

## Ce patient a-t-il besoin de médicaments de protection vasculaire ?

### ÉTAPE 1 : Est-ce que le patient a des lésions des organes cibles ?

- Maladie macrovasculaire  
- Cardiopathie ischémique (asymptomatique ou symptomatique)  
- Maladie artérielle périphérique  
- Maladie cérébrovasculaire/carotidienne

OUI

**STATINE\***  
+  
**ECA ou ARA#**  
+  
**AAS**  
Clopidogrel si intolérance à l'AAS

OU

- Maladie microvasculaire  
- Rétinopathie  
- Néphropathie (RAC  $\geq$  2,0)  
- Neuropathie

OUI

**STATINE\***  
+  
**ECA ou ARA#**

NON

### ÉTAPE 2 : Quel est l'âge du patient?

- $\geq$ 55 ans

OUI

OU

- 40-54 ans

OUI

NON

### ÉTAPE 3 : Est-ce que le patient...

- Est atteint de diabète depuis plus de 15 ans **et** a > 30 ans ?

OUI

- Traitement nécessaire selon les Lignes directrices sur les lipides de 2012 de la Société canadienne de cardiologie

**STATINE\***

Les recommandations entourant la protection vasculaire, les femmes en âge de procréer et les personnes âgées fragiles sont présentées dans les pages suivantes.

\* Un ajustement des doses ou une thérapie lipidique additionnelle s'imposent si les cibles relatives aux lipides (C-LDL  $\leq$  2,0 mmol/L) ne sont pas atteintes  
# Il faut administrer des doses d'inhibiteurs de l'ECA ou d'ARA (inhibiteurs des récepteurs de l'angiotensine) dont l'efficacité a été démontrée en matière de protection vasculaire (p. ex. 8 mg de perindopril une fois par jour (étude EUROPA), 10 mg de ramipril une fois par jour (étude ONTARGET), 80 mg de telmisartan une fois par jour (étude ONTARGET)).  
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.

## Chez les femmes en âge de procréer (diabète de type 1 ou de type 2)...

- Discuter des plans de grossesse à **chaque visite**
- Les grossesses **doivent être planifiées**
- **Avant la conception**

- **HbA<sub>1c</sub>  $\leq$  7,0 %**
- **Commencer...**
  - **Acide folique** 5 mg par jour, 3 mois avant la conception
- **Cesser...**
  - La prise **d'agents antihyperglycémiques non insuliniqes** (sauf la métformine chez les femmes atteintes du syndrome des ovaires polykystiques)
  - **Statines**
  - **Inhibiteurs de l'ECA ou ARA**, soit avant la grossesse ou lors de la détection
- **Faire un dépistage des complications** (examen de la vue, RAC urinaire)

## Chez les personnes âgées fragiles ayant une courte espérance de vie...

- Les bénéfices potentiels du traitement doivent être évalués en fonction des dangers potentiels (p. ex. hypoglycémie, hypotension, chutes)
- Cible de l'HbA<sub>1c</sub>  $\leq$  8,5 %

## PROMOTION DE L'AUTOGESTION

Il faut fournir de l'éducation sur l'autogestion lors de chaque visite consacrée au diabète. Les conseils doivent être individualisés en fonction du type de diabète, des aptitudes, de la motivation, de la réceptivité au changement et du style d'apprentissage du patient.

### Fixer des objectifs SMART

Spécifiques Mesurables Atteignables Réalistes Temps opportun

| Domaines de l'autogestion                         | Collaboration avec votre patient pour l'élaboration d'un plan d'action pour chaque domaine identifié  |
|---|---|
| <b>Éducation sur le diabète</b>                   | Fournir de l'éducation et des ressources adaptés à la culture et au niveau d'alphabétisation du patient, au moment opportun.  |
| <b>Nutrition</b>                                  | Encourager le patient à suivre <i>Bien manger avec le Guide alimentaire canadien</i> et le référer pour du counseling diététique.   |
| <b>Activité physique</b>                          | Minimum de 150 minutes d'exercices aérobiques par semaine plus exercices contre résistance 2-3 fois par semaine.  |
| <b>Perte de poids (5 à 10 % du poids initial)</b> | Peut améliorer considérablement le contrôle de la glycémie et réduire le risque de maladies cardiovasculaires chez les patients ayant un excès de poids.  |
| <b>Médication</b>                                 | Fournir des conseils sur l'importance de respecter la médication prescrite (dose, horaire, fréquence). Expliquer les effets anticipés et le mécanisme d'action.   |
| <b>Hypoglycémie</b>                               | Fournir des conseils sur la prévention, la reconnaissance et le traitement de l'hypoglycémie d'origine médicamenteuse.  |
| <b>Autosurveillance de la glycémie</b>            | <b>Absence d'insuline</b> : conseils individualisés en fonction du type d'agents antihyperglycémiques, du niveau de contrôle de la glycémie et du risque d'hypoglycémie.<br><b>Si insuline une seule fois par jour</b> : autosurveillance $\geq$ une fois par jour à des moments variables.<br><b>Si insuline &gt; une fois par jour</b> : autosurveillance $\geq$ 3 fois par jour, notamment avant et après les repas. |
| <b>Soins des pieds</b>                            | Fournir de l'éducation sur les soins appropriés incluant l'inspection quotidienne des pieds.  |
| <b>Santé mentale et troubles de l'humeur</b>      | Dépister les symptômes de la dépression ou de l'anxiété au moyen d'une entrevue ou d'un questionnaire normalisé (p. ex. PHQ-9).<br>www.phqscreeners.com   |
| <b>Sevrage du tabac</b>                           | Prévoir des mesures formelles de prévention du tabagisme et du counseling entourant le sevrage du tabac.  |

## PLAN D'ACTION DU PATIENT

- **Date:**
- **Voici le changement que je souhaite apporter :**
- **Mon objectif pour le prochain mois est le suivant :**
- **Plan d'action :** Voici les principales étapes à franchir pour atteindre mon objectif (quoi, quand, où et combien de fois) :
- **Obstacles qui pourraient m'empêcher d'atteindre facilement mon objectif :**
- **Mon plan pour surmonter ces obstacles :**
- **Appui et ressources dont j'aurai besoin :**
- **Jusqu'à quel point est-il important pour moi d'atteindre mon objectif ?** (échelle de 0 à 10, allant de 0 « pas important » à 10 « extrêmement important »)
- **Quel est mon niveau de confiance quant à l'atteinte de mon objectif ?** (échelle de 0 à 10, allant de 0 « aucune confiance » à 10 « confiance absolue »)
- **Date de révision :**

## ÉQUIPE DE SOINS ET ORGANISATION DES SOINS

### Les 5 R's

**Reconnaître :** évaluer les facteurs de risque du diabète chez tous les patients et effectuer un dépistage approprié pour le diabète.

**Registre :** monter un registre de tous vos patients diabétiques.

**Ressource :** supporter l'autogestion par l'utilisation d'équipes interprofessionnelles qui peuvent inclure le médecin de première ligne, des éducateurs en diabète, des diététistes, des infirmiers, des pharmaciens et d'autres spécialistes.

**Retransmettre :** faciliter le partage de l'information entre la personne vivant avec le diabète et l'équipe de soins afin d'avoir des soins coordonnés et des changements apportés en temps opportun.

**Rappel :** développer un système de rappel pour le patient et l'équipe de soins, permettant d'évaluer et de revoir les interventions en temps opportun.

Une subvention éducative sans restrictions a été octroyée par Janssen Inc., Novo Nordisk Canada Inc., Boehringer Ingelheim Canada /Eli Lilly Canada Alliance, Sanofi Canada, Bristol-Myers Squibb and AstraZeneca, Merck Canada Inc., Takeda Canada Inc., and MEDEC (Diabetes Committee) pour la production de cette ressource. L'Association canadienne du diabète remercie ces organisations pour leur engagement à l'égard du diabète au Canada. Copyright © 2016 Association Canadienne du Diabète.

# Guide de référence sur les Lignes directrices de pratique clinique 2013

(Mise à jour novembre 2016)



4265-69-16

Association  
**Canadienne du Diabète**

[guidelines.diabetes.ca](http://guidelines.diabetes.ca)  
diabetes.ca | 1-800-BANTING (226-8464)

## DÉPISTAGE ET DIAGNOSTIC

Chez quelles personnes faut-il faire un dépistage et par quels moyens ?

Faire un dépistage à tous les 3 ans chez les personnes  $\geq 40$  ans et chez celles qui ont un risque élevé selon un calculateur du risque.

Faire un dépistage plus tôt et/ou plus souvent en présence de facteurs de risque.

## DIAGNOSTIC DU PRÉDIABÈTE ET DU DIABÈTE

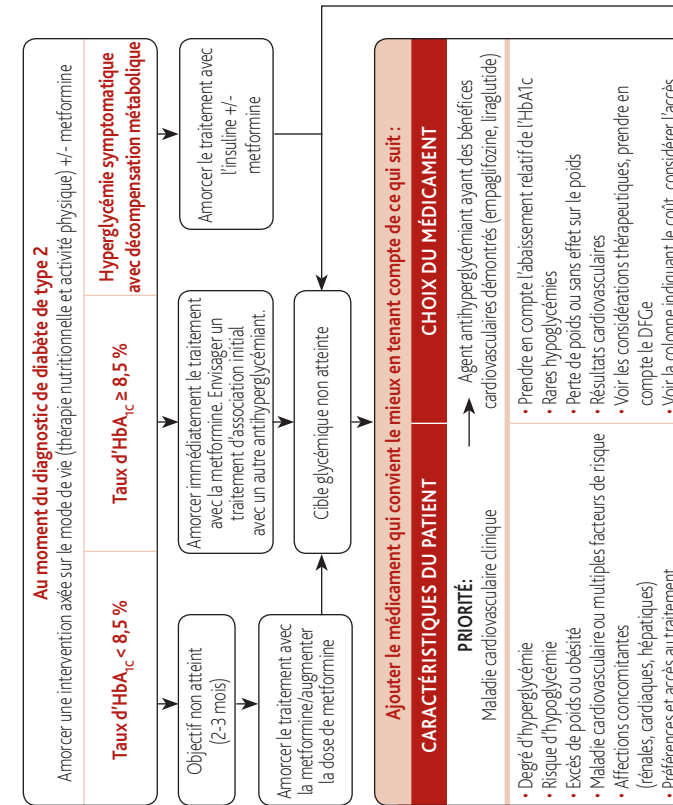
| Test   | Résultats                 | Catégorie             |
|--|---------------------------|-----------------------|
| <b>Glycémie à jeun (mmol/L)</b> Aucun apport calorique pendant au moins 8 heures   | 6,1 – 6,9<br>$\geq 7,0$   | AGJ<br>diabète        |
| <b>Glycémie 2 heures après l'ingestion de 75 g de glucose (mmol/L)</b>   | 7,8 – 11,0<br>$\geq 11,1$ | IG<br>diabète         |
| <b>HbA<sub>1c</sub> (%)</b> essai normalisé, validé, en l'absence de facteurs qui affectent les résultats de l'HbA <sub>1c</sub> . Non approprié lorsqu'on soupçonne le diabète de type 1. | 6,0 – 6,4<br>$\geq 6,5$   | prédiabète<br>diabète |
| <b>Glycémie aléatoire (mmol/L)</b>   | $\geq 11,1$               | diabète               |

En cas de résultats non concluants, faire une autre épreuve de glycémie (glycémie à jeun, HbA<sub>1c</sub> ou 2 heures après l'ingestion de 75 g de glucose). Si le résultat est concluant, procéder au diagnostic et commencer le traitement.

## QUEL HbA<sub>1c</sub> DEVRAIS-JE VISER?



## THÉRAPIES VISANT À ABAISSER LA GLYCÉMIE (DIABÈTE DE TYPE 2)



**Ajouter la classe de médicament qui convient le mieux au patient (médicaments énumérés en ordre alphabétique en anglais)**

| Classe  | Réduction relative du taux d'HbA <sub>1c</sub> | Hypo-glycémie | Poids      | Effet cardiovasculaire démontré lors d'un essai clinique                           | Autres considérations thérapeutiques   | Coût          |
|---|--|---------------|------------|--|--|---------------|
| Inhibiteur de l'alpha-glucosidase (acarbose)        | ↓  | Rare          | Sans effet |  | Amélioration du contrôle postprandial, effets gastro-intestinaux indésirables.   | \$\$          |
| Inhibiteurs de la DPP-4                             | ↔↔   | Rare          | Sans effet | alo, saxa, sita : Sans effet   | Attention à la saxagliptine en cas d'insuffisance cardiaque.   | \$\$\$        |
| Agonistes des récepteurs GLP-1R                     | ↔↔ à ↔↔↔                                       | Rare          | ↔↔         | lira : Supériorité chez les patients avec DTZ et MCV clinique<br>lixo : Sans effet | Effets gastro-intestinaux indésirables.  | \$\$\$\$      |
| Insuline  | ↔↔↔  | Oui           | ↔↔         | glar : Sans effet  | Pas de dose maximale, schémas posologiques souples.  | \$-\$\$\$\$\$ |
| <b>Sécrétagogue de l'insuline :</b><br>Méglitinides | ↔↔   | Oui           | ↑          |  | Moins d'hyperglycémies en cas de repas manqués, mais exige généralement un schéma posologique prévoyant trois ou quatre doses par jour.<br>Le gliclazide et le glinéride causent moins d'hyperglycémies que le glyburide.  | \$\$          |
| Sulfonylurées                                       | ↔↔   | Oui           | ↑          |  |  | \$            |
| Inhibiteurs du SGLT2                                | ↔↔ à ↔↔↔                                       | Rare          | ↔↔         | empa : Supériorité chez les patients avec DTZ et MCV clinique                      | Infections génitales ou urinaires, hypotension, modifications du LDL-C en fonction de la dose, à surveiller en cas de dysfonction rénale ou de prise de diurétiques de l'anse, ne pas utiliser la dapagliflozine en cas de cancer de la vessie, rares cas d'acécétose diabétique (peut survenir en l'absence d'hyperglycémie). | \$\$\$        |
| Thiazolidinédiones                                  | ↔↔   | Rare          | ↔↔         | Sans effet   | ICC, œdème, fractures, rares cas de cancer de la vessie (pioglitazone), controverse relative aux effets cardiovasculaires (rosiglitazone), 6-12 semaines nécessaires avant l'obtention de l'effet maximal.   | \$\$          |
| Médicament anti-obésité (orlistat)                  | ↔  | Aucun         | ↔          |  | Effets gastro-intestinaux indésirables.  | \$\$\$        |

alo = alogliptine; empa = empagliflozine; glar = glargine; lira = liraglutide; lixo = lixisenatide; saxa = saxagliptine; sita = sitagliptine

Cible glycémique non atteinte

• Ajouter un médicament d'une autre classe • Ajouter/intensifier l'insulinothérapie

**Effectuer des ajustements en temps opportun pour obtenir le taux d'HbA<sub>1c</sub> visé en 3 à 6 mois**

## RECOMMANDATIONS POUR LA PROTECTION VASCULAIRE

Chez tous les patients atteints du diabète :

**A : A1C** – Taux d'HbA<sub>1c</sub> – Optimisation du contrôle de la glycémie (habituellement  $\leq 7$  %)

**C : Cholestérol** – C-LDL  $\leq 2,0$  mmol/L en présence de traitement

**T : Tension artérielle** – Optimisation du contrôle de la tension artérielle ( $< 130/80$  mmHg)

**I : Intervention sur le mode de vie – Exercice** – Pratique régulière de l'activité physique, saine alimentation, atteinte et maintien d'un poids santé

**O : Ordonnances** – Médicaments de protection cardiaque

**A** – Inhibiteur de l'ECA ou ARA

**S** – Statine

**A** – AAS si indiqué

**N : Non-Fumeur** – Sevrage du tabac

Voir l'algorithme à la page suivante.