



(48 mmol/mol) et 8,064 mmol/mol) en fonction de divers facteurs (ex. traitement, stade de la maladie, comorbidités, âge, etc.).⁶

^{1c}

ore par le médecin traitant. Il convient de satisfaire aux exigences définies par le **QUALAB** de contrôle de la qua-

^{1c} doit être mesuré moins de deux fois par an, en vue de remplir le critère d même de procéder au moins à quatre

Conseils pratiques

^{1c} sont rares

^{1c}

mie préet postprandiale)

Glycémie moyenne en mmo	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 5 % = 15 points

⁶Inzucchi et al.: Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Patient-Centered Approach, *Diabetes Care* 2012;35(6):1367-9
⁷Lehmann/Henzen/Christ: Die Behandlungsstrategie folgt keinem starren Stufenschema; *Herz und Gefäss* 2013;4:20.



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) :

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

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 %	12
			< 8,0 % chez ≥60 %	+8
			< 7,0 % chez ≥40 %	+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