



Guide pratique des critères pour une « bonne » prise en charge du diabète en médecine de premier recours

Introduction

Le 15 août 2013, le comité de la Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie (SSED) a adopté une première version des critères élaborés par le groupe de travail « Disease Management Diabetes » (DMD) de la SSED, définissant une prise en charge efficace du diabète en médecine de premier recours. Les critères ont été remaniés par le DMD en 2017 et la présente version mise à jour a été adoptée par le comité de la SSED le 23 août 2017.,

Les 8 critères se réfèrent au *Diabetes Recognition Program* du NCQA et de l'ADA¹, mais sont adaptés pour la Suisse. Ainsi, les principaux aspects de la prise en charge et du suivi des patients atteints de diabète sont pondérés², ce qui donne lieu au calcul d'un score³. L'analyse porte sur des processus pertinents et simples à documenter (nombre d'entretiens sur le diabète / conseils concernant le mode de vie / examen des yeux, reins et pieds) ainsi que sur des paramètres spécifiques (HBA_{1c}, pression artérielle, lipides).

Les critères d'évaluation isolés de même que le nombre de points exigé ne peuvent ni ne doivent être appliqués à un seul patient donné, dans la mesure où il s'agit de valeurs cibles s'appliquant au suivi de tout un groupe de patients. Les valeurs cibles de patients isolés doivent être fixées individuellement, en fonction de la situation clinique de chaque patient.⁴

La structure des prestataires de soins médicaux et des populations de patients peut être très variable (p. ex. suivi dans un centre spécialisé, prise en charge partagée, très peu de patients atteints de diabète, différents stades de la maladie et/ou répartition en fonction de l'âge). Le score varie donc en fonction de la structure de soins. Le score minimal (70 points sur 100) exigé pour une « bonne pra-

¹ <http://www.ncqa.org/Programs/Recognition/DiabetesRecognitionProgramDRP.aspx>

² La pondération de la première version a pu être confirmée après consultation d'internistes. L'adaptation résulte des avis issus des projets pilotes et de l'évaluation actuelle par des experts de la pertinence pour la Suisse.

³ Cf. Annexe.

⁴ Article de référence : Diem et al.: Therapeutische Umschau 2009; DOI 10.1024/0040-5930.66.10.673; Philippe et al.: Recommandations sur le traitement du diabète de type 2; Forum Méd. Suisse 2009;9(3):50–55; Lehmann/Henzen/Christ: Die Behandlungsstrategie folgt keinem starren Stufenschema; Herz und Gefäss 2013;4:20-24



tique clinique » constitue une valeur indicative valable pour les médecins de premier recours exerçant en Suisse.⁵ Il est également prévu que ce score ne s'applique pas seulement à un médecin isolé et ses patients diabétiques, mais aussi à des structures médicales plus importantes (cabinets de groupe ou réseaux de médecins), dès lors que ces dernières pratiquent une prise en charge commune de la maladie chronique. Les critères et les scores seront adaptés aux développements techniques et cliniques futurs.

Parallèlement au développement de ces critères, dans le cadre d'un projet QualiCCare, la SSED a défini en 2014, en collaboration avec des fournisseurs de logiciels et des associations professionnelles concernées, des standards IT dans le but d'intégrer ces critères dans les processus de prise en charge du diabète au sens d'un *disease management* informatisé. Le *Disease Management Monitoring*, basé sur les technologies de l'information, sera amené ultérieurement à intégrer d'autres programmes de gestion de la maladie (p. ex. pour la BPCO). Une version Excel et un outil basé sur le Web permettant de recenser les critères et d'analyser les scores sont aujourd'hui disponibles. La version informatisée doit assurer les fonctions suivantes : fonctions de rappel (indiquer la date du prochain examen/conseil ou de la prochaine mesure nécessaire d'un paramètre), analyse interne individuelle des résultats, analyses globales du score (auto-contrôle interne et évaluation comparative externe), « passeports diabète » pouvant être générés et actualisés automatiquement par le logiciel et contenant toutes les données pertinentes pour les patients.

Remarques générales concernant les critères :

Les critères 1 et 2 consistent en un entretien (approche globale du diabète, interventions sur le mode de vie). Les critères 3, 4, 5 et 6 correspondent à des paramètres de mesure (HbA_{1c}, PA, lipides, reins), tandis que les critères 7 et 8 comportent un examen (yeux, pieds) devant être confirmé.

Tous les critères doivent être documentés dans l'anamnèse. En cas de délégation des prestations à un autre prestataire de soins, il convient de veiller à ce que la mesure des paramètres ou l'examen soient effectués au moins selon les mêmes normes de qualité que celles appliquées par le médecin traitant. Les entretiens (critères 1 et 2) ne peuvent être délégués qu'en cas de *disease management* commun.

Toutes les patientes et tous les patients pris en charge par une structure de soins pendant au moins 9 mois de la période d'observation (de douze mois) servant à calculer le score sont codés avec le diagnostic de diabète. Si p. ex. la période d'observation est définie comme une année civile, tous les patients diagnostiqués d'un diabète jusqu'au 31 mars devront être inclus dans l'évaluation, de même les patients diabétiques nouvellement soignés au cabinet. A l'inverse, les patients décédés avant le 30 septembre peuvent être éliminés de la base servant à calculer le score. Le score doit être calculé

⁵ La première valeur indicative de 75/100 a été rendue plausible par la cohorte « CoDiab-VD » de Peytremann Bridevaux / Burnand. Le score actuel de 70/100 points est une adaptation du score modifié du NCQA, même si les valeurs des différents critères et leur pondération pour la Suisse varient.



une fois par an, en se référant à la date de départ (que chaque structure de soins est libre de fixer elle-même).

Explication des pourcentages pour le calcul des scores : $\geq 80\%$ signifie que le critère est rempli chez 80 % des patients saisis.

Les 8 critères en détail

Critère 1 : entretien médical sur le diabète

- Au moins trois entretiens par an sur le diabète
 - chez $\geq 80\%$ = 10 points

Définition : on entend par « entretien sur le diabète » une consultation médicale d'au moins 10 minutes au cours de laquelle divers aspects de la maladie sont abordés. Si, lors de l'entretien, certains points des critères 2 à 7 sont évoqués et discutés, on considère que le critère 1 est rempli. Par contre, une consultation consistant uniquement à mesurer ou examiner les paramètres des critères 3 à 8 (sans entretien spécifique sur la maladie) ne peut être prise en considération dans l'évaluation du critère 1. L'entretien ne peut pas être délégué (sous peine de ne pas être pris en compte dans le calcul du score), mais il peut être mené par différents prestataires médicaux dès lors que ces derniers font partie d'une même structure interdisciplinaire de prise en charge et de suivi de la maladie. En cas de documentation électronique (anamnèse) selon le concept d'épisode, le code d'épisode peut être utilisé comme paramètre.

Conseils pratiques : de manière idéale, quatre entretiens par an avec le médecin doivent avoir lieu, car on peut déjà évaluer rétroactivement l'HbA_{1c} après seulement trois mois ; de plus, l'éducation des patients sur le diabète constitue une tâche d'envergure, si bien que plusieurs petites séances d'éducation/de conseil se révèlent souvent plus efficaces qu'une longue séance concentrée. Les conseils prodigués dans le cadre de l'éducation des patients doivent être répétés régulièrement. Il convient de tenir compte du stade de la maladie (complications), des ressources, du traitement, des co-morbidités et de la motivation du patient. Pour optimiser le conseil, il est également recommandé de remettre et d'expliquer aux patients les diverses fiches thématiques de diabètesuisse élaborées à leur intention par l'Association Suisse du Diabète. Idéalement, en vue d'approfondir son éducation, le patient sera orienté en sus vers un diabétologue, un(e) diététicien(ne), un(e) infirmier(e) clinicien(ne) spécialisé(e), un(e) assistant(e) médical(e) formé(e) ou d'autres prestataires de soins, et ce surtout en amont ou en cas de changements dans l'évolution de la maladie (p. ex. apparition de complications).

Brochures d'informations à l'intention des patients : brochures de diabètesuisse à commander sous www.diabetesuisse.ch

Critère 2 : motivation pour adapter son mode de vie au diabète

- Interventions sur le mode de vie
 - a. Conseils concernant le poids et l'activité physique (si $IMC \geq 25$)
chez $\geq 80\%$ = 5 points

- b. Traitement ou conseils concernant le sevrage tabagique (chez les fumeurs)
chez $\geq 80\%$ = 5 points

Définition : dès lors qu'il est fourni par le médecin, le critère 2 (motivation pour adapter son mode de vie au diabète) est utilisé simultanément avec le critère 1 et donc de façon double pour calculer le score. L'entretien peut être délégué au sein d'une structure interdisciplinaire de prise en charge et de suivi de la maladie et doit être repris lors de la consultation médicale.

- Il suffit d'informer simplement les patients avec un IMC $< 25\text{kg/m}^2$ sur les bénéfices de l'activité physique lors des entretiens réguliers sur le diabète (critère 1) pour que le critère 2 soit rempli.
- Les patients avec un IMC $\geq 25\text{kg/m}^2$ doivent recevoir systématiquement des conseils à la fois sur le poids (conseils diététiques) et sur l'activité physique pour que le critère soit rempli.
- Chez les non-fumeurs, le critère est rempli d'emblée, tandis que chez les fumeurs, un entretien médical doit permettre d'aborder les avantages et les méthodes du sevrage tabagique.

Si le patient refuse toutes les formes de conseil susmentionnées, il convient à minima de cerner sa motivation (ses barrières, ressources et besoins) et de définir ensemble la marche à suivre.

Conseils pratiques : il est recommandé de recourir à des protocoles sur plusieurs jours pour établir de nouvelles règles hygiéno-diététiques, néanmoins les changements de comportement sont souvent très difficiles à obtenir : à ce titre, il est important d'adopter une démarche tenant compte des ressources du patient et du stade de la maladie, et donc d'intégrer et d'analyser la motivation du patient avant même d'introduire des mesures à proprement dites.

Articles de référence : Puder/Keller: *Klinische Studien zum Empowerment bei Diabetes mellitus*, *Schweiz Med. Forum* 2005;43:1073-75. Cornuz et al.: *Désaccoutumance au tabac : mise à jour 2011*, *Forum Méd. Suisse* 2011;11(9):156–159.

Documents de travail à télécharger : www.vivre-sans-tabac.ch

Brochure d'informations à l'intention des patients : « Tabac et diabète » à commander sous www.diabetesuisse.ch

Critère 3 : HbA_{1c}

- HbA_{1c} (méthode validée, standardisée selon les normes NGSP [%] ou IFCC [mmol/mol])
 - $< 9,0\%$ ($< 75\text{ mmol/mol}$) chez $> 85\%$ = 12 points (c.-à-d. peu de patients extrêmement mal équilibrés)
 - $< 8,0\%$ ($< 64\text{ mmol/mol}$) chez $> 60\%$ = 8 points supplémentaires (la majorité des patients ont atteint les valeurs cibles selon les recommandations)
 - $< 7,0\%$ ($< 53\text{ mmol/mol}$) chez $> 40\%$ = 5 points supplémentaires

Définition : selon les recommandations actuelles (prise de position de l'ADA et de l'EASD), les valeurs cibles doivent si possible être adaptées à chaque patient – dans une fourchette comprise entre 6,5 %

(48 mmol/mol) et 8,0 % (64 mmol/mol) –, en fonction de divers facteurs (p. ex. traitement, stade de la maladie, co-morbidités, âge, etc.).⁶

La mesure de l'HbA_{1c} peut être déléguée à d'autres prestataires de soins (à l'intérieur ou en dehors d'une structure de soins) et les résultats pris en compte pour le calcul du score par le médecin traitant. Il convient de satisfaire aux exigences définies par la QUALAB⁷ en matière de contrôle de la qualité dans les laboratoires d'analyses médicales.

L'HbA_{1c} doit être mesuré au moins deux fois par an, en vue de remplir le critère de score, l'idéal étant même de procéder au moins trois à quatre fois par an à l'évaluation de ce paramètre.

Conseils pratiques : les patients avec des valeurs faussement élevées ou faibles de l'HbA_{1c} sont rares et n'ont donc quasiment pas d'impact sur le score. Toutefois, le cas échéant, il est possible d'évaluer l'HbA_{1c} à l'aide du tableau suivant (à condition de disposer de suffisamment de mesures de la glycémie pré- et post-prandiale) :

Glycémie moyenne en mmol/l	HbA _{1c} (en %)	HbA _{1c} (en mmol/mol)
5,5	5,1	32
6,0	5,4	36
6,5	5,7	39
7,0	6,0	42
7,5	6,3	46
8,0	6,7	49
8,5	7,0	53
9,0	7,3	56
9,5	7,6	60
10,0	7,9	63
10,5	8,2	66
11,0	8,5	70
11,5	8,9	73
12,0	9,2	77
12,5	9,5	80
13,0	9,8	84
14,0	10,4	91
16,0	11,7	104

Article de référence: Nathan et al.: *Translating the A1C Assay Into Estimated Glucose Values*, *Diabetes Care* 2008;31(8):1–6.

Critère 4 : pression artérielle

- Pression artérielle

Valeur moyenne sur un an :

- Mesures au cabinet < 140/90 mmHg chez > 65 % = 15 points

⁶ Inzucchi et al.: Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes : A Patient-Centered Approach, *Diabetes Care* 2012;35(6):1364-1379; Lehmann/Henzen/Christ: Die Behandlungsstrategie folgt keinem starren Stufenschema; *Herz und Gefäss* 2013;4:20-24.

⁷ Commission suisse pour l'assurance qualité dans le laboratoire médical, www.qualab.ch

Définition : la mesure de ce critère peut être déléguée à d'autres prestataires de soins (à l'intérieur ou en dehors d'une structure de soins) et les résultats peuvent être pris en compte pour le calcul du score par le médecin traitant. La mesure de la PA doit être réalisée sur le bras dominant (celui possédant la pression artérielle la plus élevée), chez le patient en position assise, après cinq minutes de repos. En cas d'hypertension « blouse blanche » avérée, il est possible – à titre exceptionnel – d'utiliser les valeurs cibles mesurées par le patient lui-même ou issues du monitoring ambulatoire sur 24 h de la pression artérielle. La pression artérielle doit être mesurée au moins deux fois par an. Idéalement, les mesures ont lieu bien plus fréquemment afin d'être à même de poser un diagnostic et d'évaluer et contrôler plus efficacement le déroulement du traitement.

Outil de référence : brochure « Hypertension artérielle – Recommandations pour les médecins » de la Société Suisse d'Hypertension, disponible sous format PDF sous www.swisshypertension.ch

Critère 5 : cholestérol

- LDL-cholestérol (chez les patients de < 75 ans, valeur moyenne sur un an)
 - < 2,60 mmol/l chez ≥ 63 % = 10 points

Recommandations : la mesure de ce critère peut être déléguée à d'autres prestataires de soins (à l'intérieur ou en dehors d'une structure de soins) et les résultats peuvent être pris en compte pour le calcul du score par le médecin traitant.

Il convient de satisfaire aux exigences définies par le QUALAB en matière de contrôle de la qualité. Le taux de LDL-cholestérol peut être calculé selon la formule de Friedewald (si les triglycérides < 5 mmol/l) :

$$\text{LDL-cholestérol} = \text{cholestérol total} - \text{HDL-cholestérol} - \text{triglycérides}/2.$$

Le cas échéant, le LDL-C peut être mesuré par une méthode de dosage direct.

Conseils pratiques : même sous statine, il est recommandé d'évaluer régulièrement le taux de cholestérol afin d'ajuster le traitement et de maintenir la motivation du patient. Le taux de cholestérol doit être mesuré une fois par an.

Outil de référence : guide de poche « Prévention de l'athérosclérose » édité par la GSLA, à commander sous www.gsla.ch

Brochure d'informations à l'intention des patients : « Le diabète & cholestérol » à commander sous www.diabetesuisse.ch

Critère 6 : recherche d'une néphropathie

- Recherche d'une néphropathie une fois par an (créatinine sérique + microalbuminurie)
 - chez ≥ 80 % = 10 points

Recommandations : la mesure de ce critère peut être déléguée à d'autres prestataires de soins (à l'intérieur ou en dehors d'une structure de soins) et les résultats pris en compte pour le calcul du score par le médecin traitant.

Il convient à la fois d'évaluer la microalbuminurie et de doser la créatinine. La microalbuminurie doit être mesurée de manière quantitative. Des mesures semi quantitatives avec un bâtonnet d'urine ne sont pas assez sensibles. Il convient de satisfaire aux exigences définies par le QUALAB en matière de contrôle de la qualité.

Conseils pratiques : en cas de résultat positif, ce dernier doit être confirmé au moins à trois reprises (en tenant compte de la créatininurie) avant que l'on puisse poser le diagnostic de néphropathie. Par ailleurs, il faut dans le même temps rechercher une éventuelle leucocyturie, afin d'exclure une impureté, une infection ou d'autres pathologies de l'appareil uro-génital susceptibles d'induire des résultats faussement positifs.

Brochure d'informations à l'intention des patients : « Néphropathie diabétique » à commander sous www.diabetesuisse.ch

Critère 7 : examen du fond de l'œil

- Examen du fond de l'œil au moins tous les deux ans par un spécialiste
chez $\geq 80\%$ = 10 points

Recommandations : l'orientation vers un ophtalmologue pour un examen du fond de l'œil peut, sur délégation, être effectuée par d'autres prestataires de soins, tout en étant prise en compte pour le calcul du score par le médecin traitant.

Conseils pratiques : selon les résultats, l'ophtalmologue peut être amené chez certains patients à agencer le prochain contrôle l'année suivante ou tous les 18 mois.

Brochure d'informations à l'intention des patients : « La rétinopathie diabétique » à commander sous www.diabetesuisse.ch

Critère 8 : examen des pieds

- Examen des pieds une fois par an (pouls et monofilament/sensibilité vibratoire)
 - chez $\geq 80\%$ = 10 points

Recommandations : la mesure de ce critère peut être déléguée à d'autres prestataires de soins (à l'intérieur ou en dehors d'une structure de soins) et les résultats pris en compte pour le calcul du score par le médecin traitant. Les pouls pédiens doivent être palpés sur les deux pieds au niveau de A. tibialis posterior et/ou dorsalis pedis ; en l'absence de pouls pédiens palpable, rechercher le pouls poplité et le pouls fémoral.

Pour évaluer la sensibilité protectrice, soit le diapason Rydel-Seiffer (application d'abord sur la face dorsale de la phalange distale du gros orteil ; en cas de résultats négatifs, répéter le test au niveau de



zones plus proximales, p. ex. la malléole), soit l'examen avec le monofilament, 4 sites au moins, doivent être appliqués sur les deux pieds.

Conseils pratiques : ne pas appliquer le monofilament sur les zones d'hyperkératose. Le diapason, quant à lui, doit être appliqué fermement. D'autres examens neurologiques tels que les réflexes, l'évaluation de la courbure de la voûte plantaire et un examen cutané permettent de compléter le diagnostic en cas de suspicion de syndrome du pied diabétique. En cas de polyneuropathie, il convient aussi de vérifier systématiquement si les chaussures, l'intérieur des chaussures et les semelles sont adaptés. Les patients de moins de 65 ans (64 ans pour les femmes) doivent impérativement être inscrits à l'AI pour la prise en charge du chaussage orthopédique.

Brochure d'informations à l'intention des professionnels : « Gestion du pied » (document élaboré dans le cadre du projet QualiCCare, test de risque du pied diabétique (www.sgedssed.ch), information complémentaire sur le test de risque (www.sgedssed.ch), brochure sur la prise en charge du pied diabétique (www.sgedssed.ch)

Pour les patients : brochure « Diabète et mes pieds » : http://sgedssed.ch/fileadmin/files/7_informations_betroffene/DIA_pieddiabetique_brochure_v2_sept2015_DEF_web_2_fr.pdf; brochure sur les pieds « Le diabète et vos pieds » à commander sous www.diabetesuisse.ch

Annexe :

Critères pour une « bonne » prise en charge du diabète en médecine de premier recours

Elaboration et actualisation par :

le groupe de travail « Disease Management Diabetes » (DMD) de la Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie (SSED) : Emanuel Christ (président), Michael Brändle, Astrid Czock, Peter Diem, Doris Fischer-Taeschler, Giacomo Gastaldi, Colque Gentian, Rolf Gräni, Isabelle Hagon-Traub, Margrit Hasler, Isabelle Zanella.

Critères (nombre max. de points réalisable)	Fréquence (p.a.)	Paramètres	Valeurs cibles (se rapportant à la population de patients)	Points
Contrôles réguliers (10 points)	min. 3	Contrôle du diabète (épisode)	chez ≥80 % des patients	10
Interventions sur le mode de vie (10 points)	min. 1	a) IMC<25 ∨ conseils concernant le poids et l'activité physique → poids, taille	IMC<25 ∨ conseils chez ≥80 %	5
		b) Non-fumeur ∨ traitement/conseils concernant sevrage tabagique → statut tabagique (nombre de paquets)	Non-fumeur ∨ traitement/conseils chez ≥80 %	5
HbA_{1c} (25 points)	min. 2	HbA _{1c} (DCCT-traceable)	Moyenne annuelle : < 9,0 % chez ≥85 % < 8,0 % chez ≥60 % < 7,0 % chez ≥40 %	12 +8 +5
Pression artérielle (15 points)	min. 2	Pression artérielle, <i>en position assise après 5 minutes de repos</i>	Moyenne annuelle : < 140/90 mmHg chez ≥65 %	15
LDL-cholestérol chez les patients de moins de 75 ans (10 points)	min. 1	LDL-C chez les patients de < 75 ans (en cas de plusieurs mesures par an : moyenne annuelle)	< 2,60 mmol/l chez ≥63 %	10
Recherche d'une néphropathie (10 points)	min. 1	Détermination de la créatinine sérique + microalbuminurie	chez ≥80 % des patients	10
Examen des yeux (10 points)	min. 1	Dernier contrôle des yeux chez l'ophtalmologue depuis moins de 2 ans	chez ≥80 % des patients	10
Examen des pieds (10 points)	min. 1	Pouls + monofilament ∨ Pouls + sensibilité vibratoire	chez ≥80 % des patients	10

Objectif : 70 sur 100 points possibles

Mise à jour : novembre 2017

Elaboré par le groupe de travail DMD de la SSED, adopté par le comité de la SSED le 15 août 2013

Modifié par le groupe de travail DMD de la SSED en juin 2017, adopté par le comité de la SSED le 23 août 2017