec eux un bagage

Les déclarations de conflits d'intérêts se trouvent à la page S5. 1499-

2671 © 2018 Association canadienne du diabète.

L'Association canadienne du diabète est le propriétaire enregistré du nom Diabète Canada.

<https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2017.10.001>

de compétences acquises au pays dans divers milieux de la pratique, notamment en médecine familiale, endocrinologie, médecine interne, cardiologie, neurologie, néphrologie, maladies infectieuses, urologie, psychiatrie, psychologie, obstétrique, ophtalmologie, pédiatrie, soins infirmiers, diététique, pharmacie, chiropratique et physiologie de l'exercice, pour n'en nommer que quelques-uns.

- Le recrutement et la participation active de personnes informées atteintes de diabète au sein du Comité d'experts, afin de veiller à ce que le processus d'élaboration des lignes directrices et les recommandations tiennent compte des perspectives et des préférences de ces personnes, de même que l'élaboration de messages clés rédigés dans des termes simples à l'intention des personnes atteintes de diabète.
- La reconnaissance accrue de la diversité ethnoculturelle canadienne et de son retentissement sur les soins diabétiques.
- Une plus grande mobilisation (auteurs et organisations autochtones, professionnels de la santé qui travaillent avec des populations et des collectivités autochtones) dans le cadre de l'élaboration des recommandations à l'intention des peuples autochtones touchés par le diabète de type 2. À cela s'ajoute la reconnaissance du triste héritage de la colonisation et des pensionnats et de leurs effets persistants sur la santé des Autochtones, sans oublier les appels à l'action de la Commission de vérité et de réconciliation du Canada de 2015³.
- De nouveaux chapitres sur le diabète et l'aptitude à conduire ainsi que sur le diabète post-transplantation ont été ajoutés.
- Une synthèse systématique plus rigoureuse de la littérature a été réalisée avec l'aide du Centre d'étude et de synthèse des données scientifiques de McMaster. Ce centre, un ancien Evidence-based Practice Centre (EPC) désigné par l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) des États-Unis dans le cadre de son Evidence-based Practice Program, a réalisé des synthèses d'une grande qualité pour le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs et l'Agence de la santé publique du Canada.
- Le classement des recommandations a été scruté à la loupe par un comité d'EIM composé de deux examinateurs indépendants; en cas de divergences, un second comité formé de deux autres personnes devait trancher.
- Un examen externe élargi a été effectué par des spécialistes, des fournisseurs de soins primaires communautaires, des départements de médecine familiale d'universités d'un bout à l'autre du Canada, ainsi que des organisations spécialisées et des organismes qui viennent en aide aux personnes diabétiques.
- Des mesures supplémentaires ont été prises pour gérer et réduire au minimum les conflits d'intérêts résultant d'autres activités des membres du Comité d'experts et du Comité directeur.
- Une harmonisation accrue des recommandations grâce à la collaboration avec d'autres organisations, dont la Société canadienne de cardiologie (SCC) et l'initiative C-CHANGE (Canadian Cardiovascular Harmonization of National Guidelines Endeavour).
- L'utilisation de la technologie Web afin d'étendre les activités de diffusion et de mise en œuvre de stratégies destinées à soutenir l'ensemble des recommandations.

Un des messages clés véhiculés d'un bout à l'autre des lignes directrices demeure l'importance d'adapter le traitement aux besoins individuels de la personne atteinte de diabète. Nous espérons que les professionnels des soins primaires et autres professionnels de la santé qui soignent des personnes atteintes de diabète ou présentant un risque de développer la maladie continueront à considérer les lignes directrices comme une ressource indispensable. Une utilisation appropriée des lignes directrices devrait améliorer la qualité des soins, réduire la morbidité et la mortalité liées au diabète et à ses complications, en plus de rehausser la qualité de vie des Canadiennes et des Canadiens atteints de cette maladie chronique.

Le défi du diabète

La Fédération internationale du diabète (FID) a désigné le diabète comme l'une des principales urgences mondiales du 21^e siècle en matière de santé⁴. Chaque année, un nombre croissant de personnes se voient diagnostiquer cette maladie chronique grave, qui s'accompagne de

complications potentiellement dévastatrices et n'épargne aucun groupe d'âge. L'Organisation mondiale de la Santé estime qu'à l'échelle mondiale, l'hyperglycémie est le troisième facteur de risque de décès prématuré, après l'hypertension artérielle et le tabagisme⁵. En 2015, la FID estimait à 415 millions le nombre d'adultes atteints de diabète et à 318 millions le nombre d'adultes présentant une intolérance au glucose et donc un risque élevé de développer le diabète^{4,6}. Les taux de diabète sont aussi en hausse au Canada. En 2015, la prévalence du diabète était estimée à 3,4 millions ou 9,3 % de la population et, selon les prévisions, elle devrait atteindre 5 millions ou 12,1 % de la population d'ici 2025, ce qui représente une hausse de 44 % pour la période de 2015 à 2025⁶. Toujours en 2015, la prévalence du prédiabète chez les adultes au Canada était estimée à 5,7 millions ou 22,1 % de la population⁶. Le diabète est la première cause de cécité, d'insuffisance rénale au stade terminal (IRST) et d'amputation non traumatique chez les adultes canadiens (voir les chapitres Rétinopathie, p. S210, Neuropathie, p. S217 et Soins des pieds, p. S222). La maladie cardiovasculaire (MCV) demeure en tête de liste des causes de décès chez les diabétiques, groupe dans lequel sa fréquence est deux à quatre fois plus élevée que chez les non-diabétiques (voir les chapitres Protection cardiovasculaire des personnes diabétiques, p. S162 et Dépistage de la maladie cardiovasculaire, p. S170). Comparativement à la population générale, les personnes diabétiques présentent un risque accru d'être hospitalisées en raison d'une MCV (risque plus de 3 fois supérieur), d'une IRST (risque 12 fois plus élevé) ou d'une amputation non traumatique d'un membre inférieur (risque plus de 20 fois supérieur)⁷. Les complications du diabète sont aussi associées au décès prématuré; selon des estimations, un adulte canadien sur dix serait décédé des suites du diabète en 2008-2009⁷. La proportion de personnes diabétiques présentant des symptômes de dépression pertinents sur le plan clinique est de 30 %⁸ et, chez les personnes souffrant de dépression, le risque de développer un diabète de type 2 atteint environ 60 %⁹ (voir le chapitre Diabète et santé mentale, p. S130).

Le diabète et ses complications accentuent la pression exercée par les coûts et les services sur le système de santé publique du Canada. Cela s'explique par une utilisation accrue des services de santé, une productivité à la baisse et le soutien à long terme nécessaire à la prise en charge des complications du diabète. Chez les adultes de 20 à 49 ans, ceux qui souffrent de diabète sont 2 fois et 2 à 3 fois plus susceptibles de consulter un médecin de famille ou un spécialiste, respectivement³. En outre, les personnes atteintes de diabète étaient 3 fois plus susceptibles d'avoir été hospitalisées au cours de l'année précédente et pour un séjour prolongé² (voir le chapitre Prise en charge du diabète en milieu hospitalier, p. S115). Parmi les pays dont les dépenses en santé liées au diabète sont les plus élevées, le Canada occupe le septième rang, avec des dépenses totalisant 17 milliards de dollars américains en 2015⁴. Compte tenu du vieillissement de la population canadienne, le total des coûts directs en soins de santé associés au diabète devrait continuer d'augmenter¹⁰.

Prévention du diabète

La prévention du diabète de type 1 n'a pas encore donné les résultats escomptés, mais elle demeure un domaine de recherche en pleine activité (voir le chapitre Réduction du risque de développer le diabète, p. S20). Il existe néanmoins des preuves de bonne qualité indiquant que la survenue du diabète de type 2 peut être retardée ou prévenue grâce à un certain nombre de stratégies, y compris des interventions pour l'adoption de comportements sains (activité physique, perte de poids), certains régimes alimentaires et la pharmacothérapie (voir le chapitre Réduction du risque de développer le diabète, p. S20). Une épidémie d'obésité sévit parallèlement à l'épidémie mondiale de diabète (voir le chapitre Prise en charge du poids corporel en présence de diabète, p. S124), alors que plus de 60 % de la population canadienne adulte et 31,5 % (près du tiers) des enfants et des adolescents sont en surpoids ou obèses^{11,12}. Les gouvernements se doivent de concevoir et d'évaluer d'urgence des stratégies qui permettront de prévenir et de contrer la hausse des taux d'obésité, de promouvoir l'activité physique et de réduire le temps consacré à des activités sédentaires (voir le chapitre Activité physique et diabète, p. S54). En outre, comme la population diversifiée du Canada compte des groupes ethniques plus lourdement touchés par le diabète que

d'autres, les activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie, tout comme les stratégies de prévention, doivent tenir compte de la culture et des besoins de ces populations particulières (voir les chapitres Éducation sur l'autogestion et encadrement, p. S36 et Organisation des soins diabétologiques, p. S27). Il devient de plus en plus évident que les déterminants sociaux de la santé influencent fortement le risque de développer le diabète et ses complications. Deux enquêtes de santé publique de grande envergure, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)¹³ et l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)¹⁴, ont révélé que le risque de développer le diabète est considérablement plus élevé chez les personnes à faible revenu. D'après l'ESCC, la prévalence du diabète de type 2 chez les personnes au revenu le plus modeste était 4,14 fois plus élevée que chez les personnes les plus nanties¹³. De même, dans l'ENSP, l'appartenance au groupe dont le revenu était le plus modeste a été associée à un risque 77 % plus élevé de développer un diabète de type 2 (risque relatif : 1,77; intervalle de confiance à 95 % : 1,48 à 2,12)¹⁴. Les principaux objectifs des interventions en santé publique visant à prévenir le diabète de type 2 regroupent le maintien d'un poids santé, la pratique d'une activité physique et une saine alimentation (voir les chapitres Thérapie nutritionnelle, p. S64 et Activité physique et diabète, p. S54). L'aptitude d'une personne à adopter ces comportements sains est néanmoins influencée par de nombreux facteurs, comme les conditions sociales, environnementales, culturelles et économiques dans lesquelles elle évolue (les « déterminants de la santé »). Ces facteurs incluent, entre autres, le revenu, l'éducation et la littératie, l'emploi et les conditions de travail, la sécurité alimentaire, l'environnement et le logement, le développement de la petite enfance, le soutien social et le sentiment d'appartenance, de même que l'accès aux soins de santé¹⁵ (voir le chapitre Le diabète de type 1 chez les enfants et les adolescents, p. S234). Les gouvernements doivent élaborer des politiques destinées à lutter contre la pauvreté et d'autres obstacles systémiques aux soins de santé¹⁶.

Diversité ethnoculturelle

Le Canada est un pays d'une grande diversité ethnoculturelle. Il s'enorgueillit de posséder le taux de citoyens nés à l'étranger le plus élevé de tous les pays du G8. Plus de 200 origines ethniques ont été déclarées au Canada lors du recensement de 2011; les plus courantes, avec plus d'un million de personnes, étant, en ordre décroissant, les Canadiens, les Anglais, les Français, les Écossais, les Irlandais, les Allemands, les Italiens, les Chinois, les Autochtones, les Ukrainiens, les Indiens d'Asie, les Hollandais et les Polonais. Les groupes de minorités visibles les plus importants en 2011 – Asiatiques du Sud, Chinois et Noirs (représentant 61,3 % de l'ensemble de la population des minorités visibles) – ont été désignés comme des populations présentant un risque élevé de développer le diabète, devant les Philippins, les Latino-Américains, les Arabes, les Asiatiques du Sud-Est, les Asiatiques de l'Ouest, les Coréens et les Japonais¹⁷. Des études ont montré qu'une éducation sur le diabète adaptée aux réalités culturelles (c.-à-d., qui intègre les traditions culturelles ou religieuses, les valeurs et les croyances, la prestation de services de santé dans la langue choisie par la personne, des conseils nutritionnels pertinents sur le plan culturel et les besoins de la personne, avec ou sans la participation de membres de la famille) améliore les connaissances liées au diabète, les comportements d'autogestion et les résultats cliniques^{18,19} (voir les chapitres Éducation sur l'autogestion, p. S36 et Thérapie nutritionnelle, p. S64). Compte tenu de sa diversité ethnoculturelle, le Canada a beaucoup à enseigner au monde entier sur l'importance d'intégrer dans les soins du diabète les traditions culturelles et les convictions à l'égard de la santé en faisant appel à de nombreux modèles novateurs de prestation de soins du diabète. Comme l'a si bien dit le premier ministre du Canada, Justin Trudeau, « La diversité est la force du Canada »²⁰.

Les taux de diabète sont trois à cinq fois plus élevés dans les populations autochtones du Canada⁷, situation d'autant plus compliquée par les difficultés d'accès aux soins auxquelles se heurtent de nombreux peuples autochtones. En fait, la vaste superficie du Canada constitue un défi à la prestation de soins du diabète complets et uniformes à l'échelle

du territoire. Chez les Autochtones en général, le diabète est diagnostiqué à un plus jeune âge²¹. En outre, chez les femmes autochtones, les taux de diabète gestationnel sont plus élevés que chez les femmes non autochtones²². Les complications du diabète sont également plus fréquentes dans la population autochtone que dans toute autre population²³. Dans ces lignes directrices, le chapitre traitant du diabète de type 2 chez les Autochtones (voir p. S296) offre une perspective importante, à savoir la reconnaissance de l'épidémie de diabète et des défis associés à la prestation de soins du diabète dans ces populations, mais aussi la reconnaissance du triste héritage de la colonisation et des pensionnats, de leurs effets persistants sur la santé des Autochtones et des appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation de 2015 visant à réparer ces injustices³.

Soins diabétologiques optimaux

Des soins diabétologiques efficaces doivent être administrés conformément au modèle de soins chroniques et axés sur la personne qui, bien encadrée, participe activement à ses propres soins (voir le chapitre Organisation des soins diabétologiques, p. S27). Pour y parvenir, une équipe interprofessionnelle ayant l'expertise appropriée est essentielle, et le système doit au besoin permettre et appuyer les échanges et la collaboration entre les fournisseurs de soins primaires et les spécialistes. Il a été montré qu'une approche multifactorielle faisant intervenir une équipe interprofessionnelle qui recourt à des mesures favorisant les comportements sains, la maîtrise de la glycémie et de la tension artérielle, la prise en charge de la dyslipidémie et la protection cardiovasculaire, permet de réduire efficacement et de façon spectaculaire le risque d'apparition et d'évolution de complications graves chez les personnes diabétiques²⁴⁻²⁷ (voir les chapitres Protection cardiovasculaire chez les personnes diabétiques, p. S162, Dyslipidémie, p. S178, Traitement de l'hypertension, p. S186, Thérapie nutritionnelle, p. S64, Activité physique et diabète, p. S54, Pharmacothérapie du diabète de type 2, p. S88, Cibles pour la maîtrise glycémique, p. S42). Aussi, il faut soutenir la capacité d'autogestion des diabétiques, car leur participation à la prise en charge de la maladie est absolument essentielle à la réussite du traitement (voir le chapitre Éducation sur l'autogestion et encadrement, p. S36). Les personnes atteintes de diabète doivent recevoir une formation sur l'établissement des objectifs, la résolution de problèmes et le suivi de l'état de santé, qui sont tous des aspects essentiels de l'autogestion. Elles doivent aussi avoir accès à une vaste gamme d'outils, dont des médicaments, dispositifs et fournitures qui les aideront à atteindre les valeurs cibles recommandées pour la glycémie, le taux de cholestérol et la tension artérielle. Les résultats thérapeutiques dépendent de l'efficacité de la prise en charge de la maladie et, sans les outils et les stratégies nécessaires, les Canadiennes et les Canadiens atteints de diabète n'obtiendront pas des résultats optimaux. La prestation de soins optimaux requiert un engagement ferme de tous les ordres de gouvernement à investir dans le traitement des maladies chroniques et à faciliter l'accès aux outils nécessaires pour une autogestion réussie.

La Charte du diabète

La Charte du diabète pour le Canada décrit les mesures de soutien à mettre en place pour que les Canadiennes et les Canadiens atteints de diabète puissent vivre une vie aussi bien remplie que possible. Elle définit le droit des personnes diabétiques d'avoir accès à de l'information, à de l'éducation et à des soins adaptés à leur culture et à leur langue (voir l'annexe 1. Charte du diabète, p. S307). La Charte du diabète fait valoir le droit des personnes atteintes de diabète de bénéficier de soins d'une grande qualité, quel que soit l'endroit où elles vivent. Elle souligne qu'il incombe aux gouvernements de répondre aux besoins uniques des populations vulnérables et de remédier aux disparités sur le plan des soins et des résultats observés dans ces populations, où les taux de diabète et de complications associées sont plus élevés qu'ailleurs et où les obstacles pour obtenir des soins et du soutien en matière de diabète sont considérables. Ces mesures de soutien aideront les Canadiennes et les Canadiens atteints de diabète à participer activement à la prise en charge de leur maladie et des complications associées.

Nouveautés

Au fil des mises à jour, les Lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada ne cessent de s'enrichir. Cette dernière version ne fait pas exception avec l'ajout de documents sur le diabète et l'aptitude à conduire, sur le diabète post-transplantation et sur une foule d'autres sujets. Nous sommes néanmoins conscients que plusieurs sujets restent encore à aborder. La santé bucco-dentaire est l'un d'eux. La gingivite (inflammation du tissu gingival entourant le collet des dents) et la parodontite (destruction du ligament, de l'os et des tissus mous qui soutiennent les dents) sont deux des problèmes de santé bucco-dentaire les plus graves constatés chez les personnes atteintes de diabète, tant de type 1 que de type 2²⁸. Une étude a révélé que la prévalence de la parodontite grave était beaucoup plus élevée chez les adultes dont le diabète est mal maîtrisé que chez les adultes non diabétiques (rapport de cotes : 2,90; intervalle de confiance à 95 % : 1,40 à 6,03)²⁹. La douleur, l'inconfort et la perte des dents (stade ultime) associés à la gingivite et à la parodontite peuvent entraîner un appauvrissement du régime alimentaire, des carences nutritionnelles, des problèmes psychosociaux et une diminution globale de la qualité de vie. La maladie parodontale peut aussi accroître le risque de développer le diabète de type 2, car la réponse inflammatoire de l'organisme aux bactéries parodontopathogènes peut contribuer à l'insulinorésistance³⁰. Outre les problèmes de gingivite et de parodontite, les personnes diabétiques affichent aussi des taux accrus de carie dentaire et de dysfonction salivaire. La FID a préparé une série de recommandations axées sur la santé bucco-dentaire des personnes atteintes de diabète³¹. Entre autres, elle recommande aux personnes diabétiques de planifier des bilans de santé bucco-dentaires réguliers chez un professionnel des soins dentaires. Elle recommande aussi aux professionnels des soins dentaires d'évaluer au moins une fois l'an la présence possible de symptômes d'une maladie des gencives (saignement pendant le brossage, enflure ou rougeur des gencives). Elle ajoute qu'il convient de rappeler aux personnes atteintes de diabète que les soins dentaires quotidiens font partie intégrante de l'autogestion du diabète. Le lien entre le diabète et le cancer ne figure pas non plus parmi les sujets abordés dans les présentes lignes directrices. Le diabète est sans cesse associé à un risque accru de plusieurs types de cancers parmi les plus courants³²; il reste cependant à élucider s'il existe une association directe (p. ex., si l'hyperglycémie est en cause) ou si le diabète serait en fait un marqueur de facteurs biologiques sous-jacents qui modifient le risque de cancer (p. ex., l'insulinorésistance et l'hyperinsulinémie), ou encore si l'association diabète-cancer est indirecte et résulte de facteurs de risques communs, tels que l'obésité³³. On ignore également si les traitements contre le diabète modifient le risque de cancer ou le pronostic des cancers. D'ici à ce que de nouvelles données de recherche soient disponibles, les personnes diabétiques doivent être encouragées à passer des examens de dépistage du cancer appropriés, tels que ceux qui sont recommandés pour toutes les personnes de leur sexe et de leur groupe d'âge³³.

Conflits d'intérêts

Les Lignes directrices de pratique clinique 2018 de Diabète Canada pour la prévention et le traitement du diabète au Canada ont été élaborées par un comité multidisciplinaire composé d'experts bénévoles et de personnes informées vivant avec le diabète à l'issue d'un examen systématique rigoureux évaluant la qualité des données probantes et la force des recommandations (voir le chapitre Méthodes, p. S6). Il est aussi question, tout au long du document, de la nécessité d'intégrer les préférences des patients. Le cas échéant, toute discussion sur l'utilisation non conforme au libellé de la monographie de médicaments s'accompagne d'une mise en garde à ce sujet.

Un processus explicite et transparent a été utilisé pour réduire au minimum les biais. Les experts n'ont reçu ni honoraires ni allocations. En outre, une politique définissant les conflits d'intérêts gérables ou disqualifiants a été rigoureusement respectée; elle est disponible sur demande. Les déclarations détaillées de conflits d'intérêts (y compris les sources de financement gouvernementales) de tous les membres du Comité d'experts, du Comité consultatif, du Comité directeur et du Comité d'examen indépendant des méthodes, présentées au moyen du formulaire de déclaration de l'International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (<http://www.icmje.org/>), sont publiées sur le

site Web des lignes directrices, où elles sont mises à jour annuellement, pour chacune des années où le processus d'élaboration des lignes directrices suit son cours (<http://guidelines.diabetes.ca>).

Recherche

Depuis la découverte de l'insuline par Banting et Best à Toronto, en 1921, le Canada a été le lieu de recherches très étendues et de nombreuses études à la fois uniques et diversifiées sur le diabète. Des pas de géant et des progrès importants ont été accomplis dans les domaines de la cartographie et de la compréhension des processus physiologiques, biochimiques et génétiques du diabète, de même qu'en matière de prévention, de traitement et de prise en charge de la maladie. Les principaux moteurs de cette recherche demeurent le désir d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de diabète et de vaincre la maladie.

Les organismes de réglementation ne doivent pas appliquer à la lettre les présentes lignes directrices pour ce qui est de la recherche clinique sur le diabète. Les protocoles d'étude peuvent tenir compte des recommandations des lignes directrices, mais les décisions particulières doivent être prises conjointement par le patient et le médecin. Le bien-fondé de chaque étude de recherche doit être évalué au cas par cas, de manière à ne pas entraver ou restreindre la quête de nouvelles données. Diabète Canada est disposée à collaborer avec les organismes de réglementation pour stimuler la recherche au Canada et, ultimement, améliorer les soins offerts aux personnes atteintes de diabète.

Considérations relatives aux coûts

Dans les présentes lignes directrices de pratique clinique, comme dans les précédentes, il est volontairement fait abstraction des questions de rentabilité dans l'évaluation des données probantes se rapportant aux pratiques exemplaires. Diverses raisons expliquent leur exclusion, notamment la rareté des analyses coût-efficacité fondées sur des données canadiennes, la difficulté de vraiment tenir compte de tous les coûts pertinents associés au diabète, ainsi que le manque de compétences et de ressources nécessaires à la réalisation des analyses coût-efficacité requises pour l'ensemble des questions d'ordre clinique abordées dans les lignes directrices de pratique clinique. En outre, d'un point de vue philosophique, il est souvent difficile de juger de ce qui compte le plus : le bienfait clinique pour la personne atteinte de diabète ou le coût pour le système de santé? Il en va de même lorsqu'il s'agit de déterminer le niveau de rentabilité qu'un traitement doit atteindre pour qu'il vaille la peine de le recommander. La faisabilité et les considérations philosophiques à l'égard de notre rôle comme rédacteurs des recommandations nous ont finalement amenés à exclure les coûts des présentes lignes directrices afin que celles-ci rendent compte des meilleures preuves cliniques disponibles pour la personne atteinte de diabète.

Diffusion et mise en œuvre

Les coprésidents et les membres bénévoles du Comité de diffusion et de mise en œuvre ont été nommés au début du processus d'élaboration des lignes directrices. Le comité élabore en continu des stratégies visant à promouvoir l'application des recommandations par les professionnels de la santé afin d'améliorer les soins de santé dispensés aux personnes diabétiques. L'une des principales activités du comité a été l'élaboration et la mise à jour d'un site Web consacré aux lignes directrices (<http://guidelines.diabetes.ca/>), où sont hébergés, dans une variété de langues, l'ensemble des lignes directrices, des mises à jour provisoires, un guide de référence rapide, des messages clés, des outils destinés aux professionnels de la santé, des jeux de diapositives, des vidéos, des webinaires et des ressources à l'intention des personnes atteintes de diabète et des personnes qui les soutiennent. Des applications IOS et Android ont également été conçues.

Conclusions

Le diabète est une maladie répandue qui a d'importantes répercussions sur la qualité de vie et sur l'état de santé mentale et physique. Malgré les progrès en matière de prévention et de traitement, un nombre important de personnes diabétiques ont une maîtrise glycémique sous-optimale et s'exposent à des complications ou en souffrent déjà. Compte tenu du vaste nombre de personnes atteintes de diabète ou présentant un risque de développer la maladie et au vu des projections annonçant des augmentations spectaculaires de ce nombre, le besoin se fait sentir d'améliorer les stratégies de prévention et de traitement du diabète, en particulier dans les populations vulnérables qui présentent un risque élevé. Le diabète est aussi une maladie complexe et, comme les innovations thérapeutiques et technologiques associées font couler de plus en plus d'encre, les professionnels de la santé qui soignent des personnes atteintes de diabète ou présentant un risque de développer la maladie peinent à se maintenir à jour. Ces lignes directrices soulignent en quelque sorte la fierté suscitée par le travail, la contribution et la créativité des professionnels de la santé et des personnes diabétiques de tout le Canada. Elles contiennent des recommandations fondées sur des données probantes qui constituent un outil précieux, d'une part pour aider les professionnels de la santé à prendre des décisions cliniques fondées sur les meilleures données probantes disponibles et, d'autre part, pour permettre aux personnes atteintes de diabète ou à risque de développer la maladie de faire des choix éclairés. Nous espérons que ces lignes directrices continueront également d'offrir aux administrateurs de tous les ordres de gouvernement les données probantes dont ils ont besoin pour rationaliser l'accès aux soins de santé, afin que les personnes atteintes de diabète puissent profiter au maximum des bienfaits potentiels de ces soins sur leur santé. Enfin, le Canada a beaucoup à enseigner au monde entier dans le domaine des soins optimaux du diabète, si l'on en juge par ses recherches de calibre international, ses modèles novateurs de prestation de soins de santé et la grande richesse ethnoculturelle de sa population. Nous avons vraiment beaucoup de raisons d'être fiers.

Annexe pertinente

Annexe 1. Charte du diabète de Diabète Canada

Déclarations de conflits d'intérêts des auteurs

La Dre Houlden déclare avoir reçu des subventions de la part de Boehringer Ingelheim, Novo Nordisk et Eli Lilly pour des activités non liées aux travaux présentés.

Références

- Davis D, Goldman J, Palda VA. Manuel sur les guides de pratique clinique. Ottawa, ON: Association médicale canadienne; 2007.
- McCormack JP, Loewen P. Adding "value" to clinical practice guidelines. *Can Fam Physician*. 2007;53:1326-1327.
- Commission de vérité et réconciliation du Canada: Appels à l'action. Winnipeg (MB): Commission de vérité et réconciliation du Canada; 2015. Adresse: http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Findings/Calls_to_Action_French.pdf.
- Atlas du diabète de la FID, Septième édition. Bruxelles, Belgique: Fédération internationale du diabète (FID); 2015. Adresse: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/13-diabetes-atlas-seventh-edition.html>.
- Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 2009. Adresse: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf.
- Diabète Canada: Statistiques sur le diabète au Canada; 2017. Adresse: <http://www.diabetes.ca/how-you-can-help/advocate/pourquoi-un-leadership-federal-est-essentiel/statistiques-sur-le-diabete-au-canada>.
- Le diabète au Canada : Des faits et des chiffres du point de vue de la santé publique. Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada; 2011. N° au catalogue : HP35-25/2011F. Adresse : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/pdf/facts-figures-faits-chiffres-fra.pdf>.
- Fisher L, Skaff MM, Mullan JT, et al. Clinical depression versus distress among patients with type 2 diabetes: Not just a question of semantics. *Diabetes Care*. 2007;30:542-548.
- Yu M, Zhang X, Lu F, et al. Depression and risk for diabetes: A meta-analysis. *Can J Diabetes*. 2015;39:266-272.
- Ohinmaa A, Jacobs P, Simpson S, et al. The projection of prevalence and cost of diabetes in Canada: 2000 to 2016. *Can J Diabetes*. 2004;28:1-8.
- Statistique Canada. Composition corporelle des adultes canadiens, 2009 à 2011. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada, Statistique Canada; 2012. N° au catalogue : 82-625-X. Adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-625-x/2012001/article/11708-fra.pdf?st=LHVybAXv>.
- Roberts KC, Shields M, de Groh M, et al. L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2009 à 2011. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada, Statistique Canada; 2012. N° au catalogue : 82-003-X. Adresse : https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2012003/article/11706-fra.pdf?st=d5FLcn_U.
- Dinca-Panaiteescu S, Dinca-Panaiteescu M, Bryant T, et al. Diabetes prevalence and income: Results of the Canadian Community Health Survey. *Health Policy (New York)*. 2011;99:116-123.
- Dinca-Panaiteescu M, Dinca-Panaiteescu S, Raphael D, et al. The dynamics of the relationship between diabetes incidence and low income: Longitudinal results from Canada's National Population Health Survey. *Maturitas*. 2012;72:229-235.
- Organisation mondiale de la Santé; Prévention des maladies chroniques : un investissement vital. Rapport mondial de l'OMS Genève, Suisse: Département des maladies chroniques et de la promotion de la santé, Organisation mondiale de la Santé; 2005. Adresse: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/.
- McManus R. Time for action: A Canadian proposal for primary prevention of type 2 diabetes mellitus. *Can J Diabetes*. 2012;36:44-49.
- Immigration et diversité ethnoculturelle au Canada. Enquête nationale auprès des ménages. Ottawa (ON) : Statistique Canada; 2011. N° au catalogue : 99-010-X2011001. Adresse : <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-010-x/99-010-x2011001-fra.pdf>.
- Ricci-Cabello I, Ruiz-Pérez I, Rojas-García A, et al. Characteristics and effectiveness of diabetes self-management educational programs targeted to racial/ ethnic minority groups: A systematic review, meta-analysis and meta-regression. *BMC Endocr Disord*. 2014;14:60.
- Attridge M, Creamer J, Ramsden M, et al. Éducation à la santé culturellement adaptée pour les diabétiques de type 2 appartenant à une minorité ethnique. *Cochrane Database of systematic reviews*. 2014;(9):CD006424.
- La diversité, force du Canada Allocation prononcée par le très honorable Justin Trudeau, premier ministre du Canada. London (Royaume-Uni); 2015. Adresse: <https://pm.gc.ca/fr/nouvelles/2015/11/26/la-diversite-force-du-canada>.
- Oster RT, Johnson JA, Balko SU, et al. Increasing rates of diabetes amongst status Aboriginal youth in Alberta, Canada. *Int J Circumpolar Health*. 2012;71:1-7.
- Aljohani N, Rempel BM, Ludwig S, et al. Gestational diabetes in Manitoba during a twenty-year period. *Clin Invest Med*. 2008;31:E131-E137.
- Jiang Y, Osgood N, Lim HJ, et al. Differential mortality and the excess burden of end-stage renal disease among first nations people with diabetes mellitus: A competing-risks analysis. *CMAJ*. 2014;186:103-109.
- Diabetes Control and Complications Trial Research Group, Nathan DM, Genuth S, et al. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med*. 1993;329:977-986.
- Nathan DM, Cleary PA, Backlund JY, et al. Intensive diabetes treatment and cardiovascular disease in patients with type 1 diabetes. *N Engl J Med*. 2005;353:2643-2653.
- Gaede P, Vedel P, Larsen N, et al. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2003;348:383-393.
- Gaede P, Lund-Andersen H, Parving HH, et al. Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008;358:580-591.
- Lamster IB, Lalla E, Borgnakke WS, et al. The relationship between oral health and diabetes mellitus. *J Am Dent Assoc*. 2008;139(suppl.):19s-24s.
- Tsai C, Hayes C, Taylor GW. Glycemic control of type 2 diabetes and severe periodontal disease in the US adult population. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002;30:182-192.
- Hampton T. Studies probe oral health-diabetes link. *JAMA*. 2008;300:2471-2473.
- Groupe de travail sur les lignes directrices cliniques de la FID. IDF Guideline on oral health for people with diabetes. Bruxelles, Belgique : Fédération internationale du diabète (FID); 2009. Adresse : <https://www.idf.org/e-library/guidelines/83-oral-health-for-people-with-diabetes>.
- Vigneri P, Frasca F, Sciacca L, et al. Diabetes and cancer. *Endocr Relat Cancer* 2009;16:1103-1123.
- Giovanucci E, Haan DM, Archer MC, et al. Diabetes and cancer: A consensus report. *Diabetes Care*. 2010;33:1674-1685.