

# Guide de référence

## sur les Lignes directrices de pratique clinique

416569-20

guidelines.diabetes.ca  
diabetes.ca | 1-800-BANTING (226-8464)



### Dépistage et diagnostic du diabète de type 2 chez l'adulte

**Évaluer les facteurs de risque du diabète de type 2 CHAQUE ANNÉE :**

- Antécédents familiaux (parent au 1<sup>er</sup> degré atteint de diabète de type 2)
- Populations présentant des risques accrus (population non caucasienne, statut socioéconomique faible)
- Antécédents de diabète gestationnel/prédiabète
- Facteurs de risque cardiovasculaire
- Présence de lésions aux organes cibles associées au diabète
- Autres affections et traitements associés au diabète

(voir Chapitre 4 des LDPC, Dépistage du diabète chez les adultes, Tableau 1)

**Qui dépister**

- Aucun facteur de risque**
  - Âge < 40 ans ou risque faible à modéré\*
  - Âge ≥ 40 ans ou risque élevé\* (33 % de risque de développer un diabète de type 2 dans les 10 ans)
- Présence de facteurs de risque**
  - ou risque très élevé (50 % de risque de développer un diabète de type 2 dans les 10 ans)

Pas de dépistage indiqué  
Dépister tous les 3 ans  
Dépister tous les 6 à 12 mois

Comment dépister	Test	Résultat	Catégorie de dysglycémie
GAJ (Glucose à jeun, mmol/L)	Aucun apport calorique depuis au moins 8 heures	6,1 – 6,9	AGJ (anomalie de la glycémie à jeun)
		≥ 7,0	Diabète
A1C (%)**		6,0 – 6,4	Prédiabète
		≥ 6,5	Diabète

Si la personne est asymptomatique et que l'A1C ou la GAJ est dans l'intervalle correspondant au diabète, répéter le même test (A1C ou GAJ) afin de confirmer le premier test. Si la GAJ et l'A1C sont disponibles et qu'un seul est dans l'intervalle correspondant au diabète, répéter le test dont le résultat est dans l'intervalle du diabète en tant que test de confirmation. Si l'A1C et la GAJ sont disponibles et que les deux sont dans l'intervalle correspondant au diabète, le diabète est confirmé. Si des symptômes évidents d'hyperglycémie sont présents, le diagnostic de diabète peut être posé avec un seul test (A1C, GAJ, GPP2h ou GP aléatoire) dont le résultat est dans l'intervalle correspondant au diabète, voir Chapitre 3 des LDPC.

\* Utilisation d'un calculateur de risque validé (p. ex. CANRISK)  
\*\*Utilisation d'un test normalisé et validé, en l'absence de facteurs qui affectent la précision de l'A1C (voir Chapitre 9 des LDPC, Tableau 1)

### Cibles de contrôle glycémique

A1C (%)	Cibles
≤ 6,5	Adultes atteints de diabète de type 2, en vue de réduire le risque d'IRC et de rétinopathie en présence d'un faible risque d'hypoglycémie*
≤ 7,0	<b>LA PLUPART DES ADULTES ATTEINTS DE DIABÈTE DE TYPE 1 OU DE TYPE 2</b>
7,1	Dépendance fonctionnelle* : <b>7,1-8,0 %</b>
↓	Hypoglycémie sévère récurrente et/ou non-perception de l'hypoglycémie : <b>7,1-8,5 %</b>
8,5	Espérance de vie limitée : <b>7,1-8,5 %</b>
	Personne âgée fragile et/ou atteinte de démence† : <b>7,1-8,5 %</b>
	Éviter les taux d'A1C plus élevés afin de réduire au minimum le risque d'hyperglycémie symptomatique et les complications aiguës et chroniques

Fin de vie : Mesure de l'A1C non recommandée. Prévenir l'hyperglycémie symptomatique et toute hypoglycémie.

\* Selon la classe d'antihyperglycémiant utilisée et les caractéristiques de la personne

† Voir le chapitre « Le diabète chez les personnes âgées »

### Au moment du diagnostic de diabète de type 2 (Fig. 1)

2020

- Évaluer le contrôle glycémique, l'état des fonctions cardiovasculaire et rénale\*, les habitudes alimentaires récentes et la variation du poids<sup>1</sup>
- Définir un taux cible d'A1C personnalisé (voir Chapitre 8 des LDPC 2018)
- Fournir et/ou orienter vers des séances d'éducation sur le diabète (voir Chapitre 7 des LDPC 2018)
- Débuter les interventions axées sur des habitudes de vie saines (voir Chapitres 10, 11, 17 des LDPC 2018)

↓

**Objectif : Atteindre l'A1C cible dans un délai de 3 mois**

Si l'A1C n'a PAS atteint la cible à 3 mois

Changements des habitudes de vie permettant de réduire la glycémie  
Pas de pharmacothérapie

Débuter la metformine

Débuter la metformine (si l'A1C est > 1,5 % supérieure à la cible, débiter la metformine et un deuxième agent)

Adapter ou faire évoluer le traitement

Réévaluer l'A1C dans les 3 à 6 mois (voir Chapitre 9 des LDPC 2018)

Hyperglycémie et/ou décompensation métabolique  
Débuter l'insuline<sup>††</sup> ± la metformine

Allez à la Fig. 2

Allez à la Fig. 3

\* Chez les personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire athérosclérotique, ayant des antécédents d'insuffisance cardiaque (avec diminution de la fraction d'éjection) ou d'insuffisance rénale chronique, des agents ayant des bienfaits cardioprotecteurs peuvent être envisagés (voir « Prise en charge pharmacologique de la glycémie chez les adultes atteints de diabète de type 2 », mise à jour 2020 – Guide d'utilisation)

† Une perte de poids involontaire doit amener à envisager d'autres diagnostics (par exemple, diabète de type 1 ou affection pancréatique)

†† Réévaluer la pertinence de poursuivre l'insulinothérapie une fois que le type de diabète est établi et que qu'il est possible d'évaluer l'effet des interventions sur les saines habitudes de vie

### Examiner, adapter ou faire évoluer le traitement du diabète de type 2 (Fig. 2)

2020

**Examen régulier**

- Évaluer le contrôle glycémique, l'état des fonctions cardiovasculaire et rénale
- Poursuivre le dépistage de complications (yeux, pieds, reins, cœur)
- Examiner l'efficacité, les effets secondaires, l'innocuité et la capacité à suivre le traitement actuel
- Renforcer et appuyer les interventions axées sur des habitudes de vie saines

Si l'A1C n'a PAS atteint la cible et/ou Modification de l'état clinique

Adapter ou faire évoluer le traitement<sup>1</sup>

Maladie cardiovasculaire athérosclérotique, IRC (Insuffisance rénale chronique) ou IC, OU âge > 60 ans avec 2 facteurs de risque CV<sup>2</sup>

A1C supérieure à la cible et diminution nécessaire du taux de glucose

AJOUTER ou REMPLACER antihyperglycémiant en choisissant un agent ayant des bienfaits cardioprotecteurs démontrés

AJOUTER ou REMPLACER antihyperglycémiant<sup>3</sup> en fonction des priorités cliniques<sup>4</sup>  
Débuter l'insuline pour l'hyperglycémie symptomatique et/ou la décompensation métabolique

Allez à la Fig. 2.1

Allez à la Fig. 2.2 ou Fig. 3

1 Des modifications de l'état clinique peuvent nécessiter l'adaptation des cibles glycémiques et/ou la déprescription

2 Tabagisme; dyslipidémie (traitement hypolipidémiant ou taux observé et non traité de cholestérol LDL ≥ 3,4 mmol/L, ou cholestérol HDL < 1,0 mmol/L pour les hommes et < 1,3 mmol/L pour les femmes, ou triglycérides ≥ 2,3 mmol/L); ou hypertension (traitement antihypertenseur, ou TA systolique ≥ 140 mmHg ou TA diastolique ≥ 95 mmHg non traité)

3 L'efficacité de tous les antihyperglycémiant en matière de réduction de la glycémie est attestée par des preuves de niveau A

4 Prendre en compte le degré d'hyperglycémie, les coûts et la couverture par les assurances, la fonction rénale, les comorbidités, le profil d'effets secondaires et l'éventualité d'une grossesse

### Pour les personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire athérosclérotique, d'IRC ou d'IC, OU âgées de > 60 ans et ayant 2 facteurs de risque CV (Fig. 2.1)

2020

AJOUTER ou REMPLACER antihyperglycémiant en choisissant un agent ayant des bienfaits cardioprotecteurs démontrés

	Maladie cardiovasculaire ou rénale établie			Facteurs de risque
	Maladie cardiovasculaire athérosclérotique	IRC	IC	
Risques inférieurs observés dans les études sur les événements	Événements CV majeurs	Agoniste des récepteurs du GLP-1 <sup>††</sup> ou inhibiteur du SGLT-2*	Inhibiteur du SGLT-2* ou agoniste des récepteurs du GLP-1 <sup>††</sup>	Agoniste des récepteurs du GLP-1 <sup>††</sup>
	Hospitalisations pour IC	Inhibiteur du SGLT-2*	Inhibiteur du SGLT-2*	Inhibiteur du SGLT-2*
	Progression de la néphropathie	Inhibiteur du SGLT-2*	Inhibiteur du SGLT-2*	Inhibiteur du SGLT-2*

Plus haut niveau de preuve Niveau A Niveau B Niveau C ou D

† Tabagisme; dyslipidémie (traitement hypolipidémiant ou taux observé et non traité de cholestérol LDL ≥ 3,4 mmol/L, ou cholestérol HDL < 1,0 mmol/L pour les hommes et < 1,3 mmol/L pour les femmes, ou triglycérides ≥ 2,3 mmol/L); ou hypertension (traitement antihypertenseur, ou TA systolique ≥ 140 mmHg ou TA diastolique ≥ 95 mmHg non traité)

†† Cesser l'inhibiteur de la DPP-4 lors de l'amorce d'un agoniste des récepteurs du GLP-1

\* Débuter uniquement si le DFG est > 30 ml/min/1,73m<sup>2</sup>

### Dans les cas où une diminution supplémentaire du taux de glucose est nécessaire (Fig. 2.2)

2020

AJOUTER ou REMPLACER antihyperglycémiant<sup>††</sup> en fonction des priorités cliniques<sup>†††</sup>  
débiter l'insuline pour l'hyperglycémie symptomatique et/ou la décompensation métabolique (Fig. 3)

	Bénéfice cardioprotecteur DÉMONTRÉ chez les populations à haut risque**	Innocuité CV, mais PAS de bénéfice cardioprotecteur démontré**	RISQUE d'IC
	<p>Perte de poids</p> <p>Agoniste des récepteurs du GLP-1 dulaglutide, liraglutide, sémaglutide</p> <p>Inhibiteur du SGLT-2 canagliflozine, dapagliflozine, empagliflozine</p>	<p>Agoniste des récepteurs du GLP-1 exénatide à libération prolongée, lixisénatide</p> <p>ertugliflozine*** (inhibiteur du SGLT-2)</p>	<p>saxagliptine (inhibiteur de la DPP-4)</p>
		<p>Inhibiteur de la DPP-4 sitagliptine, linagliptine, alogliptine</p> <p>Acarbose</p>	<p>Thiazolidinédiones Prise de poids</p>
		<p>Sulfonurées Méglinides Insuline Hypoglycémie</p>	

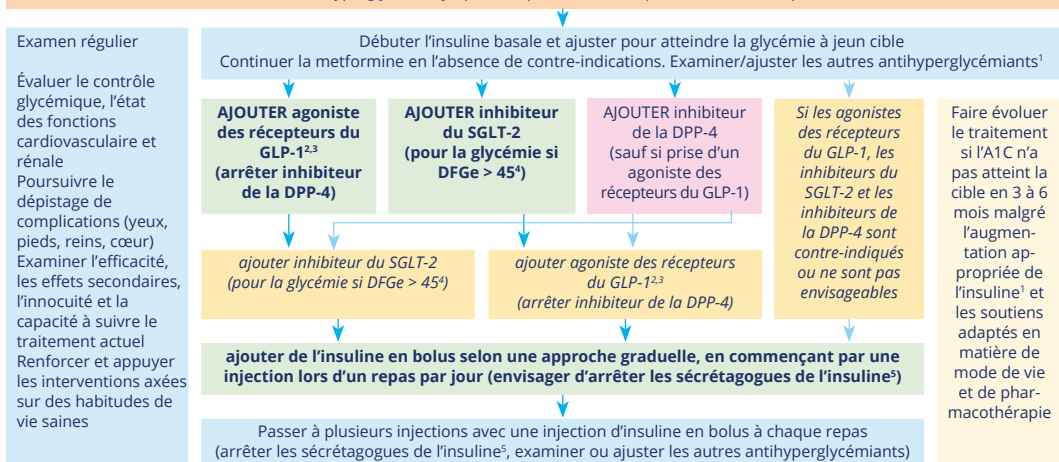
\*\* Dans les études sur les événements CV menées chez des personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire athérosclérotique, d'IRC, d'IC ou à haut risque CV

\*\*\* L'étude VERTIS (étude sur les événements CV pour l'ertugliflozine) présentée à l'ADA en juin 2020 a démontré la non-infériorité pour les événements CV majeurs. Manuscrit non publié au moment de la rédaction.

# Débuter ou faire évoluer l'insulinothérapie pour le traitement du diabète de type 2 (Fig. 3)

2020

Décision de débuter l'insuline (à partir de la Fig. 1 ou Fig. 2) La glycémie à jeun et/ou l'A1C n'ont PAS atteint la cible avec l'antihyperglycémiant actuel ou hyperglycémie symptomatique et/ou décompensation métabolique



1 ajustement de l'insuline basale pour atteindre la GAJ cible sans hypoglycémie  
 2 et augmenter la dose de l'agoniste des récepteurs de GLP-1 si elle est tolérée  
 3 ou association en proportions fixes  
 4 pour obtenir un bienfait cardiorenal, l'inhibiteur du SGLT-2 peut être débuté avec un DFGe > 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (et poursuivi avec un DFGe inférieur selon l'inhibiteur du SGLT-2)  
 5 sulfonylurées ou méglitinides

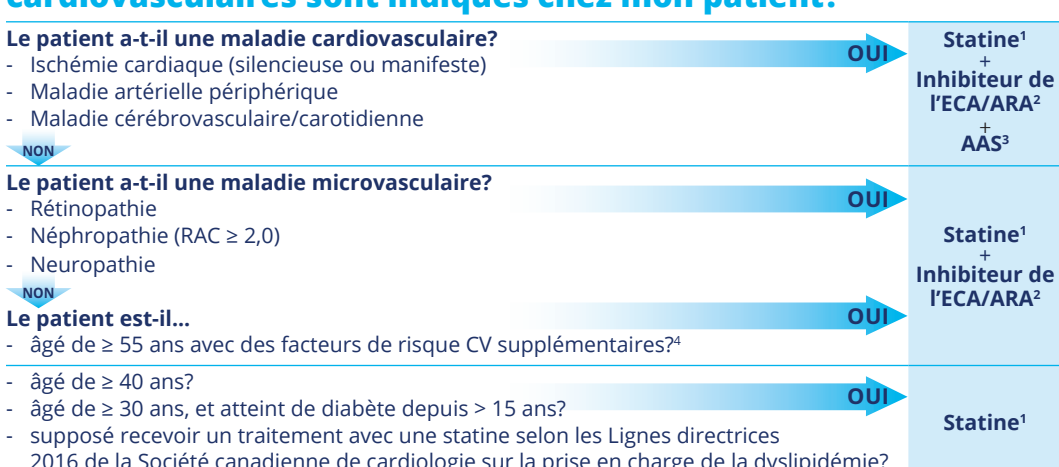
Plus haut niveau de preuve

Niveau A

Niveau B

Niveau C ou D

## Quels médicaments non-antihyperglycémiant cardiovasculaires sont indiqués chez mon patient?



1 Des ajustements des doses ou l'emploi d'autres agents hypolipidémiant s'imposent si les cibles relatives aux lipides (C-LDL < 2,0 mmol/L) ne sont pas atteintes.  
 2 Il faut administrer des doses d'inhibiteurs de l'ECA ou d'ARA (antagonistes des récepteurs de l'angiotensine) dont l'efficacité a été démontrée en matière de protection vasculaire (par exemple, 8 mg de péridopril une fois par jour [étude EUROPA], 10 mg de ramipril une fois par jour [étude HOPE], 80 mg de telmisartan une fois par jour [étude ONTARGET]).  
 3 Il faut éviter d'utiliser l'AAS pour la prévention primaire des maladies cardiovasculaires chez les personnes atteintes de diabète. On peut toutefois l'utiliser pour la prévention secondaire. Le clopidogrel peut être employé chez les personnes présentant une intolérance à l'AAS.  
 4 CT > 5,2 mmol/L, C-HDL < 0,9 mmol/L, hypertension, albuminurie, tabagisme.

Pour les antihyperglycémiant avec une MCV et/ou des bienfaits cardiorenal, voir Fig. 2.1

## Assurer la sécurité des patients présentant un risque d'hypoglycémie

Patients traités au moyen de glyburide, de gliclazide, de répaglinide ou d'insuline :

**Reconnaître l'hypoglycémie**

- QUESTIONNER à chaque visite
- ÉVALUER l'impact, y compris la crainte/l'évitement intentionnel de l'hypoglycémie
- DÉPISTER la non-perception de l'hypoglycémie

**Agir/Traiter l'hypoglycémie**

- ÉDUCUER sur le traitement de l'hypoglycémie légère ou modérée au moyen de glucides à action rapide et de l'hypoglycémie sévère au moyen de glucagon

**Prévenir l'hypoglycémie**

- ENVISAGER d'opter pour des médicaments présentant moins de risque
- DISCUTER DES CAUSES POTENTIELLES (par exemple, activité plus intense, repas sauté) et des moyens d'éviter de futurs épisodes d'hypoglycémie

**Réduire les risques associés à la conduite automobile**

- ÉDUCUER les patients sur la conduite automobile sécuritaire en cas de diabète
- Préparer** Avoir une source de glucides à action rapide et d'autres collations à portée de main
- S'assurer** de mesurer la glycémie avant de conduire, et toutes les 4 heures durant les longs trajets. Si la glycémie est inférieure à 4 mmol/L, traiter.
- Arrêter** de conduire et traiter l'hypoglycémie si des symptômes apparaissent
- Après** avoir traité une hypoglycémie, attendre que la glycémie soit supérieure à 5 mmol/L avant de reprendre le volant. À noter qu'il faut un certain temps après le retour à la normale de la glycémie pour que les fonctions cérébrales soient complètement rétablies.

Si le patient ne perçoit pas ses symptômes d'hypoglycémie, il doit mesurer sa glycémie avant de conduire, ainsi que toutes les 2 heures durant la conduite, ou porter un appareil de surveillance continue de la glycémie.

Se référer aux ressources concernant l'hypoglycémie et la conduite automobile sécuritaire

**Assurer la sécurité des patients présentant un risque de déshydratation (vomissements, diarrhée)**

**Assurer une réhydratation** adéquate (eau, bouillon, boissons gazeuses diètes, Kool-Aid<sup>MD</sup> sans sucre, Jell-O<sup>MD</sup> diète; éviter les boissons contenant de la caféine).

**Suspendre** la prise de médicaments selon l'annexe de gestion des jours de maladie. Reprendre quand l'alimentation/hydratation est de retour à la normale.

- S** sulfonylurées, autres sécrétagogues
- I** inhibiteurs de l'ECA
- D** diurétiques, inhibiteurs directs de la rénine
- M** metformine
- A** antagonistes des récepteurs de l'angiotensine
- A** anti-inflammatoires non stéroïdiens
- I** inhibiteurs du SGLT-2

**Considérations particulières concernant la grossesse pour les femmes atteintes de diabète de type 1 ou de type 2**

Pour les femmes prévoyant une grossesse, les précautions suivantes doivent être prises avant la conception :

- A1C** inférieure ou égale à 7 %, mais viser ≤ 6,5 % (utiliser un moyen de contraception jusqu'à ce que la cible personnalisée soit atteinte)
- Arrêter** :
  - Agents antihyperglycémiant non insuliniqes (sauf la metformine et/ou le glyburide)
  - Statines
  - Inhibiteurs de l'ECA/ARA avant la grossesse, ou dès que la grossesse est détectée en cas de néphropathie manifeste
- Débuter** :
  - Acide folique 1 mg par jour, 3 mois avant la conception
  - Insuline si l'A1C cible n'est pas atteinte avec la metformine et/ou le glyburide (type 2)
  - Autres antihypertenseurs sécuritaires pendant la grossesse (labétalol, nifédipine à libération progressive) si la maîtrise de l'hypertension est nécessaire
- Dépister les complications** :
  - Examen de la vue, créatinine sérique, RAC urinaire, tension artérielle
  - Essayer d'atteindre un **IMC sain**
  - S'assurer que les **vaccinations** sont à jour
- Référer** à une clinique du diabète

## 3 questions rapides pour aider vos patients à atteindre leurs objectifs

Si vous avez des patients dont la progression est inférieure aux attentes, essayez de poser ces questions pour les aider à avancer :

- Quelle importance a pour vous le fait de** <insérer objectif d'autogestion> - **Faible, moyenne ou élevée?**
  - (Exemples d'objectifs : augmenter le niveau d'activité physique, perdre du poids, améliorer l'A1C, diminuer la TA)
  - Si l'importance (motivation) est jugée faible, demander ce qu'il faudrait pour augmenter le niveau d'importance.
  - Un niveau d'importance élevé indique que la personne est prête à changer.
- Quelle confiance avez-vous en votre capacité à** <insérer résultat ciblé ici> - **Faible, moyenne ou élevée?**
  - Si le niveau de confiance est jugé faible, explorer ce qu'il faudrait envisager afin de l'augmenter. Cela est souvent lié à l'amélioration des connaissances, des aptitudes ou des ressources, et du soutien.
  - Un niveau de confiance élevé indique que la personne est prête à changer.
- Est-il possible d'établir un objectif spécifique sur lequel travailler d'ici au prochain rendez-vous? Quelles mesures allez-vous mettre en œuvre pour l'atteindre?**
  - Encourager les objectifs S.M.A.R.T. :

**S**pécifiques **M**esurables **A**tteignables **R**éalistes **T**emps opportun

## Établissement d'objectifs individuels

Objectifs d'autogestion potentiels	Exemples
Manger plus sainement	Consulter un ou une diététiste afin d'élaborer un programme d'alimentation sain.
Être plus actif	Augmenter l'activité physique avec l'objectif d'atteindre 150 minutes d'activité aérobie par semaine et des exercices de résistance 2 à 3 fois/semaine. Choisir une activité physique qui correspond aux préférences/besoins.
Perdre du poids	Utiliser des stratégies (par exemple, réduire les calories ou les portions) afin de perdre 5 à 10 % par rapport au poids initial.
Prendre la médication telle que prescrite	Prendre ses médicaments aide à améliorer les symptômes et à prendre le contrôle de sa vie. Envisager d'utiliser un pilulier ou de se mettre des alarmes.
Éviter l'hypoglycémie	Reconnaître les signes d'hypoglycémie et prendre les mesures requises pour la prévenir.
Surveiller la glycémie	Établir une routine et s'y tenir.
Examiner les pieds	Réaliser un auto-examen quotidien et faire un suivi avec un professionnel de la santé en cas d'anomalie.
Gérer le stress	Dépister la détresse (symptômes dépressifs et anxieux) au moyen d'une entrevue ou d'un questionnaire standardisé (par exemple, PHQ-9 www.phqscreeners.com).
Diminuer ou arrêter la consommation de tabac	Déterminer les obstacles empêchant le sevrage et élaborer un plan visant à éliminer chacun de ces obstacles.

## ACTIONNES de la gestion du diabète

2020

	CIBLE DES LIGNES DIRECTRICES (ou objectif personnalisé)
<b>A</b> Taux cible d'A1C	A1C ≤ 7,0 % (ou ≤ 6,5 % afin de ↓ les risques d'IRC et de rétinopathie) En cas de prise d'insuline ou de sécrétagogues de l'insuline, évaluer le risque d'hypoglycémie et assurer une conduite automobile sécuritaire
<b>C</b> Taux cible de cholestérol	C-LDL < 2,0 mmol/L (ou réduction de > 50 % du taux de départ)
<b>T</b> TA cible	TA < 130/80 mmHg En cas de traitement, évaluer le risque de chute
<b>I</b> Interventions axées sur un mode de vie sain	• 150 minutes d'activité aérobie d'intensité modérée à élevée par semaine et exercices contre résistance 2 à 3 fois par semaine • Habitudes alimentaires saines (par exemple, régime méditerranéen, faible indice glycémique)
<b>O</b> Ordonnances – médicaments – protection CV et/ou cardiorenale	(non-antihyperglycémiant) • Inhibiteur de l'ECA/ARA (si MCV, âge ≥ 55 ans avec facteurs de risque, OU complications du diabète) • Statine (si MCV, âge ≥ 40 ans pour type 2, OU complications du diabète) • AAS (si MCV) (agents antihyperglycémiant) • Inhibiteur du SGLT-2/agoniste des récepteurs de GLP-1 avec bienfaits cardiorenal et démontrés si diabète de type 2 à haut risque avec maladie cardiovasculaire athérosclérotique, ICC ou MCV, ou âge > 60 ans avec 2 facteurs de risque CV
<b>N</b> Non-fumeur – sevrage du tabac	Si tabagisme : demander la permission de conseiller, de mettre en place un traitement et de fournir un soutien
<b>S</b> S'occuper du dépistage des complications	• Cœur : ECG tous les 3 à 5 ans si âge > 40 ans OU complications du diabète • Pieds : monitoring/vibration une fois par an ou plus souvent si anomalie • Reins : vérifier DFGe et RAC une fois par an ou plus souvent si anomalie • Rétinopathie : type 1, une fois par an; type 2, tous les ans ou tous les deux ans
<b>S</b> Santé psychologique – autogestion, stress, autres obstacles	• Établir des objectifs personnalisés (voir tableau « Établissement d'objectifs individuels ») • Évaluer le stress, la santé mentale et les préoccupations, financières ou autres, qui peuvent constituer des obstacles pour l'atteinte des objectifs