

RÉSUMÉ DE PREUVES PERTINENTES

Programmes de prévention et de traitement et stratégies d'autogestion du diabète : catalyseurs et obstacles

Date de publication : novembre 2023

Principaux messages

- Le diabète de type 2 (DT2), une maladie chronique répandue, est associée à des maladies graves, à des handicaps et à la mort. En raison de son incidence considérable sur la santé et le bien-être de la population, ainsi que sur les coûts des soins de santé, les stratégies de prévention, de traitement et d'autogestion revêtent une importance cruciale. Bien que des efforts soient déployés pour améliorer le traitement et la prévention du diabète, il subsiste des obstacles à la participation et à l'observance aux programmes de prévention aux niveaux individuel, communautaire et systémique.
- La sensibilisation aux risques, la motivation à améliorer sa santé et les résultats positifs en matière de santé favorisent la participation et l'observance individuelles. Les catalyseurs au niveau communautaire sont l'accès à des installations d'exercice et à des espaces verts sûrs, ainsi que le soutien social des pairs, des amis et de la famille. Les catalyseurs systémiques comprennent l'accès à des renseignements clairs et pertinents, des relations positives avec les fournisseurs de soins de santé et des approches personnalisées en matière de traitement du diabète.
- Le manque de temps en raison d'obligations professionnelles et familiales est l'obstacle le plus fréquemment signalé à la participation et à l'observance à la gestion du diabète au niveau individuel. Aux niveaux communautaire et systémique, ce sont les obstacles liés aux coûts qui sont les plus significatifs. L'accès limité à des aliments sains, à un moyen de transport, à des ressources pour l'activité physique et à des soins et fournitures pour le diabète en raison de contraintes économiques nuit aussi à la participation et à l'observance.
- La documentation traite de déterminants sociaux de la santé (DSS) et de facteurs relatifs à l'équité, y compris des facteurs sociaux, économiques et environnementaux sous-jacents, notamment le revenu, le sexe et les soins adaptés à la culture. Des différences entre les sexes quant au soutien social et aux préoccupations en matière de sécurité ont été mises en évidence, les femmes étant confrontées à des obstacles plus importants en raison de leurs responsabilités domestiques et du harcèlement qu'elles subissent quand elles font de l'exercice. La sensibilité culturelle des programmes (p. ex., l'utilisation d'aliments et d'ingrédients traditionnels) et le niveau de scolarité des ménages ont également été relevés comme étant des facteurs déterminants.
- Des obstacles importants au niveau communautaire et systémique (p. ex., le transport, l'accès à des aliments sains et leur coût) illustrent la nécessité de recourir à des approches en amont

fondées sur l'équité et à des interventions au niveau de la population pour la gestion et la prévention du diabète. Une recherche approfondie de solutions afin d'atténuer l'incidence des inégalités sur le plan des DSS s'impose pour éclairer les pratiques exemplaires.

Enjeu et objet de la recherche

Selon des projections récentes, plus de 1,27 milliard de personnes dans le monde seront atteintes de diabète de type 2 (DT2) d'ici 2050¹⁻³. Les complications du diabète comprennent des lésions nerveuses et vasculaires, la cécité, l'insuffisance rénale, les crises cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, l'amputation des membres inférieurs et la mort prématurée^{4,5}. Au Canada, le coût des soins de santé, de l'invalidité, de la perte de travail et des décès prématurés liés au diabète s'élève à 9 milliards de dollars par année; le fardeau du diabète devrait accroître la demande de soins de santé; ainsi, on estime qu'entre 2011-2012 et 2021-2022, les nouveaux cas de diabète devraient entraîner des coûts de 15,36 milliards de dollars au titre des soins de santé⁶. En 2023, 30 % des Ontariennes et des Ontariens sont atteints de diabète ou de prédiabète, occasionnant des coûts directs estimatifs de 1,7 milliard de dollars pour le système de santé⁷.

Les facteurs de risque de DT2 communément évoqués sont la surcharge pondérale, l'obésité et la sédentarité⁸. C'est pourquoi les stratégies de prévention, de traitement et de gestion se concentrent souvent sur des changements au mode de vie, tels que l'adoption d'une alimentation saine et une intensification de l'activité physique, dans le but de favoriser la perte de poids, d'abaisser la glycémie et d'accroître la sensibilité à l'insuline. En Ontario, un plan stratégique doté d'un budget de 741 millions de dollars a été mis en œuvre en 2008 afin d'élargir les services et d'améliorer les résultats en matière de santé pour les personnes atteintes de diabète. La Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète avait pour but de mieux faire connaître les facteurs de risque du diabète, d'aider les patients à gérer leur diabète et de favoriser l'adoption par les fournisseurs de soins de lignes directrices fondées sur des données probantes⁹. Bien qu'on ait constaté une meilleure disponibilité des soins aux diabétiques, la sous-utilisation des services de gestion et de prévention persiste et l'incidence de la maladie se maintient¹⁰. L'efficacité des programmes sur le diabète à l'échelle de la population est bien documentée, mais les facteurs qui influent sur la participation et l'observance du point de vue des participants demeurent incertains¹¹. Plus précisément, il y a lieu d'examiner les facteurs sociaux, économiques, comportementaux, génétiques et environnementaux qui influent sur l'expérience de l'utilisateur en matière de prévention et de gestion du diabète. En outre, étant donné que des facteurs individuels, communautaires et systémiques influencent les comportements en matière de santé, il est indispensable d'adopter une approche nuancée fondée sur le modèle socioécologique pour bien comprendre la situation.

Le présent résumé de preuves pertinentes a donc pour but de répondre à la question suivante : *Quels sont les catalyseurs de la participation ou de l'observance à un programme d'autogestion et de traitement, de prévention ou de réduction des facteurs de risque du diabète de type 2 selon le point de vue des participants, et les obstacles qui s'y opposent?*

Méthodologie

Le 8 mars 2023, les Services de bibliothèque de Santé publique Ontario ont effectué une recherche documentaire pour trouver des articles publiés de 2013 à 2023. Cette recherche a été effectuée dans six bases de données : MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycINFO, Health Policy Reference Center et Scopus. Les termes de recherche suivants, entre autres, ont été utilisés : « Diabetes Mellitus, Type 2 » (diabète de type 2), « Prediabetic State » (état prédiabétique), « Life Style » (mode de vie), « Health Risk Behaviour »

(comportement à risque pour la santé), « barrier or enabler » (obstacle ou catalyseur), « facilitator or implement » (faciliter ou mettre en œuvre), « Program Development » (élaboration de programme), « lifestyle treatment » (traitement axé sur le mode de vie), « nutrition » (alimentation) et « physical education » (éducation physique). La stratégie de recherche complète peut être obtenue sur demande auprès de SPO.

Les articles pouvaient être inclus s'ils décrivaient des catalyseurs de la participation ou de l'observance à une intervention, à un programme ou à une politique touchant le DT2 ou le prédiabète, ou des obstacles à cette participation ou à cette observance, selon le point de vue des participants.

Ont été exclus les articles qui ne portaient pas exclusivement sur le DT2 ou le prédiabète; ceux qui émanaient d'un pays ne faisant pas partie de l'OCDE; les commentaires, éditoriaux, livres ou actes de conférences; les articles qui portaient uniquement sur l'efficacité d'une intervention, d'un programme ou d'une politique; les articles traitant d'interventions virtuelles; les articles portant uniquement sur le point de vue des fournisseurs de soins de santé ou de facilitateurs de programmes, d'interventions et de politiques; et les articles rédigés dans une langue autre que l'anglais.

Le présent résumé se limite aux catalyseurs et obstacles pour la population en général. Les catalyseurs et obstacles pertinents pour les populations marginalisées sont complexes et fondés sur l'oppression systémique; ils nécessiteraient un examen nuancé et approfondi qui échappe à la portée du présent document.

Deux évaluateurs ont examiné les titres et résumés de façon autonome. Pendant cet examen, on a décidé d'exclure les articles publiés avant 2018 en raison du nombre de résultats. Des articles complets ont été récupérés et évalués par les mêmes évaluateurs. En cas de divergence, des discussions ont permis de parvenir à un consensus.

Deux évaluateurs ont évalué de façon autonome la qualité des articles portant sur la population en général. L'outil d'évaluation de la qualité des données probantes en matière de santé (Health Evidence Quality Assessment tool) a été utilisé pour évaluer la qualité des articles de synthèse. Le programme d'évaluation critique des compétences (Critical Appraisal Skills Programme, CASP) a été utilisé pour évaluer la qualité d'études qualitatives uniques¹². L'outil Effective Public Healthcare Panacea Project (EPHPP) a été utilisé pour évaluer la qualité d'études quantitatives uniques¹³. L'échelle de Newcastle-Ottawa (ENO) a été utilisée pour évaluer la qualité d'études transversales uniques¹⁴. Les divergences entre les évaluateurs quant aux résultats de l'évaluation de la qualité ont été aplanies par consensus. D'autres renseignements sur l'évaluation de la qualité sont disponibles sur demande. Un évaluateur a extrait de chaque article les renseignements pertinents.

Principales constatations

La recherche a permis de relever 1 487 articles, dont 36 répondaient aux critères d'inclusion. Deux étaient des études de portée^{15,16}, une autre était une analyse documentaire¹⁷, une était une métasynthèse¹⁸ et 32 étaient des études primaires. La grande majorité des études primaires s'appuyaient sur des entrevues semi-structurées ou des groupes de discussion pour recueillir des données qualitatives sur la gestion du diabète selon le point de vue des participants¹⁹⁻⁴⁶, deux études ont eu recours à des enquêtes transversales^{47,48}, une étude a comporté la tenue d'une évaluation de la mise en œuvre⁴⁹ et une était un essai clinique randomisé⁵⁰.

Les conclusions suivantes sont divisées en deux catégories : les catalyseurs et les obstacles. Les données ont ensuite été divisées en catégories en fonction de modèles socioécologiques du comportement en

matière de santé afin de décrire les facteurs d'influence aux niveaux individuel, communautaire et systémique. Le modèle socioécologique nous permet de mieux comprendre non seulement l'éventail des facteurs qui influent sur les comportements en matière de santé, mais aussi leur interaction et la manière dont ils peuvent être abordés par des approches en amont⁵¹. Les facteurs de niveau individuel comprennent les connaissances, croyances, expériences et comportements personnels. Les facteurs communautaires comprennent le cadre bâti, les ressources sociales et les normes socioculturelles. Les facteurs systémiques comportent l'accès aux services de santé et à des ressources organisationnelles plus générales⁵². Une étude des déterminants sociaux de la santé (DSS) et d'aspects concernant l'équité, si de tels aspects étaient mentionnés, ainsi que de leur incidence sur les résultats, sont également fournies.

Catalyseurs

CATALYSEURS INDIVIDUELS

Les résultats de deux articles de synthèse et de 16 études primaires décrivent un large éventail de catalyseurs individuels de la participation à la prévention et à la gestion du diabète. Ces catalyseurs comprennent la connaissance des risques et des techniques de traitement du diabète, la motivation à améliorer sa santé, l'observation d'améliorations de la santé, des expériences de programme personnalisées et divers éléments de programme. En outre, la volonté d'améliorer sa santé, la compréhension de l'étiologie du diabète et des risques de cette maladie et la satisfaction à l'égard du programme sont autant d'éléments qui sont ressortis comme des facteurs de motivation essentiels. Dans leurs synthèses, Skoglund et coll. (2020) et Vilafranca et coll. (2021) ont constaté que la sensibilisation aux risques du DT2 (p. ex., ses effets néfastes sur la santé) et aux techniques de traitement (p. ex., activité physique) motivait les participants à prévenir le diabète ou à gérer leur maladie^{16,18}. De même, la motivation intrinsèque à améliorer sa propre santé¹⁶, à montrer l'exemple aux enfants ou à éviter les effets néfastes sur la santé, comme celui de devenir un fardeau pour sa famille¹⁸, favorisait la participation. Les changements observés sur le plan de la santé, notamment la perte de poids et l'amélioration du contrôle de la glycémie¹⁶, de la santé mentale, de l'autoefficacité, de la maîtrise de soi, du sommeil et de l'énergie favorisaient l'observance au traitement¹⁸. La possibilité d'adapter le programme à des besoins précis et l'autonomie de gestion qui en découle ont également favorisé l'observance, tout comme le sentiment d'engagement suscité par le fait d'être suivi dans le cadre d'une intervention ou la participation au programme en tant que telle¹⁸.

Les constatations formulées dans 16 articles primaires reflètent les conclusions des synthèses. La volonté d'améliorer ou de maintenir sa santé²⁴ par la perte de poids, la réduction du taux d'HbA1C¹⁹, l'inversion du prédiabète^{24,46} ou l'obtention de renseignements fiables sur la gestion de la maladie favorisait la participation^{19,50}. La compréhension de l'étiologie, des risques et des modificateurs du diabète⁵⁰ (p. ex., le régime alimentaire³⁷, la sédentarité⁴³ et l'activité physique^{41,45}), ainsi que la crainte d'effets néfastes sur la santé⁴⁵, surtout les complications observées chez d'autres personnes atteintes du diabète comme la perte de mobilité et d'autonomie et le décès¹⁹, étaient aussi des catalyseurs de la participation. Des éléments de programme tels que l'établissement d'objectifs souples^{21,32}, l'accès à un conseiller en santé⁵³ ainsi que le suivi de l'alimentation et de l'exercice^{32,37,53} favorisaient également l'observance. Dans l'ensemble, la satisfaction à l'égard des activités du programme (p. ex., exercices familiaux ou agréables^{38,45} et cours de cuisine pratique^{19,21}) ainsi que de la durée du programme^{19,27} et de son contenu (p. ex., cours informatifs, pratiques et stimulants^{19,21,27,34,45,53}) rehaussaient aussi l'observance, comme le fait de se sentir investi^{19,32,43,45,53}, d'atteindre des objectifs^{43,46}, d'obtenir des améliorations objectives ou perçues de sa santé^{19,26,34,38,41,44,45,53} et de recevoir des commentaires positifs de son entourage²⁶. Parmi les autres facteurs, mentionnons notamment le fait d'être retraité ou de jouir

d'un horaire de travail flexible³⁹, de rechercher la convivialité¹⁹ et de disposer d'un revenu suffisant pour obtenir des ressources supplémentaires³⁹.

CATALYSEURS COMMUNAUTAIRES

Les catalyseurs communautaires sont divisés en deux catégories : les facteurs environnementaux et les facteurs sociaux. Les facteurs environnementaux comprennent l'accès à des installations de conditionnement physique et à des espaces verts, ainsi que la commodité de l'emplacement et de l'horaire des programmes. Il est apparu que le soutien social était un élément fondamental et comprenait les encouragements des amis, de la famille, des fournisseurs de soins de santé et des pairs, ce qui souligne l'importance des relations positives et de la solidarité collective pour favoriser les changements de comportement et l'observance des programmes de traitement du diabète.

FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

Une synthèse a examiné les catalyseurs perçus des changements au mode de vie chez les personnes atteintes de prédiabète et a constaté que l'accès à des installations de conditionnement physique, à des espaces verts et à des activités organisées en milieu communautaire favorisait la participation et l'observance à l'activité physique¹⁸. Ces données ont été confirmées par une étude de Banasiak (2020), qui a révélé que les personnes ayant accès à des quartiers où l'on peut se déplacer à pied font plus d'une heure d'activité physique modérée à vigoureuse de plus que celles qui vivent dans les quartiers les moins propices à l'activité physique²². Parmi les autres catalyseurs environnementaux, mentionnons l'accès à des ressources telles que des appareils de conditionnement physique, des entraîneurs¹⁹ et des aliments sains²⁵ dans le cadre de programmes de prévention du diabète. En outre, l'intégration de repas adaptés à la culture dans les programmes axés sur l'alimentation a été décrite comme un catalyseur possible de l'observance du régime alimentaire²⁴. L'emplacement du programme, et particulièrement sa proximité^{19,20,39}, des horaires pratiques⁵³ et l'accessibilité de services de prévention et de traitement au même endroit⁵³ étaient favorables à la participation, de même que l'accès à un moyen de transport fiable pour participer aux séances du programme³⁹.

FACTEURS SOCIAUX

Les facteurs sociaux englobent les relations et la dynamique entre la personne et ses amis, sa famille, les fournisseurs de soins de santé et les membres de la collectivité. Trois synthèses décrivent les catalyseurs liés au soutien social^{15,16,18}. Plus précisément, l'encouragement des autres à adopter des comportements sains^{15,18}, l'écoute, les conseils et l'aide¹⁶ ont été mentionnés comme étant des catalyseurs de la gestion ou de la prévention du diabète. Ces constatations allaient dans le sens d'études primaires faisant état de soutien par les pairs ou de la volonté de prévenir ou de gérer le diabète^{19,21,24,47}, notamment de l'aide pour lire les étiquettes de produits alimentaires²³, des rappels de prendre ses médicaments et de faire de l'exercice^{19,23}, la préparation de repas sains³⁹ et le fait de pratiquer des activités physiques ensemble^{35,38,53}, lesquels avaient une influence positive sur les changements de comportement et l'observance. Fait intéressant, selon une étude, le manque de soutien social perçu à l'égard de mauvaises habitudes alimentaires avait un effet positif sur la participation à des programmes sur le diabète⁵³. Les autres facteurs sociaux comprenaient des attitudes positives des collègues à l'égard de l'activité physique⁴³ et de bons rapports avec les fournisseurs de soins de santé et les fournisseurs de soins³⁴⁻³⁶. La cohésion entre les membres du groupe a également été relevée comme un important facteur favorisant l'assiduité et la participation aux programmes liés au diabète. Le fait de nouer des liens avec d'autres membres du groupe qui ont vécu des expériences semblables^{19,20,33,41,50}, et qui partagent des identités sociales telles que la race, la culture^{20,37} et le sexe^{18,37}, ainsi que de partager des

défis, des revers^{20,41} et des conseils, contribuait à créer une atmosphère de confiance et de camaraderie propice à une participation soutenue^{19,32,37,45}.

CATALYSEURS SYSTÉMIQUES

D'après les constatations au niveau systémique, l'accès à l'information, les relations avec les fournisseurs de soins de santé et les compétences des fournisseurs sont des catalyseurs clés. Une synthèse fait état de catalyseurs au niveau systémique. Skoglund et coll. (2022) ont constaté que l'accès à des renseignements pertinents et clairs sur les changements à apporter au mode de vie était limité en dehors des programmes sur le diabète¹⁸. Les participants ont déclaré que les renseignements disponibles étaient trop complexes, confus et inaccessibles, alors que les programmes sur le diabète permettaient d'accéder à des renseignements et à des conseils pratiques, ce qui facilitait la participation et les changements au mode de vie¹⁸. D'autres catalyseurs systémiques, tels que les problèmes liés aux fournisseurs de soins de santé et la disponibilité des services, sont décrits dans neuf études primaires. On a constaté que les rapports avec les fournisseurs de soins de santé²⁰, dont les médecins²⁴, les infirmières⁴³, les pharmaciens³⁶, les responsables des programmes sur le diabète⁵³ et les nutritionnistes^{23,42}, étaient essentiels à la satisfaction des participants et à leur observance. Les compétences et les communications des fournisseurs de soins de santé permettaient aux participants de mieux comprendre leur maladie et de la gérer en modifiant leur mode de vie^{23,42,43}. La compréhension qu'avaient les fournisseurs des facteurs sociaux et économiques et des identités des participants, et leur familiarité à l'égard de ces facteurs et identités, favorisaient également l'établissement de rapports fondés sur la confiance et l'adoption d'approches adaptées à la culture aux fins de la gestion et de l'admission aux programmes²⁰. À l'inverse, certaines études ont montré que le manque d'interaction, de rendez-vous ou de discussions approfondies avec les fournisseurs de soins de santé en raison des contraintes de temps de ces derniers motivait les participants à rechercher d'autres sources de renseignements sur le diabète ou de soutien, favorisant ainsi leur participation aux programmes^{19,20,36}.

Obstacles

OBSTACLES INDIVIDUELS

À l'instar des catalyseurs individuels, les obstacles individuels font intervenir des connaissances, des croyances, des expériences et des comportements personnels; cependant, ces éléments nuisent à la participation et à l'observance à la gestion ou à la prévention du diabète. Quatre synthèses et 32 articles primaires décrivent les obstacles individuels, qui englobent des facteurs tels que les contraintes de temps, la méconnaissance des programmes et des aliments sains, des préoccupations quant au contenu des programmes et aux complications pour la santé, les comorbidités et des problèmes de motivation et de responsabilisation. Les obstacles les plus fréquemment évoqués sont liés à des contraintes de temps découlant d'obligations professionnelles ou familiales. Les conflits d'horaires^{19,23-25,27,29,50} et le travail par postes¹⁵ entravaient la participation au programme et l'autogestion du diabète. Les participants devaient composer avec des heures de travail inflexibles^{39,40,47,49,53} et des problèmes logistiques, notamment de longues distances à parcourir pour se rendre aux établissements où étaient fournis les programmes^{17,20,32} et le nombre limité d'entretiens. Le suivi des habitudes alimentaires^{19,37} et de l'activité physique¹⁹, ainsi que la préparation de nouveaux aliments à la maison⁴², représentaient également des obstacles importants en raison de leur nature fastidieuse. De même, des priorités concurrentes^{17,19,22,29,34,37,38,40,44} et des engagements familiaux^{16,18-20,40,45,49,53} (p. ex., soin des enfants^{15,29,47}, tâches ménagères¹⁵ et tâches de soignant^{15,17,18}) limitaient le temps pouvant être consacré à la gestion du diabète.

D'autres obstacles souvent évoqués concernent les connaissances, les attitudes et les croyances. Ainsi, la méconnaissance des programmes de gestion du diabète¹⁹ ou l'obtention de renseignements limités à leur sujet (notamment sur leur contenu ou les avantages personnels pouvant en être tirés)²⁹ nuisaient à la participation. Ne pas être conscient de la gravité de la maladie³¹ et posséder des connaissances médiocres ou limitées sur l'activité physique, notamment au sujet de ses effets sur l'organisme et la façon de la pratiquer (p. ex., fréquence, durée et intensité) était défavorable à la participation^{16,30}. De même, la méconnaissance de nouveaux aliments ou modes de préparation des repas^{28,36,37}, de la confusion concernant la valeur nutritive et des exigences alimentaires contradictoires^{23,44} se sont révélées difficiles pour les participants qui voulaient adopter une alimentation saine et maintenir leurs nouvelles habitudes. Curieusement, le fait de se sentir bien informé sur sa maladie constituait également un obstacle. Des participants estimaient qu'ils avaient déjà une connaissance approfondie de l'état de leur maladie et des techniques de gestion et qu'ils n'avaient donc pas besoin de participer à des programmes sur le diabète, en particulier lorsqu'ils croyaient recevoir un soutien et des soins adéquats de la part de leurs médecins^{24,29}. En outre, la quantité d'informations et le sérieux des contenus présentés lors des réunions du programme étaient accablants¹⁵. La crainte d'en savoir trop sur les complications et leurs conséquences, et les risques de douleurs et de blessures pendant l'exercice^{16,19}, avait un effet paralysant sur certains participants, entraînant un comportement d'évitement envers la gestion du diabète^{16,19,35,53}. Un effet paradoxal semblable a été observé pour ce qui est de l'état de santé, le fait de se sentir en bonne ou en mauvaise santé décourageant la participation. Certaines études ont montré que des participants qui se sentaient en bonne santé ou non touchés par leur diabète^{19,20}, ou qui avaient observé une amélioration de leurs biomarqueurs, y compris la glycémie²⁹, avaient l'impression de pouvoir faire abstraction de la maladie¹⁹ ou de ne pas avoir besoin de participer aux programmes^{20,29}. En revanche, les comorbidités et les problèmes de santé liés au diabète entravaient aussi la participation et l'observance. En raison de problèmes de mobilité^{27,42}, de blessures³⁷ ainsi que des effets secondaires des médicaments ou les symptômes du diabète, comme l'hypoglycémie, les étourdissements et la fatigue^{19,23,25,28,30,37,38,44,53}, des participants avaient de la difficulté à assister aux séances et à faire de l'activité physique. Le stress^{28,42,46}, la dépression¹⁶, un état dépressif⁴⁶ et des effets cognitifs comme un brouillard cérébral²⁸ étaient des obstacles à l'autogestion, et notamment à la prise des médicaments et à une saine alimentation.

Le manque de motivation intrinsèque et des problèmes de responsabilisation ont été mentionnés comme autant d'obstacles à la participation et à l'observance aux programmes de gestion du diabète^{15-17,44,50}. Les participants ont indiqué qu'ils avaient du mal à se motiver en raison d'un emploi du temps chargé et fatigant^{20,37} et de la nature chronique de la maladie⁵³. Plus précisément, des sentiments d'évitement et d'apathie (dus au fait de savoir que les risques et les complications liés au diabète peuvent persister malgré les changements apportés au mode de vie)^{24,29,53}, l'absence de progrès visibles ou des périodes de stagnation faisaient en sorte que les participants avaient peine à rester motivés^{45,53}. Les problèmes d'observance étaient exacerbés par des perturbations ou changements de l'environnement ou des habitudes, comme la fin du programme^{45,53}, des rassemblements sociaux, le fait de se sentir stressé ou émotif⁴⁴, les voyages⁴⁶ et le mauvais temps^{16,18,38,44,53}. Le fait de ne pas aimer l'activité physique^{16,35}, de privilégier des aliments malsains (p. ex., sucreries et aliments frits^{35,53}) et de manquer de confiance en soi, surtout quand on leur faisait remarquer l'écart entre leurs intentions et leur comportement, démotivait également les participants à gérer leur diabète¹⁸.

OBSTACLES COMMUNAUTAIRES

Les obstacles au niveau communautaire se divisent en quatre catégories : l'accès aux ressources, les normes sociales, les normes culturelles et le fonctionnement social. Quatre synthèses et quinze études primaires décrivent des obstacles communautaires. L'accès limité ou inexistant à des aliments sains, à

un moyen de transport et à des lieux sûrs pour faire de l'exercice est l'obstacle le plus souvent mentionné. Les participants avaient du mal à se procurer des aliments sains à un prix abordable^{18,23,25,39,42} ou à trouver des aliments sains dans les épiceries locales^{25,42,47}, dans les banques alimentaires²³ ou sur le pouce^{18,22}, et ils avaient donc recours à des aliments à forte densité calorique ou qui ne convenaient pas au contrôle du diabète mais étaient plus faciles à obtenir^{18,22}. L'accès limité à des ressources supplémentaires telles que l'adhésion à un centre de conditionnement physique à un prix abordable^{15,16}, à des lieux sûrs, parcs ou installations intérieures^{16-18,23,47} pour faire de l'activité physique et à la technologie¹⁷ nuisait à la participation et à l'observance. Des obstacles liés au transport, surtout pour assister aux séances, ont également été soulignés; d'après une étude, les problèmes de transport l'emportaient sur les avantages des programmes sur le diabète³⁹. La difficulté à trouver un moyen de transport pour se rendre aux séances représentait un obstacle majeur¹⁹, surtout dans les milieux urbains où le transport en commun et la circulation ne sont pas fiables ou sont imprévisibles^{22,29,39}, ou lorsque l'emplacement des séances était difficile à localiser ou à atteindre au moyen des transports en commun^{23,34}. Les déplacements longs et variables nuisaient aussi à l'autogestion, les participants redoutant de faire de l'hypoglycémie s'ils se retrouvaient dans un bouchon de circulation ou en cas de retard des transports en commun²². Les frais de déplacement et l'inaccessibilité d'un moyen de transport étaient aussi des obstacles à l'observance pour les personnes vivant en milieu rural^{15,17,42}.

Les obstacles relatifs au fonctionnement social, y compris la cohésion et le soutien, ont également été décrits en détail. L'assiduité aux séances de programmes de groupe souffrait de la présence irrégulière de certains participants, ce qui modifiait la dynamique du groupe et perturbait l'établissement de liens^{19,37}. La cohésion sociale au sein des groupes souffrait également lorsque les participants comparaient leurs progrès à ceux de leurs pairs et constataient qu'ils n'obtenaient pas les mêmes résultats (p. ex., perte de poids²⁶ ou groupes nombreux limitant la possibilité de prendre la parole ou de participer aux activités³⁴). Le manque de soutien social et de compréhension de la part des amis et de la famille nuisait à l'autogestion, surtout en ce qui concerne l'alimentation saine. Les participants avaient du mal à changer leurs habitudes alimentaires et à maintenir un régime sain lorsque leur entourage les encourageait à manger des aliments malsains^{18,23} ou que des membres de leur famille étaient peu enclins à modifier leur régime alimentaire parce qu'ils n'aimaient pas les aliments adaptés à la gestion du diabète ou que le risque leur paraissait faible^{15,31,36,37,42,47}. Faire de l'exercice seul^{16,44}, recevoir des conseils erronés de gestion du diabète²⁴ et subir la stigmatisation ou le jugement de ses pairs ou de sa famille^{18,28,39} nuisaient aussi aux efforts visant à adopter un mode de vie sain.

OBSTACLES SYSTÉMIQUES

Deux synthèses et cinq études primaires ont examiné les obstacles systémiques et révélé des difficultés attribuables aux différences linguistiques, des contraintes financières et des facteurs liés aux fournisseurs de soins de santé, y compris une communication et des informations inadéquates. Tout d'abord, les différences linguistiques entravaient souvent l'accès aux services de santé et nuisaient à la compréhension des informations orales ou écrites^{15,47}. Les problèmes d'horaires avec les fournisseurs de soins de santé²⁴ et l'absence de ressources pertinentes ou à jour se répercutaient aussi sur l'accès²⁸. En raison des renseignements insuffisants ou imprécis émanant des fournisseurs de soins de santé^{16,28,47} et des problèmes de communication attribuables aux contraintes de temps³⁶, les participants qui tentaient de gérer leur diabète se sentaient souvent peu soutenus et confus. Certains ont fait état d'expériences négatives auprès de leurs fournisseurs en raison d'une ignorance ou d'une insensibilité culturelle ou socioéconomique^{28,42}, de méfiance²⁸ ou d'une indifférence à l'égard de leurs préoccupations⁴⁷. Il était difficile de maintenir les changements de comportement dans de telles situations. Enfin, le coût des soins imposait des contraintes aux régimes de gestion. Le coût de la vie, surtout dans les régions urbaines où les loyers et les dépenses de logement sont élevés, fait en sorte que l'on dispose de moins de ressources à consacrer à la gestion du diabète, et notamment aux médicaments, appareils,

fournitures et spécialistes²². Une assurance insuffisante^{23,47}, les frais de transport²⁸, le coût des aliments sains²³ et les dépenses personnelles pour participer aux programmes et payer les frais d'adhésion¹⁷ dissuadent également les gens de participer aux programmes sur le diabète ou d'autogestion ou de persévérer.

Déterminants sociaux de la santé et facteurs relatifs à l'équité

De nombreux facteurs liés aux DSS et à l'équité ont été décrits et sont résumés dans les sections suivantes. Le revenu était le facteur le plus souvent mentionné comme ayant une influence sur la participation aux programmes et l'observance.

REVENU, EMPLOI ET SCOLARITÉ

Du côté des catalyseurs, les participants à une étude de Saju et coll. (2022) ont affirmé qu'il était utile de disposer d'un revenu suffisant pour acheter de l'équipement d'exercice ou des repas sains préparés³⁹. En revanche, un revenu disponible limité entravait l'accès à des aliments sains, à des possibilités d'activité physique comme des installations d'entraînement et l'adhésion à des centres de conditionnement physique, et à d'autres ressources^{15,18,23,25,39,42,47}. Les inégalités de revenus donnaient lieu aussi à des obstacles au transport, tels que le coût de l'essence, la dépendance à l'égard des transports en commun et les frais de déplacement lorsqu'on utilise les transports en commun, ce qui entravait la participation ou l'observance aux programmes et aux régimes d'autogestion^{15-17,22,39,42}. De plus, des facteurs économiques influaient sur l'accès aux services de santé, comme des rendez-vous avec des spécialistes, des médicaments et des appareils^{22,23,47}. L'emploi et des conditions de travail précaires, comme le travail par postes, des heures de travail inflexibles et l'impossibilité de prendre congé, étaient des obstacles à la gestion du diabète^{15,28,39,47}. Enfin, on a constaté une association significative entre un faible taux de scolarité au sein du ménage et une autosurveillance réduite de son régime alimentaire⁴⁶, et les personnes ayant une faible littératie en matière de santé percevaient un risque moins grand¹⁷.

SEXE

Des différences entre les sexes, notamment en ce qui concerne le soutien social, ont également été mentionnées. Si le soutien familial est décrit comme un catalyseur dans de nombreuses études, des femmes ont estimé que la famille constituait un obstacle en raison de leurs responsabilités ménagères et de leur rôle de soignantes^{15,18}. Des femmes ont également mentionné que faire de l'exercice seules soulevait des inquiétudes pour leur sécurité¹⁶, notamment en plein air ou en soirée³⁸, et elles ont dit avoir fait l'objet de harcèlement et de mauvais traitements¹⁶. Parmi les autres obstacles, mentionnons le fait que les membres de la famille et les partenaires des femmes s'attendaient à ce qu'elles restent à la maison¹⁶, n'aillent pas au gymnase¹⁵ et évitent de porter des vêtements de sport de style occidental^{15,16}.

CADRE BÂTI

Ce ne sont pas seulement les femmes qui ont exprimé des préoccupations en matière de sécurité liées au cadre bâti. L'accès à des quartiers et à des espaces verts sûrs où l'on peut se promener à pied représentait un catalyseur important de l'activité physique pour de nombreux participants^{18,22}, et l'absence de tels espaces était considérée comme un obstacle.

CULTURE ET LANGUE

Un autre facteur clé réside dans l'éducation et les programmes adaptés à la culture afin d'améliorer le soutien à la gestion et à la prévention du diabète, en particulier en ce qui concerne l'alimentation. Les participants d'origine non européenne ont souvent fait état de difficultés à adopter ou à respecter des

plans alimentaires, car ce que leur recommandaient les fournisseurs et les programmes ne comprenait pas d'aliments, d'ingrédients ou de techniques de préparation traditionnels ou n'en tenait pas compte^{15,22,50}.

Limites

Dans l'ensemble, la qualité des études incluses allait de « modérée » à « grande », à l'exception d'une synthèse qui a été jugée « faible ». L'une des principales limites décrites dans de nombreuses études est la taille réduite de l'échantillon. Des problèmes de recrutement ou de maintien des participants ont donné lieu à des échantillons de taille réduite, ce qui a eu une incidence sur la possibilité de généraliser les résultats. En outre, les réponses des participants qui ont été perdus de vue ou qui ont refusé de participer n'ont pas été enregistrées. Il est possible que ces participants aient eu des attitudes plus négatives à l'égard des programmes ou de la gestion ou qu'ils aient rencontré davantage d'obstacles et que les résultats sous-représentent donc cette population. De même, les personnes qui ont accepté de participer peuvent être plus motivées à modifier leur comportement, ce qui entraîne une surreprésentation de cette population. Le biais de désirabilité sociale s'est peut-être également répercuté sur les résultats, certaines études mentionnant l'exposition des personnes chargées de la collecte des données aux participants. Certaines études ont évoqué le fait que l'échantillonnage effectué à un seul site ou à un nombre limité de sites avait une incidence sur la possibilité de généraliser les résultats, ainsi que l'homogénéité des populations étudiées, car de nombreux participants étaient âgés et de race blanche. L'exclusion de participants non anglophones de certaines études aurait également pu nuire à la possibilité de généraliser les résultats et causer un biais de sélection. Enfin, la plupart des études n'ont utilisé que des méthodes qualitatives, notamment des groupes de discussion et des entretiens non directifs, pour la collecte des données. De ce fait, les résultats sont subjectifs et ont peut-être fait l'objet d'un biais d'autosélection.

Pour interpréter correctement les résultats, il faut également tenir compte des limites du résumé de preuves pertinentes lui-même. Les articles portant sur des patients présentant des comorbidités telles que le syndrome métabolique, l'obésité et les maladies cardiaques ont été exclus. Étant donné que de nombreux patients atteints de DT2 présentent ces affections, l'exclusion de ces populations a réduit la taille de l'échantillon et a peut-être entraîné l'omission d'indications précieuses sur les obstacles à la gestion du diabète et ses catalyseurs liés à l'état de santé. Des études sur les programmes et la gestion du diabète numériques, virtuels et utilisant des applications ont également été exclues. Les interventions de télésanté peuvent atténuer certaines des difficultés liées à l'emploi du temps et à l'accessibilité des programmes en présentiel. De plus, les programmes de télésanté, la télémédecine et l'intégration d'éléments numériques ou utilisant des applications dans les programmes traditionnels gagnent en popularité, en partie en raison de la numérisation accrue suite à la pandémie de COVID. Ainsi, les obstacles liés au temps et à l'accessibilité qui ont été considérés comme étant majeurs dans la documentation sont peut-être surreprésentés, et des données sur la littératie technologique auraient pu avoir été omises; cela mérite des études plus approfondies.

Analyse et conclusions

Le présent résumé de preuves pertinentes résume la documentation sur les catalyseurs de la participation ou de l'observance aux programmes sur le diabète ou à l'autogestion du diabète et sur les obstacles selon la perspective des participants. Une variété de catalyseurs et d'obstacles aux niveaux individuel, communautaire et systémique pour la population en général ont été relevés selon une grille socioécologique.

La plupart des catalyseurs étaient de niveau individuel et communautaire. Les améliorations observées sur le plan de la santé comprenant une baisse de la glycémie^{16,18,19,24,46}, une motivation intrinsèque à améliorer ses résultats en matière de santé ou à éviter les effets néfastes^{16,18,19,24,46} et une compréhension approfondie des facteurs de risque et de protection liés au DT2^{19,37,41,43,45,50} représentaient des catalyseurs clés au niveau individuel. Au niveau communautaire, l'accès à des ressources dans l'environnement physique et le soutien social représentaient les deux éléments les plus importants. L'accès à des aliments sains et abordables dans les épiceries locales²⁵, à des lieux sûrs pour faire de l'exercice et à des quartiers propices aux promenades à pied^{18,22} constituaient d'importants catalyseurs de changements visant à adopter un mode de vie sain. Les amis et les membres de la famille aidaient les participants à se responsabiliser en les rappelant à prendre leurs médicaments²³, en pratiquant des activités physiques avec eux^{18,38,53} ou en achetant ou préparant des aliments sains^{23,35,39,53}. Les participants étaient également motivés lorsqu'ils recevaient des mots d'encouragement ou des félicitations de leurs pairs, et lorsque ceux-ci soulignaient leurs progrès^{16,18,24,26,32,33,36,40,43,47,53}.

Si de nombreux catalyseurs ont été décrits, un nombre encore plus important d'obstacles a été relevé. Sur le plan individuel, le manque de temps et l'état de santé constituaient les principaux obstacles. Selon de nombreuses études, les participants n'avaient pas assez de temps pour entreprendre ou maintenir la gestion de leur diabète en raison de leurs obligations professionnelles ou familiales, lesquelles étaient prioritaires. Concilier les responsabilités professionnelles et domestiques, y compris le travail par postes, les conflits d'horaires, les soins et les tâches ménagères, tout en se rendant ou en participant aux séances du programme, en pratiquant une activité physique ou en achetant et en préparant des repas sains au quotidien, représentait un défi permanent^{15-20,23-25,27,29,37,39,40,42,45,47,49,50,53}. En outre, composer avec les symptômes liés au diabète et aux comorbidités, ainsi qu'avec les rendez-vous médicaux et les exigences de gestion qui en découlent, faisait en sorte qu'il était difficile d'accorder la priorité au changement de son mode de vie^{16,19,23,25,27-30,37,38,42,44,46,49,53}. À l'inverse, se sentir suffisamment en santé était aussi un obstacle, car les participants croyaient qu'il n'était pas nécessaire de suivre des programmes sur le diabète ou de modifier leur mode de vie^{19,20,29}. Ce paradoxe pourrait peut-être éclairer l'élaboration de programmes et de stratégies d'inscription adaptés, et de recommandations quant à la modification du mode de vie que pourraient donner les fournisseurs. Le Questionnaire canadien sur le risque de diabète (CANRISK) est un outil conçu pour déterminer le risque que court un patient (faible, modéré, élevé) de contracter le prédiabète ou le DT2⁵⁴. Il a été créé au départ pour les populations adultes de plus de 40 ans, mais une version modifiée a été élaborée pour les adultes de 39 ans ou moins⁵⁵. Au Canada, cet outil s'est montré efficace pour évaluer le risque de diabète dans des populations multiethniques et autochtones^{56,57}. Grâce à cet outil, des initiatives de dépistage pourraient être mises en œuvre pour déterminer le profil de risque de chaque patient, puis, en fonction du degré de risque, l'orienter vers la stratégie ou le programme d'intervention, de prévention ou de traitement approprié. De même, des recommandations et des messages adaptés et axés sur la personne, de la part des fournisseurs de soins de santé et des bureaux de santé publique, peuvent être ciblés afin de mieux répondre aux besoins particuliers des différentes populations atteintes de DT2. Ainsi, les programmes pourraient s'écarter d'une approche universelle et éviter de rompre la continuité des soins pour les patients à tous les stades du DT2.

La plupart des obstacles signalés concernaient des problèmes d'ordre communautaire et systémique. Surtout, l'instabilité économique et le coût nuisaient à l'accès aux ressources, y compris à des lieux sûrs pour faire de l'exercice^{16,17,23,47}, ainsi qu'à des aliments sains abordables^{15,18,22,23,25,39,42,47}, à un moyen de transport^{15-17,19,22,23,27,29,34,39,42} et aux services de santé^{17,22,23,28,47}. Ces problèmes sont encore aggravés si l'on tient compte des inégalités sur le plan des DSS (p. ex., quant au revenu, à la scolarité, au logement,

etc.), car il est bien établi que les populations marginalisées, y compris les populations à faible revenu, sont atteintes de maladies chroniques de manière disproportionnée⁵⁸.

L'abondance des obstacles à tous les niveaux, contrairement aux catalyseurs communautaires et systémiques, témoigne de l'absence d'approches à grande échelle des soins du diabète qui soient fondées sur la population⁵⁹. Bien que des facteurs individuels jouent un rôle important dans la gestion du diabète, les interventions et les stratégies en amont peuvent avoir plus d'impact, car elles s'attaquent aux facteurs sociaux et économiques qui sont les causes profondes de l'incidence et de la prévalence de la maladie⁶⁰.

Les résultats du présent résumé de preuves pertinentes indiquent que les interventions contre le diabète doivent s'appuyer sur une approche fondée sur l'équité au niveau communautaire et systémique afin de susciter des changements. L'une des façons d'y parvenir au niveau des politiques locales consiste à modifier l'architecture du choix (les facteurs micro-environnementaux qui orientent ou influencent inconsciemment la prise de décisions⁶¹) afin de faciliter l'accès à des aliments sains et à des possibilités d'activité physique. Par exemple, il a été démontré que modifier le cadre bâti pour privilégier le transport actif favorise l'activité physique chez les enfants et les adultes, y compris dans les populations à faible revenu^{62,63}.

Pour de plus amples renseignements sur la relation entre la prévalence du DT2 et le cadre bâti, veuillez consulter le résumé de preuves pertinentes [*The Impact of Environmental Features on Diabetes Prevention*](#).

Il est également recommandé de mettre en place des initiatives de bien-être sur le lieu de travail⁶⁴ et de publier des messages dans les médias sociaux⁶⁵ afin de mieux faire connaître les stratégies de prévention et de gestion du diabète et de favoriser la participation. En outre, les stratégies de prévention telles que le dépistage ciblé au sein des populations qui affichent des taux de diabète disproportionnés peuvent contribuer au dépistage précoce du DT2 ou du prédiabète, ce qui permet de réduire l'incidence de la maladie et de ses complications⁶². Des programmes adaptés à la culture, y compris, sans s'y limiter, l'utilisation d'aliments culturellement appropriés dans le cadre des soins et de la prévention du diabète, ainsi que l'accès à des ressources et à des services de santé dans diverses langues, peuvent également se révéler efficaces pour améliorer la participation des populations non européennes ou non occidentales et les résultats obtenus^{66,67}.

Les constatations du présent résumé montrent qu'il existe une foule de facteurs de protection et de risque dont il faut tenir compte quand on étudie la participation et l'observance à la gestion et à la prévention du diabète. Bien que les solutions universelles telles que les programmes de grande envergure sur le diabète et des recommandations génériques ne soient peut-être pas aussi efficaces au niveau individuel, des solutions au niveau de la population sont indispensables pour susciter des changements. Compte tenu particulièrement du vieillissement de la population canadienne et de la hausse du nombre de nouveaux cas en raison de la COVID^{68,69}, le diabète reste un grave problème de santé publique et il est donc primordial de continuer à rechercher des solutions pouvant être mises en œuvre à l'échelle de la population.

Bibliographie

1. Khan, M. A. B., M. J. Hashim, J. K. King, R. D. Govender, H. Mustafa et J. Al Kaabi. « Epidemiology of type 2 diabetes - global burden of disease and forecasted trends », *J Epidemiol Glob Health*, 2020, vol. 10, n° 1, p. 107-111. Disponible à : <https://doi.org/10.2991/jegh.k.191028.001>
2. Ong, K. L., L. K. Stafford, S. A. McLaughlin, E. J. Boyko, S. E. Vollset, A. E. Smith et coll. « Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021 », *Lancet*, 2023, vol. 402, n° 10397, p. 203-234. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01301-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01301-6)
3. Rathmann, W., O. Kuss, et K. Kostev. « Incidence of newly diagnosed diabetes after Covid-19 », *Diabetologia*, 2022, vol. 65, n° 6, p. 949-954. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s00125-022-05670-0>
4. Diabète Canada. *Diabetes in Ontario: 2022 backgrounder* [Internet], Toronto (Ontario), Diabète Canada, 2022 [cité le 2023 Oct 3]. Disponible à : https://www.diabetes.ca/DiabetesCanadaWebsite/media/Advocacy-and-Policy/Backgrounder/2022_Backgrounder_Ontario_English_1.pdf
5. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Diabète* [Internet], Genève, OMS, 2023 [cité le 6 juin 2023]. Disponible à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
6. Anja, B., et R. Laura. « The cost of diabetes in Canada over 10 years: applying attributable health care costs to a diabetes incidence prediction model », *Health Promot Chronic Dis Prev Can*, 2017, vol. 37, n° 2, p. 49-53. Disponible à : <https://doi.org/10.24095/hpcdp.37.2.03>
7. Diabète Canada. *2023 pre-budget submission: submitted to the Standing Committee on Finance and Economic Affairs consultation on the 2023 Ontario budget* [Internet], Toronto (Ontario), Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023 [cité le 24 juill. 2023]. Disponible à : <https://www.diabetes.ca/DiabetesCanadaWebsite/media/Advocacy-and-Policy/Submissions%20to%20Government/Provincial/2023-Diabetes-Canada-Prebudget-Submission-Ontario.pdf>
8. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Diabetes risk factors* [Internet], Atlanta (Géorgie), CDC, 2022 [cité le 24 juill. 2023]. Disponible à : <https://www.cdc.gov/diabetes/basics/risk-factors.html>
9. Ontario. Ministère de la Santé. *Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète* [Internet], Toronto (Ontario), Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023 [mise à jour en nov. 2012; cité le 24 juill. 2023]. Disponible à : <https://news.ontario.ca/fr/backgrounder/105259/strategie-ontarienne-de-lutte-contre-le-diabete>
10. Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète* [Internet], Toronto (Ontario), Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023 [mis à jour en nov. 2012; cité le 24 juill. 2023]. Disponible à : <https://www.auditor.on.ca/fr/content-fr/annualreports/arreports/fr12/303fr12.pdf>
11. Hillmer, M., G. A. Sandoval, J. A. Elliott, M. Jain, T. Barker, A. Prisniak et coll. « Diabetes risk reduction in primary care: evaluation of the Ontario Primary Care Diabetes Prevention Program », *Can J Public Health*, 2017, vol. 108, n° 2, p. e176-e184. Disponible à : <https://doi.org/10.17269/cjph.108.5287>
12. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). *CASP qualitative checklist* [Internet], Oxford (R.-U.), CASP, 2018 [cité le 24 juill. 2023]. Disponible à : <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
13. Effective Public Health Panacea Project (EPHPP). *Quality assessment tool for quantitative studies* [Internet], Hamilton (Ontario), EPHPP, 1998 [cité le 24 juill. 2023]. Disponible à : http://www.ephpp.ca/PDF/Quality%20Assessment%20Tool_2010_2.pdf

14. Peterson, J., V. Welch, M. Losos et P. Tugwell. *The Newcastle-Ottawa scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses*, Ottawa (Ontario), Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa, 2011. Disponible à : https://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp
15. Breuing, J., D. Pieper, A. L. Neuhaus, S. Heß, L. Lütke-meier, F. Haas et coll. « Barriers and facilitating factors in the prevention of diabetes type 2 and gestational diabetes in vulnerable groups: a scoping review », *PLoS One*, 2020, vol. 15, n° 5, e0232250. Disponible à : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232250>
16. Vilafranca Cartagena, M., G. Tort-Nasarre, et E. Rubinat Arnaldo. « Barriers and facilitators for physical activity in adults with type 2 diabetes mellitus: a scoping review », *Int J Environ Res Public Health*, 2021, vol. 18, n° 10, p. 5359. Disponible à : <https://doi.org/10.3390/ijerph18105359>
17. Zare, H., P. Delgado, M. Spencer, R. J. Thorpe, L. Thomas, D. J. Gaskin et coll. « Using community health workers to address barriers to participation and retention in diabetes prevention program: a concept paper », *J Prim Care Community Health*, 2022, vol. 13, 21501319221134563. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/21501319221134563>
18. Skoglund, G., B. B. Nilsson, C. F. Olsen, A. Bergland et G. Hilde. « Facilitators and barriers for lifestyle change in people with prediabetes: a meta-synthesis of qualitative studies », *BMC Public Health*, 2022, vol. 22, n° 1, p. 553. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12885-8>
19. Allen, J. O., J. B. Concha, M. J. Mejía Ruiz, A. Rapp, J. Montgomery, J. Smith et coll. « Engaging underserved community members in diabetes self-management: evidence from the YMCA of Greater Richmond Diabetes Control Program », *Diabetes Educ*, 2020, vol. 46, n° 2, p. 169-180. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/0145721720907059>
20. Allory, E., H. Lucas, A. Maury, R. Garlantezec, C. Kendir, A. Chapron et coll. « Perspectives of deprived patients on diabetes self-management programmes delivered by the local primary care team: a qualitative study on facilitators and barriers for participation, in France », *BMC Health Serv Res*, 2020, vol. 20, n° 1, p. 855. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05715-3>
21. Azzi, J. L., S. Azzi, M. Lavigne-Robichaud, A. Vermeer, T. Barresi, S. Blaine et coll. « Participant evaluation of a prediabetes intervention program designed for rural adults », *Can J Dietetic Pract Res*, 2019, vol. 81, n° 2, p. 80-85. Disponible à : <https://doi.org/10.3148/cjdpr-2019-033>
22. Banasiak, K., J. Hux, C. Lavergne, J. Luk, P. Sohal et B. Paty. « Facilitating barriers: contextual factors and self-management of type 2 diabetes in urban settings », *Health Place*, 2020, vol. 61, 102267. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.102267>
23. Banerjee, E. S., S. E. Hansen, N. Burgess, K. Shaak, M. Johnson et A. Kieber-Emmons. « Qualitative exploration of geospatially identified bright spots and priority areas to improve diabetes management », *J Prim Care Community Health*, 2022, vol. 13, 21501319221126281. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/21501319221126281>
24. Begum, S., R. Povey, N. Ellis, C. Gidlow et P. Chadwick. « Influences of decisions to attend a national diabetes prevention programme from people living in a socioeconomically deprived area », *Diabetic Med*, 2022, vol. 39, n° 7, p. e14804. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/dme.14804>
25. Berkowitz, S. A., N. N. Shahid, J. Terranova, B. Steiner, M. P. Ruazol, R. Singh et coll. « “I was able to eat what I am supposed to eat”-- patient reflections on a medically-tailored meal intervention: a qualitative analysis », *BMC Endocr Disord*, 2020, vol. 20, n° 1, p. 10. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s12902-020-0491-z>
26. Borek, A. J., C. Abraham, C. J. Greaves, M. Tarrant, N. Garner et M. Pascale. « 'We're all in the same boat': A qualitative study on how groups work in a diabetes prevention and management

- programme », *Br J Health Psychol*, 2019, vol. 24, n° 4, p. 787-805. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/bjhp.12379>
27. Chang, W., M. Oo, A. Rojas et A. J. Damian. « Patients' perspectives on the feasibility, acceptability, and impact of a community health worker program: a qualitative study », *Health Equity*, 2021, vol. 5, n° 1, p. 160-168. Disponible à : <https://doi.org/10.1089/heq.2020.0159>
 28. Chepulis, L., B. Morison, S. Cassim, K. Norman, R. Keenan, R. Paul et coll. « Barriers to diabetes self-management in a subset of New Zealand adults with type 2 diabetes and poor glycaemic control », *J Diabetes Res*, 2021, vol. 2021, 5531146. Disponible à : <https://doi.org/10.1155/2021/5531146>
 29. Coningsby, I., B. Ainsworth, et C. Dack. « A qualitative study exploring the barriers to attending structured education programmes among adults with type 2 diabetes », *BMC Health Serv Res*, 2022, vol. 22, n° 1, p. 584. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07980-w>
 30. Ersin, F., D. Tülüce et F. Enzin. « Examination of exercise benefit/barrier perceptions of individuals with diabetes and affecting factors », *Afr Health Sci*, 2022, vol. 22, n° 3, p. 275-285. Disponible à : <https://doi.org/10.4314/ahs.v22i3.29>
 31. Grabowski, D., et T. H. Andersen. « Barriers to intra-familial prevention of type 2 diabetes: a qualitative study on horizons of significance and social imaginaries », *Chronic Illn*, 2018, vol. 16, n° 2, p. 119-130. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/1742395318789464>
 32. Groß, I., M. Mayhew, A. Firemark et S. L. Fitzpatrick. « Participants' perspectives on perceived usefulness of digital and in-person diabetes prevention programs: a qualitative study to inform decisions related to program participation », *Obes*, 2022, vol. 8, n° 2, p. 176-184. Disponible à : <https://doi.org/10.1002/osp4.562>
 33. Gucciardi, E., A. Richardson, S. Aresta, G. Karam, S. Sidani, H. Beanlands et coll. « Storytelling to support disease self-management by adults with type 2 diabetes », *Can J Diabetes*, 2019, vol. 43, n° 4, p. 271-277.e1. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2018.06.004>
 34. Hawkes, R. E., E. Cameron, S. Cotterill, P. Bower et D. P. French. « The NHS Diabetes Prevention Programme: an observational study of service delivery and patient experience », *BMC Health Serv Res*, 2020, vol. 20, n° 1, p. 1098. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05951-7>
 35. Moses, M., et N. L. Olenik. « Perceived impact of caregiver's participation in diabetes education classes on implementation of self-care behaviors », *J Am Pharm Assoc*, 2019, vol. 59, n° 4 (supplément), p. S47-S51.e1. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.japh.2019.05.014>
 36. Ray, S., J. Lokken, C. Whyte, A. Baumann et M. Oldani. « The impact of a pharmacist-driven, collaborative practice on diabetes management in an urban underserved population: a mixed method assessment », *J Interprof Care*, 2020, vol. 34, n° 1, p. 27-35. Disponible à : <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1633289>
 37. Realmuto, L., A. Kamler, L. Weiss, T. L. Gary-Webb, M. E. Hodge, J. A. Pagán et coll. « Power up for health—participants' perspectives on an adaptation of the National Diabetes Prevention Program to engage men », *Am J Men's Health*, 2018, vol. 12, n° 4, p. 981-988. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/1557988318758786>
 38. Reynolds, A. N., I. Moodie, B. Venn et J. Mann. « How do we support walking prescriptions for type 2 diabetes management? Facilitators and barriers following a 3-month prescription », *J Prim Health Care*, 2020, vol. 12, n° 2, p. 173-180. Disponible à : <https://doi.org/10.1071/HC20023>
 39. Saju, R., Y. Castellon-Lopez, N. Turk, T. Moin, C. M. Mangione, K. C. Norris et coll. « Differences in weight loss by race and ethnicity in the PRIDE trial: a qualitative analysis of participant perspectives », *J Gen Intern Med*, 2022, vol. 37, n° 14, p. 3715-3722. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07521-5>

40. Shawley-Brzoska, S., et R. Misra. « Perceived benefits and barriers of a community-based diabetes prevention and management program », *J Clin Med*, 2018, vol. 7, n° 3. Disponible à : <https://doi.org/10.3390/jcm7030058>
41. Signore, A. K., M. E. Jung, B. Semenchuk, S. M. Kullman, O. Tefft, S. Webber et coll. « A pilot and feasibility study of a randomized clinical trial testing a self-compassion intervention aimed to increase physical activity behaviour among people with prediabetes », *Pilot Feasibility Stud*, 2022, vol. 8, n° 1, p. 111. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s40814-022-01072-6>
42. Stotz, S. A., K. A. Ricks, S. A. Eisenstat, D. J. Wexler et S. A. Berkowitz. « Opportunities for interventions that address socioeconomic barriers to type 2 diabetes management: patient perspectives », *Sci Diabetes Self-Manag Care*, 2021, vol. 47, n° 2, p. 153-163. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/0145721721996291>
43. Syrjälä, M. B., E. Fharm, P. C. Dempsey, M. Nordendahl et P. Wennberg. « Reducing occupational sitting time in adults with type 2 diabetes: qualitative experiences of an office-adapted mHealth intervention », *Diabetic Med*, 2021, vol. 38, n° 6, e14514. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/dme.14514>
44. Vluggen, S., C. Hoving, N. C. Schaper et H. de Vries. « Exploring beliefs on diabetes treatment adherence among Dutch type 2 diabetes patients and healthcare providers », *Patient Educ Counsel*, 2018, vol. 101, n° 1, p. 92-98. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.07.009>
45. Walker, K. C., L. S. Valentiner, et H. Langberg. « Motivational factors for initiating, implementing, and maintaining physical activity behavior following a rehabilitation program for patients with type 2 diabetes: a longitudinal, qualitative, interview study », *Patient Prefer Adherence*, 2018, vol. 12, p. 145-152. Disponible à : <https://doi.org/10.2147/ppa.s150008>
46. Whitehead, L., C. C. Glass, S. L. Abel, K. Sharp et K. J. Coppell. « Exploring the role of goal setting in weight loss for adults recently diagnosed with pre-diabetes », *BMC Nurs*, 2020, vol. 19, n° 1, p. 67. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00462-6>
47. Levy, N. K., A. Park, D. Solis, L. Hu, A. T. Langford, B. Wang et coll. « Social determinants of health and diabetes-related distress in patients with insulin-dependent type 2 diabetes: cross-sectional, mixed methods approach », *JMIR Form Res*, 2022, vol. 6, n° 10, e40164. Disponible à : <https://doi.org/10.2196/40164>
48. Shawley-Brzoska, S. *Examining participant perceptions of benefits, barriers and social support in a diabetes lifestyle program*, Mogantown (Virginie-Occidentale), West Virginia University, 2018.
49. Aziz, Z., M. A. Riddell, P. Absetz, M. Brand et B. Oldenburg, Australasian Peers for Progress Diabetes Project Investigators. « Peer support to improve diabetes care: an implementation evaluation of the Australasian Peers for Progress Diabetes Program », *BMC Public Health*, 2018, vol. 18, n° 1, p. 262. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5148-8>
50. Ee, C., B. de Courten, N. Avard, M. de Manincor, M. A. Al-Dabbas, J. Hao et coll. « Shared medical appointments and mindfulness for type 2 diabetes—a mixed-methods feasibility study », *Front Endocrinol*, 2020, vol. 11, 570777. Disponible à : <https://doi.org/10.3389/fendo.2020.570777>
51. Golden, T. L., et M. L. Wendel. « Public health's next step in advancing equity: re-evaluating epistemological assumptions to move social determinants from theory to practice », *Front Public Health*, 2020, vol. 8. Disponible à : <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00131>
52. Campbell, J. A., et L. E. Egede. « Individual-, community-, and health system-level barriers to optimal type 2 diabetes care for inner-city African Americans: an integrative review and model development », *Diabetes Educ*, 2019, vol. 46, n° 1, p. 11-27. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/0145721719889338>
53. Shawley-Brzoska, S. « Perceived benefits and barriers of a community-based diabetes prevention and management program », *J Clin Med*, 2018, vol. 7, n° 3, p. 58. Disponible à : <https://doi.org/10.3390/jcm7030058>

54. Association des pharmaciens du Canada. *CANRISK tools* [Internet], Toronto (Ontario), Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023 [cité le 24 juill. 2023]. Disponible à : <https://www.pharmacists.ca/advocacy/practice-development-resources/canrisk-tools/>
55. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *Diabète de type 2—CANRISK* [Internet], Ottawa (Ontario), Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023 [cité le 24 juill. 2023]. Disponible à : <https://canadiantaskforce.ca/tools-resources/diabete-de-type-2/diabete-de-type-2-canrisk/?lang=fr>
56. Robinson, C. A., G. Agarwal, et K. Nerenberg. « Validating the CANRISK prognostic model for assessing diabetes risk in Canada's multi-ethnic population », *Chronic Dis Inj Can*, 2011, vol. 32, n° 1, p. 19-31. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/hpcdp-pspmc/32-1/assets/pdf/vol32n1-ar04-eng.pdf>
57. Agarwal, G., Y. Jiang, Rogers Van Katwyk, S., C. Lemieux, H. Orpana, Y. Mao et coll. « Effectiveness of the CANRISK tool in the identification of dysglycemia in First Nations and Métis in Canada », *Health Promot Chronic Dis Prev Can*, 2018, vol. 38, n° 2, p. 55-63. Disponible à : <https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.2.02>
58. Action Cancer Ontario; Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *The Burden of Chronic Diseases in Ontario* [Internet], Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2019 [cité le 24 juill. 2023]. Disponible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/C/2019/cdburden-report.pdf?rev=fbf6ca2fc4534442adee001f92cb4fcf&sc_lang=en
59. Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Diabetes: strategies for prevention* [Internet], Toronto (Ontario), Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023 [mis à jour en mars 2023; cité le 24 juill. 2023]. Disponible à : <https://health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/diabetes/diabetes.aspx>
60. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS). *Se diriger vers l'amont : Parlons-en*, Antigonish (Nouvelle-Écosse), CCNDS, 2023. Disponible à : https://nccdh.ca/images/uploads/Se_diriger_vers_lamont_finale_fr1.pdf
61. Landais, L. L., O. C. Damman, L. J. Schoonmade, D. R. M. Timmermans, E. A. L. M. Verhagen et J. G. M. Jelsma. « Choice architecture interventions to change physical activity and sedentary behavior: a systematic review of effects on intention, behavior and health outcomes during and after intervention », *Int J Behav Nutr Phys Act*, 2020, vol. 17, n° 1, p. 47. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00942-7>
62. Christie, C. D., A. Consoli, P. E. Ronksley, J. E. Vena, C. M. Friedenreich et G. R. McCormack. « Associations between the built environment and physical activity among adults with low socio-economic status in Canada: a systematic review », *Can J Public Health*, 2021, vol. 112, n° 1, p. 152-165. Disponible à : <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00364-9>
63. Smith, M., J. Hosking, A. Woodward, K. Witten, A. MacMillan, A. Field et coll. « Systematic literature review of built environment effects on physical activity and active transport – an update and new findings on health equity », *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2017, vol. 14, n° 1, p. 158. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0613-9>
64. Diabète Canada. *Reducing the risk of type 2 diabetes through workplace programs* [Internet], Toronto (Ontario), Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023 [cité le 24 juill. 2023]. Disponible à : <https://www.diabetes.ca/advocacy---policies/our-policy-positions/reducing-the-risk-of-type-2-diabetes-through-workplace-programs>
65. Moulaei, K., Z. Dinari, F. Dinari, Y. Jahani et K. Bahaadinbeigy. « The role of social networks in diabetes self-care: a cross-sectional study », *Health Sci Rep*, 2022, vol. 5, n° 3, p. e601. Disponible à : <https://doi.org/10.1002/hsr2.601>

66. Scarton, L., I. Velazquez, L. J. O'Neal, S. Iyerm, T. Cannady, A. Choate et coll. « Developing a culturally tailored multigenerational intervention to prevent and manage type 2 diabetes in American Indian families living in rural settings: findings from a focus group study », *Res Nurs Health*, 2019, vol. 42, n° 3, p. 226-233. Disponible à : <https://doi.org/10.1002/nur.21941>
67. Sidhu, T., H. Lemetyinen, et D. Edge. « 'Diabetes doesn't matter as long as we're keeping traditions alive': a qualitative study exploring the knowledge and awareness of type 2 diabetes and related risk factors amongst the young Punjabi Sikh population in the UK », *Ethn Health*, 2022, vol. 27, n° 4, p. 781-799. Disponible à : <https://doi.org/10.1080/13557858.2020.1827141>
68. Chourasia, P., L. Goyal, D. Kansal, S. Roy et R. Singh. « Risk of new-onset diabetes mellitus as a post-COVID-19 condition and possible mechanisms: a scoping review », 2023, vol. 12, n° 3. Disponible à : <https://doi.org/10.3390/jcm12031159>
69. Naveed, Z., H. A. Velásquez García, S. Wong, J. Wilton, G. McKee, B. Mahmood et coll. « Association of COVID-19 infection with incident diabetes », *JAMA Network Open*, 2023, vol. 6, n° 4, e238866-e. Disponible à : <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.8866>

Modèle proposé pour citer le document

Agence ontarienne pour la protection et la promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Programmes de prévention et de traitement et stratégies d'autogestion du diabète : catalyseurs et obstacles*, Toronto (Ontario), Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023.

Avis de non-responsabilité

Santé publique Ontario (SPO) a conçu le présent document. SPO offre des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux agences de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Les travaux de SPO s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de leur publication.

L'application et l'utilisation du présent document relèvent de la responsabilité des utilisateurs. SPO n'assume aucune responsabilité relativement aux conséquences de l'application ou de l'utilisation du document par quiconque.

Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucun changement ni aucune modification ne peuvent être apportés à ce document sans la permission écrite explicite de Santé publique Ontario.

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est un organisme du gouvernement de l'Ontario voué à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des iniquités en matière de santé. Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.

Pour obtenir plus de renseignements au sujet de SPO, veuillez consulter santepubliqueontario.ca.

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023

Ontario 