



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ALD 8

DIABÈTE DE TYPE 2

GUIDE MÉDECIN

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
GUIDE MEDECIN ALD 8 - DIABETE DE TYPE 2	4
I. BILAN INITIAL	4
I.1. Objectifs	4
I.2. Professionnels impliqués.....	4
I.3. Rappel du bilan de base	4
II. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE	6
II.1. Objectifs	6
II.2. Professionnels impliqués.....	6
II.3. Éducation thérapeutique et modification du mode de vie	6
II.4. Traitements pharmacologiques.....	6
II.5. Vaccination	9
III. SUIVI	10
III.1. Objectifs	10
III.2. Professionnels impliqués.....	10
III.3. Examens complémentaires.....	10
IV. COMPLICATIONS SPECIFIQUES	11
REFERENCES	12

INTRODUCTION

L'objectif de ce guide est d'expliciter pour les professionnels de santé la prise en charge optimale et le parcours de soins d'un malade admis en ALD au titre de l'ALD 8 : diabète. Le guide est limité à la prise en charge du diabète de type 2. Le guide médecin sera complété ultérieurement par des guides spécifiques à la prise en charge des complications oculaires, rénales et des lésions du pied.

Les principales sources utilisées pour élaborer ce guide ont été les recommandations : « *Traitement médicamenteux du diabète de type 2* » (actualisation, en cours de finalisation), « *Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique* » (Afsaps 2005), « *Recommandations de diagnostic et prise en charge de l'HTA essentielle de l'adulte* » (HAS 2005) et « *Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion des complications* » (Anaes 1999).

En 1999, la prévalence du diabète traité était estimée à 3,2 % (1 846 000) en population générale, et à 11,2 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant en France métropolitaine (données de l'Assurance maladie).

Un accroissement important de la prévalence du diabète de type 2 dans le futur est attendu du fait du vieillissement de la population et de la progression de l'obésité. L'impact de ces deux facteurs a été récemment évalué par l'INVS, prédisant suivant le scénario le plus vraisemblable un million de diabétiques supplémentaires en 2016 par rapport à 1999 (BEH 10/2006).

L'objectif de ce guide est d'être un outil pragmatique auquel le médecin traitant puisse se référer pour la prise en charge de la pathologie considérée. Le contenu du guide est discuté et validé par un groupe de travail pluridisciplinaire. Il présente la déclinaison pratique des recommandations pour la pratique clinique (RPC) et/ou des conférences de consensus (CDC) disponibles, secondairement complétée par des avis d'experts lorsque les données sont manquantes. L'avis des experts est en effet indispensable pour certains champs, tels que le suivi des patients où le rythme de surveillance du patient par exemple dépend plus d'un consensus de professionnels que de données comparatives obtenues dans le cadre d'études cliniques.

Un guide médecin ALD ne peut cependant pas envisager tous les cas spécifiques : toutes les comorbidités, les protocoles de soins hospitaliers, etc. Il ne revendique pas l'exhaustivité des conduites de prise en charge possibles ni ne se substitue à la responsabilité individuelle du médecin vis-à-vis de son patient. Ce guide reflète cependant la structure essentielle de prise en charge d'un patient diabétique de type 2 et sera mis à jour en fonction de la validation de données nouvelles.

GUIDE MEDECIN ALD 8 - DIABETE DE TYPE 2

I. BILAN INITIAL

I.1. Objectifs

- Identifier les facteurs de risque associés
- Rechercher une atteinte des organes cibles : cœur, vaisseaux, rein, œil, pied, système nerveux.

I.2. Professionnels impliqués

La prise en charge initiale du patient diabétique de type 2 est réalisée par le médecin traitant et/ou l'endocrinologue spécialisé en diabétologie.

Le recours au diabétologue lors du bilan initial est recommandé.

La consultation ophtalmologique à la recherche de complications oculaires est systématique. Le recours à des avis spécialisés peut être nécessaire.

I.3. Rappel du bilan de base

I.3.1. Recherche des facteurs de risque

— *Facteurs de risque cardio-vasculaire (éléments d'estimation du risque cardio-vasculaire global)*

- âge (> 50 ans chez l'homme et > 60 ans chez la femme) ;
- antécédents familiaux d'accident cardio-vasculaire précoce : infarctus du myocarde ou mort subite avant 55 ans chez le père ou chez un parent du 1^{er} degré de sexe masculin ; infarctus du myocarde ou mort subite avant 65 ans chez la mère ou chez un parent du 1^{er} degré de sexe féminin ;
- antécédents familiaux d'AVC constitué précoce (< 45 ans) ;
- tabagisme (tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans) ;
- HTA permanente traitée ou non ;
- HDL- cholestérol $\leq 0,4$ g/l quel que soit le sexe ;
- LDL-cholestérol > 1,60 g/l (4,1 mmol/l) ;
- microalbuminurie > 30 mg/24 heures.

— *Autres facteurs à prendre en compte :*

- obésité abdominale (périmètre abdominal > 102 cm chez l'homme et 88 cm chez la femme) ou obésité (IMC ≥ 30 kg/m²) ;
- sédentarité (absence d'activité physique régulière : soit environ 30 minutes, 3 fois par semaine) ;
- consommation excessive d'alcool (plus de 3 verres de vin/jour chez l'homme et 2 verres/jour chez la femme) ;
- aspects psychosociaux (activité professionnelle, problèmes psychologiques, psychosociaux, troubles de l'alimentation, dynamique familiale, facilité d'adaptation, éducation, emploi).

I.3.2. Recherche d'atteinte(s) d'organes cibles

La recherche d'éventuelles complications (symptomatiques ou non) oculaires, rénales, neurologiques, cardio-vasculaires (insuffisance myocardique, artériopathies), et de lésions du pied doit être effectuée de manière systématique au travers de l'interrogatoire, de l'examen clinique et d'actes et examens spécifiques. Le bilan peut nécessiter plusieurs consultations, et dans certains cas le recours à des avis spécialisés.

II. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

II.1. Objectifs

- Contrôle glycémique : contrôle de l'HbA1c en l'absence d'hypoglycémie sévère, à adapter en fonction de l'âge, de l'ancienneté du diabète, des situations particulières et du risque hypoglycémique.
- Contrôle des facteurs de risque associés.

II.2. Professionnels impliqués

La prise en charge thérapeutique des patients diabétiques est du domaine du médecin traitant et/ou de l'endocrinologue spécialisé en diabétologie.

Le recours au diabétologue est recommandé en cas de déséquilibre du diabète, de survenue de complications ou de passage à l'insuline.

L'éducation thérapeutique du patient réalisée par le médecin peut être complétée par :

- des professionnels paramédicaux spécialisés en diabétologie (diététiciens, infirmières, podologues, éducateurs médico-sportifs) ;
- une prise en charge avec un programme éducatif (type maison du diabète, programme proposé par les associations de patients) ;
- un suivi coordonné spécifique (prévention podologique, difficultés médico-sociales, éducation thérapeutique et diététique) proposé dans un réseau de soins.

II.3. Éducation thérapeutique et modification du mode de vie

II.3.1. Éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique comporte l'apprentissage et l'évaluation des connaissances du patient diabétique : intelligibilité de soi et de sa maladie, maîtrise des gestes techniques d'autosurveillance et d'autotraitement, compétence d'autodiagnostic, d'autogestion d'une crise, d'auto-adaptation de son cadre et de son mode de vie à sa maladie, d'auto-adaptation à une modification des conditions de vie, à l'évolution des thérapeutiques, résultats des dépistages des complications, planification des prochains dépistages.

II.3.2. Modification du mode de vie

La lutte active contre la sédentarité et la planification alimentaire représentent des interventions irremplaçables à toutes les étapes de la prise en charge du diabète.

Il est recommandé de proposer au patient une éducation en groupe (de préférence) ou individuelle par des médecins et des paramédicaux (diététicien, infirmier, éducateur médico-sportif).

L'objectif de la prise en charge diététique est la correction des principales erreurs alimentaires qualitatives : celle-ci repose sur la réduction des lipides surtout saturés, dont les effets bénéfiques sur les glycémies peuvent être jugés en quelques jours. Une réduction des sucres raffinés et de la consommation d'alcool est aussi nécessaire. L'activité physique consiste en des modifications réalistes du mode de vie quotidien et autant que possible repose sur 3 heures par semaine d'activité plus intensive adaptée au profil du patient.

II.4. Traitements pharmacologiques

Pour des raisons de simplicité, les guides médecins citent généralement les classes thérapeutiques sans détailler l'ensemble des médicaments indiqués dans la pathologie concernée. Il est entendu que chaque médicament n'est concerné que

dans le cadre précis de son autorisation de mise sur le marché (AMM). Si pour des raisons explicites tel n'est pas le cas, et plus généralement pour toute prescription d'un produit hors AMM, le prescripteur doit en informer spécifiquement le patient.

II.4.1. Traitements pharmacologiques du contrôle glycémique

— Stratégie thérapeutique

Le choix du traitement médicamenteux et les objectifs de traitement doivent être adaptés en fonction des patients (âge, ancienneté du diabète, situations particulières, risque hypoglycémique).

Les patients diabétiques de type 2 sont d'abord traités par mesures hygiéno-diététiques, qui doivent être poursuivies à toutes les étapes (cf. II.3.).

Le recours aux antidiabétiques oraux (4 classes thérapeutiques : metformine, inhibiteurs des alphaglycosidases intestinales (IAG), insulinosécréteurs, glitazone) a lieu lorsque les mesures hygiéno-diététiques (MHD) ne suffisent plus à contrôler la glycémie : HbA1c > 6 %. Les différentes étapes de traitement, définies dans les recommandations Afssaps/HAS 2006, pour le diabète découvert à un stade précoce, sont rappelées dans le tableau suivant.

Situation HbA1c	Traitement	Objectif HbA1c
Hb1c entre 6 % et 6,5 % malgré MHD	Monothérapie par metformine (ou IAG en cas d'intolérance ou de contre-indication)	< 6,5 %
HbA1c > 6,5 % malgré MHD	Monothérapie par insulinosécréteur ou metformine ou IAG	Maintenir l'HbA1c < 6,5 %
HbA1c > 6,5% malgré monothérapie et MHD	Bithérapie	Ramener l'HbA1c < 6,5 %
HbA1c > 7% malgré bithérapie et MHD	Trithérapie ou insuline + metformine +/- autres ADO sauf glitazone	Ramener l'HbA1c < 7 %
HbA1c > 8 % malgré trithérapie et MHD	Insuline + metformine +/- autres ADO sauf glitazone	Ramener l'HbA1c < 7 %

MHD : mesures hygiéno-diététiques ; ADO : antidiabétiques oraux ; IAG : inhibiteurs des alphaglycosidases intestinales

Insulinothérapie du diabète de type 2 : il est recommandé en première intention l'adjonction à une bithérapie orale d'une insuline semi-lente au coucher ou d'un analogue lent, en respectant la contre-indication de l'association des glitazones et de l'insuline. En cas d'échec, une insulinothérapie fractionnée (2 à 4 injections par jour) doit être mise en œuvre : par exemple 2 ou 3 mélanges semi-lente + rapide ou une basale lente + 3 rapides préprandiales. À ce stade, les insulinosécréteurs seront arrêtés. En revanche, la metformine peut être avantageusement poursuivie, en l'absence d'intolérance et de contre-indication, dans l'objectif de limiter la prise de poids.

— Place de l'autosurveillance glycémique

La prescription de l'autosurveillance glycémique ne doit pas être systématique chez les diabétiques de type 2. Elle est indiquée :

- chez les patients insulino-traités ;
- chez les patients chez qui l'insuline est envisagée à court ou moyen terme et avant sa mise en route ;
- chez les patients traités par insulinosécréteur afin de rechercher ou confirmer une hypoglycémie et d'adapter si besoin la posologie de ces médicaments ;

- afin d'améliorer l'équilibre glycémique lorsque l'objectif n'est pas atteint, comme instrument d'éducation permettant d'apprécier l'effet de l'activité physique, de l'alimentation et du traitement. Une autosurveillance plusieurs fois par semaine, à heure variable, est recommandée dans ce cas.

Dans tous les cas, la prescription et l'utilisation de l'autosurveillance glycémique doivent s'inscrire dans une démarche bien construite et aider aux choix thérapeutiques de concert avec le patient et son entourage. L'autosurveillance passive ne débouchant pas sur des conséquences thérapeutiques (meilleure observance, adaptation des doses) n'est pas recommandée.

II.4.2. Autres traitements pharmacologiques

— *Contrôle lipidique*

LDL-cholestérol

- L'objectif de LDL-cholestérol < 1,9 g/l est réservé au petit nombre de patients sans autre facteur de risque additionnel, dépourvus de microangiopathie (sans signe de rétinopathie et sans microalbuminurie) et dont le diabète évolue depuis moins de 5 ans.
- L'objectif est d'obtenir un LDL-cholestérol < 1,6 g/l chez les autres patients présentant au plus un facteur de risque additionnel.
- L'objectif est d'obtenir un LDL-cholestérol < 1,3 g/l chez les patients présentant au moins deux facteurs de risque additionnels à un diabète évoluant depuis moins de 10 ans.
- L'objectif est d'obtenir un LDL-cholestérol < 1 g/l chez les patients en prévention secondaire¹ ou à risque équivalent².

Afin d'atteindre ces objectifs, il est recommandé d'intensifier le traitement du diabète, de recourir à un régime restreint en graisses d'origine animale et si nécessaire de prescrire un hypolipidémiant (statine).

Hypertriglycéridémie exclusive (LDL-cholestérol < 1 g/l et TG > 2 g/l) et HDL cholestérol < 0,4 g/l, ou hypertriglycéridémie importante (TG > 4 g/l)

Il est recommandé d'intensifier le traitement du diabète, de recourir à un régime restreint en graisses d'origine animale et si nécessaire de prescrire un hypolipidémiant (l'utilisation d'un fibraté apparaît rationnelle).

— *Contrôle de la pression artérielle*

Objectifs tensionnels : PA \leq 130/80 mmHg (à adapter suivant les patients, le risque d'hypotension orthostatique chez la personne âgée, chez les personnes atteintes de neuropathie cardiaque autonome et suivant les traitements associés).

Application de mesures hygiénodététiques et association à un antihypertenseur en cas d'échec (cinq classes : bêtabloquant cardiosélectif, diurétique thiazidique, IEC, ARAI, inhibiteur calcique). Après échec de la monothérapie, bithérapie puis trithérapie.

¹ Patients ayant des antécédents de maladie coronaire avérée (angor stable et instable, revascularisation, IDM, IDM silencieux documenté) ; patients ayant des antécédents de maladie vasculaire avérée (AVC ischémique, artériopathie périphérique à partir du stade II ou supérieur).

² Patients ayant une atteinte rénale (albuminurie > 300 mg/24 h ou débit de filtration glomérulaire estimé par la formule de Cockroft-Gault < 60 ml/min) ou patients ayant un diabète évoluant depuis plus de 10 ans et au moins deux facteurs de risque cardio-vasculaire ; patients ayant un risque supérieur à 20 % de faire un événement coronarien dans les 10 ans (risque calculé à partir d'une équation de risque) (cf. Anaes : Recommandations sur les méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global).

— *Prévention du risque thrombotique*

L'administration de faibles doses d'aspirine (75 mg à 150 mg) est recommandée chez le diabétique ayant un facteur de risque cardio-vasculaire associé.

— *Contrôle du poids*

Objectifs : IMC < 25 kg/m², tour de taille < 94 cm (H) et < 80 cm (F).

L'application de mesures hygiénodététiques est systématique.

Le recours aux traitements pharmacologiques, type orlistat, sibutramine, reste optionnel.

— *Sevrage tabagique*

Arrêt du tabac, associé si besoin à un accompagnement du sevrage tabagique.

En première intention, chez les patients dépendants : substituts nicotiques (patch, gomme, pastille, inhalateur).

En deuxième intention : bupropion.

Une prise en charge spécialisée est recommandée chez les personnes fortement dépendantes ou souffrant de coaddictions multiples ou présentant un terrain anxio-dépressif.

Il est nécessaire d'anticiper les risques de déséquilibre du diabète par la polyphagie réactionnelle et la modification transitoire de la sensibilité à l'insuline.

— *Traitement des infections*

Les infections de tous ordres survenant chez les diabétiques doivent être prises en charge en raison de leur gravité particulière sur ce terrain.

II.5. Vaccination

Vaccinations contre la grippe et le pneumocoque.

III. Suivi

III.1. Objectifs

Vérifier :

- le niveau d'HbA1c et adapter le traitement ;
- l'autonomie de prise en charge et l'autosurveillance glycémique ;
- la tolérance au traitement ;
- l'observance (traitement pharmacologique et mesures hygiéno-diététiques) ;
- l'apparition ou la survenue de nouveaux facteurs de risque, les niveaux de pression artérielle et de lipides, l'adaptation des traitements ;
- l'apparition de complications du diabète (œil, rein, pied, système nerveux et cardio-vasculaire).
-

III.2. Professionnels impliqués

Le suivi du patient diabétique de type 2 est du domaine du médecin traitant et/ou de l'endocrinologue spécialisé en diabétologie. Le recours au diabétologue est recommandé dans le cas de déséquilibre persistant, de survenue de complications, de mise sous insuline, d'éducation thérapeutique.

Une consultation ophtalmologique annuelle est systématique.

Un examen dentaire annuel est systématique.

Le recours à des avis spécialisés peut être nécessaire :

- cardiologue (ECG de repos annuel ; survenue de complications) ;
- médecin vasculaire (aide au diagnostic de complications) ;
- radiologue, échographiste (aide au diagnostic de complications) ;
- néphrologue (aide au diagnostic de complications) ;
- neurologue (aide au diagnostic de complications) ;
- psychiatre, psychologue (prise en charge des troubles du comportement alimentaire, conduites addictives) ;
- diététicien (éducation thérapeutique, déséquilibre, surpoids ou obésité, troubles alimentaires) ;
- tabacologue (forte dépendance, coaddictions multiples, terrain anxio-dépressif) ;
- infirmier (éducation thérapeutique, suivi, injections d'insuline).
-

III.3. Examens complémentaires

III.3.1. Actes techniques

- Fond d'œil annuel avec dilatation systématique
- ECG de repos annuel, systématique
- Bilan cardiologique approfondi pour dépister l'ischémie myocardique asymptomatique chez le sujet à risque cardio-vasculaire élevé
- Écho-Doppler des membres inférieurs avec mesure de l'index de pression systolique (IPS) pour dépister l'artériopathie des membres inférieurs : chez les patients âgés de plus de 40 ans ou ayant un diabète évoluant depuis 20 ans, à répéter tous les 5 ans, ou moins dans le cas de facteurs de risque associés.

III.3.2. Suivi biologique

- HbA1c suivi systématique (4 fois par an)
- Glycémie veineuse à jeun (contrôle de l'autosurveillance glycémique, chez les patients en autosurveillance glycémique, une fois par an)
- Bilan lipidique (CT, HDL-C, TG, calcul du LDL-C) une fois par an
- Microalbuminurie, une fois par an
- Créatininémie à jeun, une fois par an
- Calcul de la clairance de la créatinine (formule de Cockcroft), une fois par an
- TSH (en présence de signes cliniques).

IV. COMPLICATIONS SPECIFIQUES

L'évolution de la maladie diabétique est marquée par la possibilité de complications spécifiques affectant plus particulièrement certains organes cibles : le rein, l'œil, les pieds, le système nerveux périphérique et l'appareil cardio-vasculaire.

Cette première version du guide ALD ne détaille pas ces différentes situations de prise en charge³. Les actes et prestations en rapport font néanmoins l'objet de modules spécifiques dans la liste d'actes et prestations élaborée avec ce guide (à l'exception des complications cardio-vasculaires qui seront progressivement intégrées dans les listes des ALD correspondantes).

³ Des travaux sont en cours pour la prise en charge du pied diabétique et des complications oculaires.

REFERENCES

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique. Recommandations. Saint-Denis: Afssaps; 2005.

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Traitement médicamenteux du diabète de type 2 (actualisation). Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis: Afssaps; 2006.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications. Paris: Anaes; 1999.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications. Paris: Anaes; 2000.

American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care* 2005;28(Suppl 1):S4-S36.

Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques, Société française de cardiologie, Puel J, Vanzetto G, Lassmann-Vague V, Monin JL, *et al.* Identification of myocardial ischemia in the diabetic patient. *Joint Alfediam and SFC recommendations. Diabetes Metab* 2004;30(3 Pt 3):3S3-18.

Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques, Société française de cardiologie, Charbonnel B, Bouhanick B, Le Feuvre C. Recommandations SFC / Alfediam sur la prise en charge du patient diabétique vu par le cardiologue. *Arch Mal Cœur Vaisseaux* 2004;97(3):229-49.

Care Management Institute, Kaiser Permanente. Adult diabetes clinical practice [complete summary]. Oakland (CA): Kaiser Permanente; Care Management Institute; 2004.

Diabetes Coalition of California, California Diabetes Prevention and Control Program. Working together to reduce the burden of diabetes. Sacramento (CA): California Diabetes Program; 2004.

Institute for Clinical Systems Improvement. Management of type 2 diabetes mellitus. Health Care Guideline 2004. <www.icsi.org> [consulté le 14-4-2005].

International Diabetes Center. Type 1 diabetes practice guidelines [complete summary]. Minneapolis (MN): International Diabetes Center; 2003.

International Diabetes Center. Type 2 diabetes practice guidelines [complete summary]. Minneapolis (MN): International Diabetes Center; 2003.

Massachusetts Department of Public Health, Diabetes Guidelines Work Group, Diabetes Prevention and Control Program. Massachusetts guidelines for adult diabetes care. Boston: Massachusetts Department of Public Health; 2003.

Ministry of Health Manatū Hauora, New Zealand Guidelines Group. Management of type 2 diabetes. Evidence-based best practice guideline. Wellington: NZGG; 2003.

National Institute for Clinical Excellence. Type 1 diabetes: diagnosis and management of type 1 diabetes in children, young people and adults. NICE: 2004.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Diabetes. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2001.

University of Michigan Health System. Management of type 2 diabetes mellitus. Guidelines for clinical care 2004. <<http://cme.med.umich.edu/pdf/guideline/diabetes04.pdf>> [consulté le 9-3-2005].

Veterans Health Administration Department of Defence. VHA/DoD clinical practice guideline for the management of diabetes mellitus. Washington (DC): Veterans Health Administration Department of Defence; 2003.

Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2000;23(Suppl 1):S4-19.

American Academy of Family Physicians, American Diabetes Association, Woolf SH, Davidson MB, Greenfield S, Bell HS, *et al.* The benefits and risks of controlling blood glucose levels in patients with type 2 diabetes mellitus. A review of the evidence and recommendations. Leawood: AAFP; 1999.

American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, Feld S, Hellman R, Dickey RA, Jellinger PS, *et al.* The American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for the management of diabetes mellitus : the AACE system of intensive diabetes self-management. *Endoc Pract* 2002;8(Suppl 1):40-82.

American Diabetes Association, Goldstein DE, Little RR, Lorenz RA, Malone JI, Nathan DM, *et al.* Tests of glycemia in diabetes. *Diabetes Care* 2004;27(Suppl 1):S91-3.

American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2005;28(Suppl 1):S37-42.

Association canadienne du diabète. Lignes directrices de pratique clinique 2003 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. *Can J Diabet* 2003;27(Suppl 2).

Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques, Valensi P, Gautier JF, Amarenco G, Sauvanet JP, Leutenegger M, *et al.* Neuropathie autonome chez le diabétique. *Recommandations de l'Alfediam. Diabetes Metab* 1997;23(1):89-99.

Burns J, Powell Davies G, Harris M. Quality indicators for diabetes programs in Australian divisions of general practice. Discussion paper prepared for GP Branch department of health & ageing. Sydney: University of New South Wales; 2002.

Campbell SM, Hann M, Hacker J, Durie A, Thapar A, Roland MO. Quality assessment for three common conditions in primary care: validity and reliability of review criteria developed by expert panels for angina, asthma and type 2 diabetes. *Qual Saf Health Care* 2002;11(2):125-30.

Haut Comité médical de la sécurité sociale. Diabète de type 1 et diabète de type 2. Recommandations du Haut Comité médical de la sécurité sociale 2002. <http://www.ameli.fr/16/DOC/187/article_pdf.html#> [consulté le 9-3-2005].

Hearnshaw H, Harker R, Cheater F, Baker R, Grimshaw G. A study of the methods used to select review criteria for clinical audit. *Health Technol Assess* 2002;6(1).

Hearnshaw HM, Harker RM, Cheater FM, Baker RH, Grimshaw GM. Expert consensus on the desirable characteristics of review criteria for improvement of health care quality. *Qual Health Care* 2001;10(3):173-8.

Hollis S, Bennet J, Khong C, Elton P, Whitfield P, Kiauka S, *et al.* Quality indicators for diabetes services QUIDS. Final report of a development project commissioned by NICE, diabetes UK & NHS executive - North West 2000. <http://www.quids.org.uk/Quids_Reports/quidsreport.pdf> [consulté le 4-3-2005].

Intracorp. Diabetes mellitus [complete summary]. Philadelphia (PA): Intracorp; 2003.

Mazze RS, Simonson G, Strock E, Bergenstal R, Idrogo M, Ramirez S, *et al.* Staged diabetes management a systematic evidence-based approach to the prevention and treatment of diabetes and its co-morbidities. Proceeding of staged diabetes management: Worldwide Outcomes 2000. November 2000, Puebla, Mexico. *Pract Diab Int* 2001;18(7):S1-16.

Mazze RS, Strock E, Simonson GD, Bergenstal RM. Prevention, detection and treatment of diabetes in adults. Quick guide. Minneapolis (MN): Parck Nicollet Institute; 2005.

Mensing C, Boucher J, Cypress M, Weinger K, Mulcahy K, Barta P, *et al.* National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care* 2005;28(Suppl 1):S72-9.

National Academy of Clinical Biochemistry, Sacks DB, Bruns DE, Goldstein DE, MacLaren NK, McDonald JM, *et al.* Guidelines and recommendations for laboratory analysis in the diagnosis and management of diabetes mellitus. Laboratory medicine practice guidelines. Washington (DC): American Association for Clinical Chemistry; 2002.

Office Canadien de Coordination de l'Evaluation des Technologies de la Santé, McGahan L. La surveillance continue de la glycémie dans la prise en charge du diabète sucré. Ottawa: OCCETS; 2002.

Office Canadien de Coordination de l'Évaluation des Technologies de la Santé. Évaluation préliminaire. Vérification du diabète. Ottawa: OCCETS; 2004.

Rodríguez-Saldaña J, Jonguitud-Falcón A, Clark CL, Escorza-Domínguez AB, Morales de Teresa M, Ortiz-Gress AA. Staged diabetes management in Mexico: optimizing care with limited resources. *Diabet Voice* 2003;48(4):20-2.

Texas Tech University Managed Health Care Network Pharmacy and Therapeutics Committee. Type 1 and 2 diabetes mellitus [complete summary]. Conroe (TX): University of Texas Medical Branch Correctional Managed Care; 2003.

Varroud-Vial M, Simon D, Attali J, Durand-Zaleski I, Bera L, Attali C, *et al.* Improving glycaemic control of patients with Type 2 diabetes in a primary care setting: a French application of the Staged Diabetes Management programme. *Diabet Med* 2004;21(6):592-8.