

## Les lignes directrices de pratique clinique pour la prise en charge du diabète : comment peuvent-elles assurer de façon optimale des soins de meilleure qualité ?

PAR ONIL BHATTACHARYYA, M.D., PH.D., CCFP ET ELIZABETH ESTEY, M.A.

La prévalence du diabète augmente, ce qui accroît le fardeau qui pèse sur le système de soins de santé, et la plupart de ce fardeau est supporté par les établissements de soins primaires. Par conséquent, les fournisseurs de soins sont confrontés à de nombreuses priorités concurrentes, le diabète étant souvent l'un des multiples problèmes à résoudre lors de la visite d'un patient. Étant donné que la qualité des soins est sous-optimale dans la plupart des établissements, des lignes directrices ont été élaborées afin de synthétiser les données et de guider la pratique. Cependant, la complexité et l'ambiguïté des recommandations issues des lignes directrices pourraient limiter leur application dans les soins routiniers. Les stratégies pour améliorer la qualité ciblent généralement l'environnement ou les fournisseurs de soins mais une modification des lignes directrices elles-mêmes pourrait s'avérer une approche plus efficace. Dans le présent numéro d'*Endocrinologie – Conférences scientifiques*, nous examinons les priorités dans les soins diabétiques ainsi que les possibilités pour faciliter l'application des lignes directrices, en assurant que les éléments des soins les plus efficaces soient administrés de façon systématique.

### Amélioration de la qualité des soins diabétiques

La prévalence du diabète au Canada augmente ainsi que son fardeau sur le système de santé<sup>1</sup>. Étant donné que la majorité des patients diabétiques sont traités par leur médecin de famille, c'est eux qui déterminent le plus souvent la qualité des soins diabétiques<sup>2</sup>. Les fournisseurs de soins primaires font face à des demandes complexes et concurrentes dans la prise en charge du diabète, non seulement en raison des nombreuses mesures à prendre, mais également du fait qu'il ne s'agit que de l'un des nombreux problèmes à résoudre chez ces patients, souvent lors d'une seule visite. En raison du temps limité, des contraintes organisationnelles et des divers degrés de motivation, de nombreux aspects des soins du diabète ne sont pas systématiquement satisfaits<sup>3</sup>. Le *Report on Ontario's Health System* élaboré en 2008 par le Conseil ontarien de la qualité des services de santé<sup>4</sup> indique que : « La plupart (des patients atteints de diabète) ne font pas l'objet d'examen des pieds, des yeux ou d'une surveillance périodique de la glycémie suffisamment fréquemment... (et) seulement 6 % des patients diabétiques ont reçu tous les soins désirés simultanément ».

Les lignes directrices de pratique clinique (LDPC), établissant un lien entre les données issues de la recherche médicale et la pratique clinique, sont devenues un moyen d'aider les fournisseurs de soins à faire appliquer les données probantes de plus en plus nombreuses dans la pratique clinique et à fournir à leurs patients des soins optimaux<sup>5</sup>. Le défi à relever en ce qui concerne les LDPC est de résumer les données probantes et de permettre leur utilisation dans la pratique. Bien que les LDPC soient parvenues dans une grande mesure à synthétiser la littérature sur les options thérapeutiques cliniques, il existe beaucoup moins d'informations sur l'application des LDPC dans la pratique. Il existe plus de 350 000 études dans la base de données Collaboration Cochrane sur les traitements des différentes maladies<sup>6</sup>, mais seulement 2400 études sur le degré d'application systématique des traitements efficaces<sup>7</sup>. Par conséquent, il existe davantage d'information sur le traitement recommandé dans les lignes directrices que sur les approches nécessaires pour appliquer ces traitements dans la pratique.

La traduction des connaissances est l'étude des méthodes pour combler l'écart existant entre les mesures connues comme étant efficaces en médecine et les mesures prises habituellement<sup>8</sup>. Les stratégies d'application extrinsèques ou intrinsèques sont utilisées pour atteindre cet objectif<sup>9</sup>.



Leading with Innovation  
Serving with Compassion

**ST. MICHAEL'S HOSPITAL**  
A teaching hospital affiliated with the University of Toronto



### Membres de la Division d'endocrinologie et du métabolisme à l'Hôpital St. Michael

LAWRENCE LEITER, MD (CHEF)  
RÉDACTEUR, ENDOCRINOLOGIE  
CONFÉRENCES SCIENTIFIQUES

ANDREW ADVANI, MD, PHD  
GILLIAN BOOTH, MD  
ALICE CHENG, MD  
PHILIP CONNELLY, PHD  
CHRISTINE DERZKO, MD  
RICHARD GILBERT, MD  
JEANNETTE GOGUEN, MD  
LOREN GROSSMAN, MD  
AMIR HANNA, MD  
DAVID JENKINS, MD, PHD  
ROBERT JOSSE, MD  
MARIA KRAW, MD  
TIM MURRAY, MD  
DOMINIC NG, PHD, MD  
JOEL RAY, MD  
WILLIAM SINGER, MD  
VLAD VUKSAN, PHD  
QINGHUA WANG, MD, PHD  
TOM WOLEVER, MD, PHD  
MINNA WOO, MD, PHD  
CATHERINE YU, MD

Hôpital St. Michael  
6121-61, rue Queen  
Toronto (Ontario) M5C 2T2  
Fax : (416) 867-3696

Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de la Division d'Endocrinologie et du Métabolisme, Hôpital St. Michael, l'Université de Toronto, du commanditaire de la subvention à l'éducation ou de l'éditeur, mais sont celles de l'auteur qui se fonde sur la documentation scientifique existante. On a demandé à l'auteur de révéler tout conflit d'intérêt potentiel concernant le contenu de cette publication.

Les stratégies extrinsèques sont axées sur la modification de l'environnement ou du comportement du clinicien pour améliorer l'observance des lignes directrices. Bien que ce soit l'approche la plus fréquente qui est appliquée et a été testée dans la littérature, les coûts ainsi que l'efficacité de ces stratégies sont extrêmement variables et on ne sait pas précisément laquelle est la plus bénéfique<sup>10</sup>. En revanche, les stratégies d'application intrinsèques modifient les lignes directrices pour faciliter l'application des données et améliorer la qualité des soins. Bien que ces dernières n'aient pas été testées à grande échelle, elles peuvent être extrêmement rentables. Par exemple, le fait de se concentrer sur les changements à apporter au processus d'élaboration des lignes directrices nécessite des ressources additionnelles minimales, ce qui en fait potentiellement la stratégie la plus efficace pour améliorer l'utilisation des lignes directrices de pratique clinique. Avant d'examiner en détail les approches intrinsèques pour l'application des lignes directrices, il est important d'examiner comment les lignes directrices permettent actuellement de prendre des décisions cliniques éclairées ; en particulier, comment les LDPC aident les fournisseurs de soins primaires à établir des priorités dans les décisions sur les soins à administrer dans un contexte de contraintes.

### Établissement des priorités dans les soins diabétiques

Les lignes directrices sont sensées guider les fournisseurs de soins et leur permettre de prendre des décisions cliniquement pertinentes et fondées sur des données probantes. Cependant, certaines études suggèrent que les fournisseurs de soins suivent leur « bon sens » plutôt que des lignes directrices lorsqu'ils prennent des décisions en matière de soins de santé, c'est-à-dire qu'ils glanent rapidement des bribes d'information dans des documents ou auprès de leurs collègues pour appuyer leurs décisions cliniques au lieu d'examiner systématiquement les lignes directrices<sup>11</sup>. Des travaux de recherche additionnels suggèrent que l'on ne sait pas précisément dans quelle mesure l'établissement de priorités est une décision consciente et raisonnée. Par exemple, dans une enquête auprès d'omnipraticiens de centres de santé communautaires aux États-Unis, les répondants ont classé la surveillance de la glycémie et de l'hémoglobine glyquée (HbA<sub>1c</sub>), les examens ophtalmologiques, les examens des pieds, l'alimentation et les recommandations concernant l'activité physique comme ayant la même importance<sup>12</sup>. Cependant, la vérification de la qualité des soins révèle que l'observance des recommandations par les fournisseurs de soins est extrêmement variable<sup>3</sup>. De toute évidence, il existe un écart entre notre connaissance de ce que les fournisseurs de soins jugent comme étant important, ce que les lignes directrices de pratique clinique leur recommandent de faire et ce qu'ils sont en mesure de faire de façon systématique dans un contexte clinique. Une étude qualitative récente dans un contexte où l'établissement des priorités des soins est particulièrement nécessaire résume certaines de ces lacunes<sup>13</sup>.

Dans la zone Sioux Lookout dans le Nord-Ouest de l'Ontario, le taux de diabète est l'un des plus élevés dans le monde. La population comprend des communautés autochtones éloignées où des soins sont administrés dans des postes de soins infirmiers qui reçoivent la visite régulière de médecins<sup>13</sup>. Des infirmières, des médecins, des

éducateurs en diabète et des représentants en santé communautaire ont été interviewés afin que l'on comprenne comment ils établissent les priorités des soins dans un contexte de contraintes importantes dans les ressources. Ces entretiens ont révélé trois principaux thèmes :

- Les fournisseurs de soins ont été dépassés par le volume et la complexité des soins requis
- Les fournisseurs de soins ne savaient pas précisément quels éléments des soins du diabète étaient prioritaires
- Les fournisseurs de soins ne considéraient pas qu'ils puissent fournir des soins éclairés et équilibrés.

### Volume et complexité des soins

Les fournisseurs ont expliqué qu'ils sont souvent dépassés par la quantité de travail requise pour appliquer toutes les recommandations des lignes directrices de façon systématique. Comme l'un des participants l'expliquait : « Ils (les soins diabétiques) exigent beaucoup de personnel car les diabétiques sont si nombreux. » Dans toute l'étude, les auteurs ont suggéré implicitement et explicitement que les lignes directrices de pratique clinique devraient être adaptées, simplifiées ou modifiées pour aider les fournisseurs de soins à mieux gérer les soins et à établir des priorités parmi ceux-ci.

### Indécision dans l'établissement des priorités

Étant donné l'incapacité à appliquer tous les aspects des lignes directrices, les fournisseurs de soins ont expliqué leurs priorités et pourquoi elles étaient des priorités. Certains médecins ont classé la surveillance de la tension artérielle comme étant hautement prioritaire, alors que la prise en charge du cholestérol et le contrôle glycémique ont été classés en deuxième et troisième position en ordre d'importance. Les examens des pieds et la neuropathie ont été classés comme faiblement prioritaires, car les fournisseurs de soins étaient d'avis qu'ils n'avaient pas suffisamment de temps, de connaissances ou de ressources pour faire face à ces complications chez un patient dont les tests étaient positifs. Cependant, certains médecins et la plupart du personnel infirmier n'ont identifié aucune priorité. Un exemple nous en est donné par la déclaration d'un médecin sur les soins prioritaires :

*Je suis hésitant car je ne suis pas parvenu à accorder le degré d'importance qui convient aux différents éléments des soins. Ils sont nombreux et je m'efforce de tous les accomplir, mais si j'avais à en choisir un, je ne sais pas lequel je choisirais, peut-être une aspirine (rire)... Je ne sais pas quel critère j'utiliserais actuellement pour établir des priorités dans les soins. Ainsi, en ce qui concerne les infirmières, j'essaie de les encourager à avoir une perspective globale.*

Il est intéressant de noter que ce fournisseur de soins indique l'acide acétylsalicylique qui aurait eu des bienfaits incertains chez de nombreux patients, comme l'unique intervention qu'il ait pu choisir<sup>14,15</sup>. Du matériel et/ou des outils spécifiques visant à aider les fournisseurs de soins à prendre des décisions et à établir des priorités en matière de soins pourraient clarifier la situation et être potentiellement bénéfiques pour les cliniciens et les patients.

### Équilibrer les priorités

La nécessité d'une base de connaissances complète ainsi que de nombreuses compétences différentes pour fournir

des soins chroniques adéquats a également été soulevée, en particulier dans le contexte d'un juste milieu entre la prise en charge médicale du diabète et un counseling sur le style de vie. Comme l'un des participants l'expliquait :

*Nous devons savoir tout faire : de l'examen clinique complet à la prise en charge pharmacologique par des inhibiteurs de l'ECA, des statines, le glyburide, des biguanides, des glitazones... et ce qui pourrait réellement faire la différence : le contrôle du poids et l'activité physique. Nous avons donc médicalisé ce problème et nous transmettons un double message : le régime alimentaire et l'activité physique sont de la plus grande importance et je vais consacrer les 10 prochaines minutes à vos médicaments...*

Cette citation montre également le temps limité dont disposent les fournisseurs de soins pour solutionner un grand nombre de problèmes avec les patients, ainsi que la confusion qui règne dans l'esprit des fournisseurs de soins et des patients pour parvenir à cet équilibre.

Cette étude et la littérature sur les obstacles aux soins suggèrent que la réduction de la complexité et l'orientation des fournisseurs de soins vers certains aspects des soins pourraient améliorer l'utilisation systématique des interventions ayant l'impact le plus important sur les soins primaires.

### **Les lignes directrices de pratique clinique (et les critiques formulées sur celles-ci)**

Les LDPC sont conçues pour permettre aux fournisseurs de soins d'être toujours au courant des toutes dernières informations médicales et permettent de fournir les soins les plus efficaces et appropriés à leurs patients<sup>16,17</sup>. Bien que les LDPC soit conçues pour guider la prise de décisions et faciliter l'application des données issues de la recherche dans la pratique clinique, elles ont été critiquées sur un certain nombre de fronts. Certaines des principales critiques sont examinées ci-dessous.

L'élaboration de lignes directrices cliniquement valides a été largement examinée dans la littérature<sup>18,19</sup>. Bien que cela dépasse la portée de cet article, il est important de noter que la façon dont ces lignes directrices sont élaborées et les personnes impliquées dans leur élaboration peuvent influencer sur leur validité et leur pertinence clinique<sup>20,21</sup>. Les LDPC sont complètes, mais leur présentation a été décrite par un expert comme suit : « bien que l'élaboration de lignes directrices soient un exercice efficace dans la synthèse et le résumé des travaux de recherche, la documentation complète peut être aussi longue que des centaines de pages – un volume qui dépasse la capacité de lecture du lecteur le plus zélé »<sup>22</sup>. Un article récent publié dans *JAMA* a examiné les données sur lesquelles reposaient les lignes directrices de l'*American College of Cardiology (ACC)/American Heart Association (AHA)* de 1984 à 2008<sup>23</sup>. Les auteurs ont constaté que le nombre de recommandations a constamment augmenté avec le temps et les LDPC sont plus longues actuellement qu'elles ne l'ont jamais été, mais elles ne sont pas davantage fondées sur des données probantes<sup>23</sup>. Par exemple, il existe un plus grand nombre de recommandations de classe II (données contradictoires et/ou divergence d'opinion sur l'utilité/l'efficacité d'une intervention ou d'un traitement) et un nombre assez constant de recommandations de classe I (affection pour laquelle il existe des preuves et/ou un accord général qu'une intervention ou un traitement est utile et efficace). De plus, le niveau de

preuve le plus fréquemment désigné est le niveau le plus bas (niveau C), ce qui signifie qu'une grande partie des recommandations est fondée uniquement sur l'opinion d'experts, des études de cas ou les soins habituels<sup>23</sup>. La présentation d'un plus grand nombre d'informations (et non d'informations qui sont davantage fondées sur des preuves) constitue un obstacle à l'application de ces lignes directrices et suscite des préoccupations quant à la qualité des soins.

En réponse à la longueur accrue des LDPC, les concepteurs de ces lignes directrices ont adopté de nouvelles techniques de formatage pour souligner les recommandations importantes et résumer l'énorme quantité de travaux de recherche<sup>24</sup>. Bien que ces mesures visent à aider à clarifier les aspects importants des lignes directrices, l'ambiguïté et le caractère vague des LDPC pourraient empêcher les fournisseurs de soins de prendre des décisions rapides et faciles sur les soins à administrer<sup>25</sup>. En effet, on craint que les lignes directrices aient tendance à fournir une orientation générale, et non à prescrire une action spécifique<sup>26</sup>. Comme Shaneyfelt et Centor<sup>27</sup> l'indiquent :

*Les lignes directrices sont souvent trop orientées sur une seule maladie et ne sont pas centrées sur les patients. Les patients n'ont rarement qu'une seule maladie et peu de lignes directrices sinon aucune ne permettent aux médecins de faire face à la complexité des cas. Paradoxalement, les lignes directrices sont souvent trop complètes, couvrant toutes les interventions possibles pour un patient qui ne souffre que d'une seule maladie... Si ces lignes directrices comprennent un message important, celui-ci risque d'être perdu dans les détails (c'est nous qui soulignons).*

Étant donné la complexité des lignes directrices et leurs cibles, les fournisseurs de soins continueront sans aucun doute leur lutte pour comprendre quelles données on devrait utiliser dans la pratique et quels processus de soins devraient être prioritaires.

Dans une étude randomisée et contrôlée (ERC), Shekelle et coll.<sup>28</sup> ont comparé quels effets avaient le fait que les médecins ne reçoivent aucune ligne directrice par rapport au fait qu'ils reçoivent des informations spécifiques et non spécifiques. Ces comparaisons ont révélé un lien important entre la clarté des lignes directrices et leur application. Par exemple, les auteurs de cette étude ont constaté que les médecins qui reçoivent des recommandations non spécifiques issues de lignes directrices prennent moins de décisions cliniques appropriées que ceux qui n'en reçoivent aucune. Inversement, ceux recevant des recommandations spécifiques ont pris des décisions cliniquement plus appropriées que ceux qui ont reçu des recommandations non spécifiques<sup>28</sup>.

Toutes les critiques indiquées ci-dessus suggèrent que l'élaboration, l'utilisation et la compréhension des LDPC peuvent limiter leur application. La question est celle de savoir quelles autres caractéristiques des LDPC permettent de prédire leur application ?

### **Applicabilité**

La complexité des lignes directrices et l'absence de clarté ou de langage spécifique sont souvent cités comme des obstacles intrinsèques à l'application des LDPC<sup>26,29</sup>. La synthèse des lignes directrices et leur présentation dans un format plus lisible et utilisable (p. ex. pochette à fiche, algo-

rithmes, etc.) sont de plus en plus fréquemment utilisées pour améliorer leur application. Cependant, ces outils ne sont pas toujours élaborés systématiquement et le processus peut donner lieu à une mauvaise interprétation. L'« applicabilité » est un terme qui se réfère à une série de caractéristiques qui permettent de prédire la facilité relative de l'application des recommandations issues des lignes directrices<sup>9</sup>. En se concentrant sur l'applicabilité d'une ligne directrice et la clarification de son message, il devient plus facile d'appliquer les recommandations et d'élaborer des outils simples dans la pratique clinique sans perdre de vue les données probantes.

L'élaboration et l'utilisation d'un outil d'applicabilité sont une façon de modifier les LDPC. Le *Guide-Line Implementability Appraisal* (GLIA) est un outil conçu par une équipe à Yale pour aider à fournir des informations applicables pour les concepteurs et les utilisateurs de lignes directrices<sup>9</sup>. En ciblant les concepteurs de lignes directrices, on s'assure que leur applicabilité est prise en considération dans le processus d'élaboration, car c'est le moment idéal pour remédier à l'ambiguïté, au caractère vague et à la complexité des LDPC<sup>25</sup>. Il est également important de faire en sorte que les personnes qui appliquent les lignes directrices (i.e. fournisseurs de soins de santé – personnel infirmier, médecins, etc.) utilisent l'outil permettant de sélectionner les recommandations applicables (ou de déterminer celles qui sont prioritaires) ou élaborent des stratégies pour surmonter les obstacles à l'application des LDPC.

L'outil GLIA consiste en 9 dimensions différentes : décidabilité (dans quelles circonstances devrait-on prendre certaines mesures); exécutabilité (que faire); effet sur le processus des soins (effet sur le flux de travail normal); présentation et formatage (facilement reconnaissables et distinctes); résultats mesurables (avec des paramètres identifiés et capacité de suivi); validité apparente (reflétant les intentions des concepteurs et les données probantes); nouveauté/innovation (proposition de nouvelles idées ou des pratiques non conventionnelles); souplesse (place laissée à l'interprétation et à l'exécution) et computabilité (facilité d'opérationnalisation électronique, au besoin)<sup>9</sup>. Il existe 24 questions pour guider l'utilisateur à comprendre ces dimensions et à les appliquer aux lignes directrices individuelles. Sept autres questions sont consacrées à des « considérations globales » et visent les lignes directrices globalement.

### Amélioration de l'applicabilité des lignes directrices sur le diabète

Pour tester l'outil GLIA, nous l'avons appliqué à des recommandations issues des lignes directrices de pratique clinique 2008 de l'Association canadienne du diabète (ACD)<sup>14</sup> en écrivant un résumé pour la publication *Canadian Family Physician*<sup>30</sup>. Par souci de brièveté, les niveaux de preuve et les grades ont été réduits à un score d'une seule lettre (tableau 1). Le tableau 2 indique les recommandations initiales et révisées par le GLIA de l'ACD. Les révisions apportées aux valeurs cibles recommandées pour la dyslipidémie et l'hypertension sont axées largement sur la réduction du texte inutile, la clarification des énoncés si-alors, et

**Tableau 1: Critères utilisés pour assigner des niveaux de preuve et des grades aux recommandations incluses dans les LDPC**

#### Grade A :

La meilleure preuve est le niveau 1.

**Niveau 1A :** Revue ou méta-analyse systématique d'études randomisées et contrôlées de haute qualité OU étude randomisée et contrôlée ayant une puissance suffisante pour répondre à la question posée par les chercheurs.

**Niveau 1B :** Étude clinique non randomisée ou étude de cohortes dont les résultats sont incontestables.

#### Grade B :

La meilleure preuve est le niveau 2.

**Niveau 2 :** Étude randomisée et contrôlée ou revue systématique qui ne répond pas aux critères du niveau 1

#### Grade C :

La meilleure preuve est le niveau 3.

**Niveau 3 :** Étude clinique non randomisée ou étude de cohortes.

#### Grade D :

La meilleure preuve est le niveau 4 ou un consensus.

**Niveau 3 :** Autre

la mise en valeur des points importants. Cela concorde avec l'outil GLIA, qui souligne l'importance de LDPC claires, concises, valides et souples.

Bien que la révision de ces recommandations ait été assez facile, l'application de GLIA à une recommandation plus complexe a été difficile. Prenons la recommandation n°2 sous le titre « Valeurs cibles pour le contrôle glycémique » dans les LDPC-ACD 2008.

Un taux cible d'HbA<sub>1c</sub> de ≤6,5 % peut être envisagé chez certains patients atteints de diabète de type 1 pour réduire davantage le risque de néphropathie [*Grade A Niveau 1A (4)*], mais cela doit être soupesé avec le risque d'hypoglycémie [*Grade A Niveau 1A (4,5)*] et une mortalité accrue chez les patients qui présentent un risque significativement élevé de maladie cardiovasculaire [*Grade A Niveau 1A (4)*].

Il est évident que le fait simplement de modifier le texte et/ou de le raccourcir ne suffira pas car il y a plusieurs ambiguïtés. Par exemple, que signifie « certains patients » ? Comment comparer les risques de néphropathie et d'hypoglycémie ? Que signifie un « risque significativement élevé de maladie cardiovasculaire » ? Pour répondre à ces questions, il est nécessaire de comprendre le compromis entre la fidélité du message et les éléments probants et la clarté de celui-ci. Le fait de faciliter un dialogue entre des experts dans le domaine des preuves cliniques (concepteurs de lignes directrices) et des experts dans le domaine des contraintes contextuelles (utilisateurs des lignes directrices) pourrait assurer que les données probantes ne soient pas perdues pendant le processus de clarification.

Une revue de l'outil GLIA et du concept d'applicabilité soulève un certain nombre de questions importantes. La première porte sur la facilité d'application de GLIA. Neuf dimensions différentes par recommandation et 30 questions au total rendent cet outil trop

Tableau 2. Comparaison entre les recommandations LDPC-ACD 2008 initiales et les recommandations LDPC-ACD 2008 révisées au moyen de GLIA		
	Recommandations LDPC-ACD 2008	Recommandation LDPC-ACD 2008 révisée
<b>Dyslipidémie</b>	<b>#3 :</b> Les personnes à haut risque d'événement vasculaire doivent être traitées par une statine pour obtenir un C-LDL $\leq 2,0$ mmol/L [Grade A, Niveau 1 (20,22), niveau 2 (24)]. Un jugement clinique doit être exercé pour déterminer si une baisse supplémentaire du C-LDL est nécessaire pour les sujets sous traitement dont le C-LDL est de 2,0 à 2,5 mmol/L [Grade D, Consensus].	<b>#3 :</b> Les adultes à haut risque d'événement vasculaire doivent être traités par une statine pour obtenir un C-LDL $\leq 2,0$ mmol/L [A].
<b>Traitement de l'hypertension</b>	<b>#3 :</b> Les personnes atteintes de diabète et d'hypertension doivent être traitées pour obtenir une TA systolique $\leq 130$ mm Hg [Grade C, Niveau 3 (2,13,14) et une TA diastolique de 80 mm Hg [Grade B, Niveau 2 (11,12)]. Ces TA cibles sont les mêmes que les seuils de traitement de la TA.	<b>#3 :</b> Le traitement de l'hypertension doit cibler une TA $< 130/80$ mm Hg ([C] pour la TA systolique; [B] pour la TA diastolique).

complexe et son utilisation nécessite trop de temps, même pour un utilisateur averti. Par conséquent, l'amélioration de l'outil GLIA pour mettre en lumière certaines sections importantes et clarifier leur signification améliorera probablement la capacité à l'utiliser et son efficacité. Une autre préoccupation suscitée par l'outil GLIA est qu'il est principalement axé sur des recommandations individuelles et par conséquent, la facilité d'application des lignes directrices dans l'ensemble n'est pas évaluée. Cela constitue une limite importante car l'objectif des LDPC est non seulement d'appliquer les différentes recommandations, mais également de fournir une orientation sur la prestation de soins optimaux.

Le fait de souligner le thème de l'applicabilité pose la question de savoir à quoi l'on peut parvenir en modifiant l'environnement vs la ligne directrice? On n'a pas établi clairement si les interventions qui modifient l'environnement pour influencer le comportement des cliniciens (p. ex. rappels, vérifications et rétroaction, éducation, etc.) ont un impact plus important que la modification de la ligne directrice en elle-même<sup>26</sup>. Cependant, étant donné que les coûts des stratégies extrinsèques sont beaucoup plus élevés et que celles-ci ne sont pas manifestement plus efficaces, des recherches plus approfondies sur des stratégies d'application intrinsèques sont nécessaires.

## Conclusion

Une étude récente financée dans le cadre de *Knowledge Translation Canada* (KT Canada) est fondée sur l'opérationnalisation du concept d'applicabilité, et son intégration à l'élaboration d'outils d'application (tels que les pochettes à fiches) et de lignes directrices. En collaboration avec deux partenaires, l'Association canadienne du diabète (ACD) et la Société canadienne de thoracologie (SCT), l'objectif est d'élargir les perspectives sur leur applicabilité aux lignes directrices dans l'ensemble, et d'analyser l'utilité et la faisabilité globales des LDPC actuelles dans le contexte des soins primaires.

Dans ce processus de clarification et de simplification des lignes directrices, il est possible qu'« avoir des exigences moindres permettra d'obtenir plus », et aidera les fournisseurs de soins à prendre constamment les mesures cliniques les plus importantes. Cependant,

il est également possible que « demander moins permettra d'obtenir moins », c'est-à-dire que cela conduira les fournisseurs de soins à négliger les questions que l'on aurait pu résoudre. On a beaucoup à apprendre sur les coûts et les bénéfices relatifs associés à la modification des lignes directrices pour améliorer la qualité des soins. L'intégration de ces questions dans le processus d'élaboration des lignes directrices assurera que les lignes directrices futures puissent simplifier les voies d'accès aux soins complexes, identifier les interventions importantes et aider les fournisseurs de soins à équilibrer les priorités étant donné les contraintes de la pratique clinique routinière.

*Le Dr Bhattacharyya est un médecin de famille et un chercheur clinicien au Li Ka Shing Knowledge Institute de l'Hôpital St. Michael. Madame Estey est coordinatrice de la recherche au Li Ka Shing Knowledge Institute de l'Hôpital St. Michael.*

## Références :

1. Agence de la santé publique du Canada. *Fiche nationale de renseignements sur le diabète Canada 2007*. Disponible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/diabetes-diabete/index-eng.php>. Date de consultation : 8 juin 2009.
2. Jaakkimainen L, Shah BR, Kopp A. Sources of physician care for people with diabetes. Dans : Hux JE, Booth GL, Slaughter PM, Laupacis A, eds. *Diabetes in Ontario: An ICES Practice Atlas*. Toronto, ON: Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2003.
3. Harris SB, Stewart M, Brown JB, et coll. Type 2 diabetes in family practice. Room for improvement. *Can Fam Physician*. 2003;49:778-785.
4. Ontario Health Quality Council. Q Monitor: 2008 Report on Ontario's Health System. 2008. Disponible à : <http://www.ohqc.ca/en/yearlyreport.php>. Date de consultation : 8 juin 2009.
5. Calderón C, Rotaeche R, Etxebarria A, Marzo M, Rico R, Barandiaran M. Gaining insight into the Clinical Practice Guideline development processes: qualitative study in a workshop to implement the GRADE proposal in Spain. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:138.
6. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003;362(9391):1225-1230.
7. Salzwedel D. The Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC). 2007. Personal Communication. EPOC access: <http://www.epoc.cochrane.org/en/index.html>.
8. Institute de recherche en santé du Canada. À propos de l'application des connaissances aux IRSC. Disponible à : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html>. Date de consultation : 8 juin 2009.
9. Shiffman RN, Dixon J, Brandt C, et coll. The GuideLine Implementability Appraisal (GLIA): development of an instrument to identify obstacles to guideline implementation. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2005;5:23.
10. Grimshaw J, Eccles M, Thomas R, et coll. Toward evidence-based quality improvement: evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998. *J Gen Intern Med*. 2006;21(Suppl 2):S14-S20.
11. Gabbay J, le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines?" Ethnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ*. 2004;329(7473):1013.
12. Hayward RA, Hofer TP, Kerr EA, Krein SL. Quality improvement initiatives: issues in moving from diabetes guidelines to policy. *Diabetes Care*. 2004;27 (Suppl 2): B54-B60.

13. Bhattacharyya O. Diabetes care in Aboriginal communities: *Assessing and Overcoming Barriers to High-quality Care*. Saarbrücken, Germany: VDM Verlag Dr. Müller Aktiengesellschaft & Co.; 2008.
14. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Canadian Diabetes Association 2008 clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. *Can J Diabetes*. 2008;32(Suppl 1): S1-S201.
15. Price HC, Holman RR. Primary prevention of cardiovascular events in diabetes: is there a role for aspirin? *Nat Clin Pract Cardiovasc Med*. 2009;6(3):168-169.
16. Berg AO, Atkins D, Tierney W. Clinical practice guidelines in practice and education. *J Gen Intern Med*. 1997;12(Suppl 2):S25-S33.
17. Field MJ, Lohr KN. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington, DC: National Academy Press; 1990.
18. Grimshaw J, Eccles M, Russell I. Developing clinically valid practice guidelines. *J Eval Clin Pract*. 1995;1(1):37-48.
19. Eccles M, Clapp Z, Grimshaw J, et coll. North of England evidence based guidelines development project: methods of guideline development. *BMJ*. 1996; 312(7033):760-762.
20. Battista RN, Hodge MJ, Vineis P. Medicine, practice and guidelines: The uneasy juncture of science and art. *J Clin Epidemiol*. 1995;48(7): 875-880.
21. Choudhry NK, Stelfox HT, Detsky AS. Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. *JAMA*. 2002;287(5):612-617.
22. Eccles M. Deriving recommendations in clinical practice guidelines. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(5):328-329.
23. Tricoci P, Allen JM, Kramer JM, Califf RM, Smith SC Jr. Scientific evidence underlying the ACC/AHA clinical practice guidelines. *JAMA*. 2009; 301(8):831-841.
24. Graham ID, Calder LA, Hébert PC, Carter AO, Tetroe JM. A comparison of clinical practice guideline appraisal instruments. *Int J Technol Assess Health Care*. 2000;16(4):1024-1038.
25. Codish S, Shiffman RN. A model of ambiguity and vagueness in clinical practice guideline recommendations. American Medical Informatics Association; AMIA Annu Symp Proc. 2005;146-150. Disponible à: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1560665>. Date de consultation : 10 juin 2009.
26. Michie S, Johnston M. Changing clinical behaviour by making guidelines specific. *BMJ*. 2004;328(7435):343-345.
27. Shaneyfelt TM, Centor RM. Reassessment of clinical practice guidelines: Go gently into that good night. *JAMA*. 2009;301(8):868-869.
28. Shekelle PG, Kravitz RL, Beart J, Marger M, Wang M, Lee M. Are nonspecific practice guidelines potentially harmful? A randomized comparison of the effect of nonspecific versus specific guidelines on physician decision making. *Health Serv Res*. 2000;34(7):1429-1448.
29. Burgers JS, Grol RP, Zaat JO, Spiess TH, van der Bij AK, Mokkink HG. Characteristics of effective clinical guidelines for general practice. *Br J Gen Pract*. 2003;53(486):15-19.
30. Bhattacharyya O, Estey EA, Cheng AY. Update on the Canadian Diabetes Association 2008 clinical practice guidelines. *Can Fam Physician*. 2009; 55(1):39-43.
31. Étude disponible à : <http://ktclearinghouse.ca/ktcanada> et/ou <http://www.kusp.ualberta.ca/KTCanada.cfm>

## Résumé scientifique d'intérêt connexe

### Preuves scientifiques sur lesquelles reposent les recommandations de pratique clinique de l'ACC/AHA

TRICOCI P, ALLEN JM, KRAMER JM, CALIFF RM, SMITH SC.

**CONTEXTE :** Les lignes directrices de pratique de cardiologie conjointes de l'*American College of Cardiology* (ACC) et de l'*American Heart Association* (AHA) sont devenues des documents importants pour guider la pratique de cardiologie et pour établir des critères pour la qualité des soins.

**OBJECTIF :** Décrire l'évolution des recommandations issues des lignes directrices de cardiologie de l'ACC/AHA et la répartition des recommandations dans les différentes classes de recommandations et niveaux de preuve.

**MÉTHODOLOGIE :** Les données issues de toutes les lignes directrices de pratique clinique publiées de 1984 à septembre 2008 ont été rédigées sous forme de résumés par le personnel de la Division Sciences et Qualité de l'ACC. Cinquante trois lignes directrices sur 22 thèmes, incluant un total de 7196 recommandations, ont été rédigées sous forme de résumés.

**EXTRACTION DES DONNÉES :** Le nombre de recommandations et la répartition des classes de recommandation (I, II et III) et les niveaux de preuve (A, B et C) ont été déterminés. La sous-série de lignes directrices qui était actuelle en septembre 2008 a été évaluée pour que l'on décrive les changements dans les recommandations entre la première version et la version actuelle ainsi que les tendances dans les niveaux de preuve utilisés dans les versions actuelles.

**RÉSULTATS :** Parmi les lignes directrices ayant fait l'objet d'au moins une révision ou mise à jour en date de septembre 2008, le nombre de recommandations a augmenté de 1330 à 1973 (+ 48 %) de la première version à la version actuelle, la plus grande augmentation étant observée dans les recommandations de la classe II. Si l'on considère les 16 niveaux de preuve des données issues des lignes directrices actuelles, seules 314 recommandations sur 2711 au total sont classifiées comme ayant un niveau de preuve A (médiane, 11 %), alors que 1246 (médiane, 48 %) ont un niveau de preuve C. Le niveau de preuve varie significativement dans les différentes catégories de lignes directrices (maladie, intervention ou diagnostic) et dans les lignes directrices individuelles. Les recommandations ayant un niveau de preuve A sont principalement concentrées dans la classe I, mais seulement 245 des 1305 recommandations de classe I ont un niveau de preuve A (médiane, 19 %).

**CONCLUSION :** Les recommandations publiées dans les lignes directrices de pratique clinique actuelles de l'ACC/AHA sont principalement élaborées sur la base de niveaux de preuve plus bas et de l'opinion d'experts. La proportion des recommandations pour lesquelles il n'existe pas de preuve concluante augmente également. Ces observations soulignent la nécessité d'améliorer le processus de rédaction de lignes directrices et d'élargir la base de données probantes sur laquelle repose les lignes directrices de pratique clinique. *JAMA*. 2009;301(8):831-841.

## Réunion scientifique à venir

17 au 18 octobre 2009

**Conférence professionnelle annuelle de la Société canadienne d'Endocrinologie et Métabolisme**

Montréal, Québec, Canada

Renseignements : Site web : <http://www.endo-metab.ca>

*Le Dr Bhattacharyya et Mme Estey déclarent qu'ils n'ont aucune divulgation à faire en association avec le contenu de cette publication.*

Les avis de changement d'adresse et les demandes d'abonnement à *Endocrinologie – Conférences scientifiques* doivent être envoyés par la poste à l'adresse B.P. 310, Station H, Montréal (Québec) H3G 2K8 ou par fax au (514) 932-5114 ou par courrier électronique à l'adresse [info@snellmedical.com](mailto:info@snellmedical.com). Veuillez vous référer au bulletin *Endocrinologie – Conférences scientifiques* dans votre correspondance. Les envois non distribuables doivent être envoyés à l'adresse ci-dessus. Poste-publications #40032303

*La version française a été révisée par le Dr George Honos, Montréal.*

Fourni à titre de service à la médecine grâce à

# Boehringer Ingelheim et sanofi-aventis

© 2009 Division d'Endocrinologie et du Métabolisme, Hôpital St. Michael, Université de Toronto, seule responsable du contenu de cette publication. Éditeur : SNELL Communication Médicale Inc. en collaboration avec la Division d'Endocrinologie et du Métabolisme, Hôpital St. Michael, Université de Toronto. <sup>SM</sup> *Endocrinologie – Conférences scientifiques* est une marque déposée de SNELL Communication Médicale Inc. Tous droits réservés. L'administration des traitements décrits ou mentionnés dans *Endocrinologie – Conférences scientifiques* doit toujours être conforme aux renseignements thérapeutiques approuvés au Canada. SNELL Communication Médicale Inc. se consacre à l'avancement de la formation médicale continue de niveau supérieur.