Centre hospitalier universitaire vaudois
Département universitaire de médecine
et de santé communautaires

Institut universitaire de médecine
sociale et préventive
Lausanne

ADAPTATION DE RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE DANS LE CADRE DU PROGRAMME CANTONAL DIABÈTE

Projet et Méthode
Liste initiale de recommandations

Jean-Yves Camain, Aline Chappuis,
Isabelle Peytremann Bridevaux, Bernard Burnand

Lausanne, Décembre 2010
Mise à jour, Décembre 2011

Etude financée par : Service de la santé publique, Etat de Vaud, dans le cadre du programme cantonal diabète

Citation suggérée :

Remerciements : Aux membres des groupes de travail

Date d'édition : Actualisé le 17 décembre 2011

TABLE DES MATIERES

1 Introduction 5

2 Plan méthodologique de l'approche ADAPTE 6

3 Processus d'adaptation séquentielle 8

3.1 Réalisation des groupes de recommandations 8

3.2 Réalisation des documents de synthèse 9

3.3 Revue par des experts externes indépendants 9

3.4 Test de mise en œuvre 9

3.5 Coordination du développement des RPC avec le développement d'indicateurs de la prise en charge du diabète 10

3.6 Implémentation des groupes de recommandations 10

3.7 Finalisation d'un document de synthèse de l'ensemble 10

3.8 Implémentation et suivi 10

3.9 Mises à jour 10

4 Processus de travail 11

4.1 Formation du groupe de travail 11

4.2 Recherche des RPC sources 11

4.3 Evaluation et sélection des RPC sources 12

4.4 Ebauche d'architecture de la recommandation, de méthodologie, d'implémentation et de mise à jour 12

4.5 Réunion initiale du groupe de travail 13

4.5.1 Présentation des RPC 13

4.5.2 Le processus d'adaptation et comment nous allons l'utiliser . 13

4.5.3 Partialité du groupe de travail, conflits d'intérêts potentiels .. 13

4.5.4 Validation / aménagements du processus de sélection des RPC sources 13

4.5.5 Définition des cibles,points d'intérêt, priorités 13

4.5.6 Modalités de travail, buts et processus 14

4.5.7 Plan et possibilités de mise en œuvre 14

4.6 Réunions ultérieures du GT 14

4.6.1 Présentation et discussion des recommandations préparées . 14
4.6.2 Correction/validation de la méthodologie 14
4.6.3 Adoption par le GT..... 15
4.6.4 Nouvelle priorisation et choix des prochains groupes de recommandations à réaliser 15
4.7 Réalisation des documents à diffuser 15
5 Financement du projet 16
5.1 Origine des Fonds 16
5.2 Financement couverts 16
5.3 Financements non couverts..... 16
Annexes
Annexe 1 : Déclaration de conflit d'intérêts 17
Annexe 2 : Grille AGREE II..... 20
Annexe 3 : RPC sources retenues pour la liste principale de travail 21
Annexe 4 : Tableaux SIGN du niveau de preuve des publications et de grade des recommandations..... 22
Annexe 5 : Questions pour le groupe de travail 23
Annexe 6 : Groupes de recommandations et plans proposés 25
Annexe 7 : Exemples d'outils ou documents d'implémentation 29
Annexe 8 : Groupes de recommandations des RPC Liste destinée à établir des priorités.....33
Annexe 9 : Priorités : Résultats de la procédure de vote des membres du groupe de travail.....35
Annexe 10 : Document de synthèse des groupes de recommandations.....38

1 INTRODUCTION

Ce document présente succinctement les différentes étapes de la réalisation de Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) concernant le diabète pour le canton de Vaud.

Dans le cadre du programme cantonal diabète (http://www.vd.ch/fr/themes/sante-social/services-de-soins/diabete/programme-cantonal) , le service cantonal de la santé publique a décidé de mandater l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUMSP), ainsi qu'un groupe de travail multidisciplinaire, pour la réalisation de recommandations pour la pratique clinique, concernant le diabète, adaptées pour la pratique dans le canton.

Disposer de preuves solides de l'efficacité des interventions proposées, par exemple sous la forme de recommandations pour la pratique clinique (RPC), est un élément clé des programmes de prévention et de prise en charge des maladies chroniques. La nécessité de ces RPC est également liée à la diversité observée des pratiques de soins en Suisse romande (1) et par extension au sein du canton de Vaud.

Les RPC doivent être fondées sur les meilleures preuves scientifiques actualisées de l'efficacité et de l'économicité des interventions de soin. Développer et maintenir à jour des RPC de bonne qualité demande donc des ressources considérables. C'est pourquoi il a été proposé d'adapter des RPC existantes à la pratique locale. L'outil ADAPTE (www.adapte.org), issu d'une collaboration internationale, à été choisi pour donner un cadre rigoureux à la préparation des recommandations de pratique.

2 PLAN METHODOLOGIQUE DE L'APPROCHE ADAPTE

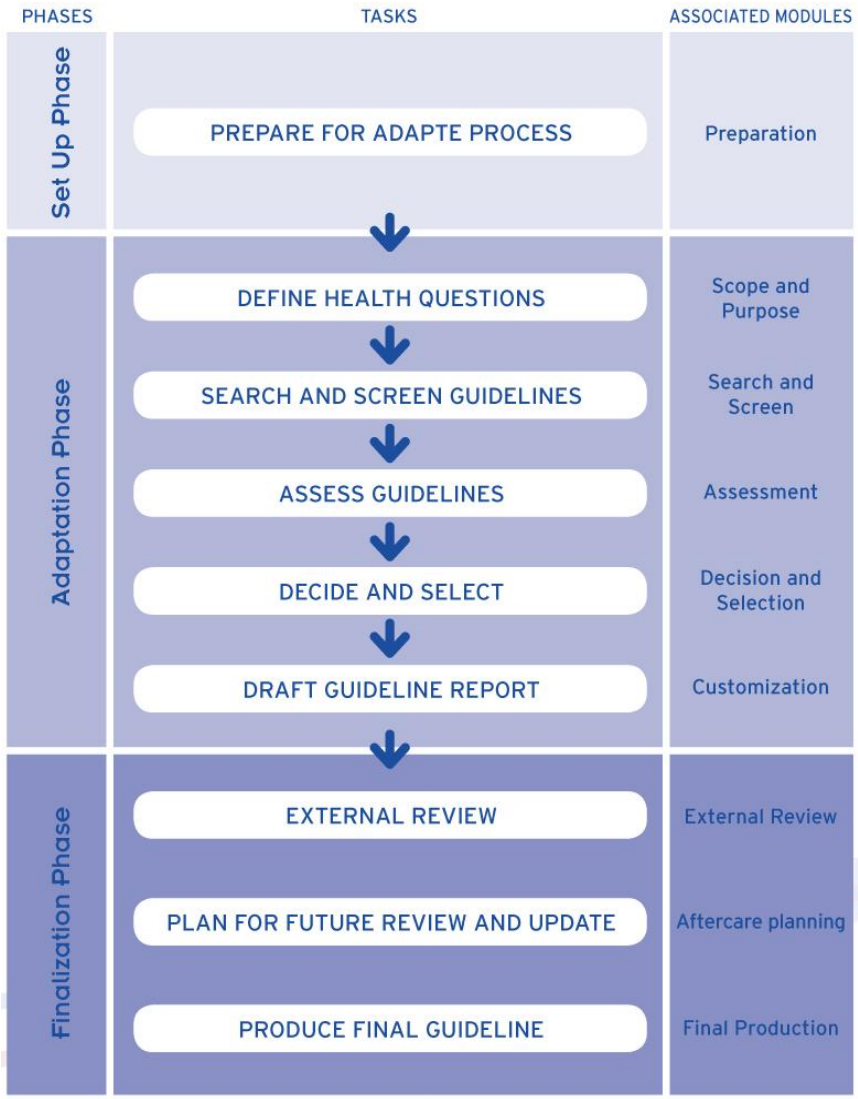
La Collaboration ADAPTE est une collaboration internationale de chercheurs, de développeurs et d'implémenteurs de RPC qui vise à promouvoir le développement et l'utilisation de RPC, par l'adaptation de RPC existantes à un contexte donné. L'IUMSP est impliqué dans cette collaboration.
L'outil ADAPTE, issu de cette collaboration, offre une approche systématique du processus d'adaptation d'une RPC. Cette méthode a été évaluée par des utilisateurs internationaux et montre une bonne acceptabilité ainsi qu'une bonne faisabilité (2).

L'outil ADAPTE est basé sur 3 phases principales contenant chacune plusieurs modules (figure 1) organisé comme suit :

- Une Phase Préparatoire, mettant en place un groupe de travail, ciblant et identifiant les conflits d'intérêts potentiels de ce groupe, choisissant le sujet des RPC à adapter, et décrivant les grandes lignes de ce travail sous la forme d'un protocole
- Une Phase d'Adaptation, elle-même sous-divisée en plusieurs modules :
    - Un module de définition du travail à venir, en terme de contenu, c'est à dire les questions de santé abordées, les cibles et points d'intérêt (populations concernées, interventions d'intérêt, utilisateurs ciblés, améliorations attendues, contexte d'implémentation).
    - Un module de sélection des ressources (RPC existantes) et d'évaluation de la qualité de ces ressources à l'aide de l'outil AGREE II (annexe 2).
    - Un module de transcription sous forme de matrice des recommandations en fonction du groupe de recommandations d'intérêt étudié et l'évaluation de leur qualité
    - Un module de décision et sélection des recommandations à adapter.
    - Une phase de « customisation »/adaptation aux besoins locaux et écriture du document pour le groupe de recommandations à adapter.
- Une Phase de Finalisation, comprenant une revue externe du travail, la planification des mises à jour, la production du document final avec tous ses outils de mise en œuvre, la définition d'une stratégie d'évaluation des répercussions des recommandations dans la pratique clinique, l'implémentation du travail dans le contexte choisi.

Le processus ADAPTE est flexible et les étapes successives pourront être aménagées selon nos besoins spécifiques. Le schéma a été quelque peu modifié pour notre travail, mais les grandes lignes restent les mêmes.

Figure 2 Etapes du processus ADAPTE



3 PROCESSUS D'ADAPTATION SEQUENTIELLE

3.1 REALISATION DES GROUPES DE RECOMMANDATIONS

Un groupe de travail multidisciplinaire a été établi en coordination avec la Direction du programme, qui comprend un ou des représentants des diabétologues, médecins de premier recours, soignants spécialisés dans le diabète et des soins à domicile, pharmaciens. Le groupe comprend des représentants d'institutions et d'organisation de soins, de manière à allier expertise et représentativité. La formation du groupe de travail est détaillée plus loin (4.1).

Les groupes de recommandations (annexe 6), correspondant aux sujets priorisés par le groupe de travail et la direction du programme, sont réalisées par les collaborateurs du projet (ex. les recommandations concernant le « pied diabétique » correspondent à un groupe de recommandations, au moins). Un sous-groupe de travail ou un référent suit l'évolution du processus. Les membres du groupe de travail sont contactés au besoin pour des informations pratiques ou cliniques.

Le groupe de travail (GT), travaille de manière séquentielle :

1) fixation d'objectifs prioritaires et des thèmes à traiter
2) choix et présentation des recommandations sources
3) adaptation des recommandations au contexte local
4) finalisation des recommandations

Les séquences 2) – 4) se répètent pour chaque groupe de recommandations.

Le travail est adapté selon le nombre de recommandations à prévoir pour chaque groupe (ex nombreuses recommandations à prévoir si le groupe choisi est « Questions spécifiques au diabète gestationnel et pré-gestationnel »).

Pour chaque groupe de recommandations, une matrice des recommandations existantes est produite, à partir de la liste des recommandations identifiées et des listes spécifiques, le cas échéant, avec les niveaux de preuve associés.

L'évaluation de la pertinence des références et du niveau et de la qualité des preuves est effectuée pour chaque recommandation extraite. Il faut cependant reconnaître qu'il n'est pas aisé de travailler avec plusieurs RPC utilisant des échelles variées de cotation : (ex classification établie par le Scottish Intercollegiate Guidelines Network – SIGN (annexe 4). Afin d'uniformiser l'évaluation du niveau de preuve, une classification simple à deux niveaux de la force des recommandation a été choisie :

- F : Force élevée des recommandations, basées sur des preuves solides (design, qualité de réalisation), en principe
- M : Force modérée des recommandations, basées sur des preuves méthodologiquement plus faibles et consensus d'expert (C)

.

Cette classification du niveau de recommandation est néanmoins utilisée uniquement pour les recommandations permettant une évaluation claire du niveau de preuves. La méthode d'adaptation de RPC se base sur l'examen et la prise en compte de plusieurs RPC sources utilisant des échelles de niveau de preuves et de force recommandations différentes, d'une part, et présentant des variations quant à l'interprétation des preuves scientifiques, il est souvent difficile de décider du niveau de preuve et de la force des recommandations sans retourner aux études sources, ce que l'envergure et les ressources de ce projet ne permet qu'occasionnellement. En outre, le groupe de travail élargi s'est

prononcé en faveur d'une approche qui revient à ne présenter que des recommandations considérées comme adéquates et pouvant a priori être considérées comme telles par les professionnels et les patients concernés. Néanmoins, une description narrative du niveau de preuve associé à ces recommandations est insérée dans le texte

La pertinence des recommandations et l'applicabilité dans le contexte local est également appréciée dans le processus d'adaptation.

Le GT utilise une méthode informelle de discussion de groupe pour atteindre un consensus ; une méthode formelle de consensus a été envisagée, de type méthode Delphi modifiée (3), mais n'a pas été appliquée, car elle nécessitait des ressources additionnelles.

D'éventuels documents existants adaptés ou réalisés de novo seront adjoints pour l'application sur le terrain ou l'information des patients. Il s'agit d'outils ou de documents d'information permettant une mise en œuvre rapide et supposée efficace des recommandations, dans la pratique clinique de terrain (exemples annexe 7).

3.2 REALISATION DES DOCUMENTS DE SYNTHESE

Un document de synthèse et d'éventuels résumés ou documents d'implémentation a été réalisé pour chaque groupe de recommandation (certains pourront être regroupés ultérieurement par module, par exemple les facteurs de risque cardiovasculaire). Les éléments nécessaires de la méthodologie, et de la stratégie d'implémentation et de mise à jour ont été intégrés au document. Ces documents répondent aux critères de qualité des RPC, tels que décrit dans la grille d'évaluation AGREE II. Les documents obtenus ont été soumis au GT élargi.

3.3 REVUE PAR DES EXPERTS EXTERNES INDEPENDANTS

Cette revue, utile voire indispensable à l'obtention d'un travail de bon niveau, a pour but d'améliorer la qualité, sur le fond et la forme, auprès d'experts reconnus dans le domaine des RPC. Ces experts ne doivent pas faire partie du groupe de travail ou avoir participé à celui-ci. Des experts spécialisés dasn un domaine en lien avec le diabète ont été consultés (par exemple, ophtalmologue).

3.4 TEST DE MISE EN ŒUVRE

Une mise en œuvre ou implémentation partielle auprès d'un échantillon du public cible est destinée à mettre les documents et outils produits à l'épreuve de la clinique de terrain, afin de cibler ses éventuels défauts. Elle est optionnelle mais peut être intéressante pour quelques RPC, notamment au début du processus, afin de tirer des enseignements pour les séquences suivantes.

3.5 COORDINATION DU DEVELOPPEMENT DES RPC AVEC LE DEVELOPPEMENT D'INDICATEURS DE LA PRISE EN CHARGE DU DIABETE

Des indicateurs de processus et de résultats intermédiaires seront développés dans le cadre d'un autre groupe du programme cantonal diabète. Il est crucial qu'une coordination soit réalisée afin que les recommandations et les indicateurs soient en phase. Par exemple l'indicateur des modalités et de la fréquence du recours à une podologue doivent correspondre aux recommandations proposées ou être recueillies de manière suffisamment souple pour s'adapter à des recommandations qui seront peut-être développées ultérieurement au développement des indicateurs (par exemple la valeur d'un indicateur tel que l'HbA1c peut être enregistrée et ensuite les données analysées selon la cible estimée désirable).

3.6 IMPLEMENTATION DES GROUPES DE RECOMMANDATIONS

Une fois les documents finaux obtenus, une implémentation sera proposée, selon la stratégie d'implémentation qui aura été définie avec le GT, auprès des utilisateurs cibles. Dans un second temps une évaluation des indicateurs d'impact choisis précédemment aura lieu, en fonction de la mise en place du programme. Le processus sera renouvelé pour obtenir l'ensemble des groupes de recommandations voulus et les implémenter directement une fois qu'ils sont prêts sans attendre la fin du travail, si possible.

3.7 FINALISATION D'UN DOCUMENT DE SYNTHESE DE L'ENSEMBLE

Les documents produits séquentiellement seront en principe réunis dans un document de synthèse comme si les groupes de recommandations étaient des modules (approche modulaire), ou bien seront laissés séparés (approche indépendante).

Un avantage de l'approche modulaire est qu'il n'est pas nécessaire de répéter la partie générique méthodologie pour chaque module, ce qui n'est pas le cas pour les documents indépendants, qui sont de fait moins lisibles pour le praticien. Il est toutefois crucial de disposer de résumés courts ou ultracourts qui seront réellement utiles à la prise en charge, tout en disposant d'informations plus détaillées auxquelles se référer au besoin, et qui permettront d'évaluer le processus.

3.8 IMPLEMENTATION ET SUIVI

Comme pour les implémentations séquentielles, le ou les documents finaux seront diffusés et mis en œuvre. Les indicateurs choisis devront être mesurés, à distance suffisante de cette implémentation finale, pour mesurer l'effet de nos recommandations dans la pratique.

3.9 MISES A JOUR

Les mises à jour de la RPC seront réalisées dans le temps imparti, 4 ans selon la littérature (4), ou en fonction de l'évolution des connaissances et des pratiques en utilisant la stratégie prévue par le GT. La question du financement ultérieur des mises à jour devra être discutée.

4 PROCESSUS DE TRAVAIL

4.1 FORMATION DU GROUPE DE TRAVAIL

La direction du programme s'est chargée de réunir un groupe de travail (GT) multidisciplinaire, regroupant les professionnels de santé concernés par la RPC: médecin de premier recours, endocrinologue/diabétologue, infirmière spécialisée, infirmière de centre médico-social, pharmacien, diététicienne. Au besoin d'autres experts seront contactés ponctuellement : cardiologue, néphrologue, ophtalmologue, podologue, traumatologue. Le rôle du groupe de travail est de définir, évaluer, corriger et valider le travail d'élaboration des RPC préparées avec le soutien d'une équipe de méthodologie. Une liste initiale de questions destinées aux membres du GT a été préparée (annexe 5).

Le travail d'identification des RPC sources, d'évaluation, de présentation des RPC de qualité au GT et l'accompagnement méthodologique du processus d'adaptation est réalisé par une équipe de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP). Deux médecins assistants participent à ce processus sous la responsabilité d'un médecin cadre.

Idéalement, un représentant des patients diabétiques (Association de patients) devrait être invité à participer au groupe de travail, ce qui permettrait de mieux identifier les opinions et préférences des populations cibles de la RPC.

S'agissant d'un groupe composé de professionnels de la santé en exercice, le temps disponible des participants est limité, il devra en être tenu compte dans le processus et l'organisation du travail. Le cas échéant, du travail pourra être réalisé en sous-groupes de travail, voire avec un référent unique pour chacun des groupes de recommandations. Des documents seront transmis pour lecture et commentaires entre les séances, prévues à raison de 3 ou 4 par année.

Une introduction aux RPC et à la méthodologie de leur adaptation sera proposée au groupe de travail lors de la première réunion. Les demandes aux groupes de travail seront encore précisées : définition a priori des thèmes et questions cliniques d'intérêt dans le contexte du programme cantonal, et priorisation de ceux ci. Ces attributions sont détaillées plus loin dans ce document.

4.2 RECHERCHE DES RPC SOURCES

Les médecins en charge du dossier pour l'IUMSP ont collecté les RPC, génériques ou spécifiques, concernant le diabète, en utilisant le mot clé « diabetes » sur les sites principaux répertoriant les RPC, soit le Guidelines International Network (www.g-i-n.net) et le National Guidelines Clearing House des Etats-Unis (www.guidelines.gov). Cette recherche à été étendue aux sites internet des principaux organismes produisant des RPC, c'est-à-dire Guidelines Advisory Comittee (www.gacguidelines.ca), Haute Autorité de Santé (www.has-sante.fr), Institute for Clinical Systems Improvement (www.icsi.org), National Institute for Clinical Evidence(www.nice.org.uk), National Health and Medical Research Council (www.nhmrc.gov.au), New Zealand Guidelines Group (www.nzgg.org.nz), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (www.sign.ac.uk).
Les RPC et documents annexes disponibles sur les sites spécialisés de l'International Diabetes Federation (www.idf.org), de l'American Diabetes Association (http://professional.diabetes.org), et de la Canadian Diabetes Association (www.diabetes.ca) ont été ajoutés.

De plus une recherche sur les pratiques de soins locales a permis d'identifier une RPC créée et utilisée par la Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne, ainsi qu'un document de consensus de la Société Suisse d'Endocrinologie et Diabétologie.

Enfin, une recherche avec les mots clés « diabetes & guideline » a été effectuée sur le moteur de recherche générique Google. Les 520 résultats « pertinents » selon le moteur de recherche ont été passés en revue (sur les 1.970.000 résultats possibles).

La recherche dans des bases de données scientifiques tel que pubmed ou ovid, n'a pas apporté à ce stade de document pertinent supplémentaire.

4.3 EVALUATION ET SELECTION DES RPC SOURCES

Cent soixante-huit documents génériques sur le diabète ou spécifiques à une question précise ont été recensés. Une première sélection a gardé uniquement les RPC génériques, publiées en français ou en anglais, réalisées de novo (excluant les adaptations). Les RPC spécifiques, les résumés et documents d'implémentation ont été archivés pour un éventuel usage ultérieur.

Ainsi 32 documents de 15 organismes différents ont été sélectionnés. Ces documents ont été référencés et évalués à l'aide de l'outil AGREE II (http://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii-translations/ et annexe 2), avec un bon accord entre les deux évaluateurs. Les principaux indicateurs d'évaluation des RPC diabète ont été recherchés et référencés en partenariat avec le groupe dédié du programme cantonal.

Ce processus a permis d'archiver, pour éventuel usage ultérieur, les RPC dont la méthodologie n'était pas de bonne qualité ou trop vague, celles correspondant à des situations spécifiques ou régionales différentes, celles dont la date de publication excédait 4 ans et celles dont le contenu ne touchait pas au moins la majeure partie des questions de santé liées au diabète (par exemple aucune indication sur le suivi de la glycémie).

A l'issue de cette seconde sélection, 9 documents, émanant de 5 organismes, ont été conservés dans la liste principale de travail (American Diabetes Association, Canadian Diabetes Association, ICSI, NICE, SIGN).

Les références des publications retenues font l'objet d'une annexe (annexe 3).

Nous restons attentifs aux propositions des membres du GT qui pourraient nous signaler des RPC qu'ils jugent pertinentes pour ce travail.

4.4 EBAUCHE D'ARCHITECTURE DE LA RECOMMANDATION, DE METHODOLOGIE, D'IMPLEMENTATION ET DE MISE A JOUR

Des modèles pour l'architecture du projet RPC diabète sont annexés (annexe 6), et ont été soumis à l'avis du groupe de travail lors de la première réunion de celui-ci. Une méthode séquentielle a été choisie, comme étant celle la plus en adéquation avec la teneur de notre projet.

Le document présent fait office de document méthodologique préliminaire.

Un document initial d'implémentation et de mise à jour a été réalisé et soumis au groupe de travail pour compléter le présent document.

4.5 REUNION INITIALE DU GROUPE DE TRAVAIL

4.5.1 Présentation des RPC

Une présentation des RPC, et de leur rôle dans l'amélioration des soins a eu lieu en introduction pour la parfaite information du GT.

4.5.2 Le processus d'adaptation et comment nous allons l'utiliser

Une présentation des grandes lignes d'ADAPTE et de la manière dont nous l'utilisons pour ce travail a également été proposée lors de la 1ère réunion du GT. La limite de ressources, la disponibilité du groupe de travail et le désir de disposer rapidement de certains groupes de recommandations ne permettent pas de réaliser la démarche ADAPTE dans son intégralité, nous avons donc effectué un rappel sur l'approche séquentielle et son intérêt pour ce travail.

4.5.3 Partialité du groupe de travail, conflits d'intérêts potentiels

Les membres du groupe de travail ont remplit la déclaration de conflits d'intérêts potentiels (annexe 1). Aucun conflit d'intérêt majeur n'a été mis en évidence.

4.5.4 Validation / aménagements du processus de sélection des RPC sources

Le processus de sélection des RPC de la liste de travail principale (annexe3), tel que décrit aux points 4.2 et 4.3 de ce document a été validé lors de la 1ère réunion du GT.

4.5.5 Définition des cibles, points d'intérêt, priorités

-

Lors de la 1ère réunion de travail, une priorisation des groupes de recommandations à été effectuée, à l'aide d'un outil de vote développé par l'IUMSP, à la lumière du mandat et des préférences émises par la direction du programme. La liste soumise au vote du GT est en annexe du présent document (annexe 8). Deux sujets d'intérêts ont été ajoutés suite à la suggestion de membres du GT (pré-diabète, conduite automobile et diabète).

La liste résultant de cette priorisation est disponible en annexe (annexe 9). Pour plus de cohérence certains groupe fondamentaux, comme par exemples les définitions et classifications du diabète et des états pré-diabétiques, ont été réalisés lors de la 1ère séquence de travail.

Un document annexé listant la plupart des questions méthodologique, est disponible en annexe, les réponses évoluent au fur et à mesure du projet selon les vœux du GT et de la direction du programme (annexe 5).

4.5.6 Modalités de travail, buts et processus

Un plan de l'architecture du travail a été défini. Il comprend l'ensemble des groupes de recommandations auquel le projet s'intéressera, et qui seront réalisés de manière séquentielle. Des matrices listant et synthétisant les recommandations de chaque groupe seront soumises à un sous-GT réduit (GR), constitué au minimum d'un(e) médecin généraliste, d'un(e) diabétologue, d'une infirmière clinicienne en diabétologie, et des collaborateurs du projet au sein de l'IUMSP. Selon les groupes de recommandations traités (2-3 groupes par réunion du GR) d'autres spécialistes ou experts sont sollicités (ex : Ophtalmologue pour le groupe de recommandations sur l'ophtalmopathie diabétique).

Le GR doit sélectionner les recommandations pertinentes en fonction de l'expérience pratique de ses membres, à partir des matrices de recommandations élaborés par l'IUMSP. Une synthèse est effectuée après la réunion du GR puis soumise pour approbation au groupe de travail complet.

Les groupes de recommandations concernant des sujets se rapportant à un autre GT du programme cantonal sont discutés avec celui-ci (ex : pied diabétique) ou un GT formé à partir des membres de cet autre groupe de travail (ex : diabète gestationnel).

4.5.7 Plan et possibilités de mise en œuvre

Pour la réussite du projet, l'implémentation et ses modalités ont été envisagées dès le début du travail. Il s'agit d'un point très important de la méthode ADAPTE. Cette question a été abordée dès la rencontre initiale et sera débattue lors des réunions ultérieures. Un document a été élaboré pour synthèse et soumis au GT ainsi qu'au mandant du projet. Cette stratégie d'implémentation évoluera tout au long du projet.

4.6 REUNIONS ULTERIEURES DU GT

4.6.1 Présentation et discussion des recommandations préparées

Les corrections et validations des documents relatifs à chaque groupe de recommandations (2-3 par réunion en moyenne) sont au centre de ces réunions. Il s'agit d'évaluer et d'améliorer la pertinence, l'adéquation au contexte local et la formulation des RPC proposées sous la forme de documents de synthèse (ex : annexe 10).

4.6.2 Correction/validation de la méthodologie

L'expérience acquise au fur et à mesure des séquences nous permettra d'enrichir et d'améliorer notre méthodologie, y compris au niveau de l'implémentation.

4.6.3 Adoption par le GT

Le ou les documents ainsi réalisés et améliorés seront soumis pour adoption. Les documents adoptés seront implémentés selon la stratégie à jour après avoir été mis en forme par des professionnels de la communication.

4.6.4 Nouvelle priorisation et choix des prochains groupes de recommandations à réaliser

Le GT décidera de l'ordre de priorité, et des groupes de recommandations à réaliser lors de la séquence suivante, en se basant sur la logique de réalisation (groupes fondamentaux à réaliser en 1er pour la cohérence de la suite du travail), et les priorités établies à l'aide de l'outil Global Report.

4.7 REALISATION DES DOCUMENTS A DIFFUSER

Un document sera réalisé en vue d'une diffusion des recommandations à partir de la version corrigée par le GT de la synthèse de chaque groupe de recommandations. Ce document sera préparé avec l'aide de professionnels de la communication pour assurer une lisibilité et une efficience maximale. Le document ainsi obtenu, sera soumis au GT, voir à des experts indépendants, puis implémenté selon les modalités définies.

5 FINANCEMENT DU PROJET

5.1 ORIGINE DES FONDS

Les fonds sont publics, alloués par le Service de la santé publique de l'Etat de Vaud, dans le cadre du programme cantonal diabète. Le Service de la santé publique donne mandat à l'IUMSP et au groupe de travail pour la réalisation de 12 à 15 recommandations. Le commanditaire principal ne participe donc pas à l'élaboration des RPC, ce qui est un critère de qualité selon AGREE II.

5.2 FINANCEMENT COUVERTS

Les fonds alloués couvrent la réalisation des RPC diabète et le coût des réunions et défraiements des membres du Groupe de Travail indépendants.

5.3 FINANCEMENTS NON COUVERTS

Le cout des expertises, implémentation test, implémentation et mises à jour seront évoqués au cours du projet.

Références

(1) Bovier PA, Sebo P, Abetel G, George F, Stalder H. Adherence to recommended standards of diabetes care by Swiss primary care physicians. Swiss Med Wkly 2007 Mar 24;137(11-12):173-81.

(2) Fervers B et al. Guideline Adaptation: An Approach to Enhance Efficiency in Guideline Development and Improve Utilisation. Qual Safe Healthcare. In press.

(3) Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lazaro P, van het Loo M, McDonnell J, Vader JP, Kahan JP. The RAND/UCLA appropriateness method user's manual. RAND Europe, RAND Health, Santa Monica, 2001.

(4) Shekelle P, Eccles MP, Grimshaw JM, Woolf SH. When should clinical guidelines be updated? BMJ 2001 Jul 21;323(7305):155-7.

Annexe 1

Déclaration de conflit d'intérêts

Le présent document, tiré de la méthode ADAPTE (www.adapte.org), est destiné à apprécier les conflits d'intérêts des membres du groupe de travail (GT) cantonal des Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) concernant le diabète. Le fait de connaître les possibles conflits d'intérêts et de les résoudre, permet de s'assurer de la transparence et de l'indépendance des décisions qui seront prises au sein du GT. Tous les conflits d'intérêts potentiels seront mentionnés avec sincérité afin d'obtenir une méthodologie irréprochable pour notre travail.

Par conflit d'intérêts nous entendons :

- La participation actuelle ou passée à une des RPC qui sera utilisée pour notre travail.
- Des relations personnelles ou de proches avec des compagnies pharmaceutiques ou d'autres intérêts privés touchant au secteur de la santé et du diabète en particulier.
- Des intérêts financiers personnels ou de proches incluant (mais pas limités seulement à) : des honoraires, des travaux de consultant, des fonds de recherche, un emploi, des actions ou stock options, provenant d'intérêts privés du secteur pharmaceutique ou de la santé.

Il est souhaitable que chaque membre du GT ait rempli cette déclaration, électroniquement ou manuellement, et l'ait retournée au responsable de la méthodologie avant la première réunion du GT, afin que les potentiels problèmes puissent être pris en compte dès la phase initiale du projet.

Nom et Prénom :	
Profession/lien avec le groupe de travail :	
Date :	
Nom du Groupe de Travail :	Recommandations pour la Pratique Clinique dans le cadre du programme cantonal diabète

Merci de répondre aux questions suivantes par oui ou non dans la case et de préciser ensuite votre réponse le cas échéant.

1. Participation au développement de RPC
   Avez-vous été d'une quelconque manière impliqué dans le développement d'une ou plusieurs RPC que nous utilisons pour ce travail (voir annexe 3) ?

   Si oui merci de préciser le titre de la RPC, et le rôle que vous occupiez

2. Approbation de RPC
Avez-vous directement participé à l'approbation d'une des RPC que nous utilisons pour ce travail ?

Si oui merci de préciser le titre de la RPC, et le rôle que vous occupiez

3. Emploi
Etes-vous ou avez vous été employé par une entité développant des RPC, ou une entité ayant un intérêt commercial dans les RPC que nous considérons ?

Si oui merci de préciser le nom de l'entité et les détails de l'emploi en question

4. Consulting
Etes-vous ou avez vous été consultant au sein d'une entité développant des RPC, ou une entité ayant un intérêt commercial dans les RPC que nous considérons ?

Si oui merci de préciser le nom de l'entité et les détails de l'emploi en question

5. Titres de participation
Possédez-vous des titres de participation (y compris actions, stock options…) émis par une entité développant des RPC, ou une entité ayant un intérêt commercial dans les RPC que nous considérons (par exemple laboratoire pharmaceutique), pour un montant supérieur à 1500 CHF ?

Si oui merci de détailler

6. Fonds de recherche
Avez-vous reçu ou recevez vous des fonds de recherche d'une entité développant des RPC, ou une entité ayant un intérêt commercial dans les RPC que nous considérons ?

Si oui merci de détailler

7. Honoraires
Avez-vous reçu ou recevez vous des honoraires d'une entité développant des RPC, ou une entité ayant un intérêt commercial dans les RPC que nous considérons?

Si oui merci de détailler

8. Autres conflits d'intérêts
Avez-vous vous-même ou votre entourage proche, d'autres conflits d'intérêts que ceux mentionnés ci-avant?

Si oui merci de détailler

Date

Signature (électronique possible)

Annexe 2

Evaluation de la qualité des Recommandations pour la Pratique Clinique : grille AGREE II

La grille AGREE (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation)[a] a été élaborée par un groupe de chercheurs et de concepteurs de RPC internationaux pour s'attaquer au problème de la variabilité de la qualité des RPC; il s'agit d'un outil servant à évaluer la rigueur méthodologique et la transparence du processus d'élaboration des RPC.

Chacun des 23 éléments suivants est noté sur une échelle allant de 1 (fortement en désaccord) à 7 (fortement en accord). Le score accordé pour la qualité est calculé indépendamment pour chacun des six domaines de la grille, et ne devrait pas être regroupé en un score global de qualité. Le score de chaque domaine est calculé en additionnant les scores des différents éléments du domaine et en traduisant le résultat en pourcentage du score maximal pour ce domaine. Afin d'accroître la fiabilité de l'évaluation, chaque RPC devrait être revue par au moins deux lecteurs.

Domaine 1 : Champ et objectifs

1) Le ou les objectifs de la RPC sont décrits explicitement.
2) La ou les questions de santé couvertes par la RPC sont décrites explicitement.
3) La population (patients, public, etc.) à laquelle la RPC doit s'appliquer est décrite explicitement.

Domaine 2 : Participation des groupes concernés

4) Le groupe ayant élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés.
5) Les opinions et les préférences de la population cible (patients, public, etc.) ont été identifiées.
6) Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis.

Domaine 3 : Rigueur d'élaboration de la recommandation

7) Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques.
8) Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits.
9) Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies.
10) Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites.
11) Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en termes de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations.
12) Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves sur lesquelles elles reposent.
13) La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication.
14) Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite.

Domaine 4 : Clarté et présentation

15) Les recommandations sont précises et sans ambiguïté.
16) Les différentes options de prise en charge de l'état ou du problème de santé sont clairement présentées.
17) Les recommandations clés sont facilement identifiables.

Domaine 5 : Applicabilité

18) La RPC décrit les éléments facilitant son application et les obstacles.
19) La RPC offre des conseils et/ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique.
20) Les répercussions potentielles de l'application des recommandations sur les ressources ont été examinées.
21) La RPC propose des critères de suivi et/ou de vérification.

Domaine 6 : Indépendance éditoriale

22) Le point de vue des organismes de financement n'ont pas influencé le contenu de la RPC.
23) Les intérêts divergents des membres du groupe ayant élaboré la RPC ont été pris en charge et documentés.

[a] www.agreetrust.org

Annexe 3

RPC retenues dans la liste principale de travail

American Diabetes Association

1) American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2010. Diabetes Care 2010 ;33(Suppl. 1) : S11-S61
2) American Diabetes Association. Introduction. Diabetes Care 2010 ;33(Suppl. 1) : S1-S2
3) Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, et al. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: A consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy. A consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care 2009 ;32 : 193-203

Canadian Diabetes Association

4) Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. Lignes directrices de pratique clinique 2008 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. Can J Diabetes. 2008; 32 (suppl. 2) : S1 à S225

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)

5) Institute for Clinical Systems Improvement. Health care guideline : Diagnosis and management of type 2 diabetes mellitus in adults. Fourteenth edition, 2010. Available from www.icsi.org

National Institute for Clinical Excellence (NICE)

6) National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Type 2 diabetes : national clinical guideline for management in primary and secondary care (update). London : Royal College of Physicians, 2008
7) National Institute for Health and Clinical Excellence (2009) Type 2 diabetes: newer agents for blood glucose control in type 2 diabetes. Available from www.nice.org.uk/CG87ShortGuideline
8) National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Type 1 diabetes in adults : National clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care. London : Royal College of Physicians, 2004 updated April 2010

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

9) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of Diabetes. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2010. (SIGN publication no. 116). Available from url: http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/116/index.html

Annexe 4

Qualité des preuves scientifiques et degré des recommandations

Une fois que les publications ont été sélectionnées comme sources de preuves potentielles, la méthodologie utilisée dans chaque étude est évaluée pour s'assurer de sa validité. Le résultat de cette évaluation détermine le niveau de preuve attribué à la publication, qui influence à son tour le degré de la recommandation découlant de ces preuves.

Il existe de nombreuses classifications différentes du niveau de preuve et de la force des recommandations. Nous vous proposons comme exemple les classifications développées par le Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)[b], A titre indicatif

Niveau de preuve des publications selon SIGN

1++	Méta-analyses de haute qualité, revues systématiques d'essais cliniques randomisés (ECR), ou ECR avec risque très faible de biais
1+	Méta-analyses bien conduites, revues systématiques, ou ECR avec risque faible de biais
1 -	Méta-analyses, revues systématiques, ou ECR avec risque important de biais
2++	Revues systématiques de haute qualité d'études cas-contrôle ou d'études de cohorte Etudes cas-contrôle ou études de cohorte de haute qualité avec risque très faible de biais ou de confusion et haute probabilité de relation de cause à effet
2+	Etudes cas-contrôle ou études de cohorte bien conduites avec risque faible de biais ou de confusion et probabilité modérée de relation de cause à effet
2 -	Etudes cas-contrôle ou études de cohorte avec haut risque de biais ou de confusion et haute risque de relation non causale
3	Etudes non analytiques (cas cliniques, séries de cas…)
4	Opinion d'expert

Degré des recommandations selon SIGN

Note : Le degré d'une recommandation reflète la force des preuves sur lesquelles la recommandation est basée ; il ne reflète pas l'importance clinique de la recommanda

A	Au moins une méta-analyse, revue systématique ou ECR noté 1++ , et directement applicable à la population cible **ou** Plusieurs études 1+, directement applicable à la population cible, avec une cohérence des résultats
B	Plusieurs études incluant des études 2++, directement applicable à la population cible, avec une cohérence des résultats **ou** Preuves extrapolées d'études 1++ ou 1+
C	Plusieurs études incluant des études 2+, directement applicable à la population cible, avec une cohérence des résultats **ou** Preuves extrapolées d'études 2++
D	Niveau de preuve 3 ou 4 **ou** Preuves extrapolées d'études 2+
√	Recommandations basées sur l'expérience clinique des membres du groupe de travail

Annexe 5

[b] Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN). SIGN 50 – A guideline developer's handbook. Revised Jan 2008. Available from www.sign.ac.uk

Questions pour le groupe de travail

Ce document reprend les questions auxquelles le groupe de travail RPC diabète devrait répondre afin que l'IUMSP puisse fournir un travail de qualité, répondant aux attentes de la direction du programme cantonal. Pour plus de facilité, nous avons inclus pour certaines questions de brèves réponses possibles et/ou des suggestions de réponses.

Qualité de la présentation du travail

Le projet de « recommandations pour la pratique clinique concernant le diabète » vous paraît-il clair ?
Avez-vous des questions sur le principe et le choix de la démarche d'adaptation ?

Questions cliniques et priorités de développement

Catégorisation des cibles de la RPC :

- Population visée (y compris spécificités de la pathologie) ?
  Population générale, diabétiques de type 1, 2, états prédiabétiques
  Adultes, enfants, femmes enceintes, personnes âgées
- Interventions intéressantes pour la prise en charge du diabète (cf annexe 6) ?
  Prévention
  Dépistage
  Education à l'auto prise en charge
  Interventions sur le mode de vie
  Traitement médicamenteux
  …
- Professionnels/patients qui utiliseront le ou les documents produits ?
  Médecins de 1er recours, diabétologues, cardiologues, néphrologues, ophtalmologues, traumatologues, autres chirurgiens
  Infirmières spécialisées, infirmières du CMS
  Podologues, diététiciennes
  Patients
- Améliorations attendues sur la prise en charge ?
  Indicateurs dans le cadre du programme cantonal ?
- Contexte de mise en œuvre des recommandations ?
  Contexte ambulatoire, hôpitaux, soins à domicile …

Choix initiaux des thèmes à aborder (cf annexe 6) et définition des questions cliniques
Priorité de développement des recommandations
La mesure des pratiques actuelles par les indicateurs mis en place dans le cadre du programme cantonal suffit-elle ?

Implication du groupe de travail

Création de sous-groupes spécialisés avec intervention d'experts supplémentaires spécialisés si besoin?
Spécialistes de référence, joignables en cas de question ?
Organisation des réunions à prévoir

Nous vous proposons de nous baser sur une réunion initiale définissant les objectifs, puis une réunion après chaque réalisation de 2-3 groupes de recommandations ; environ 3 séances par année sont envisagées.

Application d'une méthode formelle de consensus telle une méthode Delphi modifiée pour la réalisation des recommandations?

Questions empiriques pour les professionnels et patients du groupe de travail

Utilisez- vous des recommandations pour la pratique clinique ? Si oui, lesquelles ?
Utilisez-vous d'autres documents éducatifs, des aide-mémoire, d'autres documents ? Si oui, lesquels ?
Travaux en cours dans le canton ou impliquant le canton ?

Nous permettra d'avoir une meilleure vision des projets en cours sur le diabète

Structures cantonales existantes ?

Equipes multidisciplinaires spécialisées dans l'éducation des patients diabétiques, la prise en charge du pied diabétique ou la mise en place d'une insulinothérapie par exemple

Processus d'adaptation

Validez-vous le processus et la sélection des RPC (annexe 3) avec lesquelles nous allons travailler ?
Quelle forme vous paraît la plus adaptée pour la création des RPC, parmi les propositions suivantes ?

La forme indépendante donne lieu à la réalisation de groupes de recommandations ou de modules, pour lesquels les documents finaux sont indépendants (à la manière des documents NICE qui séparent diabète de type 1 et 2, adultes et enfants, soins des pieds, éducation). C'est à dire que pour chaque document les recommandations sont compulsées, et la méthodologie répétée.

La forme modulaire permet de réunir dans un document final les divers groupes de recommandations, et d'avoir les avantages de la forme indépendante pour des implémentations intermédiaires avec leurs propres outils. Les documents sont donc à la fois un document final avec tous les groupes de recommandations et la méthodologie, mais également des documents intermédiaires par groupes de recommandations permettant une mise en oeuvre plus rapide.

La forme continue consiste à réaliser la totalité des RPC et publier un document final unique avec ses outils d'implémentation. Ce format paraît peu intéressant dans le cadre du programme cantonal qui devrait mettre en place rapidement certaines recommandations.

Adoption d'un système d'évaluation de la qualité des preuves scientifiques et de la force des recommandations, modalité ?

Comme expliqué, nous proposons d'adopter le système d'indexation de SIGN et de traduire la notation utilisée par le système de la RPC source en notation SIGN, pour chaque recommandation.

Niveau de précision régionale/cantonale des recommandations ?

Faut-il inclure par exemple un encart pour chaque groupe de recommandations avec des précisions sur les structures cantonales ? Pour les quatre régions sanitaires ? Avec quel niveau de détail ?

Planification du protocole

Projet d'expertise externe pour la revue, quels experts choisir ? Prévoir les fonds ?
Prévoir une implémentation test des premières recommandations (panel d'utilisateur) ? Financement ?
Quels organismes, quels professionnels ou quels patients supplémentaires devraient être associés au processus d'élaboration afin d'obtenir une implémentation réussie des recommandations ?
La planification d'une mise à jour des recommandations dans les 4 ans suivant la publication vous paraît-elle adéquate ? (Financement éventuellement à aborder?)
Modalités de mesure des effets sur la pratique clinique et retour sur la qualité des documents produits ?

Indicateurs uniquement ? Prévoir questionnaire pour les utilisateurs ?

Annexe 6

Groupes de recommandations et plans proposés

Ce document est destiné à faire prendre connaissance aux membres du GT des différents groupes de recommandations abordés par les RPC existantes sur le diabète, ainsi que des plans possibles utilisables pour nos RPC. Il s'agit de sélectionner les 12-15 groupes de recommandations sur lesquels nous allons travailler. D'autres groupes de recommandations sont envisageables, cette liste n'étant pas exhaustive. De même, la création d'une autre architecture est possible.

Plans proposés

Des plans de mise en forme de la RPC sont proposés dans cette section ; pour exemple, l'architecture globale de trois documents de bonne qualité de la liste de travail principale ont été ajoutés. Ces plans se basent sur les groupes de recommandations développés dans la suite du document.

Approche séquentielle centrée sur les niveaux de prise en charge

Définition/diagnostic/classification du diabète et des états prédiabétiques
Prévention
Dépistage
Prise en charge du diabète (organisation des soins, mode de vie, traitement médicamenteux, autres mesures)
Prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire
Prise en charge des complications
Prise en charge multidisciplinaire et réseaux de soins
Populations spécifiques
Contextes de soins spécifiques

Approche séquentielle centrée sur la pratique de premier recours

Définition/diagnostic/classification du diabète et des états prédiabétiques
Prévention
Dépistage
Bilan initial
Définition des objectifs
Prise en charge initiale
Suivi
Référer à un membre du réseau, à un confrère spécialisé, à une équipe multidisciplinaire
Contextes de soins spécifiques

Approche séquentielle centrée sur la prise en charge patient

Définition/diagnostic/classification du diabète et des états prédiabétiques
Modifications du style de vie
Facteurs psychosociaux
Prise en charge du diabète de type 1
Traitement pharmacologique du diabète de type 2
Prise en charge du diabète gestationnel
Prise en charge de la maladie cardiovasculaire chez le diabétique
Prise en charge de la néphropathie diabétique
Prévention de la détérioration de la vue
Prise en charge du pied diabétique
Prise en charge de la neuropathie diabétique

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

Définitions
Modifications du style de vie
Facteurs psychosociaux
Prise en charge du diabète de type 1
Traitement pharmacologique du diabète de type 2
Prise en charge du diabète gestationnel
Prise en charge de la maladie cardiovasculaire chez le diabétique
Prise en charge de la néphropathie diabétique
Prévention de la détérioration de la vue
Prise en charge du pied diabétique

Canadian Diabetes Association (CDA)

Définition, classification et diagnostic du diabète et autres catégories de dysglycémies
Dépistage du diabète de type 1 et de type 2
Prévention du diabète
Prise en charge et traitement du diabète
Complications et comorbidités
Le diabète chez les enfants
Diabète et grossesse
Diabète chez les personnes âgées

American Diabetes Association (ADA)

Classification et diagnostic
Dépistage
Détection et diagnostic du diabète gestationnel
Prévention du diabète de type 2
Soins du diabète
Prévention et prise en charge des complications du diabète
Soins du diabète dans des populations spécifiques
Soins du diabète dans le contexte hospitalier
Stratégies d'amélioration des soins du diabète

Groupes de recommandations pertinents des RPC

Cette partie résume les différents groupes de recommandations abordés par les RPC sources. La structure utilisée pour les présenter est neutre et reprend des modules de tous les types d'architecture de manière à être le plus exhaustif possible. Du fait que les modules ne respectent pas une architecture précise, il existe certaines redondances. Certains de ces groupes pourront être fusionnés s'ils sont redondants ou s'ils traitent de sujets approchants (ex : autocontrôle glycémique, éducation à l'autocontrôle). Les membres du GT pourront proposer d'autres groupes de recommandations le cas échéant.

Définition/diagnostic/classification du diabète et des états prédiabétiques

Prévention du diabète de type 2

Dépistage du diabète de type 2 et des états pré-diabétiques

Bilan initial

- Recherche des facteurs de risque cardiovasculaire
- Comorbités, autres facteurs de risque associés
- Autres pathologies auto-immunes dans le diabète de type 1
- Bilan clinique initial des organes cibles (complications)
- Bilan laboratoire initial des organes cibles
- Bilan para-clinique autre (imagerie principalement) des organes cibles
- Dépistage des problèmes psycho-sociaux

Définition des objectifs

- Glycémie
- HbA1c
- Tension artérielle
- Lipidémie
- Poids/BMI
- Diminution/suppression des facteurs de risque cardiovasculaire
- Diminution des complications micro- et macroangiopathiques
- Amélioration de la qualité de vie
- Diminution de la mortalité

Suivi du diabète

- Autocontrôle glycémique (indications, fréquence, modalités)
- Prise en charge en réseau de soins
  - Généraliste
  - Diabétologue
  - Autres spécialistes (cf. complications)
  - Paramédical (podologue, diététique….)
- Glycémie, HbA1c (fréquence des contrôles, prescripteur)

Prise en charge du diabète : Organisation des soins diabétologiques

- Prise en charge du diabète en ambulatoire
- Prise en charge du diabète en milieu hospitalier
- Prise en charge du diabète à domicile

Prise en charge du diabète : Modifications du mode de vie et éducation

- Interventions sur le mode de vie
- Éducation structurée (pour l'autogestion)
- Autosurveillance du contrôle de la glycémie
- Activité physique et diabète
- Thérapie nutritionnelle (alcool, prise en charge du poids à séparer ?)
- Prise en charge du tabagisme
- Aspects psychosociaux du diabète

Prise en charge du diabète : Traitement médicamenteux

- Insulinothérapie et diabète de type 1
- Pharmacothérapie du diabète de type 2
- Adaptation du traitement aux comorbidités (insuffisance cardiaque, coronaropathie…)
- Hypoglycémie
- Urgences hyperglycémiques chez l'adulte

Prise en charge du diabète : Mesures complémentaires ou spécifiques

- Immunisation contre la grippe et les infections à pneumocoques
- Greffe de pancréas et d'îlots de Langerhans
- Médecines complémentaires et prise en charge du diabète

Prise en charge de la maladie cardiovasculaire chez le diabétique

- Catégorisation du risque coronarien
- Protection vasculaire chez le patient diabétique
- Prise en charge de la dyslipidémie
- Prise en charge de l'hypertension
- Prise en charge de l'obésité en présence de diabète
- Dépistage et prise en charge de la coronaropathie chez le diabétique
- Dépistage et prise en charge de l'artériopathie des membres inférieurs
- (Prise en charge de l'AVC chez le diabétique)

Prise en charge de la néphropathie diabétique

Prise en charge de la rétinopathie diabétique

Prise en charge du pied diabétique

Prise en charge de la neuropathie diabétique (gastropathie et dysfonction érectile à séparer ?)

Réseaux, multidisciplinarité et programmes de disease management

- Réseaux de soins
- Quand référer au diabétologue
- Quand référer aux autres spécialistes
- Quand référer aux paramédicaux
- Equipe multidisciplinaire pour l'éducation des patients diabétiques (y.c nutrition team)
- Assurance de qualité des réseaux éducationnels
- Equipe multidisciplinaire pour la prise en charge du pied diabétique
- Equipe intervenant lors de la mise en place d'une insulinothérapie
- Interventions sur le lieu de travail
- Approche multidisciplinaire pour la transition de l'enfant diabétique vers l'âge adulte
- Système de prévention, de détection et de prise en charge des erreurs thérapeutiques

Questions spécifiques au diabète de l'enfant

Questions spécifiques au diabète gestationnel et pré-gestationnel

Questions spécifiques au diabète chez la personne âgée

Stratégies d'amélioration de la prise en charge

Efficacité ou rapport coût-efficacité des mesures proposées (à intégrer à chaque item ?)

Autres sujets spécifiques (abordés seulement par certaines RPC)

- Prévention des accidents liés aux produits de contraste iodés
- Précautions lors d'une corticothérapie
- Evaluation des dispositifs d'auto-surveillance
- Dispositifs thérapeutiques et indications (pompe à insuline par exemple)

Annexe 7

Exemples de documents facilitant la mise en œuvre des RPC

Ce document contient 4 exemples d'outils d'implémentation, tirés de la RPC source de la liste principale *Lignes directrices de pratique clinique 2008 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. Can J Diabetes.* 2008; 32 (suppl. 2) : S1 à S225. Ces 4 documents correspondent à un résumé des objectifs de soin, un algorithme des modalités de dépistage du diabète, un guide d'examen clinique pour le dépistage de la neuropathie diabétique, et un aide-mémoire destiné aux patients.

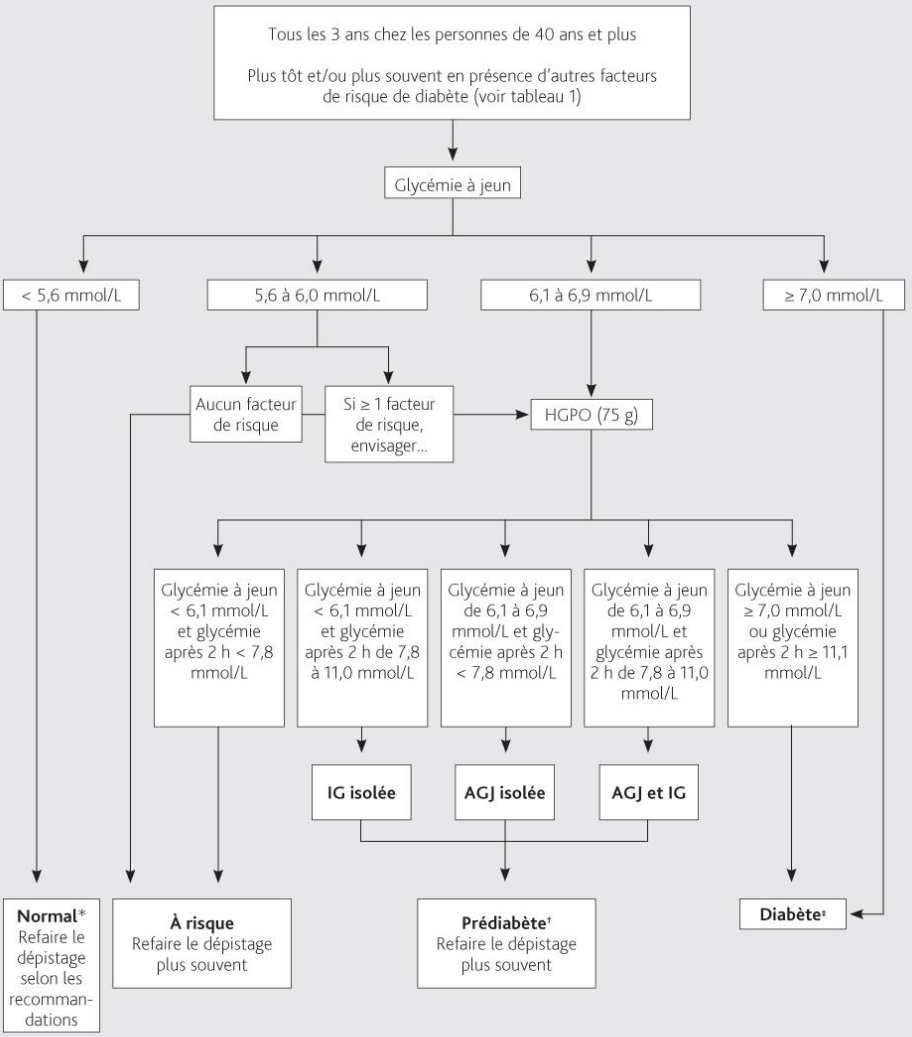
Paramètre	Objectif	Taux visés
Autosurveillance de la glycémie	• Insister au besoin sur le fait qu'il incombe au patient de mesurer régulièrement sa glycémie. • S'assurer que le patient peut utiliser le glucomètre, interpréter les résultats des mesures et modifier son traitement au besoin. • Déterminer l'horaire des mesures de la glycémie avec le patient et passer les résultats en revue.	Glycémie préprandiale (mmol/L) **4,0 à 7,0 pour la plupart des patients** Glycémie postprandiale (2 heures) (mmol/L) **5,0 à 10,0 pour la plupart des patients** **5,0 à 8,0 si le taux d'HbA_{1c} visé n'est pas atteint**
Contrôle de la glycémie	• Doser l'**HbA_{1c} tous les 3 mois** chez la plupart des adultes. • En période de stabilité du traitement et du mode de vie, quand les objectifs glycémiques sont systématiquement atteints, envisager de doser l'HbA_{1c} au moins tous les 6 mois chez les adultes.	HbA_{1c} **≤ 7,0 % pour la plupart des patients** Voir *Objectifs du contrôle de la glycémie*, p. S31
Exactitude des résultats du glucomètre	• Mesurer la glycémie avec un glucomètre et comparer le résultat à celui obtenu au laboratoire au moins une fois par année et chaque fois que les indicateurs du contrôle de la glycémie ne correspondent pas aux résultats obtenus avec le glucomètre.	Différence d'au plus **20 %** entre la glycémie à jeun mesurée avec un glucomètre et celle mesurée au laboratoire
Hypertension	• Mesurer la TA au moment du **diagnostic de diabète et à chaque consultation liée au diabète**	< **130/80 mm Hg**
Tour de taille	• Le tour de taille est un indicateur de l'adiposité abdominale.	Tour de taille visé : **H < 102 cm; F < 88 cm** (voir les seuils selon le groupe ethnique dans *Prise en charge de l'obésité en présence de diabète*, p. S84)
Indice de masse corporelle	• Calculer l'IMC : masse en kg/(taille en m)^2.	IMC visé : **18,5 à 24,9 kg/m^2**
Nutrition	• Présenter la thérapie nutritionnelle (par une diététiste) comme une composante intégrale du traitement et de l'autogestion (elle peut réduire l'HbA_{1c} de 1 à 2 %).	Pour combler les besoins nutritionnels, suivre les recommandations de ***Bien manger avec le Guide alimentaire canadien***.
Activité physique	• Encourager le patient à faire des exercices aérobiques et des exercices contre résistance. • Envisager un ECG d'effort quand une personne jusque-là sédentaire et très exposée à la coronaropathie veut commencer à faire des exercices plus vigoureux que la marche rapide.	Exercices aérobiques : ≥ **150 minutes/semaine** Exercices contre résistance : **3 séances/semaine**
Tabagisme	• Encourager le sevrage du tabac à chaque consultation et donner au patient le soutien voulu.	**Sevrage du tabac**
Rétinopathie	• **Diabète de type 1** : faire le dépistage 5 ans après le diagnostic puis une fois par année par la suite. • **Diabète de type 2** : faire le dépistage au moment du diagnostic, puis tous les ans ou tous les 2 ans en l'absence de rétinopathie. • Le dépistage doit être fait par un professionnel des soins des yeux expérimenté.	**Dépistage et traitement précoces**
Néphropathie chronique	• Le diagnostic de la néphropathie chronique exige le dépistage de la **protéinurie** par la détermination du **RAC** à partir d'un échantillon d'urine aléatoire et l'**évaluation de la fonction rénale** par conversion du taux de créatinine sérique en **TFGe**. • **Diabète de type 1** : chez les adultes, faire le dépistage 5 ans après le diagnostic de diabète, puis une fois par année par la suite en l'absence de néphropathie chronique. • **Diabète de type 2** : faire le dépistage au moment du diagnostic puis une fois par année par la suite en l'absence de néphropathie chronique. • En présence de néphropathie chronique, déterminer le RAC et le TFGe au moins tous les 6 mois.	RAC (mg/mmol) Valeur normale : **H < 2,0; F < 2,8** Microalbuminurie : **H 2,0 à 20,0; F 2,8 à 28,0** Macroalbuminurie : **H > 20,0; F > 28,0** **Néphropathie chronique si le TFGe est ≤ 60 mL/min**
Neuropathie/ examen des pieds	• **Diabète de type 1** : faire le dépistage 5 ans après le diagnostic de diabète, puis une fois par année par la suite. • **Diabète de type 2** : faire le dépistage au moment du diagnostic puis une fois par année par la suite. • Faire le dépistage de la neuropathie sur le dos du gros orteil avec le monofilament de 10 g de Semmes-Weinstein ou un diapason de 128 Hz. Examen des pieds : rechercher les anomalies structurales, la neuropathie, la maladie artérielle, les ulcères et les infections.	**Dépistage et traitement précoces** En présence de neuropathie : éducation sur le soin des pieds, chaussures spéciales, sevrage du tabac En présence d'un ulcère : intervention d'une équipe multidisciplinaire ayant les connaissances voulues

Recherche d'une coronaropathie	• **Évaluation périodique du risque de coronaropathie** : antécédents cardiovasculaires, mode de vie, durée du diabète, fonction sexuelle, obésité abdominale, bilan lipidique, TA, réduction des pouls, bruits, contrôle de la glycémie, rétinopathie, TFGe, RAC
	• **Effectuer un ECG au repos au départ puis tous les 2 ans dans les cas suivants** : âge > 40 ans, durée du diabète > 15 ans, symptômes, hypertension, protéinurie, bruits ou réduction des pouls.
	• **Catégories de risque élevé** :
	  • Hommes ≥ 45 ans et femmes ≥ 50 ans ou
	  • Hommes < 45 ans et femmes < 50 ans chez qui au moins un des facteurs suivants est présent : macroangiopathie, microangiopathie (surtout rétinopathie et néphropathie), multiples autres facteurs de risque (surtout antécédents familiaux de maladie coronarienne ou cérébrovasculaire précoce chez un apparenté du premier degré), valeur extrême pour un facteur de risque (p. ex. C-LDL > 5,0 mmol/L, TA systolique > 180 mm Hg) ou durée du diabète > 15 ans chez une personne de plus de 30 ans
		Protection vasculaire : la priorité pour la prévention des complications du diabète est de **réduire le risque cardiovasculaire en protégeant l'appareil vasculaire** par une démarche comportant plusieurs facettes :
		• toutes les personnes diabétiques : optimisation de la TA, du contrôle de la glycémie et du mode de vie (poids, exercice, tabagisme)
		• interventions supplémentaires chez les personnes diabétiques très exposées aux manifestations cardiovasculaires : inhibiteur de l'ECA/ARA, antiagrégant plaquettaire (selon les indications) et hypolipidémiant (surtout les statines).

Dyslipidémie	• **Mesurer les taux de lipides à jeun (CT, C-HDL, TG et C-LDL calculé)** au moment du diagnostic de diabète, puis tous les 1 à 3 ans selon les indications cliniques. Si un traitement est amorcé, les mesures doivent être plus fréquentes.	Taux de lipides visés quand le risque de coronaropathie est élevé : • **Principal objectif** : **C-LDL ≤ 2,0 mmol/L** • **Objectif secondaire** : **CT/C-HDL < 4,0 mmol/L**

Objectifs des soins : Les résultats du traitement du diabète sont meilleurs si le principal pourvoyeur de soins : 1) détermine quels patients sont atteints de diabète; 2) aide les personnes diabétiques à atteindre les objectifs visés; 3) prévoit des consultations axées sur le diabète; et 4) utilise un organigramme des soins diabétologiques et confirme systématiquement les rendez-vous.

Figure 1. Dépistage du diabète de type 2 chez les adultes



* Si la glycémie deux heures après l'ingestion d'une charge en glucose (HGPO) est de 7,8 à 11,0 mmol/L chez une personne dont la glycémie à jeun est normale, on doit poser un diagnostic d'IG isolée.
† Prédiabète = AGJ isolée, IG isolée, ou AGJ et IG (voir tableau 3 de la section *Définition, classification et diagnostic du diabète et d'autres catégories de dysglycémies*, p. S10)
‡ Pour confirmer le diagnostic, une autre épreuve de glycémie (glycémie à jeun, glycémie aléatoire ou glycémie deux heures après l'ingestion de 75 g de glucose) doit être faite au laboratoire un autre jour dans tous les cas en l'absence d'hyperglycémie non équivoque accompagnée d'une décompensation métabolique aiguë.

AGJ = anomalie de la glycémie à jeun
HGPO = hyperglycémie provoquée par voie orale
IG = intolérance au glucose

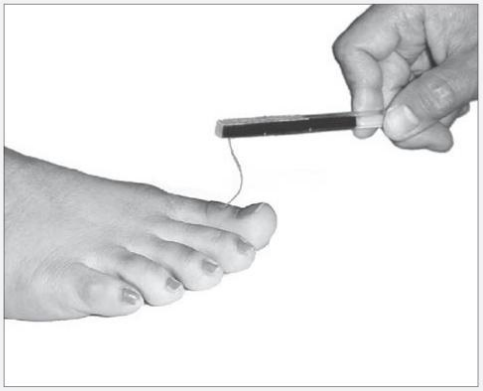
Annexe 4

Dépistage rapide de la neuropathie diabétique

Les publications spécialisées font mention de nombreuses méthodes de dépistage. Ces méthodes[1] ont pour objet de déterminer si une neuropathie diabétique est présente ou absente et non de déterminer si un ulcère pourrait se former sur une partie quelconque du pied (ce qui exige que le test soit fait sur diverses parties du pied). Si une neuropathie est décelée par l'une ou l'autre des méthodes ci-dessous, on peut faire des tests sur d'autres parties du pied pour déterminer celles qui sont très exposées aux ulcères.

Dépistage rapide de la neuropathie diabétique au moyen du monofilament de 10 g de Semmes-Weinstein

1. Montrer au patient le monofilament de 10 g de Semmes-Weinstein.
2. Toucher le front ou le sternum du patient avec le monofilament pour qu'il connaisse la sensation produite.
3. Demander au patient de dire «oui» chaque fois qu'il sent le contact du monofilament.
4. Dire au patient de se fermer les yeux. Placer le bout du monofilament près de l'ongle du gros orteil (voir illustration) : sans à-coups, placer le monofilament sur la peau, le courber pendant une seconde puis le retirer.
5. Refaire le test quatre fois sur chaque pied à un rythme irrégulier, pour éviter que le patient anticipe l'application du monofilament.
6. Additionner le score du patient. S'il donne sept bonnes réponses sur huit, il est peu probable qu'une neuropathie soit présente.



Dépistage rapide de la neuropathie diabétique au moyen d'un diapason de 128-Hz (sensibilité vibratoire)

1. Frapper le diapason dans la paume de la main assez fort pour qu'il vibre pendant environ 40 secondes.
2. Placer la base du diapason sur le front ou le sternum du patient pour qu'il sache percevoir la vibration (et non seulement le contact) du diapason.
3. Dire au patient de se fermer les yeux. Placer la base du diapason sur la proéminence osseuse située près de l'ongle du gros orteil (voir illustration) et demander au patient s'il perçoit la vibration.
4. Demander au patient de dire quand il cesse de percevoir la vibration puis, de l'autre main, interrompre la vibration du diapason.
5. Donner un point au patient pour chaque sensation de vibration perçue et un autre point s'il perçoit au bon moment l'interruption de la vibration.
6. Refaire le test une autre fois sur le même pied et deux fois sur l'autre pied à un rythme irrégulier, pour éviter que le patient anticipe l'application du diapason.
7. Additionner le score du patient. S'il donne sept bonnes réponses sur huit, il est peu probable qu'une neuropathie soit présente.

1. Perkins BA, Olaleye D, Zinman B, et al. Simple screening tests for peripheral neuropathy in the diabetes clinic. *Diabetes Care.* 2001;24:250-256.

Annexe 5

Le diabète et le soin des pieds : aide-mémoire du patient

De nombreuses personnes diabétiques ont des troubles des pieds. Demandez à votre médecin de vous expliquer quels sont les risques de troubles des pieds dans votre cas. Vous pouvez prévenir les troubles sérieux en suivant ces quelques conseils.

VOUS DEVEZ	VOUS NE DEVEZ PAS
…vous examiner les pieds tous les jours pour déceler toute coupure, fissure, meurtrissure, ampoule, lésion, infection ou marque inhabituelle.	…couper vous-même vos cors et callosités.
…vous servir au besoin d'un miroir pour voir le dessous de vos pieds.	… traiter vous-même un ongle incarné ou retirer des échardes avec un rasoir ou des ciseaux. Consultez votre médecin ou un spécialiste des pieds.
…examiner la couleur de vos jambes et de vos pieds. En présence d'enflure, de rougeurs ou de douleurs, ou si vos jambes ou vos pieds sont chauds, consultez immédiatement votre médecin ou un spécialiste des pieds.	…vous servir de médicaments en vente libre pour traiter des cors et des verrues. Ces médicaments sont dangereux pour les personnes diabétiques.
…nettoyer les coupures ou égratignures à l'eau et au savon doux et recouvrir les lésions avec un pansement sec pour la peau sensible.	…appliquer de la chaleur sur vos pieds en vous servant d'un sac d'eau chaude ou d'une couverture chauffante. Vous pourriez vous brûler sans vous en rendre compte.
…vous couper les ongles droits.	…vous faire tremper les pieds.
…vous laver et vous essuyer les pieds tous les jours, surtout entre les orteils.	…prendre des bains très chauds.
…appliquer chaque jour une bonne lotion pour la peau sur vos talons et le dessous des pieds et essuyer l'excès de lotion.	…vous mettre de la lotion entre les orteils.
…vous changer de bas tous les jours.	…marcher pieds nus, à l'intérieur ou à l'extérieur.
…toujours porter de bonnes chaussures de soutien.	…porter des bas serrés, des jarretelles ou des mi-bas.
…toujours porter des chaussures ajustées par un professionnel dans un magasin digne de confiance. Des orthèses ajustées par un professionnel peuvent être utiles.	…porter des fausses semelles en vente libre, car elles peuvent causer des ampoules si elles ne sont pas adaptées à vos pieds.
…porter des chaussures à talon bas (moins de 5 cm de haut).	…demeurer assis pendant de longues périodes.
…acheter vos chaussures en fin d'après-midi (vous aurez les pieds légèrement enflés à ce moment).	…fumer.
…éviter d'exposer vos pieds aux grands froids et aux grandes chaleurs, y compris au soleil.	
…faire régulièrement de l'exercice.	
…consulter un spécialiste des pieds si vous avez besoin de conseils ou d'un traitement.	

Adapté avec la permission de : Casella A. *Feeling well… diabetes and foot care, a patient's checklist. Knowing Diabetes.*
© Diabetes Hamilton, 2002

Annexe 8

Programme cantonal diabète

Groupes de recommandations des RPC

Liste destinée à établir des priorités

Le présent document est destiné à la sélection et à la priorisation des groupes de recommandations à réaliser dans le cadre de l'adaptation de recommandations pour la pratique clinique. Il complète le rapport « Projet et Méthode - Liste initiale de recommandations » et en particulier son annexe 6, en vue de la 1ère réunion du groupe de travail. Cette liste ne se veut pas exhaustive ; elle peut être complétée ou modifiée. Les groupes de recommandations dévolus à d'autres sections du projet cantonal diabète ont été supprimés (par exemple : prévention du diabète).

1. **Définition/diagnostic/classification du diabète et des états prédiabétiques**
   Groupe fondamental définissant les notions qui vont être abordées par la suite.

2. **Dépistage du diabète de type 2 et des états prédiabétiques**
   Les recommandations de ce groupe définissent à la fois les cibles du dépistage (qui ?) et ses modalités (par quel moyen ? à quel intervalle ?) en pratique de 1er recours.

3. **Organisation des soins diabétologiques**
   Groupe de recommandations définissant l'organisation multidisciplinaire et les programmes pour la prise en charge du diabète et de ses complications, adaptés au système vaudois et au découpage en 4 régions sanitaires. Ce groupe pourra éventuellement inclure des recommandations sur la prise en charge hospitalière ou à domicile au besoin.

4. **Bilan clinique et paraclinique initial**
   Recommandations concernant le bilan à effectuer par le praticien de 1er recours après la découverte d'un diabète. Y compris recours à un spécialiste pour le bilan clinique ou paraclinique initial.

5. **Education à l'autogestion du diabète**
   Groupe de recommandations définissant les acteurs, interventions et programmes d'éducation à l'autogestion du patient pour la surveillance de la glycémie, la prise en charge du diabète et de ses complications.

6. **Education/interventions sur le mode de vie**
   Les recommandations de ce groupe concernent la prise en charge du mode de vie c'est à dire : activité physique, nutrition, lutte contre le surpoids et l'obésité, consommation tabagique, consommation d'alcool, facteurs psychosociaux. La vaccination contre la grippe et le pneumocoque est également abordée.

7. **Prévention et prise en charge de la dyslipidémie chez le diabétique**
   Définitions, objectifs et prise en charge de la dyslipidémie

8. **Prévention et prise en charge de l'hypertension artérielle chez le diabétique**
   Définitions, objectifs et prise en charge de l'hypertension artérielle

9. **Suivi clinique et paraclinique du diabète**
   Ces recommandations définissent la fréquence, le contenu clinique et paraclinique, du suivi du patient diabétique par le praticien de 1er recours (voire le spécialiste). Les points abordés incluent le suivi des mesures éducationnelles, des interventions sur le mode de vie, du traitement de l'hyperglycémie, du suivi

clinique des complications par le médecin de 1er recours, éventuellement les délégations à disposition en tachant d'éviter des redondances avec les groupes spécifiques. Les suivis de prise en charge par les autres spécialistes médicaux ou paramédicaux (modalités, fréquences) seront abordés dans les groupes spécifiques à leurs interventions respectives.

10. **Insulinothérapie chez le diabétique de type 1**
    Recommandations ayant trait à la mise en place, les modalités, le contrôle/autocontrôle de l'insulinothérapie chez le diabétique de type I.

11. **Antidiabétiques oraux et insulinothérapie chez le diabétique de type 2**
    Recommandations concernant la mise en place, les modalités, effets indésirables, combinaisons souhaitables et éventuelles interactions des antidiabétiques oraux et de l'insuline chez le diabétique de type 2.

12. **Prévention et prise en charge de l'hypoglycémie**
    Chez le patient traité par insuline ou hypoglycémiant oral.

13. **Prévention et prise en charge des urgences hyperglycémiques**
    Recommandations concernant les états hyperosmolaires et acido-cétosiques.

14. **Prévention, dépistage et prise en charge du risque coronarien chez le diabétique**
    Stratification du risque, mesures de prévention, mesures de prise en charge spécifiques.

15. **Prévention et prise en charge de la néphropathie diabétique**
    Recommandations concernant les mesures préventives, le suivi, la délégation de soins, le traitement de la néphropathie diabétique et de l'insuffisance rénale chez le diabétique.

16. **Prévention et prise en charge de la rétinopathie diabétique**
    Recommandations concernant les mesures préventives, le suivi, la délégation de soins, le traitement de la baisse de l'acuité visuelle chez le diabétique. Des recommandations spécifiques sont également faites sur les aménagements de la prise en charge en cas de baisse de l'acuité visuelle (ex : soins à domicile).

17. **Prévention et prise en charge du pied diabétique**
    Recommandations concernant les mesures préventives, le suivi, la délégation de soins, le traitement des pathologies du pied chez le diabétique (cf également document spécifique sur ce groupe).

18. **Prévention et prise en charge de la neuropathie diabétique**
    Recommandations concernant les mesures préventives, le suivi, la délégation de soins, le traitement des douleurs neurogènes, de la gastropathie et des troubles érectiles. Le pied diabétique n'est pas inclus, et fait l'objet d'un groupe de recommandations spécifiques.

19. **Questions spécifiques au diabète de l'enfant**
    Définitions, organisation de la prise en charge, questions spécifiques relatives aux patients pédiatriques et organisation du passage aux soins adultes.

20. **Questions spécifiques au diabète gestationnel et pré-gestationnel**
    Définitions, organisation de la prise en charge depuis le désir de grossesse jusqu'aux complications obstétricales, fœtales et néonatales.

21. **Questions spécifiques au diabète chez la personne âgée**
    Organisation des soins et prise en charge spécifique du patient âgé.

22. **Conduite automobile**

23. **Prise en charge des états pré-diabétiques**

Annexe 9

Programme Cantonal Diabète – Recommandations pour la pratique clinique – Priorités Résultats de la procédure de vote des membres du groupe de travail, février 2011 1

Note : l'ordre des priorités suit le degré d'importance donnée par le groupe, de la priorité la plus h basse
Le groupe 1 comprend les recommandations reconnues comme prioritaires
Le groupe 2, celles qui sont incertaines
Seul une minorité de participants s'est exprimée sur la prise en charge du prédiabète
Les descriptifs donnent un aperçu du contenu des RPC, par groupe

Priorités reconnues

1. Organisation des soins diabétologiques

Groupe de recommandations définissant l'organisation multidisciplinaire et les programmes pour la prise en charge ses complications, adaptés au système vaudois et au découpage en 4 régions sanitaires. Ce groupe pourra éventue recommandations sur la prise en charge hospitalière ou à domicile au besoin.

2. Education à l'autogestion du diabète

Groupe de recommandations définissant les acteurs, interventions et programmes d'éducation à l'autogestion du pa surveillance de la glycémie, la prise en charge du diabète et de ses complications.

3. Suivi clinique et paraclinique du diabète

Ces recommandations définissent la fréquence, le contenu clinique et paraclinique, du suivi du patient diabétique pa recours (voire le spécialiste). Les points abordés incluent le suivi des mesures éducationnelles, des interventions su traitement de l'hyperglycémie, du suivi clinique des complications par le médecin de 1er recours, éventuellement les disposition en tachant d'éviter des redondances avec les groupes spécifiques. Les suivis de prise en charge par les médicaux ou paramédicaux (modalités, fréquences) seront abordés dans les groupes spécifiques à leurs interventio

4. Prévention et prise en charge du pied diabétique

Recommandations concernant les mesures préventives, le suivi, la délégation de soins, le traitement des pathologie diabétique (cf également document spécifique sur ce groupe).

5. Questions spécifiques au diabète chez la personne âgée

Organisation des soins et prise en charge spécifique du patient âgé.

6. Prévention et prise en charge de la néphropathie diabétique

Recommandations concernant les mesures préventives, le suivi, la délégation de soins, le traitement de la néphropa de l'insuffisance rénale chez le diabétique.

7. Définition/diagnostic/classification du diabète et des états prédiabétiques

Groupe fondamental définissant les notions qui vont être abordées par la suite.

8. Dépistage du diabète de type 2 et des états prédiabétiques

Les recommandations de ce groupe définissent à la fois les cibles du dépistage (qui ?) et ses modalités (par quel moye intervalle ?) en pratique de 1er recours.

9. Bilan clinique et paraclinique initial

Recommandations concernant le bilan à effectuer par le praticien de 1er recours après la découverte d'un diabète. Y co un spécialiste pour le bilan clinique ou paraclinique initial.

10. Prévention et prise en charge de l'hypoglycémie

Chez le patient traité par insuline ou hypoglycémiant oral.

11. Antidiabétiques oraux et insulinothérapie chez le diabétique de type 2

Recommandations concernant la mise en place, les modalités, effets indésirables, combinaisons souhaitables et évent interactions des antidiabétiques oraux et de l'insuline chez le diabétique de type 2.

12. Questions spécifiques au diabète gestationnel et pré-gestationnel

Définitions, organisation de la prise en charge depuis le désir de grossesse jusqu'aux complications obstétricales, foetales et néonatales.

13. Education/interventions sur le mode de vie

Les recommandations de ce groupe concernent la prise en charge du mode de vie c'est à dire : activité physique, nutrition, lutte contre le surpoids et l'obésité, consommation tabagique, consommation d'alcool, facteurs psychosociaux. La vaccination contre la grippe et le pneumocoque est également abordée.

14. Prévention et prise en charge de la neuropathie diabétique

Recommandations concernant les mesures préventives, le suivi, la délégation de soins, le traitement des douleurs neurogènes, de la gastropathie et des troubles érectiles. Le pied diabétique n'est pas inclus, et fait l'objet d'un groupe de recommandations spécifiques.

15. Prévention et prise en charge de la rétinopathie diabétique

Recommandations concernant les mesures préventives, le suivi, la délégation de soins, le traitement de la baisse de l'acuité visuelle chez le diabétique. Des recommandations spécifiques sont également faites sur les aménagements de la prise en charge en cas de baisse de l'acuité visuelle (ex : soins à domicile).

16. Prévention et prise en charge des urgences hyperglycémiques

Recommandations concernant les états hyperosmolaires et acido-cétosiques..

17. Prévention, dépistage et prise en charge du risque coronarien chez le diabétique

Stratification du risque, mesures de prévention, mesures de prise en charge spécifiques.

Priorités incertaines

18. Insulinothérapie chez le diabétique de type 1

Recommandations ayant trait à la mise en place, les modalités, le contrôle/autocontrôle de l'insulinothérapie chez le diabétique de type I.

19. Conduite automobile

20. Prévention et prise en charge de l'hypertension artérielle

Définitions, objectifs et prise en charge de l'hypertension artérielle

21. Questions spécifiques au diabète de l'enfant

Définitions, organisation de la prise en charge, questions spécifiques relatives aux patients pédiatriques et organisation du passage aux soins adultes.

22. Prévention et prise en charge de la dyslipidémie

Définitions, objectifs et prise en charge de la dyslipidémie

Pas de priorité

23. Prise en charge prédiabète

Annexe 10

Titre (n°)

A qui sont destinées les recommandations ? • Personnes / patients : • Professionnels des soins :

Introduction, justificatifs

Méthode

Recommandations	Force (F/M)[1]

[1]F : Force élevée des recommandations, basées sur des preuves solides (design, qualité de réalisation), en principe
M : Force modérée des recommandations, basées sur des preuves méthodologiquement plus faibles et consensus d'expert (C)

Groupe ayant élaboré les RPC **Sous-groupe de travail** **Groupe de révision (avec la participation du sous-groupe de travail)**

Recommandations sources considérées

Date de la présente recommandation **Date de révision**