



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

## Canadian Journal of Diabetes

Page d'accueil de la revue :  
[www.canadianjournalofdiabetes.com](http://www.canadianjournalofdiabetes.com)

# DIABETES CANADA



Lignes directrices de pratique clinique 2018

## Méthodes

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

Diana Sherifali, inf. aut., Ph.D., EAD, Doreen Rabi, M.D., M.Sc., FRCPC, Robyn L. Houlden, M.D., FRCPC



### Processus

Comme pour les versions antérieures des Lignes directrices de pratique clinique de DiabèteCanada<sup>1</sup>, nous avons formé un Comité directeur, un Comité consultatif et un Comité d'experts composés de personnes représentant un large éventail de compétences et de régions. Au total, 135 professionnels bénévoles issus de divers milieux de la pratique au pays ont participé à l'élaboration des lignes directrices, y compris des professionnels exerçant 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, et dans d'autres spécialités.

Pour soutenir encore davantage les principes déjà adoptés afin d'élaborer des recommandations fondées sur des données probantes, les services du Centre d'étude et de synthèse des données scientifiques de McMaster ont été retenus pour la recherche, l'examen et l'évaluation critique systématiques de la littérature servant de base à la version actuelle des lignes directrices. Une base de données en ligne<sup>2</sup> a été utilisée pour améliorer la communication et la consignation de l'information issue de la revue de la littérature, de même que pour créer une sorte de « mémoire » de lignes directrices pour les prochaines versions des Lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada. En outre, les éléments de la Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (Grille AGREE II) ont été intégrés au processus d'élaboration des lignes directrices<sup>3</sup>.

- Chaque recommandation devait porter sur une question importante du point de vue clinique et ayant trait à au moins un des éléments suivants : détection, pronostic, prévention ou prise en charge du diabète et de ses séquelles. Les recommandations ont été formulées en tenant compte des bienfaits pour la santé ainsi que des risques et des effets secondaires des interventions. Les préférences et les valeurs des patients ont été obtenues après consultation des membres diabétiques du Comité d'experts et de la littérature (lorsque ces informations étaient disponibles).
- Dans la mesure du possible, les recommandations devaient s'appuyer sur les données empiriques d'intérêt clinique les plus solides qui puissent se trouver; chaque recommandation devait être suivie de la source de ces données.
- La solidité de ces données empiriques devait être déterminée selon des critères déjà définis dans la littérature épidémiologique et au moyen de divers processus employés pour l'élaboration des lignes directrices<sup>4,9</sup>.
- Chacune des recommandations était évaluée en fonction de la qualité des données probantes disponibles, de sa force méthodologique et de son applicabilité à la population canadienne, puis classée dans la catégorie correspondante.
- Chaque recommandation était examinée par un membre du Comité d'examen indépendant des méthodes et devait être approuvée à l'unanimité par le Comité consultatif et le Comité exécutif.

- Les recommandations fondées sur un raisonnement biologique ou mécaniste, l'opinion d'experts ou un consensus devaient être clairement définies et classées comme telles; elles ont aussi fait l'objet d'une certaine uniformisation avec les lignes directrices d'autres organismes canadiens, notamment la Société canadienne de cardiologie (SCC), Hypertension Canada et l'initiative C-CHANGE visant l'harmonisation des lignes directrices sur la prévention des maladies cardiovasculaires au Canada.

### Repérage et évaluation des données probantes

*« Les études dont nous disposons forment des îlots de preuves reliés par des ponts d'extrapolation plus ou moins longs, jetés sur des océans d'incertitudes... Plus long est le pont et plus éloignés nous sommes d'un îlot, plus incertaine est l'extrapolation... »*

*Plus d'études de qualité signifie plus de ponts, des ponts plus courts et moins d'incertitudes...*

*Mais il y aura toujours un océan à franchir et un pont à traverser. »*  
 (Traduction libre d'une citation de Hertzler Gerstein, 2015)

Les équipes de rédaction de chaque chapitre ont été formées en fonction de la pertinence des domaines de compétence de chaque auteur. Nous avons désigné pour chaque chapitre un auteur principal, une ou deux personnes-ressources en matière de données probantes (formées ou expérimentées en épidémiologie clinique ou en méthodologie des recherches cliniques) et jusqu'à six auteurs additionnels, selon les besoins. Au début du processus et afin d'assurer la cohérence de la démarche d'élaboration des recommandations, les membres des comités de chaque section des lignes directrices ont assisté à un atelier sur la pratique fondée sur des données probantes et l'élaboration de recommandations. Les membres des comités ont cerné les questions d'importance clinique relatives au diagnostic, au pronostic, à la prévention et au traitement du diabète et de ses complications, qui ont ensuite servi de base à notre stratégie de recherche documentaire (décrite ci-dessous).

Les auteurs devaient explicitement définir : a) la population visée par la question, b) le test, le facteur de risque ou l'intervention visé, c) une norme de référence ou une population témoin appropriée à laquelle le test, l'intervention ou le facteur de risque (exposition) allait être comparé, et d) les résultats visés pertinents sur le plan clinique. Ces renseignements nous ont permis de formuler des questions précises et pertinentes sur le plan clinique qui ont ensuite servi de base à nos recherches documentaires. Des stratégies de recherche ont été élaborées pour chacune des questions en combinant des termes liés au diabète à des termes méthodologiques. Deux bibliothécaires du milieu des sciences de la santé ayant des connaissances dans le domaine de la pratique fondée sur des données probantes ont passé en revue une base documentaire qu'elles avaient construite après des recherches exhaustives dans des publications anglophones pertinentes révisées par des pairs et en utilisant les stratégies de recherche validées de diverses bases de données électroniques (MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Cochrane Central Register of Trials et PsycINFO [selon le cas]). En ce qui concerne les sujets déjà abordés dans les Lignes directrices de pratique clinique 2013, les recherches documentaires consistaient essentiellement à recenser les nouvelles données

publiées depuis ces lignes directrices, notamment la littérature publiée en septembre 2013 et par la suite. En ce qui concerne les nouveaux sujets, la recherche a porté sur les publications parues depuis 1990, ou avant (le cas échéant). Des mises à jour des recherches documentaires ont été effectuées à deux autres moments au cours du processus d'élaboration.

Après élimination des articles en double, toutes les références et tous les documents en texte intégral ont été versés dans DistillerSR<sup>2</sup>. L'équipe du centre de données probantes a ensuite utilisé un critère d'inclusion et d'exclusion afin de filtrer tous les articles en double, par titre et par résumé; le dépouillement en texte intégral a été effectué par un clinicien spécialiste du diabète et un spécialiste de la méthodologie pour en assurer la pertinence. Tous les articles en texte intégral et les documents à l'appui ont ensuite été soumis aux auteurs des chapitres à des fins d'examen. Les auteurs avaient pour tâche d'examiner tous les articles restants et de déterminer si un article donné allait être utilisé à titre de documentation générale, être éliminé (justification à l'appui) ou servir à étayer une recommandation nouvelle ou existante. Chacun des articles utilisés pour formuler, actualiser ou modifier une recommandation a fait l'objet d'une évaluation critique à l'aide d'outils normalisés pour ce qui est des études sur le traitement, le diagnostic ou le pronostic comportant des algorithmes, de manière à assurer la cohérence de la démarche utilisée pour définir les niveaux de données probantes en fonction des critères préétablis décrits dans le [tableau 1](#). Le niveau des données probantes était ensuite déterminé en fonction des objectifs, de la rigueur méthodologique, du risque de biais et de la généralisabilité de l'article cité (voir le [tableau 1](#)). Comme il était impossible de faire une évaluation critique des comptes rendus de réunions, des rapports de synthèse narratifs, des communiqués de presse et d'autres sources, ces documents n'ont pu être utilisés pour corroborer les recommandations. Les articles évaluant la rentabilité des traitements ou des tests diagnostiques n'ont également pas été retenus. Pour terminer, des organigrammes illustrant les stratégies de recherche, de révision et de sélection des articles utilisés pour chaque chapitre, plus précisément le nombre d'articles examinés, éliminés ou justifiant l'ajout ou la révision d'une recommandation, ont été ajoutés à la fin de chaque chapitre<sup>10</sup>.

Nous avons tenu compte d'un certain nombre d'éléments pour évaluer les données probantes relatives à un domaine donné. Par exemple, chez les personnes atteintes de diabète, le risque de présenter diverses séquelles non spécifiques du diabète (p. ex., maladies cardiovasculaires, insuffisance rénale et dysfonction érectile) est élevé. Par conséquent, certaines des données probantes retenues sur ces séquelles excluaient ou ne mentionnaient pas les personnes atteintes de diabète ou ne visaient pas que ces personnes. Un niveau était alors attribué à ces données selon la démarche décrite ci-dessus. Le niveau était plus élevé si a) les personnes atteintes de diabète constituaient un sous-groupe défini au préalable, b) les résultats obtenus dans le sous-groupe des personnes atteintes de diabète étaient peu susceptibles d'avoir été le fruit du hasard et c) les données avaient été recueillies pour répondre à des questions formulées avant l'analyse des résultats. Des niveaux inférieurs (par rapport aux niveaux indiqués dans le [tableau 1](#)) ont été attribués aux données probantes qui ne remplissaient pas ces critères.

### Élaboration des lignes directrices

Les membres du Comité d'experts ont évalué la littérature pertinente, élaboré des lignes directrices, puis procédé à un examen initial de ces dernières. Si aucune nouvelle donnée n'avait été obtenue depuis la publication des Lignes directrices de pratique clinique 2013, les recommandations n'étaient pas modifiées par rapport à celles de 2013.

La référence des études utilisées pour élaborer et étayer chaque recommandation suit le niveau des données probantes. Le niveau des données probantes attribué aux articles importants corroborant la recommandation finale n'était pas toujours le même. Le cas échéant, toutes les études pertinentes étaient citées, sans égard à la catégorie de la recommandation. La catégorie finale dépendait de l'ensemble des éléments de preuve, y compris la rigueur méthodologique relative et les résultats des études. Les études donnant des résultats contradictoires ont été prises en compte et citées avec la recommandation finale; l'incertitude dénotée par les résultats contradictoires était reflétée dans le choix de la catégorie. D'autres détails sur l'assignation de la catégorie sont donnés ci-dessous.

**Tableau 1**

Critères utilisés pour déterminer le niveau des données probantes

### des études publiées

Niveau	Critère
<b>Études sur le diagnostic</b>	
Niveau 1	a) Interprétation indépendante des résultats du test (en ne connaissant ni le résultat du test diagnostique ni la norme de référence) b) Interprétation indépendante du test diagnostique de référence (en ne sachant pas le résultat du test) c) Sélection des personnes chez qui on soupçonne la présence du trouble (sans en être certain) d) Description reproductible tant du test que du test diagnostique de référence e) Au moins 50 patients qui ont le trouble et 50 autres qui ne l'ont pas.
Niveau 2	Satisfait quatre des critères du niveau 1
Niveau 3	Satisfait trois des critères du niveau 1
Niveau 4	Satisfait un ou deux des critères du niveau 1
<b>Études sur le traitement et la prévention</b>	
Niveau 1A	Revue systématique ou méta-analyse d'études contrôlées avec répartition aléatoire de qualité supérieure a) Recherche exhaustive de données probantes b) Les auteurs ont évité les biais dans le choix des articles retenus c) Les auteurs ont évalué la validité de chaque article d) Conclusions claires et corroborées par les données et les analyses appropriées OU Étude contrôlée avec répartition aléatoire, bien structurée et de puissance suffisante pour répondre à la question posée par les chercheurs a) Répartition aléatoire des patients entre les groupes de traitement b) Suivi d'au moins 80 % des patients mené à bien c) Ni les patients ni les investigateurs ne connaissaient la nature du traitement* d) Les patients ont été analysés dans le groupe de traitement auquel ils avaient été assignés e) Échantillon de taille suffisante pour l'obtention de l'issue d'intérêt
Niveau 1B	Étude clinique ou étude de cohortes sans répartition aléatoire et dont les résultats sont incontestables
Niveau 2	Étude contrôlée avec répartition aléatoire ou revue systématique qui ne satisfait pas aux critères du niveau 1
Niveau 3	Étude clinique ou étude de cohortes sans répartition aléatoire; revue systématique ou méta-analyse d'études de niveau 3
Niveau 4	Autre
<b>Études sur le pronostic</b>	
Niveau 1	a) Cohorte initiale de patients atteints du trouble à l'étude, mais chez qui l'événement d'intérêt n'est pas survenu b) Critères d'inclusion ou d'exclusion reproductibles c) Suivi d'au moins 80 % des sujets d) Rajustement statistique pour les facteurs pronostiques sans rapport avec le trouble à l'étude (facteurs confusionnels) e) Description reproductible des mesures de l'issue
Niveau 2	Satisfait au critère a), ci-dessus, ainsi qu'à trois des quatre autres critères
Niveau 3	Satisfait au critère a), ci-dessus, ainsi qu'à deux des autres critères
Niveau 4	Satisfait au critère a), ci-dessus, ainsi qu'à un des autres critères

\* Lorsqu'une étude en double aveugle soulevait trop de difficultés ou était irréalisable (p. ex., étude comparative d'une insulinothérapie intensive et d'une insulinothérapie classique), l'analyse et le classement en insu des résultats étaient jugés suffisants.

Finalement, plusieurs recommandations thérapeutiques s'appuyaient sur des données probantes générées lors de l'utilisation d'un seul agent d'une classe thérapeutique donnée (p. ex., une des « statines »). Chaque fois que des données probantes sur au moins un médicament d'une classe reconnue d'agents étaient disponibles, la recommandation était rédigée de façon à s'appliquer à la classe de médicaments, mais les médicaments ayant fait l'objet d'études particulières étaient mentionnés dans la recommandation ou les références citées. Les recommandations ne font mention que des médicaments pour lesquels Santé Canada avait délivré un avis de conformité en date du 15 septembre 2017.

**Tableau 2**

Critères utilisés pour déterminer la catégorie des

recommandations pour la pratique clinique

Catégorie	Critère
Catégorie A	Les meilleures données probantes étaient de niveau 1.
Catégorie B	Les meilleures données probantes étaient de niveau 2.
Catégorie C	Les meilleures données probantes étaient de niveau 3.
Catégorie D	Les meilleures données probantes étaient de niveau 4, ou il y a eu consensus.

### Détermination de la catégorie des recommandations

Une catégorie de A à D (voir le [tableau 2](#)) a été attribuée aux nouvelles recommandations ou aux recommandations modifiées en fonction de nouvelles données probantes. La catégorie la plus élevée que nous pouvions attribuer à une recommandation était fondée sur le niveau des données probantes (c.-à-d. le niveau le plus élevé attribué aux études sur lesquelles la recommandation était fondée). Toutefois, la catégorie attribuée a été abaissée dans certains cas, entre autres, lorsque les données probantes ne s'appliquaient pas à la population canadienne ou lorsque, de l'avis consensuel des membres du Comité consultatif et du Comité directeur, la recommandation soulevait d'autres préoccupations. Dans certaines situations, la catégorie a aussi été abaissée pour des sous-groupes mal représentés au cours de l'étude ou chez qui l'effet bénéfique d'une intervention était moins manifeste, ou en présence d'études tout aussi pertinentes et rigoureuses dont les résultats étaient contradictoires. Ainsi, une recommandation fondée sur des données probantes de niveau 1, jugée tout à fait applicable à la population canadienne et faisant l'objet d'un consensus ferme, était classée dans la catégorie A. Inversement, une recommandation considérée comme non applicable à la population canadienne ou nécessitant d'autres données probantes à l'appui était classée dans une catégorie inférieure. Lorsque le nombre de patients à traiter pour prévenir un événement clinique (nombre de sujets à traiter [NST]) ou pour observer un effet indésirable (nombre nécessaire pour nuire [NNN]) était connu, il était pris en compte pour évaluer l'impact d'une intervention donnée. La pertinence pour le diabète des données probantes obtenues dans d'autres populations était aussi reflétée dans le libellé et la catégorie de la recommandation. Enfin, en l'absence de données probantes de niveaux 1, 2 ou 3, ou lorsque la recommandation était fondée sur l'avis consensuel du Comité consultatif et du Comité directeur, il était impossible d'attribuer une catégorie supérieure à D.

### Interprétation des catégories assignées aux recommandations

La catégorie assignée à chaque recommandation est étroitement liée à la rigueur méthodologique et à la robustesse des recherches cliniques connexes. Par conséquent, comme il est expliqué ci-dessus, une catégorie élevée dénote un degré de confiance élevé que la recommandation produira le résultat souhaité. De la même façon, une catégorie plus basse témoigne de données plus faibles et d'une plus grande possibilité que la recommandation change une fois que davantage de données seront disponibles. Il est à noter que la catégorie assignée ne donne pas de renseignements subjectifs sur l'importance de la recommandation ni sur ce qu'en pensent les membres du comité; elle renseigne seulement sur les données probantes formant l'assise de la recommandation. Ainsi, la catégorie D a été assignée à beaucoup de recommandations jugées très importantes pour la prise en charge contemporaine du diabète – selon l'expérience clinique, les séries de cas, les données physiologiques et les concepts actuels de physiopathologie de la maladie – parce que les données cliniques sur le traitement, la prévention, le diagnostic ou le pronostic étaient insuffisantes pour leur assigner une catégorie plus élevée.

De toute évidence, les cliniciens doivent fonder leurs décisions sur les meilleures données disponibles se rapportant à une situation clinique. Par contre, ils doivent aussi souvent agir malgré l'absence de données cliniques et, dans de nombreuses situations, il peut être impossible, trop difficile ou trop coûteux de générer des données cliniques valables (ce qui signifie qu'il serait impossible d'élaborer des recommandations de catégorie A). Les diverses catégories reflètent donc divers degrés de certitude quant à la solidité des conclusions qui peuvent être tirées des données probantes qui corroborent les recommandations. Ainsi, les présentes lignes directrices

fondées sur des données probantes et la catégorisation des recommandations ont pour but de répondre à deux besoins importants : 1) indiquer clairement les meilleures recherches sur lesquelles les recommandations sont fondées et en évaluer la pertinence clinique et la qualité (par l'assignation d'un niveau des données probantes à chaque article) et 2) décrire de façon explicite la solidité de la recommandation fondée sur ces données probantes (par sa catégorisation). Les lignes directrices sont donc un résumé pratique des données probantes qui facilite la tâche des cliniciens devant évaluer et incorporer à leurs décisions cliniques quotidiennes des données toujours plus nombreuses. Elles permettent également aux cliniciens, aux planificateurs de soins de santé, aux professionnels de la santé et à la société en général de faire un examen critique de toute recommandation et de tirer leurs propres conclusions quant à son bien-fondé. Bref, d'autres personnes peuvent examiner minutieusement les présentes lignes directrices en appliquant les mêmes principes qui ont été utilisés pour l'examen minutieux de la littérature.

Il importe de souligner que la démarche choisie pour la catégorisation des recommandations diffère de l'approche utilisée dans certaines autres lignes directrices où les recommandations portant sur un traitement ou une intervention inutile, quand elle n'est pas dommageable, sont aussi classées dans une catégorie 11. Dans les présentes lignes directrices de Diabète Canada, la catégorie assignée à toute recommandation visant à éviter des pratiques dangereuses aurait été déterminée de la même façon que celle de toutes les autres recommandations, mais les auteurs ont mis l'accent sur les pratiques cliniques jugées possiblement avantageuses et n'ont pas cherché de données probantes sur les dangers que posent les interventions.

### Examen indépendant des méthodes

Un Comité d'examen indépendant des méthodes (CEIM) a été créé pour assurer la cohérence et la rigueur du processus d'élaboration des recommandations. Le CEIM se composait de neuf cliniciens enseignant dans des milieux universitaires et possédant une formation approfondie des méthodes de recherche (deux coprésidents et sept examinateurs). Ainsi, tout au long du processus d'élaboration, les auteurs ont pu bénéficier du savoir-faire et des ressources offertes par le CEIM.

Toutes les recommandations préliminaires et les données probantes sous-jacentes étaient évaluées et classées par les auteurs des recommandations. Le CEIM effectuait ensuite un examen secondaire critique des recommandations et des données probantes pour veiller à ce que : 1) le libellé de la recommandation reflète fidèlement les données cliniques citées; 2) les données aient été soumises à un processus indépendant d'évaluation et d'attribution du niveau de preuve correspondant. Au besoin, le CEIM pouvait proposer de reformuler une recommandation afin qu'elle reflète précisément les données probantes sous-jacentes. Lorsqu'une même recommandation était classée par l'auteur et le CEIM dans deux catégories distinctes, un des coprésidents du CEIM tranchait. Toutes les activités de révision du CEIM ont été réalisées et consignées de façon systématique pour assurer la rigueur et la transparence du processus.

### Examen externe par des pairs

En mai 2017, Diabète Canada a fait circuler au Canada et à l'étranger une ébauche des lignes directrices afin qu'elles soient examinées par de nombreux intervenants et experts des domaines pertinents, dont des spécialistes, des fournisseurs de soins primaires communautaires, des départements de médecine familiale d'universités de partout au Canada, ainsi que des organisations spécialisées et des organismes de soutien des patients atteints de diabète. Le Comité d'expert, le Comité directeur et le Comité consultatif ont ensuite revu les recommandations à la lumière des commentaires recueillis. Les recommandations révisées ont été réexaminées et approuvées par le Comité directeur et le Comité consultatif. Certaines des recommandations ont été présentées au cours d'une tribune publique dans le cadre de la conférence professionnelle et des assemblées annuelles de Diabète Canada et de la Société canadienne d'endocrinologie et métabolisme, qui ont eu lieu à Edmonton (Alberta) le

4 novembre 2017.

## Déclarations de conflits d'intérêts

Les membres du Comité d'experts ont participé bénévolement et n'ont reçu ni rémunération ni honoraires. Les membres de tous les comités ont signé un formulaire annuel de déclaration de la dualité des intérêts faisant état de tout intérêt financier et de toute relation avec un ou plusieurs fabricants de quelque produit commercial que ce soit ou avec un ou plusieurs fournisseurs de services commerciaux. Les déclarations les plus récentes pour 2018 ont été ajoutées à la fin de chaque chapitre. Au besoin, il a aussi été question de la dualité des intérêts au cours des délibérations. En cas de dualité possible ou de conflit d'intérêts évident, les membres des comités se retireraient des discussions.

Abréviation

CEIM, Comité d'examen indépendant des méthodes.

## Autres lignes directrices pertinentes

Introduction, p. S1

## Déclarations de conflits d'intérêts des auteurs

La Dre Sherifali déclare avoir entrepris un programme de recherche financé par AstraZeneca. La Dre Houlden déclare avoir reçu des subventions de la part de Boehringer Ingelheim, Novo Nordisk et Eli Lilly, sans lien avec les travaux présentés ici. La Dre Rabi n'a rien à déclarer.

## Références

1. Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. Lignes directrices de pratique clinique 2013 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. *Can J Diabetes*. 2013;37:S1-S212.
2. Evidence Partners. Distiller (logiciel de revue systématique DistillerSR) [programme informatique]. Ottawa: Evidence Partners; 2017.
3. Brouwers M, Kho ME, Browman GP, et al. Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique. Grille AGREE II. Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC); 2013.
4. Straus SE, McAlister FA. « What is the prognosis? ». Dans : Gerstein HC, Haynes RB, éditeurs. *Evidence-based Diabetes Care*. Hamilton: BC Decker Inc.;2001:6-12.
5. Guyatt G, Rennie D, Meade MO, et al., éditeurs. *Users' guides to the medical literature: A manual for evidence-based clinical practice*. 3<sup>e</sup> édition. New York: McGraw-Hill; 2015.
6. Jaeschke R, Guyatt GH. « How should diagnostic tests be chosen and used? » Dans : Gerstein HC, Haynes RB, éditeurs. *Evidence-based Diabetes Care*. Hamilton: BC Decker Inc.;2001:13-23.
7. Holbrook AM, Clarke J-A, Raymond C, et al. « How should a particular problem be managed? Incorporating evidence about therapies into practice. » Dans : Gerstein HC, Haynes RB, éditeurs. *Evidence-based Diabetes Care*. Hamilton: BC Decker Inc.;2001:24-47.
8. Harris SB, Webster-Bogaert SM. « Evidence-based clinical practice guidelines ». Dans : Gerstein HC, Haynes RB, éditeurs. *Evidence-based Diabetes Care*. Hamilton: BC Decker Inc.;2001:48-61.
9. Goldbloom R, Battista RN. The periodic health examination: 1. Introduction. *CMAJ*. 1986;134:721-723.
10. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6:e1000097.
11. Ryden L, Grant PJ, Anker SD, et al. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: The Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Eur Heart J*. 2013;34:3035-3087.

