

Mars 2004

*Ligne directrice sur les pratiques  
exemplaires en soins infirmiers*  
*Bâtir l'avenir des soins infirmiers*

# *Réduction des complications des plaies du pied chez les diabétiques*



**RNAO**

Registered Nurses  
Association  
of Ontario

L'Association des infirmières  
et infirmiers autorisés de  
l'Ontario



## *Mot de bienvenue de Doris Grinspun*

### *Directrice exécutive*

### *Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario*

C'est avec grand plaisir que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) diffuse cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. Les pratiques professionnelles basées sur des données probantes vont de pair avec la qualité des services que les infirmières offrent dans leur travail quotidien.

Nous remercions infiniment le grand nombre d'établissements et de personnes qui ont permis à la RNAO de concrétiser sa vision des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers (LDPESI). Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, qui a reconnu l'expertise de la RNAO pour mener à bien ce projet, contribuera un financement s'échelonnant sur plusieurs années. Tazim Virani, directrice du projet des LDPESI, grâce à sa détermination sans borne et ses compétences, fait progresser le projet encore plus rapidement et plus intensément qu'on ne l'avait imaginé. La communauté des infirmières, de par son engagement et sa passion pour l'excellence en soins infirmiers, partage ses connaissances et son temps, ce qui est essentiel à la création et à l'évaluation de chaque Ligne directrice. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme à l'appel d'offres et ouvrent leurs établissements pour mettre à l'essai le projet des LDPESI.

C'est maintenant que se présente le véritable test de cet extraordinaire cheminement : les infirmières utiliseront-elles les lignes directrices dans leur travail quotidien?

La mise en place réussie de ces LDPESI nécessite un effort conjugué de la part de quatre groupes : les infirmières elles-mêmes, d'autres collègues du secteur de la santé, les infirmières qui enseignent en milieu universitaire et en milieu de travail, de même que les employeurs. Après avoir assimilé ces lignes directrices avec leurs têtes et leurs cœurs, les infirmières, de même que les étudiants en soins infirmiers, informés et avertis, auront besoin d'un milieu de travail sain et accueillant pour les aider à mettre en pratique ces lignes directrices.

Nous vous demandons de partager cette LDPESI, ainsi que d'autres lignes directrices, avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire. Nous avons beaucoup à apprendre les uns des autres. Ensemble, nous voulons être sûrs que les Ontariennes et les Ontariens reçoivent les meilleurs soins possibles, chaque fois qu'ils entrent en contact avec nous. Tentons d'en faire les véritables gagnants de ce grand effort!

La RNAO continuera de travailler assidûment à l'élaboration et à l'évaluation des futures lignes directrices. Nous vous souhaitons une mise en place des plus réussies!



Doris Grinspun, inf. aut., M.Sc.Inf., Ph.D. (doctorante)

Directrice exécutive

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

## Comment utiliser ce document?

**Cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers** consiste en un document détaillé comportant les ressources nécessaires au soutien de la pratique des soins infirmiers basée sur des données probantes. Le document doit être révisé et appliqué en fonction des besoins particuliers de l'établissement ou du lieu de travail, ainsi que des besoins et des désirs du patient. Les lignes directrices ne doivent pas être appliquées comme un « livre de recettes » mais utilisées en tant qu'outil pour aider à la prise de décisions en ce qui concerne les soins individualisés prodigués au client, et pour s'assurer que les structures et les soutiens adéquats sont en place pour prodiguer les meilleurs soins possibles.

Les infirmières, les autres professionnels des soins de santé, de même que les administrateurs qui font la promotion des changements sur le plan de la pratique des soins infirmiers et qui y contribuent eux-mêmes, trouveront ce document précieux pour l'élaboration de règlements, de procédures, de protocoles, de programmes de formation, d'outils de documentation et d'évaluation, etc. On recommande d'utiliser les lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers comme un outil de référence. Il n'est pas nécessaire ni pratique que chaque infirmière possède une copie complète de la Ligne directrice. Les infirmières qui offrent des soins directs aux clients pourront bénéficier d'un examen des recommandations, des données probantes qui appuient ces recommandations et du processus qui a été utilisé pour élaborer les lignes directrices. Toutefois, il est fortement recommandé que les pratiques infirmières dans les établissements où les soins sont prodigués adaptent ces lignes directrices dans des formats qui seront faciles à utiliser dans le cadre du travail quotidien. Cette Ligne directrice comporte certains formats suggérés pour de telles adaptations et personnalisations locales.



Les établissements qui désirent utiliser les lignes directrices peuvent décider de le faire de plusieurs façons :

- Évaluer les pratiques actuelles en matière de soins de santé et de soins infirmiers grâce aux recommandations présentées dans les lignes directrices.
- Définir les recommandations qui permettront de répondre à des besoins reconnus ou de combler des lacunes dans les services offerts.
- Élaborer de manière systématique un plan visant à mettre en place les recommandations grâce aux outils et aux ressources connexes.

La RNAO désire connaître la façon dont vous avez mis en place cette ligne directrice. Veuillez communiquer avec nous pour partager votre expérience. Des ressources de mise en place seront disponibles par le biais du site Web de la RNAO afin d'aider les personnes et les organismes à mettre en place les lignes directrices sur les pratiques exemplaires.



## *Réduction des complications des plaies du pied chez les diabétiques*

### *Équipe du projet*

**Tazim Virani**, inf. aut., M.Sc.Inf.  
Directrice de projet

**Heather McConnell**, inf. aut., B.Sc.Inf., M.A. (Ed.)  
Gestionnaire de projet

**Josephine Santos**, inf. aut., M.Sc.Inf.  
Coordonnatrice de projet

**Jane Schouten**, inf. aut., B.Sc.Inf., M.B.A.  
Coordonnatrice de projet

**Stephanie Lappan-Gracon**, inf. aut., M.Sc.Inf.  
Coordonnatrice – Réseau des champions  
des pratiques exemplaires

**Carrie Scott**  
Adjointe de projet

**Melissa Kennedy**, B.A.  
Adjointe de projet

**Elaine Gergolas**, B.A.  
Coordonnatrice de projet – Bourse de recherche  
en pratique clinique avancée

**Keith Powell**, B.A., AIT  
Éditeur Web



L'Association des infirmières et  
infirmiers autorisés de l'Ontario  
Projet des Lignes directrices sur les  
pratiques exemplaires en soins infirmiers  
111, rue Richmond Ouest, bureau 1100  
Toronto (Ontario) M5H 2G4  
Site Web : [www.rnao.org](http://www.rnao.org)

*Afin de faciliter la lecture des textes, le terme  
« infirmière » englobe les infirmiers. Il est entendu  
que cette désignation n'est nullement restrictive.*

## Membres du groupe d'élaboration

**Cheri Ann Hernandez, inf. aut., Ph.D., EAD\***

**Chef d'équipe**

Professeure adjointe

Faculté des sciences infirmières,

Université of Windsor

*Windsor (Ontario)*

**Catherine A. Arnott, inf. aux. aut.**

Présidente,

Arnott Lightens Your Load, Inc/Footloose

Infirmière agréée en soins des pieds/

Éducatrice de la RPNAO

*Toronto (Ontario)*

**Grace Bradish, inf. aut., M.Sc.Inf., EAD**

Infirmière de pratique avancée

Integrated Cancer Program

London Health Sciences Centre

*London (Ontario)*

**Sharon Brez, inf. aut., B.Sc.Inf., M.A. (Ed), EAD**

Infirmière de pratique avancée

Hôpital d'Ottawa

*Ottawa (Ontario)*

**Lillian Delmas, inf. aut., B.Sc.Inf., CRRN**

Infirmière clinicienne

The Rehabilitation Centre

*Ottawa (Ontario)*

**Penny Fredrick, inf. aut., EAD**

Infirmière enseignante spécialisée en diabète

Peterborough Regional Health Centre

*Peterborough (Ontario)*

**Robin Hokstad, inf. aut., EAD**

Infirmière enseignante spécialisée en diabète

Nipissing Diabetes Resource Centre

*North Bay (Ontario)*

**Margaret Hume, inf. aut., M.Sc.Inf., EAD**

Infirmière clinicienne spécialisée (retraîtée)

Endocrine-Metabolic Clinic

University Health Network

*Toronto (Ontario)*

**Sharon Jaspers, inf. aut., B.Sc.Inf. spéc., EAD**

Infirmière enseignante spécialisée en diabète

Diabetes Health Thunder Bay

*Thunder Bay (Ontario)*

**Helen Jones, inf. aut., M.Sc.Inf., EAD**

Infirmière clinicienne

spécialisée/Gestionnaire

Leadership Sinai Centre for Diabetes

Mount Sinai Hospital

*Toronto (Ontario)*

**Barbara Martin, inf. aut., EAD**

Infirmière praticienne/Enseignante

spécialisée en diabète

Gane Yohs Community Health Centre

*Six Nations (Ontario)*

**Heather McConnell, inf. aut., B.Sc.Inf., M.A. (Ed.)**

Équipe de projet de la RNAO, aide à la mise en place

Gestionnaire de projet,

Projet des Lignes directrices sur les

pratiques exemplaires en soins infirmiers

Association des infirmières et infirmiers

autorisés de l'Ontario

*Toronto (Ontario)*

**Alwyn Moyer, inf. aut. M.Sc.(A), Ph.D.**

Conseillère en soins de santé

Professeure adjointe, Université d'Ottawa

*Ottawa (Ontario)*

**Ruth Ruttan, inf. aut., EAD**

Enseignante en soins des pieds

Présidente, Ruth Ruttan & Associates

*Sharon (Ontario)*

\* Enseignant accrédité en diabète

## Remerciements

Les réactions de parties prenantes issues de divers domaines ont été sollicitées et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario tient à remercier ces personnes et ces groupes de personnes pour leur contribution à la révision de cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers, ainsi que pour leurs précieux commentaires :

### June Archer

Foot Care Clinic  
St. Joseph's Care Group  
*Thunder Bay (Ontario)*

### Donna Barudzija

Vice-présidente et administratrice  
Union Villa  
*Unionville (Ontario)*

### Cathy Beaudy, inf. aux. aut.

Cabinet privé  
*Windsor (Ontario)*

### David Berardo, D.Ch.

Podologue  
Windsor Foot Clinic  
Sandwich Community Health Centre  
*Windsor (Ontario)*

### Harvey Bondy

Groupe de discussion des clients  
*Tecumseh (Ontario)*

### Kim Carter, inf. aut.

North Bay General Hospital  
*North Bay (Ontario)*

### Judy Costello, inf. aut., B.Sc.Inf.

Directrice des soins infirmiers,  
Toronto General Hospital  
University Health Network  
*Toronto (Ontario)*

### Darlean Coulter

Association canadienne du diabète –  
Direction de Tri-County  
*Brockville (Ontario)*

### Cheryl Colborne, inf. aut., EAD

Enseignante spécialisée en diabète  
Windsor Regional Hospital  
*Windsor (Ontario)*

### Ruth Collins

Groupe de discussion des clients  
*Windsor (Ontario)*

### Centre d'accès aux soins communautaires

Représentant d'agence  
*Ontario*

### Dr Timothy Daniels, M.D., Associé

Professeur adjoint  
Université de Toronto  
*Toronto (Ontario)*

### Sandi Dennison, inf. aut.

Infirmière enseignante spécialisée en diabète  
Diabetes Wellness Centre  
*Windsor (Ontario)*

### Paula Doering, inf. aut., B.Sc.Inf., M.B.A.

Directrice, Médecine et santé mentale  
Hôpital d'Ottawa  
*Ottawa (Ontario)*

**Nicola Dorosh, inf. aut.**

Infirmière en santé publique  
*North York (Ontario)*

**Maureen Dowling, inf. aux. aut.**

Infirmière clinicienne  
The Rehabilitation Centre  
*Ottawa (Ontario)*

**Marilyn Elliot, inf. aut., CRRN**

Infirmière clinicienne  
The Rehabilitation Centre  
*Ottawa (Ontario)*

**Richard Gauthier, inf. aut., CRRN**

Infirmier clinicien  
The Rehabilitation Centre  
*Ottawa (Ontario)*

**Yvonne Harvey, inf. aux. aut.**

Cabinet privé  
*Ottawa (Ontario)*

**Hazel Hoogkamp, inf. aut., EAD**

Diabetes Education Centre  
Woodstock General Hospital  
*Woodstock (Ontario)*

**Robert Hunks, B.Sc., D.Ch.**

Podologue  
*Brantford (Ontario)*

**Dr David Keast, M.Sc., M.D., CCFP, FCFP**

Directeur médical, Chronic Wound  
Management Clinic  
Parkwood Hospital  
St. Joseph's Health Care  
*London (Ontario)*

**Ester Kuh, inf. aut.**

KCI Medical Canada, Inc.  
*Mississauga (Ontario)*

**Sally Lewis, inf. aut., EAD**

Coordonnatrice, Pediatric Diabetes Centre  
Hôtel-Dieu Grace Hospital  
*Windsor (Ontario)*

**Stacey Longmuir, inf. aut. B.Sc.Inf.**

Infirmière en santé publique  
Représentante des familles  
*Richmond Hill (Ontario)*

**Dr C. Lynde, M.D. FRCP(c)**

Dermatologue  
*Markham (Ontario)*

**Karen Martin, inf. aut., EAD**

Infirmière en santé communautaire  
*Hagersville (Ontario)*

**Donna McIntyre**

Groupe de discussion des clients  
*Windsor (Ontario)*

**Susan McNeeley, inf. aut., CRRN**

Infirmière clinicienne  
The Rehabilitation Centre  
*Ottawa (Ontario)*

**Doris Mills**

Groupe de discussion des clients  
*Windsor (Ontario)*

**Horace Mills**

Groupe de discussion des clients  
*Windsor (Ontario)*

**Patricia Mills**

Groupe de discussion des clients  
*Windsor (Ontario)*

**Craig Parrott**

Groupe de discussion des clients  
*Windsor (Ontario)*

**Linda J. Patrick, inf. aut., M.A. M.Sc.**

Professeure adjointe  
Faculté des sciences infirmières  
University of Windsor  
*Windsor (Ontario)*

**Dianne Price, inf. aut.**

Directrice des soins  
Metro Toronto Legion Village  
*West Hill (Ontario)*

**Nancy Raymond, inf. aut., EAD**

Huron-Perth Diabetes Education Program  
Stratford General Hospital  
*Stratford (Ontario)*

**Joanne Ready, inf. aut., CRRN**

Infirmière clinicienne  
The Rehabilitation Centre  
*Ottawa (Ontario)*

**Gemma Sorgi, inf. aut.**

Infirmière enseignante spécialisée en diabète  
Hôtel-Dieu Grace Hospital  
*Windsor (Ontario)*

**Sally Strang, inf. aut.**

North Bay General Hospital  
*North Bay (Ontario)*

**Jacqui Tofflemire, inf. aut., B.Sc.A., EAD**

Enseignante spécialisée en diabète  
Windsor Regional Hospital  
*Windsor (Ontario)*

**Anna Tupis, inf. aut., BAAN, M.Sc.S.**

Chef des services cliniques  
VON Canada  
*Toronto (Ontario)*

**Dr Gerlof D. Valk, M.D., Ph.D.**

EMGO Institute,  
Service de la pratique générale  
*Amsterdam (Pays-Bas)*

**Dawn Ellen Valois, inf. aut.**

North Bay General Hospital  
*North Bay (Ontario)*

**Sharon Washer, inf. aut., CRRN**

Infirmière clinicienne  
The Rehabilitation Centre  
*Ottawa (Ontario)*

\* Les remerciements ci-dessus reflètent les renseignements fournis par les parties prenantes au moment où les réactions ont été obtenues.



## *Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers*

La RNAO souhaite remercier les organismes suivants de Sudbury, en Ontario, pour leur rôle dans la mise à l'essai de cette Ligne directrice :

- Hôpital Régional Sudbury Regional Hospital
- Infirmières de l'Ordre de Victoria, succursale de Sudbury

La RNAO tient à souligner le leadership et le dévouement des chercheuses qui ont dirigé l'étape d'évaluation du Projet des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. L'équipe d'évaluation comprend les membres suivants :

### Chercheuses principales :

Nancy Edwards, inf. aut. Ph.D.  
Barbara Davies, inf. aut. Ph.D.  
Université d'Ottawa

### Équipe d'évaluation :

Maureen Dobbins, inf. aut. Ph.D.  
Jenny Ploeg, inf. aut. Ph.D.  
Jennifer Skelly, inf. aut. Ph.D.  
Université McMaster

Patricia Griffin, inf. aut. Ph.D.  
Université d'Ottawa

### Personnel du projet :

Barbara Helliwell, B.A.(Spéc.); Marilyn Kuhn, M.G.S.S.; Diana Ehlers, M.A.(B.S.), M.A.(Dem); Lian Kitts, inf. aut.; Elana Ptack, B.A.; Isabelle St-Pierre, B.Sc.Inf., M.Sc.Inf. (candidate à la maîtrise)  
Université d'Ottawa



## Réduction des complications des plaies du pied chez les diabétiques

8

### Déclin de responsabilité

*Cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires ne s'applique qu'à la pratique des soins infirmiers et ne prend pas en compte les implications financières. Les infirmières ne sont pas tenues d'appliquer les lignes directrices et leur utilisation doit être souple afin de s'adapter aux désirs du patient et de la famille et aux situations particulières. Elles ne constituent en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Bien que tous les efforts aient été consentis pour s'assurer de l'exactitude du contenu au moment de la publication, ni les auteurs, ni la RNAO ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans les lignes directrices, ni n'acceptent aucune responsabilité quant au manque à gagner, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou d'omissions dans le contenu de ce document. Toute référence, tout au long du document, à des produits pharmaceutiques spécifiques n'est mentionnée qu'en tant qu'exemple et ne signifie aucunement que nous endossons l'un ou l'autre de ces produits.*

### Droits d'auteur

*À l'exception des portions de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière contre la copie est indiquée, le reste de ce document peut être reproduit et publié, en entier seulement, sous toute forme, y compris le format électronique, à des fins éducatives ou non commerciales sans nécessiter le consentement ou la permission de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, à condition qu'une citation ou qu'une référence apparaisse dans le travail copié, tel qu'indiqué ci-dessous :*

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. *Réduction des complications des plaies du pied chez les diabétiques*. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, Toronto, Canada, 2004.

## *Table des matières*

Sommaire des recommandations .....	11
Interprétation des données probantes .....	15
Responsabilité quant à l'élaboration de la Ligne directrice .....	16
Intention et champ d'activité .....	16
Processus d'élaboration de la Ligne directrice .....	18
Définitions des termes .....	21
Contexte .....	22
Recommandations relatives à la pratique professionnelle .....	25
Recommandations relatives à la formation .....	36
Recommandations contextuelles .....	38
Évaluation et surveillance de la Ligne directrice .....	41
Conseils quant à la mise en place .....	43
Méthode de révision et mise à jour de la Ligne directrice .....	45
Références bibliographiques .....	46
Bibliographie .....	49

Annexe A : Méthode de recherche de données probantes existantes .....	53
Annexe B : Glossaire .....	57
Annexe C : Algorithme de l'évaluation du risque .....	60
Annexe D : Guide d'évaluation des pieds et de détection des risques liés au diabète ..	61
Annexe E : Utilisation du monofilament de Semmes-Weinstein .....	62
Annexe F : Anomalies structurelles et biomécaniques .....	63
Annexe G : Emplacement et palpation des poux pédieux .....	64
Annexe H : Conseils en matière de soins des pieds .....	65
Annexe I : Contenu à l'appui des données probantes pour l'éducation en matière de soins des pieds pour diabétiques .....	66
Annexe J : Ressources pour l'éducation en matière de diabète chez les adultes .....	74
Annexe K : Éducation et ressources relatives aux soins en matière de diabète .....	75
Annexe L : Documentation des interventions en soins infirmiers .....	78
Annexe M : Description de la Trousse sur la marche à suivre .....	79

## Sommaire des recommandations

	RECOMMANDATION	*FORCE DE LA PREUVE
Recommandations relatives à la pratique professionnelle	1.0 Un examen physique des pieds visant à évaluer les facteurs de risque d'une ulcération ou d'une amputation au niveau des pieds devrait être effectué par un professionnel de la santé.	lb
	1.1 Cet examen devrait être effectué au moins une fois par année, chez toutes les personnes atteintes de diabète et âgées de plus de 15 ans, et à des intervalles plus fréquents chez les personnes qui présentent des risques plus élevés.	IV
	2.0 Les infirmières devraient effectuer une évaluation des risques liés aux pieds chez les patients atteints de diabète. Cette évaluation des risques comprend les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Antécédents d'ulcères aux pieds;</li> <li>■ Sensibilité;</li> <li>■ Anomalies structurelles et biomécaniques;</li> <li>■ Circulation;</li> <li>■ Comportement et connaissances en autosoins</li> </ul>	IV
	3.0 Selon l'évaluation des facteurs de risque, les patients devraient être classés comme étant exposés à un risque « plus faible » ou « plus élevé » d'ulcération ou d'amputation au niveau des pieds.	IV
	4.0 Toutes les personnes atteintes de diabète devraient recevoir une éducation de base en soins des pieds.	lb
	4.1 L'éducation en soins des pieds devrait être offerte à tous les patients atteints de diabète et être renforcée au moins une fois par an.	IV
	5.0 Les infirmières de tous les milieux devraient offrir une éducation de base en soins des pieds et la renforcer au besoin.	IV
	5.1 L'éducation de base en soins des pieds pour les personnes atteintes de diabète devrait comprendre les six aspects suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sensibilisation aux facteurs de risque individuels;</li> <li>■ Importance d'une inspection des pieds au moins une fois par année par un professionnel de la santé;</li> <li>■ Auto-inspection des pieds quotidienne;</li> <li>■ Soins adéquats des ongles et de la peau;</li> <li>■ Prévention des blessures;</li> <li>■ Le moment où il importe de consulter un spécialiste ou d'être dirigé vers un spécialiste.</li> </ul>	IV

	RECOMMANDATION	*FORCE DE LA PREUVE
	<p><b>5.2</b> L'éducation devrait être adaptée aux connaissances actuelles, aux besoins individuels et aux facteurs de risque propres au patient. Des principes relatifs à l'apprentissage des adultes devraient être suivis.</p>	IV
	<p><b>6.0</b> Les personnes dont l'évaluation révèle un risque « plus élevé » d'ulcération ou d'amputation au niveau des pieds devraient être avisées de cette situation et être dirigées vers leur principal professionnel de la santé pour une évaluation supplémentaire ou vers des équipes spécialisées en diabète ou en traitement et en éducation en matière de soins des pieds, selon le cas.</p>	IV
Recommandations relatives à la formation	<p><b>7.0</b> Les infirmières ont besoin de connaissances et de compétences dans les domaines suivants afin d'évaluer adéquatement le risque d'ulcération des pieds que présente un patient et d'offrir l'éducation et les services de référence requis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Compétences quant à l'évaluation des cinq facteurs de risque;</li> <li>■ Connaissances et compétences en matière d'éducation des patients;</li> <li>■ Connaissances relatives aux ressources locales vers lesquelles les patients peuvent être dirigés.</li> </ul>	IV
	<p><b>8.0</b> Les établissements d'enseignement devraient intégrer la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers intitulée Réduction des complications des plaies du pied chez les diabétiques dans leur programme de formation de base en soins infirmiers et offrir des programmes de formation et d'éducation continue sur ce sujet.</p>	IV
Recommandations contextuelles	<p><b>9.0</b> Les établissements devraient élaborer un règlement qui reconnaisse le rôle des infirmières dans l'évaluation, l'éducation et la référence des patients dans le domaine des soins des pieds appropriés et alloue des ressources humaines et financières à l'appui de ce rôle. L'établissement a la responsabilité d'intervenir auprès des dirigeants et d'élaborer une politique qui favorise la mise en place.</p>	IV
	<p><b>10.0</b> Les établissements devraient s'assurer que les ressources nécessaires à la mise en place sont accessibles aux patients et au personnel. De telles ressources comprennent les politiques et les procédures, les formulaires de documentation, le matériel éducatif, les processus de consultation, la charge de travail et les monofilaments.</p>	IV

## Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

	RECOMMANDATION	*FORCE DE LA PREUVE
	<b>11.0</b> Les établissements devraient travailler avec des partenaires de la communauté en vue d'élaborer un processus permettant de diriger adéquatement les patients et l'accès, par ces derniers, aux ressources locales sur le diabète et aux professionnels de la santé ayant des connaissances approfondies en matière de soins des pieds chez les personnes atteintes de diabète.	IV
	<b>12.0</b> Les établissements sont incités à mettre sur pied ou à identifier une équipe pluridisciplinaire interinstitutions formée de personnes intéressées et averties afin d'examiner et de surveiller l'amélioration de la qualité de la prévention des complications liées aux pieds chez les personnes atteintes de diabète.	IV
	<b>13.0</b> Les établissements devraient consulter une équipe de contrôle des infections afin de définir les soins appropriés, l'entretien et le remplacement du monofilament de Semmes-Weinstein. Un tel processus peut comprendre le développement d'un protocole pour l'entretien adéquat et le remplacement des monofilaments.	IV
	<b>14.0</b> Les établissements devraient promouvoir des méthodes et du financement pour aider les patients à obtenir des chaussures appropriées et une éducation spécialisée en matière de diabète. Par exemple, le recours à un appui financier par l'entremise du Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (PAAF) pour des chaussures et des orthèses adéquates.	IV
	<b>15.0</b> Les établissements devraient promouvoir une plus grande disponibilité des soins et des services d'éducation aux personnes atteintes de diabète et un meilleur accès à ces soins et services pour tous les résidents de l'Ontario.	IV

	RECOMMANDATION	*FORCE DE LA PREUVE
Recommandations contextuelles	<p><b>16.0</b> On ne peut mettre en place avec succès des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers qu'en présence d'une planification et des ressources adéquates, d'un appui au niveau de l'établissement et de l'administration, ainsi que d'une facilitation appropriée. Les établissements peuvent décider d'élaborer un plan de mise en place qui englobe les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une évaluation du niveau de préparation de l'établissement et des obstacles à la formation du personnel;</li> <li>■ Une implication de tous les membres (que ce soit dans des fonctions d'accompagnement direct ou indirect) qui contribueront au processus de mise en place;</li> <li>■ L'affectation d'une personne qualifiée afin que celle-ci fournisse le soutien nécessaire au processus de formation et de mise en place;</li> <li>■ La présence de possibilités constantes de dialogue et de formation afin de renforcer l'importance des pratiques exemplaires;</li> <li>■ Des occasions de réfléchir sur l'expérience individuelle et celle de l'établissement dans le cadre de la mise en place des Lignes directrices.</li> </ul> <p>À cet égard, la RNAO (par l'entremise d'un groupe d'étude composé d'infirmières, de chercheurs et d'administrateurs) a élaboré la Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique, qui est fondée sur des données probantes, des perspectives théoriques et un consensus. La Trousse est recommandée comme instrument d'orientation pour la mise en place de la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers de la RNAO qui porte sur la Réduction des complications des plaies du pied chez les diabétiques.</p> <p>* Voir les détails concernant l'« Interprétation des données probantes » en page 14.</p>	IV



## *Interprétation des données probantes*

Les recommandations faites dans le cadre de cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires ont été soigneusement examinées et classées selon la force de la preuve. La taxonomie suivante présente la définition des forces de la preuve et du système d'attribution de cotes.

**Niveau Ia :** Données probantes tirées de la méta-analyse d'essais randomisés, en plus d'un consensus.

**Niveau Ib :** Données probantes tirées d'au moins un essai randomisé, en plus d'un consensus.

**Niveau II :** Données probantes tirées d'au moins une étude contrôlée bien conçue non randomisée ou des données probantes tirées d'au moins un autre type d'étude quasi-expérimentale bien conçue, en plus d'un consensus.

**Niveau III :** Données probantes tirées d'études descriptives non expérimentales bien conçues, telles que des études comparatives, des études de corrélation et des études de cas, en plus d'un consensus.

**Niveau IV :** Données probantes tirées de rapports ou des opinions d'un comité d'experts ou encore des données probantes s'appuyant sur l'expérience clinique d'autorités reconnues, en plus d'un consensus.

15



## *Responsabilité quant à l'élaboration de la Ligne directrice*

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) a entrepris, avec l'aide financière du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, un projet d'élaboration, de mise à l'essai, d'évaluation et de diffusion de lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers s'échelonnant sur plusieurs années. La réduction des complications des plaies du pied chez les diabétiques a été l'un des centres d'intérêt dans le cadre de ce troisième cycle du projet. Cette Ligne directrice a été élaborée par un groupe de chercheurs et d'infirmières réunis par la RNAO, indépendants du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

16

## *Intention et champ d'activité*

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires comprennent des énoncés élaborés de façon systématique pour aider les établissements de soins de santé, les praticiens et les clients à prendre des décisions concernant les soins de santé adéquats (Field et Lohr, 1990). Les lignes directrices doivent être adaptées et interprétées à l'échelle locale en fonction des forces et des faiblesses de chaque établissement de soins (voir « Comment utiliser ce document », en page 1). L'objet de la présente Ligne directrice est de soutenir le travail des infirmières auprès des personnes atteintes de diabète afin de réduire les risques de complications liées aux pieds. Plus précisément, cette Ligne directrice vise à aider les infirmières non spécialisées en matière de soins aux diabétiques à :

- Effectuer une évaluation des risques d'ulcères aux pieds;
- Offrir à tous les patients atteints de diabète une éducation de base pour la prévention des ulcères aux pieds;
- Mettre sur pied des interventions adéquates lorsque les patients sont considérés comme présentant un plus haut risque d'ulcération ou d'amputation des pieds.

Les recommandations contenues dans cette Ligne directrice sont axées sur trois volets : (1) les recommandations relatives à la pratique professionnelle, axées sur les infirmières, (2) les recommandations relatives à la formation, axées sur les compétences requises pour la pratique,

et (3) les recommandations relatives à l'établissement et aux politiques, qui traitent de l'importance d'un milieu favorable en tant que facteur nécessaire à la prestation de soins infirmiers de haute qualité, notamment une évaluation continue de la mise en place de la Ligne directrice.

Cette Ligne directrice contient des recommandations à l'intention des infirmières autorisées (inf. aut.) et des infirmières auxiliaires autorisées (inf. aux. aut.). Bien que cette Ligne directrice soit rédigée pour les infirmières, la réduction des complications des plaies du pied chez les diabétiques s'avère être une entreprise pluridisciplinaire et communautaire. L'engagement et l'appui de l'établissement dans le cadre de la mise en place sont essentiels à la réussite de celle-ci. Plusieurs lieux de travail ont officiellement reconnu des équipes pluridisciplinaires et le groupe d'élaboration de la Ligne directrice appuie fortement cette structure. Une évaluation et une planification du traitement, effectuées en collaboration avec le patient, s'avèrent essentielles. Les recommandations faites n'ont aucune force exécutoire pour les infirmières et doivent tenir compte des attentes du patient et de sa famille, ainsi que s'adapter aux circonstances locales.

La présente Ligne directrice a pour objectif de définir les pratiques exemplaires qui permettront d'aider les personnes atteintes de diabète à réduire les risques de complications liées aux pieds. On reconnaît que les compétences individuelles des infirmières varient d'une personne à l'autre et d'une catégorie professionnelle à l'autre (inf. aut. et inf. aux. aut.) et qu'elles sont fondées sur les connaissances, les compétences, les attitudes et le jugement, qui se perfectionnent au fil du temps grâce à l'expérience et à la formation. Nous souhaitons que chaque infirmière se concentre sur les aspects de l'évaluation et de l'éducation en soins des pieds des personnes atteintes du diabète pour lesquelles elles ont une formation et une expérience appropriées. De plus, nous souhaitons que les infirmières, les inf. aut. comme les inf. aux. aut., consultent les personnes compétentes dans les cas où les besoins du patient en matière de soins dépassent leur capacité professionnelle à agir de façon autonome.

Il est entendu que les soins de santé efficaces dépendent d'une approche pluridisciplinaire harmonisée, avec une communication continue entre les professionnels de la santé et les patients, dans un souci permanent des préférences personnelles et des besoins uniques de chaque patient.

## Processus d'élaboration de la Ligne directrice

**En février 2001**, un groupe d'infirmières, issues de milieux institutionnels, communautaires et universitaires et ayant une expertise en pratique clinique, en éducation et en recherche dans le domaine des soins aux personnes atteintes de diabète, s'est réuni sous l'égide de la RNAO. La première tâche du groupe consistait à examiner les lignes directrices existantes sur la pratique clinique afin de s'appuyer sur la compréhension actuelle des soins et du traitement du diabète et d'en arriver à un consensus sur la portée de cette Ligne directrice. Une recherche de la littérature des lignes directrices sur la pratique clinique, des études systématiques, des articles de recherche et des sites Web pertinents a alors été menée. Consultez l'annexe A pour une description détaillée de la méthode de recherche utilisée.

18

Un total de huit lignes directrices existantes sur la pratique clinique pour le traitement des diabétiques ont été identifiées. Celles-ci répondaient aux critères d'inclusion suivants :

- publiée en anglais;
- élaborée en 1998 ou plus récemment;
- portant uniquement sur le sujet à l'étude;
- fondée sur des données probantes;
- accessible sous forme de document complet.

Les membres du groupe d'élaboration ont soigneusement évalué ces huit lignes directrices à l'aide d'un instrument d'évaluation des lignes directrices cliniques de Cluzeau *et al.* (1997) intitulée *Appraisal instrument for clinical guidelines*. Cet instrument permet l'évaluation de trois dimensions clés, soit : la rigueur, le contenu et le contexte, ainsi que l'application. Suite à ce processus d'évaluation, quatre documents ont été retenus en tant que lignes directrices pertinentes de haute qualité et ont été choisis à titre de documents de base de cette Ligne directrice :



American Diabetes Association (2001). Clinical practice recommendations 2001. *Diabetes Care*, 24 (Suppl.1), S1-133.

Association canadienne du diabète (1998). 1998 clinical practice guidelines for the management of diabetes in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 159 (Suppl.8), S1-S29. Disponible en français : Lignes directrices de pratique clinique 1998 pour le traitement du diabète au Canada. *Supplément du JAMC* 1998; 159 (8 suppl.), S1-S31.

Institute for Clinical Systems Improvement (2000). *Health care guideline : Management of type 2 diabetes mellitus*. [En ligne] Disponible : [www.icsi.org](http://www.icsi.org).

New Zealand Guidelines Group (2000). *Primary care guidelines for the management of core aspects of diabetes care*. [En ligne] Disponible : [www.nzgg.org.nz/library.cfm](http://www.nzgg.org.nz/library.cfm).

19

À une date ultérieure, le groupe d'élaboration est parvenu à identifier une autre ligne directrice existante qui a été ajoutée afin de s'assurer de la clarté du contenu et du caractère actuel des recommandations. Cette cinquième ligne directrice était la suivante :

Hutchinson, A. *et al.* *Clinical guidelines and evidence review for type 2 diabetes : Prevention and management of foot problems*. Royal College of General Practitioners, 2000.[En ligne] Disponible : [www.rcgp.org.uk/rcgp/clinspec/guidelines/diabetes/index.asp](http://www.rcgp.org.uk/rcgp/clinspec/guidelines/diabetes/index.asp).

Après un examen des lignes directrices existantes, le groupe d'élaboration a décidé d'axer la portée de son travail sur la réduction des risques de complications liées aux pieds chez les personnes atteintes de diabète. Ce problème évitable est à la fois grave et coûteux, et il est possible pour toutes les infirmières de contribuer à la réduction des risques.

Comme bon nombre de questions pertinentes à la pratique des soins infirmiers n'étaient pas suffisamment soulevées dans les lignes directrices existantes, une seconde phase fut ajoutée à la recherche de la littérature. Un examen critique d'études systématiques, d'études techniques et d'autres documents pertinents fut effectué afin de mettre à jour ou de valider les recommandations tirées des lignes directrices existantes.

Afin d'identifier des facteurs de risque de complications liées aux pieds, chez les personnes atteintes de diabète, qui soient étayés par des études de recherche ayant une méthodologie robuste, la première méthode entreprise pour l'élaboration des recommandations fut une analyse de la littérature. Après l'identification des facteurs de risque, de petits groupes de travail ont été formés afin d'étudier plus en détail chaque indicateur de risque. Les petits groupes ont effectué une recherche approfondie afin de découvrir des données probantes permettant de valider les facteurs de risque, ainsi que d'identifier des processus d'évaluation de ces risques qui soient fondés sur des données probantes. Les sous-groupes ont également identifié des instruments et des mécanismes d'évaluation ou des ressources d'éducation pour chacun des facteurs de risque. Grâce à un processus itératif de discussion et de validation, un consensus a été établi quant à la version finale des recommandations pour la ligne directrice.

L'ébauche définitive fut présentée à un groupe de parties prenantes externe à des fins de révision et de commentaires. La liste de ces examinateurs est présentée au début du présent document. Les parties prenantes représentaient divers groupes de professionnels dans le secteur de la santé, des clients et des familles, ainsi que diverses associations professionnelles. Ces personnes ont fourni leurs commentaires par le biais d'un questionnaire comprenant des questions ouvertes et fermées. Les résultats ont été recueillis et examinés par le groupe d'élaboration. Des discussions et un consensus ont alors mené à la révision du document avant la mise à l'essai.

Un lieu de travail pour la mise à l'essai a été choisi par le biais d'un processus d'appel d'offres. Ainsi, divers lieux de travail en Ontario ont été invités à soumettre une proposition pour la mise à l'essai des recommandations contenues dans la Ligne directrice. Les propositions ont fait l'objet d'un processus d'examen externe et un candidat (lieu de travail) a été retenu. Cette Ligne directrice a été mise en place par un hôpital et un établissement de soins communautaire dans le Nord de l'Ontario entre avril 2002 et juillet 2003. Quatre services de soins médicaux et d'oncologie, situés à deux emplacements différents d'une même communauté, ont participé, en plus d'un centre d'éducation et de soins aux diabétiques situé à un troisième emplacement. Les infirmières de l'établissement de soins communautaires travaillaient dans trois communautés géographiquement distinctes. Une évaluation du processus de mise en place a été menée, pendant cette période, par une équipe d'évaluation extérieure au site pilote.

Le groupe d'élaboration s'est à nouveau réuni suite à la mise à l'essai pour étudier l'expérience des sites pilotes, pour examiner les résultats d'évaluation et pour consulter les documents publiés depuis la première phase d'élaboration. Toutes ces sources d'information ont été utilisées pour la mise à jour et la révision du document avant sa publication.

## Définitions des termes

our les termes cliniques qui ne figurent pas dans la présente liste, veuillez consulter l'annexe B : *Glossaire*.

**Consensus** : Processus de prise de décisions stratégiques, et non pas une méthode de création de nouvelles connaissances. Au mieux, l'obtention d'un consensus utilise au maximum l'information disponible, qu'il s'agisse de données scientifiques ou d'un savoir collectif des participants, de la meilleure façon possible (Black et al., 1999).

**Diabète sucré** : Le diabète sucré est un trouble métabolique caractérisé par la présence d'une hyperglycémie attribuable à un défaut de la sécrétion d'insuline et/ou de l'action de l'insuline. L'hyperglycémie chronique liée au diabète est associée à d'importantes séquelles à long terme, particulièrement à des lésions, des anomalies et une insuffisance de divers organes, surtout les reins, les yeux, les nerfs, le cœur et les vaisseaux sanguins (Association canadienne du diabète, 2003).

**Le diabète de type 1** résulte surtout de la destruction des cellules bêta des îlots de Langerhans du pancréas et prédispose à la cédoacitose. Cette forme de diabète comprend les cas attribuables à un processus auto-immun et les cas où la cause de la destruction des cellules bêta est inconnue (ACD, 2003).

**Le diabète de type 2** peut provenir principalement d'une insulino-résistance accompagnée d'une insuffisance insulinique relative ou principalement d'une anomalie de la sécrétion accompagnée d'une insulino-résistance (ACD, 2003).

**Lignes directrices pour la pratique clinique ou Lignes directrices sur les pratiques exemplaires** : Déclarations élaborées d'une manière systématique, selon les meilleures données probantes existantes, visant à faciliter les décisions du praticien et du patient concernant les soins adéquats dans certains cas cliniques (pratiques) (Field et Lohr, 1990).

**Méta-analyse** : L'usage de méthodes statistiques pour résumer les résultats d'études indépendantes, lesquelles offrent des estimations plus précises des effets des soins de santé que celles tirées d'études individuelles intégrées dans un examen (Clarke et Oxman, 1999).

**Recommandations relatives à l'établissement et aux politiques :** Énoncés des conditions nécessaires à un milieu de travail pour permettre la mise en place réussie de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires. Ces conditions de succès sont en grande partie du ressort de l'établissement, mais elles peuvent avoir une incidence sur les politiques à un niveau plus large au sein du gouvernement ou de la société.

**Recommandations relatives à la formation :** Énoncés sur les exigences et les démarches ou stratégies en matière d'éducation pour l'introduction, la mise en place et le maintien durable des lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

**Recommandations relatives à la pratique professionnelle :** Énoncés sur les pratiques exemplaires concernant la pratique des professionnels de la santé qui sont idéalement basées sur des données probantes.

## Contexte

Le diabète est une affection grave dont souffrent plus de deux millions de Canadiens. Il s'agit de la principale cause de décès par groupe d'âge. À l'échelle mondiale, la prévalence du diabète connaît une hausse à chaque année. Le diabète est un trouble qui se manifeste par une hyperglycémie attribuable à un défaut de la sécrétion d'insuline ou un défaut de l'action de l'insuline, ou encore à une combinaison de ces deux problèmes.

La classification du diabète comporte deux principales affections. Le diabète de type 1, qui touche de 10 à 15 pour cent des personnes atteintes de diabète, résulte surtout de l'incapacité de produire de l'insuline en raison de la destruction des cellules bêta du pancréas. Quoique le diabète de type 1 touche un nombre moins élevé de personnes atteintes de diabète, il entraîne une fréquence disproportionnée de complications liées aux diabètes. Le diabète de type 2, qui touche plus de 80 pour cent des personnes souffrant de diabète, résulte d'une sécrétion insuffisante d'insuline et/ou d'une résistance des cellules du corps aux mécanismes de l'insuline (ACD, 1998; 2003).

Peu importe le type de diabète, l'incapacité de parvenir à un contrôle glycémique optimal peut, au fil du temps, causer des dommages aux petits et aux gros vaisseaux sanguins, ainsi qu'aux nerfs. Ces dommages peuvent nuire au fonctionnement de plusieurs organes et inhiber la guérison des



plaies. Le diabète est une des principales causes de maladie coronarienne et est la principale cause de nouveaux cas de cécité et de maladies du rein (ACD, 1998; 2003). En Ontario, les taux ajustés d'amputations aux membres inférieurs sont environ 20 fois plus élevés chez les personnes atteintes de diabète que chez les personnes ne souffrant pas de cette maladie (Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2003).

L'Institute for Clinical Evaluative Sciences (2003) décrit un taux décroissant d'amputations mineures en Ontario (amputation au niveau du pied ou à un niveau inférieur) chez les personnes atteintes de diabète (une diminution de 29 pour cent de 1995 à 1999). Les taux d'amputations mineures étaient cependant beaucoup plus élevés chez la population diabétique, comparativement à la population non diabétique : en 1999, les probabilités d'une amputation mineure étaient 24 fois plus élevées chez les personnes atteintes de diabète. Les taux d'amputations majeures (amputation entre la cheville et la cuisse) sont demeurés relativement stables, en Ontario, au cours du même intervalle de cinq ans; les taux augmentaient cependant avec l'âge et étaient beaucoup plus élevés chez les personnes atteintes de diabète. Comme c'est le cas pour les amputations mineures, les taux d'amputations majeures étaient de beaucoup plus élevés chez les personnes atteintes de diabète. En 1999, le risque d'une amputation majeure était 14 fois plus élevé chez les diabétiques, même après avoir tenu compte des différences au niveau de l'âge et du sexe.

Abbott *et al.* (2002) ont constaté que l'incidence des ulcères aux pieds chez les personnes atteintes de diabète était de 2,2 pour cent annuellement et que les antécédents au niveau des ulcères aux pieds ou des amputations étaient fortement liés au risque de développer un ulcère. La séquence des événements menant à une ulcération et une amputation des membres inférieurs liés au diabète est un processus complexe qui comporte de nombreux facteurs qui, ensemble, augmentent la probabilité d'une blessure ou d'une infection aux pieds et d'un processus de guérison prolongé. En présence d'une circulation réduite (insuffisance vasculaire périphérique) et d'une perte de la sensibilité de protection (neuropathie), même un traumatisme mineur ou des pressions inhabituelles au niveau du pied peuvent suffire pour entraîner une ulcération et une amputation éventuelle. Entre autres exemples, sur un pied insensible, un durillon est un ulcère en devenir. Au moins 85 pour cent des amputations des membres inférieurs sont précédés d'une ulcération qui ne guérit pas (Pecoraro, Reiber et Burgess, 1990).

La prévention de tels événements « pivots » traumatiques, ainsi qu'un dépistage précoce et un traitement rapide des problèmes aux pieds, peuvent réduire l'incidence des ulcérations et des amputations à ce niveau. Cela est possible par le biais d'un programme d'évaluation des risques,

d'une éducation en autosoins et d'un renforcement régulier de ces autosoins (Mayfield et al., 1998). Selon une étude systématique de Valk, Kriegsman et Assendelft (2002) sur l'efficacité de l'éducation des patients pour la prévention des ulcères aux pieds chez les diabétiques, les données probantes suggèrent que l'éducation des patients pourrait avoir des effets favorables à court terme sur les connaissances en matière de soins des pieds et le comportement des patients et pourrait réduire le nombre d'ulcérations et d'amputations des pieds, tout particulièrement chez les patients à haut risque.

En plus d'influencer grandement la vie des patients et de leur famille, le diabète constitue un fardeau social important. Selon l'Association canadienne du diabète (2003), malgré le fait que les analyses économiques du coût que représente le diabète pour le système de soins de santé canadien présentent des résultats très variés, une étude récente a évalué que les coûts économiques du diabète au Canada en 1998 se situaient entre 4,76 et 5,23 milliards de dollars (US).

À la lumière de l'incidence importante et onéreuse du diabète, l'ulcération et l'amputation des membres inférieurs et le potentiel d'intervention en soins infirmiers pour influencer favorablement ce problème, la réduction des complications des plaies du pied chez les diabétiques a été choisie à titre de point de mire de cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. Les infirmières sont tout à fait en position de promouvoir le maintien de pieds en santé, d'identifier les problèmes à un stade précoce, d'influencer favorablement les pratiques en autosoins et de diriger les personnes à haut risque vers des spécialistes. Elles sont en contact avec les personnes atteintes de diabète tout au long de leur vie, dans une multitude de lieux de pratique, qu'il s'agisse de services des urgences, d'hôpitaux de soins tertiaires et d'établissements de soins à long terme ou de cabinets de médecins, de cliniques communautaires, du domicile d'un patient, d'un milieu de travail et de lieux publics. La promotion de la santé et des autosoins efficaces par le biais de la formation sont des éléments essentiels de la pratique des soins infirmiers.

Le groupe d'élaboration reconnaît les conditions de stress dans lesquelles les infirmières travaillent et, plus particulièrement, les demandes auxquelles elles doivent répondre dans les divers lieux de pratique. Compte tenu de ceci, les recommandations visent à permettre aux infirmières non spécialisées en éducation et en soins aux diabétiques d'effectuer une évaluation rapide en vue d'identifier les principaux facteurs de risque d'ulcères aux pieds chez les patients souffrant de diabète. Cette Ligne directrice recommande que toutes les infirmières encouragent et appuient les patients, chez qui un risque accru de complications liées aux pieds a été identifié, à obtenir des services spécialisés et adéquats en diabète pour une évaluation et une intervention plus approfondies.

Les soins et l'éducation en matière de diabète seraient mieux dispensés par une équipe pluridisciplinaire spécialisée travaillant étroitement avec les patients et leurs familles afin de tenir compte du mode de vie complexe, des autosoins et des multiples exigences du traitement du diabète (ACD, 1998; 2003). Il est reconnu que ce niveau de soins n'est pas encore disponible à l'ensemble des personnes atteintes de diabète. Moins de 40 pour cent des diabétiques en Ontario reçoivent une éducation formelle concernant leur état et la prise en charge de cette maladie. Les soins des pieds permettant de réduire les risques est un des aspects de la gestion autonome du diabète que toutes les infirmières peuvent favoriser et influencer favorablement en vue de réduire les complications liées aux pieds et les séquelles traumatiques connexes chez les personnes atteintes de diabète.

## *Recommandations relatives à la pratique professionnelle*

### **Recommandation • 1.0**

Un examen physique des pieds visant à évaluer les facteurs de risque d'une ulcération ou d'une amputation des pieds devrait être effectué par un professionnel de la santé. *(Niveau Ib)*

### **Recommandation • 1.1**

Cet examen devrait être effectué au moins une fois par année chez toutes les personnes atteintes de diabète et âgées de plus de 15 ans, et à intervalles plus fréquents chez les personnes qui présentent des risques plus élevés. *(Niveau IV)*

### **Discussion sur les données probantes :**

Plusieurs Lignes directrices sur la pratique clinique (ADA, 1999; ACD, 1998, 2003; Hutchinson et al., 2000; NZGG, 2000) recommandent des examens annuels des pieds pour toutes les personnes atteintes de diabète afin de déceler la présence de risques d'ulcération accrus. Ceci dit, il n'existe aucune données probantes directes qui identifient le contenu ou la fréquence optimale des inspections et des examens visuels. Les données probantes sont plutôt à l'appui d'une inspection régulière.

Boulton, Meneses et Ennis (1999) expliquent le besoin d'une surveillance régulière. Les personnes atteintes de diabète ont besoin d'un contact régulier avec des professionnels de la santé pour la surveillance, le renforcement de l'éducation en matière de diabète et de soins des pieds, ainsi qu'un support et un encouragement vis-à-vis des pratiques préventives d'autosoins.

## Recommandation • 2.0

Les infirmières devraient effectuer une évaluation des risques liés aux pieds chez les patients atteints de diabète.

Cette évaluation des risques comprend les éléments suivants :

- Antécédents d'ulcères aux pieds;
- Sensibilité;
- Anomalies structurelles et biomécaniques;
- Circulation;
- Comportement et connaissances en auto-soins.

*(Niveau IV)*

Facteurs de risque :

### Antécédents d'ulcères aux pieds

Déterminer la présence d'une ulcération des pieds ou d'antécédents d'ulcères aux pieds. Les antécédents d'ulcères aux pieds sont fortement associés à une ulcération récurrente ou à une amputation. En présence d'un ulcère ou d'antécédents d'ulcères aux pieds, une évaluation approfondie n'est pas indiquée – la présence d'un risque plus élevé est confirmée. La consultation d'un spécialiste des soins des pieds est indiquée *(Niveau IV)*.

### Sensibilité

Évaluer la sensibilité au niveau du pied à l'aide du monofilament de Semmes-Weinstein (10 grammes / 5,07) *(Niveau Ia)*.

Effectuer une évaluation à quatre points comprenant le gros orteil et les têtes métatarsiennes des premier, troisième et cinquième orteils afin d'évaluer la présence d'une sensibilité de protection *(Niveau IV)*. Consulter l'annexe E pour des directives relatives à l'utilisation du monofilament de Semmes-Weinstein et à l'emplacement des quatre points recommandés pour l'évaluation.

### Anomalies structurelles et biomécaniques

Observer la démarche du client et inspecter les pieds pour y détecter la présence de durillons et autres anomalies physiques ou structurelles *(Niveau III)*. Consulter l'annexe F pour voir les détails de cette évaluation.

## **Circulation**

S'informer des antécédents de claudication intermittente des membres inférieurs et palper les pouls pédieux dorsal et tibial postérieur de façon bilatérale (*Niveau III*). Consulter l'annexe G pour voir les détails sur l'emplacement et la palpation des pouls pédieux.

## **Comportement et connaissances en autosoins**

Évaluer l'éducation antérieure en matière de soins des pieds, des chaussures, des facteurs de risque individuels, d'autosoins, de moyens d'éviter les traumatismes aux pieds et du moment où il s'avère nécessaire d'obtenir des soins médicaux (*Niveau IV*). Consulter l'annexe H pour des conseils en matière de soins des pieds.

## **Discussion sur les données probantes :**

Le groupe d'élaboration, pour avoir examiné la littérature spécialisée et effectué un examen critique de plusieurs lignes directrices de pratique clinique, études systématiques et études techniques, en est arrivé à un consensus sur le fait que les infirmières peuvent évaluer rapidement, et de façon réaliste, cinq facteurs critiques pour la détection des risques d'ulcération des pieds. Ces cinq facteurs sont les antécédents en matière d'ulcères aux pieds, la sensibilité, les anomalies structurelles et biomécaniques, la circulation et la compréhension qu'a le client des autosoins. Des données probantes fiables appuient ces cinq facteurs de risque critiques chez les personnes atteintes de diabète (ADA, 2001; ACD, 1998, 2003; Hunt, 2001; Hutchinson, et al., 2000; ICSI, 2000; NZGG, 2000).

Il existe d'autres facteurs qui sont liés au risque d'ulcération des pieds tels que le tabagisme, une blessure à un pied insensible survenant pendant une période d'exercices, des difficultés visuelles et des facteurs socioéconomiques, etc.; ces facteurs ne sont cependant pas étayés par l'ensemble des recherches.

## **Antécédents et présence d'ulcères aux pieds**

Des données probantes importantes soutiennent un lien causal entre la présence d'une neuropathie périphérique, d'une difformité du pied, d'un traumatisme mineur et d'antécédents d'ulcération aux pieds et le développement ultérieur d'ulcères (Boyko et al., 1997; Reiber et al., 1999; Mayfield et al., 1998). Les taux de récurrence des ulcères aux pieds peuvent être aussi élevés que 50 à 70 pour cent sur trois à cinq ans (ADA, 1999; Apelqvist, Larsson et Agardh, 1993; Bloomgarden, 2001). L'ulcération des pieds est liée à un risque accru d'amputation d'un membre inférieur de l'ordre de 2 à 10,5 fois (Mayfield et al., 1998) et des antécédents d'ulcération sont identifiés dans environ 85 pour cent des amputations des membres inférieurs (Pecoraro, Reiber et Burgess, 1990).

Les infirmières sont fréquemment en contact avec des personnes atteintes de diabète et ont une bonne occasion d'effectuer une évaluation des risques d'ulcération des pieds et d'amputation, ainsi que de planifier et de diriger des interventions visant à minimiser les facteurs de risque identifiés. En présence d'antécédents d'ulcération aux pieds, le groupe d'élaboration s'entend pour recommander qu'un « risque élevé » d'ulcération soit attribué au client et que celui-ci soit référé à un spécialiste du pied diabétique.

### Sensibilité

Des données probantes fiables appuient l'évaluation de la sensibilité du pied à l'aide d'un monofilament de Semmes-Weinstein 5,07 de 10 grammes. Le point auquel le filament de 10 g fléchit lorsqu'une pression est exercée est en forte corrélation avec la perte de sensibilité de protection en présence de diabète (ADA, 2001; Campbell et al., 2000; Frykberg et al., 2000; Hunt, 2001; Hutchinson et al., 2000; ICSI, 2000; Lavery et Gazewood, 2000; McCabe, Stevenson et Dolan, 1998; NZGG, 2000; Smieja et al., 1999; Zangaro et Hull, 1999).

Il existe un écart dans les recommandations quant au nombre de sites du pied sur lesquels le monofilament de Semmes-Weinstein devrait être utilisé. Une étude technique (Mayfield et Sugarman, 2000) et une étude croisée multicentrique (Smieja et al., 1999) recommandent que l'essai soit effectué sur plus d'un site du pied. Or, d'autres auteurs suggèrent qu'un essai effectué sur des zones moins sensibles, telles que le talon et la face dorsale du pied, offre peu de renseignements additionnels (Mayfield et Sugarman, 2000). Smieja *et al.* (1999) ont mené une étude clinique comparant une évaluation de huit sites comparativement à une évaluation de quatre sites. Ils ont constaté que l'examen de quatre sites (plutôt que huit sites) permettait d'identifier 90 pour cent des pieds insensibles. En raison de ces constatations et de ce consensus parmi les experts, une évaluation à quatre points comprenant le gros orteil et les têtes métatarsiennes des premier, troisième et cinquième orteils à l'aide d'un monofilament de 10 g est recommandée en guise de processus approprié pour le dépistage d'une sensibilité de protection chez les personnes atteintes de diabète.

### Anomalies structurelles et biomécaniques

Les anomalies structurelles et biomécaniques (différence des tissus mous et osseux, mobilité réduite des articulations) ont été, de façon constante, identifiées comme étant des facteurs de risque d'ulcération et d'amputation des membres inférieurs (Boyko et al., 1999; Lavery et Gazewood, 2000; Mayfield et Sugarman, 2000; Pham et al., 2000; Reiber et al., 1999), tout particulièrement en présence d'une neuropathie périphérique (Mayfield et Sugarman, 2000). Hutchinson et al. (2000) ont identifié les durillons et les déformations des pieds en tant que facteurs de risque d'une ulcération. Quoique

certaines difformités des pieds soient congénitales, la plupart d'entre elles découlent d'une neuropathie motrice (par ex. : orteils en griffe/en marteau), d'une glycosylation accrue du collagène (par ex. : immobilité d'une articulation de la jambe) ou du port de chaussures inadéquates (par ex. : durillons, hallux valgus). Les anomalies structurelles et biomécaniques observables entraînent une redistribution du poids, une pression plantaire accrue, une mauvaise absorption des chocs et une pression de cisaillement des tissus mous.

## **Circulation**

La circulation n'est pas toujours identifiée comme étant un facteur de risque d'une ulcération des membres inférieurs, mais elle est fortement liée à une guérison plus longue des blessures. Par conséquent, elle a été jugée comme étant un facteur de risque d'amputation chez les personnes atteintes de diabète ayant un ulcère aux membres inférieurs (Adler, Boyko, Ahroni et Smith, 1999; Boyko et al., 1999; Lavery et Gazewood, 2000; Mayfield et Sugarman, 2000). Elle est d'ailleurs souvent comprise dans les facteurs de risque importants d'ulcération et d'amputation du pied répertoriés dans les Lignes directrices de pratique clinique publiées qui sont fondées sur un consensus d'experts.

La sensibilité rapportée (capacité d'identifier les cas lorsqu'ils sont présents) et la spécificité (capacité d'exclure les cas lorsque la condition n'existe pas) des techniques d'évaluation vasculaire périphérique pouvant convenir à un usage clinique sont variées. La claudication intermittente, ou la douleur au mollet liée à l'exercice et soulagée lors du repos, peut être présente de façon atypique chez les personnes diabétiques et peut être aggravée par la présence de symptômes neuropathiques. La sensibilité d'antécédents de claudication, en tant qu'indicateur d'une maladie vasculaire périphérique chez les diabétiques, est faible (de 22 à 50 pour cent) mais la spécificité est très élevée (de 93 à 97 pour cent) (Lavery et Gazewood, 2000; Mayfield et Sugarman, 2000).

L'utilisation de la palpation des pouls pédieux, pour évaluer la présence d'une maladie vasculaire périphérique (MVP), est problématique. En effet, les résultats de cette évaluation dépendent grandement de la compétence du clinicien et de l'anatomie individuelle de chaque personne. Différents facteurs, tels que la variabilité quant à la présence et l'emplacement des artères des membres inférieurs, la calcification des vaisseaux et une sensibilité moindre, peuvent influencer les résultats de l'évaluation. Il a cependant été démontré que l'absence des deux pouls pédieux (pédieux dorsal et tibial postérieur) peut être liée à la présence d'une MVP. Des antécédents de claudication intermittente au niveau des membres inférieurs, combinés à des pouls pédieux non palpables bilatéralement, augmentent les chances d'identifier une MVP chez les diabétiques (Boyko et al., 1997).

L'indice brachial de la cheville (IBC), ou le rapport des pressions mesurées à la cheville et au bras, pourrait être la meilleure mesure clinique d'une circulation réduite et il est fortement lié à une vitesse de guérison réduite des plaies et à une amputation au niveau des membres inférieurs. Un IPS de plus de 0,8 serait jusqu'à 95 pour cent sensible et 100 pour cent spécifique en ce qui a trait au dépistage d'une MVP (Boyko et al., 1999). Les résultats pourraient cependant être influencés par la présence d'une calcification artérielle.

Étant donné que l'IBC ne s'inscrit pas dans le cadre de la pratique clinique habituelle de la plupart des infirmières et compte tenu du fait que l'issue de cette évaluation différera grandement selon le niveau d'expérience des infirmières, il n'a pas été inclus dans cette Ligne directrice en tant que technique d'évaluation courante. Les infirmières expérimentées et adéquatement formées peuvent, cependant, préférer l'inclure dans leur évaluation des risques d'ulcération au niveau des pieds.

30

### Comportement et connaissances en autosoins

Les données probantes soutiennent l'utilité de l'évaluation du comportement et des connaissances en autosoins des personnes atteintes de diabète. Ces données laissent entrevoir des problèmes plus graves, tels un risque accru d'amputation de l'ordre de 3,2 (Mason et al., 1999b, p. 802) lorsqu'il existe des lacunes au niveau des soins des pieds et des connaissances en la matière. Par contre, l'éducation en matière de soins des pieds est liée à des connaissances accrues sur ce sujet, des comportements qui reconnaissent l'importance des soins des pieds (ACD, 1998; Hutchinson et al., 2000; NZGG, 2000; Valk et al., 2002) et un risque moindre d'amputation (Reiber, Pecoraro et Koepsell, 1992).

Consultez l'annexe C pour un exemple d'algorithme d'évaluation du risque.





### **Recommandation • 3.0**

Selon l'évaluation des facteurs de risque, les clients devraient être classés comme étant exposés à un risque « plus faible » ou « plus élevé » d'ulcération ou d'amputation des pieds. *(Niveau IV)*

#### **Discussion sur les données probantes :**

La présence d'un ou de plusieurs facteurs de risque, y compris les éléments suivants :

- Antécédents d'ulcères aux pieds,
- Perte de la sensibilité de protection,
- Anomalies structurelles et biomécaniques,
- Indication d'une moins bonne circulation sanguine,
- Déficit quant aux comportements en autosoins.

est toujours liée à un nombre plus élevé d'ulcérations des pieds et d'amputations des membres inférieurs chez les personnes atteintes de diabète (Hutchinson et al., 2000; NHS Centre For Reviews and Dissemination, 1999).

La littérature spécialisée suggère que les personnes qui sont conscientes des autosoins qui permettent de réduire les risques et qui les mettent en pratique pourraient être moins exposées au risque d'une issue défavorable, même en présence d'autres facteurs de risque.

De même, les personnes qui présentent d'autres facteurs de risque, et qui n'ont toujours par reçu l'éducation requise pour débiter des soins préventifs, pourraient présenter un plus haut risque de subir un événement central traumatique menant à une ulcération du pied (ADA, 1999; ACD, 1998; Mason et al., 1999a; NHS Centre For Reviews and Dissemination, 1999; NZGG, 2000).

Un exemple d'un guide de dépistage des risques et d'évaluation des pieds diabétiques élaboré pour les infirmières afin qu'elles puissent évaluer les cinq facteurs de risque, soit les antécédents d'ulcération des pieds, la perte de sensibilité de protection, les anomalies structurelles et biomécaniques, la circulation réduite et les comportements en autosoins déficitaires, est présenté à l'annexe D. D'autres instruments d'évaluation des risques plus complexes, tels que le système Diabetic Foot Classification de la University of Texas, ont été élaborés et pourraient s'avérer utiles dans certains lieux de pratique (Armstrong, Lavery et Harkless, 1998).

#### Recommandation • 4.0

Toutes les personnes atteintes de diabète devraient recevoir une éducation de base en soins des pieds. *(Niveau Ib)*

#### Recommandation • 4.1

Une éducation en soins des pieds devrait être offerte à tous les clients atteints de diabète et être renforcée au moins une fois par an. *(Niveau IV)*

(ADA, 2001; Apelqvist et al., 2000; Diabetes Education Study Group of the European Association for the Study of Diabetes, 1995; Hutchinson et al., 2000; ICSI, 2000; Zangaro et Hull, 1999)

32

#### Discussion sur les données probantes :

Les données probantes appuient les intervention éducative pour l'amélioration des connaissances en soins des pieds et des comportements à court terme chez les personnes atteintes de diabète (Hutchison, et. al., 2000; Valk, 2002). Des données probantes additionnelles appuient l'hypothèse selon laquelle les personnes atteintes de diabète qui présentent un risque plus élevé d'ulcération des pieds obtiennent des bienfaits significatifs de l'éducation et du renforcement régulier de cette éducation (ADA, 2001; ACD, 1998, 2003; Mason et al., 1999a; NHS Centre for Reviews and Dissemination, 1999; NZGG, 2000).

La valeur de cette éducation n'est pas explicite du point de vue de la prévention à long terme de l'ulcération des pieds chez les personnes atteintes de diabète. Reiber et al. (1992) ont démontré qu'il existait un risque d'amputation trois fois plus grand chez les personnes atteintes de diabète qui n'avaient pas reçu une éducation formelle en matière de diabète, d'où la possibilité d'une prévention importante grâce à la mise en place de méthodes d'apprentissage appropriées. Les infirmières sont bien placées pour surveiller les risques et offrir ou renforcer l'éducation de base en matière de soins des pieds puisqu'elles représentent le groupe le plus important de professionnels de la santé et qu'elles travaillent dans divers lieux de pratique. Elles peuvent agir à titre d'éducatrices en matière de soins des pieds auprès des patients diabétiques ou servir de lien entre les clients et leurs principaux professionnels de la santé ou les équipes de soins spécialisées.

#### Recommandation • 5.0

Les infirmières de tous les milieux devraient offrir une éducation de base en soins des pieds et la renforcer au besoin. *(Niveau IV)*

### **Recommandation • 5.1**

L'éducation de base en soins des pieds pour les personnes atteintes de diabète devrait comprendre les six aspects suivants :

- Sensibilisation aux facteurs de risque individuels;
- Importance d'une inspection des pieds au moins une fois par année par un professionnel de la santé;
- Auto-inspection des pieds quotidienne;
- Soins adéquats des ongles et de la peau;
- Prévention des blessures;
- Le moment où il importe de consulter un spécialiste ou d'être dirigé vers un spécialiste.

*(Niveau IV)*

### **Recommandation • 5.2**

L'éducation devrait être adaptée aux connaissances actuelles, aux besoins individuels et aux facteurs de risque propres au patient. Des principes relatifs à l'apprentissage des adultes doivent être suivis. *(Niveau IV)*

### **Discussion sur les données probantes :**

En tant que professionnelles de la santé œuvrant dans le continuum des soins, les infirmières sont tout à fait en position de promouvoir le maintien de pieds en santé, d'identifier les problèmes à un stade précoce, d'influencer favorablement les autosoins et de référer les personnes à haut risque à des spécialistes. La promotion de la santé, de l'autonomie du client et d'autosoins efficaces par le biais de l'éducation sont des éléments essentiels de la pratique en soins infirmiers.

Certaines données probantes démontrent que les autosoins influencent le contrôle de la glycémie. Un meilleur contrôle glycémique retardera et préviendra les complications liées au diabète qui contribuent aux neuropathies périphériques et à une moins bonne circulation dans les membres inférieurs (Diabetes Control and Complications Trial Research Group, 1993; Gerstein, Hanna, Rowe, Leiter et Macgregor, 2001). Les interventions en soins infirmiers comprennent des méthodes éducatives qui appuient les autosoins des diabétiques et favorisent un contrôle glycémique optimal.

Selon diverses études, les méthodes éducatives qui mettent l'accent sur l'atténuation des facteurs de risque, ainsi que sur l'éducation complète en matière de diabète et de soins des pieds spécialisés

entraîneraient des améliorations dans l'état des pieds (Mason et al., 1999a; Mayfield et Sugarman, 2000; McCabe, Stevenson, et Dolan, 1998; McGill, Molyneaux, Spencer, Heung, et Yue, 1999; Mensing et al., 2001; NHS Centre for Reviews and Dissemination, 1999). Quoique l'éducation semble avoir un impact favorable à court terme sur les connaissances et les comportements des clients en matière de soins des pieds, il n'est pas certain qu'elle puisse prévenir l'ulcération et l'amputation des pieds, et davantage de recherches sont nécessaires pour préciser l'impact de l'éducation des clients sur l'incidence des ulcères et les effets différents de l'éducation sur les personnes présentant divers niveaux de risque (Valk et al., 2002).

Plusieurs Lignes directrices de pratique clinique et diverses études et diverses études techniques identifient le contenu commun à inclure dans le programme d'éducation de base en soins des pieds. Ces éléments communs sont les suivants :

- Sensibilisation aux facteurs de risque individuels;
- Valeur d'une inspection annuelle des pieds par un professionnel de la santé;
- Auto-inspection des pieds quotidienne;
- Soins adéquats des ongles et de la peau;
- Prévention des blessures;
- À quel moment il importe de consulter ou d'être dirigé vers un spécialiste.

(ADA, 2001; Apelqvist et al., 2000; Diabetes Education Study Group of the European Association for the Study of Diabetes, 1995; Hutchinson et al., 2000; ICSI, 2000; Zangaro et Hull, 1999)

L'éducation des clients devrait être conforme à des principes relatifs à l'apprentissage des adultes et suivre une démarche axée sur le client (Glasgow, 1999). La sensibilité de l'infirmière aux facteurs d'ordre socioéconomique, culturel, psychosocial et autres aspects individuels devrait être prise en considération dans le cadre de la planification de toutes les interventions. Les attitudes et les croyances, le niveau d'alphabétisme, l'âge et l'état physique sont autant de facteurs qui influencent la capacité d'un individu à mettre en pratique le régime recommandé (American Association of Diabetes Educators, 1999; Association canadienne du diabète – Diabetes Educator Section, 2000). L'éducation à cet égard devrait être interactive, axée sur les solutions et fondée sur les expériences de l'apprenant, en plus d'être personnalisée en fonction des besoins et des habiletés de chacun. Il a été démontré qu'une éducation en groupe et un suivi soutenu à long terme améliorent les connaissances et donnent des résultats favorables (ACD, 2003). Consultez l'annexe I pour les détails concernant le contenu à l'appui des données probantes en matière d'éducation sur les soins des pieds.

## Recommandation • 6.0

Les personnes dont l'évaluation révèle un risque « plus élevé » d'ulcération ou d'amputation des pieds devraient être avisées de cette situation et être dirigées vers leur principal professionnel de la santé pour une évaluation supplémentaire ou vers des équipes spécialisées en diabète ou en traitement et en éducation en matière de soins des pieds, selon le cas. *(Niveau IV)*

Les sources d'information possibles sur le traitement spécialisé du diabète ou des pieds sont, notamment :

- Enseignante spécialisée en diabète;
- Équipe pluridisciplinaire spécialisée en diabète;
- Podiatre, podologue et autres spécialistes des soins des pieds qualifiés dans les soins des pieds diabétiques;
- Association canadienne du diabète;
- Centres d'enseignement en matière de diabète.

### Discussion sur les données probantes :

En tant que trouble complexe et chronique ayant des implications importantes sur la santé à court et à long terme, le diabète exige un engagement quotidien de la part du client pour permettre une santé optimale. Une équipe pluridisciplinaire en matière de diabète devrait bien connaître les soins et favoriser la compétence, les connaissances et le développement des attitudes requises pour qu'un client puisse efficacement prendre en charge ses autosoins (ACD, 1998, 2003).

Les clients ayant des pieds à « plus haut risque » auront besoin de procédures d'évaluation (par ex. : perfusion artérielle), d'un traitement (par ex. : traitement médicamenteux) ou d'une éducation (par ex. : en matière d'orthétique ou de chaussures) qui pourraient aller au-delà de la portée de la pratique professionnelle des soins infirmiers. Une personne diabétique qui développe un ulcère aux pieds requiert un traitement administré par des professionnels de la santé expérimentés qui sont spécialisés dans les soins des pieds de patients diabétiques. Les infirmières peuvent communiquer des constatations particulières à leurs clients mais devraient prendre soin de ne pas dépasser la portée de la pratique des soins infirmiers en communiquant un diagnostic.

## Recommandations relatives à la formation

### Recommandation • 7.0

Les infirmières ont besoin de connaissances et de compétences dans les domaines suivants afin d'évaluer adéquatement le risque d'ulcération des pieds que présente un patient et d'offrir l'éducation et les services de référence requis :

- Compétences quant à l'évaluation des cinq facteurs de risque;
- Connaissances et compétences en matière d'éducation des patients;
- Connaissances relatives aux ressources locales vers lesquelles les patients peuvent être référés.

(Niveau IV)

### Recommandation • 8.0

Les établissements d'enseignement devraient intégrer la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers intitulée *Réduction des complications des plaies du pied chez les diabétiques* dans leur programme de formation de base en soins infirmiers et offrir des programmes de formation continue sur ce sujet. (Niveau IV)

### Discussion sur les données probantes :

Les infirmières jouent un rôle important dans l'évaluation et l'intervention précoce visant à réduire les complications liées aux pieds chez les personnes atteintes de diabète. Si elles veulent prévenir les ulcères aux pieds, elles doivent connaître les facteurs de risque associés à cette complication, avoir des compétences quant à l'utilisation d'instruments d'évaluation précoce qui permettent la mise en place de méthodes de prévention (Neil, Knuckey et Tanenberg, 2003) et connaître les ressources au sein de leur communauté dans le but de diriger adéquatement les clients. En outre, les infirmières doivent avoir les compétences requises pour former les clients et répondre à leurs besoins particuliers. Veuillez prendre note de l'endroit où des ressources visant à appuyer ce rôle ont été présentées en annexe de ce document :

## **Compétences quant à l'évaluation des cinq facteurs de risque**

- Algorithme d'évaluation du risque : annexe C
- Guide d'évaluation des pieds et de détection des risques liés au diabète : annexe D
- Antécédents ou présence d'ulcères aux pieds
- Sensibilité : annexe E
- Anomalies structurelles et biomécaniques : annexe F
- Circulation : annexe G
- Comportement et connaissances en autosoins : annexe H

## **Connaissances et compétences en matière d'éducation des clients**

- Connaissance des principes d'apprentissage des adultes : annexe J
- Connaissances et compétences en matière d'éducation et de développement de l'autonomie des personnes atteintes de diabète

## **Connaissances relatives aux ressources locales vers lesquelles les patients peuvent être référés**

- Connaissances et portée des ressources d'éducation en matière de soins et de diabète : annexe K
- Sensibilisation aux programmes des centres d'enseignement et aux services de l'Association canadienne du diabète



## Recommandations contextuelles

### Recommandation • 9.0

Les établissements devraient élaborer une politique qui reconnaisse le rôle des infirmières dans l'évaluation, l'éducation et la référence des patients dans le domaine des soins des pieds appropriés qui et alloue des ressources humaines et financières à l'appui de ce rôle. L'établissement a la responsabilité d'intervenir auprès des dirigeants et d'élaborer une politique qui favorise la mise en place. *(Niveau IV)*

### Recommandation • 10.0

Les établissements devraient s'assurer que les ressources nécessaires à la mise en place sont disponibles pour les patients et le personnel. De telles ressources comprennent les politiques et les procédures, les formulaires de documentation, le matériel éducatif, les processus de consultation, la charge de travail et les monofilaments. *(Niveau IV)*

### Recommandation • 11.0

Les établissements devraient travailler avec des partenaires de la communauté en vue d'élaborer un processus permettant de favoriser la consultation des patients et l'accès, par ces derniers, aux ressources locales sur le diabète et aux professionnels de la santé ayant des connaissances approfondies en matière de soins des pieds pour les personnes atteintes de diabète. *(Niveau IV)*

### Recommandation • 12.0

Les établissements sont incités à mettre sur pied ou à identifier une équipe pluridisciplinaire interinstitutions formée de personnes intéressées et averties afin d'examiner et de surveiller l'amélioration de la qualité de la prévention des complications liées aux pieds chez les personnes atteintes de diabète. *(Niveau IV)*

### Recommandation • 13.0

Les établissements devraient consulter une équipe de contrôle des infections afin de définir les soins appropriés, l'entretien et le remplacement du monofilament de Semmes-Weinstein. Un tel processus peut comprendre la mise sur pied d'un protocole pour l'entretien adéquat et le remplacement des monofilaments. *(Niveau IV)*



### Recommandation • 14.0

Les établissements devraient promouvoir des méthodes et un financement pour aider les patients à obtenir des chaussures appropriées et une éducation spécialisée en matière de diabète. Par exemple, le recours à un appui financier par l'entremise du Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (PAAF) pour des chaussures et des orthèses adéquates. *(Niveau IV)*

### Recommandation • 15.0

Les établissements devraient promouvoir une plus grande disponibilité des soins et des services d'éducation pour personnes atteintes de diabète et un meilleur accès à ces soins et services pour tous les résidents de l'Ontario. *(Niveau IV)*

### Recommandation • 16.0

On ne peut mettre en place avec succès des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers qu'en présence d'une planification et de ressources adéquates, d'un appui au niveau de l'établissement et de l'administration, ainsi que d'une facilitation appropriée. Les établissements peuvent décider d'élaborer un plan de mise en place qui englobe les éléments suivants :

- Une évaluation du niveau de préparation de l'établissement et des obstacles à la formation;
- Une implication de tous les membres (que ce soit dans des fonctions d'accompagnement direct ou indirect) qui contribueront au processus de mise en place;
- L'affectation d'une personne qualifiée afin que celle-ci fournisse le soutien nécessaire au processus de formation et de mise en place;
- La présence de possibilités continues de dialogue et de formation afin de renforcer l'importance des pratiques exemplaires;
- Des occasions de réfléchir sur l'expérience individuelle et celle de l'établissement dans le cadre de la mise en place des Lignes directrices.

*(Niveau IV)*

À cet égard, la RNAO (par l'entremise d'un groupe d'étude composé d'infirmières, de chercheurs et d'administrateurs) a élaboré la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique*, qui est fondée sur les données probantes, des perspectives théoriques et un consensus existants. La *Trousse* est recommandée comme un instrument d'orientation pour la mise en place de la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers de la RNAO qui porte sur la *Réduction des complications des plaies du pied chez les diabétiques*.

### Discussion sur les données probantes :

Afin de réaliser des résultats optimaux pour les personnes diabétiques, les soins liés au diabète doivent être organisés dans le cadre d'une équipe de soins de santé pour le diabète qui soit à la fois pluridisciplinaire et interdisciplinaire et qui puisse établir et maintenir un réseau entre la personne atteinte de diabète et les systèmes de soins de santé et communautaires nécessaires. L'organisation et la prestation des soins de santé pour le diabète devraient être intégrées, conformes à des lignes directrices de pratique clinique fondées sur des données probantes, accessibles et continues durant toute la vie de la personne. Si possible, les programmes et les services pour le diabète devraient être adéquats du point de vue culturel, situés dans la communauté et respectueux de l'âge, du sexe et des conditions socioéconomiques (ACD, 2003). Les établissements ont un rôle à jouer dans la défense des services éducatifs et de soins du diabète et dans la facilitation de l'accès à ces services et à ces soins (IRSS, 2003).

Graham *et al.* (2002) indique qu'une mise en place réussie des Lignes directrices nécessite l'adoption officielle de mesures initiales cruciales par l'établissement. L'une des manières d'y parvenir consiste à incorporer les recommandations de la Ligne directrice dans la structure des politiques et des procédures. Cette mesure principale fournit des directives, en ce qui concerne les attentes de l'établissement, et facilite l'intégration de la Ligne directrice dans des systèmes tels que le processus de gestion de la qualité. L'Association canadienne du diabète (2003) indique que l'une des interventions organisationnelles principales pour un contrôle réussi du diabète est la disponibilité d'aide-mémoire et de systèmes de rappel pour le contrôle métabolique du diabète et l'évaluation des risques de complications. Cela devrait inclure des instruments cliniques précis, comme les diagrammes de circulation et les outils de documentation.

Les nouvelles initiatives, comme la mise en place d'une Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers, nécessitent un leadership de la part des infirmières qui peuvent transformer les recommandations fondées sur des données probantes en des instruments utiles qui aideront à diriger la pratique. Il est suggéré que la Trousse (2002) de la RNAO soit prise en considération pour aider les établissements à développer le leadership nécessaire à une mise en place réussie. Consultez l'annexe M pour une description de la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique* de la RNAO.

## Évaluation et surveillance de la Ligne directrice

Les établissements sont incités à mettre sur pied ou à identifier une équipe pluridisciplinaire interinstitutions, formée de personnes intéressées et averties, afin d'examiner et de surveiller l'amélioration de la qualité de la prévention des complications liées aux pieds chez les personnes atteintes de diabète. On recommande aux établissements qui mettent en place les recommandations de cette *Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers* de prendre en considération la façon dont la mise en place et son incidence seront surveillées et évaluées. Le tableau suivant, établi selon le cadre de travail résumé dans la publication de la RNAO intitulée *Trousse sur la marche à suivre : Mise place des lignes directrices pour la pratique clinique (2002)*, illustre certains indicateurs de surveillance et d'évaluation :

Niveau d'indicateur	Structure	Processus	Résultat
Objectifs	Évaluer le soutien disponible au sein de l'établissement qui permet aux infirmières de mettre en place des stratégies pour réduire les complications liées aux pieds chez les personnes atteintes de diabète.	Évaluer les changements de pratique qui mènent à l'intégration de stratégies visant à réduire les complications liées aux pieds chez les personnes atteintes de diabète.	Évaluer les effets de la mise en place des recommandations.
Établissement	<p>Disponibilité de ressources éducatives à l'intention des patients, ressources qui sont conformes aux recommandations de la Ligne directrice.</p> <p>Des monofilaments pour l'évaluation des pieds sont disponibles pour toutes les infirmières et celles-y y ont accès facilement.</p> <p>Examen des recommandation de la Ligne directrice par le(s) comité(s) de l'établissement chargé(s) des politiques et des procédures.</p> <p>Disponibilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>d'un comité de direction pour diriger la mise en place de la Ligne directrice;</li> <li>de « champions » dans l'unité pour appuyer La mise en place;</li> <li>de ressources de formation à l'intention du personnel, ressources qui sont conformes aux recommandations.</li> </ul>	<p>Modification des politiques et/ou des procédures compatibles avec les recommandations de la Ligne directrice.</p> <p>Disponibilité de systèmes de documentation pour enregistrer les résultats d'évaluation des risques et pour servir de référence.</p>	<p>Existence de politiques d'établissement qui reflètent un engagement vis-à-vis de la réduction des complications des plaies du pied chez les diabétiques.</p> <p>L'établissement possède un processus structuré qui a pour but d'appuyer la mise en place de la Ligne directrice.</p>

## Réduction des complications des plaies du pied chez les diabétiques

42

Niveau d'indicateur	Structure	Processus	Résultat
Infirmière	Pourcentage des infirmières participant aux séances de formation sur la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers.	<p>Auto-évaluation des connaissances des infirmières en ce qui concerne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'utilisation de monofilaments;</li> <li>• les cinq facteurs de risque relatifs aux ulcères aux pieds;</li> <li>• les pratiques appropriées en matière de soins pour les pieds.</li> </ul> <p>Pourcentage des infirmières effectuant des auto-évaluations sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'utilisation régulière de monofilaments;</li> <li>• la connaissance adéquate des sources de référence communautaires disponibles pour les personnes diabétiques.</li> </ul>	<p>Pourcentage des patients signalant l'évaluation régulière de leurs pieds.</p> <p>Pourcentage des patients déclarant qu'une infirmière leur a appris comment soigner leurs pieds.</p> <p>Satisfaction des infirmières en ce qui concerne le processus de mise en place et l'appui de la direction.</p>
Patient		<p>Pourcentage des patients diabétiques dont les pieds ont été évalués par une infirmière.</p> <p>Pourcentage des patients diabétiques dont le dossier contient une évaluation des cinq facteurs de risque.</p>	<p>Pourcentage des patients utilisant les références communautaires.</p> <p>Pourcentage des patients diabétiques qui examinent régulièrement leurs pieds.</p> <p>Auto-évaluation du degré de confiance des patients en ce qui concerne leur capacité de prévenir les complications liées aux pieds.</p>
Aspect financier	Pouvoir aux ressources financières appropriées en ce qui a trait au niveau de personnel nécessaire pour mettre en place les recommandations de la Ligne directrice.	Coût de la formation, des autres interventions, des fournitures (monofilaments) et de l'appui nécessaires.	

Des exemples des instruments d'évaluation qui ont été utilisés pour recueillir des données sur certains des indicateurs identifiés ci-dessus, durant la mise en place ou la mise à l'essai de cette Ligne directrice, sont disponibles à l'adresse suivante : [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices).

## *Conseils quant à la mise en place*

Cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers a été mise en place et évaluée par un hôpital et un établissement de soins communautaires du Nord de l'Ontario. Quatre services hospitaliers de médecine et d'oncologie, situés à deux emplacements différents dans une seule et même communauté, y ont participé, de même qu'un centre de soins et d'éducation en matière de diabète, situé à un troisième emplacement. Les infirmières participantes de l'établissement de soins communautaires provenaient de trois communautés géographiquement distinctes. Les leçons apprises et les résultats de la mise à l'essai sont peut-être propres à ces établissements et ne peuvent pas être nécessairement appliqués aux autres cadres de pratique. Toutefois, les lieux de mise à l'essai ont trouvé utile d'avoir recours à diverses stratégies pendant la mise en place. Les personnes qui s'intéressent à la mise en place de cette Ligne directrice peuvent prendre en considération ces stratégies et ces conseils. Voici un résumé des stratégies :

- Avoir une personne spécifiquement désignée, comme une infirmière de recherche clinique, qui fournira un appui, une expertise clinique et un leadership. Cette personne doit avoir des compétences en relations humaines, en aide à la mise en place et en gestion de projets.
- Dans le cadre de la mise en place d'une Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers, des « champions » doivent être identifiés au sein de chaque établissement, y compris des cadres et des membres du personnel qui fourniront un appui et des efforts de sensibilisation continus pour la mise en place et pour la viabilité de la Ligne directrice. Le roulement du personnel représente une réalité dans la plupart des établissements : l'un des moyens de minimiser l'incidence d'un changement imprévu est de créer un sentiment de propriété partagée.



- La création d'un comité de direction qui regroupe des intervenants et des membres clés qui ont pris un engagement vis-à-vis de l'initiative. Les établissements mettant en place la Ligne directrice devraient demander la participation de tous les intervenants (comme les infirmières, les podologues, les podiatres et les diététistes) qui peuvent être touchés par la mise en place des recommandations et maintenir la communication avec eux pendant tout le processus.
- Avoir recours à une approche systématique à l'égard de la planification, de la mise en place et de l'évaluation de l'initiative liée à la Ligne directrice. Un plan de travail aidera à suivre de près les activités, les responsabilités et les délais.
- Un appui de la part des établissements, comme la mise en place des structures nécessaires pour faciliter la mise en place. Par exemple : le fait de rémunérer les infirmières, pendant les heures normales de travail, pour qu'elles participent à des séances de formation et de faciliter l'accès aux documents nécessaires pour la mise en place des recommandations de la Ligne directrice.
- Des séances de formation qui offrent diverses occasions de formation, comme le matériel de formation autodirigée (à lire avant la séance de formation), les études de cas et les affiches. En particulier, les intervenants d'un lieu de mise à l'essai ont constaté que les occasions qu'ont eues les participants pour simuler des évaluations de pieds ont été très utiles lors de l'application de la théorie.

En plus des conseils ci-dessus, la RNAO a publié des ressources de mise en place qui sont disponibles sur son site Web. Une Trousse pour la mise en place des Lignes directrices pour la pratique clinique peut être utile si elle est utilisée correctement. Une courte description de cette Trousse peut être trouvée à l'annexe M. Elle peut être téléchargée sans frais à l'adresse suivante : [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices). Le site Web contient également des ressources de mise en place élaborées par le lieu de mise à l'essai de Sudbury, en Ontario. Ces ressources ont pour but d'aider les personnes et les établissements à mettre en place cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires. Ces ressources sont propres à ces établissements et sont offertes à titre d'exemples d'adaptation locale de la mise en place des recommandations.

## *Méthode de révision et mise à jour de la Ligne directrice*

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario propose de mettre à jour les Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers comme suit :

1. Après la diffusion, chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers sera révisée par une équipe de spécialistes du domaine (équipe de révision) à tous les trois ans suivant la dernière série de révisions.
2. Pendant la période de trois ans entre l'élaboration et la révision, le personnel affecté au projet des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires de la RNAO effectuera une surveillance régulière des nouvelles études systématiques, des nouvelles méta-analyses et des nouveaux essais randomisés dans le domaine.
3. Selon les résultats de la surveillance, le personnel affecté au projet peut recommander d'avancer la date de la période de révision. Une consultation adéquate auprès d'une équipe formée de membres du groupe initial et d'autres spécialistes du domaine aideront à prendre la décision d'examiner et de réviser la ligne directrice avant l'échéance de trois ans.
4. Trois mois avant l'échéance de révision de trois ans, le personnel du projet commencera la planification du processus de révision en procédant comme suit :
  - a) Invitation de spécialistes du domaine concerné à se joindre à l'équipe de révision.  
L'équipe de révision sera formée de membres du groupe initial, ainsi que d'autres spécialistes recommandés.
  - b) Compilation des commentaires reçus, des questions rencontrées pendant l'étape de diffusion, ainsi que d'autres commentaires et expériences provenant des sites de mise en place.
  - c) Compilation des nouvelles lignes directrices sur la pratique clinique dans le domaine concerné, des nouvelles études systématiques, des nouvelles méta-analyses, des nouvelles études techniques et des nouveaux essais randomisés.
  - d) Établissement d'un plan de travail détaillé comportant des échéances et des résultats attendus.
5. La version revue de la Ligne directrice sera diffusée selon les structures et les processus établis.

## Références bibliographiques

Abbott, C., Carrington, H., Ash, S., Bath, L., Every, J., Griffiths, A. *et al.* (2002). The North-West diabetes foot care study : Incidence of, and risk factors for, new diabetic foot ulceration in a community-based patient cohort. *Diabetic Medicine*, 19(5), 377-384.

Adler, A., Boyko, E., Ahroni, J., et Smith, D. (1999). Lower-extremity amputation in diabetes : The independent effects of peripheral vascular disease, sensory neuropathy, and foot ulcers. *Diabetes Care*, 22(7), 1029-1037.

American Association of Clinical Endocrinologists (2000). American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for the management of diabetes mellitus : The AACE system of intensive diabetes self-management – 2000 update. *Endocrine Practice*, 6 (1), 42-83.

American Association of Diabetes Educators (1999). The 1999 scope of practice for diabetes educators and the standards of practice for diabetes educators. American Association of Diabetes Educators [En ligne] Disponible : <http://www.aadenet.org>

American Diabetes Association (1999). Consensus development conference : Diabetic foot wound care. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 89(9), 475-483.

American Diabetes Association (2001). Clinical practice recommendations 2001. *Diabetes Care*, 24 (Suppl. 1), S1-133.

American Family Physicians (1999). Foot care for people with diabetes. *American Family Physicians*, 60 (3), 1005-1006.

Apelqvist, J., Bakker, K., van Houtum, W. H., Nabuurs-Franssen, M. H., et Schaper, N. C. (2000). International consensus and practical guidelines on the management and the prevention of the diabetic foot. International Working Group on the Diabetic Foot. *Diabetes/Metabolism Research and Review*, 16 (Suppl. 1), S84-S92.

Apelqvist, J., Larsson, J., et Agardh, C. (1993). Long-term prognosis for diabetic patients with foot ulcers. *Journal of Internal Medicine*, 233 (6), 485-491.

Armstrong, D., Lavery, L., et Harkless, L. (1998). Who is at risk for diabetic foot ulceration? *Clinics in Podiatric Medicine and Surgery*, 15 (1), 11-19.

Association canadienne du diabète – Diabetes Educator Section (2000). *Standards for diabetes education in Canada*. Toronto : Association canadienne du diabète.

Association canadienne du diabète (1998). Lignes directrices de pratique clinique 1998 pour le traitement du diabète au Canada. *CMAJ*, 159 (Suppl 8) : S1-S31.

Association canadienne du diabète (2000). Site Web de l'Association canadienne du diabète. [En ligne] Disponible : <http://www.diabetes.ca>

Association canadienne du diabète (2001). Guidelines for the nutritional management of diabetes mellitus in the new millennium. *Canadian Journal of Diabetes Care*, 23 (3), 56-59.

Association canadienne du diabète (2003). Lignes directrices de pratique clinique pour la prévention et la prise en charge du diabète au Canada. [En ligne] Disponible : <http://www.diabetes.ca/cpg2003/>

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2002). *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique*. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Belton, A. B. et Simpson, N. (2003). *The how to of patient education : A guide and workbook*. Toronto : A. B. Belton et Associates.

Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J. *et al.* (1999). Consensus development methods : Review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research et Policy*, 4 (4), 236-248.



- Bloomgarden, T. Z. (2001). American Diabetes Association 60th scientific sessions, 2000 : The diabetic foot. *Diabetes Care*, 24 (5), 946-951.
- Boulton, A., Meneses, P., et Ennis, W. (1999). Diabetic foot ulcers : A framework for prevention and care. *Wound Repair and Regeneration*, 7 (1), 7-16.
- Boyko, E. J., Ahroni, J. H., Davignon, D., Stensel, V., Prigeon, R. L., et Smith, D. G. (1997). Diagnostic utility of the history and physical examination for peripheral vascular disease among patients with diabetes mellitus. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50 (6), 659-668.
- Boyko, J. E., Ahroni, H. J., et Stensel, V. (1999). A prospective study of risk factors for diabetic foot ulcer – The Seattle Diabetic Foot Study. *Diabetes Care*, 22 (7), 1036-1042.
- Campbell, L. V., Graham, A. R., Kidd, R. M., Molloy, H. F., O'Rourke, S. R., et Colagiuri, S. (2000). The lower limb in people with diabetes. Position statement of the Australian Diabetes Association. *Medical Journal of Australia*, 173 (7), 369-372.
- Clarke, M. et Oxman, A. D. (eds.) (1999). Cochrane Reviewers' Handbook 4.0. In *Review Manager (RevMan) (Computer Program)*. Version 4.0 (updated July 1999). Oxford : The Cochrane Collaboration.
- Cluzeau, F., Littlejohns, P., Grimshaw, J., et Feder, G. (1997). Appraisal instrument for clinical guidelines. St. George's Hospital Medical School [En ligne] Disponible : <http://www.sghms.ac.uk/depts/phs/hceu/clinline.htm>
- Diabetes Control and Complications Trial Research Group (1993). The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *New England Journal of Medicine*, 329 (14), 977-986.
- Diabetes Education Study Group of the European Association for the Study of Diabetes (1995). Survival kit : The five-minute education kit. A document for health care providers and patients. *Diabetic Medicine*, 12 (11), 1022-1043.
- Diabetes Education Study Group of the European Association for the Study of Diabetes (2001). Living : Empowerment, education, self-care and lifestyle. IDDM consensus guidelines [En ligne] Disponible : <http://www.staff.ncl.ac.uk/philip.home/iddmch2.htm>
- Field, M. J. et Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice : Directions for a new program*. Washington, DC : Institute of Medicine, National Academy Press.
- Frykberg, R. G., Armstrong, D. G., Giurini, J., Edwards, A., Kravette, M., Kravitz, S. et al. (2000). Diabetic foot disorders. A clinical practice guideline. *Journal of Foot and Ankle Surgery*, 39 (Suppl 5), 1-60.
- Gerstein, C. H., Hanna, A., Rowe, R., Leiter, L., et Macgregor, A. (2001). CDA position statement regarding the UKPDS and revision of diabetes clinical practice guidelines accounting for the UKPDS results. [En ligne] Disponible : [http://www.diabetes.ca/Section\\_Professionals/cpg\\_ukpdsposition.asp](http://www.diabetes.ca/Section_Professionals/cpg_ukpdsposition.asp)
- Glasgow, E. R. (1999). Outcomes of and for diabetes education research. *The Diabetes Educator*, 25 (6), 74-88.
- Graham, I., Harrison, M., Brouwers, M., Davies, B., et Dunn, S. (2002). Facilitating the use of evidence in practice : Evaluating and adapting clinical practice guidelines for local use by health care organizations. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 31 (5), 599-611.
- Hunt, D. (2001). Diseases of the feet : Foot ulcers and amputations in people with diabetes mellitus. In H. Gerstein et R. Haynes (Eds.), *Evidence-Based Diabetes Care* (pp. 515-521). London : B.C. Decker, Inc.
- Hutchinson, A., McIntosh, A., Feder, G., Home, P., Mason, J., O'Keefe, C. et al. (2000). *Clinical guidelines and evidence review for type 2 diabetes : Prevention and management of foot problems*. Royal College of General Practitioners. [En ligne] Disponible : [www.rcgp.org.uk/rcgp/clinspec/guidelines/diabetes/index.asp](http://www.rcgp.org.uk/rcgp/clinspec/guidelines/diabetes/index.asp)

Institute for Clinical Evaluative Sciences (2003). Diabetes in Ontario : An ICES practice atlas. [En ligne] Disponible : <http://www.diabetes.ca/Files/DM%20Homepg.pdf>

Institute for Clinical Systems Improvement (2000). *Health care guideline : Management of type 2 diabetes mellitus*. [En ligne] Disponible : <http://www.icsi.org>

Knowles, M., Holton, E., et Swanson, R. (1998). *The adult learner : The definitive classic in adult education and human resource development*. (5th ed.) Houston, Texas : Elsevier Science et Technology.

Lavery, L., Armstrong, D., Vela, S., Quebedeaux, T., et Fleischli, J. (1998). Practical criteria for screening patients at high risk for diabetic foot ulceration. *Archives of Internal Medicine*, 158(2), 157-162.  
Lavery, L. et Gazewood, J. D. (2000). Assessing the feet of patients with diabetes. *Journal of Family Practice*, 49 (Suppl. 11), S9-S16.

Mason, J., O'Keeffe, C., Hutchinson, A., McIntosh, A., Young, R., et Booth, A. (1999a). A systematic review of foot ulcer in patients with type 2 diabetes mellitus. II. Treatment. British Diabetic Association. *Diabetic Medicine*, 16 (11), 889-909.

Mason, J., O'Keeffe, C., McIntosh, A., Hutchinson, A., Booth, A., et Young, R. (1999b). A systematic review of foot ulcer in patients with type 2 diabetes mellitus. I : Prevention. British Diabetic Association. *Diabetic Medicine*, 16 (11), 801-812.

Mayfield, J. et Sugarman, J. R. (2000). The use of the Semmes-Weinstein monofilament and other threshold tests for preventing foot ulceration and amputation in persons with diabetes. *Journal of Family Practice*, 49 (Suppl. 11), S17-S29.

Mayfield, J., Reiber, G., Sanders, L., Janisse, D., et Pogach, L. (1998). Preventive foot care in people with diabetes. *Diabetes Care*, 21 (12), 2161-2177.

McCabe, C. J., Stevenson, R. C., et Dolan, A. M. (1998). Evaluation of a diabetic foot screening and protection programme. *Diabetic Medicine*, 15 (1), 80-84.

McGill, M., Molyneaux, L., Spencer, R., Heung, L. F., et Yue, D. K. (1999). Possible sources of discrepancies in the use of Semmes-Weinstein monofilament : Impact on prevalence of insensate foot and workload requirements. *Diabetes Care*, 22 (4), 598-602.

Mensing, C., Boucher, J., Cypress, M., Weinger, K., Mulcahy, K., Barta, P. et al. (2001). National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care*, 24 (1), S126-S132.

Neil, J., Knuckey, C., et Tanenberg, R. (2003). Prevention of foot ulcers in patients with diabetes and end stage renal disease. *Nephrology Nursing Journal*, 30 (1), 39-43.

New Zealand Guidelines Group (2000). Primary care guidelines for the management of core aspects of diabetes care. [En ligne] Disponible : <http://www.nzgg.org.nz/library.cfm>

NHS Centre For Reviews and Dissemination (1999). *Complications of diabetes : Screening for retinopathy. Management of foot ulcers*. Effective Health Care [En ligne] Disponible : <http://www.york.ac.uk/inst/crd/ehc54.pdf>

Norris, S., Engelgau, M., et Narayan, K. (2001). Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes : A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care*, 24 (3), 561-587.

Ontario Podiatric Medical Association (2001). Ontario Podiatric Medical Association website. [En ligne] Disponible : <http://www.opma.on.ca>  
Ontario Society of Chiropodists (2001). Ontario Society of Chiropodists website. [En ligne] Disponible : <http://www.osconline.com/index.htm>

Pecoraro, R., Reiber, G., et Burgess, E. (1990). Pathways to diabetic limb amputation : Basis for prevention. *Diabetes Care*, 13(5), 513-521.  
Pham, H., Armstrong, D. G., Harvey, C., Harkless, L. B., Giurini, J., et Verves, A. (2000). Screening techniques to identify people at high risk for diabetic foot ulceration. *Diabetes Care*, 23 (5), 606-611.

Pinzur, S. M., Slovenkai, P. M., et Trepman, E. (1999). Guidelines for diabetic foot care. *American Orthopaedic Foot and Ankle Society*, 20 (11), 695-701.

Reiber, G. E., Vileikyte, L., Boyko, E. J., del Aguila, M., Smith, D. G., Lawrence, L. A. et al. (1999). Casual pathways for incident lower-extremity ulcers in patients with diabetes from two settings. *Diabetes Care*, 22 (1), 157-162.

Reiber, G., Pecoraro, R., et Koepsell, T. (1992). Risk factors for amputation in patients with diabetes mellitus. A case control study. *Annals of Internal Medicine*, 117 (2), 97-105.

Smieja, M., Hunt, D. L., Edelman, D., Etchells, E., Cornuz, J., et Simel, D. L. (1999). Clinical examination for the detection of protective sensation in the feet of diabetic patients. International Cooperative Group for Clinical Examination Research. *Journal of General Internal Medicine*, 14 (7), 418-424.

Sumner, D. S. (1998). Non-invasive assessment of peripheral arterial occlusive disease. In K. S. Rutherford (Ed.), (3rd ed., pp. 41-60). Philadelphia : WB Saunders.

Valk, G. D., Kriegsman, D., et Assendelft, W. (2002). Patient education for preventing diabetic foot ulceration : A systematic review. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 31 (3), 633-658.

Walker, A. E. (1999). Characteristics of the adult learner. *The Diabetes Educator*, 25 (6), 16-24.  
Zangaro, G. A. et Hull, M. M. (1999). Diabetic neuropathy : Pathophysiology and prevention of foot ulcers. *Clinical Nurse Specialist*, 13 (2), 57-65.

## *Bibliographie*

Aljaseem, L., Peyrot, M., Wissow, L., et Rubin, R. (2001). The impact of barriers and self-efficacy on self-care behaviors in type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 27 (3), 393-404.

American Association of Clinical Endocrinologists (2003). The American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for the management of diabetes mellitus : The AACE system of intensive diabetes self-management – 2002 update. *Endocrine Practice*, 9 (Suppl. 1), 41-82.

American Association of Diabetes Educators (1995). AADE position statement : Individualization of diabetes education and management. *The Diabetes Educator*, 21 (2), 105-106.

American Association of Diabetes Educators (1999). Diabetes education and public health : Position statement. *The Diabetes Educator*, 25 (1), 515-519.

American Diabetes Association (1995). AADE position statement : Medical nutrition therapy for people with diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 21 (1), 17-18.

American Diabetes Association (2000a). Diabetes mellitus and exercise. *Diabetes Care*, 23 (1), 1-8.  
American Diabetes Association (2000b). Nutrition recommendations and principles for people with diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 23 (1), 1-8.

American Diabetes Association (2000c). Preventive foot care in people with diabetes. *Diabetes Care*, 23 (1), 1-3.

American Diabetes Association (2000d). Special considerations for the education and management of older adults with diabetes. *The Diabetes Educator*, 26 (1), 37-39.

American Diabetes Association (2001b). *National standards for diabetes self-management education programs and American Diabetes Association review criteria : Clinical practice recommendations 1998*. [En ligne] Disponible : [www.diabetes.org/diabetescare/supplement198/S95.htm](http://www.diabetes.org/diabetescare/supplement198/S95.htm)

American Diabetes Association (2002). Preventive foot care in people with diabetes. *Diabetes Care*, 25 (Suppl. 1), S69-S70.

- American Family Physician [En ligne] Disponible : [www.aafp.org/afp/980315ap/armstron.html](http://www.aafp.org/afp/980315ap/armstron.html)  
Armstrong, D., Lavery, L., et Harkless, L. (1998).
- Anderson, M. R. et Funnell, M. M. (1999). Theory is the cart, vision is the horse : Reflections on research in diabetes patient education – (AADE Research Summit). *The Diabetes Educator*, 25 (6), 43-51.
- Armstrong, D. et Harkless, L. (1998). Outcomes of preventative care in a diabetic foot specialty clinic. *Journal of Foot et Ankle Surgery*, 37(6), 460-466.
- Armstrong, D. et Lavery, L. (1998). Diabetic foot ulcers : Prevention, diagnosis and classification.
- Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C., et Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation : Applying stakeholder analysis to merger life-cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29 (3), 11-20.
- Bakker, K. (1999). The Dutch consensus on the diabetic foot. *FEMS Immunology and Medical Microbiology*, 26 (3-4), 227-279.
- Booth, A. et Young, M. J. (2000). Differences in the performance of commercially available 10g monofilaments. *Diabetes Care*, 23 (7), 984-988.
- Bradly, C. et Speight, J. (2002). Patient perceptions of diabetes and diabetes therapy : Assessing quality of life. *Diabetes Metabolism Research Review*, 18 (Suppl.3), 64-69.
- Brown, A. S. (1999). Interventions to promote diabetes self-management : State of the science. *The Diabetes Educator*, 25 (6), 52-61.
- Casey, E. D. et Egede, E. L. (2000). Effect of a disease management tool on residents' compliance with American Diabetes Association standard of care for type 2 diabetes mellitus. *Maryland Medical Journal*, 48 (3), 119-121.
- Cembrowski, G. (2002). Alternate site testing : First do no harm. *Diabetes Technology et Therapeutics*, 4 (1), 45-47.
- Clement, S. (1995). Diabetes self-management education. *Diabetes Care*, 18 (8), 1204-1214.
- Clinical Resource Efficiency Support Team (2000). *Diabetes care in Northern Ireland*. CREST [En ligne] Disponible : <http://www.n-i.nhs.uk/crest/index.htm>
- Cochrane Collaboration Consumer Network (2001). Preventing foot problems from diabetes : Hot topic of the month. [En ligne] Disponible : <http://www.cochraneconsumer.com/5HOTTopic.PDF>
- Corbett, F. C. (1999a). Research-based practice implications for patients with diabetes : Part II – Diabetes self-efficacy. *Home Healthcare Nurse*, 17 (9), 587-596.
- Corbett, F. C. (1999b). Research-based practice implications for patients with diabetes : Part I – Diabetes knowledge. *Home Healthcare Nurse*, 17 (8), 511-518.
- Dahmen, R., Haspels, R., Koomen, B., et Hoeksma, F. A. (2001). Therapeutic footwear for the neuropathic foot. *Diabetes Care*, 24(4), 705-709.
- European IDDM Policy Group (2001a). Consensus guidelines for the management of insulin-dependent (type 1) diabetes – chapter 1– Structure : Preamble.
- Diabetes Guidelines Europe 1993 [En ligne] Disponible : <http://www.staff.ncl.ac.uk/philip.home/iddmch1.htm>
- European IDDM Policy Group (2001b). Introduction and organization. [En ligne] Disponible : <http://www.staff.ncl.ac.uk/philip.home/iddmintr.htm>
- European IDDM Policy Group (2001c). Kidney, eye and nerve disease, and foot problems. [En ligne] Disponible : <http://www.staff.ncl.ac.uk/philip.home/iddmch4.htm>
- European IDDM Policy Group (2001d). Targets, insulin, hypoglycaemia, diet and lipids. [En ligne] Disponible : <http://www.staff.ncl.ac.uk/philip.home/iddmch3.htm>
- Fain, A. J., Nettles, A., Funnell, M. M., et Charron, D. (1999). Diabetes patient education research : An integrative literature review – AADE research summit. *The Diabetes Educator*, 25 (6), 7-15.
- Fowler, E., Vesley, N., Pelfrey, M., Jordan, S., et Amberry, T. (1999). Managing diabetic foot ulcers. *Home Healthcare Nurse*, 17 (6), 357-365.

- Funnell, M. M. et Hass, B. L. (1995). National standards for diabetes self-management education programs – technical review. *Diabetes Care*, 18 (1), 100-116.
- Gin, H., Rigalleau, V., Baillet, L., et Rabemanantsoa, C. (2002). Comparison between monofilament, tuning fork and vibration perception tests for screening patients at risk of foot complications. *Diabetes Metabolism*, 28 (6), 457-461.
- Hamalainen, H., Ronnema, T., Toikka, T., et Liukkonen, I. (1998). Long-term effects of one year of intensified podiatric activities on foot-care knowledge and self-care habits in patients with diabetes. *The Diabetes Educator*, 24 (6), 734-740.
- Inlow, S., Orsted, H., et Sibbald, G. (2000). *Best practices for prevention, diagnosis, and treatment of diabetic foot ulcers*. Canadian Association of Wound Care. [En ligne] Disponible : <http://www.cawc.net/open/library/clinical/ostomy-wound/inlow.pdf>
- International Diabetes Federation (European Region) (1999). *A desktop guide to type 2 diabetes*. [En ligne] Disponible : <http://www.staff.ncl.ac.uk/philip.home/t2dg1999.htm>
- International Diabetes Federation (European Region) (2001). *A desktop guide to type 1 (insulin-dependent) diabetes*. [En ligne] Disponible : <http://www.staff.ncl.ac.uk/philip.home/t1dg1998.htm>
- Kenshole, A., Colwell, J., et Feinglos, M. (2002). Using insulin in type 2 diabetes. *Patient Care Canada*, 13 (3), 58-72.
- Kitabchi, E. A., Umpierrez, E. G., Murphy, B. M., Kreisberg, A. R., Malone, I. J., et Wall, M. B. (2001). Management of hyperglycemic crises in patients with diabetes. *Diabetes Care*, 24 (1), 131-137.
- Klonoff, C. D. et Schwartz, M. D. (2000). An economic analysis of interventions for diabetes. *Diabetes Care*, 23 (3), 390-404.
- Koopmanschap, M. (2002). Coping with type 2 diabetes : The patient's perspective. *Diabetologia*, 45 (7), 18-22.
- Koproski, J., Pretto, Z., et Poretsky, L. (1997). Diabetes mellitus : A diabetic team intervention reduced readmissions. *Diabetes Care*, 20 (10), 1553-1555.
- Krasner, D. et Ovington, L. (1999). ADA holds consensus conference on diabetic foot wound care. *Ostomy/Wound Management*, 45 (6), 18-20.
- McFarland, K. (1997). Type 2 diabetes : Stepped-care approach to patient management. *Geriatrics*, 52 (1), 22-39.
- Mulder, G. D. (2000). Evaluating and managing the diabetic foot : An overview. *Advances in Skin and Wound Care*, 13 (1), 33-36.
- National Diabetes Information Clearinghouse. (2001). *Feet can last a lifetime : A health care providers' guide to preventing diabetic foot problems*. [En ligne] Disponible : [http://www.niddk.nih.gov/health/diabetes/feet/feet\\_2/index.htm](http://www.niddk.nih.gov/health/diabetes/feet/feet_2/index.htm)
- National Health and Medical Research Centre (1998). *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*. [En ligne] Disponible : [http://www.ausinfo.gov.au/general/gen\\_hottobuy.htm](http://www.ausinfo.gov.au/general/gen_hottobuy.htm)
- National Institute for Clinical Excellence (2003). *Guidance on the use of patient-education models for diabetes* (Rep. No. 60). London.
- O'Brien, K., Chandramohan, V., Nelson, D., Fischer, J., Stevens, G., et Poremba, J. (2003). Effect of a physician-directed educational campaign on performance of proper diabetic foot exams in an outpatient setting. *Journal of General Internal Medicine*, 18 (4), 258-265.
- Ontario Ministry of Health and Long-Term Care (1999). *Ontario diabetes status index 96-97*. Toronto : Ministry of Health and Long-Term Care, Health Information Centre.
- Ontario Public Health Association (1996). *Making a difference! A workshop on the basics of policy change*. Toronto : Government of Ontario.

- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (2003). *Normes sur les soins des pieds à l'intention des infirmières et infirmiers en Ontario*. [En ligne] Disponible : [http://www.cno.org/docs/prac/51026\\_footcare.pdf](http://www.cno.org/docs/prac/51026_footcare.pdf)
- Ovibo, S., Jude, E., Tarawneh, I., Nguyen, H., Harkless, L., et Boulton, A. (2001). A comparison of two diabetic foot ulcer classification systems. *Diabetes Care*, 24 (1), 84-88.
- Perkins, B. A., Olaoeye, D., Zinman, B., et Bril, V. (2001). Simple screening tests for peripheral neuropathy in the diabetes clinic. *Diabetes Care*, 24 (2), 250-256.
- Peyrot, M. (1999). Behavioural change in diabetes education – (AADE research summit). *Supplement to The Diabetes Educator*, 25 (6), 62-72.
- Reveal, G., Laughlin, R., Capecci, P., et Reeve, F. (2001). Foot and ankle survey in adults with diabetes mellitus. *Foot and Ankle International*, 22 (9), 739-743.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (1996a). *Management of diabetes in pregnancy – A national clinical guideline recommended for use in Scotland*. (Pilot ed.) Edinburgh : Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (1996b). *Report on good practice in the care of children and young people with diabetes – A multidisciplinary team-based approach*. (Pilot ed.) Edinburgh : Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (1997a). *Management of diabetic foot disease – Implementation of the St Vincent Declaration : The care of diabetic patients in Scotland*. Edinburgh : Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (1997b). *Management of diabetic renal disease*. Edinburgh : Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (1998). *Report on a recommended minimum dataset for collection in people with diabetes*. Edinburgh : Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2001). *Management of diabetes : A national clinical guideline*. [En ligne] Disponible : <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign55.pdf>
- Spencer, S. (2001). Pressure relieving interventions for preventing and treating diabetic foot ulcers. The Cochrane Library [En ligne] Disponible : <http://www.cochranelibrary.com>
- Umeh, L., Wallhagen, M., et Nicoloff, N. (1999). Identifying diabetic patients at high risk for amputation. *The Nurse Practitioner*, 24 (8), 56, 60 63-66, 70.
- University of Michigan Health System (1998). *Management of diabetes mellitus*. [En ligne] Disponible : <http://cme.med.umich.edu/pdf/guideline/diabetes.pdf>
- Validation of a diabetic wound classification system. *Diabetes Care*, 21 (5), 855-859.
- Valk, G. D. et Assendelft, W. (2001). Educational interventions for preventing diabetic foot ulceration [protocol] The Cochrane Library [En ligne] Disponible : <http://www.cochranelibrary.com>
- Yong, R., Karas, T. J., et Nicoloff, N. (2000). The durability of the Semmes-Weinstein 5.07 monofilament. *Journal of Foot and Ankle Surgery*, 39 (1), 34-38.
- Young-Hyman, D. (2001). Provider impact in diabetes education. *The Diabetes Educator*, 25 (6), 34-42.

## *Annexe A : Méthode de recherche de données probantes existantes*

### ÉTAPE 1 : Recherche dans les bases de données

Une recherche initiale dans les bases de données, en ce qui concerne les lignes directrices sur le diabète a été effectuée au début de 2001 par une entreprise externe qui se spécialise dans la recherche de documentation pour les établissements, les chercheurs et les experts-conseils de la santé. Une recherche subséquente dans les bases de données MEDLINE, Embase et CINAHL, pour trouver des articles publiés entre le 1er janvier 1998 et le 28 février 2001, a été effectuée à partir des termes et des mots-clés suivants : « diabète », « éducation sur le diabète », « soins personnels », « autosoins », « ligne(s) directrice(s) de pratique », « ligne(s) directrice(s) de pratique clinique », « normes », « protocole d'accord », « consensus », « lignes directrices fondées sur des données probantes », « lignes directrices sur les pratiques exemplaires ».

De plus, une recherche a été effectuée simultanément dans la base de données Cochrane Library pour trouver des études systématiques, en utilisant les termes de recherche susmentionnés.

### ÉTAPE 2 : Recherche sur l'Internet

Un méta-moteur de recherche (metacrawler.com), ainsi que d'autres renseignements existants fournis par l'équipe du projet, ont été utilisés pour créer une liste de sites Web reconnus pour la publication ou le stockage de lignes directrices pour la pratique clinique. Les sites Web suivants ont été rapportés au début de 2001 :

- Action Cancer Ontario : [www.cancercare.on.ca](http://www.cancercare.on.ca)
- Agency for Healthcare Research and Quality : [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)
- Alberta Clinical Practice Guidelines Program : [www.amda.ab.ca/general/clinical-practice-guidelines/index.html](http://www.amda.ab.ca/general/clinical-practice-guidelines/index.html)
- American Medical Association : <http://www.ama-assn.org/>
- Best Practice Network : [www.best4health.org](http://www.best4health.org)
- British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines : [www.hlth.gov.bc.ca/msp/protoguide/index.html](http://www.hlth.gov.bc.ca/msp/protoguide/index.html)
- Canadian Centre for Health Evidence : [www.cche.net](http://www.cche.net)
- Centers for Disease Control and Prevention : <http://www.cdc.gov/>
- Centre for Evidence-Based Child Health : <http://www.ich.bpmf.ac.uk/ebm/ebm.htm>
- Centre for Evidence-Based Medicine : <http://cebm.jr2.ox.ac.uk/>

- Centre for Evidence-based Mental Health : <http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/>
- Centre for Evidence-based Nursing : [www.york.ac.uk/depts/hstd/centres/evidence/ev-intro.htm](http://www.york.ac.uk/depts/hstd/centres/evidence/ev-intro.htm)
- Centre for Health Services Research : [www.nci.ac.uk/chsr/publicn/tools/](http://www.nci.ac.uk/chsr/publicn/tools/)
- Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST) : <http://www.n-i.nhs.uk/crest/index.htm>
- Core Library for Evidence-Based Practice : <http://www.shef.ac.uk/~scharr/ir/core.html>
- Evidence-based Nursing : <http://www.bmj.com/data/ebn.htm>
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs : [www.ctfphc.org/](http://www.ctfphc.org/)
- Health Care Evaluation Unit : Réseau de liaison et d'application de l'information sur la santé (RELAIS) : <http://healnet.mcmaster.ca/nce>
- Infobase des lignes directrices de l'Association médicale canadienne : [www.cma.ca/eng-index.htm](http://www.cma.ca/eng-index.htm)
- Institut canadien d'information sur la santé : [www.cihi.ca/index.html](http://www.cihi.ca/index.html)
- Institut de recherche en services de santé (IRSS) : [www.ices.on.ca/](http://www.ices.on.ca/)
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) : [www.icsi.org](http://www.icsi.org)
- Journal of Evidence-based Medicine : <http://www.bmj.com/data/ebm.htm>
- McMaster Evidence-Based Practice Centre : <http://hiru.mcmaster.ca/epc/>
- McMaster University EBM site : <http://hiru.hirunet.mcmaster.ca/ebm>
- Medical Journal of Australia : <http://mja.com.au/public/guides/guides.html>
- Medscape Multispecialty : Practice Guidelines : [www.medscape.com/Home/Topics/multispecialty/directories/dir-MULT.PracticeGuide.html](http://www.medscape.com/Home/Topics/multispecialty/directories/dir-MULT.PracticeGuide.html)
- Medscape Women's Health : [www.medscape.com/Home/Topics/WomensHealth/directories/dir-WH.PracticeGuide.html](http://www.medscape.com/Home/Topics/WomensHealth/directories/dir-WH.PracticeGuide.html)
- Monash University, Australie (Centre for Clinical Effectiveness) : <http://www.med.monash.edu.au/publichealth/cce/evidence/>
- National Guideline Clearinghouse : [www.guideline.gov/index.asp](http://www.guideline.gov/index.asp)
- National Library of Medicine : <http://text.nlm.nih.gov/frs/gateway>
- Netting the Evidence : A SchARR Introduction to Evidence-Based Practice on the Internet : [www.shef.ac.uk/uni/academic/](http://www.shef.ac.uk/uni/academic/)
- New Zealand Guideline Group : <http://www.nzgg.org.nz/library.cfm>
- Primary Care Clinical Practice Guideline : <http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/>
- Royal College of General Practitioners : <http://www.rcgp.org.uk/Sitelis3.asp>
- Royal College of Nursing : [www.rcn.org.uk](http://www.rcn.org.uk)
- Santé Canada : [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network : [www.show.scot.nhs.uk/sign/home.htm](http://www.show.scot.nhs.uk/sign/home.htm)



- TRIP Database : [www.tripdatabase.com/publications.cfm](http://www.tripdatabase.com/publications.cfm)
- Turning Research into Practice : <http://www.gwent.nhs.gov.uk/trip/>
- University of California : [www.library.ucla.edu/libraries/biomed/cdd/clinprac.htm](http://www.library.ucla.edu/libraries/biomed/cdd/clinprac.htm)
- [www.ish.ox.au/guidelines/index.html](http://www.ish.ox.au/guidelines/index.html)

Une seule et même personne a effectué une recherche dans chacun de ces sites Web. La présence ou l'absence de lignes directrices a été notée pour chacun des sites recherchés. Parfois, il a été indiqué que le site Web ne contenait aucune ligne directrice mais renvoyait à un autre site Web ou à une autre source pour trouver une telle ligne directrice. Pour chacune des lignes directrices retenues, une version complète du document a été récupérée.

### ÉTAPE 3 – Recherche manuelle ou contributions des groupes d'experts

On a demandé aux membres du groupe de passer en revue leurs archives personnelles pour identifier de nouvelles lignes directrices. Dans certains cas très rares, une ligne directrice est identifiée par les membres du groupe, et non pas grâce à la recherche dans les bases de données ou sur l'Internet. Ces lignes directrices ont été élaborées par des groupes locaux et n'ont pas été publiées à ce jour. Les résultats de cette stratégie n'ont pas révélé d'autres lignes directrices pour la pratique clinique.

### ÉTAPE 4 – Principaux critères de sélection

Cette méthode de recherche a révélé 16 lignes directrices, plusieurs études systématiques et de nombreux articles liés à l'éducation sur le diabète. L'étape finale, pour déterminer si la ligne directrice de pratique clinique ferait l'objet d'une évaluation critique, s'est fondée sur les critères suivants :

- La ligne directrice était publiée en anglais;
- La ligne directrice était datée de 1998 ou d'une date ultérieure;
- La ligne directrice portait uniquement sur le sujet à l'étude;
- La ligne directrice était fondée sur des données probantes. Par ex. : elle contenait des références, une description et les sources des données probantes;
- La ligne directrice était disponible et facile à retrouver.

## Résultats de la stratégie de recherche

Les résultats de la stratégie de recherche et la décision d'évaluer de manière critique sont détaillés ci-dessous.

### TITRE DE LA LIGNE DIRECTRICE RAPPORTÉE QUI FERA L'OBJET D'UNE ÉVALUATION CRITIQUE

American Association of Clinical Endocrinologists (2000). The American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for the management of diabetes mellitus : The AACE system of intensive diabetes self-management – 2000 update. *Endocrine Practice*, 6 (1), 42-83.

American Diabetes Association (2001). Clinical practice recommendations 2001. *Diabetes Care*, 24 (Suppl. 1), S1-133.

Association canadienne du diabète (1998). Lignes directrices de pratique clinique 1998 pour le traitement du diabète au Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 159 (Suppl. 8), S1-S31.

Association canadienne du diabète (2001). Guidelines for the nutritional management of diabetes mellitus in the new millennium. *Canadian Journal of Diabetes Care*, 23 (3), 56-59.

Hutchinson, A. et al. (2000). *Clinical guidelines and evidence review for type 2 diabetes : Prevention and management of foot problems*. [En ligne] Disponible : [www.rcgp.org.uk/rcgp/clinspec/guidelines/diabetes/index.asp](http://www.rcgp.org.uk/rcgp/clinspec/guidelines/diabetes/index.asp)

Institute for Clinical Systems Improvement (2000). *Health care guideline : Management of type 2 diabetes mellitus*. [En ligne] Disponible : [www.icsi.org](http://www.icsi.org)

New Zealand Guidelines Group (2000). *Primary care guidelines for the management of core aspects of diabetes care*. [En ligne] Disponible : <http://www.nzgg.org.nz/library.cfm>

Pinzur, S. M., Slovenkai, P. M., et Trepman, E. (1999). Guidelines for diabetic foot care. *American Orthopaedic Foot and Ankle Society*, 20 (11), 695-701.

## *Annexe B : Glossaire*

**Blessure récidivante du pied :** Toute rupture de tissu à l'endroit où un ulcère était antérieurement localisé et qui a lieu 30 jours après la guérison initiale.

**Callosité :** Épaississement de l'épiderme provoqué par une production élevée de kératine causée par une pression directe chronique ou une contrainte de cisaillement continue, résultant d'une déformation du pied ou de chaussures mal adaptées. Une callosité peut former une couche épaisse de tissus là où la pression est élevée.

**Centre d'éducation sur le diabète :** Un centre où les personnes atteintes de diabète peuvent aller pour obtenir une éducation liée aux soins personnels du diabète. Les centres d'éducation sur le diabète sont souvent associés à un hôpital ou à un centre de santé communautaire. Ils regroupent une équipe interdisciplinaire de professionnels de la santé qui collaborent entre eux et avec les patients pour fournir une éducation en gestion autonome sous des formes collectives ou individuelles.

**Claudication intermittente :** Douleur apparaissant au niveau du mollet, liée à la marche ou à l'effort, disparaissant à l'intérieur de 10 minutes après l'arrêt de ceux-ci.

**Cor :** Tout comme les callosités, les cors résultent d'une accumulation de cellules de peau morte sur le pied, formant des indurations généralement sur le haut, les côtés ou le bout des orteils. Ils contiennent un noyau de forme conique dont l'extrémité pointue peut exercer une pression sur les nerfs d'en dessous, causant de la douleur.

**Éducateur spécialisé en diabète :** Un professionnel de la santé qui a maîtrisé les connaissances et les compétences essentielles dans le domaine des sciences sociales et biologiques, des communications et des conseils, ainsi que de l'éducation, et qui prend activement part à la sensibilisation des patients atteints de diabète. Le rôle de l'éducateur spécialisé en diabète peut être assumé par plusieurs professionnels de la santé, y compris, notamment, des infirmières, des diététistes autorisés, des pharmaciens, des médecins, des travailleurs sociaux, des professionnels de la santé mentale, des podiatres et des physiologistes de l'exercice. L'accréditation doit être le but de tous les éducateurs spécialisés en diabète. L'accréditation est la norme reconnue pour la maîtrise du sujet.

**Hallux valgus (oignon) :** Une anomalie des os de la première articulation métatarso-phalangienne qui entraîne la déviation du gros orteil vers les autres orteils.

**Indice brachial de la cheville (IBC) :** Un rapport entre la tension artérielle systolique de la cheville et la tension artérielle systolique brachiale. Ce rapport indique la perfusion artérielle des membres inférieurs. La valeur normale est un rapport supérieur ou égal à 1 (Sumner, 1998).  
IBC = tension artérielle systolique de la cheville/tension artérielle systolique brachiale.

**Infirmière spécialisée en soins des pieds :** Une infirmière qui a reçu une formation reconnue et spécialisée en soins non invasifs des pieds, et ceci autant théorique que pratique. Cette formation devrait comprendre l'évaluation des pieds, les soins des personnes à risque bas ou à risque élevé, les soins des ongles, les soins de la peau et l'éducation sanitaire appropriée.

**Monofilament :** Une fibre en nylon d'une longueur de quelques centimètres, attachée à une poignée et utilisée pour évaluer la présence de la sensation de protection. Le monofilament 10 g / 5,07 est calibré de façon à se tordre si une force de 10 grammes est exercée sur la surface de la peau.

**Neuropathie périphérique :** Dommage aux nerfs due à des mécanismes vasculaires, auto-immuns ou biochimiques. Il peut affecter tous les types de nerfs, y compris la fonction sensorielle, motrice et autonome. Toutefois, la perte des signaux sensoriels représente la principale menace pour le membre. La forme la plus courante de la neuropathie périphérique, dans le cas du diabète, est la polyneuropathie symétrique distale (PSD), souvent décrite comme étant une neuropathie de type « bas de nylon », qui atteint les longs nerfs et progresse proximale.

**Orteil en griffe ou en marteau :** Orteil déformé qui demeure courbé durant l'appui. Les articulations interphalangiennes sont courbées, mettant les orteils dans une position de griffe.

**Perte de la sensation de protection :** La perte de la sensation de protection peut inclure un ou tous les facteurs suivants : perte de la sensation de douleur, de chaleur ou de froid (thermale) ou de pression (aiguë ou faible). Cette absence de sensation à la surface plantaire du pied peut être dépistée à un ou plusieurs endroits en utilisant le monofilament de Semmes-Weinstein.

**Pied insensible :** voir *Perte de la sensation de protection*

**Pied ou articulation de Charcot :** Il y a deux phases de développement du pied de Charcot. La phase aiguë du pied de Charcot, où le pied est chaud, enflé et rouge. La phase chronique du pied de Charcot, qui correspond à l'ensemble des déformations du pied, pouvant inclure les orteils déformés, les métatarsiens à coussinets adipeux herniés, les fractures et la voûte plantaire marquée. Le pied de Charcot chronique peut être le résultat de changements antérieurs aigus ou d'une neuropathie motrice de longue date.

**Podiatre :** Un médecin en podiatrie est un spécialiste des soins des pieds. Les podiatres s'occupent de l'examen, du diagnostic et de la prévention des troubles liés aux pieds, en utilisant des moyens de traitement mécaniques, chirurgicaux et autres (Ontario Podiatric Medical Association, 2001).

**Podologue :** Un podologue fournit une évaluation du pied, ainsi qu'un traitement et une prévention des maladies ou des troubles du pied par des moyens palliatifs, orthopédiques et thérapeutiques (Ontario Society of Chiropodists, 2001).

**Traumatisme déclencheur :** Traumatisme qui accélère la formation d'un ulcère. Il peut s'agir tout simplement d'une blessure de tissu mineure.

**Ulcères aux pieds :** Une rupture partielle ou totale non chirurgicale de l'épiderme du pied qui peut s'étendre au tissu, au tendon, au muscle, à l'os ou à l'articulation sous-articulaires.



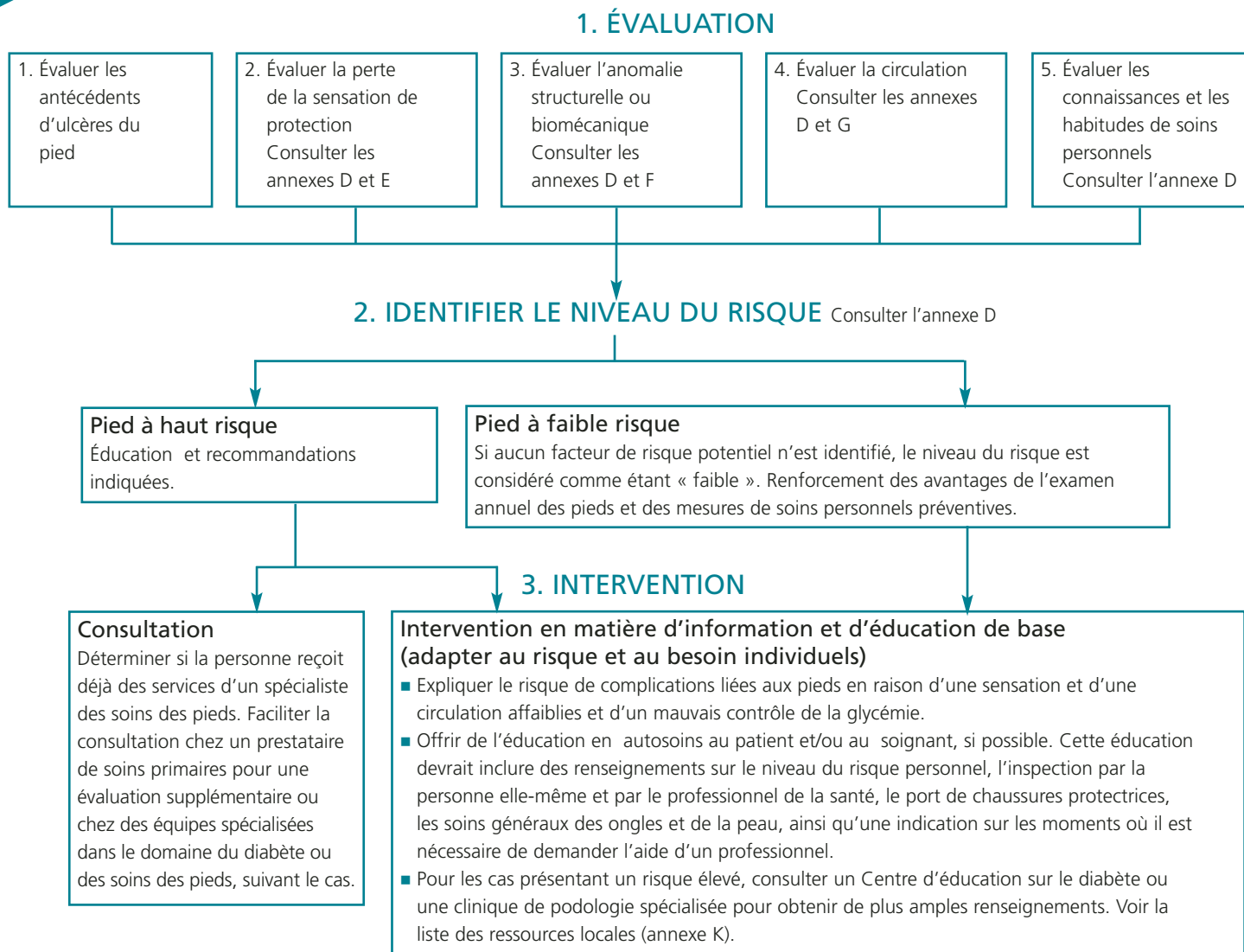
## Annexe C : Algorithme d'évaluation du risque

### Ligne directrice sur les soins des pieds liés à la réduction du risque

Pour toutes les personnes diabétiques dont l'âge dépasse 15 ans (à l'exclusion des femmes atteintes de diabète gestationnel). Prendre en considération le moment jugé le plus approprié pour débiter l'évaluation chez chaque personne, compte tenu des priorités entre les diverses questions actuelles et du caractère adéquat ou non de l'éducation envisagée pour ce problème à ce moment.

L'évaluation des cinq facteurs qui sont fortement associés au risque d'un ulcère ou d'une amputation du pied devrait être effectuée au moins une fois par an.

60



## Annexe D : Guide d'évaluation des pieds et de détection des risques liés au diabète

Utiliser ce guide pour évaluer la présence de facteurs potentiels de risque d'ulcération ou d'amputation futures du pied. Examiner les deux pieds et poser des questions sur les pratiques d'autosoins du client.

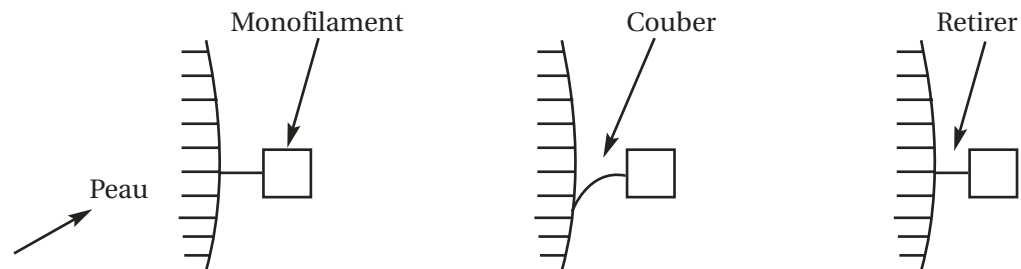
Facteurs de risque	Oui	Non
1. Ulcères aux pieds (blessures qui ont pris plus de deux semaines pour se cicatriser) actuelles ou antérieures.		
2. Perte de la sensation à l'un des endroits (déterminée à la suite de l'examen des quatre endroits : le gros orteil et la première, la troisième et la cinquième têtes métatarsiennes en utilisant le monofilament 10 g/5,07).		
3. Présence de callosités sur la plante du pied ou sur les orteils, ou déformation du pied (par ex. : orteils en griffe ou en marteau, oignon, proéminence osseuse marquée, pied ou articulation de Charcot).		
4. Pous pédieus (pous pédieus dorsal ou tibial postérieur) non palpables par l'infirmière, avec antécédents de douleur des membres inférieurs causée par l'effort et soulagée par le repos.		
5. Le client est incapable de voir et/ou d'atteindre le bas de son pied et n'a personne pour effectuer une inspection appropriée des pieds ou pour fournir des soins des pieds appropriés.		
6. Chaussures mal adaptées (chaussures trop étroites ou trop petites, aucune protection pour les orteils, intérieur dur ou usé, semelle ou talon usés).		
7. Le client <b>n'a jamais</b> reçu d'éducation en soins des pieds.		
8. Le client <b>ne vérifie pas</b> l'état de ses pieds quotidiennement. Demander par ex. : « Comment savez-vous si vous avez une zone rouge ou d'autres problèmes liés à vos pieds? » ou « Examinez-vous souvent vos pieds? »		
9. Le client <b>ne signale pas</b> les problèmes liés à ses pieds au prestataire de soins de santé. Demander par ex. : « Que feriez-vous si vous remarquez une ampoule sur votre pied? ».		
10. Le client <b>ne prend aucune</b> mesure pour réduire le risque de blessure. Demander par exemple au client s'il marche pieds nus à l'intérieur ou à l'extérieur, s'il vérifie la présence de corps étrangers dans les chaussures avant de les mettre, s'il vérifie la température de l'eau avant d'entrer dans le bain, etc.		
<b>« Risque faible »</b> Si le client répond NON à tous les points 1 à 4.	<b>« Risque élevé »</b> S'il répond OUI à l'un des points 1 à 4, le risque augmente.	
Si le client répond OUI à n'importe lequel des points 5 à 10, cela indique un manque de connaissances en matière de soins personnels et le besoin d'améliorer les connaissances et les habitudes de soins personnels.		

## Annexe E : Utilisation du monofilament de Semmes-Weinstein

### Directives d'utilisation du monofilament de Semmes-Weinstein

1. Évaluer l'intégrité du monofilament (pas de plis ni de cassures).
2. Montrer le monofilament au client. Placer l'extrémité du monofilament sur sa main ou sur son bras pour lui montrer que ce n'est pas douloureux.
3. Demander au client de tourner la tête et de fermer les yeux ou regarder le plafond.
4. Tenir le monofilament perpendiculairement à la peau.

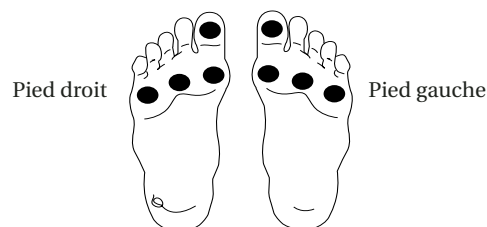
62



5. Placer l'extrémité du monofilament sur la plante du pied. Demander au patient de dire « oui » s'il sent le monofilament toucher son pied. **NE PAS DEMANDER AU PATIENT** : « avez-vous senti cela? » Si le patient ne dit pas « oui » lorsque le monofilament touche un site donné, continuer à un autre site. Une fois l'examen terminé, **RÉEXAMINER** le(s) site(s) où le patient n'a pas senti le monofilament.
6. Pousser le filament jusqu'à ce qu'il se courbe, et attendre de 1 à 3 secondes.
7. Retirer le monofilament de la peau. Ne pas le brosser ou le glisser sur la peau.
8. Répéter l'examen de manière aléatoire à chacun des sites du pied (voir l'illustration ci-dessous).

### Sites de la plante du pied à examiner avec le monofilament

Perte de la sensation de protection = absence de sensation à un ou plusieurs sites.





## Remarques

- Appliquer seulement sur la peau intacte. Éviter les callosités et les zones ulcéreuses ou cicatrisées. Ne pas utiliser de mouvement rapide ou de tapotement.
- Si le monofilament glisse accidentellement sur la peau, réexaminer le site en question plus tard.
- Conserver le monofilament selon les directives du fabricant.
- Nettoyer le monofilament selon les protocoles de contrôle des infections de l'établissement.

## Annexe F : Anomalies structurelles et biomécaniques

63

Facteur de risque	Évaluation
<p>Déformations des tissus osseux et mous, comprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Déformation des orteils (orteils en griffe ou en marteau)</li><li>■ Têtes métatarsiennes proéminentes avec des tissus mous inadéquats</li><li>■ Hallux valgus (oignons)</li><li>■ Articulation de Charcot (pied chaud, enflé, rouge et insensible durant la phase aiguë)</li><li>■ Ampoule</li><li>■ Callosité/cor</li><li>■ Infection fongique</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Examiner les pieds dans la position debout, assise et allongée, chaussés et déchaussés.</li><li>2. Examiner les chaussures et informer le client sur les chaussures bien adaptées.</li></ol> <p><b>Les principaux critères relatifs aux chaussures bien adaptées incluent ce qui suit :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Un grand bout (1/2 po entre la pointe du pied et le bout de la chaussure)</li><li>■ Une profondeur suffisante</li><li>■ Un bon soutien de la voûte plantaire</li><li>■ La chaussure doit s'ajuster sans frotter sur aucune partie du pied.</li></ul>

## Annexe G : Emplacement et palpation des pouls pédiens



64

**Pouls pédiens dorsal :** Afin de palper le pouls, placez les doigts latéralement au tendon du muscle long extenseur du gros orteil. Si aucun pouls n'est palpable, déplacez les doigts plus latéralement.



**Pouls tibial postérieur :** Afin de palper le pouls, placez les doigts derrière et légèrement au-dessous de la malléole interne de la cheville. Dans le cas d'une cheville obèse ou œdémateuse, le pouls peut être difficile à sentir.

**Remarque :** Afin d'améliorer la technique, adoptez une position confortable pour vous et pour le client. Placez la main sur le site et attendez. Une pression variable peut aider à palper une pulsation faible. Ne confondez pas le pouls du client avec le vôtre. Utilisez votre pouls carotidien pour faire la comparaison, si nécessaire.

## Annexe H : Conseils en matière de soins des pieds

**Saviez-vous que le diabète vous met à risque de développer des complications telles que les ulcères du pied?**

### Un examen annuel est nécessaire!

Demandez à un professionnel de la santé d'examiner vos pieds au moins une fois par an. Découvrez si vos pieds sont à faible ou à haut risque.

### Facteurs de risque relatifs aux ulcères du pied :

- Un ulcère du pied antérieurement
- Perte de la sensation normale dans les pieds
- Déformations du pied, y compris des callosités et des oignons
- Mauvaise circulation dans les pieds

**La gestion de la glycémie est importante pour des pieds sains. Consultez votre professionnel de la santé! Obtenez une éducation complète sur le diabète.**

65

### Protégez vos pieds – Suivez ces instructions simples :

#### 1. Examinez vos pieds tous les jours

- Détectez les zones rouges, les ampoules ou les craquelures. Si vous ne pouvez pas le faire vous-même, demandez à quelqu'un d'autre de le faire pour vous.
- Consultez votre médecin ou podiatre immédiatement si vous détectez un problème!



#### 2. Protégez vos pieds – portez toujours des chaussures!

- Portez des chaussures qui s'ajustent bien, qui soutiennent vos pieds et qui ne sont pas trop étroites. Ne portez pas de chaussures qui causent des zones rougies ou douloureuses.
- Consultez un spécialiste pour obtenir des conseils sur les chaussures si vous avez un pied à haut risque.



#### 3. Gardez votre peau propre et douce

- Lavez vos pieds régulièrement, mais ne les laissez pas tremper. Séchez-vous bien entre les orteils. Vérifiez la température de l'eau avant de tremper vos pieds.
- Utilisez des crèmes non parfumées. N'appliquez pas de crème entre les orteils.



#### 4. Ne vous blessez pas avec les coupe-ongles ou les rasoirs

- Coupez vos ongles d'orteils bien droits. Demandez de l'aide pour le faire, si nécessaire.
- Ne coupez pas les callosités. Allez à une clinique de soins des pieds dans votre région. Plusieurs de ces cliniques sont défrayées par l'assurance-santé de l'Ontario.



## Annexe I : Contenu à l'appui des données en matière de soins des pieds pour diabétiques

Contenu	ACD, 1998	ADA, 2002	ICSI, 2000	American Family Physicians, 1999
<b>Augmentation de la sensibilisation au risque</b>				
Tous les patients doivent être éduqués sur le risque et la prévention des problèmes liés aux pieds Surveillance pour la détection précoce de problèmes		X	X	
<b>Surveillance pour la détection précoce de problèmes</b>				
Examiner les pieds quotidiennement – s'ils sont à haut risque (HR)	X – et après le sport	X (HR)	X	X
– demander de l'aide au besoin		X (HR)		
– détecter les rougeurs, la sécheresse, les craquelures et les callosités			X – détecter également les bleus, les saignements et les problèmes liés aux ongles	X – signaler les enflures et les infections (autres symptômes) au médecin
– utiliser les premiers soins appropriés : laver doucement les coupures, les écorchures et les ampoules avec de l'eau et du savon. – Ne pas ouvrir l'ampoule.				X – utiliser une crème antibiotique plusieurs fois par jour
Demander de l'aide professionnelle aussitôt que possible :	X – en cas d'ulcères – traiter toute infection énergiquement		X – demander immédiatement de l'aide en cas de nouveaux problèmes liés aux pieds	X – appeler le médecin si les coupures, les écorchures ou les ampoules ne guérissent pas après quelques jours

(HR) = Haut risque (FR) = Faible risque

## probantes pour l'éducation

ues

	DES Group of European Associations, 1995	Apelqvist et al., 2000	New Zealand Guidelines Group, 2000	Pinzur, et al., 1999	Zangaro, 1999
	– les problèmes liés aux soins des pieds sont évitables	X – reconnaître les problèmes potentiels liés aux pieds et prendre les mesures nécessaires	X – Type 1 après cinq ans; Type 2 au diagnostic		X
	X	X (HR) – y compris entre les orteils	X	X (HR)	
	X – si l'opération est difficile, utiliser un miroir ou demander l'aide d'un ami	X	X – avec un miroir ou l'aide d'un ami		X – utiliser un miroir pour voir la plante des pieds
	– cors, infections, changements de couleur		– s'il y a des champignons entre les orteils, sécher et appliquer une crème antifongique		
	X – signaler les changements de la peau au médecin – en cas de doute, consulter le médecin	X – aviser immédiatement le professionnel de la santé de la présence d'ampoules, de coupures, d'écorchures ou de douleur	X – signaler les signes d'infection ou les autres problèmes aussitôt que possible		

## Réduction des complications des plaies du pied chez les diabétiques

Contenu	ACD, 1998	ADA, 2002	ICSI, 2000	American Family Physicians, 1999
Demander au médecin (professionnel de la santé) d'examiner les pieds à toute visite, au moins une fois par an				X
<b>Bons soins des pieds, y compris la peau et les ongles</b>				
– gardez les pieds propres		X	X	
– utiliser de l'eau tiède, et non pas de l'eau chaude				X – ne pas utiliser de coussins chauffants ou de dispositifs de massage
– ne pas laisser tremper (pendant plus de 10 minutes) sauf sur indication du professionnel de la santé			X	X
– bien sécher, y compris entre les orteils			X	X – utiliser une serviette douce, sécher gentiment sans frotter
– utiliser une crème ou une lotion hydratante pour les zones sèches, mais non pas entre les orteils				– garder les pieds doux, surtout les talons – utiliser une crème ou une lotion à base de lanoline
<b>Éviter les traumatismes!</b>				
– choisir des chaussures appropriées : chaussures et chaussettes confortables et bien adaptées	X – pour faire de l'exercice – utiliser des dispositifs de protection en faisant de l'exercice			X – non serrées

*Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers*

	DES Group of European Associations, 1995	Apelqvist et al., 2000	New Zealand Guidelines Group, 2000	Pinzur, et al., 1999	Zangaro, 1999
	X – mentionner au podiatre le fait que vous êtes diabétique	X	X – fait partie du contrat entre professionnel de la santé et le client	X	X
		– « régulièrement »	– si la peau est sèche ou gercée	X	X
	X – éviter les températures extrêmes	X – toujours en dessous de 37°C	X – tester – ne pas utiliser de coussins chauffants ou de bouillottes		X – éviter les températures extrêmes – vérifier la température de l'eau du bain
	– garder les pieds propres et secs	X		X	X
	– si la peau est très sèche – utiliser quotidiennement des crèmes neutres	X – huiles ou crèmes lubrifiantes	X	X – éviter la sécheresse – huile, lotion, crème à base de lanoline	X – ne pas utiliser d'alcool
	X – pieds doux		X – en cas d'onglons ou de callosités		X – à l'achat de chaussures, se mettre debout, porter des chaussettes et mesurer les deux pieds

## Réduction des complications des plaies du pied chez les diabétiques

Contenu	ACD, 1998	ADA, 2002	ICSI, 2000	American Family Physicians, 1999
<p>Catégorie de risque = 0 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– chaussures normales. Éviter les chaussures serrées à l'avant-pied, au bout ou au cou-de-pied</li> <li>– chaussures lacées recommandées</li> </ul>		<p>X</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– les pieds à faible risque (FR) peuvent profiter des conseils</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>– considérer le port de chaussures spéciales dans le cas de déformation du pied ou de sensibilité affaiblie</li> </ul>				<p>X</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– pas de sandales, de hauts talons ou de chaussures à bout ouvert ou pointu</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– casser les chaussures neuves graduellement (pour minimiser la formation d'ampoules ou d'ulcères)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– conseil à l'intention des personnes qui souffrent de neuropathie</li> </ul>		<p>X</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– pas plus d'une heure par jour, pendant plusieurs jours</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– vérifier les chaussures quotidiennement (avant de les mettre) pour détecter des objets qui peuvent être tombés à l'intérieur, l'usure excessive ou les zones qui peuvent causer de l'irritation</li> </ul>			<p>X</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– chercher les objets, tels que le gravier ou les doublures déchirées, qui pourraient froter sur le pied ou causer des blessures</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– ne pas marcher pieds nus (surtout si la sensation dans les pieds est affaiblie)</li> </ul>			<p>X</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– tous les patients</li> </ul>	<p>X</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– tous les patients</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– couper les ongles d'orteils bien droits</li> <li>– limer les ongles pour éliminer tout bord aigu</li> <li>– si les ongles sont durs et difficiles à couper, consulter un spécialiste de soins des ongles formé aux soins du diabète</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>– éviter les blessures causées par les coupe-ongles</li> </ul>	<p>X</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– pour prévenir les ongles d'orteils incarnés</li> </ul>



## *Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers*

	DES Group of European Associations, 1995	Apelqvist et al., 2000	New Zealand Guidelines Group, 2000	Pinzur, et al., 1999	Zangaro, 1999
				X	– chaussures lacées recommandées
					X – pas de chaussure ouverte ou à lanière
					X – ne pas porter de chaussures pendant plus de six heures
		– vérifier et palper			– cailloux ou chaussettes retroussées
	X – conseils appropriés à tout le monde	X – à l'intérieur ou à l'extérieur	X – ou en chaussettes, à l'intérieur ou à l'extérieur	X	X – à l'intérieur ou à l'extérieur – éviter les brûlures et les coups de soleil
	– limer les ongles au lieu de les couper	X – ne pas se soigner les pieds (ongles) en cas de déficience visuelle	– couper suivant la forme des orteils – limer les ongles pour éliminer les bords aigus		– utiliser des coupe-ongles et non pas des ciseaux ou des lames de rasoir – pas trop courts

## Réduction des complications des plaies du pied chez les diabétiques

Contenu	ACD, 1998	ADA, 2002	ICSI, 2000	American Family Physicians, 1999
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ne pas couper les cors ou les callosités</li> <li>- consulter un professionnel de la santé formé aux soins du diabète</li> <li>- les personnes dont les pieds sont « à risque » devraient recevoir un traitement podiatrique (préventif) régulier</li> </ul>			X	X - ne pas utiliser un instrument autre que le coupe-ongles sans l'avis du médecin
- ne pas fumer!				X

(HR) = Haut risque (FR) = Faible risque

## *Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers*

	DES Group of European Associations, 1995	Apelqvist et al., 2000	New Zealand Guidelines Group, 2000	Pinzur, et al., 1999	Zangaro, 1999
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ne pas utiliser d'instruments tranchants sur les pieds</li> <li>- pas de lotions ou de remèdes contre les cors forts et astringents</li> </ul>	<p>X</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- demander l'aide d'un professionnel de la santé</li> <li>- ne jamais utiliser d'agents chimiques ou d'emplâtres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- limer les callosités dures à l'aide d'une ponce</li> <li>- appliquer une crème ou une lotion hydratante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ne pas utiliser de médicaments pour enlever les cors et les callosités</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lisser à l'aide d'une ponce</li> <li>- ne pas utiliser des remèdes en vente libre sur les pieds</li> </ul>
	X		X		

## Annexe J : Ressources pour l'éducation en matière de diabète chez les adultes

Les ressources suivantes à l'intention des infirmières ont pour but d'appuyer les approches d'apprentissage aux adultes, avec une attention particulière à l'éducation relative au diabète. Ces ressources sont citées seulement à titre d'exemples et ne sont pas exhaustives.

### Livres et articles de journaux :

Belton, A. et Simpson, N. (2003). *The how to of patient education : A guide and workbook*. Toronto : Belton et Associates.

Knowles, M., Holton, E. et Swanson, R. (1998). *The adult learner : The definitive classic in adult education and human resource development*. 5e éd. Houston : Elsevier Science et Technology.

Norris, S., Engelgau, M. et Narayan, K. (2001). Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes : A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care*, 24 (3), 561-587.

Walker, A. E. (1999). Characteristics of the adult learner. *The Diabetes Educator*, 25 (6), 16-24.

### Sites Web :

American Association of Diabetes Educators

<http://www.aadenet.org>

L'American Association of Diabetes Educators est un organisme professionnel pluridisciplinaire. Elle regroupe des experts qui se consacrent à la promotion de la pratique en éducation pour l'autogestion du diabète et en soins du diabète comme faisant partie intégrante des soins de santé pour les diabétiques et de la gestion du mode de vie visant à prévenir le diabète.

Association canadienne du diabète – Diabetes Educator Section

[http://www.diabetes.ca/Section\\_Professionals/desindex.asp](http://www.diabetes.ca/Section_Professionals/desindex.asp)

La Diabetes Educator Section (DES), section professionnelle pluridisciplinaire de l'Association canadienne du diabète, vise l'excellence en éducation sur le diabète à travers l'éducation, les services, l'appui et la recherche liés aux éducateurs spécialisés en diabète et à l'éducation sur le diabète.

## *Annexe K : Éducation et ressources relatives aux soins en matière de diabète*

Les renseignements sur le diabète peuvent être disponibles sous différentes formes, selon vos ressources locales. Le meilleur moyen d'identifier les ressources disponibles dans votre communauté serait de communiquer avec le bureau national de l'Association canadienne du diabète au numéro suivant :

**1 800 BANTING (226-8464)**  
ou en visitant le site Web suivant : [www.diabetes.ca](http://www.diabetes.ca)

75

Ce bureau possède un répertoire national et pourra vous fournir des renseignements propres à votre communauté. Communiquez ensuite avec votre section locale de l'Association canadienne du diabète pour connaître les ressources disponibles pour l'éducation et les soins liés au diabète, ainsi que les groupes de soutien. Il peut s'agir d'un hôpital, d'un centre de santé communautaire ou d'une agence communautaire de visite à domicile. Communiquez avec l'un de ces organismes pour obtenir une liste de références potentielles pour l'éducation et les soins des pieds spécialisés en matière de diabète.

Bureau national, Association canadienne du diabète : 1 800 BANTING (226-8464) ou [www.diabetes.ca](http://www.diabetes.ca)

**Section locale de l'Association canadienne du diabète** (entrez les numéros de votre région ci-dessous)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

**Ressources locales pour l'éducation sur le diabète.**

**Pour les ressources situées dans le Nord de l'Ontario, allez directement à l'adresse suivante :**

[www.ndhn.com](http://www.ndhn.com) (entrez les numéros de votre région ci-dessous)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**Spécialistes locaux des soins des pieds** (entrez les numéros de votre région ci-dessous)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

### Ressources sur l'Internet – éducation :

[www.diabetesontario.org](http://www.diabetesontario.org)

Le site Web provincial *Diabetes Ontario* (offert par le Réseau-Santé du Diabète du Nord, un organisme sans but lucratif financé par le gouvernement) est une ressource pour les personnes diabétiques de la province. La section *Registry of Programs* offre des renseignements importants sur les programmes de gestion et d'éducation en matière de diabète financés ou financièrement appuyés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, et ce en fournissant des détails sur les services offerts par chaque programme et sur la façon d'y accéder. On espère que le *Registry of Programs* permettra aux personnes atteintes de diabète d'accéder facilement aux services d'éducation et de gestion en matière de diabète les plus proches de leur domicile.

Diabetes Ontario est également une ressource professionnelle pour les éducateurs spécialisés en diabète et les autres membres de l'équipe de la province, et ce en leur facilitant l'accès à des renseignements comme des bulletins d'information, un carrefour de ressources, un répertoire d'éducateurs et des offres d'emploi. Ces occasions exceptionnelles de perfectionnement professionnel aideront les éducateurs spécialisés en diabète à fournir les meilleurs soins possibles à leurs clients dans toute la province de l'Ontario.

## *Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers*

[www.canadian-health-network.ca](http://www.canadian-health-network.ca)

Le Réseau canadien de la santé est un service d'information sur la santé. Il s'agit d'un réseau national à but non lucratif, offrant des renseignements bilingues sur le Web. Le but du Réseau canadien de la santé est d'aider les Canadiens à trouver l'information qu'ils cherchent sur la façon de rester en bonne santé et de prévenir les maladies. Cela est possible grâce à une collaboration exceptionnelle – l'un des réseaux les plus dynamiques et complets au monde. Ce réseau de fournisseurs de renseignements sur la santé englobe Santé Canada et des organismes nationaux, provinciaux et territoriaux à but non lucratif, ainsi que des universités, des hôpitaux, des bibliothèques et des organismes communautaires.

[www.ndep.nih.gov](http://www.ndep.nih.gov)

Le *National Diabetes Education Program* (NDEP) est un partenariat des *National Institutes of Health*, des *Centers for Disease Control and Prevention* et de plus de 200 organismes publics et privés. Ce site fournit des liens vers : des renseignements sur le diabète, des programmes et des campagnes de sensibilisation (y compris la campagne *Feet Can Last a Lifetime*) et des moyens d'amélioration des soins du diabète.

## Annexe L : Documentation des interventions en soins infirmiers

La documentation devrait être conçue de façon à faciliter l'enregistrement de l'évaluation infirmière, de l'éducation des clients et des consultations effectuées.

### Évaluation du risque lié aux pieds

Prendre en considération les formulaires de documentation qui encouragent l'évaluation des cinq facteurs de risque identifiés dans cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires :

- Antécédents d'ulcères aux pieds;
- Perte de la sensation de protection;
- Anomalies structurelles et biomécaniques;
- Mauvaise circulation dans les membres inférieurs;
- Manque d'éducation et de connaissances en matière de soins des pieds ou lacunes en matière de soins personnels.

Le Guide d'évaluation des pieds et de détection des risques liés au diabète (annexe D) inclus dans ce document peut être utilisé à cette fin, ou ces éléments pourraient être inclus dans les formulaires des antécédents ou de l'évaluation infirmiers utilisés actuellement par un établissement.

### Éducation des clients

L'éducation de base en soins des pieds pour les personnes atteintes de diabète devrait comprendre les éléments clés suivants : les sujets traités, la réaction du client à l'enseignement et, le cas échéant, le plan du suivi en éducation, qui devraient être documentés dans le dossier de santé du client.

#### Mesures de vérification quotidienne des pieds et constatations importantes

- Soins quotidiens de la peau, y compris les bains, sans laisser tremper les pieds, ainsi que le choix et l'utilisation d'une lotion dans le cas des peaux sèches.
- Soins des ongles, y compris la coupe des ongles
- Choix de chaussures bien adaptées
- Prévention des blessures, y compris les risques potentiels liés à la marche pieds nus, la vérification de la température de l'eau du bain avant d'entrer dans le bain et la vérification des chaussures pour détecter les corps étrangers et les zones dures.

### Recommandations

La documentation devrait faciliter l'enregistrement des recommandations faites aux clients ou à leur famille en ce qui concerne l'évaluation de suivi, le traitement ou l'éducation en soins personnels.



## *Annexe M : Description de la Trousse*

La mise en place réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires repose sur une planification, des ressources, ainsi qu'un soutien organisationnel et administratif adéquats, en plus d'une facilitation opportune. À cet égard, la RNAO, par l'intermédiaire d'un groupe d'infirmières, de chercheurs et d'administrateurs, a préparé une *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique*, basée sur les données probantes disponibles, les perspectives théoriques et le consensus. On recommande d'utiliser la *Trousse* comme guide de la mise en place de toute ligne directrice pour la pratique clinique au sein d'un établissement de santé.

La *Trousse* donne des instructions par étapes aux individus et aux groupes de personnes chargés de la planification, de la coordination et de la facilitation de la mise en place des lignes directrices. Plus spécifiquement, la *Trousse* aborde les étapes essentielles suivantes :

1. Trouver une ligne directrice bien élaborée et basée sur des données probantes.
2. Identifier, évaluer et impliquer les parties prenantes.
3. Évaluer le niveau de préparation de l'établissement pour la mise en place de la ligne directrice.
4. Définir et planifier des méthodes de mise en place basées sur les données probantes.
5. Évaluer la planification et la mise en place.
6. Déterminer et assurer les ressources nécessaires à la mise en place.

Une mise en place de lignes directrices dans la pratique qui amène des changements fructueux dans la pratique professionnelle et des répercussions cliniques positives constitue une entreprise complexe. La *Trousse* est l'une des ressources essentielles à la gestion de ce processus.

La *Trousse* est disponible auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). Elle est offerte en format relié à prix modique et elle est offerte gratuitement sur le site Web de la RNAO. Pour obtenir plus de renseignements ou un formulaire de commande ou pour télécharger la *Trousse*, consultez le site de la RNAO à l'adresse suivante : [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices).

## *Remarques*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





Mars 2004

# *Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers*

## *Réduction des complications des plaies du pied chez les diabétiques*



*Ce projet est financé par le ministère de la Santé  
et des Soins longue durée de l'Ontario*

*La traduction française de ce document a  
été réalisée grâce au soutien de Santé Canada.*



Registered Nurses  
Association  
of Ontario

L'Association des infirmières  
et infirmiers autorisés de  
l'Ontario