

Normes
de qualité

Diabète de grossesse

Soins pour les personnes
en âge de procréer

À propos de cette norme de qualité

La norme de qualité suivante concerne les **soins aux personnes atteintes de diabète de type 1 et de type 2 qui tombent enceintes et aux personnes chez qui on a diagnostiqué un diabète gestationnel**.

Elle comprend les soins avant la conception ainsi que la gestion du diabète de grossesse. Elle s'applique à tous les milieux.

Cette norme de qualité ne comprend pas de conseils sur la prévention du diabète gestationnel ou sur les soins post-partum pour les nouveau-nés nés de personnes atteintes de diabète de grossesse.

Qu'est-ce qu'une norme de qualité?

Les normes de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour des conditions ou des processus où il y a de grandes variations dans la façon dont les soins sont dispensés ou où il y a des écarts entre les soins fournis en Ontario et les soins que les patients devraient recevoir. Objectifs :

- Aider les patients, les familles et les aidants à savoir ce qu'ils doivent demander relativement aux soins;
- Aider les professionnels de la santé à savoir quels soins ils devraient offrir, sur la base de données probantes et d'un consensus d'experts;
- Aider les organismes de soins de santé à mesurer, à évaluer et à améliorer leur rendement en matière de soins aux patients.

Les normes de qualité sont élaborées par Santé Ontario, en collaboration avec les professionnels de la santé, les patients et les aidants de l'Ontario.

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez communiquer avec Santé Ontario à l'adresse qualitystandards@ontariohealth.ca.

Valeurs à la base de cette norme de qualité

Cette norme de qualité a été créée et devrait être mise en œuvre conformément à la [Déclaration de valeurs des patients pour l'Ontario](#). Cette déclaration « est une vision qui trace la voie vers un partenariat avec les patients dans l'ensemble du système de soins de santé de l'Ontario. Elle décrit un ensemble de principes fondamentaux considérés du point de vue des patients ontariens; elle sert de document d'orientation pour tous ceux qui ont affaire à notre système de soins de santé. »

Ces valeurs sont :

- Respect et dignité
- Empathie et compassion
- Responsabilité
- Transparence
- Équité et participation

Les personnes atteintes de diabète de grossesse bénéficient de fournisseurs de soins ou d'équipes de soins disposant des connaissances, des compétences et du jugement nécessaires pour fournir un traitement du diabète de grossesse fondé sur des données probantes tout en répondant à tous les besoins en matière de soins de santé. L'objectif de la gestion est d'améliorer les symptômes, le fonctionnement, la qualité de vie et le pronostic.

Les personnes atteintes de diabète de grossesse bénéficient également de relations avec des fournisseurs de soins qui respectent leurs priorités et reconnaissent leur diversité et leurs besoins spécifiques, et qui disposent du soutien nécessaire pour traiter les déterminants sociaux de la santé, notamment l'accès au transport, à un logement sûr et à un revenu suffisant¹.

Les fournisseurs de soins doivent tenir compte du fait que de nombreux facteurs liés au mode de vie qui exposent les personnes atteintes de diabète à des complications, comme le régime alimentaire, le niveau d'activité physique et le stress, sont établis par les déterminants sociaux de la santé - le revenu, l'emploi, la capacité physique et géographique à accéder à une alimentation saine et abordable, ainsi que la discrimination. Les fournisseurs de soins peuvent mieux soutenir les personnes atteintes de diabète de grossesse en reconnaissant que certains de ces obstacles peuvent rendre plus difficile pour certaines personnes que pour d'autres de suivre un régime alimentaire sain, de perdre du poids ou d'augmenter leur niveau d'activité physique.

La gestion du diabète de grossesse dans les populations indigènes doit suivre les mêmes directives que celles qui s'appliquent à la population générale¹. Toutefois, les fournisseurs de soins doivent être conscients du contexte historique de la vie des peuples autochtones du Canada et être sensibles aux répercussions des traumatismes intergénérationnels et aux préjudices physiques, mentaux, émotionnels et sociaux subis par les peuples, les familles et les communautés autochtones, ainsi que de reconnaître leur force et leur résilience. Les approches en matière de soins peuvent inclure la guérison holistique et des guérisseurs pour les personnes et les communautés et devraient être adaptées pour répondre à ces besoins.

L'expérience des pensionnats, les hôpitaux pour les Indiens, la « rafle des années 1960 » et d'autres politiques de colonisation ont eu des effets négatifs sur la santé des survivants et de leurs descendants. Parmi les effets résiduels sur la santé, on peut citer un retard de croissance, une plus grande sensibilité à l'insuline, une baisse du taux métabolique, une augmentation des complications gestationnelles chez les femmes enceintes et une diminution du développement et du fonctionnement du système immunitaire². Ces effets physiques cumulés, combinés au traumatisme et à la discrimination permanente, ont entraîné une augmentation des taux d'obésité et ont rendu les Autochtones plus enclins à développer un diabète de type 2 et un diabète de grossesse².

Énoncés de qualité pour améliorer les soins

Ces énoncés de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes atteintes de diabète pendant la grossesse.

Énoncé de qualité 1 : Soins préconceptionnels pour les personnes atteintes de diabète

Toutes les personnes en âge de procréer qui pourraient tomber enceintes et qui vivent avec le diabète reçoivent des renseignements sur la planification familiale. Les personnes atteintes de diabète qui prévoient de tomber enceintes reçoivent des soins préconceptionnels d'une équipe interprofessionnelle de soins, y compris des conseils sur l'optimisation de la gestion du diabète, le dépistage des complications et un examen des médicaments.

Énoncé de qualité 2 : Soins interprofessionnels coordonnés

Les personnes atteintes de diabète reçoivent des soins interprofessionnels coordonnés et spécifiques à leurs besoins pendant la période précédant la conception et tout au long de la grossesse. Les personnes atteintes de diabète gestationnel reçoivent des soins interprofessionnels au moment du diagnostic et pendant le reste de leur grossesse.

Énoncé de qualité 3 : Éducation et soutien en matière d'autogestion

Les personnes atteintes de diabète et leurs familles se voient offrir une éducation et un soutien personnalisés en matière d'autogestion au début de la grossesse, ou au moment du diagnostic du diabète gestationnel, et tout au long de leur grossesse, si nécessaire.

Énoncé de qualité 4 : Gestion du mode de vie pendant la grossesse

Les personnes atteintes de diabète de grossesse reçoivent des renseignements et un soutien personnalisés sur la prise de poids gestationnelle, l'alimentation et l'activité physique afin d'optimiser les taux de glycémie et les résultats pour la mère et le fœtus au début de la grossesse, ou au moment du diagnostic de diabète gestationnel, et tout au long de la grossesse.

Énoncé de qualité 5 : Surveillance du fœtus et moment de l'accouchement

Les personnes atteintes de diabète de grossesse bénéficient d'une surveillance accrue du fœtus fondée sur le contrôle de la glycémie, les complications chez la mère, les comorbidités et (ou) le bien-être du fœtus. Le déclenchement du travail est envisagé avant la 40^e semaine de gestation si des indications chez la mère ou le fœtus existent.

Énoncé de qualité 6 : Dépistage du diabète post-partum pour les personnes atteintes de diabète gestationnel

Les personnes atteintes de diabète gestationnel sont soumises à un dépistage du prédiabète et du diabète de type 2 au moyen d'un test d'hyperglycémie provoqué par voie orale de 75 g entre 6 semaines et 6 mois après l'accouchement.

Table des matières

À propos de cette norme de qualité	1
Qu'est-ce qu'une norme de qualité?	1
Valeurs à la base de cette norme de qualité	2
Énoncés de qualité pour améliorer les soins	4
Portée de cette norme de qualité	7
Une note sur la terminologie	7
Justification de la nécessité de cette norme	8
Notre approche axée sur la population	9
Comment utiliser cette norme de qualité	10
Pour les personnes atteintes de diabète pendant la grossesse	10
Pour les cliniciens et les organismes	11
Comment le système de santé peut appuyer la mise en œuvre	12
Manière de mesurer le succès global	13
Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Détails	16
Énoncé de qualité 1 : Soins préconceptionnels pour les personnes atteintes de diabète	17
Énoncé de qualité 2 : Soins interprofessionnels coordonnés	22
Énoncé de qualité 3 : Éducation et soutien en matière d'autogestion	25
Énoncé de qualité 4 : Gestion du mode de vie pendant la grossesse	28
Énoncé de qualité 5 : Surveillance du fœtus et moment de l'accouchement	32
Énoncé de qualité 6 : Dépistage du diabète post-partum pour les personnes atteintes de diabète gestationnel	36
Appendices	39
Appendice 1. Mesure à l'appui de l'amélioration	40
Appendice 2. Glossaire	50
Remerciements	51
Références	52
À propos de nous	54

Portée de cette norme de qualité

Cette norme de qualité concerne les soins aux personnes atteintes de diabète de type 1 ou de type 2 qui prévoient de devenir enceintes ou qui le sont et aux personnes chez qui un diabète gestationnel a été diagnostiqué. Elle ne traite pas de la prévention primaire du diabète gestationnel dans la population générale, bien qu'elle fournisse des conseils sur les facteurs liés au mode de vie qui peuvent contribuer au développement du diabète de type 2 chez les personnes qui ont déjà eu un diabète gestationnel et sont donc à risque accru.

Cette norme de qualité s'applique à tous les milieux.

Cette norme de qualité n'inclut pas les soins aux personnes atteintes de diabète de type 1 et de type 2 en dehors des soins préconceptionnels et de la grossesse. Pour les normes de qualité qui concernent les soins aux personnes atteintes de diabète de type 1 ou de type 2, veuillez vous reporter aux normes de qualité [Diabète \(type 1\)](#) et [Diabète \(prédiabète et type 2\)](#).

Cette norme de qualité comprend six énoncés de qualité sur les domaines cernés par le Comité consultatif sur la norme de qualité du diabète de grossesse et par plusieurs organismes de santé et de services sociaux travaillant avec les populations autochtones comme ayant un fort potentiel d'amélioration de la qualité des soins en Ontario pour les personnes atteintes de diabète de grossesse.

Une note sur la terminologie

Dans cette norme de qualité, le terme « mère » renvoie à la personne qui est enceinte et ne vise pas à refléter l'identité de genre de cette personne ou sa relation avec son bébé.

Le langage utilisé pour parler des complications de la grossesse et de la perte potentielle doit être dirigé par la personne et sa famille. Les professionnels de la santé doivent demander aux gens quelle terminologie ils préfèrent lorsqu'ils parlent de la personne enceinte, de la grossesse et du bébé (p. ex., s'ils préfèrent « bébé » ou « fœtus »).

Justification de la nécessité de cette norme

Le diabète est une maladie chronique caractérisée par l'hyperglycémie. Si elle n'est pas correctement gérée, elle peut entraîner des complications graves, une diminution de la qualité de vie et une réduction de l'espérance de vie de 5 à 15 ans^{3, 4}. En 2019, on estime que 4,4 millions d'Ontariens vivaient avec le diabète (diabète de type 1, diabète de type 2 diagnostiqué et non diagnostiqué, et prédiabète combinés)³. On estime que le traitement du diabète et de ses complications coûte au système de santé 1,5 milliard de dollars en coûts directs⁵. Environ 90 % de tous les cas de diabète sont des diabètes de type 2.

Les taux de tous les types de diabète varient considérablement d'un bout à l'autre de la province. Les données de l'année financière 2016-2017 ont montré que les régions du Centre-Ouest, du Centre-Est et du Nord-Est avaient presque deux fois plus de cas diagnostiqués que la région du Centre de Toronto (base de données du régime de soins médicaux, extraite à l'aide de savoirSanté Ontario). Outre les variations régionales, le diabète est également plus fréquent chez les Ontariens vivant dans les régions rurales que chez ceux qui vivent dans les zones urbaines⁶.

La prévalence du diabète de grossesse, y compris le diabète gestationnel (diabète diagnostiqué pendant la grossesse) et le diabète préexistant (diabète diagnostiqué avant la grossesse), a doublé en Ontario entre 1996 et 2010⁵. En 2010, près de 10 % des femmes enceintes de 30 ans et plus ont souffert de diabète pendant leur grossesse⁵. La plupart des cas étaient des diabètes gestationnels (7,4 % des grossesses), le reste étant des diabètes de type 1 et de type 2 préexistants (1,9 % des grossesses)⁵.

Le diabète gestationnel est une affection temporaire qui touche de 3 à 20 % des femmes enceintes en Ontario, selon les facteurs de risque et les critères de diagnostic utilisés^{7, 8}. Cependant, le risque de développer un diabète de type 2 chez les personnes ayant déjà été atteintes d'un diabète gestationnel augmente avec le temps, et se produit dans près de 20 % des cas dans les 9 années suivant l'accouchement⁹. Certaines populations connaissent des taux plus élevés de diabète gestationnel : les personnes à faible revenu, les personnes d'origine africaine, arabe, sud-asiatique et hispanique, et les populations autochtones^{1, 6, 10}. Dans une étude de suivi post-partum sur 30 ans menée au Manitoba, les membres des Premières Nations ayant déjà été atteints de diabète gestationnel présentaient le taux de diabète le plus élevé - près de 80 % - par rapport aux membres des Premières Nations n'étant pas atteints de diabète gestationnel et aux personnes sans diabète gestationnel¹¹. De plus, le diabète de grossesse peut augmenter le risque d'obésité et de diabète de type 2 chez les enfants plus tard dans la vie⁵. Les facteurs de risque du diabète gestationnel, comme l'origine ethnique, les antécédents

familiaux de diabète, le syndrome des ovaires polykystiques, l'âge avancé de la mère et l'obésité, sont bien documentés en Ontario¹.

En général, les personnes atteintes de diabète de grossesse présentent des taux plus élevés de complications de la grossesse que la population générale, notamment la mortalité périnatale, l'hypertension, l'accouchement prématuré, la césarienne, les nourrissons gros par rapport à leur l'âge gestationnel, les malformations congénitales et d'autres morbidités néonatales qui sont exacerbées si la glycémie n'est pas bien gérée^{1,5}. Les diabètes de type 1 et de type 2 comportent un risque maternel et fœtal nettement plus élevé que le diabète gestationnel⁵, et un contrôle glycémique minutieux tout au long de la grossesse est essentiel pour obtenir des résultats optimaux pour la mère et le fœtus.

Cette norme de qualité se concentre sur les besoins de toutes les personnes atteintes de diabète de grossesse, en accordant une attention particulière aux populations qui sont plus susceptibles d'être atteintes de diabète de grossesse. Basés sur des données probantes, des consultations avec des personnes ayant souffert de diabète pendant leur grossesse et un consensus d'experts cliniques, les six énoncés de qualité qui composent cette norme de qualité fournissent des orientations sur les soins de qualité. Les indicateurs d'encadrement aideront les fournisseurs de soins et les organisations à surveiller et à améliorer la qualité des soins aux personnes atteintes de diabète de grossesse qui vivent en Ontario.

Notre approche axée sur la population

Nous avons utilisé une approche axée sur la population pour mieux comprendre les expériences et les besoins des populations qui ont le plus de diabète de grossesse, ainsi que les lacunes les plus importantes dans l'accès aux soins pour le diabète (d'après un examen de la documentation) : Autochtones, Noirs, Sud-Asiatiques et autres populations racisées et les populations à faible revenu. Santé Ontario a adopté trois approches :

1. Sélection stratégique des participants au comité consultatif sur les normes de qualité afin d'inclure des personnes ayant de l'expertise et de l'expérience de travail auprès de collectivités à plus grand risque de diabète de grossesse
2. Utiliser des guides de pratique clinique sécuritaires et adaptés à la culture
3. Consulter des organisations autochtones et des partenaires de prestation de soins de santé autochtones

Les consultations que nous avons menées n'étaient pas exhaustives, mais dans les délais établis pour l'élaboration de normes de qualité, nous avons fait appel à divers partenaires, notamment le Conseil des soins de santé primaires autochtones, l'Ontario Federation of Indigenous Friendship Centers, la Métis Nation of Ontario, l'Ontario Native Women's Association, la Sioux Lookout First Nations Health Authority et la Weeneebayko Area Health Authority. Nous avons consulté ces partenaires avant chaque réunion du comité consultatif sur les normes de qualité et nous avons présenté au comité les recommandations découlant de ces consultations. Ces consultations ont abouti à un contenu qui reflète mieux les expériences et les besoins des peuples autochtones, notamment ce qui suit :

- Élargissement de la section sur les principes et les valeurs;
- Reformulation des sections de la norme de qualité;
- Révision du guide du patient.

En plus de nos consultations avec les organismes au service des communautés autochtones, nous avons reçu des commentaires et des conseils de l'Alliance pour des communautés en meilleure santé et des centres de santé communautaire sur la meilleure façon de répondre aux besoins des personnes à faible revenu, les personnes racisées, et plus particulièrement les Noirs et les Sud-Asiatiques.

Comment utiliser cette norme de qualité

Les normes de qualité informent les patients, les cliniciens et les organismes sur ce à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les problèmes de santé ou les processus jugés prioritaires pour l'amélioration de la qualité en Ontario. Elles sont fondées sur les meilleures données probantes.

Vous trouverez ci-dessous des conseils sur la façon d'utiliser les normes de qualité et les ressources qui y sont associées.

Pour les personnes atteintes de diabète pendant la grossesse

Cette norme de qualité consiste en des énoncés de qualité. Ces derniers décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes atteintes de diabète pendant la grossesse.

Dans chaque énoncé de qualité, nous avons inclus de l'information sur ce que ces énoncés signifient pour vous, en tant que patient.

De plus, vous voudrez peut-être télécharger ce [guide du patient](#) sur le diabète pendant la grossesse, vous et votre famille, à avoir des conversations éclairées avec vos fournisseurs de soins de santé. À l'intérieur, vous y trouverez des questions que vous voudrez peut-être poser lorsque vous travaillerez ensemble à la préparation du plan de vos soins.

Pour les cliniciens et les organismes

Ces énoncés de qualité à l'intérieur de cette norme de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes atteintes de diabète pendant la grossesse.

Ils sont fondés sur les meilleures données probantes et conçus pour vous aider à savoir quoi faire pour réduire les écarts et les variations dans les soins.

De nombreux cliniciens et organismes offrent déjà des soins de grande qualité fondés sur des données probantes. Cependant, certains éléments de vos soins peuvent être améliorés. Cette norme de qualité peut servir de ressource pour vous aider à prioriser et à mesurer les efforts d'amélioration.

Des outils et des ressources pour vous soutenir dans vos efforts d'amélioration de la qualité accompagnent chaque norme de qualité. Ces ressources comprennent des indicateurs et leur définition (appendice 1) pour vous aider à évaluer la qualité des soins que vous fournissez et à cerner les lacunes dans les soins et les secteurs à améliorer. Bien qu'il ne soit pas obligatoire d'utiliser ou de recueillir des données lorsqu'on utilise une norme de qualité pour améliorer les soins, la mesure est essentielle pour améliorer la qualité.

Il existe également un certain nombre de ressources en ligne pour vous aider, notamment :

- Notre [guide du patient](#) sur le diabète pendant la grossesse, que vous pouvez partager avec les patients et les familles pour les aider à avoir des conversations avec vous et leurs autres fournisseurs de soins de santé. Veuillez mettre à la disposition des gens le guide du patient où vous prodiguez les soins;
- Nos [ressources de mesure](#), qui comprennent nos tableaux de données pour vous aider à cerner les lacunes dans les soins et à éclairer vos efforts de planification et d'amélioration des ressources, et notre guide de mesure des spécifications techniques pour les indicateurs dans cette norme;

- Notre [Guide de démarrage](#), qui comprend des liens vers des modèles et des outils pour vous aider à mettre en pratique les normes de qualité. Ce guide vous montre comment planifier, mettre en œuvre et soutenir les changements dans votre pratique;
- [Quorum](#), qui est une communauté en ligne vouée à l'amélioration de la qualité des soins en Ontario. C'est un endroit où les fournisseurs de soins de santé peuvent échanger de l'information et se soutenir mutuellement. Le site comprend des outils et des ressources pour vous aider à mettre en œuvre les énoncés de qualité dans chaque norme;
- Les [plans d'amélioration de la qualité](#), qui peuvent aider votre organisme à décrire comment il améliorera la qualité des soins fournis à vos patients, résidents ou clients au cours de la prochaine année.
- L'[outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé](#), qui peut aider votre organisation à examiner comment les programmes et les politiques ont un impact différent sur les groupes de population. Cet outil peut aider à maximiser les effets positifs et à réduire les effets négatifs, dans le but de réduire les inégalités en matière de santé entre les groupes de population

Comment le système de santé peut appuyer la mise en œuvre

Pendant que vous travaillez à la mise en œuvre de cette norme de qualité, il peut y avoir des moments où vous trouvez difficile de fournir les soins décrits en raison d'obstacles ou de lacunes au niveau du système. Ces difficultés ont été cernées et documentées dans le cadre de l'élaboration de la norme, qui comprenait une vaste consultation auprès de professionnels de la santé et de conseillers chevronnés et un examen minutieux des données probantes disponibles et des programmes existants. Bon nombre des leviers du changement du système relèvent de Santé Ontario, et c'est pourquoi nous continuerons de travailler pour éliminer ces obstacles afin d'appuyer la mise en œuvre de normes de qualité. Nous mobiliserons et soutiendrons également d'autres partenaires provinciaux, y compris le ministère de la Santé ou d'autres ministères concernés, dans le cadre d'initiatives stratégiques visant à combler les lacunes au niveau du système.

Entre-temps, il y a de nombreuses mesures que vous pouvez prendre de votre propre chef. Prenez connaissance de la norme et agissez là où vous le pouvez.

Manière de mesurer le succès global

Le Comité consultatif sur la norme de qualité relative au diabète pendant la grossesse a défini certains objectifs généraux pour cette norme de qualité. Ces objectifs ont été mis en correspondance avec des indicateurs qui peuvent servir à suivre les progrès réalisés pour améliorer les soins aux personnes atteintes de diabète pendant la grossesse en Ontario. Certains indicateurs sont mesurables à l'échelle provinciale, tandis que d'autres ne peuvent être mesurés qu'à l'aide de données de source locale.

La collecte et l'utilisation des données associées à cette norme de qualité sont facultatives. Toutefois, les données vous aideront à évaluer la qualité des soins que vous prodiguez et l'efficacité de vos efforts d'amélioration de la qualité.

Nous savons que cette norme comprend une longue liste d'indicateurs. Nous vous avons remis cette liste afin que vous n'ayez pas à créer vos propres indicateurs d'amélioration de la qualité. Nous vous recommandons d'identifier les domaines sur lesquels vous devez vous concentrer dans la norme de qualité, puis d'utiliser un ou plusieurs des indicateurs associés pour guider et évaluer vos efforts d'amélioration de la qualité.

Dans la mesure du possible, les données seront rapportées selon diverses stratifications de l'équité, comme les caractéristiques socio-économiques et démographiques du patient, p. ex., l'âge, le revenu, la région et la ruralité.

Voir l'appendice 1 pour plus de détails sur la façon de mesurer ces indicateurs et notre [guide de mesure](#) pour plus d'information et de soutien.

Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales

- Taux de toutes les visites non facultatives à l'hôpital pour des raisons spécifiques au diabète avant l'accouchement chez les personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) qui accouchent à l'hôpital
 - Signalé par :
 - Visites au service des urgences
 - Hospitalisations

Remarque : les raisons spécifiques au diabète comprennent le diabète mal contrôlé, le diabète sans complications, le diabète avec hypoglycémie, le diabète avec acidocétose, le diabète avec hyperosmolarité et un diagnostic principal de diabète avec hyperglycémie ou hypoglycémie

- Pourcentage de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) qui accouchent à l'hôpital et qui ont un résultat antepartum ou intrapartum
 - Signalé par :
 - Pré-éclampsie
 - Accouchement vaginal par voie chirurgicale
 - Césarienne
 - Lacérations au troisième ou au quatrième degré
- Pourcentage de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) qui accouchent à l'hôpital et dont le nourrisson a une issue néonatale défavorable
 - Signalé par :
 - Hypoglycémie néonatale
 - Macrosomie
 - Dystocie des épaules
 - Mortinaissance
 - Naissance prématurée
 - Hyperbilirubinémie
 - Détresse respiratoire
 - Mortalité néonatale
- Pourcentage de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) qui accouchent à l'hôpital et dont le nourrisson est admis dans une unité néonatale de soins intensifs pendant 24 heures ou plus

Indicateur ne peut être mesuré qu'à l'aide de données locales

- Pourcentage de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) qui reçoivent des soins interprofessionnels spécifiques à leurs besoins pour gérer leur diabète de grossesse
Remarque : voir l'énoncé de qualité 2 pour des indicateurs supplémentaires concernant les personnes atteintes de diabète préexistant et de diabète gestationnel qui reçoivent des soins interprofessionnels à des moments précis
- Pourcentage de personnes en âge de procréer vivant avec le diabète et prévoyant une grossesse qui reçoivent des soins préconceptionnels d'une équipe interprofessionnelle de soins

- Pourcentage de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) qui reçoivent des soins pour leur diabète et qui se sentent incluses dans les décisions concernant leurs soins
- Pourcentage de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) qui signalent se sentir en confiance de savoir comment s'occuper de leur diabète de grossesse et le gérer

Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Détails

1

Soins préconceptionnels pour les personnes atteintes de diabète

Toutes les personnes en âge de procréer qui pourraient tomber enceintes et qui vivent avec le diabète reçoivent des renseignements sur la planification familiale. Les personnes atteintes de diabète qui prévoient de tomber enceintes reçoivent des soins préconceptionnels d'une équipe interprofessionnelle de soins, y compris des conseils sur l'optimisation de la gestion du diabète, le dépistage des complications et un examen des médicaments.

Sources : American Diabetes Association, 2018¹² | Diabète Canada, 2018¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2015¹³ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2017¹⁴

Définitions

Planification familiale : La planification de la grossesse, qui doit être discutée au début de la puberté. Les méthodes de contraception efficaces doivent être examinées et prescrites si la patiente le souhaite. Une discussion sur la planification familiale devrait être intégrée aux soins de routine du diabète pour toutes les personnes en âge de procréer qui pourraient devenir enceintes. L'importance d'éviter une grossesse non planifiée devrait être une composante de l'éducation au diabète dès l'adolescence pour les personnes atteintes de diabète.

Préconceptionnel : La période de temps avant qu'une personne ne tombe enceinte. En général, les soins préconceptionnels sont prodigués lorsqu'une personne atteinte de diabète décide de tomber enceinte, mais ils peuvent également avoir lieu si une personne est sexuellement active.

Optimisation de la gestion du diabète : Le contrôle glycémique, les médicaments si nécessaire, l'abandon du tabac, une bonne alimentation et l'activité physique. Les personnes atteintes de diabète qui souhaitent tomber enceintes doivent s'efforcer d'atteindre un taux d'hémoglobine glyquée (hémoglobine A1c) préconceptionnel de 7,0 % ou moins (ou $\leq 6,5$ % si ce taux peut être atteint en toute sécurité) pour diminuer le risque de :

- Fausse couche
- Anomalies congénitales
- Pré-éclampsie
- Progression de la rétinopathie pendant la grossesse
- Mortinaissance

Dépistage des complications : Avant d'essayer de tomber enceinte, les personnes atteintes de diabète sont évaluées afin de détecter les affections sous-jacentes liées au diabète qui peuvent affecter la grossesse ou être exacerbées par la grossesse, notamment :

- **Dépistage de la rétinopathie** — Les personnes atteintes de diabète de type 1 ou de type 2 qui planifient une grossesse ou qui sont tombées enceintes doivent être informées du risque de développer (ou de la progression de) la rétinopathie diabétique. Les examens du fond de l'œil devraient idéalement avoir lieu avant la grossesse, et les patientes devraient être suivies tous les trimestres et pendant un an après l'accouchement pour identifier la progression de la rétinopathie, conformément à la recommandation d'un fournisseur des soins de la vue
- **Évaluation de la fonction rénale** — Avant la grossesse, les personnes atteintes de diabète doivent subir un dépistage des maladies rénales chroniques. L'albuminurie et la néphropathie avérée sont associées à un risque accru de complications chez la mère et le fœtus
- **Dépistage de l'hypertension** — Avant la grossesse, les personnes atteintes de diabète doivent subir un dépistage de l'hypertension à chaque consultation clinique liée au diabète et au moins deux fois par an. Tout type et degré d'hypertension pendant la grossesse peut entraîner des conséquences néfastes pour le nouveau-né
- **Dépistage des problèmes de santé mentale** — Avant la grossesse, les personnes atteintes de diabète doivent être soumises à un dépistage régulier (l'intervalle est en fonction des indications individuelles) de la détresse psychologique et des troubles psychiatriques liés au diabète

Examen des médicaments : Les personnes qui prévoient de tomber enceintes doivent prendre au moins 1 mg d'acide folique par jour à partir du troisième mois ou plus avant la conception jusqu'à 12 semaines de gestation afin de prévenir les anomalies congénitales. L'utilisation de statines, d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et de médicaments bloquant les récepteurs de l'angiotensine doit être examinée avant la conception et évitée pendant la grossesse. D'autres médicaments doivent également être examinés, et beaucoup d'entre eux doivent être évités pendant la grossesse.

Justification

Dès l'adolescence, les personnes atteintes de diabète devraient recevoir des renseignements d'un professionnel de la santé sur la contraception et l'importance de la planification familiale. Les soins préconceptionnels peuvent améliorer l'état de santé de la mère et du fœtus chez les personnes qui prévoient de tomber enceintes. Les équipes interprofessionnelles de soins devraient fournir aux personnes atteintes de diabète qui prévoient de tomber enceintes l'éducation et les connaissances qui leur permettront de réduire les risques d'issue défavorable de la grossesse et de vivre une expérience positive^{9,13}.

Les complications de la grossesse, notamment les fausses couches, l'hypertension, les accouchements prématurés, les malformations congénitales, la macrosomie et la mortinaissance, sont plus fréquentes chez les personnes atteintes de diabète que dans la population générale^{1,15}. L'arrêt des médicaments potentiellement dangereux, le dépistage des complications liées au diabète et la réalisation des objectifs de gestion du poids sont des éléments importants des soins avant la conception^{1,13}. Les personnes atteintes de diabète de type 2 ont un taux de fréquentation des soins préconceptionnels inférieurs à celui des personnes atteintes de diabète de type 1. Des efforts accrus sont nécessaires pour atteindre et éduquer les personnes atteintes de diabète de type 2 qui prévoient de tomber enceintes¹⁵. Les personnes atteintes de diabète et leur famille devraient également recevoir des renseignements sur la manière dont les nausées et les vomissements peuvent nuire au contrôle de la glycémie et à la gestion des symptômes de la grossesse.

Les soins préconceptionnels doivent inclure :

- Optimisation de la gestion du diabète (revoir les objectifs glycémiques, créer des objectifs de style de vie personnalisés qui incluent l'abandon du tabac⁶ et discuter de la surveillance continue de la glycémie comme option fondée sur des données

probantes avec les personnes atteintes d'un diabète préexistant, en particulier celles atteintes de diabète de type 1)

- Dépistage des complications (p. ex., maladies rénales, rétinopathie, hypertension et troubles de santé mentale)
- Examiner les médicaments actuels et discuter de la possibilité de commencer une multivitamine contenant au moins 1 mg d'acide folique, conformément aux recommandations standards pendant la grossesse

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de diabète

Vous devriez recevoir des renseignements sur la façon dont le diabète peut nuire à la grossesse. Si vous ne prévoyez pas de grossesse, vous devez recevoir des renseignements sur la régulation des naissances et y avoir accès, en fonction de vos besoins. Si vous prévoyez de tomber enceinte, vous devriez recevoir des renseignements et un soutien sur la manière de gérer votre diabète avant et pendant la grossesse.

Pour les cliniciens

Discuter de la planification familiale avec des personnes en âge de procréer atteintes de diabète. Si la personne prévoit une grossesse, revoir les médicaments et le contrôle de la glycémie et organiser des tests de dépistage. Si elle ne prévoit pas de grossesse, lui offrir des renseignements sur les méthodes de régulation des naissances qui répondent à ses besoins et sur la manière d'y avoir accès.

Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que les personnes atteintes de diabète aient accès à des renseignements et à des soins préconceptionnels en rapport avec leur état clinique.

INDICATEURS DE QUALITÉ :

MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage de personnes en âge de procréer vivant avec le diabète et susceptibles de tomber enceintes qui reçoivent des renseignements sur la planification familiale de la part d'un professionnel de la santé

- Pourcentage de personnes en âge de procréer vivant avec le diabète et prévoyant une grossesse qui reçoivent des soins préconceptionnels d'une équipe interprofessionnelle de soins
- Pourcentage de personnes en âge de procréer atteintes de diabète qui prévoient de devenir enceintes et qui reçoivent des soins préconceptionnels qui signalent se sentir informées sur la manière de gérer leur diabète avant et pendant la grossesse

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 1.

2

Soins interprofessionnels coordonnés

Les personnes atteintes de diabète reçoivent des soins interprofessionnels coordonnés et spécifiques à leurs besoins pendant la période précédant la conception et tout au long de la grossesse. Les personnes atteintes de diabète gestationnel reçoivent des soins interprofessionnels au moment du diagnostic et pendant le reste de leur grossesse.

Sources : American Diabetes Association, 2018¹² | Diabète Canada, 2018¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2015¹³ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2017¹⁴

Définitions

Soins interprofessionnels : Une équipe de soins composée de plusieurs fournisseurs ayant reçu une formation spécifique sur le diabète de grossesse, soutenue par des spécialistes, devrait être intégrée aux soins avant la conception et pendant la grossesse. Les membres de l'équipe peuvent être des infirmières, des diététistes, des travailleurs sociaux/psychologues/spécialistes de la santé mentale, des pharmaciens, des fournisseurs de soins primaires, des endocrinologues/internistes, des sages-femmes, des obstétriciens, des doulas, des aînés et des agents de santé communautaire spécialisés dans le diabète de grossesse. Les personnes atteintes de diabète de grossesse et leur famille constituent un élément important de l'équipe et devraient participer aux décisions concernant leurs soins, si elles le souhaitent.

Moment du diagnostic : Le diabète gestationnel est généralement diagnostiqué entre la 24^e et la 28^e semaine de gestation, après quoi les personnes concernées doivent recevoir des soins interprofessionnels aussi souvent que nécessaire.

Justification

Il a été démontré que les soins prodigués par une équipe interprofessionnelle coordonnée, ayant une expertise dans le domaine de la préconception et du diabète de grossesse, minimisent les risques pour la mère et le fœtus et aident à répondre aux besoins et aux préférences uniques de chaque personne atteinte de diabète et de sa famille^{1,13}. Une relation de travail précoce devrait être établie entre les membres de l'équipe interprofessionnelle de soins et la personne atteinte de diabète pour faciliter la planification de la grossesse et assurer le développement de connaissances et de compétences adéquates pour l'autogestion.

Les modèles de prestation de soins spécialisés, coordonnés et interprofessionnels peuvent être adaptés au lieu et au contexte où les soins sont offerts, et peuvent être organisés, dotés en personnel et accessibles de diverses manières pour s'adapter au mieux aux besoins des communautés locales. Les technologies de télésanté (par téléphone, en ligne ou virtuelles) peuvent être utilisées pour faciliter l'accès aux équipes de soins et réduire le temps de déplacement des patients et de leur famille.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de diabète pendant la grossesse

Vous devez avoir accès à une équipe interprofessionnelle de soins lors de la planification d'une grossesse, pendant la grossesse et au moment du diagnostic du diabète gestationnel. Vous et votre famille devez être traités comme des membres importants de votre équipe de soins. Cela signifie que vos questions, préoccupations, observations et objectifs sont discutés et intégrés à vos soins, et que vous êtes soutenu pour jouer un rôle actif dans vos soins.

Pour les cliniciens

Veiller à ce que les personnes soient prises en charge par une équipe interprofessionnelle possédant les connaissances, les compétences et le jugement nécessaires pour gérer le diabète des patientes enceintes, et se mettre en relation avec d'autres fournisseurs au besoin. Apporter un soutien et veiller à ce que l'équipe puisse répondre aux besoins des patients en matière de santé physique et de santé mentale et de besoins sociaux. Inclure les personnes et leurs familles dans les décisions concernant leurs propres soins.

Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que les systèmes, les processus et les ressources soient en place afin que les personnes enceintes atteintes de diabète aient accès à une équipe interprofessionnelle de soins ayant une expertise en matière de diabète de grossesse et la capacité d'établir des relations avec d'autres fournisseurs de soins ou de les consulter selon les besoins.

INDICATEURS DE QUALITÉ :

MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage de personnes en âge de procréer vivant avec le diabète et prévoyant une grossesse qui reçoivent des soins interprofessionnels spécifiques à leurs besoins pendant la période précédant la conception
- Pourcentage de personnes enceintes atteintes de diabète préexistant qui reçoivent des soins interprofessionnels spécifiques à leurs besoins pendant la grossesse
- Pourcentage de personnes atteintes de diabète gestationnel qui reçoivent des soins interprofessionnels spécifiques à leurs besoins au moment du diagnostic de diabète gestationnel et pendant le reste de leur grossesse
- Pourcentage de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) qui reçoivent des soins interprofessionnels et qui se sentent incluses dans les décisions concernant leurs soins

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 1.

3

Éducation et soutien en matière d'autogestion

Les personnes atteintes de diabète et leurs familles se voient offrir une éducation et un soutien personnalisés en matière d'autogestion au début de la grossesse, ou au moment du diagnostic du diabète gestationnel, et tout au long de leur grossesse, si nécessaire.

Sources : American Diabetes Association, 2018¹² | Diabète Canada, 2018¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2015¹³ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2017¹⁴

Définitions

Éducation en matière d'autogestion : L'éducation en matière d'autogestion doit être fondée sur des données probantes, adaptées à la culture et axées sur la théorie, suivre un programme structuré et être basée sur les besoins et les préférences de chacun. Elle doit comprendre des renseignements sur :

- Surveillance de la glycémie et objectifs personnalisés (discuter de la surveillance continue de la glycémie comme option fondée sur des données probantes pour les personnes atteintes de diabète de type 1)
- Médicaments (indications, administration, rangement et effets indésirables éventuels)
- Régime alimentaire, activité physique et prise de poids pendant la grossesse (voir l'énoncé de qualité 4)
- Effets de la glycémie sur la mère et le fœtus
- Avantages de l'allaitement maternel pour la mère et le bébé
- Recommandations pour le dépistage du diabète post-partum chez les personnes atteintes de diabète gestationnel
- Ressources locales pour le soutien à l'allaitement
- Ressources sociales et de soutien pour les personnes ayant des bébés
- Problèmes de santé mentale liés au diabète et à la grossesse

Soutien à l'autogestion : Une stratégie visant à améliorer la capacité d'une personne à gérer son diabète de manière autonome. Le soutien à l'autogestion peut provenir d'un suivi régulier auprès d'un fournisseur de soins de santé, d'un coach en diabète, d'un pair, d'un aîné ou d'un travailleur de santé communautaire, et peut inclure la mise en relation avec des services de soutien communautaire ou des groupes d'intérêt¹.

Justification

L'éducation à l'autogestion vise à fournir aux personnes atteintes de diabète de grossesse des renseignements et des compétences leur permettant de participer activement aux décisions et aux pratiques quotidiennes liées à leur état^{1,12}. Il a été démontré que l'éducation et le soutien à l'autogestion pour les personnes atteintes de diabète améliorent le contrôle de la glycémie, l'efficacité personnelle et les comportements d'autosoins et réduisent les complications¹.

L'éducation à l'autogestion adaptée aux besoins de santé individuels et aux croyances culturelles est la plus efficace pour améliorer les comportements de santé et les résultats cliniques, comme une alimentation saine et le contrôle de la glycémie^{1,12,13}. Les interventions communautaires et adaptées à la culture sont particulièrement pertinentes pour les communautés minoritaires et il a été démontré qu'elles permettent d'abaisser le taux d'hémoglobine A1c, d'accroître les connaissances relatives au diabète et d'améliorer la qualité de vie¹.

L'éducation doit être offerte à la fois sous forme verbale et écrite et tenir compte de la langue et du niveau d'éducation de la personne, dans la mesure du possible, pour favoriser la compréhension. L'utilisation de visites assistées par la technologie (par téléphone, en ligne ou virtuelles) peut contribuer à faciliter l'accès à l'aide à l'autogestion et à réduire le temps de déplacement des patients et de leur famille.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de diabète pendant la grossesse

Au début de la grossesse, si vous êtes atteinte de diabète de type 1 ou de type 2, ou au moment du diagnostic de diabète gestationnel, ainsi que tout au long de la grossesse, vous et votre famille ou votre aidant naturel devez avoir accès à une éducation et à un soutien pour vous aider à vous informer sur votre diabète et à le gérer pendant la grossesse. Cette éducation et ce soutien doivent être offerts dans un format qui répond à vos besoins. Si vous choisissez de les inclure, la famille et les aidants peuvent également se voir offrir ces renseignements et ce soutien.

Pour les cliniciens

Offrir une éducation et un soutien à l'autogestion fondés sur des données probantes dès le début de la grossesse ou au moment du diagnostic du diabète gestationnel, et tout au long de la grossesse. Ces renseignements doivent être adaptés aux besoins d'apprentissage de la personne et être présentés dans un format qui lui convient le mieux. Lorsque des membres de la famille ou de la communauté participent aux soins de la personne, et si la personne y consent, les inclure autant que possible dans cette éducation et ce soutien.

Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que les fournisseurs de soins disposent du temps et des ressources nécessaires pour soutenir le développement des compétences d'autogestion des personnes atteintes de diabète de grossesse. Mettre en place des processus qui permettent aux fournisseurs de soins d'intégrer un contenu social et culturel pertinent, déterminé par le patient, tout en respectant les directives de pratique clinique en vigueur.

INDICATEURS DE QUALITÉ :

MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage de femmes enceintes atteintes de diabète préexistant qui reçoivent une éducation et un soutien personnalisés en matière d'autogestion au début de leur grossesse et pendant le reste de leur grossesse
- Pourcentage de personnes atteintes de diabète gestationnel qui reçoivent une éducation et un soutien personnalisés en matière d'autogestion au moment du diagnostic de diabète gestationnel et pendant le reste de leur grossesse
- Pourcentage de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) qui signalent se sentir en confiance de savoir comment s'occuper de leur diabète et le gérer pendant la grossesse

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 1.

4

Gestion du mode de vie pendant la grossesse

Les personnes atteintes de diabète de grossesse reçoivent des renseignements et un soutien personnalisés sur la prise de poids gestationnelle, l'alimentation et l'activité physique afin d'optimiser les taux de glycémie et les résultats pour la mère et le fœtus au début de la grossesse, ou au moment du diagnostic de diabète gestationnel, et tout au long de la grossesse.

Sources : American College of Obstetricians and Gynecologists, 2012¹⁶ | American Diabetes Association, 2018¹² | Diabète Canada, 2018¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2015¹³ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2017¹⁴ | Société des obstétriciens et gynécologues du Canada¹⁷

Définitions

Prise de poids gestationnelle : Les recommandations pour la prise de poids gestationnelle varient en fonction de la classification de l'indice de masse corporelle. Les recommandations de prise de poids suivantes s'appliquent à une grossesse unique¹⁶ :

Catégorie de poids avant la grossesse (indice de masse corporelle)	Fourchette recommandée pour la prise de poids totale
Insuffisance pondérale (< 18,5)	12,5-18 kg (28-40 lb)
Idéal (18,5-24,9)	11,5-16 kg (25-35 lb)
Surcharge pondérale (25-29,9)	7-11,5 kg (15-25 lb)
Obèse (≥ 30)	5-9 kg (11-20 lb)

Alimentation : L'adoption d'habitudes alimentaires saines peut aider à gérer les niveaux de glycémie. Cela exige de choisir moins d'aliments transformés (p. ex., moins de boissons sucrées, de repas rapides et de produits céréaliers raffinés) et plus d'aliments complets et d'aliments à faible indice glycémique, comme les légumineuses, les grains

entiers et les fruits et légumes^{1,12}. Ces aliments peuvent aider à contrôler la glycémie et la prise de poids.

Activité physique : L'exercice physique pendant la grossesse peut aider à contrôler la glycémie et à réduire les complications. Les personnes sans contre-indications doivent s'efforcer de pratiquer au moins 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée chaque semaine pendant toute la grossesse. Les personnes enceintes peuvent intégrer diverses activités en fonction de leurs capacités et de leurs ressources, comme l'entraînement aérobic et à la résistance, la marche, le yoga et les étirements doux.

Taux de glycémie : Les taux de glycémie optimaux sont les suivants :

- Jeûne et préprandial : < 5,3 mmol/L
- 1 heure postprandiale : < 7,8 mmol/L
- 2 heures postprandiales : < 6,7 mmol/L

Résultats pour la mère et le fœtus : Un taux de glycémie mal contrôlé pendant la grossesse peut entraîner une prise de poids gestationnelle supérieure à la fourchette recommandée, une césarienne, une naissance prématurée, un accouchement d'un mort-né, une augmentation de la taille du fœtus, une hypoglycémie néonatale, une dystocie des épaules et une admission à l'unité néonatale des soins intensifs.

Justification

Le mode de vie est un élément important de la gestion du diabète de grossesse. Les interventions en matière d'alimentation et d'activité physique sont la première étape pour atteindre les objectifs de glycémie et gérer la prise de poids chez les personnes nouvellement diagnostiquées comme ayant un diabète gestationnel¹. Ces interventions doivent être personnalisées et continues pour répondre aux objectifs de la personne, promouvoir l'adhésion et optimiser l'issue de la grossesse.

Des conseils diététiques adaptés à la culture et favorables à l'atteinte des objectifs glycémiques, à une croissance fœtale appropriée et à une prise de poids optimale de la mère devraient être fournis aux personnes atteintes de diabète de grossesse ainsi qu'à leur famille et à leurs aidants naturels, s'ils souhaitent y participer. À moins d'autres contre-indications, les professionnels de la santé devraient discuter des avantages de l'activité physique et aider les personnes atteintes de diabète de grossesse à planifier un exercice régulier qui soit sûr, durable et accessible à leur communauté. Les personnes atteintes de diabète de grossesse devraient recevoir des renseignements sur leur

objectif individuel de prise de poids pendant la grossesse¹⁶ et être aidées à modifier leur mode de vie si nécessaire.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de diabète pendant la grossesse

Vous devriez recevoir des renseignements et du soutien sur l'effet qu'ont l'alimentation, l'activité physique et la gestion du poids sur votre grossesse et votre diabète. Vous et vos fournisseurs de soins devez élaborer un plan de vie qui soit sûr et réalisable pour promouvoir votre santé et celle de votre bébé. Si vous choisissez de les inclure, votre famille doit être incluse dans votre projet.

Pour les fournisseurs de soins

Veiller à ce que les personnes atteintes de diabète de grossesse bénéficient tout au long de leur grossesse de conseils et d'un soutien personnalisés et continus en matière de mode de vie, fondés sur des données probantes, sûrs, réalisables et adaptés à la culture. Le régime alimentaire, l'activité physique et les plans de gestion du poids doivent répondre aux besoins et aux capacités de la personne et inclure sa famille et sa communauté si elle le souhaite. Cela pourrait comprendre une orientation vers l'aide sociale, l'aide pour demander l'Allocation pour régime alimentaire spécial, le cas échéant, et des renseignements sur les ressources alimentaires communautaires, y compris les banques alimentaires.

Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que les fournisseurs de soins disposent du temps et des ressources nécessaires pour aider les personnes atteintes de diabète de grossesse. Mettre en place des processus qui permettent aux fournisseurs de soins d'intégrer des plans de gestion du mode de vie pertinents sur le plan social et culturel, en consultation avec les membres de la communauté et les personnes.

INDICATEURS DE QUALITÉ :

MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage de personnes enceintes atteintes de diabète préexistant qui reçoivent des renseignements et un soutien adaptés à la gestion de leur mode de vie au début de leur grossesse et pendant le reste de leur grossesse
- Pourcentage de personnes atteintes de diabète gestationnel qui reçoivent des renseignements et un soutien adaptés à la gestion de leur mode de vie au moment du diagnostic de diabète gestationnel et pendant le reste de leur grossesse
- Pourcentage de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) qui estiment que leur plan de gestion personnalisé du mode de vie répond à leurs besoins et à leurs capacités

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 1.

5

Surveillance du fœtus et moment de l'accouchement

Les personnes atteintes de diabète de grossesse bénéficient d'une surveillance accrue du fœtus fondée sur le contrôle de la glycémie, les complications chez la mère, les comorbidités et (ou) le bien-être du fœtus. Le déclenchement du travail est envisagé avant la 40^e semaine de gestation si des indications chez la mère ou le fœtus existent.

Sources : American Diabetes Association, 2018¹² | Diabète Canada, 2018¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2015¹³ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2017¹⁴ | Société des obstétriciens et gynécologues du Canada¹⁷

Définitions

Surveillance du fœtus : Il n'existe pas de stratégie unique pour la surveillance prénatale du diabète de grossesse. Chez les personnes atteintes d'un diabète préexistant, l'évaluation du bien-être du fœtus doit commencer à 32 semaines de gestation et être effectuée chaque semaine de 34 à 36 semaines de gestation jusqu'à l'accouchement. Une surveillance précoce et (ou) plus fréquente de la santé du fœtus est recommandée chez les personnes considérées comme à haut risque, comme celles qui sont atteintes d'un diabète gestationnel mal contrôlé ou associé à une comorbidité quelconque. Les méthodes de surveillance du bien-être du fœtus peuvent inclure un examen de réactivité fœtale, un examen de réactivité fœtale plus l'index amniotique, un profil biophysique (y compris l'éducation sur le comptage des coups de pied), ou une combinaison de ces méthodes.

Comorbidités : Les comorbidités qui peuvent survenir chez les personnes atteintes de diabète de grossesse comprennent les complications cardiovasculaires, comme les

troubles de l'hypertension de grossesse, l'obésité, les maladies rénales chroniques et la rétinopathie.

Déclenchement du travail : Chez les personnes atteintes d'un diabète préexistant sans complications, le processus de stimulation artificielle de l'utérus pour déclencher le travail (déclenchement) doit être envisagé entre la 38^e et la 39^e semaine de gestation pour réduire le risque de mortinatalité. Le déclenchement avant la 38^e semaine de gestation doit être envisagé lorsque d'autres indications chez le fœtus ou la mère sont présentes afin de prévenir une croissance fœtale excessive, réduire le risque de dystocie des épaules et diminuer les risques de césarienne. Pour les personnes atteintes de diabète gestationnel nécessitant de l'insuline, le déclenchement à la 39^e semaine de gestation doit être planifié en fonction des indications chez la mère et le fœtus. Les personnes atteintes de diabète gestationnel contrôlé par un régime alimentaire devraient bénéficier d'une prise en charge systématique de leur grossesse à terme, avec un déclenchement planifié du travail avant 40 semaines de gestation en fonction des indications chez la mère et le fœtus. Le moment du déclenchement du travail doit être déterminé en fonction du contrôle de la glycémie et de toute autre comorbidité.

Indications chez la mère : Les indications chez la mère qui favoriseraient le déclenchement du travail sont notamment un mauvais contrôle de la glycémie, la présence d'autres comorbidités et une grossesse multiple.

Indications chez le fœtus : Les indications chez le fœtus qui favoriseraient le déclenchement du travail comprennent les préoccupations relatives à la taille, au modèle de croissance et au bien-être du fœtus.

Justification

Pour les personnes atteintes de diabète de grossesse, la surveillance du fœtus et l'accouchement planifié peuvent réduire les risques de mortinatalité, de césarienne, de dystocie des épaules et de macrosomie fœtale associée (un enfant né avec un poids à la naissance > 4 500 g [9,9 lb]). Avec les patients, les professionnels de la santé doivent planifier la surveillance du fœtus, le moment et le mode d'accouchement en fonction de l'état de santé de la personne. Les personnes atteintes de diabète de grossesse et leur famille devraient recevoir des renseignements sur les risques et les avantages de l'accouchement vaginal, du déclenchement du travail, de la césarienne et du moment de l'accouchement.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes atteintes de diabète pendant la grossesse

Vous et vos professionnels de la santé devez discuter de la manière dont ils vont surveiller votre grossesse pour s'assurer que votre bébé se porte bien. Ils doivent discuter des options qui s'offrent à vous en ce qui concerne le moment et la manière d'accoucher. Ils doivent vous donner des renseignements sur les tests à prévoir et sur la façon de vous préparer à la naissance de votre bébé, et vous encourager à vous faire accompagner d'une personne de confiance lors des rendez-vous.

Pour les cliniciens

Discuter et planifier la surveillance du fœtus, le moment et les modes d'accouchement avec les personnes atteintes de diabète de grossesse et leur famille. Fournir des renseignements sur les avantages et les inconvénients de toutes les options disponibles. Expliquer clairement et fournir des renseignements écrits sur les soins de suivi et les ressources disponibles.

Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que les fournisseurs de soins disposent du temps et des ressources nécessaires pour assurer la surveillance du fœtus et planifier le moment de l'accouchement pour les personnes atteintes de diabète de grossesse.

INDICATEURS DE QUALITÉ :

MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage de personnes atteintes d'un diabète préexistant, d'un diabète gestationnel mal contrôlé ou d'un diabète gestationnel avec comorbidité qui bénéficient d'une surveillance fœtale à partir de la 32^e semaine de gestation et d'une surveillance hebdomadaire à partir de la 36^e semaine de gestation jusqu'à l'accouchement
- Pourcentage de personnes atteintes d'un diabète préexistant sans indication chez la mère ou le fœtus et dont l'accouchement est déclenché entre la 38^e et la 39^e semaine
- Pourcentage de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) ayant des indications chez la mère ou le fœtus dont l'accouchement est déclenché avant la 38^e semaine de gestation
- Pourcentage de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) qui signalent avoir eu des discussions avec leur

professionnel de la santé sur la surveillance du fœtus et sur les risques et les avantages du mode et du moment de l'accouchement

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 1.

6

Dépistage du diabète post-partum pour les personnes atteintes de diabète gestationnel

Les personnes atteintes de diabète gestationnel sont soumises à un dépistage du prédiabète et du diabète de type 2 au moyen d'un test d'hyperglycémie provoqué par voie orale de 75 g entre 6 semaines et 6 mois après l'accouchement.

Sources : American Diabetes Association, 2018¹² | Diabète Canada, 2018¹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2015¹³ | Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2017¹⁴

Définitions

Prédiabète : Un état dans lequel une personne présente un risque élevé de développer un diabète de type 2 et ses complications. Les personnes atteintes de prédiabète ont été testées et ont obtenu au moins un des résultats suivants : une glycémie à jeun de 6,1 à 6,9 mmol/L; une hémoglobine glyquée de 6,0 à 6,4 %; ou une glycémie de 7,8 à 11 mmol/L 2 heures après avoir passé un test d'hyperglycémie provoquée par voie orale de 75 g. Toutes les personnes atteintes de prédiabète n'évolueront pas vers le diabète de type 2. Certains reviendront à la normoglycémie¹.

Test d'hyperglycémie provoquée par voie orale de 75 g : Le test de dépistage du diabète privilégié des personnes ayant déjà été atteintes de diabète gestationnel. Le diabète est diagnostiqué lorsque la glycémie à jeun est supérieure ou égale à 11,1 mmol/L 2 heures après la prise de 75 g de glucose par voie orale¹.

Justification

Les personnes diagnostiquées avec un diabète gestationnel présentent un risque plus élevé de développer un diabète de type 2 à l'avenir. Il est important d'identifier les

personnes qui peuvent avoir un diabète ou un prédiabète non diagnostiqué afin qu'elles reçoivent les soins appropriés. Malheureusement, les taux de dépistage du diabète post-partum sont faibles dans tout l'Ontario. Les fournisseurs de soins doivent utiliser diverses approches (p. ex., lettres, appels téléphoniques, courriels, textes) pour rappeler aux gens de passer un test de dépistage au moment et à l'endroit qui répondent le mieux à leurs besoins^{1,13,18,19}. Outre le dépistage, les personnes doivent être informées des risques cliniques et démographiques qu'elles courent de développer un diabète et être soutenues dans les changements de mode de vie nécessaires pour réduire ces risques.

Plus tôt le diabète ou le prédiabète est découvert, plus tôt des mesures préventives peuvent être prises pour diminuer ou ralentir l'évolution. Le contrôle de la glycémie doit être effectué dans le cadre des soins intrapartum et avant le congé dans la communauté afin d'exclure une hyperglycémie persistante¹³. Même lorsque la glycémie revient à la normale pendant la période intrapartum, il est recommandé de faire un test de dépistage du diabète entre 6 semaines et 6 mois après l'accouchement au moyen d'un test d'hyperglycémie provoquée par voie orale de 75 g. Les personnes qui ont eu un diabète gestationnel doivent recevoir une demande d'analyse de laboratoire et des renseignements sur ce test de la part d'un professionnel de la santé. D'autres méthodes de dépistage peuvent être utilisées pour les personnes qui ont subi une chirurgie bariatrique. Les personnes ayant déjà été atteintes de diabète gestationnel devraient recevoir des conseils sur les interventions en matière de comportement sain de la part d'un fournisseur de soins primaires dans l'année suivant l'accouchement afin de minimiser le risque de développer un diabète de type 2. Si elles envisagent une autre grossesse dans l'immédiat, elles doivent alors assurer un suivi immédiat pour garantir que les tests et les soins appropriés sont reçus.

La signification de cet énoncé de qualité

Les personnes atteintes de diabète gestationnel

Entre 6 semaines et 6 mois après l'accouchement, vous devez faire analyser votre sang pour vérifier que vous n'avez pas développé de prédiabète ou de diabète de type 2. Vous devez recevoir une demande d'analyse de laboratoire et des renseignements sur le test (appelé test d'hyperglycémie provoquée par voie orale) de la part d'un professionnel de la santé.

Pour les cliniciens

Les personnes atteintes de diabète gestationnel doivent être soumises à un test d'hyperglycémie provoquée par voie orale entre 6 semaines et 6 mois après

l'accouchement. Fournir des renseignements sur la façon de se préparer au test et discuter de la manière dont les résultats seront communiqués. La planification des tests doit être faite avec la personne ou la famille pour tenir compte de ses besoins.

Pour les planificateurs des services de santé

Veiller à ce que des systèmes et des ressources soient mis en place pour soutenir les services de dépistage et de test post-partum du diabète de type 2. Les stratégies de dépistage et de prévention devraient être mises en œuvre en collaboration avec les personnes atteintes de diabète, les familles, les dirigeants communautaires, les fournisseurs de soins de santé et les organismes de financement, et devraient inclure des communautés entières²⁰.

INDICATEUR DE QUALITÉ : MANIÈRE DE MESURER L'AMÉLIORATION PAR RAPPORT À CET ÉNONCÉ

- Pourcentage de personnes ayant déjà été atteintes de diabète gestationnel qui sont soumises à un dépistage du prédiabète et du diabète de type 2 avec un test d'hyperglycémie provoquée par voie orale de 75 g entre 6 semaines et 6 mois après l'accouchement

Les détails de mesure de cet indicateur, ainsi que les indicateurs qui permettent de mesurer les objectifs globaux pour l'ensemble de la norme de qualité, sont présentés à l'appendice 1.

Appendices

Appendice 1. Mesure à l'appui de l'amélioration

Le Comité consultatif sur la norme de qualité relative au diabète pendant la grossesse a défini certains objectifs généraux pour cette norme de qualité. Ces objectifs ont été mis en correspondance avec des indicateurs qui peuvent servir à suivre les progrès réalisés pour améliorer les soins aux personnes atteintes de diabète pendant la grossesse en Ontario. Certains indicateurs sont mesurables à l'échelle provinciale, tandis que d'autres ne peuvent être mesurés qu'à l'aide de données de source locale.

La collecte et l'utilisation des données associées à cette norme de qualité sont facultatives. Toutefois, les données vous aideront à évaluer la qualité des soins que vous prodiguez et l'efficacité de vos efforts d'amélioration de la qualité.

Nous savons que cette norme comprend une longue liste d'indicateurs. Nous vous avons remis cette liste afin que vous n'ayez pas à créer vos propres indicateurs d'amélioration de la qualité. Nous vous recommandons d'identifier les domaines sur lesquels vous devez vous concentrer dans la norme de qualité, puis d'utiliser un ou plusieurs des indicateurs associés pour guider et évaluer vos efforts d'amélioration de la qualité.

Dans la mesure du possible, les données des indicateurs mesurés au niveau provincial seront présentées selon diverses stratifications de l'équité, comme les caractéristiques socio-économiques et démographiques des patients, p. ex., l'âge, le revenu, la région et la ruralité.

Voir l'appendice 1 pour plus de détails sur la façon de mesurer ces indicateurs et notre [guide de mesure](#) pour plus d'information et de soutien.

Manière de mesurer le succès global

Indicateurs pouvant être mesurés à l'aide de données provinciales

Taux de toutes les visites non facultatives à l'hôpital pour des raisons spécifiques au diabète avant l'accouchement chez les personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) qui accouchent à l'hôpital

- Signalé par :
 - Visites au service des urgences
 - Hospitalisations

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) qui accouchent à l'hôpital
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui ont eu une ou plusieurs visites non facultatives à l'hôpital pour des raisons spécifiques au diabète avant l'accouchement
- Sources de données : Base de données sur les congés des patients (BDCP), Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), Base de données sur le diabète en Ontario (ODD), Base de données sur les demandes de règlement du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO)
- Remarque : les raisons spécifiques au diabète comprennent le diabète mal contrôlé, le diabète sans complications, le diabète avec hypoglycémie, le diabète avec acidocétose, le diabète avec hyperosmolarité, et un diagnostic principal de diabète avec hyperglycémie ou hypoglycémie

Pourcentage de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) qui accouchent à l'hôpital et qui ont un résultat antepartum ou intrapartum :

- **Signalé par :**
 - **Pré-éclampsie**
 - **Accouchement vaginal par voie chirurgicale**
 - **Césarienne**
 - **Lacérations au troisième ou quatrième degré**
- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) qui accouchent à l'hôpital
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui ont une issue antepartum ou intrapartum (liste ci-dessus)
- Sources de données : BDCP, ODD, RASO

Pourcentage de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) qui accouchent à l'hôpital et dont le nourrisson a une issue néonatale défavorable

- **Signalé par :**
 - **Hypoglycémie néonatale**
 - **Macrosomie**
 - **Dystocie des épaules**
 - **Mortinaissance**
 - **Naissance prématurée**
 - **Hyperbilirubinémie**

- **Détresse respiratoire**
- **Mortalité néonatale**
- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) qui accouchent à l'hôpital
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur dont le nourrisson a une issue néonatale défavorable (liste ci-dessus)
- Sources de données : BDCP, ODD, RASO

Pourcentage de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) qui accouchent à l'hôpital et dont le nourrisson est admis dans une unité néonatale de soins intensifs pendant 24 heures ou plus

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) qui accouchent à l'hôpital
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur dont le nourrisson est admis dans une unité néonatale de soins intensifs pendant 24 heures ou plus
- Sources de données : BDCP, ODD, RASO

Indicateurs ne pouvant être mesurés qu'à l'aide de données locales

Pourcentage de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) qui reçoivent des soins interprofessionnels spécifiques à leurs besoins pour gérer leur diabète de grossesse

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel)
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui reçoivent des soins interprofessionnels spécifiques à leurs besoins pour gérer leur diabète de grossesse
- Source des données : collecte de données locales
- Remarque : voir l'énoncé de qualité 2 pour des indicateurs supplémentaires concernant les personnes atteintes de diabète préexistant et de diabète gestationnel qui reçoivent des soins interprofessionnels à des moments précis

Pourcentage de personnes en âge de procréer vivant avec le diabète et prévoyant une grossesse qui reçoivent des soins préconceptionnels d'une équipe interprofessionnelle de soins

- Dénominateur : nombre total de personnes en âge de procréer vivant avec le diabète et prévoyant de tomber enceintes
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui reçoivent des soins préconceptionnels d'une équipe interprofessionnelle de soins

- Source des données : collecte de données locales
- Remarque : cet indicateur est également inclus dans l'énoncé de qualité 1

Pourcentage de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) qui reçoivent des soins pour leur diabète et qui se sentent incluses dans les décisions concernant leurs soins

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) qui reçoivent des soins pour leur diabète
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui se sentent incluses dans les décisions concernant leurs soins
- Source des données : collecte de données locales
- Remarques :
 - Cette question est adaptée du sondage sur l'expérience en matière de soins de santé; envisager d'utiliser un sondage validé sur l'expérience des patients atteints de diabète qui saisit ce concept pour faire un suivi de cet indicateur
 - Un indicateur similaire est également inclus dans l'énoncé de qualité 2

Pourcentage de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) qui signalent se sentir en confiance de savoir comment prendre soin de leur diabète et le gérer pendant la grossesse

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel)
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui signalent se sentir en confiance de savoir comment prendre soin et gérer leur diabète de grossesse
- Source des données : collecte de données locales
- Remarques :
 - Cette question est adaptée du sondage sur l'expérience en matière de soins de santé; envisager d'utiliser un sondage validé sur l'expérience des patients atteints de diabète qui saisit ce concept pour faire un suivi de cet indicateur
 - Un indicateur similaire est également inclus dans l'énoncé de qualité 3

Manière de mesurer l'amélioration par rapport aux énoncés spécifiques

Énoncé de qualité 1 : Soins préconceptionnels pour les personnes atteintes de diabète

Pourcentage de personnes en âge de procréer vivant avec le diabète et susceptibles de tomber enceintes qui reçoivent des renseignements sur la planification familiale de la part d'un professionnel de la santé

- Dénominateur : nombre total de personnes en âge de procréer vivant avec le diabète et susceptibles de devenir enceintes
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui reçoivent des renseignements sur la planification familiale de la part d'un professionnel de la santé
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes en âge de procréer vivant avec le diabète et prévoyant une grossesse qui reçoivent des soins préconceptionnels d'une équipe interprofessionnelle de soins

- Dénominateur : nombre total de personnes en âge de procréer vivant avec le diabète et prévoyant une grossesse
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui reçoivent des soins préconceptionnels d'une équipe interprofessionnelle de soins
- Source des données : collecte de données locales
- Remarque : cet indicateur est également inclus dans la section intitulée « Manière de mesurer le succès global »

Pourcentage de personnes en âge de procréer atteintes de diabète qui prévoient de devenir enceintes et qui reçoivent des soins préconceptionnels qui signalent se sentir informées sur la manière de gérer leur diabète avant et pendant la grossesse

- Dénominateur : nombre total de personnes en âge de procréer vivant avec le diabète, qui prévoient de devenir enceintes et qui reçoivent des soins préconceptionnels
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui signalent se sentir informées sur la manière de gérer leur diabète avant et pendant la grossesse
- Source des données : collecte de données locales
- Remarque : cette question est adaptée du sondage sur l'expérience en matière de soins de santé; envisager d'utiliser un sondage validé sur l'expérience des patients atteints de diabète qui saisit ce concept pour faire un suivi de cet indicateur

Énoncé de qualité 2 : Soins interprofessionnels coordonnés

Pourcentage de personnes en âge de procréer vivant avec le diabète et prévoyant une grossesse qui reçoivent des soins interprofessionnels spécifiques à leurs besoins pendant la période précédant la conception

- Dénominateur : nombre total de personnes en âge de procréer vivant avec le diabète et prévoyant une grossesse
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui reçoivent des soins interprofessionnels spécifiques à leurs besoins pendant la préconception
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes enceintes atteintes de diabète préexistant qui reçoivent des soins interprofessionnels spécifiques à leurs besoins pendant la grossesse

- Dénominateur : nombre total de personnes enceintes atteintes d'un diabète préexistant
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui reçoivent des soins interprofessionnels spécifiques à leurs besoins pendant la grossesse
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes atteintes de diabète gestationnel qui reçoivent des soins interprofessionnels spécifiques à leurs besoins au moment du diagnostic de diabète gestationnel et pendant le reste de leur grossesse

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de diabète gestationnel
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui reçoivent des soins interprofessionnels spécifiques à leurs besoins au moment du diagnostic du diabète gestationnel et pendant le reste de leur grossesse
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) qui reçoivent des soins interprofessionnels et qui se sentent incluses dans les décisions concernant leurs soins

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) qui reçoivent des soins interprofessionnels
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui se sentent incluses dans les décisions concernant leurs soins (leurs questions, préoccupations, observations et objectifs sont discutés et intégrés dans leurs soins)
- Source des données : collecte de données locales

- Remarques :
 - Cette question est adaptée du sondage sur l'expérience en matière de soins de santé; envisager d'utiliser un sondage validé sur l'expérience des patients atteints de diabète qui saisit ce concept pour faire un suivi de cet indicateur
 - Un indicateur similaire est également inclus dans la section intitulée « Manière de mesurer le succès global »

Énoncé de qualité 3 : Éducation et soutien en matière d'autogestion

Pourcentage de femmes enceintes atteintes de diabète préexistant qui reçoivent une éducation et un soutien personnalisés en matière d'autogestion au début de leur grossesse et pendant le reste de leur grossesse

- Dénominateur : nombre total de personnes enceintes atteintes d'un diabète préexistant
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui reçoivent une formation et un soutien personnalisés en matière d'autogestion au début de leur grossesse et pendant le reste de leur grossesse
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes atteintes de diabète gestationnel qui reçoivent une éducation et un soutien personnalisés en matière d'autogestion au moment du diagnostic de diabète gestationnel et pendant le reste de leur grossesse

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de diabète gestationnel
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui reçoivent une éducation et un soutien personnalisés en matière d'autogestion au moment du diagnostic du diabète gestationnel et pendant le reste de leur grossesse
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) qui signalent se sentir en confiance de savoir comment prendre soin de leur diabète et le gérer pendant la grossesse

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel)
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui signalent se sentir en confiance de savoir comment prendre soin et gérer leur diabète de grossesse
- Source des données : collecte de données locales
- Remarques :
 - Cette question est adaptée du sondage sur l'expérience en matière de soins de santé; envisager d'utiliser un sondage validé sur l'expérience des patients atteints de diabète qui saisit ce concept pour faire un suivi de cet indicateur

- Un indicateur similaire est également inclus dans la section intitulée « Manière de mesurer le succès global »

Énoncé de qualité 4 : Gestion du mode de vie pendant la grossesse

Pourcentage de personnes enceintes atteintes de diabète préexistant qui reçoivent des renseignements et un soutien adaptés à la gestion de leur mode de vie au début de leur grossesse et pendant le reste de leur grossesse

- Dénominateur : nombre total de personnes enceintes atteintes d'un diabète préexistant
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui reçoivent des renseignements et un soutien personnalisés pour la gestion de leur mode de vie (prise de poids pendant la grossesse, alimentation et activité physique) au début de leur grossesse et pendant le reste de leur grossesse
- Exclusion : personnes présentant des contre-indications à l'activité physique
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes atteintes de diabète gestationnel qui reçoivent des renseignements et un soutien personnalisés pour la gestion de leur mode de vie au moment du diagnostic de diabète gestationnel et pendant le reste de leur grossesse

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de diabète gestationnel
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui reçoivent des renseignements et un soutien personnalisés pour la gestion de leur mode de vie (prise de poids pendant la grossesse, alimentation et activité physique) au moment du diagnostic de leur diabète gestationnel et pendant le reste de leur grossesse
- Exclusion : personnes présentant des contre-indications à l'activité physique
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) qui estiment que leur plan de gestion personnalisé du mode de vie répond à leurs besoins et à leurs capacités

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel)
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui estiment que leur plan de gestion personnalisé du mode de vie répond à leurs besoins et à leurs capacités
- Source des données : collecte de données locales

Énoncé de qualité 5 : Surveillance du fœtus et moment de l'accouchement

Pourcentage de personnes atteintes d'un diabète préexistant, d'un diabète gestationnel mal contrôlé ou d'un diabète gestationnel avec comorbidité qui bénéficient d'une surveillance fœtale à partir de la 32^e semaine de gestation et d'une surveillance hebdomadaire à partir de la 36^e semaine de gestation jusqu'à l'accouchement

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes d'un diabète préexistant, d'un diabète gestationnel mal contrôlé ou d'un diabète gestationnel avec des comorbidités
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui bénéficient d'une surveillance fœtale à partir de la 32^e semaine de gestation et effectuée chaque semaine à partir de la 36^e semaine de gestation jusqu'à l'accouchement
- Source des données : collecte de données locales

Pourcentage de personnes atteintes d'un diabète préexistant sans indication pour la mère ou le fœtus et dont l'accouchement est provoqué entre la 38^e et la 39^e semaine

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes d'un diabète préexistant sans indication pour la mère ou le fœtus
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur dont l'accouchement est provoqué entre la 38^e et la 39^e semaine de gestation
- Sources de données : collecte de données locales; envisager d'utiliser le système d'information du Registre et réseau des Bons résultats dès la naissance (BORN), s'il existe

Pourcentage de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) ayant des indications pour la mère ou le fœtus dont l'accouchement est provoqué avant la 38^e semaine de gestation

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) et présentant des indications pour la mère ou le fœtus
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur dont l'accouchement est provoqué avant la 38^e semaine de gestation
- Sources des données : collecte de données locales; envisager d'utiliser le système d'information du BORN, si disponible

Pourcentage de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel) qui signalent avoir eu des discussions avec leur professionnel de la santé sur la surveillance du fœtus et sur les risques et les avantages du mode et du moment de l'accouchement

- Dénominateur : nombre total de personnes atteintes de diabète de grossesse (diabète préexistant ou diabète gestationnel)
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui signalent avoir eu des discussions avec leur professionnel de la santé sur la surveillance du fœtus et les risques et avantages du mode et du moment de l'accouchement
- Source des données : collecte de données locales

Énoncé de qualité 6 : Dépistage du diabète post-partum pour les personnes atteintes de diabète gestationnel

Pourcentage de personnes ayant déjà été atteintes de diabète gestationnel qui sont soumises à un dépistage du prédiabète et du diabète de type 2 avec un test d'hyperglycémie provoquée par voie orale de 75 g entre 6 semaines et 6 mois après l'accouchement

- Dénominateur : nombre total de personnes ayant déjà été atteintes de diabète gestationnel
 - Exclusion : les personnes ayant subi une chirurgie bariatrique
- Numérateur : nombre de personnes dans le dénominateur qui ont passé un test de dépistage pour le prédiabète et le diabète de type 2 par un test d'hyperglycémie provoquée par voie orale de 75 g entre 6 semaines et 6 mois après l'accouchement
- Sources de données : collecte de données locales; si possible, envisager d'utiliser une plateforme, comme le visualiseur clinique de ConnexionOntario pour identifier les personnes atteintes de diabète gestationnel, les personnes ayant eu un accouchement à l'hôpital et les personnes présentant des contre-indications pour le test d'hyperglycémie provoquée par voie orale de 75 g et le Système d'information de laboratoire de l'Ontario (SILO) pour identifier les personnes ayant reçu un test d'hyperglycémie provoquée par voie orale de 75 g dans un laboratoire communautaire ou d'hôpital

Appendice 2. Glossaire

Fournisseurs de soins : La grande variété de fournisseurs qui peuvent participer aux soins des personnes atteintes de diabète de grossesse. Le terme inclut les professionnels de la santé réglementés, comme les diététistes, les infirmières, les infirmières praticiennes, les sages-femmes, les pharmaciens, les médecins et les travailleurs sociaux, ainsi que les fournisseurs de soins de santé non réglementés, comme les travailleurs communautaires, les doulas, les aînés et les fournisseurs de médecine traditionnelle. Notre choix d'utiliser « fournisseur de soins » ne diminue ni n'annule les autres termes qu'une personne peut préférer.

Soins adaptés à la culture : Des soins qui intègrent les traditions culturelles ou religieuses, les valeurs et les croyances, qui sont dispensés dans la langue préférée de la personne, qui adaptent les conseils spécifiques à la culture et qui tiennent compte du souhait de la personne de faire participer les membres de sa famille ou de sa communauté¹

Diabète : Un trouble métabolique hétérogène caractérisé par la présence d'une hyperglycémie attribuable à une altération de la sécrétion d'insuline, à une action défailante de l'insuline, ou aux deux. Ce terme peut désigner le diabète de type 1 ou de type 2.

Famille : Les personnes les plus proches en termes de connaissances, de soins et d'affection, et peuvent comprendre la famille biologique, la famille par alliance ou la famille de choix et les amis. La personne définit sa famille et les personnes qui participeront à sa prise en charge.

Diabète gestationnel : Une tolérance anormale aux glucides diagnostiquée, ou reconnue pour la première fois, au cours du deuxième ou du troisième trimestre de la grossesse, qui n'était pas clairement un diabète de type 1 ou de type 2 avant la grossesse.

Professionnels de la santé : Les professionnels réglementés, comme les infirmières, les infirmières praticiennes, les pharmaciens, les médecins, les physiothérapeutes, les psychologues, les ergothérapeutes et les travailleurs sociaux.

Remerciements

Comité consultatif

Santé Ontario remercie les personnes suivantes pour leurs généreuses contributions volontaires en temps et en expertise afin d'aider à créer cette norme de qualité :

Janine Malcolm (coprésidente)
Endocrinologue, Hôpital d'Ottawa

Erin Keely
Endocrinologue, Hôpital d'Ottawa

Geetha Mukerji (coprésidente)
Endocrinologue, Hôpital Women's College

Alanna Mack
Infirmière autorisée, MICs Group of Health Services

Nicole Bowen
Diététiste agréée, Waasegiizhig Nanaandawe'iyewigamig Health Access Centre

Cynthia Maxwell
Spécialiste de la médecine materno-fœtale, cheffe de division, médecine materno-fœtale, Hôpital Mount Sinai

Elaine Clark
Diététiste agréée, St. Joseph's Health Centre

Anna Meuser
Sage-femme, East Mississauga Midwives

Christine Dallaire
Obstétricienne/gynécologue, Peterborough Regional Health Centre

Daisy Moores
Médecin de famille, Hôpital d'Ottawa

Christine Gardhouse
Conseillère en expériences vécues

Ann Petgrave
Vice-présidente de la section Caribbean Diabetes, Diabète Canada

Kaela Hilderley
Conseillère en expériences vécues

Fiona Thompson-Hutchinson
Infirmière praticienne, North York General

Santé Ontario souhaite également remercier Diabète Canada, l'Indigenous Primary Health Care Council, l'Ontario Federation of Indigenous Friendship Centers, la Sioux Lookout First Nations Health Authority, le Centre de santé communautaire Taibu et la Weeneebayko Area Health Authority pour leur contribution continue à l'élaboration de cette norme de qualité.

Références

- (1) Diabetes Canada. 2018 clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. Can J Diabetes [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 30]; 42(Supplement 1):[S1-S325 pp.]. Available from: <https://guidelines.diabetes.ca/docs/CPG-2018-full-EN.pdf>
- (2) Mosby I, Tracey G. Hunger was never absent: how residential school diets shaped current patterns of diabetes among Indigenous peoples in Canada. CMAJ. 189(32):E1043-E5.
- (3) Canadian Diabetes Association. Diabetes charter for Canada [Internet]. Toronto (ON): Canadian Diabetes Association; 2017 [cited 2019 Jul 30]. Available from: https://www.diabetes.ca/DiabetesCanadaWebsite/media/About-Diabetes/Diabetes%20Charter/DiabetesCharter_English_2017.pdf
- (4) Public Health Agency of Canada. Diabetes in Canada: facts and figures from a public health perspective [Internet]. Ottawa (ON): The Agency; 2011 [cited 2019 Jul 30]. Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/index-eng.php>
- (5) Feig DS, Hwee J, Shah BR, Booth GL, Bierman AS, Lipscombe LL. Trends in incidence of diabetes in pregnancy and serious perinatal outcomes: a large, population-based study in Ontario, Canada, 1996–2010. Diabetes Care. 2014;37(6):1590-6.
- (6) Booth GL, Lipscombe LL, Bhattacharyya O, Feig DS, Shah BR, Johns A, et al. Chapter 9: diabetes. In: Project for an Ontario women’s health evidence-based report: volume 2 [Internet]. Toronto (ON): St. Michael’s Hospital’s Hospital and the Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2010. Available from: <http://www.powerstudy.ca/power-report/volume2/diabetes/>
- (7) Sacks DA, Hadden DR, Maresh M, Deerochanawong C, Dyer AR, Metzger BE, et al. Frequency of gestational diabetes mellitus at collaborating centers based on IADPSG consensus panel-recommended criteria: the Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study. Diabetes Care. 2012;35(3):526-8.
- (8) Jovanovic L, Pettitt DJ. Gestational diabetes mellitus. J Am Med Assoc. 2001;286(20):2516-8.
- (9) Lipscombe LL, McLaughlin HM, Wu W, Feig DS. Pregnancy planning in women with pregestational diabetes. J Matern Fetal Neonatal Med. 2011;24(9):1095-101.
- (10) Thorpe LE, Berger D, Ellis JA, Bettgowda VR, Brown G, Matte T, et al. Trends and racial/ethnic disparities in gestational diabetes among pregnant women in New York City, 1990-2001. Am J Public Health. 2005;95(9):1536-9.
- (11) Shen GX, Shafer LA, Martens PJ, Sellers E, Torshizi AA, Ludwig S, et al. Does First Nations ancestry modify the association between gestational diabetes and subsequent diabetes: a historical prospective cohort study among women in Manitoba, Canada. Diabet Med. 2016;33(9):1245-52.
- (12) American Diabetes Association. Standards of medical care for diabetes—2018. Diabetes Care [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 30]; 41(Supplement 1):[1-172 pp.]. Available from: http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2017/12/08/41.Supplement_1.DC1/DC_41_S1_Combined.pdf

- (13) National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Diabetes in pregnancy: management of diabetes and its complications from preconception to the postnatal period [Internet]. London (UK): National Institute for Health and Care Excellence; 2015 [cited 2020 Feb 20]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng3/resources/diabetes-in-pregnancy-management-from-preconception-to-the-postnatal-period-51038446021>
- (14) Scottish Intercollegiate Guideline Network. Pharmacological management of glycaemic control in people with type 2 diabetes [Internet]. Edinburgh Scottish Intercollegiate Guideline Network; 2017 [cited 2019 Aug 27]. Available from: <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/pharmacological-management-of-glycaemic-control-in-people-with-type-2-diabetes/>
- (15) Balsells M, Garcia-Patterson A, Gich I, Corcoy R. Maternal and fetal outcome in women with type 2 versus type 1 diabetes mellitus: a systematic review and metaanalysis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009;94(11):4284-91.
- (16) American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee opinion no. 548: weight gain during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2013;121(1):210-2.
- (17) Davies GA, Maxwell C, McLeod L, Gagnon R, Basso M, Bos H, et al. SOGC clinical practice guidelines: obesity in pregnancy. No. 239, February 2010. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010;110(2):167-73.
- (18) Shah BR, Lipscombe LL, Feig DS, Lowe JM. Missed opportunities for type 2 diabetes testing following gestational diabetes: a population-based cohort study. *BJOG.* 2011;118(12):1484-90.
- (19) Shea AK, Shah BR, Clark HD, Malcolm J, Walker M, Karovitch A, et al. The effectiveness of implementing a reminder system into routine clinical practice: does it increase postpartum screening in women with gestational diabetes? *Chronic Dis Can.* 2011;31(2):58-64.
- (20) Indigenous Primary Health Care Council. Moving forward on diabetes in Ontario: an environmental scan of diabetes-related programs for Indigenous communities and on overview of conclusions on models of care, prevention of diabetes, care and treatment. Muncey (ON): Indigenous Primary Health Care Council; 2018.

À propos de nous

Nous sommes un organisme créé par le gouvernement de l'Ontario chargé de coordonner le système de soins de santé de notre province et de mettre en relation ses diverses composantes d'une manière qui n'a jamais été réalisée auparavant, et ce afin de permettre à la population ontarienne de recevoir les meilleurs soins possibles. Nous nous employons à améliorer les résultats en matière de santé, l'expérience des patients et des fournisseurs et à soutenir l'optimisation des ressources allouées aux soins de santé.

Pour plus d'informations, visitez : ontariohealth.ca/fr/notre-equipe

Besoins de renseignements supplémentaires

Visiter hqontario.ca ou communiquer avec nous à l'adresse qualitystandards@ontariohealth.ca pour toute question ou rétroaction sur ce guide.

Santé Ontario
130 rue Bloor Ouest, 10^e étage
Toronto, Ontario
M5S 1N5

Tél. : 416-323-6868
Sans frais : 1-866-623-6868
Télécopieur : 416-323-9261
Courriel : qualitystandards@ontariohealth.ca
Site Web : hqontario.ca