



DIABÈTE VERS LA RÉMISSION

Au Québec comme ailleurs dans le monde, « on peut réellement parler d'une épidémie de diabète », affirme l'endocrinologue Rémi Rabasa-Lhoret. Une épidémie due en grande partie à de nouvelles habitudes de vie qui pourrait pourtant se résorber, voire disparaître, tant les nouveaux traitements sont efficaces. Ceux-ci doivent cependant aller de pair avec de vraies politiques de prévention, un dépistage renforcé et généralisé, ainsi que l'inclusion de tous les acteurs du système de santé dans la prise en charge des patients.

UN DOSSIER D'ANAÏS BOUITCHA, AVEC LA PARTICIPATION DE GEOFFREY DIRAT



DT1 : des traitements prometteurs

Sur les 1,2 million de personnes diabétiques au Québec, 10 % sont atteintes de diabète de type 1 (DT1). Le nombre de personnes en souffrant est en hausse, bien qu'il soit nettement inférieur à celui du diabète de type 2 (DT2). Il n'existe aucune méthode de prévention contre cette maladie auto-immune, mais les traitements, eux, ne cessent de s'améliorer. À tel point que certains spécialistes parlent d'une révolution.

ANAÏS BOUITCHA

Les pancréas artificiels

« Les systèmes en boucle hybride fermée, aussi appelés pancréas artificiels, ont changé la donne », selon la Dre Mélanie Henderson, pédiatre endocrinologue au CHU Sainte-Justine : « Les gens n'ont plus à se piquer le doigt 15 fois par jour. Leur glycémie est suivie en temps réel et la dose d'insuline est ajustée en temps réel aussi. » Qui dit meilleur contrôle dit moins de complications liées à l'hyperglycémie, moins de malaises liés à l'hypoglycémie, et donc moins de visites à l'urgence.

Les pompes à insuline proposées par les compagnies Tandem ou Medtronic notam-

ment sont une « grosse avancée » pour les patients, souligne son confrère Frédéric Bernier, président de l'AMEQ. « Elles ne sont pas encore parfaitement autonomes mais elles sont capables d'ajuster le débit d'insuline. »

En effet, même si les patients ont encore un rôle à jouer – en indiquant à la pompe à quel moment ils mangent ou font du sport –, leur charge mentale est considérablement allégée, comme en témoigne le Dr Pierre Filteau, médecin de famille en retraite partielle, lui-même atteint de DT1. « Ça a changé ma vie, je peux désormais fixer une plage cible de glycémie et prévoir ma courbe. »

L'insuline icodec

Approuvée en mars 2024 par Santé Canada, mais pas couverte par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ),

la première insuline basale à prise hebdomadaire « apporte un réel confort de vie », estime la Dre Nadine Taleb, endocrinologue au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). L'icodec s'adresse davantage aux diabétiques de type 1 ayant des problèmes d'observance dans le cadre d'un schéma d'insuline basale-bolus, car elle reste moins flexible que l'insuline quotidienne. « Chez les jeunes, il y a beaucoup d'enjeux psychosociaux et de non-acceptation de la maladie. Ils peuvent faire de l'acidocétose à cause d'un manque d'insuline. L'icodec allège leur traitement en leur donnant un fond d'insuline qui réduit le risque d'acidocétose », poursuit la médecin spécialiste. Ce type d'insuline peut aussi être appropriée pour les personnes âgées ou dépendantes, qui peinent à vérifier leur glycémie au quotidien.

Seul bémol : « Le Québec est la dernière province à ne pas avoir de programme [de prise en charge] pour les pompes », affirme le Dr Rémi Rabasa-Lhoret, endocrino-



1,2 million

Personnes touchées par le diabète au Québec, soit 8,9 % de la population. Cette proportion a plus que doublé en deux décennies (4,3 % en 2001)

↑ 60 %

Incidence du diabète de type 2 chez les enfants canadiens entre 2006-2008 et 2017-2019

9 sur 10

Patients diabétiques présentant un diabète de type 2



PHOTO: COURTOISIE

« LES GENS N'ONT PLUS À SE PIQUER LE DOIGT 15 FOIS PAR JOUR. LEUR GLYCÉMIE EST SUIVIE EN TEMPS RÉEL ET LA DOSE D'INSULINE EST AJUSTÉE EN TEMPS RÉEL AUSSI. »

Mélanie Henderson, pédiatre endocrinologue au CHU Sainte-Justine



PHOTO: COURTOISIE

« L'ICODEC ALLÈGE LE TRAITEMENT DES PATIENTS EN LEUR DONNANT UN FOND D'INSULINE QUI RÉDUIT LE RISQUE D'ACIDOCÉTOSE. »

Dre Nadine Taleb, endocrinologue au CHUM

logue à l'Institut de recherches cliniques de Montréal (IRCM) et président du Conseil professionnel de Diabète Québec. En effet, ces dernières ne sont remboursées que jusqu'à l'âge de 18 ans, un non-sens pour la plupart des spécialistes, alors que plus de 30 % des cas de DT1 concernent des adultes selon Diabète Québec. L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux s'est d'ailleurs dit favorable à la prise en charge des systèmes à boucle fermée pour les adultes atteints de DT1.

Le teplizumab

Le teplizumab est un anticorps monoclonal approuvé par la FDA en 2022, et en cours d'approbation par Santé Canada. Il s'agit du premier médicament modificateur du DT1 : plusieurs études montrent que le teplizumab a permis de ralentir la défaillance des cellules bêta productrices d'insuline, retardant de deux à trois ans le développement clinique de la maladie. « Après 30 ans d'échecs successifs, on a enfin quelque chose qui fonctionne, se réjouit le Dr Rabasa-Lhoret. Le dépistage repose sur l'identification des quatre anticorps du DT1 : quand deux anticorps sont positifs, le patient a 100 % de risque de développer un DT1. » D'après lui, le teplizumab devrait être disponible en 2025 à titre compassionnel. Mais plusieurs ques-

tions restent en suspens, comme les critères de dépistage ainsi que le ratio coût/bénéfice – un traitement de 14 jours coûte près de 200 000 \$ US.

À l'image du liraglutide (Victoza^{MD}), surpassé par le dulaglutide (Trulicity^{MD}), puis le sémaglutide (Ozempic^{MD}), le teplizumab est le premier de sa classe et laisse entrevoir des avancées prometteuses, car trois autres molécules du même type sont actuellement en développement. « Si on arrive à bloquer le processus d'auto-immunisation du DT1, on pourra arrêter la maladie. Mais on n'en est pas encore là », tempère le Dr André Carpentier, endocrinologue au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et codirecteur scientifique d'Action diabète Canada.

Le salut pourrait-il venir de la thérapie par cellules souches VX-880? Cet autre traitement à base de cellules d'îlots de Langerhans vise à remplacer les cellules bêta productrices d'insuline détruites par le système immunitaire. Les résultats du premier participant sur 17 à être recruté dans un essai clinique de phases 1 et 2 du VX-880, mené par l'entreprise Vertex et diffusés en 2022, ont fait état d'une réduction de 91 % des besoins en insuline, une hémoglobine glyquée réduite de 8,6 % à 7,2 % et des élévations du peptide C circulant sensibles au test de repas mixtes au jour 90¹. « C'est révolutionnaire. On entrevoit la possibilité de guérir le DT1 », confie le Dr Rabasa-Lhoret. ■

1. Jones PM, Persaud SJ. β-cell replacement therapy for type 1 diabetes: closer and closer. *Diabet Med.* 2022 Jun;39(6):e14834. <https://doi.org/10.1111/dme.14834>. Epub 30 mars 2022



1 sur 10

Femme enceinte qui présente un diabète gestationnel

Le dépistage, parent pauvre de la prise en charge au Québec

Au Québec, la prévalence du diabète a presque doublé depuis 2001, à cause principalement du vieillissement de la population et de la baisse de la mortalité des personnes diabétiques. La hausse pourrait notamment être freinée par un dépistage plus précoce selon les spécialistes.

ANAÏS BOUITCHA

Dans ce domaine, le Québec fait cependant piètre figure. « Il y a un énorme déficit du dépistage en première ligne », constate le Dr Philippe Louis-L'Allier, médecin cardiologue responsable de la clinique de diabète à l'Institut de cardiologie de Montréal.

L'enjeu est pourtant de taille: 30 à 50 % des patients hospitalisés dans la province présentent un diabète. « C'est la première cause de perte de vision, d'hémodialyse, de greffe du rein et d'amputation, la deuxième cause principale des infarctus et un facteur de risque de démence », énumère le Dr Rémi Rabasa-Lhoret, endocrinologue à l'Institut de recherches cliniques de Montréal et président du Conseil professionnel de Diabète Québec.

Manque d'accès à la première ligne

Pour la Dre Hélène Daoust, médecin de famille à la clinique d'accompagnement de Diabète Québec dédiée aux patients orphelins atteints de diabète de type 2 (DT2), il ne s'agit pas tant d'un déficit de dépistage que d'un manque d'accès à la première ligne. « Quand je travaillais en cabinet, mes patients avaient un suivi plus

régulier. Grâce à cela, nous avons pu détecter très tôt l'apparition du diabète et mettre en place un suivi adapté. C'est sûr que, dans ces circonstances, le diagnostic est posé assez rapidement. »

Ce manque d'accès engendre des diagnostics tardifs, parfois à l'occasion d'autres pro-

blèmes de santé, et autant de complications, observe le Dr L'Allier: « Ce n'est pas rare que des personnes consultant pour un problème cardiaque soient dépistées et obtiennent un diagnostic de diabète. » Un continuum de complications pourtant évitables selon sa conseil, la Dre Anne-Marie Carreau, spécialiste en endocrinologie, métabolisme et médecine interne au CHU de Québec-Université Laval. « Dialyse, cécité, risque d'amputation, infarctus, athérosclérose... Ça devient difficile de revenir en arrière alors qu'on a des traitements pour prévenir ce continuum. »

À cause du manque de médecins de famille notamment, les personnes les plus vulnérables sont aussi les plus à risque de ne pas être dépistées. Pour y remédier, plusieurs solutions pourraient être envisagées, comme des sites de dépistage plus près de la population, ou la possibilité pour d'autres professionnels de la santé – les infirmières et les pharmaciens communautaires en premier lieu – de pouvoir effectuer le dépistage, propose le Dr L'Allier.

Il est rejoint sur ce point par Anne-Émilie Dionne, pharmacienne responsable d'une clinique de suivi spécialisée en diabète à Québec. Selon elle, le champ d'action des pharmaciens est injustement limité dans ce domaine. « On ne peut pas dépister le diabète en pharmacie, seulement faire des tests de glycémie. Ce n'est pas suffisant. [...] Nous sommes pourtant des acteurs idéaux pour dépister les complications liées à la maladie. »

Vers un dépistage systématique ?

Certains appellent même à des campagnes gouvernementales de dépistage systématique du diabète, à l'image de celles organisées pour le cancer du sein ou le cancer

colorectal. Pour l'instant, l'INESSS préconise le dépistage tous les 1 à 5 ans des adultes de plus de 45 ans présentant un antécédent familial de diabète, un antécédent personnel de glycémie élevée et/ou un indice de masse corporelle supérieur à 30 kg/m². « Je pense que ce qui empêche le dépistage systématique, c'est le manque de médecins de famille. Le secret est dans la régularité, mais si on n'a pas de médecin de famille, on est coincé », commente la présidente de Diabète Québec.

L'âge auquel mener ce dépistage systématique pose aussi question, sachant que la prévalence du diabète augmente chez les plus jeunes, à cause notamment de la sédentarité et de l'épidémie d'obésité pédiatrique. Selon la Société canadienne de pédiatrie, l'incidence du DT2 chez les moins de 18 ans a augmenté de 60 % entre 2006-2008 et 2017-2019. Or, le DT2 est plus agressif chez l'enfant que chez l'adulte, et il est associé à des taux d'échec plus élevés des thérapies, observe la Dre Mélanie Henderson, pédiatre endocrinologue et codirectrice du Centre pédiatrique d'intervention en prévention et en réadaptation cardiovasculaires du CHU Sainte-Justine. « Les enfants diabétiques de type 2 ont plus de complications, de comorbidités et ils ont une mortalité accrue. »

Un dépistage précoce permettrait donc d'enrayer le développement de la maladie et d'opter pour des traitements non pharmacologiques plus efficaces en début de diabète. Mais le dépistage ne réglera pas tout, prévient la Dre Daoust: « C'est beau de dire: "OK, on a diagnostiqué le diabète", mais il faut aussi assurer le suivi et l'enseignement pour la personne qui vit avec cette maladie. » ■

voir autres textes >

PRISE EN CHARGE DU DIABÈTE

L'interdisciplinarité est la clé

« Le plus gros enjeu pour les malades chroniques, et donc pour les diabétiques, c'est d'avoir un médecin », déplore Sylvie Lauzon, présidente de l'association de patients Diabète Québec, elle-même atteinte d'un diabète de type 2 (DT2).

ANAÏS BOUITCHA

Alors que la prévalence brute du diabète a augmenté de 87 % depuis 2001 au Québec, le nombre de médecins de famille nécessaire pour répondre aux besoins de la population ne cesserait en effet de décroître; il en manquerait plus de 1500 à travers la province, selon la Fédération des médecins omnipraticiens.

En témoigne le succès grandissant du programme de suivi des personnes diabétiques de type 1 et 2 sans médecin de famille ou endocrinologue – la province ne compte que 200 de ces spécialistes au total – mis en place au printemps 2023 par Diabète Québec. Financé par le gouvernement provincial, ce programme est prévu pour accompagner 7000 patients maximum pendant 4 mois afin de faciliter leur prise en charge médicale. « On suit 5000 patients et on en accueille 300 nouveaux par mois », précise le Dr Rémi Rabasa-Lhoret, médecin endocrinologue et président du Conseil professionnel de Diabète Québec. Le médecin spécialiste explique qu'il a revêtu le sarrau de médecin de famille pour la moitié de ses patients.

Les pharmaciens, un relais non négligeable

Dans ce cadre, comment assurer une prise en charge adéquate et complète aux

patients? « Des efforts ont été faits pour améliorer la prise en charge et le suivi du DT2 par les infirmières, mais aussi dans les pôles ou les centres d'expertise en maladies chroniques en première ligne, indique la Dre Anne-Marie Carreau, spécialiste en endocrinologie, métabolisme et médecine interne au CHU de Québec-Université Laval. Mais il faut que les patients soient référés par un médecin de famille. »

L'interdisciplinarité est en effet au cœur de ce parcours de soin pour les personnes diabétiques, assure la Dre Héléne Daoust, médecin de famille au sein de la clinique

d'accompagnement de Diabète Québec.

« Notre clinique est multidisciplinaire, avec des infirmières cliniciennes, des infirmières praticiennes spécialisées, des nutritionnistes. » Une configuration optimale, alors que tous les omnipraticiens ne sont pas à l'aise de prendre seuls en charge des patients diabétiques. « Les médecins sont formés, mais tout dépend de leur intérêt et de leur aisance avec les nouvelles molécules. En cabinet ou en GMF, ils peuvent référer le patient aux autres professionnels présents. »

La Dre Daoust souligne à ce propos le rôle prépondérant des pharmaciens communautaires dans la prise en charge, le suivi et l'éducation des patients diabétiques.

« Je pense que les pharmaciens font, et pourraient faire beaucoup de choses dans la gestion des maladies chroniques. Ils sont de plus en plus formés et s'impliquent de plus en plus dans les soins aux patients diabétiques », approuve le Dr Gilles Côté, médecin de famille à Rimouski et auteur de l'ouvrage *Le diabète en omnipratique*¹.

C'est le cas d'Anne-Émilie Dionne, pharmacienne au Familiprix Stéfanie Ouellette de Québec. Elle y dirige une clinique de suivi spécialisée en diabète depuis 2023. « L'avantage de la prise en charge en pharmacie communautaire, c'est une grande



PHOTO: COURTOISE

« LE PLUS GROS ENJEU POUR LES MALADES CHRONIQUES, ET DONC POUR LES DIABÉTIQUES, C'EST D'AVOIR UN MÉDECIN. »

Sylvie Lauzon, présidente de Diabète Québec

Usage clinique:

Enfants: L'innocuité et l'efficacité n'ont pas été évaluées.

Personnes âgées: Les études cliniques sur AREXVY comptent des participants âgés de 65 ans et plus. Les données obtenues auprès de ceux-ci ont été prises en considération lors de l'évaluation globale de l'innocuité et de l'efficacité.

Mises en garde et précautions pertinentes:

- Il n'existe pas de données sur l'utilisation d'AREXVY chez les personnes enceintes. Non recommandé pendant la grossesse ou chez les personnes qui allaitent
- Reporter la vaccination chez les sujets atteints d'une maladie fébrile aiguë et sévère
- Syncope
- Faire preuve de prudence lors de la conduite de véhicules ou de l'utilisation de machines
- Faire preuve de prudence chez les personnes présentant une thrombocytopénie ou tout trouble de la coagulation
- Il est possible que le vaccin ne déclenche pas une réponse immunitaire protectrice chez toutes les personnes vaccinées
- Traitements immunosuppresseurs à action générale et immunodéficience

Pour de plus amples renseignements:

Veillez consulter la monographie du produit à l'adresse gsk.ca/AREXVY/MP pour obtenir des renseignements importants sur les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et la posologie. Pour obtenir une monographie de produit ou pour signaler un effet indésirable, veuillez composer le 1-800-387-7374.

Référence: Monographie d'AREXVY. GlaxoSmithKline Inc.

IC = intervalle de confiance; MPOC = maladie pulmonaire obstructive chronique.

* Données tirées de l'étude AReSVI-006, une étude clinique de phase III, contrôlée par placebo, à répartition aléatoire et à l'insu des observateurs menée auprès d'adultes de 60 ans et plus dans 17 pays des hémisphères Nord et Sud. Les adultes recevant ou non un traitement particulier pour une maladie chronique stable préexistante, comme le diabète, l'hypertension ou une maladie cardiaque, ont été autorisés à participer à l'étude s'ils étaient considérés par l'investigateur comme étant stables sur le plan médical au moment de la vaccination. La population principale visée par les analyses d'efficacité comprenait les patients ayant reçu 1 dose d'AREXVY (n = 12 466) ou de placebo (n = 12 494) qui n'ont pas déclaré d'infection respiratoire aiguë (IRA) liée au VRS confirmée avant le 15^e jour suivant la vaccination.

† Une MVRI était définie en fonction des critères suivants: le participant doit avoir présenté ≥ 2 symptômes/signes touchant les voies respiratoires inférieures, dont ≥ 1 signe touchant les voies respiratoires inférieures pendant au moins 24 heures, ou avoir présenté ≥ 3 symptômes touchant les voies respiratoires inférieures pendant au moins 24 heures. Les symptômes touchant les voies respiratoires inférieures comprenaient les suivants: apparition ou quantité accrue d'expectorations, apparition ou aggravation d'une toux, apparition ou aggravation d'une dyspnée (essoufflement). Les signes touchant les voies respiratoires inférieures comprenaient les suivants: apparition ou aggravation d'une respiration sifflante, crépitations/râles sibilants, fréquence respiratoire ≥ 20 respirations/min, saturation en oxygène faible ou réduite (saturation en O₂ < 95% ou ≤ 90% si la valeur initiale est < 95%) ou besoin de supplémentation en oxygène.

‡ Le principal critère d'évaluation de l'efficacité du vaccin a été défini comme le premier épisode de MVRI liée à l'infection par le VRS-A et/ou le VRS-B confirmée par test RT-PCR et survenant à partir du 15^e jour suivant la vaccination.



VACCIN CONTRE LE VIRUS RESPIROTOIRE SYNCYTIAL (RECOMBINANT, AVEC AS01_E COMME ADJUVANT)



Les marques de commerce sont détenues ou utilisées sous licence par le groupe de sociétés GSK.

©2025 Groupe de sociétés GSK ou son concédant de licence.



504452
01/25



PHOTO: COURTOISIE

« LES PHARMACIENS FONT, ET POURRAIENT FAIRE BEAUCOUP DE CHOSES DANS LA GESTION DES MALADIES CHRONIQUES. ILS SONT DE PLUS EN PLUS FORMÉS ET S'IMPLIQUENT DE PLUS EN PLUS DANS LES SOINS AUX PATIENTS DIABÉTIQUES. »

Dr Gilles Côté, médecin de famille à Rimouski



latitude pour ajuster ou entreprendre un traitement, une bonne communication de l'arsenal thérapeutique disponible et, surtout, une grande accessibilité», observe-t-elle.

Éduquer les patients pour les rendre plus autonomes

La pharmacienne parie sur une approche intégrative pour prendre en charge ses patients orphelins atteints de DT2 dans la plupart des cas, en mobilisant tantôt des mesures non pharmacologiques, tantôt la déprescription, et toujours de l'information concernant les habitudes de vie et les effets post-médication. « La plupart des patients recherchent une éducation. Dans les GMF, les infirmières sont d'excellentes éducatrices, mais elles sont limitées par leurs ordonnances collectives et connaissent moins les molécules », explique Anne-Émilie Dionne.

Cette éducation des patients est la clef d'une prise en charge réussie, ajoute Sylvie Lauzon. « Cette première étape est

souvent déficiente. Mais un patient diabétique a une chance que d'autres malades chroniques n'ont pas: le diabète est une maladie qui se gère. Si les diabétiques de type 2 étaient bien éduqués dès le diagnostic, ils pourraient retarder la prise de médicaments. »

Pour permettre une plus grande autonomie du patient, les spécialistes appellent à une meilleure prise en charge de leur parcours de soins par le régime public. « Les consultations en nutrition ne sont pas facilement prises en charge par la RAMQ. Or, la majorité des gens devrait pouvoir y avoir accès », observe le Dr Philippe Louis-L'Allier, médecin responsable de la clinique de diabète à l'Institut de cardiologie de Montréal. Sans oublier d'ouvrir l'accès aux nouvelles technologies d'aide à la gestion de la maladie comme les lecteurs de glycémie, les pompes ou les montres intelligentes. Ça prend tout un village pour aider une personne diabétique. ■

1. Côté G. Le diabète en omnipratique. À partir du guide de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. 2004; 41 p.

voir autres textes >

Les obstacles aux saines habitudes de vie

Le succès des médicaments antidiabétiques est-il le miroir de l'échec de nos sociétés à promouvoir les saines habitudes de vie pour prévenir le diabète ? Alors que les effets du sport et d'une alimentation saine sur la santé sont prouvés, ces comportements peinent à être adoptés massivement.

ANAÏS BOUITCHA

Faire du sport, manger plus de fruits et légumes, réduire le sucre... Le refrain des saines habitudes de vie et leurs bénéfices sur la prévention des maladies chroniques, comme le diabète de type 2 (DT2), est de plus en plus documenté et diffusé. « Plusieurs études menées auprès de personnes à risque de DT2 montrent qu'un programme axé sur le mode de vie est efficace », affirme le Dr Rémi Rabasa-Lhoret, endocrinologue et président du Conseil professionnel de Diabète Québec. Un tel programme, incluant une perte de poids de 5 % sur un an, 150 minutes d'activité

physique par semaine et une alimentation moins grasse et plus riche en fibres, réduirait de 60 % le risque de développer un DT2 à un horizon de quatre ans selon lui.

Un environnement diabétogène

Mais ces messages de prévention sont-ils suffisants, voire efficaces, alors que plus de 60 000 nouveaux cas de DT2 sont recensés chaque année au Canada ? « La priorité, c'est de traiter l'obésité de façon efficace. Quand on arrive à faire perdre du poids de manière significative au patient, on arrive à atteindre la rémission du DT2 », indique le Dr André Carpentier, endocrinologue au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et codirecteur scientifique d'Action diabète Canada. Outre la composante génétique de

la maladie, il n'est pas simple de lutter contre « l'environnement extrêmement diabétogène et obésogène dans lequel nous vivons », explique le Dr Philippe Louis-L'Allier, cardiologue et responsable du Centre ÉPIC pour la prévention et l'activité physique à l'Institut de cardiologie de Montréal. Les publicités incessantes promouvant la malbouffe et les boissons sucrées sont partout, et les politiques publiques tardent selon lui à se saisir pleinement du problème.

Ainsi, près de la moitié des calories consommées au Québec proviennent encore d'aliments ultra transformés d'après l'INSPQ, et une récente étude a révélé que la consommation de boissons sucrées était responsable d'un cas de diabète sur 10. « Ça demande de l'enseignement, ça demande que les patients comprennent ce dont il s'agit. Il faut une volonté de fer pour contourner ça », soutient le Dr L'Allier.

N° 1

Au Canada, le diabète est la première cause de cécité

IL EST AUSSI RESPONSABLE DE :

70 %

des amputations des membres inférieurs

50 %

des insuffisances rénales nécessitant une dialyse

40 %

des crises cardiaques

30 %

des accidents vasculaires cérébraux



PHOTO: COURTOISIE

« PLUSIEURS ÉTUDES MENÉES AUPRÈS DE PERSONNES À RISQUE DE DT2 MONTRENT QU'UN PROGRAMME AXÉ SUR LE MODE DE VIE EST EFFICACE. »

Dr Rémi Rabasa-Lhoret, endocrinologue et président du Conseil professionnel de Diabète Québec

À cela s'ajoute le fardeau psychologique des personnes diabétiques, souvent aux prises avec des troubles alimentaires et de santé mentale. « Le plus gros problème du diabète, c'est sa stigmatisation, pointe Sylvie Lauzon, présidente de Diabète Québec. Si ce n'était pas vu comme une maladie de personnes en surpoids qui mangent mal, les gens seraient moins gênés d'en parler, de participer à des groupes de travail, des écoles de patients. On m'a souvent dit: "Tu es diabétique et tu manges un dessert?" En effet, pour moi, le dessert est un médicament si je suis en hypoglycémie. »

L'autre obstacle de taille à une meilleure alimentation est son coût. « Les popula-

tions vulnérables sur le plan socioéconomique sont plus à risque de développer un DT2, précise la Dre Nadine Taleb, endocrinologue au CHUM. On devrait donner accès ou faciliter l'accès des populations à risque aux aliments les plus sains. » En 2022, 15,7 % de la population québécoise était touchée par l'insécurité alimentaire selon Statistique Canada. « On devrait taxer les boissons gazeuses sucrées, et subventionner le brocoli et le céleri », résume le Dr L'Allier.

Un manque de volonté politique

Face à cela, les nouveaux traitements, dont les agonistes du GLP-1, peuvent apparaître comme une solution miracle après un parcours souvent ponctué d'échecs ou de déceptions. « Quand les patients arrivent dans le bureau, ils ne veulent pas une solution miracle, ils veulent éviter la médication et ils ont essayé d'autres choses avant. Les gens font leur gros possible », souligne ainsi la Dre Anne-Marie Carreau, spécialiste en endocrinologie, métabolisme et médecine interne au CHU de Québec-Université Laval. « Avec les saines habi-



PHOTO: COURTOISIE

« [IL N'EST PAS SIMPLE DE LUTTER CONTRE] L'ENVIRONNEMENT EXTRÊMEMENT DIABÉTOGÈNE ET OBÉSOGÈNE DANS LEQUEL NOUS VIVONS. »

Dr Philippe Louis-L'Allier, cardiologue à l'Institut de cardiologie de Montréal

tudes de vie, c'est difficile de faire des changements persistants qui ont des impacts à long terme. »

Selon elle, les saines habitudes de vie et les médicaments doivent être utilisés en complémentarité. Mais ce recours au traitement est déjà la preuve d'un échec en termes de prévention, déplore le Dr L'Allier. « Bien que les médicaments contre le diabète aient des conséquences et des résultats favorables, c'est décevant, car mieux vaut ne jamais développer le diabète que d'avoir un diabète bien maîtrisé. » Ce dernier appelle à orienter les politiques de prévention vers la rémission du diabète par des actions plus concrètes pour favoriser une modification des habitudes de vie. « La prévention du DT2 est efficace et rentable, mais on n'a pas de programme dédié au Québec », observe le Dr Rabasa-Lhoret.

En plus de promouvoir massivement les saines habitudes de vie dès le plus jeune âge, plusieurs spécialistes appellent au remboursement des consultations liées au mode de vie, comme les interventions en nutrition. « Il serait utopique d'anticiper une société sans diabète, mais nous pouvons influencer et outiller les gens sans les culpabiliser pour réagir avant que la maladie ne s'installe », assure le Dr L'Allier. ■

1 sur 2

Canadiens diabétiques qui ont atteint des cibles glycémiques optimales entre 2016 et 2019



voir autres textes >

Ozempic et Mounjaro à vie ?

Les médicaments approuvés depuis quelques années, dont les analogues du GLP-1, sont devenus incontournables dans le traitement du diabète, au point qu'il n'est pas exagéré de parler de révolution clinique.

ANAÏS BOUITCHA

« L'éventail thérapeutique à notre disposition a beaucoup évolué, on retarde de plus en plus l'initiation de l'insuline. Ce sont de grandes, grandes avancées pour les patients », se réjouit le Dr Frédéric Bernier, président de l'Association des médecins endocrinologues du Québec (AMEQ).

Le nombre d'études démontrant les bénéfices des agonistes du GLP-1 sur la santé des personnes diabétiques en sont la preuve. Des chercheurs du Centre universitaire de santé McGill ont par exemple démontré l'efficacité du sémaglutide sur le diabète de type 1 (DT1) lorsqu'il est utilisé en combinaison avec l'insulinothérapie – une combinaison qui a permis de réduire les besoins en insuline et d'augmenter la perte de poids des participants.¹

Mais c'est dans le traitement du diabète de type 2 (DT2) que cette classe de médicaments a fait ses preuves les plus remarquables : « Auparavant, on visait le taux de sucre et son contrôle. Maintenant, on prévient en plus les complications et la mortalité. On est passé d'une vision glucocentrée à une vision centrée sur la qualité de vie », explique la Dre Anne-Marie Carreau, spécialiste en endocrinologie, métabolisme et médecine interne au CHU de Québec-Université Laval.

« On parle d'une rémission du DT2 »

En effet, outre la maîtrise de la glycémie, ces médicaments présentent d'autres bénéfices sur la santé des personnes diabétiques : ils aident à réduire le risque d'arthrite inflammatoire, de problèmes cardiovasculaires, et de plusieurs formes de cancers – colorectal, de l'œsophage, de l'endomètre, du rein... « On parle désormais de rémission du DT2 », poursuit la clinicienne-chercheuse.

Une rémission envisageable grâce aux molécules déjà disponibles (sémaglutide et tirzépatide), mais aussi aux molécules en développement. Le Mounjaro^{MD} (tirzépatide) est par exemple le premier et seul double agoniste du GLP-1 et du GIP (polypeptide insulinoporteur dépendant du glucose) approuvé par Santé Canada en novembre 2023 pour le traitement du DT2. De son côté, le rétatrutide 12 mg, un triple agoniste du GLP-1 encore en développement, a permis d'atteindre 24,2% de perte de poids en 48 semaines selon un essai de phase 2². Enfin, les inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT-2), également utilisés dans le traitement du DT2, ont présenté des résultats « moins spectaculaires qu'Ozempic, mais les bénéfices pour les patients sont extraordinaires », indique le Dr Gilles Côté, médecin de famille à Rimouski et spécialiste du diabète.

Le problème, c'est que ces médicaments miracles doivent la plupart du temps être pris à durée indéterminée. À moins de s'astreindre et de se tenir à des changements stricts des habitudes de vie dès le début du traitement, maintenir les effets des médicaments sur le poids est très difficile, observe la Dre Carreau. « On parle de

27,6 milliards \$

Coût de l'inaction dans le traitement de l'obésité au Canada en 2023

3 milliards \$ / an

Fardeau économique du diabète au Québec (en coûts directs et indirects)

De 87 000 \$ à 119 millions \$

Paiements du régime d'assurance-médicaments public pour l'Ozempic entre 2019 et 2023



PHOTO: COURTOISIE

« ON EST PASSÉ D'UNE VISION GLUCOCENTRÉE À UNE VISION CENTRÉE SUR LA QUALITÉ DE VIE. »

Dre Anne-Marie Carreau, endocrinologue au CHU de Québec-Université Laval.

rémission sous médication, car on a beaucoup de reprise de poids à l'arrêt de ces traitements. Ce sont des traitements chroniques pour une maladie chronique.»

S'orienter-t-on alors vers une société médicalisée *ad vitam æternam*? « Le DT2 est une maladie à vie, comme l'hypertension. On ne va pas arrêter le traitement hypertenseur d'un patient. Pourquoi devrait-on arrêter un agoniste du GLP-1 qui fonctionne? » interroge la Dre Nadine Taleb, médecin endocrinologue au Centre hospitalier de l'Université de Montréal et professeure adjointe de clinique au département de médecine de l'Université de Montréal.

Une efficacité indissociable des saines habitudes de vie

Qui fonctionne, oui, mais pas pour tout le monde, rappelle son confrère le Dr André Carpentier. Selon lui, entre 20 et 30 % des patients traités interrompent leur traite-

ment, car ils ne parviennent pas à atteindre leur cible de glycémie et de poids avec les doses indiquées. Les effets indésirables, parmi lesquels des occlusions intestinales, des gastroparésies ou encore des inflammations du pancréas³, ainsi que le coût, sont aussi d'importants facteurs d'abandon et d'inégalité face au traitement. « Si ces médicaments étaient trois ou quatre fois moins chers, ce serait incroyable », estime le Dr Gilles Côté. L'Ozempic coûte entre 300 \$ et 500 \$ par mois, et reste un traitement de seconde intention pour le traitement du diabète selon la RAMQ – il n'est pris en charge qu'en cas d'échec de la metformine ou des sulfonyleurées, contrairement à ce que préconise la science.

L'arrivée du premier générique du sémaglutide en 2026 pourrait-elle changer la donne? Certains l'espèrent, même si les assureurs privés commencent à être plus sélectifs concernant leur couverture de ces traitements, observe la Dre Hélène Daoust, médecin de famille au Centre d'accompagnement de Diabète Québec. D'après un rapport de Telus Santé⁴ publié en 2024, le montant annuel moyen admissible pour les régimes d'assurance-médicaments par demandeur pour le diabète est passé de 661 \$ en 2008 à 1574 \$ en 2023.

L'une des autres préoccupations concernant ces molécules super-puissantes est qu'elles puissent aboutir à une forme de paresse chez les patients. « Le danger est le même qu'avec les antirétroviraux pour le VIH: les gens mettent moins le préservatif.



PHOTO: COURTOISIE

« LE DANGER EST LE MÊME QU'AVEC LES ANTI-RÉTROVIRAUX POUR LE VIH: LES GENS METTENT MOINS LE PRÉSERVATIF. MAIS ON CONTINUE QUAND MÊME DE PAYER CE TRAITEMENT DU VIH. »

Dr Frédéric Bernier, président de l'AMEQ

Mais on continue quand même de payer ce traitement du VIH », observe le président de l'AMEQ. Sauf que leur efficacité dépend en grande partie de l'alimentation, de l'activité physique et de la qualité du sommeil, rappellent les spécialistes.

Par ailleurs, en menant à une perte de poids significative, « la majorité de ces médicaments entraînent une fonte musculaire importante », souligne le Dr Philippe Louis-L'Allier, médecin cardiologue responsable de la clinique de diabète à l'Institut de cardiologie de Montréal. « Est-ce que les gens vont être capables d'être aussi autonomes et habiles à long terme que s'ils faisaient, par exemple, de l'exercice pour perdre leur poids? Selon nous, la réponse est non. » ■

1. Pasqua, MR., Tsoukas, M.A., Kobayati, A. et coll. Subcutaneous weekly semaglutide with automated insulin delivery in type 1 diabetes: a double-blind, randomized, crossover trial. *Nat Med* (2025).
2. Jastreboff A., Kaplan L., Frias J. et coll. Triple-Hormone-Receptor Agonist Retatrutide for Obesity – A Phase 2 Trial. *NEJM*. 2023;389:514-526. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2301972>
3. Sodhi M., Rezaeianzadeh R., Kezouh A., Etminan M. Risque d'événements indésirables gastro-intestinaux associés aux agonistes du récepteur du peptide de type glucagon-1 pour la perte de poids. *JAMA*. 2023;330(18):1795-97. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.19574>
4. Tendances et références canadiennes en matière de consommation de médicaments en 2024. Rapport annuel de Telus Santé [En ligne]. 2024 [cité le 27 janvier 2025]; 35-25. Disponible : <https://resources.telushealth.com/fr-ca/obtenez-votre-exemplaire-rapport-2024-sur-les-tendances-en-matiere-de-consommation-de-medicaments-de-telus-sante>

Les données présentées dans le dossier proviennent des sources suivantes: Statistique Canada, INSPQ, RAMQ, Diabète Québec, Obésité Canada, Société canadienne de pédiatrie, Hôpital national des Quinze-Vingts de Paris, Diabetes Canada