

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires

OCTOBRE 2024

Plaies du pied causées par le diabète : Prévention, évaluation et prise en charge

Troisième édition



Avis de non-responsabilité

Ces lignes directrices ne sont pas obligatoires pour le personnel infirmier, les autres prestataires de santé ou les organismes qui les emploient. Leur utilisation doit être souple afin de s'adapter aux besoins individuels et aux situations locales. 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 l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans cette ligne directrice, 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.

Droit d'auteur

À l'exception des parties de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière de copie est indiquée, le document peut être reproduit et publié entièrement, sans modifications, sous toute forme, y compris dans le format électronique, à des fins éducatives et non commerciales. Si une adaptation du document est requise pour une raison quelconque, le consentement écrit de l'AIIAO doit être obtenu. La citation ou la référence suivante doit apparaître sur toutes les parties du document reproduites :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Plaies du pied causées par le diabète : Prévention, évaluation et prise en charge. 3^e éd. Toronto (ON) : AIIAO, 2024.

Financement

La réalisation de ce document a été financée par le gouvernement de l'Ontario. Tout le travail produit par l'AIIAO est indépendant des sources de financement sur le plan éditorial.

Déclaration de conflit d'intérêts

Dans le contexte de l'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO, le terme « conflit d'intérêts » (CI) fait référence aux situations dans lesquelles les relations financières, professionnelles, intellectuelles, personnelles, organisationnelles ou autres d'un membre du personnel de l'AIIAO ou d'un membre du groupe d'experts peuvent compromettre sa capacité à mener des travaux de groupe de façon indépendante. Avant de participer aux travaux d'élaboration des lignes directrices, tous les membres du groupe d'experts de l'AIIAO ont déclaré, au moyen d'un formulaire normalisé, les conflits d'intérêts qui pourraient être interprétés comme constituant un conflit perçu ou réel. Les membres du groupe d'experts ont également mis à jour leur déclaration de conflit d'intérêts au début de la réunion d'orientation, des réunions d'élaboration des recommandations et avant la publication de la ligne directrice. Tout conflit d'intérêts déclaré par un membre du groupe d'experts a été examiné par l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO ainsi que par les coprésidents du groupe d'experts. Aucun conflit limitant n'a été défini par les membres du groupe d'experts. Voir « Declaration of conflict of interest » sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

Reconnaissance des terres

Nous reconnaissons que le siège social de l'AIIAO est situé sur le territoire traditionnel et non cédé des Hurons-Wendats, des Haudenosaunee et sur le territoire des Mississaugas de la Première Nation de Credit. Ce territoire a fait l'objet du Pacte de la ceinture de wampum faisant référence au concept du « bol à une seule cuillère »; il s'agit d'une entente entre la Confédération iroquoise, les Ojibwés et les nations alliées pour partager pacifiquement les ressources autour des Grands Lacs et en prendre soin. Nous reconnaissons également que Toronto est couvert par le Traité 13 en vertu de l'entente d'Achat de Toronto conclu avec les Mississaugas de la Première Nation de Credit. Aujourd'hui, cette terre est toujours le foyer de nombreuses Premières Nations, d'Inuits et de Métis de toute l'île de la Tortue, et nous sommes reconnaissants d'avoir l'occasion de travailler sur ce territoire. En faisant une reconnaissance des terres, nous participons à un acte de réconciliation, en honorant la terre et le patrimoine autochtone qui remonte à plus de 10 000 ans. Nous vous encourageons à vous renseigner sur les terres sur lesquelles vous résidez et sur les traités qui y sont attachés. La reconnaissance des terres est un acte de réconciliation et nous devons tous y contribuer.

Coordonnées

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
500-4211, Yonge Street, Toronto (Ontario) M2P 2A9
Site Web : RNAO.ca/bpg



Plaies du pied causées par le diabète : Prévention, évaluation et prise en charge

Troisième édition

Un mot de Doris Grinspun, Directrice générale, 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 (AIIAO) vous présente la troisième édition de cette ligne directrice sur les pratiques cliniques exemplaires (LDPE), *Plaies du pied causées par le diabète : Prévention, évaluation et prise en charge*. Les pratiques professionnelles basées sur des données probantes vont de pair avec la qualité des services que les prestataires de santé offrent tous les jours.

Nous remercions chaleureusement les nombreux partenaires qui contribuent à concrétiser la LDPE. Tout d'abord, et surtout, nous remercions le gouvernement de l'Ontario d'avoir reconnu en 1999 la capacité de l'AIIAO à diriger un programme qui a acquis une reconnaissance mondiale et de s'être engagé à le financer. Nous remercions également les coprésidentes du groupe d'experts de l'AIIAO pour leur expertise

inestimable et leur intendance de la présente LDPE.

- Kevin Woo, inf. aut., ISPSC, WOCC(C), Ph. D., professeur, Faculté des sciences de la santé, École des sciences infirmières, Université Queen's
- Mariam Botros DCh, DE, IAWCC, M.Éd., directrice générale, Plaies Canada

Nous remercions le personnel de l'AIIAO, les IA Gladys Hui et Deborah Baiden (coresponsables de l'élaboration des lignes directrices), Glynis Gittens (coordonnatrice du projet d'élaboration de la ligne directrice), les IA Lyndsay Howitt et Amy Burt (gestionnaires principales, recherche et élaboration des lignes directrices) et le reste de l'équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO du travail considérable qu'ils ont accompli et du savoir-faire dont elles ont fait preuve dans la réalisation de cette LDPE. Nous remercions tout particulièrement le groupe d'experts d'avoir généreusement mis à disposition son temps, ses connaissances et ses points de vue pour produire une ressource significative et pertinente qui orientera la formation et la pratique de milliers de prestataires de santé. Sans vous, nous n'y serions pas arrivés.

Le succès de l'adoption généralisée des LDPE exige un effort concerté de la part des enseignants, des cliniciens, des employeurs, des décideurs politiques, des chercheurs et des bailleurs de fonds. Forts de leur engagement inébranlable et de leur quête d'excellence dans les soins aux patients, la communauté des soins infirmiers et de la santé fournit l'expertise et les innombrables heures de travail bénévole indispensables à l'élaboration des nouvelles et des prochaines éditions des LDPE. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme en devenant des organismes vedettes en pratiques exemplaires^{MD} (OVPE^{MD}), rejoignant ainsi plus de 1 500 institutions de service et établissements universitaires au Canada et à l'étranger, déterminés à mettre en œuvre les LDPE de l'AIIAO. Ils ont parrainé des champions des pratiques exemplaires, qui comptent aujourd'hui plus de 150 000 infirmières et infirmiers, autres professionnels de la santé et personnes ayant une expérience vécue – tous désireux de faire progresser les soins axés sur les besoins de la personne et fondés sur des données probantes. Les OVPE surveillent et évaluent également avec diligence l'incidence de la mise en œuvre de la LDPE sur les patients, les organisations et les résultats du système de santé.

Nous vous invitons à partager cette LDPE avec le personnel infirmier et tous les membres de l'équipe, les accompagnateurs de la clientèle et les conseillers dans les systèmes de santé plus larges au sein desquels vous travaillez. Nous avons tellement à apprendre les uns des autres. Ensemble, nous devons veiller à ce que le public ait accès aux meilleurs services de santé et de bien-être possible et qu'ils en bénéficient, toujours.

Doris Grinspun, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf., Ph. D., LLD (hon.), Dr(hc), DHC, FAAN, FACSI, O.ONT

Directrice générale et fondatrice du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Table des matières

Comment utiliser ce document	5	CONTEXTE
Objet et champ d'application	6	
Aperçu de la méthodologie : Énoncés de bonne pratique et recommandations.	9	
Résumé des recommandations et des énoncés de bonne pratique	11	
Interprétation des données probantes et énoncés de recommandation	13	
Évaluation de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires	17	
Contexte	24	
Principes directeurs	27	
Recommandations et énoncés de bonne pratique	31	RECOMMANDATIONS
Lacunes de la recherche et implications futures.	83	
Stratégies de mise en œuvre	84	
Annexe A : Glossaire	86	ANNEXES
Annexe B : Lignes directrices de l'AIIAO et ressources qui s'harmonisent avec la présente ligne directrice.	96	
Annexe C : Stratégies pour fournir des soins culturellement sécuritaires.	97	
Annexe D : Dépistage des pieds diabétiques en 60 secondes d'Inlow	104	
Annexe E : Le système de stratification des risques de l'IWGDF	106	
Annexe F : Exemple d'outil d'autodépistage	107	
Annexe G : Exemple d'aiguillage pour le triage de l'évaluation des risques du pied diabétique	113	
Annexe H : Exemples d'outils validés d'évaluation du pied diabétique	114	

Table des matières

ANNEXES	Annexe I : Images et comparaisons de différentes plaies chroniques.	115
	Annexe J : DFU-VIPS	117
	Annexe K : Dispositifs de décharge	118
	Annexe L : Énoncés relatifs à la formation	121
	Annexe M : Description de la Boîte à outils pour la conduite du changement.	126
REMERCIEMENTS	Équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO.	128
	Groupe d'experts sur les lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO	130
	Réviseurs externes	132
LETTRES D'APPUI ET DE RECOMMANDATION	Lettres d'appui et de recommandation	137
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	Références bibliographiques	140
NOTES	Notes	161

Comment utiliser ce document

Tout au long du présent document, les termes en caractères gras suivis de la lettre G (G) en exposant sont définis dans le **glossaire** à l'annexe A.

La présente **ligne directrice sur les pratiques exemplaires**^G (LDPE) est un document exhaustif qui fournit des conseils et des ressources pour la **pratique fondée sur les données probantes**^G. Il ne s'agit pas d'un manuel ou d'un guide pratique, mais plutôt d'une ressource sur les pratiques exemplaires visant à renforcer la capacité décisionnelle du **personnel infirmier**^G, de l'**équipe interprofessionnelle**^G, des enseignants, des **organisations de services de santé**^G, des établissements universitaires, ainsi que des **personnes**^G et de leurs **partenaires de soins**^G. La présente LDPE devrait être consultée et appliquée en fonction des besoins des organisations de services de santé, des établissements universitaires ou autres milieux de pratique individuels, ainsi que des préférences des personnes à risque ou vivant avec des **plaies du pied causées par le diabète**^G (PPD) et de leurs partenaires de soins. Le présent document contient des **recommandations**^G fondées sur des données probantes et des **énoncés de bonne pratique**^G, ainsi que et des descriptions : a) de la pratique et des politiques organisationnelles; b) des avantages et inconvénients; c) des valeurs et préférences; et d) des considérations relatives à l'équité en matière de santé.

Le personnel infirmier, les membres de l'équipe interprofessionnelle, les enseignants et les administrateurs qui dirigent et facilitent un processus de modification de pratique trouveront dans ce document de l'information très utile pour élaborer des politiques, des procédures, des protocoles et des programmes de formation à l'appui de la prestation de services. Le personnel infirmier et les membres de l'équipe interprofessionnelle qui sont spécialisés dans les soins directs tireront profit des recommandations et des données probantes sur lesquelles ces recommandations s'appuient.

Si votre organisation ou votre système de soins intégré adopte la présente LDPE, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) lui recommande de mettre sur pied des équipes de changement dont les responsabilités comprennent, sans s'y limiter, les éléments suivants :

1. Analyse des lacunes et des possibilités : évaluer vos politiques, procédures, protocoles et programmes éducatifs existants par rapport aux recommandations, aux énoncés de bonne pratique et aux discussions sur les données probantes contenues dans cette LDPE, et définir les points forts, les besoins ou les lacunes.
2. Prise en note des recommandations et des énoncés de bonne pratique applicables à votre contexte et pouvant être utilisés pour répondre aux besoins de votre ou vos organisations et pour combler des lacunes.
3. Élaboration d'un plan de mise en œuvre des recommandations et des énoncés de bonne pratique, maintien des bonnes pratiques et évaluation des **résultats**^G en appliquant le cadre d'action du mouvement social (1,2) ou le cadre d'application des connaissances (3).

Les ressources de la **science de la mise en œuvre**^G, y compris la Boîte à outils pour la conduite du changement, sont disponibles en ligne (4). Une description de la Boîte à outils pour la conduite du changement se trouve dans **l'annexe M**. Pour en savoir plus, voir **Stratégies de mise en œuvre** à la page 84.

Toutes les LDPE de l'AIIAO peuvent être téléchargées sans frais depuis le site Web de l'AIIAO à RNAO.ca/bpg. Pour trouver une ligne directrice en particulier, veuillez effectuer une recherche par mot clé ou par sujet. D'autres documents supplémentaires, tels que les profils de données probantes et les stratégies de recherche liées à chaque recommandation, se trouvent sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

Nous aimerions connaître votre avis sur cette LDPE et en apprendre davantage sur la façon dont vous l'avez mise en œuvre. Veuillez nous faire part de votre histoire à RNAO.ca/contact.

Le parcours des LDPE de l'AIIAO, qui s'étend sur deux décennies, est documenté dans la ressource suivante : Grinspun D, Bajnok I, éditeurs. Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation. Indianapolis (Indiana) : Sigma Theta Tau International; 2018.

Objet et champ d'application

Objet

Les LDPE de l'AIIAO sont des documents systématiquement élaborés et fondés sur des données probantes qui comprennent des recommandations sur des sujets précis liés au domaine clinique, aux environnements de travail sains et au système de santé. Elles s'adressent au personnel infirmier, aux membres de l'équipe interprofessionnelle qui occupent des postes de soins directs, aux enseignants, aux administrateurs et aux cadres, aux décideurs politiques et aux chercheurs travaillant dans des organisations de services de santé et universitaires. Nous encourageons les **personnes ayant une expérience vécue^G** et leurs partenaires de soins à se familiariser avec la LDPE afin de faciliter leur participation à la prise de décisions fondées sur des données probantes concernant leurs soins. Les LDPE favorisent l'uniformité et l'excellence des soins cliniques, des politiques administratives, des procédures et de l'éducation, dans le but d'obtenir des résultats de santé optimaux pour les personnes, les communautés et le système de santé dans son ensemble. L'AIIAO vise à respecter les normes internationales de déclaration des lignes directrices sur la pratique clinique, y compris les normes décrites dans l'instrument Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE II) et la déclaration RIGHT (Reporting Items for practice Guidelines in Healthcare) (5,6).

La présente LDPE remplace deux LDPE de l'AIIAO : *Réduction des complications des plaies du pied chez les diabétiques* (7) publiée en 2007 et *Évaluation et traitement des plaies du pied chez les personnes atteintes de diabète* (8) publiée en 2013. Ces LDPE ont été fusionnés en raison du chevauchement des concepts cliniques. De plus, les **organismes vedettes en pratiques exemplaires^{MD} (OVPE^{MD})^G** de l'AIIAO ont indiqué que la fusion des deux éditions précédentes simplifierait la mise en œuvre et l'évaluation des LDPE.

L'objectif de cette troisième édition de la ligne directrice est de fournir au personnel infirmier et aux membres de l'équipe interprofessionnelle, aux personnes à risque ou vivant avec une PPD et à leurs partenaires de soins des recommandations fondées sur des données probantes sur la prévention, l'évaluation et la prise en charge des PPD. Cette LDPE reconnaît que les personnes à risque ou vivant avec une PPD et leurs partenaires de soins sont des experts en matière de santé et de prise de décisions; la collaboration entre l'équipe interprofessionnelle, la personne recevant des soins et ses partenaires de soins est donc essentielle pour obtenir de meilleurs résultats de santé.

En avril 2022, l'AIIAO a convoqué un groupe d'experts pour déterminer l'objet et le champ d'application de la troisième édition de cette LDPE et élaborer des **questions de recommandation^G** dans le but de guider les **examens systématiques^G**. Le groupe d'experts interprofessionnels comprenait une personne ayant une expérience vécue et des personnes ayant des connaissances et de l'expérience dans tous les domaines d'exercice : administration, clinique, éducation, recherche et politiques dans un éventail d'organisations de services de santé et d'établissements universitaires. Elles ont partagé leurs points de vue sur le soutien et les soins aux personnes à risque ou vivant avec des PPD dans tout le continuum de soins (p. ex., soins primaires, soins à domicile et communautaires, soins actifs, réadaptation et soins de longue durée [SLD]).

L'équipe d'élaboration et de recherche des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et le groupe d'experts de l'AIIAO ont effectué un examen et une analyse exhaustifs afin de déterminer le champ d'application et les questions de recommandation prioritaires pour cette LDPE (voir les documents supplémentaires sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE).

Champ d'application

Pour déterminer le champ d'application de la présente LDPE, l'équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO a suivi les étapes suivantes :

- revue des LDPE précédentes de l'AIIAO : *Réduction des complications des plaies du pied chez les diabétiques* (7) et *Évaluation et traitement des plaies du pied chez les personnes atteintes de diabète* (8);

- analyse environnementale des lignes directrices et des normes existantes portant sur ce sujet;
- examen de la littérature afin de déterminer les données probantes disponibles sur les stratégies de prévention et de prise en charge pour soutenir les membres de l'équipe interprofessionnelle qui s'occupent des personnes à risque ou vivant avec des PPD;
- réalisation de 15 entretiens avec des répondants clés provenant de **prestataires de santé**^G, des enseignants et des chercheurs;
- tenue de deux groupes de discussion avec des prestataires de santé;
- consultation du groupe d'experts.

La présente LDPE doit être utilisée par le personnel infirmier et les membres de l'équipe interprofessionnelle dans l'ensemble du continuum de soins de santé et dans tous les domaines d'exercice qui soutiennent les adultes à risque ou vivant avec des PPD (c.-à-d. âgés de plus de 18 ans) et leurs partenaires de soins. Elle doit également être utilisée par les employeurs, y compris les organisations de services de santé et les établissements universitaires.

Sujets ne relevant pas du champ d'application de la présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires

Les populations et les sujets suivants ne sont pas couverts par la présente LDPE :

- personnes de moins de 18 ans
- prescription de traitements
- traitements d'appoint ou de rechange

Concepts clés de la présente ligne directrice

Partenaire de soins : Un partenaire de soins apporte un soutien physique, psychologique et émotionnel, selon les besoins de la personne recevant des soins. Ces soins peuvent inclure le soutien à la prise de décisions, la coordination des soins et la continuité des soins. Les partenaires de soins peuvent inclure des membres de la famille, des amis proches ou d'autres aidants et sont identifiés par la personne ou son mandataire spécial (9).

Plaie du pied causée par le diabète (PPD) : Plaie de pied chez une personne atteinte de diabète sucré actuel ou déjà diagnostiqué, et habituellement accompagné d'une **neuropathie périphérique**^G ou d'une **maladie artérielle périphérique**^G dans le membre inférieur (10).

Plaie de pied : Une rupture de la peau du pied qui touche au minimum l'épiderme et une partie du derme (10).

Prestataire de santé : S'entend à la fois des travailleurs réglementés (p. ex., le personnel infirmier, les médecins, les podologues, les **podiatres**^G, les physiothérapeutes et les diététistes) et des travailleurs non réglementés (p. ex., les préposés aux services de soutien à la personne) qui font partie de l'équipe interprofessionnelle.

Prestataire de santé réglementé : En Ontario, la *Loi de 1991 sur les professionnels de la santé réglementés* (LPSR) fournit un cadre de réglementation de 26 professions de la santé, décrivant le champ d'exercice et les actes autorisés propres à chaque profession que chaque professionnel réglementé est autorisé à accomplir lorsqu'il fournit des soins et des services de santé (11).

Prestataire de santé non réglementé : Les prestataires de santé non réglementés assurent diverses fonctions dans des domaines qui ne sont pas assujettis à la LPSR. Ils sont tenus de rendre compte à leur employeur, mais non à une organisation de réglementation professionnelle (par exemple, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario). Les prestataires de santé non réglementés jouent les rôles et exécutent les tâches déterminées par leur employeur. Les prestataires de santé non réglementés n'ont la permission d'accomplir un acte autorisé, tel que défini dans la LPSR, que s'il figure parmi les exemptions établies dans la Loi (12).

Personne : Personne avec qui un prestataire de santé a établi une relation thérapeutique dans le but de s'associer pour la santé. Remplace les termes « patient », « client » et « résident » utilisés dans l'ensemble des organismes de services de santé (13).

Prestataire de santé spécialisé : Dans la présente LDPE, un prestataire de santé spécialisé désigne une personne instruite, formée et compétente en matière d'évaluation, de prévention et de traitement avancés des membres inférieurs (par exemple, une infirmière spécialisée en soins avancés des pieds titulaire d'un certificat du cours interprofessionnel international en soins des plaies [IIWCC] ou d'un certificat d'infirmière spécialisée en plaies, stomies et continence [ISPSC], ou d'autres certificats officiellement reconnus dans le pays, ou encore un podologue ou un podiatre).

Équipe spécialisée dans le soin des plaies : Dans la présente LDPE, une équipe composée d'au moins deux prestataires de santé d'horizons professionnels différents qui possèdent les compétences et le champ d'exercice requis pour prendre soin des personnes à risque ou vivant avec des PPD (en fonction des niveaux de risque de la personne; voir l'Énoncé de bonne pratique 1.0 et Recommandation 3.0).

Aperçu de la méthodologie : Énoncés de bonne pratique et recommandations

Énoncés de bonne pratique et recommandations

Ce guide comprend à la fois des énoncés de bonne pratique et des recommandations graduées. Les LDPE de l'AIIAO sont élaborées en utilisant les méthodes **GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)**^G. Pour en savoir plus sur le processus d'élaboration de la ligne directrice, y compris l'utilisation des méthodes GRADE et des profils de données probantes, veuillez consulter les documents supplémentaires sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

Énoncés de bonne pratique

Les énoncés de bonne pratique sont des énoncés exploitables qui devraient être mis en pratique (14). Ces déclarations sont considérées comme tellement bénéfiques qu'un résumé des données probantes serait une mauvaise utilisation du temps et des ressources du groupe d'experts (14). En outre, il se peut que les chercheurs ne mènent plus d'études sur le sujet, que l'alternative à l'action soit contraire à l'éthique ou que leur étude aille à l'encontre des droits de la personne (14,15). Étant donné le degré élevé de certitude que les avantages découlant de l'énoncé de bonne pratique l'emportent sur les inconvénients, ils ne sont pas fondés sur un examen systématique des données probantes. Ils ne reçoivent pas non plus d'évaluation de la certitude de leurs données probantes ou de leur force (c'est-à-dire une évaluation conditionnelle ou forte, qui est examinée plus en détail ci-dessous) (16). Cela ne diminue pas la certitude des données probantes : bien qu'elles puissent être étayées par des données probantes indirectes, il existe une justification claire et explicite bien documentée reliant les données probantes indirectes à l'énoncé (14). En tant que tels, les énoncés de bonne pratique doivent être interprétés comme des recommandations fortes, car ils reposent sur l'hypothèse sous-jacente d'une grande certitude quant aux avantages de la mise en œuvre de l'action (14). Il est important de noter que les énoncés de bonne pratique ne sont pas formulés en raison d'un manque de données probantes et qu'ils ne sont pas non plus basés sur l'avis d'un expert.

Recommandations graduées

Les recommandations graduées sont également des énoncés exploitables pouvant donner lieu à une action; cependant, les énoncés des recommandations sont formés sur la base d'un lien direct ou indirect avec un ensemble de données probantes trouvées par le biais du processus d'examen systématique (15). Les recommandations sont formulées comme fortes ou conditionnelles en tenant compte de la certitude des données probantes, des valeurs et des préférences des personnes concernées par la recommandation, et de l'équité en matière de santé (voir **Interprétation des données probantes et énoncés de recommandation** à la page 13). Le groupe d'experts formule des recommandations à l'aide des **cadres de prise de décisions fondées sur les preuves (cadres EtD)**^G, par l'entremise d'un processus de consensus informel facilité par l'équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO. Étant donné que les recommandations sont explicitement liées à l'ensemble de preuves, on parvient généralement à un accord (17). S'il n'est pas possible de s'entendre, des méthodes de vote officielles sont utilisées pour déterminer l'action et la force des recommandations (17,18).

Bien que les énoncés de bonne pratique et les recommandations soient élaborés différemment, ils fournissent tous les deux des conseils détaillés sur une action/intervention qui devrait (ou ne devrait pas) être réalisée (15). Par conséquent, les énoncés de bonne pratique et les recommandations devraient suivre le même processus de mise en œuvre (voir **Stratégies de mise en œuvre** à la page 84).

Questions de recommandation

Les questions de recommandation portent sur des domaines prioritaires en matière d'exercice, tels que définis par le groupe d'experts. Pour répondre à ces questions, il faut procéder à un examen systématique des données. Elles éclairent les **questions de recherche sur la PICR^G** (population, intervention, comparaison et résultats) qui orientent les examens systématiques et, par la suite, les recommandations. Les résultats potentiels font l'objet d'un remue-ménages et sont classés par ordre de priorité par le groupe d'experts pour chaque question de recommandation, et un examen systématique individuelle est réalisée pour chaque question, conformément aux méthodes GRADE (19).

Voici les questions de recommandation prioritaires et les résultats élaborés par le groupe d'experts de l'AIIAO qui ont orienté l'élaboration des recommandations de la présente LDPE. Les résultats sont présentés selon l'ordre d'importance établi par le groupe d'experts.

- **Question de recommandation n° 1 :** Des **stratégies de mobilisation des personnes^G** devraient-elles être recommandées ou non pour les prestataires de santé qui offrent un soutien à l'**autogestion^G** pour les soins du pied pour personnes diabétiques (p. ex., entrevue motivationnelle, thérapie cognitivo-comportementale ou autres interventions psychosociales)?
Résultats : Satisfaction de la personne, **autoefficacité^G**, observance par la personne, **apparition ou récurrence des PPD^G** et taux d'**amputation^G**.
- **Question de recommandation n° 2 :** L'**autodépistage^G** pour l'évaluation du risque de PPD devrait-il être recommandé ou non pour les personnes à risque ou vivant avec des PPD et leurs partenaires de soins?
Résultats : Taux de dépistage, satisfaction de la personne, apparition ou récurrence des PPD, dépistage de la neuropathie et taux d'amputation.
- **Question de recommandation n° 3 :** Le soutien d'une **équipe spécialisée dans le soin des plaies^G** devrait-il être recommandé ou non pour les personnes à risque ou vivant avec des PPD?
Résultats : apparition ou récurrence des PPD, taux d'amputation, taux de guérison des PPD, satisfaction de la personne et taux de réadmission.
- **Question de recommandation n° 4 :** Les **soins virtuels^G** (p. ex., **télépratique^G**, **médias sociaux^G**) devraient-ils être recommandés ou non pour soutenir ou compléter (conjointement avec le service en personne) la prestation de services de soins du pied pour les personnes diabétiques?
Résultats : Auto-efficacité, taux de dépistage, satisfaction des prestataires, satisfaction de la personne, apparition ou récurrence des PPD et dépistage de la **neuropathie^G**.

Remarque : Ces questions de recommandation prioritaires sont des versions abrégées des questions de recherche sur la PICR que le groupe d'experts de l'AIIAO a formulées pour orienter les examens systématiques. Pour en savoir plus sur les questions de recherche sur la PICR et sur le processus détaillé par lequel le groupe d'experts de l'AIIAO a déterminé les questions de recommandation prioritaires et les résultats, consultez les documents supplémentaires sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

Aucune question de recommandation n'a été relevée portant sur les stratégies d'éducation et de formation de base requises pour les programmes d'études, ou sur la formation continue et le perfectionnement professionnel du personnel infirmier ou de l'équipe interprofessionnelle, afin de soutenir les adultes à risque ou vivant avec des PPD et leurs partenaires de soins. Veuillez consulter l'**annexe L** pour obtenir les énoncés relatifs à la formation que les enseignants, les gestionnaires, les administrateurs et les établissements d'enseignement et professionnels peuvent utiliser pour soutenir l'adoption de cette LDPE.

Résumé des recommandations et des énoncés de bonne pratique

La présente LDPE remplace et fusionne les LDPE suivantes de l'AIIAO : *Réduction des complications des plaies du pied chez les diabétiques* (7) et *Évaluation et traitement des plaies du pied chez les personnes atteintes de diabète* (8).

Un résumé de la façon dont les recommandations de la présente LDPE se comparent à celles des éditions précédentes est disponible sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

RECOMMANDATIONS ET ÉNONCÉS DE BONNE PRATIQUE	FORCE DE LA RECOMMANDATION
Évaluation	
<p>Énoncé de bonne pratique 1.0 :</p> <p>Il est de bonne pratique que les prestataires de santé effectuent un dépistage régulier des pieds chez les personnes atteintes de diabète en fonction de la stratification du risque.</p>	Sans objet*
Autogestion	
<p>Énoncé de bonne pratique 2.0 :</p> <p>Il est de bonne pratique que les prestataires de santé soutiennent et éduquent les personnes à risque ou vivant avec des plaies du pied causées par le diabète (et leurs partenaires de soins) sur l'autogestion, dont l'objectif est de prévenir et de gérer les plaies du pied.</p>	Sans objet*
<p>Recommandation 1.0 :</p> <p>Le groupe d'experts suggère que lorsqu'ils offrent un soutien à l'autogestion, les prestataires de santé utilisent des stratégies de mobilisation des personnes adaptées aux personnes à risque ou vivant avec des plaies du pied causées par le diabète et à leurs partenaires de soins.</p>	Conditionnelle
<p>Recommandation 2.0 :</p> <p>Le groupe d'experts suggère que les personnes ou leurs partenaires de soins effectuent un autodépistage pour prévenir et prendre en charge les plaies du pied causées par le diabète.</p>	Conditionnelle

RECOMMANDATIONS ET ÉNONCÉS DE BONNE PRATIQUE	FORCE DE LA RECOMMANDATION
Évaluation des plaies	
<p>Énoncé de bonne pratique 3.0 :</p> <p>Il est de bonne pratique que les prestataires de santé effectuent régulièrement une évaluation complète et cohérente de la plaie et documentent la présence et les caractéristiques d'une plaie du pied causée par le diabète.</p>	Sans objet*
Équipe spécialisée dans le soin des plaies	
<p>Recommandation 3.0 :</p> <p>Le groupe d'experts suggère que les organisations de services de santé mettent sur pied une équipe spécialisée dans le soin des plaies pour soutenir les personnes à risque ou vivant avec des plaies du pied causées par le diabète.</p>	Conditionnelle
Plan de soins et traitement	
<p>Énoncé de bonne pratique 4.0 :</p> <p>Il est de bonne pratique que les prestataires de santé mettent en œuvre un plan de soins avec la personne vivant avec une PPD et ses partenaires de soins qui comprend des options de prise en charge fondées sur des données probantes.</p>	Sans objet*
<p>Recommandation 4.0 :</p> <p>Le groupe d'experts suggère que les prestataires de santé utilisent des plateformes de soins virtuels en conjonction avec des services en personne pour compléter la prestation de services de soins du pied pour personnes diabétiques.</p>	Conditionnelle

* Les énoncés de bonne pratique sont des pratiques établies et solides. Aucune force ne leur est associée. Pour en savoir plus, consultez **Aperçu de la méthodologie**.

Interprétation des données probantes et énoncés de recommandation

GRADE fournit un cadre transparent et une approche systématique pour évaluer la certitude des données probantes et déterminer la force des recommandations (19).

Degré de certitude des données probantes

En **recherche quantitative**^G, le degré de certitude des données probantes (le niveau de confiance que nous avons dans la validité d'un effet escompté) est déterminé au moyen de la méthode GRADE (19). L'évaluation du degré de certitude des données probantes est effectuée après avoir fait la synthèse des données probantes relatives à chaque résultat prioritaire. Le degré général de certitude est établi en tenant compte du degré de certitude des données probantes relatives à tous les résultats prioritaires, par recommandation. La méthode GRADE permet de classer le degré global de certitude des données probantes selon s'il est *élevé*, *moyen*, *faible* ou *très faible* (voir le **tableau 1** pour la définition de ces catégories).

Tableau 1 : Degré de certitude des données probantes

DEGRÉ DE CERTITUDE DES DONNÉES PROBANTES	DÉFINITION
Élevé	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est élevé.
Moyen	Nous sommes modérément confiants dans l'estimation de l'effet : l'effet réel est susceptible d'être proche de l'estimation de l'effet, mais il est possible qu'il soit sensiblement différent.
Faible	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est faible, et nous envisageons la possibilité que l'effet réel s'écarte sensiblement de l'effet prévu.
Très faible	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est très faible et il est probable qu'il soit sensiblement différent.

Source : Reproduit avec la permission de : Schünemann HJ, Brozek J, Guyatt G, Oxman A, éditeurs. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [lieu inconnu : maison d'édition inconnue]; octobre 2013 [cité le 31 août 2018]. Table 5.1, Quality of evidence grades. Disponible à : <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html#h.9rdbelsnu4iy>.

Remarque : Le niveau de certitude attribué aux données probantes se trouve directement sous chaque énoncé de recommandation. Pour obtenir de plus amples renseignements sur le processus de détermination de la certitude des données probantes et les décisions documentées prises par les méthodologistes chargés de l'élaboration des lignes directrices de l'AIIAO, consultez les documents supplémentaires sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

Force des recommandations

Les recommandations peuvent être qualifiées de *fortes* ou *conditionnelles* selon le degré de *certitude des données probantes* et des critères clés suivants (voir les définitions dans la section **Discussion sur les données probantes**) :

- l'équilibre entre les avantages et les inconvénients;
- les valeurs et les préférences;
- l'équité en matière de santé.

Selon Schunemann et coll., « une recommandation forte indique que le groupe d'experts est convaincu que les effets désirables de l'intervention l'emportent sur les effets indésirables (recommandation forte *pour* l'intervention) ou que les effets indésirables d'une intervention l'emportent sur ses effets désirables (recommandation forte *contre* l'intervention) » (19). En revanche, « une recommandation conditionnelle indique que le groupe d'experts pense que les effets désirables l'emportent probablement sur les effets indésirables (recommandation conditionnelle pour l'intervention) ou que les effets indésirables l'emportent probablement sur les effets désirables (recommandation conditionnelle pour l'intervention), bien qu'il existe une certaine incertitude » (19). Le **tableau 2** décrit les implications des recommandations fortes et conditionnelles.

Lorsque le degré global de certitude des données probantes est élevé ou moyen, les membres du groupe d'experts peuvent être confiants des effets de l'intervention d'intérêt, qui soutiendront donc une recommandation forte. En outre, les membres du groupe d'experts doivent s'assurer que les avantages l'emportent sur les inconvénients et qu'il existe une confiance raisonnable et une variabilité limitée dans les valeurs et les préférences des personnes (20). Cependant, lorsque le degré global de certitude des données probantes est faible ou très faible, il existe une incertitude quant aux répercussions de l'intervention en question et les membres du groupe d'experts doivent s'attendre à des recommandations conditionnelles (20).

Tableau 2 : Implications des recommandations fortes et conditionnelles

IMPLICATIONS DES RECOMMANDATIONS FORTES ET CONDITIONNELLES		
GROUPES VISÉS	RECOMMANDATION FORTE	RECOMMANDATION CONDITIONNELLE
Pour les prestataires de santé	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les bénéfices d'une intervention recommandée l'emportent sur les inconvénients. Par conséquent, la recommandation peut être appliquée à la plupart des personnes. ■ Les valeurs et les préférences des personnes dans cette situation varient peu. ■ Il faut tenir compte de la situation, des préférences et des valeurs de la personne. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les bénéfices de la recommandation sont probablement plus importants que les inconvénients. Par conséquent, la recommandation peut être appliquée à la majorité des personnes. ■ Les valeurs et les préférences des personnes dans cette situation varient davantage, ou bien il y a une incertitude quant à leurs valeurs et préférences générales. ■ Il faut examiner plus attentivement que d'habitude la situation, les préférences et les valeurs de la personne.

IMPLICATIONS DES RECOMMANDATIONS FORTES ET CONDITIONNELLES		
GROUPES VISÉS	RECOMMANDATION FORTE	RECOMMANDATION CONDITIONNELLE
Pour les personnes recevant des soins	<ul style="list-style-type: none"> La plupart des personnes souhaiteraient appliquer la recommandation et un petit nombre de personnes ne le voudraient pas. 	<ul style="list-style-type: none"> La plupart des personnes dans cette situation voudraient appliquer la recommandation, mais bon nombre de personnes ne le voudraient pas.
Pour les décideurs politiques	<ul style="list-style-type: none"> La recommandation peut être adaptée sous forme de politique dans la plupart des situations. 	<ul style="list-style-type: none"> Un débat approfondi et la participation de nombreux intervenants seront nécessaires à l'élaboration des politiques. Les politiques sont également plus susceptibles de comporter des différences d'une région à l'autre.
Pour les chercheurs	<ul style="list-style-type: none"> La recommandation est probablement appuyée par des données probantes dont le degré de certitude est élevé ou d'autres jugements convaincants qui rendent peu probable qu'elle soit modifiée par des recherches supplémentaires. 	<ul style="list-style-type: none"> La recommandation sera probablement renforcée par d'autres recherches. Une évaluation des conditions et des critères qui ont déterminé la recommandation conditionnelle aidera à cerner les lacunes possibles en matière de recherche.

Source : Adapté avec la permission de : Schünemann HJ, Brozek J, Guyatt G, Oxman A, éditeurs. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [lieu inconnu : maison d'édition inconnue]; octobre 2013 [cité le 11 mai 2020]. Table 6.1, Implications of strong and weak recommendations for different users of guidelines. Disponible à : <https://gdt.grade.pro.org/app/handbook/handbook.html#h.33qgws879zw>.

Remarque : La force de chaque énoncé de recommandation est présentée directement en dessous et dans le **Résumé des recommandations et des énoncés de bonne pratique**. Pour obtenir de plus amples renseignements sur le processus utilisé par le groupe d'experts pour déterminer la force de chaque recommandation, consultez les documents supplémentaires sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

Discussion sur les données probantes

La discussion sur les données probantes qui accompagne chaque recommandation comprend les principales sections ci-dessous.

- Avantages et inconvénients :** Les résultats potentiels désirables et indésirables de la pratique recommandée, selon la documentation. Le contenu de cette section contient les études retenues dans le cadre des examens systématiques de la documentation.
- Valeurs et préférences :** L'importance ou la valeur relative accordée aux résultats de santé liés à l'application d'une intervention clinique particulière dans une approche axée sur les besoins de la personne. Le contenu de cette section peut comprendre des études retenues dans le cadre de l'examen systématique de la documentation et, le cas échéant, des observations ou des considérations du groupe d'experts de l'AIIO.

3. **Équité en matière de santé :** L'impact que la pratique recommandée pourrait avoir sur la santé dans différentes populations et différents établissements, ou les obstacles à la mise en application de la pratique recommandée dans des établissements particuliers. Cette section peut comprendre des études retenues dans le cadre de l'examen systématique de la documentation et, le cas échéant, des observations ou des considérations du groupe d'experts de l'AIIO.
4. **Conclusions du groupe d'experts :** Fournit une raison pour laquelle la décision de classer une recommandation comme forte ou conditionnelle a été prise.
5. **Conseils de mise en œuvre :** Met en lumière des informations pratiques pour les personnels infirmiers et les membres de l'équipe interprofessionnelle afin de soutenir la mise en œuvre dans la pratique. Cette section peut comprendre des données probantes tirées de l'examen systématique de la documentation ou d'autres sources (p. ex., le groupe d'experts de l'AIIO).
6. **Ressources d'appui :** Comprend une liste des ressources pertinentes (p. ex., sites Web, livres et organisations) qui appuient les recommandations. Le contenu figurant dans cette section a été évalué selon cinq critères : la pertinence, la crédibilité, la qualité, l'accessibilité et l'actualité de la publication (publication au cours des dix dernières années). De plus amples détails sur ce processus et les cinq critères sont décrits dans les documents supplémentaires sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE. La liste n'est pas exhaustive et l'inclusion d'une ressource dans l'une de ces listes ne signifie pas qu'elle est approuvée par l'AIIO. Il se peut qu'une recommandation ne soit appuyée par aucune ressource d'appui connue.

Évaluation de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires

Lors de la mise en pratique des recommandations et les énoncés de bonne pratique de cette LDPE, nous vous demandons de réfléchir à la manière dont vous allez suivre et évaluer leurs effets.

Le modèle de Donabedian prévoit l'élaboration d'indicateurs pour l'évaluation des soins de santé et distingue trois catégories d'indicateurs : le mode de structure, le processus et les résultats (21).

La **structure** décrit les caractéristiques du système de santé ou de l'organisation des services de santé qui sont nécessaires pour assurer la qualité des soins. Elle comprend les ressources physiques, humaines, informationnelles et financières.

Le **processus** consiste à examiner les soins de santé fournis aux personnes ou aux populations afin d'en évaluer la qualité.

Les **résultats** permettent d'analyser l'effet de la qualité des soins sur l'état de santé des personnes et des populations, du personnel de santé, des organisations de services de santé ou des systèmes de santé (21).

Pour plus de détails, voir les sections **Surveillance de l'utilisation des connaissances** et **Évaluation des résultats** de la Boîte à outils pour la conduite du changement (4).

Les indicateurs suivants ont été élaborés pour appuyer l'évaluation et l'amélioration de la qualité dans les organisations de services de santé et universitaires. Examinez les **tableaux 3 et 4**, qui fournissent une liste d'indicateurs de processus et de résultats ainsi que leurs définitions opérationnelles, leurs numérateurs et leurs dénominateurs. Étant donné qu'il y a un manque d'énoncés de bonne pratique et de recommandations liées à la formation des prestataires de santé, cette LDPE ne contient pas d'indicateurs de structure connexes. Chaque tableau indique également si l'indicateur s'aligne sur d'autres indicateurs dans des organisations locales, provinciales, nationales ou internationales. L'alignement sur les organisations est déterminé en comparant les critères suivants avec les indicateurs développés : la définition opérationnelle; si l'indicateur est sensible aux soins infirmiers; et les critères d'inclusion/exclusion. Selon le niveau d'alignement, un indicateur peut être décrit comme étant totalement, partiellement ou pas du tout aligné sur les organisations externes. Les indicateurs peuvent être adoptés (dans leur état actuel) ou adaptés (modifiés) à partir d'organisations.

Les indicateurs suivants contribueront à l'amélioration de la qualité des soins et à leur évaluation. Sélectionnez les indicateurs les plus pertinents pour les changements apportés à la pratique, à l'éducation ou à la politique, sur la base des recommandations de la LDPE et des énoncés de bonne pratique qui sont prioritaires pour la mise en œuvre.

Le **tableau 3** présente une liste d'indicateurs de processus qui appuient l'évaluation des changements de pratique pendant la mise en œuvre et les améliorations correspondantes aux processus. Les indicateurs de processus sont dérivés des recommandations et des énoncés de bonne pratique de la LDPE.

Tableau 3 : Indicateurs de processus

RECOMMANDATION OU ÉNONCÉ DE BONNE PRATIQUE	INDICATEURS DE PROCESSUS	ALIGNEMENT SUR LES INDICATEURS D'AUTRES ORGANISATIONS
Énoncé de bonne pratique 1.0	<p>Pourcentage de personnes atteintes de diabète qui ont subi un dépistage du risque de développer une plaie du pied causée par le diabète</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes atteintes de diabète qui ont subi un dépistage du risque de développer une plaie du pied causée par le diabète</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes atteintes de diabète qui ont reçu des soins</i></p>	Adapté de Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation® (NQuIRE®)
Énoncé de bonne pratique 2.0	<p>Pourcentage de personnes atteintes de diabète qui ont reçu une formation sur l'autogestion visant à prévenir et à prendre en charge les plaies du pied causées par le diabète</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes atteintes de diabète qui ont reçu une formation sur l'autogestion visant à prévenir et à prendre en charge les plaies du pied causées par le diabète</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes atteintes de diabète qui ont reçu des soins</i></p>	<p>Adapté de NQuIRE</p> <p>Alignement complet avec le Partnership for Quality Measurement</p> <p>Alignement partiel avec l'Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES)</p>
Énoncé de bonne pratique 3.0	<p>Pourcentage de personnes atteintes de plaies du pied causées par le diabète qui ont subi une évaluation complète des plaies du pied causées par le diabète</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes atteintes de plaies du pied causées par le diabète qui ont subi une évaluation complète des plaies du pied causées par le diabète</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes atteintes de plaies du pied causées par le diabète qui ont reçu des soins</i></p>	Adapté de NQuIRE

RECOMMANDATION OU ÉNONCÉ DE BONNE PRATIQUE	INDICATEURS DE PROCESSUS	ALIGNEMENT SUR LES INDICATEURS D'AUTRES ORGANISATIONS
<p>Énoncé de bonne pratique 4.0</p>	<p>Pourcentage de personnes qui ont un plan de soins documenté lié à la prise en charge des plaies du pied causées par le diabète qui se sont développées</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes qui ont un plan de soins documenté lié à la prise en charge des plaies du pied causées par le diabète qui se sont développées</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes atteintes de plaies du pied causées par le diabète qui ont reçu des soins</i></p>	<p>Nouveau</p>
<p>Recommandation 4.0</p>	<p>Pourcentage de personnes atteintes de diabète qui ont reçu des soins virtuels en conjonction avec des services en personne en complément à leurs services de soins du pied pour personnes diabétiques</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes atteintes de diabète qui ont reçu des soins virtuels en conjonction avec des services en personne en complément à leurs services de soins du pied pour personnes diabétiques</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes qui ont reçu des services de soins du pied pour personnes diabétiques</i></p>	<p>Alignement partiel avec l'ICES et Santé Ontario</p>

RECOMMANDATION OU ÉNONCÉ DE BONNE PRATIQUE	INDICATEURS DE PROCESSUS	ALIGNEMENT SUR LES INDICATEURS D'AUTRES ORGANISATIONS
<p>Recommandation 2.0</p>	<p>Pourcentage de personnes atteintes de diabète qui ont déclaré avoir effectué un autodépistage pour prévenir et prendre en charge les plaies du pied causées par le diabète</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes atteintes de diabète qui ont déclaré avoir effectué un autodépistage pour prévenir et prendre en charge les plaies du pied causées par le diabète</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes atteintes de diabète qui ont reçu des soins</i></p>	<p>Nouveau</p>

Le **tableau 4** présente des indicateurs de résultats qui permettent d'évaluer l'incidence de la mise en œuvre des changements à la pratique fondée sur les données probantes. Les indicateurs de résultats sont associés aux résultats de la ou des questions de recherche ou reflètent les résultats de l'ensemble des recommandations et des énoncés de bonne pratique.

Tableau 4 : Indicateurs de résultats

INDICATEURS DE RÉSULTATS	ALIGNEMENT SUR LES INDICATEURS D'AUTRES ORGANISATIONS
<p>Pourcentage de personnes qui développent une ou plusieurs nouvelles plaies du pied causées par le diabète</p> <p>Numérateur : Nombre de personnes qui développent une ou plusieurs nouvelles plaies du pied causées par le diabète</p> <p>Dénominateur : Nombre total de personnes atteintes de diabète qui n'ont jamais eu de plaie du pied causée par le diabète et qui ont reçu des soins</p>	<p>Adapté de NQuIRE</p> <p>Alignement complet avec l'ensemble minimal de données de l'instrument d'évaluation des résidents (RAI DMS)</p> <p>Alignement partiel avec l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) et l'ICES</p>
<p>Pourcentage de personnes ayant eu une récurrence de plaies du pied causées par le diabète</p> <p>Numérateur : Nombre de personnes ayant eu une récurrence de plaies du pied causées par le diabète</p> <p>Dénominateur : Nombre total de personnes atteintes d'une plaie du pied causée par le diabète en rémission⁶ qui ont reçu des soins</p>	<p>Adapté de NQuIRE</p> <p>Alignement partiel avec l'AHRQ, l'ICES et l'instrument RAI MDS</p>
<p>Pourcentage de personnes atteintes de plaies du pied causées par le diabète présentant une réduction d'au moins 40 % de la taille de la plaie</p> <p>Numérateur : Nombre de personnes atteintes de plaies du pied causées par le diabète présentant une réduction d'au moins 40 % de la taille de la plaie</p> <p>Dénominateur : Nombre total de personnes atteintes de plaies du pied causées par le diabète qui ont reçu des soins</p>	<p>Adapté de NQuIRE</p>
<p>Pourcentage de personnes ayant des plaies du pied causées par le diabète qui se sont refermées</p> <p>Numérateur : Nombre de personnes ayant des plaies du pied causées par le diabète qui se sont refermées</p> <p>Dénominateur : Nombre total de personnes atteintes de plaies du pied causées par le diabète qui ont reçu des soins</p>	<p>Adapté de NQuIRE</p>

INDICATEURS DE RÉSULTATS	ALIGNEMENT SUR LES INDICATEURS D'AUTRES ORGANISATIONS
<p>Pourcentage de personnes atteintes de plaies du pied causées par le diabète qui ont signalé une amélioration de leur qualité de vie</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes atteintes de plaies du pied causées par le diabète qui ont signalé une amélioration de leur qualité de vie</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes atteintes de plaies du pied causées par le diabète qui ont reçu des soins</i></p>	<p>Alignement partiel avec l'ICES, Santé Ontario, le Partnership for Quality Measurement, Santé publique Ontario et Statistique Canada</p>
<p>Pourcentage de personnes atteintes de diabète qui ont signalé une amélioration de l'autoefficacité liée à l'éducation à l'autogestion des plaies du pied causées par le diabète</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes atteintes de diabète qui ont signalé une amélioration de l'autoefficacité liée à l'éducation à l'autogestion des plaies du pied causées par le diabète</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes atteintes de diabète qui ont reçu des soins</i></p>	<p>Nouveau</p>
<p>Taux d'amputation des membres inférieurs associé à des plaies du pied causées par le diabète</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes atteintes de plaies du pied causées par le diabète qui ont subi une ou plusieurs amputations d'un membre inférieur sur la ou les jambes affectées</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes atteintes de plaies du pied causées par le diabète</i></p>	<p>Alignement complet avec l'AHRQ et le Partnership for Quality Measurement</p> <p>Alignement partiel avec l'ICES, Santé Ontario et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)</p>
<p>Pourcentage de personnes atteintes de plaies du pied causées par le diabète qui étaient satisfaites du soutien à l'autogestion reçu des prestataires de santé</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes atteintes de plaies du pied causées par le diabète qui étaient satisfaites du soutien à l'autogestion reçu des prestataires de santé</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes atteintes de plaies du pied causées par le diabète qui ont reçu des soins</i></p>	<p>Alignement partiel avec l'ICES, Santé Ontario et le Partnership for Quality Measurement</p>

Autres ressources de l'AIIAO pour l'évaluation et la surveillance des LDPE :

- Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation® (NQuIRE®), un système de données international unique hébergé par l'AIIAO, permet aux OVPE^{MD} de surveiller et d'évaluer l'incidence de la mise en œuvre de la LDPE. Le système de données NQuIRE recueille, compare et communique des données sur les indicateurs de structure des ressources humaines ainsi que sur les indicateurs de structure, de processus et de résultats propres aux lignes directrices et sensibles aux soins infirmiers. Les définitions des indicateurs NQuIRE sont établies en fonction des données administratives disponibles et des indicateurs existants, lorsque c'est possible, selon le principe consistant à « collecter une fois et à utiliser plusieurs fois ». En complétant d'autres référentiels émergents ou établis, NQuIRE s'efforce de tirer parti de mesures fiables et valides, de réduire au minimum la charge de travail liée au signalement d'un cas et d'harmoniser les mesures liées aux évaluations afin de permettre la réalisation d'analyses comparatives. Créé en août 2012, le système de données NQuIRE vise à instaurer et à maintenir des cultures de pratique fondées sur des données probantes. Il se propose aussi de bonifier la sécurité de la personne, d'améliorer les résultats de santé et d'inciter le personnel à prendre conscience des liens qui existent entre la pratique et les résultats, tout cela dans le but d'améliorer la qualité des soins et de préconiser des ressources et politiques qui favorisent les changements conformes aux pratiques exemplaires (22). Pour obtenir de plus amples renseignements, rendez-vous à l'adresse RNAO.ca/bpg/initiatives/nquire.
- Les [cheminements cliniques de l'AIIAO^{MC}](#) sont des recommandations numérisées et des énoncés de bonne pratique intégrés aux dossiers médicaux électroniques par l'intermédiaire d'un logiciel tiers. À l'heure actuelle, ces cheminements cliniques sont offerts à tous les foyers de SLD canadiens. La capacité de lier les mesures relatives à la structure et au processus à des mesures spécifiques des résultats aide à déterminer les effets de la mise en application de la LDPE sur des résultats spécifiques en matière de santé.

Contexte

Diabète et plaies du pied causées par le diabète

Selon la Fédération internationale du diabète (FID), le **diabète**^G est l'une des plus grandes urgences sanitaires mondiales du 21^e siècle. On pense que d'ici 2045, 784 millions de personnes dans le monde (une sur huit) seront atteintes de diabète (23). Au Canada seulement, environ 3,7 millions de personnes âgées de plus d'un an vivent avec un diagnostic de diabète (9,4 % de la population); ce pourcentage devrait continuer d'augmenter à mesure que la population canadienne vieillit (24).

Au Canada, le diabète entraîne de nombreuses complications, notamment des PPD, la cécité, des amputations non traumatiques, des maladies cardiovasculaires, la dépression et une mort prématurée (25). Les PPD sont l'une des complications les plus courantes et les plus graves du diabète; jusqu'à 34 % des personnes atteintes de diabète développeront une PPD au cours de leur vie (26). Une plaie de pied est une rupture de la peau de toute zone du pied qui touche au minimum l'épiderme et une partie du derme (10). Une plaie du pied causée par le diabète (PPD) est un type de plaie de pied chez une personne atteinte de diabète sucré actuel ou déjà diagnostiqué, et habituellement accompagnée d'une neuropathie périphérique ou d'une maladie artérielle périphérique dans le membre inférieur (10). Bien que les facteurs de risque des PPD soient variés, un facteur commun est que la personne vit avec un **diabète de type 1**^G ou un **diabète de type 2**^G non contrôlé caractérisé par une glycémie élevée (27). La variabilité glycémique, des chaussures mal ajustées ou inadéquates et des difficultés à prendre soin de ses pieds contribuent également au développement des PPD (28,29).

Pour prévenir l'apparition de PPD, il est important de surveiller les signes pré-ulcéreux tels que les ampoules, les hémorragies ou les fissures (30). Les PPD sont classées en trois types : neuropathiques, ischémiques et neuro-ischémiques (30). Les PPD neuropathiques résultent d'une perte de la sensibilité protectrice du pied, souvent dans les zones soumises à la pression (31). Les PPD ischémiques ont tendance à se développer dans un pied mal irrigué, généralement au niveau de la région latérale de la tête du cinquième métatarsien ou de la région médiale de la tête du premier métatarsien, et sont associées à des douleurs (31). Les PPD neuro-ischémiques surviennent chez les personnes qui souffrent à la fois de neuropathie périphérique et d'ischémie résultant d'une maladie artérielle périphérique (31). Les PPD sont classées à l'aide d'outils d'évaluation tels que le système de classification SINBAD (Site, Ischemia, Neuropathy, Bacterial infection, Area and Depth) et la classification WIfI (Wound, Ischemia, and foot Infection) (32) (voir l'**Énoncé de bonne pratique 3.0** et l'**annexe H**).

Répercussions physiques, psychosociales et financières des plaies du pied causées par le diabète

Les PPD peuvent avoir une incidence négative sur la qualité de vie physique et psychosociale ainsi que sur le fonctionnement des personnes touchées, et ce phénomène est exacerbé par la récurrence des PPD ou les PPD non cicatrisantes (33,34). Les PPD peuvent entraîner la **gangrène**^G, une infection, des amputations ou même la mort (27,35). Une faible capacité fonctionnelle, telle que la nécessité d'éviter la douleur ou le port de bottes de décharge, peut influencer la quantité de marche et la capacité à participer à des activités de loisirs et à des passe-temps récréatifs, ce qui affecte globalement la qualité de vie d'une personne (33). Tous ces facteurs peuvent contribuer à la dépression, aux fluctuations d'humeur, au sentiment de désespoir et à l'isolement social (33). En général, les personnes à risque ou vivant avec des PPD sont plus susceptibles de souffrir de troubles mentaux, notamment d'anxiété, de dépression et d'**autostigmatisation**^G, que le grand public et les personnes diabétiques qui n'ont pas de PPD (34). Le diagnostic de diabète est associé à des stéréotypes négatifs, car de nombreuses personnes perçoivent le diabète comme une maladie liée au mode de vie (36). L'autostigmatisation affecte l'autogestion, surtout lorsque les niveaux de glucose ne sont pas contrôlés. L'autostigmatisation s'en trouve alors renforcée, ce qui entraîne une baisse de la motivation à s'autogérer et, par conséquent, une diminution de la qualité de vie (36). Une approche **holistique**^G des soins, axée à la fois sur les soins physiques des PPD et sur la santé mentale et le bien-être de la personne, permettra à cette dernière de poursuivre ses activités de loisirs et ses passe-temps, et ainsi de prendre en charge efficacement ses PPD (33).

La prévalence des PPD a augmenté dans le monde entier; l'Amérique du Nord a le taux de prévalence le plus élevé (13,0 %), suivie de l'Afrique (7,2 %), de l'Asie (5,5 %), de l'Europe (5,1 %) et de l'Océanie (3,0 %). Le traitement des PPD est coûteux en raison des taux d'incidence élevés, des taux d'amputation, de la durée moyenne d'hospitalisation et du transfert vers des soins continus (37). Au Canada, l'admission à l'hôpital d'une personne atteinte d'une PPD coûte environ 22 754 \$ CA de plus que l'admission d'une personne qui n'en est pas atteinte (37); les PPD ont un coût médian hospitalier plus élevé que d'autres maladies telles que l'insuffisance cardiaque congestive (6 727 \$), la pneumonie (6 009 \$) ou les infections urinaires (5 071 \$) (37). Pour les personnes atteintes de PPD, le coût des fournitures nécessaires à la prise en charge de ces plaies (p. ex., chaussures de décharge ou pansements) constitue également une contrainte financière qui peut nuire à l'observance de l'autogestion des soins des PPD.

Équité en matière de santé

Au Canada, il existe des disparités marquées dans l'incidence du diabète et les PPD subséquentes; par exemple, les populations sud-asiatiques, noires et **autochtones**^G sont identifiées comme étant à risque élevé (39). La prévalence du diabète est 2,3 fois plus élevée chez les adultes d'origine sud-asiatique et 2,1 fois plus élevée chez les adultes noirs que chez les adultes blancs (39). Les Autochtones sont touchés par le diabète de type 2 de trois à cinq fois plus que la population générale (26). Les disparités dans la prévalence du diabète et des PPD sont étroitement liées aux **déterminants sociaux de la santé et du bien-être**^G (voir **Principes directeurs**). Il existe des corrélations entre les facteurs liés au mode de vie, les comorbidités et l'apparition des PPD, en particulier chez les personnes ayant un faible niveau d'éducation et un statut socioéconomique inférieur (40). Cela est dû à de nombreux facteurs, notamment l'exposition à l'environnement, la pauvreté, la rareté des ressources, le racisme, l'isolement géographique, le niveau d'éducation et les désavantages en matière d'emploi (26,41). En Ontario, les taux d'amputation résultant de PPD varient également considérablement selon les régions géographiques, ce qui illustre les disparités et les variations dans l'accès aux services et à des soins de qualité (42).

Prévention et prise en charge des plaies du pied causées par le diabète

La prévention et la prise en charge des PPD nécessitent une collaboration entre la personne atteinte de diabète, ses partenaires de soins et une équipe interprofessionnelle afin d'assurer de bons résultats de santé. La prévention et la prise en charge des PPD comprennent également des stratégies visant à prévenir leur apparition, à favoriser leur détection précoce et à les traiter de manière appropriée afin d'éviter les complications.

Il existe quatre niveaux de prévention, selon l'approche de santé de la population : primordiale, primaire, secondaire et tertiaire (43). En ce qui concerne les PPD, ces niveaux de prévention sont les suivants :

1. Niveau primordial de prévention

Le niveau primordial de prévention comprend des stratégies visant à réduire rapidement les facteurs de risque chez les populations dès les premières années de vie en s'attaquant aux déterminants structurels ou systémiques de la santé (43). Par exemple, l'intégration d'espaces verts dans l'aménagement des quartiers urbains pourrait encourager l'exercice comme moyen de réduire les facteurs de risque du diabète (43).

2. Niveau primaire de prévention

Le niveau primaire de prévention comprend des stratégies visant à prévenir l'incidence de la maladie en ciblant les populations les plus à risque de développer le diabète ou des PPD (43). Par exemple, une éducation adaptée aux personnes à risque de développer le diabète ou des PPD pourrait être offerte aux personnes et à leurs partenaires de soins.

3. Niveau secondaire de prévention

Le niveau secondaire de prévention comprend des stratégies visant à détecter rapidement les PPD (43). Parmi les exemples, citons le contrôle de la glycémie, une alimentation équilibrée, des interventions personnalisées d'autodépistage des pieds et l'accès à des chaussures adaptées et à des soins des pieds pour les personnes à risque de développer des PPD.

4. Niveau tertiaire de prévention

Le niveau tertiaire de prévention comprend des stratégies visant à prévenir la progression ou les complications des PPD, comme la physiothérapie et la réadaptation (43).

Autogestion des plaies du pied causées par le diabète

Le diabète est une maladie chronique et les personnes atteintes de diabète ou leurs partenaires de soins doivent souvent se charger de la plupart des soins quotidiens. Étant donné que le diabète a des répercussions sur de nombreux aspects de la vie d'une personne, celle-ci doit prendre fréquemment et continuellement des décisions relatives à l'autogestion de sa maladie. L'autogestion est « souvent associée aux soins personnels et comprend un ensemble d'activités que les personnes entreprennent pour bien vivre avec une ou plusieurs maladies chroniques » (44). Parmi les exemples de comportements essentiels en matière d'autogestion de la santé, on peut citer une alimentation et une hydratation adéquates, l'activité physique, la surveillance de la glycémie, l'observance du traitement médicamenteux et le développement de capacités de résolution de problèmes et d'adaptation saines (45). Toutefois, il est important de noter que toutes les personnes ou tous les partenaires de soins n'ont pas nécessairement les capacités mentales, physiques ou financières nécessaires pour assurer leur autogestion. Les prestataires de santé doivent **concevoir conjointement**^G un **plan de soins**^G avec la personne et le partenaire de soins et évaluer ce qui est faisable pour eux.

La capacité à gérer soi-même son diabète, que ce soit ou non sous le contrôle de la personne concernée ou de son partenaire de soins, peut réduire le risque de développer des PPD. Par exemple, la surveillance de la glycémie peut réduire le risque de formation de PPD et donc entraîner des complications moins graves que l'infection ou l'amputation (46). L'autogestion des PPD aura par la suite une incidence positive sur la qualité de vie des personnes atteintes de PPD (47).

Prise en charge

Bien que l'autogestion puisse aider à prévenir les PPD, elles surviennent tout de même. La prise en charge d'une PPD est complexe. En plus de l'autogestion, la prise en charge d'une PPD exige des soins spécialisés et le soutien de divers prestataires de santé et partenaires de soins. Les options de prise en charge doivent être basées sur les besoins de la personne, les facteurs contributifs et les causes qui affectent l'intégrité de la peau. Les principes de la gestion des plaies, y compris le débridement, la préparation du lit de la plaie et plus encore, peuvent faciliter la guérison.

Conclusion

Les PPD sont une complication grave du diabète. La prévention et la prise en charge des PPD sont essentielles pour améliorer le bien-être des patients et leur qualité de vie globale, et réduire les coûts des soins de santé. Les disparités dans la prévalence du diabète et des PPD sont étroitement liées aux déterminants sociaux de la santé et du bien-être. Il est donc d'autant plus important d'apporter des soins et un soutien à l'autogestion aux populations confrontées à des désavantages multiples et croisés. La capacité à gérer soi-même son diabète peut réduire le risque de développer des PPD. La prévention et la prise en charge des PPD nécessitent une collaboration entre la personne vivant avec le diabète, ses partenaires de soins et une équipe interprofessionnelle afin d'assurer des résultats de santé positifs. L'AIIO a mis à jour la présente LDPE afin de fournir au personnel infirmier, aux prestataires de santé et aux personnes à risque ou vivant avec des PPD des recommandations fondées sur des données probantes pour la prévention, l'évaluation et la prise en charge des PPD.

Principes directeurs

Les **principes directeurs**^G sont des concepts généraux qui dénotent une philosophie, une croyance, une valeur ou une norme de comportement que le personnel infirmier, les membres de l'équipe interprofessionnelle et les organisations de services de santé devraient appliquer à leur pratique. Il est important de suivre les principes directeurs pour améliorer les résultats en matière de santé pour les personnes, les familles et les populations. Les principes directeurs suivants ont été choisis par le groupe d'experts et sont considérés comme fondamentaux pour la totalité des recommandations et des énoncés de bonne pratique de cette LDPE.

Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille

Les **soins axés sur les besoins de la personne et de la famille**^G désignent les stratégies visant à mettre la personne et sa famille au centre des préoccupations et à favoriser la collaboration avec elles. « Il est essentiel de reconnaître que les soins axés sur les besoins de la personne et de la famille se concentrent sur la personne dans son ensemble, en tant qu'individu unique, et non uniquement sur sa maladie ou son affection » (13). Les soins axés sur les besoins de la personne et de la famille en ce qui concerne la prévention et la prise en charge des PPD sont axés sur la conception conjointe des soins avec la personne vivant ou à risque de PPD et ses partenaires de soins, en fonction de ses objectifs personnalisés. En favorisant l'autonomisation et l'engagement dans les soins, on permet aux personnes et à leurs partenaires de soins de prendre en main leur santé et de participer activement à leur autogestion. Les soins axés sur les besoins de la personne et de la famille impliquent également d'évaluer et de prendre en compte la littératie en matière de santé, les barrières linguistiques, la neurodiversité et d'autres facteurs susceptibles d'influencer l'autogestion.

Déterminants sociaux de la santé et du bien-être

Les déterminants sociaux de la santé sont des facteurs socialement construits qui jouent un rôle dans l'issue de la santé ou de la maladie (48). La relation entre les déterminants sociaux de la santé et les PPD est complexe, et de nombreux déterminants sociaux de la santé exposent les personnes à un risque accru de développer le diabète et des PPD. Les personnes confrontées à des inégalités en matière de santé, telles qu'un accès limité à des services de santé de qualité et à une alimentation saine, de faibles revenus et un niveau d'éducation moins élevé, sont souvent plus touchées par le diabète et éprouvent davantage de difficultés à le gérer. Ces déterminants sont considérés comme des déterminants sociaux proximaux et intermédiaires de la santé (49). Les personnes sans domicile peuvent faire face à des défis supplémentaires pour maintenir des mesures d'autosoins qui peuvent augmenter davantage leur risque de développer des PPD ou de subir des complications des PPD existantes (50). Il est essentiel que les prestataires de santé prennent en compte l'incidence des déterminants sociaux de la santé sur la prévention et la prise en charge des PPD lorsqu'ils évaluent et élaborent un plan de soins adapté aux besoins précis de chaque patient. Par exemple, les prestataires de santé peuvent s'informer sur l'accès à une alimentation saine et orienter les personnes vers des ressources si elles ont besoin d'une aide financière pour se procurer des produits de soins des plaies.

Les déterminants sociaux distaux de la santé ont la plus grande influence sur la santé des populations, car ils représentent les contextes politiques, économiques et sociaux qui influencent les déterminants sociaux proximaux et intermédiaires de la santé (49). Un déterminant social distal de la santé est le colonialisme, qui se caractérise par le fait qu'un groupe étranger recherche, établit et maintient son contrôle sur la population et les ressources d'un pays et les exploite, ce qui crée ensuite des inégalités sociales, politiques et économiques (49). Le colonialisme persiste dans le monde actuel sous forme de racisme, de discrimination raciale, de xénophobie et d'intolérance (51), ce qui peut entraîner des inégalités dans l'accès aux systèmes de santé. Par exemple, en Ontario, certaines communautés autochtones n'ont pas accès à de l'eau potable en raison d'avis concernant la qualité de l'eau qui sont en vigueur depuis plusieurs années (52). Le fait de ne pas avoir accès à de l'eau potable peut affecter l'hydratation et l'intégrité de la peau. La lutte contre les problèmes systémiques du racisme et du colonialisme dans les soins de santé par l'entremise de mesures politiques et stratégiques est une étape cruciale pour soutenir une prise en charge efficace du diabète de type 2 (53).

Si les déterminants sociaux de la santé permettent de cerner les facteurs qui contribuent aux déterminants sociaux de la santé, recentrer le débat sur le bien-être offre l'occasion de déterminer les forces associées à la promotion de la santé et au *mino-pimatisiwin* (« bien vivre ») (54). Ce concept cri correspond aux croyances et aux valeurs autochtones en matière de santé, où la santé est un concept global qui englobe le bien-être physique et mental, ainsi que la cohésion spirituelle et culturelle (55). Les déterminants du bien-être reconnaissent que les éléments de l'autodétermination, de l'identité, de la langue et du territoire sont fondamentaux pour la santé (54). « En reconnaissant ces déterminants du bien-être, les systèmes de santé peuvent s'attaquer aux facteurs structurels des inégalités en matière de santé, notamment en démantelant les systèmes et les politiques qui compromettent l'autodétermination et perpétuent la spoliation des terres, de la langue et de l'identité » (54).

Sécurité culturelle

La **sécurité culturelle**^G est fondée sur un engagement respectueux qui cerne les déséquilibres de pouvoir inhérents au système de santé et cherche à les corriger. La sécurité culturelle contribue à créer un environnement exempt de racisme et de discrimination où les personnes se sentent en sécurité lorsqu'elles reçoivent des soins de santé (56). La prestation de soins culturellement sécuritaires dans les services de santé permet de s'assurer que les populations les plus exposées à des problèmes de santé reçoivent des soins appropriés qui ne portent pas atteinte à leur identité culturelle, à leur estime de soi et à leur bien-être. Il est important de noter que seule la personne qui reçoit des soins peut déterminer si ses soins de santé sont culturellement sécuritaires.

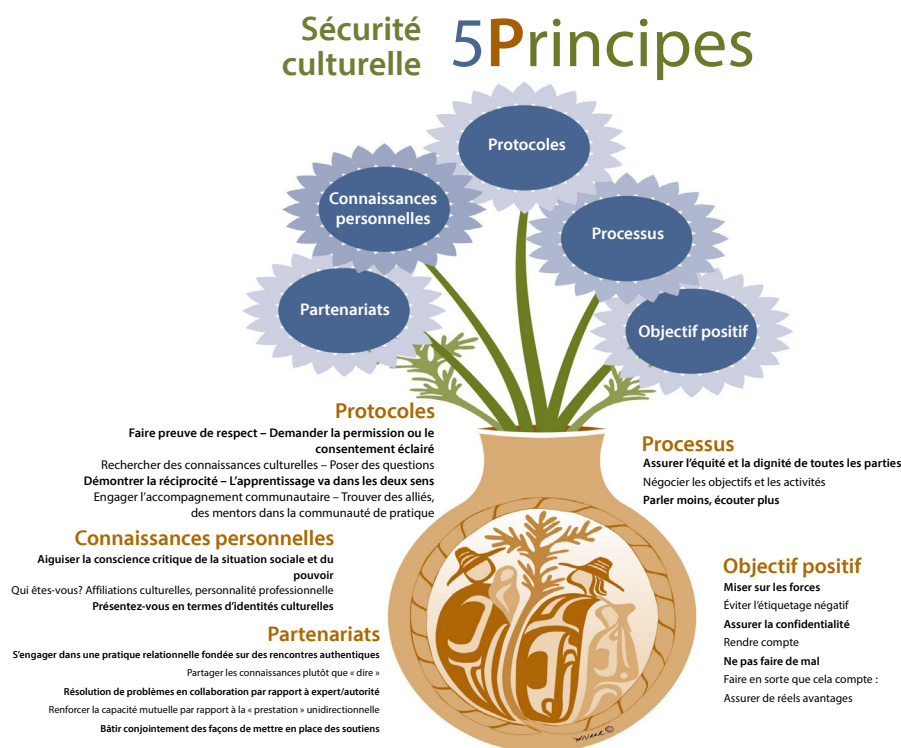
Le terme « sécurité culturelle » a été introduit en 1990 par Irihapeti Ramsden, une infirmière maorie à Aotearoa, en Nouvelle-Zélande (56). Au Canada, les appels à l'action du Comité de vérité et réconciliation (CVR) pour la santé (en particulier les numéros 19, 22 et 24) ont souligné la nécessité de combler les lacunes dans les résultats en matière de santé des peuples autochtones, de reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et de promouvoir des soins culturellement sécuritaires (57). Bien que le terme « sécurité culturelle » ait initialement été utilisé dans le contexte des soins fournis aux populations autochtones, il a été adopté plus largement afin de favoriser la création d'environnements respectueux et sécuritaires pour les personnes issues de divers horizons culturels.

Plusieurs termes ont été utilisés de manière interchangeable pour désigner la sécurité culturelle, notamment la conscience culturelle, la sensibilité culturelle, l'humilité culturelle et la compétence culturelle. Cependant, ce sont des concepts distincts qui existent sur un continuum (58). La *sensibilisation culturelle* se produit lorsque les prestataires de santé sont conscients des différences et des similitudes qui existent entre les cultures (59). La *sensibilité culturelle* se produit lorsque les prestataires de santé sont conscients de leur propre culture et de son incidence sur leurs comportements, leurs connaissances et leurs préjugés (59). L'*humilité culturelle* implique d'écouter sans jugement, d'être ouvert à apprendre des autres et d'en apprendre davantage sur sa propre culture et ses propres préjugés (59). La *compétence culturelle* implique l'acquisition de connaissances, d'habiletés et d'attitudes qui permettent de travailler efficacement et respectueusement avec divers groupes de personnes (59).

La culture peut constituer un élément important de l'identité d'une personne, et il est essentiel que les prestataires de santé abordent la question de la culture dans le cadre du plan de soins d'une personne (56). Les prestataires de santé doivent faire preuve d'introspection et de conscience de leur position d'autorité lorsqu'ils fournissent des soins. Comme le montre la figure 1, les prestataires de santé doivent tenir compte de cinq principes pour promouvoir la sécurité culturelle lorsqu'ils fournissent des soins à des personnes à risque ou vivant avec des PPD : protocoles, connaissances personnelles, partenariats, processus et objectif positif.

Afin d'étayer cette ligne directrice, un examen de la portée a été mené afin d'examiner les données actuelles sur les stratégies culturellement sécuritaires pouvant être utilisées dans les soins fournis aux personnes atteintes de diabète et aux personnes à risque ou vivant avec des PPD, ainsi qu'à leurs partenaires de soins. Les résultats sont présentés dans l'**annexe C**. De plus amples renseignements sur la méthodologie de l'examen de la portée sont disponibles l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

Figure 1 : Cinq principes pour promouvoir la sécurité culturelle



Source : Reproduit avec la permission de : Ball J. Cultural safety. Dans : Early Childhood Development Intercultural Partnership [Internet]. Victoria (Colombie-Britannique) : University of Victoria; c2024. Disponible à : <https://ecdip.org/cultural-safety/>

Approche des soins tenant compte des traumatismes

Il est important que les prestataires de santé comprennent comment les expériences complexes liées au fait de vivre avec une PPD peuvent affecter le bien-être psychologique, physique, social et financier d'une personne, et, en fin de compte, sur sa capacité à entrer en contact avec les services de soutien et à les utiliser. Les personnes vivant avec des PPD ont souvent une qualité de vie réduite en raison de la douleur, de la souffrance, du chagrin, de la honte et du fardeau psychologique. Ce traumatisme émotionnel est attribué à de multiples facteurs, tels que le risque d'amputation, la dépendance vis-à-vis d'autrui, le sentiment de perte, la stigmatisation sociale et la culpabilité, la peur, l'impuissance, la frustration, les écoulements malodorants provenant de la PPD et la perte de mobilité associée à la gravité de l'ulcération (34,60). Les symptômes de la dépression, tels que le manque de motivation et les troubles cognitifs, peuvent avoir une incidence négative sur la capacité d'une personne à prendre soin d'elle-même (34). De plus, les prestataires de santé doivent être conscients que l'adversité rencontrée pendant l'enfance est liée à l'apparition de maladies chroniques à l'âge adulte, notamment le diabète. Les expériences négatives vécues pendant l'enfance, notamment les mauvais traitements, la négligence et les difficultés familiales avant l'âge de 18 ans, peuvent causer un stress si intense ou prolongé qu'il a des effets durables et néfastes sur la santé d'une personne (61). Aux États-Unis, les personnes ayant vécu quatre expériences négatives ou plus pendant l'enfance sont 1,4 fois plus susceptibles d'être atteintes de diabète (61).

Une approche de soins tenant compte des traumatismes vise à comprendre la personne dans son ensemble et tient compte de la manière dont les expériences vécues influencent l'état de santé et les comportements (62). Travailler en tenant compte des traumatismes consiste à intégrer les connaissances relatives aux traumatismes dans tous les aspects de la prestation des services de santé afin qu'une personne ne soit pas à nouveau traumatisée pendant qu'elle reçoit des soins (63). Les soins tenant compte des traumatismes reposent sur cinq principes : assurer la sécurité physique et émotionnelle; offrir la possibilité de choisir; assurer la collaboration et les liens; mettre l'accent sur l'uniformité et la fiabilité; et donner la priorité à l'autonomisation et au renforcement des compétences (63). Pour les personnes vivant avec des PPD, une approche des soins tenant compte des traumatismes subis peut favoriser la guérison.

Intersectionnalité

Kimberlé Crenshaw a décrit l'intersectionnalité, un terme qu'elle a inventé, comme suit : « En matière d'inégalité sociale, il est préférable de considérer que la vie des personnes et l'organisation du pouvoir dans une société donnée ne sont pas façonnées par un seul axe de division sociale, qu'il s'agisse de la race, du genre ou de la classe sociale, mais par de nombreux axes qui interagissent et s'influencent mutuellement » (64). Les principes fondamentaux de l'intersectionnalité comprennent les populations historiquement opprimées, les identités qui se chevauchent et les déterminants sociaux de la santé; les catégories de race, de classe, de genre, d'âge, de sexualité et de handicap sont considérées comme interdépendantes (64,65).

Les effets de nombreux facteurs interdépendants contribuent aux disparités en matière de santé et aux mauvais résultats chez les personnes à risque ou vivant avec des PPD. Les recherches indiquent que la prévalence des PPD est plus élevée chez les personnes issues de groupes défavorisés, de milieux socioéconomiques modestes, ainsi que chez celles vivant dans des zones rurales et des quartiers défavorisés (65). Les expériences croisées de marginalisation parmi les groupes méritant l'équité créent des obstacles supplémentaires, notamment un accès limité aux soins de santé en temps opportun. Il existe des disparités dans la prestation des services de santé aux personnes atteintes de PPD parmi les groupes méritant l'équité. Il est donc important d'adopter une approche intersectionnelle pour comprendre comment remédier à ces disparités et éliminer les obstacles à l'obtention de soins appropriés.

L'intersectionnalité est également intégrée dans l'approche « One Health », qui met l'accent sur l'interdépendance entre les êtres humains, les animaux et l'environnement, ainsi que sur l'importance de promouvoir la santé de tous les êtres vivants et de l'écosystème dans son ensemble (66). L'adoption d'une optique « One Health » dans le soin des PPD nécessite de prendre en compte les facteurs environnementaux contribuant à leur apparition, ainsi que l'incidence des traitements, tels que les antibiotiques et les pansements, sur l'environnement. Une approche « Une seule santé » peut nécessiter un changement de paradigme, mais elle permettra aux prestataires de santé de cerner et de promouvoir des approches novatrices et durables qui favorisent la santé et le bien-être des gens et de la planète.

Recommandations et énoncés de bonne pratique

ÉVALUATION

ÉNONCÉ DE BONNE PRATIQUE 1.0 :

Il est de bonne pratique que les prestataires de santé effectuent un dépistage régulier des pieds chez les personnes atteintes de diabète en fonction de la stratification du risque.

Dépistage des pieds pour personnes diabétiques

L'objectif du **dépistage des pieds**^G pour personnes diabétiques effectué de façon préventive est de prévenir, de détecter et de gérer rapidement les signes et symptômes liés aux complications du pied chez les personnes atteintes de diabète (67). Le dépistage des pieds pour personnes diabétiques demeure également important pour les soins aux personnes qui des PPD guéries, car il y a environ 40 % de chances de récurrence d'une PPD dans un an et de 65 % dans les trois ans (68). Le dépistage préventif des pieds pour personnes diabétiques est essentiel pour détecter précocement les risques ou les signes et symptômes des PPD afin de permettre une prévention et une prise en charge rapides. Il peut également servir de référence aux prestataires de santé en cas d'apparition d'une PPD à l'avenir. Le dépistage des pieds pour personnes diabétiques comprend l'anamnèse, l'inspection visuelle et l'évaluation du pied, ainsi que la réalisation de tests de pouls et au monofilament (voir le **tableau 5** pour plus de détails). Le dépistage des pieds pour personnes diabétiques doit être complet et englober tous les aspects du dépistage et de la détection précoce plutôt que de n'examiner que certains éléments. Le dépistage doit être adapté au niveau de risque relatif, aux besoins et aux considérations particulières de la personne. Il est essentiel de faire participer les personnes et leurs partenaires de soins au dépistage préventif des pieds. Un examen systématique des données probantes n'était pas requis pour cet énoncé de bonne pratique; toutefois, il est essentiel de communiquer à tous les prestataires de santé l'importance d'effectuer un dépistage des pieds pour personnes diabétiques (69).



Si des signes et symptômes de PPD sont détectés lors d'un dépistage préventif des pieds, il convient d'orienter le patient vers une équipe spécialisée dans le soin des plaies. Voir **Recommandation 3.0** pour plus de détails.



Conseils de mise en œuvre

Du groupe d'experts

- Lorsque vous effectuez un dépistage, écoutez les voix, les préoccupations et les expériences des personnes à risque ou vivant avec des PPD et de leurs partenaires de soins, et adaptez les soins à leurs besoins.
- Commencez le dépistage en recueillant des renseignements sur le niveau de scolarité, la capacité de lecture, les préférences d'apprentissage et les capacités physiques et cognitives d'une personne (et de ses partenaires de soins). Évaluez les perceptions de la personne concernant la santé des pieds et les routines de soins personnels.
- Le dépistage peut être utilisé comme une occasion d'enseignement pour les personnes et les partenaires de soins.
- Mobilisez les principaux prestataires de santé du domaine d'activité lors d'une évaluation des risques (**prestataires de santé primaires**^G, infirmières et infirmiers spécialisés en diabète, podologues, organismes communautaires, etc.). Aiguillez la personne vers un prestataire de santé spécialisé approprié, au besoin. La réalisation d'une évaluation complète des risques exige de la formation et de l'expertise, mais tout prestataire de santé peut reconnaître les changements cutanés et faire un aiguillage à un prestataire approprié pour des soins supplémentaires. Par exemple, les préposés aux services de soutien à la personne fournissent souvent des soins d'hygiène personnelle et examinent la peau sur une base régulière. À ce titre, ils peuvent aider à détecter les changements dans l'intégrité de la peau.
- Effectuez régulièrement une évaluation complète des risques conformément aux politiques organisationnelles. Utilisez le même outil de dépistage et documentez les résultats à chaque fois.
- Utilisez des algorithmes pour faciliter un processus de dépistage normalisé et uniforme (voir **Ressources d'appui** et l'**annexe D** pour le dépistage du pied diabétique de 60 secondes d'Inlow). Si vous utilisez le dépistage du pied diabétique de 60 secondes d'Inlow, tout le contenu du dépistage du risque décrit dans l'outil doit être évalué.
- Utiliser une mnémotechnique « DFU-VIPS » (gestion du diabète, pied/trouver la cause, plaie, accès vasculaire, infection, pression et débridement chirurgical/déterminants sociaux de la santé) comme aide-mémoire pour les éléments à évaluer chez une personne à risque ou vivant avec des PPD (voir l'**annexe J**).
- Les organisations de services de santé doivent assurer la disponibilité des ressources nécessaires en tout temps (p. ex., avoir des monofilaments, des outils de dépistage, des documents éducatifs et des dépliants, des systèmes de dossiers médicaux électroniques dans chaque salle de la clinique pour faciliter le dépistage).
- Les organisations de services de santé doivent s'assurer que les prestataires de santé primaires reçoivent une formation adéquate pour effectuer le dépistage et l'évaluation du risque de PPD.
- Les organisations de services de santé doivent veiller à ce que les prestataires de santé ayant une formation spécialisée offrent des traitements préventifs des pieds, comme le débridement des callosités et le soin des ongles, le cas échéant. En cas de doute, consultez les politiques organisationnelles.

Tableau 5 : Dépistage préventif des pieds pour personnes diabétiques : Contexte de mise en œuvre

CONTEXTE	DONNÉES PROBANTES
Outils de dépistage	<ul style="list-style-type: none"> ■ Il est important que les prestataires de santé utilisent des outils d'évaluation validés, lorsqu'ils sont disponibles, pour effectuer le dépistage et la stratification des risques. Un exemple d'outil validé de dépistage des pieds pour personnes diabétiques est le dépistage du pied diabétique de 60 secondes d'Inlow (voir l'annexe D pour plus de détails).
Fréquence du dépistage	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF) (30) et Diabète Canada (70) recommandent un dépistage des pieds au moins une fois par an pour la détection précoce des risques de PPD. ■ Le système de stratification des risques de l'IWGDF est un exemple d'outil validé que les prestataires de santé peuvent utiliser pour évaluer les risques (voir le tableau 6 et l'annexe E). Une fois le dépistage terminé, le professionnel de santé doit classer chaque personne à l'aide du système de stratification des risques de l'IWGDF afin d'orienter la fréquence des dépistages préventifs ultérieurs et les stratégies de prise en charge (30). Des dépistages plus fréquents doivent être effectués pour les personnes qui présentent un risque élevé de développer des PPD (voir le tableau 6 et l'annexe E).
Anamnèse	<ul style="list-style-type: none"> ■ Commencez le dépistage en recueillant des renseignements sur les données démographiques de la personne et les médicaments qu'elle prend actuellement. ■ Recueillez des informations sur les antécédents médicaux généraux (c'est-à-dire les comorbidités telles que la polyarthrite rhumatoïde, les maladies rénales, les maladies vasculaires, les troubles cognitifs, les limitations physiques pouvant entraver les soins des pieds, telles que l'acuité visuelle ou l'obésité) et les complications antérieures ou actuelles au niveau des pieds (30). ■ Effectuez le dépistage de l'état nutritionnel, de la qualité de vie, du contrôle de la glycémie et des complications du diabète, y compris la rétinopathie⁶, la néphropathie, la neuropathie et la vasculopathie (67).

CONTEXTE	DONNÉES PROBANTES
<p data-bbox="175 306 407 411">Inspection visuelle et évaluation du pied</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Notez la présence de malformations et de neuropathie (67). <ul style="list-style-type: none"> □ La neuropathie peut être détectée à l'aide d'un test au monofilament et d'un diapason (30). Si un test au monofilament n'est pas disponible, les prestataires de santé peuvent utiliser le test tactile d'Ipswich (69). ■ Évaluez la couleur de la peau, la température et la présence de callosités, de cors⁶, d'œdèmes, d'infection et de signes pré-ulcéreux tels que des hémorragies ou des fissures (30). ■ Évaluez les déformations (p. ex., orteils en griffe ou en marteau), les proéminences osseuses anormalement grandes ou la mobilité articulaire limitée. Examinez les pieds lorsque la personne est couchée et debout (30). ■ Évaluez les ongles des orteils (p. ex., longueur, épaisseur, forme, infection) (71). <p data-bbox="472 753 1373 821">Les PPD sont plus susceptibles de passer inaperçues chez les personnes à la peau foncée (72).</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Voici quelques stratégies à utiliser pour évaluer les peaux foncées : <ul style="list-style-type: none"> □ Placez la personne de manière à ce que la lumière naturelle éclaire directement sa peau. Si cela n'est pas possible, utilisez une source de lumière vive et concentrée (par exemple, une lampe stylo ou la lampe d'un téléphone portable) pour examiner la peau. La lumière fluorescente est à éviter, car elle peut produire un ton bleuté sur les peaux foncées (72). □ Évaluez le pied pour détecter les signes et symptômes généraux, par exemple l'enflure, la rougeur, la chaleur et les changements dans la texture de la peau (72). □ Posez légèrement l'index et le majeur sur la peau de la personne afin de trouver au moins un pouls pédieux dans chaque pied. En cas d'incertitude ou si aucun pouls n'est décelé, utilisez un appareil Doppler pour confirmer. Évaluez les autres signes d'ischémie⁶ (72). □ Si la personne y consent, prenez des photos à des fins de documentation et de suivi (72). Essayez de prendre des photos sous un angle et un éclairage similaires.
<p data-bbox="175 1381 342 1413">Test du pouls</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La maladie vasculaire périphérique peut être détectée par une sonde Doppler, l'indice de pression systolique cheville-bras et l'indice de pression orteil-bras (30). ■ Palpez le pouls pédieux pour vérifier l'état de vascularisation des pieds (30). <p data-bbox="472 1572 1442 1640">L'examen clinique seul (comme la palpation du pouls pédieux) n'est pas une évaluation suffisante. Il est important d'effectuer des tests diagnostiques non invasifs (73).</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ En cas d'absence de pouls du pied ou d'autres signes de maladie artérielle périphérique, envisagez d'utiliser une sonde Doppler en association avec une mesure de la pression systolique de la cheville et de l'indice de pression systolique cheville-bras, ainsi que de la pression au niveau des orteils et de l'indice de pression orteil-bras (30). ■ Voir Ressources d'appui sur la façon d'effectuer une évaluation de l'indice de pression systolique cheville/bras (IPCB).

CONTEXTE	DONNÉES PROBANTES
Évaluation au monofilament et au diapason	<ul style="list-style-type: none"> ■ Effectuez un test tactile ou une évaluation au monofilament et au diapason pour détecter la neuropathie périphérique (30). Le test au monofilament consiste à utiliser un monofilament de 10 grammes (5,07 Semmes-Weinstein) pour examiner la présence ou l'absence de sensation protectrice. L'évaluation au diapason consiste à utiliser un diapason de 128 hertz pour examiner la présence/l'absence de sensation vibratoire (30). ■ Le test tactile d'Ipswich peut être utilisé si un test au monofilament ou au diapason n'est pas disponible. Demandez à la personne de fermer les yeux et de dire oui lorsqu'elle sent le toucher. Le prestataire de santé utilise le bout de son index pour toucher légèrement le bout du premier, troisième et cinquième orteil des deux pieds pendant une à deux secondes (30). ■ Voir Ressources d'appui pour obtenir plus de détails sur la façon d'effectuer des tests au monofilament.
Traitements préventifs des pieds	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournissez des traitements préventifs des pieds, y compris le débridement des callosités et le soin des ongles, selon les besoins de la personne (74).
Évaluation d'autres éléments	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluez les chaussures mal ajustées ou inadéquates ou l'absence de chaussures et fournissez des renseignements à ce sujet (30). Voir Ressources d'appui pour une liste de vérification sur l'ajustement approprié des chaussures. ■ Évaluez les façons de marcher anormales (démarche et équilibre), les déformations du pied et les proéminences osseuses (30).
Formation de la personne et du partenaire de soins	<ul style="list-style-type: none"> ■ Voir l'Énoncé de bonne pratique 2.0 pour plus de détails.

Tableau 6 : Le système de stratification des risques de l'IWGDF

CATÉGORIE	RISQUE DE PLAIE	CARACTÉRISTIQUES	FRÉQUENCE DU DÉPISTAGE*
0	Très faible	Pas de PSP, pas de MAP	Annuellement
1	Faible	PSP ou MAP	Tous les 6 à 12 mois
2	Modéré	PSP + MAP, ou PSP + déformation du pied^G ou MAP + déformation du pied	Tous les 3 à 6 mois
3	Élevé	PSP ou MAP, et au moins un des facteurs suivants : <ul style="list-style-type: none"> ■ historique de plaie de pied ■ une amputation (mineure ou majeure) d'un membre inférieur ■ insuffisance rénale terminale 	Tous les 1 à 3 mois

Remarque : PSP = perte de la sensation protectrice; MAP = maladie artérielle périphérique. *La fréquence du dépistage est basée sur l'opinion d'experts, car l'IWGDF n'a présenté aucune preuve disponible à l'appui de ces intervalles. Lorsque l'intervalle de dépistage est proche d'un contrôle régulier du diabète, envisagez d'effectuer le dépistage du pied lors de cet examen.

Source : Adapté avec la permission de : Bus SA, Sacco IC, Monteiro-Soares M, et coll.; International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF). Guidelines on the prevention of foot ulcers in persons with diabetes: IWGDF 2023 update [Internet]. [lieu inconnu] : IWGDF; 2023. Disponible à : <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2023/07/IWGDF-2023-02-Prevention-Guideline.pdf>.

Ressources d'appui

RESSOURCES	DESCRIPTION
<p>Blanchette V, Kuhnke JL, Botros M, et coll. Inlow's 60-second Diabetic Foot Screen: update 2022. <i>Limb Preservation Journal</i> [Internet]. 28 avril 2023;4(1):22-8. Disponible à : https://www.woundscanada.ca/news/618-inlow-s-60-second-diabetic-foot-screen-update-2022</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ce guide de dépistage fournit une méthode systématique pouvant être utilisée par les personnes, les partenaires de soins et les prestataires de santé pour prévenir les plaies du pied et assurer un dépistage continu après l'apparition d'une plaie ou d'une complication. ■ Voir l'annexe E.
<p>Bus SA, Sacco IC, Monteiro-Soares M, et coll. Guidelines on the prevention of foot ulcers in persons with diabetes (IWGDF 2023 update). <i>Diabetes Metab Res Rev</i>. Mars 2024;40(3):e3651. Disponible à : https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2023/07/IWGDF-2023-02-Prevention-Guideline.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette ligne directrice couvre la prévention des PPD et s'adresse aux prestataires de santé. ■ Comprend des recommandations pour les personnes présentant un risque très faible, un risque faible et un risque faible à modéré d'ulcération du pied.
<p>Dhoonmoon L, Nair HK, Abbas Z, et coll. International consensus document: wound care and skin tone signs, symptoms and terminology for all skin tones [Internet]. Londres (Royaume-Uni) : Wounds International; 2023. Disponible à : https://woundsinternational.com/consensus-documents/wound-care-and-skin-tone-signs-symptoms-and-terminology-for-all-skin-tones/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ce document fournit des conseils pratiques pour une évaluation et un diagnostic précis de toutes les couleurs de peau, ainsi que des termes et des descripteurs à utiliser pour une communication claire, et tient compte des différentes considérations géographiques et culturelles à travers le monde.
<p>Embil JM, Albalawi Z, Bowering K, Trepman E; Groupe d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada. Foot care. <i>Can J Diabetes</i>. Avril 2018;42(Suppl 1):S222-7. Disponible à : https://www.diabetes.ca/health-care-providers/clinical-practice-guidelines/chapter-32</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Document d'orientation qui traite de l'évaluation des risques et des soins et traitements préventifs pour les personnes à risque ou vivant avec une PPD. ■ Comprend des conseils sur l'examen des pieds, l'éducation sur les pieds et le rôle de l'équipe interprofessionnelle de soins de santé, ainsi que des annexes et des ressources pertinentes. ■ L'annexe 12 explique comment effectuer des tests au monofilament sur le pied diabétique. ■ Consultez l'onglet Ressources pour « Trouver la bonne chaussure ».

RESSOURCES	DESCRIPTION
<p>Evans R, Kuhnke JL, Blanchette V, et coll. A foot health pathway for people living with diabetes: integrating a population health approach. <i>Limb Preservation in Canada</i> [Internet]. Printemps 2022;3(1):12-24. Disponible à : https://www.woundscanada.ca/docman/public/limb-preservation-in-canada/2022-vol-3-no-1/2501-lpc-spring-2022-v3n1-final-p-12-25-foot-health-pathway/file</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cet article présente le Parcours de santé des pieds qui décrit une approche holistique basée sur la prévention pour les personnes vivant avec le diabète. L'accent est mis sur la prévention, ou les interventions « en amont » pour prévenir les complications « en aval ». ■ Une infographie du Parcours de la santé des pieds est disponible aux pages 22 et 23.
<p>PRACTICAL GESTURES. Dans : <i>E-footcare: International on-line course for healthcare professionals on diabetic foot</i> [Internet]. [lieu inconnu] : D-Foot international et UNFM; c2019. Disponible à : https://www.e-footcare.org/e-footcare/practical-gestures/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ces vidéos fournissent des instructions de base aux prestataires de santé qui s'occupent de personnes à risque ou vivant avec une PPD. Comprend des vidéos axées sur les tests au monofilament et au diapason, l'examen des chaussures et l'évaluation de la déformation du pied. ■ Les sous-titres codés sont disponibles en anglais, français, espagnol et portugais.
<p>Rodd-Nielsen E, Ketchen R. Part 1: Clinical Digital Photography: Tips and Techniques for Community Nurses. <i>Soin des plaies Canada</i> [Internet]. Printemps 2014;12(1):14-24. Disponible à : https://www.woundscanada.ca/docman/public/wound-care-canada-magazine/2014-vol-12-no-1/509-wcc-spring-2014-v12n1-remote-consult-part-1-digital-photography/file</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ce document présente des conseils et des conseils pratiques pour obtenir des images numériques fiables et précises des plaies.
<p>Wounds Canada Institute Faculty. How to assess blood flowing using an ankle-brachial pressure index (ABPI) assessment. <i>Soin des plaies Canada</i> [Internet]. Printemps 2019;17(1):22-24. Disponible à : https://www.woundscanada.ca/docman/public/wound-care-canada-magazine/wcc-2019-v17-no1/1404-wcc-spring-2019-v17n1-final-p-22-24-abpi-how-to-tool-pdf/file</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette fiche d'information explique comment obtenir un indice de pression systolique cheville-bras.

AUTOGESTION

ÉNONCÉ DE BONNE PRATIQUE 2.0 :

Il est de bonne pratique que les prestataires de santé soutiennent et éduquent les personnes à risque ou vivant avec des plaies du pied causées par le diabète (et leurs partenaires de soins) sur l'autogestion, dont l'objectif est de prévenir et de gérer les plaies du pied.

L'autogestion est « souvent associée aux soins personnels et comprend un ensemble d'activités que les personnes entreprennent pour bien vivre avec une ou plusieurs maladies chroniques » (44). Le diabète est une maladie chronique et les personnes atteintes de diabète ou leurs partenaires de soins doivent souvent se charger de la plupart des soins quotidiens. L'autogestion du diabète exige que la personne apporte divers changements à son alimentation et à son mode de vie, avec l'aide de prestataires de santé, afin de modifier son comportement de manière positive et de garder une bonne estime de soi. Les comportements d'auto-soins comprennent une alimentation et une hydratation adéquates, l'activité physique, la surveillance de la glycémie, l'examen quotidien des pieds et le choix de chaussures adaptées, des compétences en matière de résolution de problèmes, l'observance du traitement médicamenteux, la gestion des rendez-vous médicaux, les compétences d'adaptation saines et les comportements de réduction des risques (75-77).

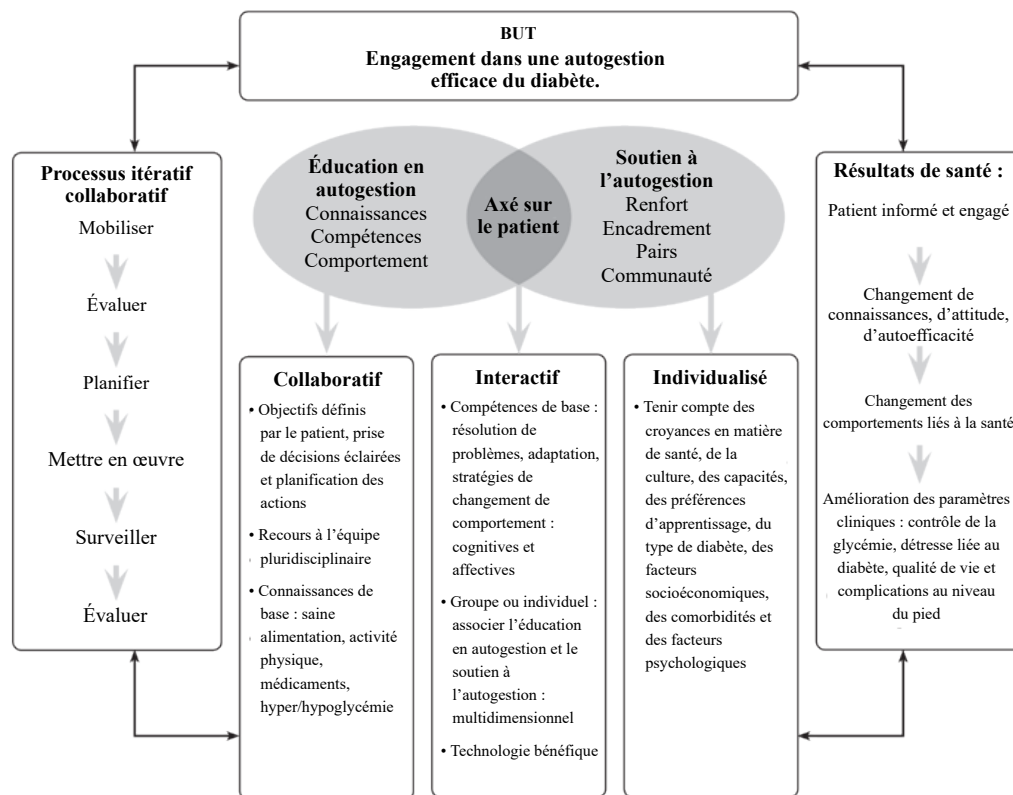
Le soutien et l'éducation à l'autogestion sont importants dans la prévention et la gestion des PPD. Par exemple, lorsqu'une personne bénéficie d'un soutien et d'une formation pour surveiller elle-même sa glycémie, prendre soin de ses pieds et effectuer des évaluations quotidiennes, cela peut réduire le risque de PPD et de complications associées (78). Par conséquent, il est bon de fournir à la fois un soutien à l'autogestion et une éducation aux personnes et à leurs partenaires de soins pour une prévention et une prise en charge efficaces des PPD. Un examen des données probantes n'a pas été nécessaire pour déterminer les avantages et les inconvénients de cet énoncé de bonne pratique; cependant, le groupe d'experts a estimé qu'il était nécessaire de communiquer à tous les prestataires de santé l'importance d'offrir un soutien et une éducation à l'autogestion du diabète (78). D'autres groupes d'experts sur les lignes directrices ont également mis l'accent sur cette pratique, comme l'IWGDF et Diabète Canada (45,69).

Le soutien à l'autogestion fait référence à la capacité d'une personne à gérer elle-même son diabète (79). Le soutien à l'autogestion comprend des suivis fréquents avec un prestataire de santé, un encadrement en diabète et du soutien par les pairs, la communauté ou un groupe d'intérêt (selon la disponibilité) (79). Il est important que les stratégies d'autogestion impliquent les partenaires de soins et comprennent également un soutien psychosocial et comportemental (80). Le soutien psychosocial et comportemental comprend les éléments suivants : dépistage et traitement des préoccupations émotionnelles, prestation de soins holistiques et culturellement sécuritaires, responsabilisation des personnes et des partenaires de soins et fourniture de ressources accessibles. Il comprend également l'établissement d'échéanciers réalistes pour l'apprentissage et l'acquisition de comportements d'auto-soins par les personnes et leurs partenaires de soins (80).

L'**éducation à l'autogestion**^G désigne les activités éducatives qui permettent aux personnes d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour éclairer les choix sains et renforcer leur capacité d'appliquer les compétences (79). Dans la mesure du possible, une équipe interprofessionnelle de prestataires de santé doit collaborer avec les personnes et leurs partenaires de soins lorsqu'elle offre une éducation à l'autogestion (79). L'éducation collaborative à l'autogestion comprend l'établissement d'objectifs adaptés aux besoins et aux connaissances actuelles de la personne (79). L'éducation peut être donnée individuellement ou en groupe, en personne ou virtuellement (79). Pour que la personne puisse participer efficacement à ses propres soins du diabète, les prestataires de santé doivent combiner à la fois l'éducation à l'autogestion et le soutien à l'autogestion. Un modèle de la façon de le faire est présenté à la **figure 2**.

Bien qu'il soit recommandé de fournir un soutien et une éducation à l'autogestion, les prestataires de santé doivent reconnaître que la capacité d'autogérer les soins est profondément influencée par les déterminants sociaux de la santé (40). Par exemple, la capacité d'une personne à gérer son diabète et à se concentrer sur les soins liés aux PPD peut être entravée par des circonstances qui ne lui permettent pas de répondre à ses besoins fondamentaux, tels que l'insécurité alimentaire, l'accès limité aux services et aux ressources dans les zones rurales et isolées, les contraintes financières, l'itinérance, les traumatismes et les problèmes de santé mentale (26,81). Les prestataires de santé doivent intégrer les principes directeurs des soins axés sur les besoins de la personne et de la famille et la sécurité culturelle lorsqu'ils offrent aux personnes un soutien à l'autogestion. Voir l'**annexe C** et les **Principes directeurs**.

Figure 2 : Un modèle d'éducation à l'autogestion et de soutien à l'autogestion



Source : Reproduit avec la permission de : Sherifali D, Berard LD, Gucciardi E, et al.; Groupe d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada. Self-management education and support. Can J Diabetes. Avril 2018;42 (Suppl 1):S36-41. Disponible à : <https://guidelines.diabetes.ca/cpg/chapter7>

Conseils de mise en œuvre

Du groupe d'experts

- Commencez par établir une relation thérapeutique. Une relation thérapeutique est nécessaire entre les fournisseurs de soins de santé et la personne qui sollicite des services de santé afin qu'ils puissent établir une relation de confiance, collaborer et prendre ensemble les décisions concernant les soins et les services de santé appropriés.
- Il n'y a pas d'approche unique pour l'autogestion. Pour une autogestion réussie, il est important de prendre le temps d'évaluer les capacités, les attentes, les préférences, les besoins et les priorités de la personne et d'adapter l'approche à la personne.

- Certaines personnes (ou leurs partenaires de soins) peuvent ne pas être en mesure de participer à tous les aspects de l'autogestion du diabète et des PPD en raison de leurs fonctions physiques ou cognitives. Il est important que les prestataires de santé respectent les capacités de la personne et conçoivent conjointement un plan de soins où la personne et le partenaire de soins peuvent se charger de certains aspects de l'autogestion.
- Faites participer les personnes et leurs partenaires de soins dans l'éducation à l'autogestion et créez des environnements où ils peuvent exprimer leurs préférences, leurs besoins, leurs préoccupations et leurs questions. Si vous offrez une formation passive (p. ex., un dépliant), assurez-vous d'expliquer la ressource et de répondre à toutes les questions.
 - Assurez-vous que les personnes et les partenaires de soins ont une voix active et participent vraiment à la discussion. Les signes d'engagement peuvent inclure des questions, des demandes d'information et la communication d'observations ou de préoccupations.
 - Assurez-vous que tous les documents sont accessibles aux personnes et aux partenaires de soins (p. ex., en gros caractères, dans un langage clair, culturellement sécuritaires et tenant compte des différents styles d'apprentissage et niveaux de littératie en matière de santé); voir l'**annexe C**).
 - Assurez-vous que les personnes et les partenaires de soins comprennent l'éducation à l'autogestion offerte. Un signe de compréhension consiste à démontrer de nouvelles compétences sur la façon d'effectuer les soins des ongles.
- Donnez aux personnes et aux partenaires de soins les moyens d'agir en les aidant à acquérir des connaissances, de la confiance et un sentiment d'autonomie concernant leurs propres soins et en les aidant à faire des choix éclairés dans le cadre de leur plan de soins (voir la **Recommandation 1.0**). Fixez des objectifs spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et limités dans le temps (SMART), adoptez une approche axée sur les points forts et fournissez des outils d'autonomisation (p. ex., encouragez les questions et obtenez des commentaires de la personne et du partenaire de soins); voir **Ressources d'appui**.
- Il y a plusieurs guides dans les **Ressources d'appui** et un exemple d'outil d'autodépistage dans l'**annexe F** qui peuvent aider les prestataires de santé à éduquer les gens sur l'autogestion des PPD. L'éducation à l'autodépistage comprend généralement l'évaluation de la peau (rougeurs, coupures, plaies, enflure, callosités), des ongles, de la forme du pied, de la circulation sanguine (chaleur, douleur) et du port de chaussures adaptées.

Ressources d'appui

RESSOURCES	DESCRIPTION
RESSOURCES POUR LES PERSONNES ET LES PARTENAIRES DE SOINS	
Harvard Longwood Campus, Office of Employee Development and Wellness. Crafting your S.M.A.R.T. goal statement [Internet]. Boston (MA) : Harvard University; 2020. Disponible à : https://hlc.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2412/2020/09/SMART-Goal-Handout.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Modèle qui aide les personnes et les partenaires de soins à créer des objectifs SMART.
Information about Diabetes and Healthy Feet. Dans : Healthy Feet [Internet]. North York (Ontario) : Plaies Canada; c2017-2024. Disponible à : https://www.woundscanada.ca/for-patients-public/240-diabetic-healthy-feet-and-you/for-patients-and-public/267-information-about-diabetes-and-healthy-feet#plan	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette page Web fournit aux personnes vivant avec des PPD de l'information sur la façon d'évaluer leur santé et leurs pieds, d'élaborer un plan de soins et de surveiller les PPD.

RESSOURCES	DESCRIPTION
<p>Living with diabetes. Dans : Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [Internet]. Atlanta (GA) : CDC; 15 mai 2024. Disponible à : https://www.cdc.gov/diabetes/living-with/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/diabetes/managing/index.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Self-management resources from the Centers for Disease Control and Prevention for persons living with diabetes.
<p>RESOURCES FOR PERSONS, CARE PARTNERS AND/OR HEALTH PROVIDERS</p>	
<p>Printable Resources. Indigenous Diabetes Health Circle (IDHC) [Internet]. Thorold (Ontario) : IDHC; c2024. Disponible à : https://idhc.life/resources/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette page Web fournit aux peuples, aux organisations et aux communautés autochtones des ressources imprimables sur le diabète.
<p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Stratégies permettant de soutenir l'autogestion des états chroniques : la collaboration avec les clients. Toronto (Ontario) : AIIAO; septembre 2010. Disponible à RNAO.ca/bpg/guidelines/strategies-support-selfmanagement-chronic-conditions-collaboration-clients</p> <p>*Nouvelle édition en cours. Date de publication prévue en 2026.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette LDPE de l'AIIAO fournit des recommandations fondées sur des données probantes concernant le soutien à l'autogestion afin d'améliorer la capacité d'une personne à gérer ses états chroniques.
<p>Support Self-management. Diabète Canada : Clinical practice guidelines [Internet]. Toronto (Ontario) : Diabète Canada; [date inconnue]. Disponible à : https://guidelines.diabetes.ca/self-management</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ressources de Diabète Canada élaborées pour les prestataires de santé et les personnes afin de faciliter l'autogestion du diabète.

RECOMMANDATION 1.0 :

Le groupe d'experts suggère que lorsqu'ils offrent un soutien à l'autogestion, les prestataires de santé utilisent des stratégies de mobilisation des personnes adaptées aux personnes à risque ou vivant avec des plaies du pied causées par le diabète et à leurs partenaires de soins.

Force de la recommandation : Conditionnelle

Certitude des données probantes : Très faible

Discussion des données probantes :**Avantages et inconvénients**

Aux fins de la présente LDPE, les stratégies de mobilisation des personnes désignent un processus par lequel les personnes acquièrent un plus grand contrôle sur les décisions et les mesures qui touchent leur santé et renforcent leur volonté, leur capacité et leur confiance à participer activement à leurs propres soins (82). Pour plus de détails décrivant les stratégies de mobilisation des personnes mentionnées dans la littérature, veuillez consulter le **tableau 8** ci-dessous. Pour cette recommandation, l'intervention d'intérêt était les stratégies de mobilisation des personnes lors de la prestation de l'éducation à l'autogestion des PPD. L'intervention a été comparée aux soins habituels des PPD ou à la prestation d'une éducation sur l'autogestion où aucune stratégie de mobilisation des personnes n'a été utilisée.

Cinq **essais comparatifs randomisés (ECR)**⁶, quatre essais contrôlés non randomisés (ECNR) et une étude non randomisée à bras unique ont été inclus dans cette recommandation (83-92). Les données probantes portaient principalement sur l'éducation à l'autogestion des PPD, fournie à l'aide de diverses stratégies de mobilisation des personnes, notamment des soins individualisés ou axés sur les besoins de la personne et de la famille, des séances pratiques permettant aux personnes de s'exercer à prendre soin de leurs pieds, une psychoéducation, des conseils ciblés et des entrevues motivationnelles. Ces études ont été menées dans divers milieux de soins, notamment des hôpitaux, un centre de soins de santé communautaire et un établissement pour personnes âgées. Dans les études incluses, l'intervention a été fournie par des chercheurs, des podiatres, des infirmières et infirmiers, un psychologue ou un prestataire de santé titulaire d'une maîtrise en nutrition. Les participants aux études incluses présentaient différents niveaux d'éducation, allant d'un niveau inférieur à l'enseignement primaire à un niveau postsecondaire (84).



Il est important de noter qu'une seule stratégie de mobilisation ne convient pas à tous. Les professionnels de la santé doivent rechercher activement et écouter les préoccupations des personnes à risque ou vivant avec des PPD, ainsi que celles de leurs partenaires de soins, et adapter les soins et les stratégies à leurs besoins.

Les données disponibles indiquent que le recours à des stratégies de mobilisation des personnes dans l'éducation à l'autogestion peut accroître leur satisfaction et leur sentiment d'efficacité personnelle, et réduire l'apparition ou la récurrence des PPD. Cependant, l'effet de l'intervention sur l'observance n'était pas uniforme. Un autre ECR (83) a signalé que l'éducation individuelle à l'appui de la prestation d'une éducation sur l'autogestion aux personnes à risque ou vivant avec des PPD augmentait la satisfaction de la personne à l'égard des soins infirmiers. Quatre ECR (84, 85, 91, 93), trois ECNR (83, 87, 88) et une étude non randomisée à bras unique (89) ont signalé une amélioration des scores d'autoefficacité lorsque des stratégies de mobilisation des personnes ont été utilisées. Dans un ECR (84), les scores de confiance en soi (liés à l'efficacité) étaient plus élevés chez ceux qui ont reçu l'intervention (où ils ont reçu une éducation collaborative des patients); cependant, cette différence n'a été observée que chez les participants ayant un niveau de scolarité secondaire ou tertiaire. Deux études sur trois qui portaient sur l'apparition ou de la récurrence de PPD ont signalé une diminution des récurrences. Un ECR a signalé qu'il n'y avait pas de différences importantes en ce qui concerne la proportion de participants ayant développé une ou plusieurs plaies au cours de la période de suivi d'un an (92). Cependant, les deux autres ECR (87,90) ont signalé que les stratégies de mobilisation des personnes

réduisaient l'apparition ou la récurrence de PPD par rapport aux soins habituels. Dans un ECRN (90), le risque de développer des facteurs de risque de PPD au niveau des pieds (c'est-à-dire peau sèche, peau fissurée, cors/callosités) dans le groupe d'intervention (où les personnes ont participé à un programme d'éducation à l'hygiène des pieds basé sur la théorie de l'auto-efficacité) était 22,22 fois plus faible que le risque de présenter une peau sèche, une peau fissurée ou des cors/callosités dans le groupe de contrôle après six mois. Dans les autres ECR (87), l'incidence des nouvelles PPD était plus faible dans le groupe ayant reçu de la psychoéducation que dans le groupe ayant reçu les soins standard. Le temps moyen avant le développement de nouvelles PPD était également plus long dans le groupe ayant reçu de la psychoéducation que dans le groupe ayant reçu les soins standard. Enfin, deux études (un ECR et un ECNR) ont mesuré l'observance, mais ont donné des résultats inégaux. Un ECNR a signalé une plus grande observance du comportement d'autogestion par rapport aux soins de base (88), mais un ECR (92) a signalé qu'un plus grand nombre de participants du groupe de contrôle portaient leurs chaussures orthopédiques que ceux du groupe d'intervention après 3 mois.

Le taux d'amputation a été identifié par le groupe d'experts comme un résultat important, mais il n'a été mesuré dans aucune des études incluses. Aucun préjudice n'a été signalé dans les données probantes.

Les données disponibles suggèrent que l'utilisation de stratégies de mobilisation des personnes lors de la prestation d'une éducation à l'autogestion adaptée aux personnes à risque ou vivant avec des PPD, ainsi qu'à leurs partenaires de soins, pourrait accroître la satisfaction, l'observance et l'auto-efficacité des personnes et réduire l'apparition ou la récurrence des PPD; toutefois, les données disponibles sont très incertaines. Le degré global de certitude des données probantes a été jugé très faible en raison d'un risque de biais grave et très grave dans la plupart des études incluses, d'une certaine incohérence dans les résultats, d'une imprécision liée à la petite taille des échantillons et d'une imprécision grave ou très grave pour tous les critères de jugement.

Pour obtenir des renseignements plus détaillés sur l'incidence des stratégies de mobilisation des personnes sur les résultats prioritaires, consultez les profils de données probantes sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

Valeurs et préférences

D'après les données probantes tirées de l'examen systématique :

Trois études ont présenté les préférences pour l'intervention (94-96). Dans une étude, des podiatres ont été formés à l'utilisation de stratégies d'entrevues motivationnelles afin d'encourager les personnes ayant des PPD à participer activement à l'autogestion. Les podiatres ont trouvé ces stratégies utiles, mais ont signalé certaines difficultés à les mettre en pratique, notamment le temps nécessaire à leur mise en œuvre, les contraintes liées aux consultations, le style de communication plus directif d'autres prestataires de santé et le manque de confiance dans l'utilisation de ces stratégies (96).

Du point de vue des personnes ayant des PPD, une étude a révélé que lorsque des stratégies de mobilisation des personnes étaient utilisées pour fournir un soutien à l'autogestion, les personnes à risque ou vivant avec des PPD préféraient que leurs partenaires de soins également une formation, car ils jouaient un rôle essentiel dans les soins des pieds (95). Les personnes préféraient également recevoir du matériel d'éducation sur l'autogestion tôt après le diagnostic et tout au long de la prise en charge (95). Dans une autre étude, les personnes à risque ou vivant avec des PPD ont déclaré qu'elles avaient besoin de plus de temps pour parler à leur médecin à chaque visite et ont suggéré de réduire le nombre de rendez-vous prévus afin de disposer de plus de temps pour discuter (94). Les personnes à risque ou vivant avec des PPD et leurs partenaires de soins voulaient être compris et centrés sur l'éducation à l'autogestion, et ils préféraient que les prestataires de santé utilisent une approche fondée sur les forces où les prestataires se concentrent sur les forces internes et la débrouillardise de la personne (94). Ils ont remarqué que certains prestataires de santé tardaient à les féliciter pour leurs réalisations, mais n'hésitaient pas à les ridiculiser lorsqu'ils ne parvenaient pas à atteindre les objectifs fixés par le prestataire de santé (94). Le soutien par les pairs a également été apprécié pour la prise en charge à long terme de la maladie. Il a également été noté qu'il serait utile d'offrir de l'éducation et des soins dans la langue ou le dialecte que la personne ou le partenaire de soins connaît le mieux (94).

Équité en matière de santé

D'après les données probantes tirées de l'examen systématique :

Une étude (90) menée dans un établissement de soins en milieu urbain a révélé que la généralisation des résultats de l'étude aux milieux ruraux est limitée et devrait être explorée plus en profondeur.

Conclusions du groupe d'experts

Le groupe d'experts a noté qu'il pourrait être avantageux d'utiliser des stratégies de mobilisation des personnes lors de l'éducation sur l'autogestion aux personnes à risque ou vivant avec des PPD. Cependant, les données probantes sont très incertaines. Le groupe d'experts a également noté qu'une même stratégie ne convient pas à tous, et que les prestataires de santé doivent activement rechercher et écouter les préoccupations des personnes à risque ou vivant avec une PPD et leurs partenaires de soins et adapter les soins et les stratégies à leurs besoins. Le groupe d'experts a déterminé que la force de la recommandation était conditionnelle.

Conseils de mise en œuvre

Tableau 7 : Utilisation de stratégies de mobilisation des personnes pour fournir un soutien à l'autogestion : Conseils de mise en œuvre du groupe d'experts

CONSIDÉRATIONS	DÉTAILS
Préparation au changement	<ul style="list-style-type: none"> ■ Déterminer les priorités en matière de santé de la personne et des partenaires de soins et son état de préparation au changement. La préparation au changement est essentielle à l'autogestion et à l'amélioration de la santé. Les signes de préparation au changement comprennent le fait d'être ouvert à l'autogestion ou de se sentir en confiance pour prendre en charge une PPD. ■ Mettre l'accent sur l'autonomisation de la personne et du partenaire de soins. Renforcer leur confiance dans la prise de décisions pour prévenir les PPD et savoir quand demander des soins de santé lorsque des signes de PPD sont découverts. ■ Évaluer et traiter l'autostigmatisation pour éviter le cycle d'autostigmatisation, de démoralisation et de désengagement associé à la prise en charge des PPD.
Littératie en matière de santé	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluer le niveau de littératie en santé de la personne et des partenaires de soins. La littératie en santé est importante pour aider les personnes à trouver, à comprendre et à utiliser de l'information et des services pour éclairer leurs décisions et leurs actions en matière de santé (97). ■ Utiliser un langage simple, la langue et les canaux de communication préférés, ainsi qu'un langage culturellement et linguistiquement approprié (97).

CONSIDÉRATIONS	DÉTAILS
Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille	<ul style="list-style-type: none"> ■ Si la personne y consent, inclure des partenaires de soins lors de la prestation d'éducation ou de soins sur le diabète. Certaines personnes préfèrent que leurs partenaires de soins soient présents lorsqu'elles reçoivent des soins de santé afin de leur apporter un soutien psychologique et émotionnel. ■ Écouter les personnes à risque ou vivant avec une PPD et leurs partenaires de soins, et adapter les soins et les stratégies à leurs besoins.
Principes de l'apprentissage des adultes	<ul style="list-style-type: none"> ■ La compréhension des différentes théories de l'apprentissage peut aider les prestataires de santé à choisir ce qu'il y a de mieux en matière de stratégies pédagogiques, d'objectifs d'apprentissage et de méthodes d'évaluation lorsqu'ils fournissent une formation aux personnes et à leurs partenaires de soins (98). ■ Il est important de tenir compte des principes de l'apprentissage des adultes lors de la conception et de la mise en œuvre des programmes d'éducation en soins de santé (98). Les principes de l'apprentissage des adultes reconnaissent que : <ul style="list-style-type: none"> □ l'apprentissage implique des changements, ce qui peut causer de l'anxiété chez les apprenants adultes; □ les apprenants adultes ont un large éventail d'expériences, de connaissances, d'intérêts et d'habiletés antérieures et ils apprécient que leurs atouts soient reconnus et utilisés; □ les apprenants adultes sont autonomes et veulent participer activement au processus d'apprentissage; □ les apprenants adultes apprécient les programmes qui répondent aux défis pertinents de leur vie et offrent des solutions qui sont immédiatement utiles; □ les apprenants adultes apprennent mieux dans des contextes informels où ils peuvent interagir socialement (99). ■ Évaluez les préférences d'apprentissage (p. ex., modalités d'enseignement en personne ou virtuelles, ressources écrites ou orales, en ligne ou imprimées).
Soins tenant compte des traumatismes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lorsque vous utilisez des stratégies de mobilisation des personnes pour offrir une éducation sur l'autogestion aux personnes à risque ou vivant avec des PPD, assurez-vous d'utiliser des approches de soins tenant compte des traumatismes (pour plus de détails, voir Principes directeurs).
Soins culturellement sécuritaires	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournir des soins de santé culturellement sécuritaires aux personnes et à leurs partenaires de soins (pour plus de détails, voir Principes directeurs et l'annexe C).

Tableau 8 : Utilisation de stratégies de mobilisation des personnes : Contexte de mise en œuvre et détails tirés des données probantes

CONTEXTE	DONNÉES PROBANTES
<p>La section ci-dessous décrit les stratégies de mobilisation des personnes utilisées par les prestataires de santé dans les études lorsqu'ils offrent une éducation sur l'autogestion aux personnes à risque ou vivant avec une PPD.</p>	
<p>Entrevues motivationnelles</p>	<p>Baccolini et coll., 2022; Jongebloed-Westra et coll., 2023; Kes et coll., 2022</p> <ul style="list-style-type: none"> Le style de communication de chaque séance psychoéducative était collaboratif et visait à renforcer la motivation et l'engagement envers le changement, conformément aux principes du counseling motivationnel basé sur l'entrevue.
<p>Soins éclairés par les expériences de la personne</p>	<p>Bahador et coll., 2017</p> <ul style="list-style-type: none"> La formation pratique en autosoins a été adaptée à la personne en fonction de son expérience. <p>Heng et coll., 2020</p> <ul style="list-style-type: none"> L'approche d'éducation des patients comprenait : a) la collaboration avec le patient; b) le respect du fait que les personnes sont expertes de leur propre vie; et c) la mise en valeur de la motivation intrinsèque et du savoir-faire des personnes afin de créer conjointement un plan de traitement. <p>Vakilian et coll., 2022</p> <ul style="list-style-type: none"> L'intervention éducative était basée sur le modèle de promotion de la santé de Pender, dans lequel une partie de l'intervention portait sur l'épanouissement de soi de la personne. Le chercheur a étudié les sentiments et les croyances des personnes ayant des PPD.
<p>Formation individuelle</p>	<p>Fu et coll., 2021</p> <ul style="list-style-type: none"> Des infirmières et infirmiers ont fourni une formation individuelle pour améliorer les compétences et les capacités en autosoins de la personne. Une évaluation exhaustive du niveau d'éducation, de la personnalité et de la gravité de la maladie de la personne au moment de son admission a fourni des orientations de base pour l'élaboration de programmes individualisés d'éducation en santé.
<p>La théorie de l'autoefficacité de Bandura</p>	<p>Nguyen et coll., 2019; Ahmad Sharoni et coll., 2018; Toygar et coll., 2022</p> <ul style="list-style-type: none"> Les interventions éducatives étaient basées sur la théorie de l'autoefficacité de Bandura. Les réalisations en matière de performance, les expériences par procuration, la persuasion verbale et les états physiques et émotionnels ont été utilisés comme stratégies d'intervention.

Ressources d'appui

RESSOURCES	DESCRIPTION
<p>Bennett WL, Pitts S, Aboumatar H, et coll. Strategies for patient, family, and caregiver engagement [Internet]. Baltimore (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; août 2020. Disponible à : https://www.doi.org/10.23970/AHRQEPCTB36</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ce document technique présente des stratégies de mobilisation des personnes et des partenaires de soins qui ont été utilisées pour aider les personnes à prendre en charge des états chroniques. ■ Les stratégies de mobilisation des personnes et des partenaires de soins sont classées en trois catégories : soins directs, système de santé et communauté/politiques.
<p>Case Western Reserve University (CWRU). Motivational interviewing: an evidence-based treatment [Internet]. Cleveland (OH) : CWRU; 2021. Disponible à : https://case.edu/socialwork/centerforebp/sites/default/files/2021-03/miremindercard.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette fiche de rappel fournit des conseils aux prestataires de santé sur ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire lors d'une entrevue motivationnelle.
<p>Qualité des services de santé Ontario. Cadre pour l'engagement des patients en Ontario : Créer une solide culture de participation des patients pour soutenir des soins de santé de qualité supérieure [Internet]. Toronto (Ontario) : Gouvernement de l'Ontario; 2017. Disponible à https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/pe/ontario-patient-engagement-framework-fr.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ce guide fournit une brève introduction à chaque partie du Cadre pour l'engagement des patients de Qualité des services de santé Ontario, afin d'aider les patients, les partenaires de soins et les prestataires de santé à interagir efficacement.
<p>Our Voices, Our Stories. Dans : Plaies Canada [Internet]. North York (Ontario) : Plaies Canada; c2024. Disponible à : https://www.woundscanada.ca/patient-or-caregiver/patient-stories</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette série de vidéos met l'accent sur l'expérience et le parcours des patients dans les soins des plaies au Canada. Un élément clé de cette série consiste à apprendre à trouver un équilibre dans la vie quotidienne tout en vivant avec des blessures complexes. Les prestataires de santé apprendront également les répercussions des déterminants sociaux de la santé et leur incidence sur la vie de la personne et la gestion de ses plaies complexes.
<p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille [Internet]. Toronto (Ontario) : AIIAO; Mai 2015. Disponible à : RNAO.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care</p> <p>*Nouvelle édition en cours. Date de publication prévue en 2025.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette LDPE fournit des pratiques fondées sur des données probantes pour aider le personnel infirmier et les membres des équipes interdisciplinaires à devenir plus aptes à mettre en pratique les soins axés sur les besoins de la personne et de la famille.

RECOMMANDATION 2.0 :

Le groupe d'experts suggère que les personnes ou leurs partenaires de soins effectuent un autodépistage pour prévenir et prendre en charge les plaies du pied causées par le diabète.

Force de la recommandation : Conditionnelle

Certitude des données probantes : Très faible

Discussion des données probantes :**Avantages et inconvénients**

Aux fins de la présente LDPE, l'autodépistage désigne le dépistage et l'évaluation des risques effectués par les personnes à risque ou vivant avec des PPD ou leurs partenaires de soins. Pour cette recommandation, l'intervention d'intérêt était l'autodépistage effectué par des personnes ou des partenaires de soins pour prévenir les PPD, comparativement à l'absence d'autodépistage ou de soins standard par des personnes ou des partenaires de soins.

Un examen systématique et un ECR ont été inclus pour cette recommandation (100,101). Les interventions dans les données probantes étaient axées sur les effets de l'autodépistage par des personnes ou des partenaires de soins pour l'évaluation du risque de PPD. Les interventions comprenaient l'autodépistage des pieds à l'aide de miroirs pour les pieds diabétiques, avec ou sans rappel, ou de thermomètres infrarouges pour la surveillance quotidienne de la température des pieds (100,101). Les participants ont été recrutés dans des cliniques spécialisées dans le pied diabétique à haut risque, des centres de santé relevant d'un système de soins de santé pour anciens combattants, des hôpitaux, des cabinets de podologie affiliés à des hôpitaux (100) et la clinique externe d'un hôpital universitaire (101). Pour obtenir plus de détails sur l'intervention mentionnée dans la documentation, veuillez consulter le **tableau 10** ci-dessous.

Les données probantes suggèrent que l'autodépistage peut augmenter les taux de dépistage et réduire l'apparition et la récurrence de PPD. L'examen systématique a révélé que les participants qui surveillent eux-mêmes la température de la peau des pieds à l'aide d'un thermomètre infrarouge développent moins de PPD que les participants qui effectuent seulement les soins standard (100). En termes d'effets absolus, pour chaque 100 personnes qui utilisent un thermomètre infrarouge pour surveiller quotidiennement la température des pieds, 15 personnes de moins auront une récurrence des PPD (variant de 21 de moins à 5 de moins) (100). Un ECR supplémentaire à trois branches (101) portait sur les taux de dépistage parmi : 1) les patients ayant reçu une formation pour examiner leurs pieds (groupe de contrôle), 2) les patients ayant reçu une formation pour examiner leurs pieds et un miroir pour effectuer cet examen, et 3) les patients ayant reçu une formation et un miroir qui leur rappelle d'examiner leurs pieds. Les taux de dépistage étaient les plus élevés dans le dernier groupe, où les participants ont reçu une formation et un miroir leur rappelant d'examiner leurs pieds.

La satisfaction des patients a été identifiée par le groupe d'experts comme un résultat essentiel, et le dépistage de la neuropathie ainsi que les taux d'amputation ont été considérés comme des résultats importants. Cependant, ces résultats n'ont pas été mesurés dans les études.

Aucun préjudice n'a été signalé dans les données probantes.

Les données probantes suggèrent que l'autodépistage peut réduire l'apparition ou la récurrence des PPD et améliorer les taux de dépistage. Cependant, le degré de certitude des données probantes a été jugé très faible en raison d'un risque très grave de biais et d'une imprécision grave.

Pour obtenir des renseignements plus détaillés sur l'incidence sur les résultats prioritaires de l'autodépistage effectué par les personnes à risque ou vivant avec des PPD ou leurs partenaires de soins, consultez les profils de données probantes sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

Valeurs et préférences

D'après les données probantes tirées de l'examen systématique :

Aucune étude ne portait sur les valeurs ou les préférences en matière d'autodépistage.

Du groupe d'experts :

Le groupe d'experts a noté que les personnes ou leurs partenaires de soins apprécient que les prestataires de santé utilisent un langage neutre lorsqu'ils abordent l'autodépistage (p. ex., si la personne porte des chaussures inadéquates ou souffre d'une mycose des pieds). Le groupe d'experts a également noté que les préférences en matière d'autodépistage peuvent être très liées à la culture et au contexte d'une personne.

Équité en matière de santé

Du groupe d'experts :

Du point de vue des prestataires, le groupe d'experts a noté qu'il est important de comprendre que les déterminants sociaux de la santé peuvent nuire à l'autodépistage et à la prise en charge. Par exemple, si une personne occupe plusieurs emplois en raison de sa situation socioéconomique ou si elle ou son partenaire de soins a d'autres engagements, elle est possible qu'elle n'ait pas le temps ou l'énergie physique, mentale ou émotionnelle nécessaire pour procéder à l'autodépistage et à l'autogestion. Un autre problème est qu'une personne peut s'examiner et reconnaître un problème potentiel, mais peut ne pas avoir accès à un prestataire de santé pour le suivi.

Conclusions du groupe d'experts

Le groupe d'experts a noté qu'il peut y avoir des avantages lorsque des personnes ou des partenaires de soins effectuent un autodépistage pour prévenir et gérer les PPD, notamment une réduction de la fréquence ou de la récurrence des PPD et une augmentation des taux de dépistage. Cependant, les données probantes sont très incertaines. Le groupe d'experts a également noté que toutes les personnes ne pourront pas s'examiner. Par conséquent, le groupe d'experts a déterminé que la force de la recommandation était conditionnelle.

Conseils de mise en œuvre

Tableau 9 : Autodépistage guidé : Conseils de mise en œuvre du groupe d'experts

CONSIDÉRATIONS	DÉTAILS
<p>Évaluation avant l'autodépistage</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluer les personnes à risque ou vivant avec des PPD ou les partenaires de soins en fonction de leur compréhension des autosoins et de leur connaissance de l'autodépistage. ■ Évaluer les connaissances, les habiletés et les compétences des partenaires de soins en matière d'autodépistage et d'autosoins (p. ex., ils pourraient être incapables d'aider les personnes à risque ou vivant avec des PPD s'ils ont une capacité limitée de prendre soin d'eux-mêmes). ■ Évaluer tout problème de vision qui pourrait affecter la capacité de la personne ou du partenaire de soins à effectuer l'autodépistage. <p>Certaines personnes ou certains partenaires de soins peuvent ne pas être en mesure de participer à tous les aspects de l'autogestion du diabète et des PPD en raison de leur fonctionnement physique ou cognitif. Il est important que les prestataires de santé respectent les capacités de la personne et conçoivent conjointement un plan de soins où la personne ou le partenaire de soins peut effectuer certains aspects de l'autogestion.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ S'assurer que les personnes ou leurs partenaires de soins possèdent les connaissances et les compétences nécessaires pour comprendre et effectuer l'autodépistage. Adapter l'éducation à l'autodépistage au niveau d'éducation et de littératie en santé, à l'âge et à la culture de la personne ou des partenaires de soins. ■ Évaluer les préférences de la personne ou de ses partenaires de soins en matière d'éducation sur l'autodépistage et adapter les méthodes de soins afin d'avoir des conversations constructives.
Fréquence de l'autodépistage	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'autodépistage doit être effectué quotidiennement par la personne ou ses partenaires de soins.
Contenu de l'éducation à l'autodépistage et des guides d'autodépistage	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'éducation à l'autodépistage comprend habituellement l'évaluation de la peau (rougeur, coupures, plaies, enflure, callosités), des ongles, de la forme du pied, de la circulation sanguine (chaleur, douleur) et du port de chaussures adaptées. La plante de chaque pied doit être évaluée à l'aide d'un miroir afin de détecter tout changement. ■ Les guides d'autodépistage décrivent ce que les personnes ou les partenaires de soins doivent rechercher. Ces guides leur demanderont d'évaluer systématiquement les mêmes éléments lors de l'autodépistage quotidien. Voir Ressources d'appui pour obtenir des exemples de guides d'autodépistage à fournir aux personnes ou aux partenaires de soins. ■ Les prestataires de santé doivent fournir des soins déstigmatisants et adaptés à la culture (voir Principes directeurs et l'annexe C).


CONSIDÉRATIONS	DÉTAILS
Fourniture de ressources pour l'autodépistage	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournir des ressources variées et complètes aux personnes ou aux partenaires de soins pour l'autodépistage adapté aux besoins de la personne et de ses partenaires de soins. Voir Ressources d'appui ci-dessous pour des exemples. ■ Fournir des ressources dans la langue préférée des personnes ou des partenaires de soins (le cas échéant).
Collaboration avec les prestataires de santé	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'autodépistage ne remplace pas le dépistage effectué par un prestataire de santé. Bien que l'autodépistage doive être effectué quotidiennement, les prestataires de santé doivent continuer à examiner les personnes ayant des PPD à intervalles réguliers en fonction de la stratification des risques (voir l'Énoncé de bonne pratique 1.0). ■ Collaborer avec les prestataires de santé d'une équipe spécialisée dans le soin des plaies afin de répondre aux besoins particuliers des personnes ou des partenaires de soins lors de l'enseignement de l'autodépistage des PPD. Par exemple, si une personne a des besoins en matière de santé mentale, cela peut avoir une incidence sur sa capacité à effectuer un autodépistage. ■ Mobiliser les prestataires de santé ayant une expertise en santé mentale lorsqu'ils fournissent de l'éducation à l'autodépistage.
Signalement précoce des signes et symptômes des PPD 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Encourager les personnes ou les partenaires de soins à consulter un prestataire de santé dès que des signes précoces de PPD sont repérés, tels que des taches rouges, de la chaleur, des plaies mineures et une perte de sensibilité dans le pied affecté, immédiatement ou dès que possible (69). <ul style="list-style-type: none"> □ Les prestataires de santé doivent expliquer aux personnes ou à leurs partenaires de soins la manière d'interpréter les résultats de l'autodépistage afin qu'ils puissent agir en cas de résultats anormaux et les signaler à leur prestataire de santé. ■ Si une personne ou un partenaire de soins signale des signes et des symptômes d'une PPD, le mettre en contact avec des prestataires de santé possédant les compétences appropriées et lui fournir un soutien à la navigation au besoin. Tenir compte du fait que toutes les salles d'urgence ou tous les prestataires de santé primaires ne disposent pas d'un cheminement clinique^c pour permettre un dépistage des PPD, leur prise en charge ou un aiguillage rapide et efficace. ■ Démontrer une sensibilisation des mesures préventives pour répondre aux besoins en matière de santé et promouvoir les résultats en matière de santé à chaque interaction avec les personnes et les partenaires de soins. ■ Voir l'annexe F pour obtenir un exemple d'outil d'autodépistage qui fournit des conseils sur le moment de signaler les signes et les symptômes.
Réévaluation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réévaluer régulièrement la compréhension de l'autodépistage par les personnes ou les partenaires de soins et répondre aux questions. Cela peut favoriser la continuité de l'autodépistage. ■ Réévaluer si la personne est capable d'effectuer l'autodépistage de manière autonome. Si ce n'est pas le cas, expliquer les techniques d'autodépistage au partenaire de soins. ■ Demander aux personnes ou aux partenaires de soins quelle est l'incidence de l'autodépistage sur leur qualité de vie.

Tableau 10 : Autodépistage guidé : Contexte de mise en œuvre et détails tirés des données probantes

CONTEXTE	DONNÉES PROBANTES
Méthodes d'autodépistage	<p>Akça Doğan & Enç, 2022, 2021</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ L'étude a porté sur l'utilisation d'un miroir d'inspection des pieds diabétiques, avec et sans rappel. Le miroir d'inspection des pieds diabétiques se compose d'un miroir grossissant rond, avec une poignée réglable. Pour le miroir d'inspection pour pieds diabétiques avec rappel, un réveil est fixé au miroir. <p>van Netten et coll., 2024</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ L'examen systématique portait sur l'utilisation de thermomètres infrarouges pour surveiller soi-même la température de la peau de ses pieds. Le thermomètre est un appareil portatif qui utilise des capteurs pour détecter la température des pieds. Un prestataire de santé a enseigné aux participants comment utiliser le thermomètre. ■ On a demandé aux participants de vérifier la température de leurs pieds au moins deux fois par jour. Deux études ont indiqué que si les participants remarquaient une différence de température cutanée de >2,0 degrés Celsius, ils devaient communiquer avec un prestataire de santé et réduire leur activité physique.
Éléments de l'autodépistage	<p>Akça Doğan & Enç, 2022</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La liste de suivi du contrôle du pied diabétique a été conçue sous la forme d'un formulaire daté contenant les changements que le patient doit vérifier quotidiennement (décoloration, égratignures-abrasions, sécheresse, enflure, ampoules, callosités, verrues, mycoses, ulcères, épaissement-picotements et déformation de l'ongle).

Ressources d'appui

RESSOURCES	DESCRIPTION
<p>Alberta Health Services. Diabetes foot health self-screening tool. [Internet]. [lieu inconnu] : Gouvernement de l'Alberta; septembre 2021. Disponible à : https://myhealth.alberta.ca/Alberta/AlbertaDocuments/diabetes_foothealth_selfscreening_tool_sep2021.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cet outil écrit en langage clair pour les personnes vivant avec le diabète fournit une liste de vérification des éléments d'autodépistage pour l'évaluation des pieds.
<p>Botros M, Ketchen R, Kuhnke J, et coll. Care At Home Series: Diabetic Foot Complications: When is it an emergency? [Internet]. North York (Ontario) : Plaies Canada; 2021. Disponible à : https://www.woundscanada.ca/docman/public/patient-or-caregiver/1727-home-emergency-df-care-1941e/file</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ce guide en langage clair peut être utilisé par les personnes et les partenaires de soins pour prévenir ou prendre soin des PPD. ■ À la page 4, les personnes et les partenaires de soins peuvent évaluer l'état du pied et planifier leur plan d'action, allant des autosoins réguliers jusqu'au moment où il faut obtenir des soins immédiats et urgents. ■ À la page 5, il y a une liste de vérification pour les personnes et les partenaires de soins sur les mesures qui peuvent être prises pour prévenir et prendre en charge les PPD.
<p>Diabetes and Foot Care: A Checklist. Can J Diabetes [Internet]. Avril 2018;42(Suppl 1);S323. Disponible à : https://guidelines.diabetes.ca/appendices/appendix13</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette fiche d'information rédigée en langage clair à l'intention des personnes atteintes de diabète fournit une liste de choses à faire et à ne pas faire pour l'évaluation et la prise en charge des soins des pieds, y compris l'autodépistage.
<p>Indigenous Diabetes Health Circle (IDHC). IDHC's Foot Care Program (FCP) Resource Kit [Internet]. [lieu inconnu] : IDHC; 2021. Disponible à : https://idhc.life/wp-content/uploads/2021/06/Foot-Care-Resource-Guide-APRIL-2021.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette fiche d'information à l'intention des Autochtones vivant avec le diabète fournit une liste d'outils pour effectuer l'autodépistage du pied. ■ *Bien qu'elle soit adaptée aux Autochtones, cette ressource peut être utilisée par toute personne ayant une PPD.
<p>Plaies Canada. Diabetes, Healthy Feet and You: A Conversation with Marina [fichier vidéo]. Dans : YouTube [Internet]. 5 février 2021. Disponible à : https://www.youtube.com/watch?v=fVDV6mC1Kgk</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette vidéo a été développée par Plaies Canada en collaboration avec une personne ayant une expérience vécue. Elle contient des renseignements sur l'autodépistage.

RESSOURCES	DESCRIPTION
<p>Plaies Canada. Healthy Feet: Finding the Proper Shoe Fit [Internet]. North York (Ontario) : Plaies Canada; 2020. Disponible à : https://www.woundscanada.ca/dhfy-doc-man/public/diabetes-healthy-feet-and-you/780-proper-shoe-fit-english</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette fiche d'information en langage clair fournit des conseils pour l'ajustement des chaussures et décrit les caractéristiques d'une chaussure de soutien.
<p>Your Feet and Diabetes. Dans : CDC Diabetes [Internet]. Atlanta (GA) : U.S. Centers for Disease Control and Prevention; 15 mai 2024. Disponible à https://www.cdc.gov/diabetes/diabetes-complications/diabetes-and-your-feet.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette fiche d'information écrite en langage clair à l'intention des personnes atteintes de diabète fournit des conseils pour avoir des pieds en santé et quand consulter un prestataire de santé.

ÉVALUATION DES PLAIES

ÉNONCÉ DE BONNE PRATIQUE 3.0 :

Il est de bonne pratique que les prestataires de santé effectuent régulièrement une évaluation complète et cohérente de la plaie et documentent la présence et les caractéristiques d'une plaie du pied causée par le diabète.

Lorsqu'une personne atteinte de diabète présente des signes et des symptômes d'une PPD, l'évaluation complète et cohérente de la plaie et la documentation de la présence et des caractéristiques de la PPD font partie des bonnes pratiques. Une approche uniforme doit être utilisée pour des évaluations complètes régulières et continues des plaies. Effectuer une évaluation avant d'adopter un plan de soins constitue une norme d'exercice (102). Effectuez régulièrement des évaluations complètes des plaies conformément aux politiques de l'organisation et utilisez le même outil d'évaluation à chaque fois. Un examen des données probantes n'a pas été nécessaire pour déterminer les avantages et les inconvénients d'une évaluation; cependant, le groupe d'experts a estimé qu'il était nécessaire de communiquer cet énoncé à tous les prestataires de santé. Le groupe d'experts sur les lignes directrices de l'IWGDF a également mis l'accent sur cette pratique (30).

Une personne atteinte d'une PPD guérie présente un risque plus élevé d'ulcération et le pied est considéré comme étant en rémission (30). L'évaluation régulière est une stratégie de prévention des ulcères tout au long de la vie qui peut prévenir la détérioration des tissus, les infections, les amputations ou la récurrence des ulcères (103). **L'annexe I** décrit et illustre différents types de plaies chroniques que les prestataires de santé peuvent rencontrer et doivent différencier dans leur pratique clinique (p. ex., les PPD, les plaies de pression, les ulcères veineux et artériels).

Les outils validés d'évaluation du pied offrent une approche uniforme et fondée sur des preuves qui aide les prestataires de santé à réaliser un examen complet du pied. Les prestataires de santé qui utilisent les outils validés doivent mettre en place le soutien éducatif, organisationnel et systémique nécessaire pour que l'outil soit utilisé de manière appropriée (104). L'utilisation d'outils validés d'évaluation du pied, la documentation de l'évaluation et, si possible, la fourniture de photographies des PPD permettent aux prestataires de santé de recueillir des données de référence et de repérer tout changement au niveau des plaies, comme la cicatrisation ou la détérioration, ce qui peut ensuite orienter les plans de traitement en cours (104). La documentation relative à l'état initial et à toute réévaluation des blessures doit être remplie conformément aux politiques organisationnelles. Bien que les outils validés d'évaluation du pied diabétique couvrent plusieurs domaines d'évaluation, il peut y avoir d'autres facteurs que les prestataires de santé devraient évaluer (voir le **tableau 13**).

Types d'outils validés de classification du pied diabétique et d'évolution des plaies

L'utilisation d'outils validés de classification du pied diabétique peut aider les prestataires de santé à effectuer une évaluation de base complète d'une PPD. Des outils validés d'évolution des plaies peuvent aider les professionnels de la santé à surveiller tout changement de la plaie. Les réévaluations d'une PPD sont importantes pour suivre la cicatrisation ou la détérioration de la plaie. Il existe plusieurs outils validés d'évaluation du pied diabétique. L'examen systématique de l'IWGDF a révélé 28 systèmes de classification et de notation proposés pour les PPD, ce qui suggère que différents outils peuvent être utilisés pour différentes populations en fonction de différentes situations et circonstances (32). Parmi les différents objectifs, mentionnons les indications pour la communication entre les prestataires de santé, la prédiction clinique de l'évolution d'un ulcère, l'évaluation d'une PPD infectée, l'évaluation d'une personne atteinte d'une maladie artérielle périphérique et la réalisation d'audits des résultats entre les unités et les populations (32). Voir le **tableau 11** pour une description des outils de classification du pied diabétique, le **tableau 12** pour une description des outils d'évolution des plaies et l'**annexe H** pour obtenir des liens vers des sites Web pour ces outils.

Tableau 11 : Types d'outils validés de classification du pied diabétique

OUTIL	BRÈVE DESCRIPTION	INDICATION ET AUTRES CONSIDÉRATIONS
Système de classification SINBAD (Site, Ischemia, Neuropathy, Bacterial infection, Area and Depth)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évalue le site, l'ischémie, la neuropathie, l'infection bactérienne, la superficie et la profondeur. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Permet la communication sur les caractéristiques d'une PPD entre les prestataires de santé au sujet de la présence ou de l'absence de chaque variable (32). ■ Simple et rapide à utiliser, il ne nécessite aucun équipement spécialisé autre que l'évaluation clinique et contient les renseignements nécessaires pour permettre le triage vers une équipe interprofessionnelle spécialisée dans les soins des pieds (32). ■ Utile pour les audits régionaux, nationaux et internationaux afin de permettre des comparaisons entre les organisations de soins de santé sur les résultats des personnes atteintes de diabète et de plaies du pied (32). ■ Le système SINBAD a été validé dans 12 études pour plusieurs résultats cliniques liés aux plaies de pied (y compris la guérison, l'hospitalisation, l'amputation, le décès, etc.) (32).
Système Wifl (Wound, Ischemia, and foot Infection)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utilise une combinaison de scores pour la plaie, l'ischémie et l'infection du pied (selon les critères de l'IDSA/IWGDF) pour fournir un risque d'amputation sur un an et un avantage de la revascularisation sur un an. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Permet la communication sur les caractéristiques d'une plaie entre les prestataires de santé, en mettant l'accent sur la description du grade de chaque variable composante (32). ■ Chez une personne atteinte de diabète, d'une maladie artérielle périphérique et d'une plaie de pied, le système Wifl peut estimer la probabilité de guérison ou d'amputation (32).
Classification de l'Infectious Diseases Society of America/ International Working Group on the Diabetic Foot (IDSA/ IWGDF)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Comprend quatre grades d'infection du pied⁶ diabétique. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peut être utilisé pour la prise en charge d'une plaie du pied infectée, en particulier pour déterminer si une personne doit être hospitalisée (32). ■ Dans un cas de plaie infectée soupçonnée ou confirmée compliquée par l'ischémie, l'utilisation de la classification Wifl pourrait être envisagée (32).

OUTIL	BRÈVE DESCRIPTION	INDICATION ET AUTRES CONSIDÉRATIONS
Système de classification des plaies de Wagner	<ul style="list-style-type: none"> Évalue la profondeur de la plaie et la présence d'ostéomyélite^G ou de gangrène. 	<ul style="list-style-type: none"> D'autres variables (comme la perte de la sensation protectrice) ne sont pas prises en compte, et les PPD infectées et/ou ischémiques ne peuvent pas être différenciées adéquatement par ce système de classification (105).
Système de classification des plaies causées par le diabète de l'Université du Texas	<ul style="list-style-type: none"> Évalue la profondeur de la plaie, la présence d'une infection de la plaie et la présence de signes cliniques d'ischémie des membres inférieurs. 	<ul style="list-style-type: none"> La perte de sensation protectrice et la taille ne sont pas incluses dans cette classification (105).
Bates-Jensen Wound Assessment Tool (BWAT)	<ul style="list-style-type: none"> Évalue la profondeur, les bords, le décollement, le type et la quantité de tissu nécrotique, le type et la quantité d'exsudat, la couleur de la peau, l'œdème périphérique et l'induration, le tissu de granulation et l'épithélisation (106). 	<ul style="list-style-type: none"> Pour évaluer l'état de la plaie et suivre la cicatrisation.

Tableau 12 : Types d'outils validés d'évolution des plaies du pied causées par le diabète

OUTIL	BRÈVE DESCRIPTION	INDICATION ET AUTRES CONSIDÉRATIONS
Photographic Wound Assessment Tool (PWAT)	<ul style="list-style-type: none"> Évalue les bords de la plaie, le type et la quantité de tissu nécrotique, la couleur de la peau entourant la plaie, le type de tissu de granulation et l'épithélialisation (107). 	<ul style="list-style-type: none"> Pour évaluer l'état de la plaie et suivre la cicatrisation. Peut être utilisé lors de l'évaluation de photographies de plaies ou de la visualisation directe de la plaie au chevet du patient.
Mnémonique MEASURE	<ul style="list-style-type: none"> Mnémonique décrivant les éléments à évaluer. Mesure de la taille de la plaie, de la qualité et de la quantité d'exsudat, de l'apparence du lit de la plaie, de la souffrance (échelle d'évaluation de la douleur), du décollement, de la réévaluation et du bord (108). 	<ul style="list-style-type: none"> Sert de base à l'élaboration d'une approche cohérente d'évaluation des plaies.

Tableau 13 : Autres éléments à inclure dans une évaluation des PPD

AUTRES ÉLÉMENTS À INCLURE DANS UNE ÉVALUATION DES PPD	
1. Facteurs de risque de la PPD :	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dans la mesure du possible, déterminer l'événement précédent qui a mené à la formation de la PPD. ■ Évaluer les façons de marcher anormales, les déformations des pieds, les proéminences osseuses, les anomalies des pieds, les chaussures mal ajustées et les comportements des chaussures. Cette information peut aider à établir des plans de traitement et à prévenir la récurrence des PPD (30).
2. Facteurs liés à la personne :	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluer d'autres problèmes de santé qui peuvent contribuer à la formation d'une PPD. Ces facteurs comprennent les maladies cardiovasculaires, la rétinopathie, la neuropathie, les maladies artérielles périphériques, les maladies rénales, l'œdème, la malnutrition, un mauvais contrôle métabolique, des problèmes psychosociaux, la fragilité, le tabagisme, un indice de masse corporelle élevé, des autosoins inadéquats ou un manque de sensibilisation (30,109). ■ Évaluer les perceptions de la santé des pieds et de la routine d'autogestion, car la prise en charge intense et prolongée et les taux de guérison lents des PPD peuvent augmenter la fatigue liée à la maladie (38).
3. Considérations pour les peaux foncées	<p>Les PPD sont plus susceptibles de passer inaperçues chez les personnes à la peau foncée (72). Les prestataires de santé doivent utiliser des outils validés d'évaluation des plaies lorsqu'ils effectuent des évaluations sur les peaux foncées.</p> <p>Voici quelques stratégies à utiliser pour évaluer les peaux foncées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Placez la personne de manière à ce que la lumière naturelle éclaire directement sa peau. ■ Si cela n'est pas possible, utilisez une source de lumière vive et concentrée (par exemple, une lampe stylo ou la lampe d'un téléphone portable) pour examiner la peau. La lumière fluorescente est à éviter, car elle peut produire un ton bleuté sur les peaux foncées (72). ■ Pour évaluer la PPD de la personne, vérifiez sa température, sa fermeté, son inflammation ou sa douleur (72). ■ Si une mesure plus exacte est nécessaire pour évaluer la température, un thermomètre infrarouge peut être utilisé (110). ■ Évitez une dépendance excessive sur la « rougeur » comme symptôme d'infection, car le diabète affecte les réponses inflammatoires, et tenir compte d'autres signes, tels que la chaleur, l'enflure, l'apparition ou l'intensification de la douleur, l'écoulement purulent, l'augmentation des mauvaises odeurs et le retard de cicatrisation (72). Les prestataires de santé peuvent utiliser les outils de classification IDSA ou Wifl. ■ Prenez des photographies à des fins de documentation et de suivi si la personne y consent (72). Essayez de prendre des photos sous un angle et un éclairage similaires.

Conseils de mise en œuvre

Du groupe d'experts

- Faire participer les personnes et les partenaires de soins à l'évaluation des plaies pour s'assurer que l'évaluation est adaptée à leurs besoins.
- Effectuer régulièrement des évaluations complètes des plaies conformément aux politiques organisationnelles et utiliser le même outil d'évaluation à chaque fois (p. ex., ne pas utiliser le système SINBAD pour l'évaluation initiale, puis le système WIfI pour les évaluations subséquentes, sauf si cela est indiqué sur le plan clinique). Pour surveiller l'évolution de la plaie, il est utile de réévaluer la plaie à chaque visite pour détecter des changements de vascularisation, d'infection, de pression et de traumatisme. Il est utile de réévaluer la surface de la plaie chaque semaine.
- Après chaque évaluation, documenter les caractéristiques de la plaie, y compris l'emplacement, les dimensions (longueur, largeur et profondeur), les signes anormaux (p. ex. odeur, **desquamation**^G) et la classification de la plaie selon le système de classification des plaies utilisé.
- Utiliser des photographies de plaies pour évaluer avec exactitude l'apparence des plaies lorsque cela est possible, si la personne y consent. Voir le PWAT (Photographic Wound Assessment Tool ou outil d'évaluation photographique des plaies), un outil validé qui aide à documenter la plaie (voir le **tableau 12** et l'**annexe H**).
- Les prestataires de santé doivent passer en revue les évaluations récemment effectuées par d'autres membres de l'équipe avant d'effectuer une nouvelle évaluation. La collaboration peut favoriser une communication et un transfert d'information efficaces.
- Les prestataires de santé peuvent utiliser les cheminements cliniques appropriés pour s'assurer que la personne a accès à une équipe spécialisée dans le soin des plaies, le cas échéant (voir la **Recommandation 3.0** pour plus de détails).
 - Mobiliser les travailleurs sociaux, les infirmières et infirmiers en soins à domicile et d'autres membres appropriés de l'équipe interprofessionnelle pour obtenir du soutien lors de l'évaluation de la PPD. Les évaluations peuvent être effectuées dans n'importe quel milieu de soins (pas seulement dans les soins actifs).
- Utiliser une mnémotechnique « DFU-VIPS » (qui signifie gestion du diabète, pied/trouver la cause, plaie, accès vasculaire, infection, pression et débridement chirurgical/déterminants sociaux de la santé) comme aide-mémoire pour les éléments à évaluer chez une personne à risque ou vivant avec une PPD (voir l'**annexe J**).

Ressources d'appui

RESSOURCES	DESCRIPTION
<p>Botros M, Kuhnke J, Embil J, et coll. Best practice recommendations for the prevention and management of diabetic foot ulcers. Dans : Fondements des pratiques exemplaires pour la gestion des soins de la peau et des plaies. North York (Ontario) : Plaies Canada; 2017. Disponible à : https://www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/bpr-workshop/895-wc-bpr-prevention-and-management-of-diabetic-foot-ulcers-1573r1e-final/file</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Document d'orientation de Plaies Canada qui fournit des recommandations pour la prévention et la prise en charge des PPD. Met l'accent sur l'évaluation, l'établissement d'objectifs, la collaboration interprofessionnelle, l'élaboration d'un plan de soins et l'évaluation.
<p>Dhoonmoon L, Nair HK, Abbas Z, et coll. International consensus document: wound care and skin tone signs, symptoms and terminology for all skin tones [Internet]. Londres (Royaume-Uni) : Wounds International; 2023. Disponible à : https://woundsinternational.com/consensus-documents/wound-care-and-skin-tone-signs-symptoms-and-terminology-for-all-skin-tones/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ce document fournit des conseils pratiques sur l'évaluation et le diagnostic précis pour toutes les couleurs de peau ainsi que sur le langage et les descripteurs à utiliser pour faciliter une communication claire. Il traite également de différentes considérations géographiques et culturelles à travers le monde.
<p>Monteiro-Soares M, Hamilton EJ, Russel DA, et coll.; International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF). Guidelines on the classification of foot ulcers in people with diabetes: IWGDF 2023 update [Internet]. [lieu inconnu] : IWGDF; 2023. Disponible à : https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2023/07/IWGDF-2023-03-Classification-Guideline.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette ligne directrice fournit cinq recommandations sur l'utilisation d'outils pour classer les PPD dans la pratique clinique courante.
<p>Plaies Canada. Diabetes, healthy feet and your patients [Internet]. North York (Ontario) : Plaies Canada; c2017. Disponible à : https://www.diabetes.ca/DiabetesCanadaWebsite/media/Health-care-providers/2018%20Clinical%20Practice%20Guidelines/diabetes-healthy-feet-and-your-patients-brochure.pdf?ext=.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette brochure fournit aux prestataires de santé des éléments clés à évaluer lorsqu'ils prennent soin de personnes à risque ou vivant avec une PPD.
<p>Wounds Canada Institute Faculty. How to assess blood flowing using an ankle-brachial pressure index (ABPI) assessment. Soins des plaies Canada [Internet]. Printemps 2019;17(1):22-24. Disponible à : https://www.woundscanada.ca/docman/public/wound-care-canada-magazine/wcc-2019-v17-no1/1404-wcc-spring-2019-v17n1-final-p-22-24-abpi-how-to-tool-pdf/file</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette fiche d'information explique comment obtenir un indice de pression systolique cheville-bras.

ÉQUIPE SPÉCIALISÉE DANS LE SOIN DES PLAIES

RECOMMANDATION 3.0 :

Le groupe d'experts suggère que les organisations de services de santé mettent sur pied une équipe spécialisée dans le soin des plaies pour soutenir les personnes à risque ou vivant avec des plaies du pied causées par le diabète.

Force de la recommandation : Conditionnelle

Certitude des données probantes : Très faible

Discussion des données probantes :

Avantages et inconvénients

Pour cette recommandation, l'intervention d'intérêt était le soutien d'une équipe spécialisée dans le soin des plaies, par opposition à l'absence de soutien d'une telle équipe (c'est-à-dire les soins standard ou les soins fournis par un seul prestataire) pour la prévention et la prise en charge des PPD. Aux fins de la présente LDPE, une équipe spécialisée dans le soin des plaies comprend au moins deux prestataires de santé spécialisés d'horizons professionnels différents qui possèdent les compétences et le champ d'exercice requis pour prendre soin des personnes à risque ou vivant avec des PPD (en fonction des niveaux de risque de la personne). Les membres de cette équipe pourraient soigner directement la personne ayant une PPD ou être consultés au besoin. Un prestataire de santé spécialisé est éduqué, formé et compétent en matière d'évaluation, de prévention et de prise en charge avancées des membres inférieurs, comme un ISPSC. L'équivalent d'ISPSC dans d'autres territoires peut être représenté avec d'autres titres de compétences, tels que (mais sans s'y limiter) une certification d'infirmière spécialisée en soin des plaies, des stomies et de la continence ou la certification du cours international interprofessionnel en soins des plaies (IIWC). L'IWGDF suggère qu'il devrait y avoir au moins trois niveaux de prise en charge des soins des pieds avec des prestataires de santé spécialisés (30). Généralement, une équipe comprend des infirmières ou infirmiers, des podologues, des médecins de différentes spécialités et plus encore.



Comme pour toutes les procédures, les professionnels de la santé spécialisés doivent connaître leur champ d'exercice et suivre les lignes directrices des organismes de réglementation. Les prestataires de santé spécialisés ne devraient s'occuper des personnes à risque ou vivant avec une PPD que lorsqu'ils possèdent les connaissances, les compétences et le jugement nécessaires. Les prestataires de santé spécialisés doivent également suivre les politiques et les procédures organisationnelles liées au traitement et aux soins des PPD.

Une organisation de services de santé fournit des services de soins de santé à une communauté ou une population définie. Il s'agit notamment d'équipes de santé familiale, de centres de santé communautaire, d'organisations de soins à domicile ainsi que d'hôpitaux.

Deux examens systématiques et cinq **études non randomisées**^G ont été inclus dans cette recommandation (100,111-116). Les soins des PPD étaient fournis par divers prestataires de santé réglementés et non réglementés. Aucune étude n'avait exactement la même composition d'équipe. Dans certaines circonstances, l'équipe spécialisée dans le soin des plaies consulterait d'autres prestataires spécialisés (p. ex., un psychologue si la personne avait des problèmes de santé mentale).

Les équipes fournissaient divers services tels que l'évaluation (y compris l'anamnèse et la réalisation d'examen vasculaires non invasifs), la prise en charge (y compris les soins des plaies, l'amputation ou la chirurgie, le sauvetage des membres, la prescription d'examen diagnostiques), l'évaluation, le suivi, la prévention des PPD futures et la mise en place de modalités de **décharge**⁶, d'orthèses ou de chaussures adaptées. Pour obtenir plus de détails sur l'intervention mentionnée dans la documentation, veuillez consulter le **tableau 15**.

Les données disponibles indiquent que le recours à une équipe spécialisée dans le soin des plaies peut prévenir l'apparition ou la réapparition des PPD, réduire les taux d'amputation, améliorer les taux de guérison des PPD et diminuer les taux de réadmission dans les 30 jours. Un examen systématique a rapporté que chez les personnes atteintes de diabète à risque élevé de développer une PPD, une équipe spécialisée dans le soin des plaies peut réduire le risque de plaie récidivante (100). En termes d'effets absolus, un ECR de cet examen systématique a signalé que pour 100 personnes qui ont reçu des soins d'une équipe spécialisée dans le soin des plaies, 24 personnes de moins auront une récurrence d'une PPD (allant de 33 à 12 personnes de moins) (100). Un autre examen systématique a rapporté que les équipes pluridisciplinaires de soins fournissent une protection contre l'amputation, avec une réduction estimée du taux d'amputation de 39 à 56 % (111). En termes d'effets absolus, pour chaque 100 personnes qui ont reçu des soins d'une équipe spécialisée dans le soin des plaies, neuf personnes de moins subiront une amputation majeure (de six de moins à 11 de moins) (111). Sur quatre études qui ont examiné les taux de guérison des PPD, trois études non randomisées à bras unique ont rapporté que l'utilisation d'une équipe spécialisée dans les soins des plaies améliorerait les taux de guérison des PPD (113-115). Une ECNR a signalé peu ou pas de différence entre les taux de guérison des PPD dans les groupes d'intervention et de contrôle; une réduction de 33,4 % du nombre total de PPD a été observée dans le groupe d'intervention et une réduction de 37,3 % dans le groupe de contrôle. Après cinq mois, les deux groupes ont connu une réduction comparable de la taille des plaies : réduction de 60,1 % dans le groupe d'intervention et de 52,4 % dans le groupe de contrôle. Enfin, une étude non randomisée à bras unique a signalé que le recours à une équipe spécialisée dans le soin des plaies diminuait les taux de réadmission dans les 30 jours (116).

Les taux de satisfaction des personnes et de réadmission ont été identifiés par le groupe d'experts comme des résultats critiques; cependant, ces résultats n'ont pas été mesurés.

Aucun préjudice n'a été signalé dans les données probantes.

Les données probantes indiquent que le recours à une équipe spécialisée dans le soin des plaies pour soutenir les personnes à risque ou vivant avec des PPD peut prévenir leur apparition ou leur récurrence, réduire les taux d'amputation, améliorer le taux de guérison des PPD et diminuer les taux de réadmission dans les 30 jours. Le degré global de certitude des données probantes a été jugé très faible en raison d'un risque de biais grave ou très grave pour toutes les études individuelles, d'une incohérence grave pour un résultat ainsi que d'une imprécision très grave pour certains résultats.

Pour obtenir des renseignements plus détaillés sur l'incidence sur les résultats prioritaires d'une équipe spécialisée dans le soin des plaies, consultez les profils de données probantes sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

Valeurs et préférences

D'après les données probantes tirées de l'examen systématique :

Dans une étude, des personnes atteintes de PPD ont reçu des soins d'une équipe spécialisée dans le soin des plaies à la clinique des services aux pieds à haut risque d'un hôpital. Les personnes ont déclaré qu'elles appréciaient de recevoir un débridement chirurgical, des changements de pansement, une décharge de la pression et de l'éducation sur les autosoins des pieds (117). Cependant, une forte proportion de personnes ayant des PPD avaient des problèmes de mobilité qui affectaient leur capacité à se rendre à la clinique (117).

Dans une autre étude, où un programme intégré de soins du pied diabétique composé d'une équipe spécialisée dans le soin des plaies a été mis en œuvre, les prestataires de santé ont mis l'accent sur la connaissance des rôles des autres prestataires de santé au sein de l'équipe (118). En outre, les participants ont souligné l'importance de mettre en place des processus et des cheminements pour soutenir l'intégration des services entre l'hôpital et les services communautaires (118).

Équité en matière de santé

Du groupe d'experts :

Le groupe d'experts a souligné que la mise en place d'une équipe spécialisée dans le soin des plaies composée de prestataires de santé spécialisés pourrait ne pas être réalisable dans toutes les régions. Dans les régions éloignées ou les milieux sous-financés, il pourrait être difficile d'accéder à des prestataires de santé spécialisés. De plus, le groupe d'experts a reconnu la crise actuelle des ressources humaines dans les systèmes de santé canadiens et internationaux, due au faible taux de rétention et aux conditions de travail qui exercent une pression sur les prestataires de santé (119). Voir le **tableau 14** pour obtenir des stratégies visant à accroître l'accès et à atténuer ces préoccupations.

Conclusions du groupe d'experts

Le groupe d'experts a noté qu'il pourrait être avantageux de déployer une équipe spécialisée dans le soin des plaies ayant le champ d'application et les compétences nécessaires pour soutenir les personnes à risque ou vivant avec des PPD; de plus, aucun préjudice n'a été signalé dans la littérature. Cependant, les données probantes sont très incertaines. Le groupe d'experts a également noté qu'il n'est peut-être pas possible de mettre sur pied des équipes spécialisées dans le soin des plaies dans toutes les régions. Par conséquent, le groupe d'experts a déterminé que la force de la recommandation était conditionnelle.

Tableau 14 : Équipe spécialisée dans le soin des plaies : Conseils de mise en œuvre du groupe d'experts

CONSIDÉRATIONS	DÉTAILS
<p>Accès rapide à l'équipe de soin des plaies spécialisée dans les PPD</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Il est important de noter que la personne peut d'abord informer son prestataire de santé primaire de tout changement qu'elle remarque au niveau de ses pieds. Le prestataire de santé primaire doit fournir des soins de base aux pieds et aiguiller la personne vers une équipe spécialisée dans le soin des plaies. ■ Si un prestataire de santé sans expertise en PPD remarque des signes et des symptômes d'une nouvelle PPD, il devrait prendre des dispositions pour aiguiller la personne vers une équipe spécialisée dans le soin des plaies dans les 24 heures suivant l'examen initial de ses pieds (120). Un exemple d'aiguillage pour le triage de l'évaluation des risques liés au pied diabétique se trouve dans l'annexe G. Entre-temps, il est important d'offrir des soins de base pour la PPD. ■ S'assurer que les personnes ayant une PPD qui présentent une complication majeure sont vues dans les 24 heures par les services d'urgence et les aiguiller vers une équipe spécialisée dans le soin des plaies pour des soins continus (121). ■ Différentes spécialités de prestataires de santé peuvent fournir des soins à une personne ayant une PPD comme indiqué. Le type de prestataire de santé dépendra de l'évaluation et du plan de soins. Les demandes de consultation peuvent être saisies par l'entremise de cheminements cliniques. ■ L'IWGDF suggère qu'il devrait y avoir au moins trois niveaux de prise en charge des soins des pieds avec des prestataires de santé spécialisés (30) : <ul style="list-style-type: none"> □ Niveau 1 : prestataire de santé primaire, infirmière ou infirmier spécialisé en diabète et podiatre ou podologue □ Niveau 2 : Diabétologue/endocrinologue; chirurgien (généraliste, orthopédiste ou pied/podiatrique); spécialiste vasculaire (revascularisation endovasculaire et ouverte); spécialiste des maladies infectieuses ou microbiologiste clinicien; podiatre ou podologue; infirmière ou infirmier spécialisé en diabète/ISPSC travaillant en collaboration avec un podo-orthésiste, un orthésiste ou un prothésiste □ Niveau 3 : Un centre des pieds de niveau 2 spécialisé dans les soins des maladies du pied liées au diabète, avec plusieurs experts de plusieurs disciplines spécialisés dans ce domaine travaillant ensemble en tant que centre de référence tertiaire (adapté de (30)) ■ Pour éviter le dédoublement des services et rationaliser les soins, établir des voies de communication claires entre les prestataires de santé pour s'assurer que l'équipe sait qui est responsable de quel aspect des soins. L'intégration d'un prestataire de santé désigné peut faciliter la voie de communication. La documentation est nécessaire pour évaluer l'évolution de la PPD et éviter la répétition inutile des soins. <ul style="list-style-type: none"> □ TeamSTEPPS est un cadre fondé sur des données probantes pour optimiser la communication et la collaboration des équipes dans l'ensemble du système de santé (122). Voir Ressources d'appui pour de plus amples renseignements.

CONSIDÉRATIONS	DÉTAILS
<p>Accès rapide à l'équipe de soin des plaies spécialisée dans les PPD (suite)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Il peut être utile pour des réseaux d'organismes comme les équipes Santé Ontario (ESO) ou un regroupement régional de centres d'éducation sur le diabète d'aider à l'élaboration du plan de soins. Les ESO sont des groupes de fournisseurs et d'organismes qui sont responsables de fournir un continuum de soins complet et coordonné à une population attribuée en Ontario, au Canada (123). Les ESO offrent aux organisations une occasion unique d'offrir des soins intégrés aux personnes à risque ou vivant avec des PPD.
<p>Aptitudes, champ d'application et compétences des prestataires de santé spécialisés</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les prestataires de santé spécialisés doivent posséder les compétences, le champ d'application et les compétences appropriées lorsqu'ils fournissent des soins aux personnes à risque ou vivant avec une PPD. ■ Les prestataires de santé spécialisés doivent exercer dans le respect de leur champ d'exercice et de leurs limitations. ■ Les prestataires de santé spécialisés doivent se tenir au courant des pratiques actuelles de soins des PPD fondées sur des données probantes. ■ Les personnes et les prestataires de santé devraient être conscients que n'importe qui, avec ou sans connaissances particulières, peut vendre des orthèses et des chaussures et prétendre qu'elles sont destinées aux soins du diabète. Une mauvaise tentative de traitement peut causer des préjudices importants et retarder l'accès aux soins appropriés.
<p>Prévention et évaluation des niveaux de risque</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'équipe spécialisée dans le soin des plaies doit évaluer le risque de PPD de la personne à l'aide du système de stratification des risques de l'IWGDF et établir la fréquence du dépistage et de l'examen des pieds en fonction de la catégorie de risque résultante (voir l'Énoncé de bonne pratique 1.0 pour plus de détails sur le système de stratification des risques de l'IWGDF). Le suivi devrait être effectué à des fréquences appropriées.

CONSIDÉRATIONS	DÉTAILS
<p>Régions éloignées ou milieux défavorisés</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dans les régions éloignées ou les milieux défavorisés, il peut être difficile d'accéder à des prestataires de santé spécialisés. Les cheminements cliniques et les consultations en temps opportun sont essentiels pour fournir des soins appropriés aux personnes vivant avec des PPD. Les organisations de services de santé doivent envisager d'établir et de maintenir des cheminements cliniques appropriés pour les personnes et les prestataires de santé. ■ Il incombe à l'organisation qui prend soin de la personne à risque ou qui vit avec une PPD d'établir et de maintenir un cheminement clinique décrivant qui sera responsable du soin des plaies. Un cheminement clinique comprend des protocoles rigoureux et des étapes claires pour la continuité et l'intégration des soins fournis aux patients dans tous les milieux, y compris les soins d'urgence et la médecine générale (120). Les protocoles devraient établir la relation entre le prestataire de soins primaires et l'équipe spécialisée dans le soin des plaies. Les cheminements cliniques peuvent devoir être adaptés en fonction des besoins de chaque personne recevant des soins et des soins axés sur les besoins de la personne et de la famille devraient être appliqués dans tout cheminement clinique (voir Principes directeurs). L'utilisation d'un plan de soins peut être utile lors de la mise en place et du maintien d'un cheminement clinique. Voir l'Énoncé de bonne pratique 4.0 pour obtenir de plus amples renseignements sur l'élaboration d'un plan de soins. ■ Si un rendez-vous de soins virtuels est pris avec un prestataire de santé spécialisé (comme un diététiste), le prestataire de soins primaires ou un remplaçant doit accompagner la personne recevant des soins afin de discuter du plan de soins et d'assurer la continuité des soins. Une autre possibilité consiste pour l'organisation de services de santé à embaucher ou à faire appel à un prestataire de santé spécialisé qui se rendra sur place en fonction des besoins, par exemple dans les communautés rurales ou les foyers de SLD. ■ Les organisations de services de santé doivent offrir une formation spécialisée sur le soin des plaies aux prestataires de santé ou des fonds pour leur permettre de recevoir une formation de la part d'organisations externes appropriées.
<p>Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'équipe spécialisée dans le soin des plaies doit inclure la personne à risque ou vivant avec une PPD et son partenaire de soins lors de la conception conjointe des plans de soins. ■ Les personnes à risque ou vivant avec une PPD et leur partenaire de soins ont le droit de demander la participation d'un prestataire de santé spécialisé à leur plan de soins. ■ Toute la formation sur les PPD fournie par tout membre de l'équipe spécialisée dans le soin des plaies doit être axée sur les besoins de la personne et des partenaires de soins.

Tableau 15 : Équipe spécialisée dans le soin des plaies : Contexte de mise en œuvre et détails tirés des données probantes

CONTEXTE	DONNÉES PROBANTES
Population et milieu d'étude	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les études ont été menées dans les milieux suivants : cliniques (112,113,115), une unité des malades hospitalisés dans un hôpital et une clinique externe (111,114-116) et un centre médical pour anciens combattants (111). ■ Certaines personnes ont dû être aiguillées par un prestataire de santé afin d'être vues par une équipe spécialisée dans le soin des plaies (112-115).
Types de prestataires	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dans certaines circonstances, une équipe spécialisée dans le soin des plaies consulterait des prestataires spécialisés. ■ Dans cinq études, l'équipe spécialisée dans le soin des plaies comprenait du personnel infirmier spécialisé en diabète et des éducateurs en diabète (111,112,115), du personnel infirmier spécialisé en soins des plaies (111,114,115) et/ou du personnel infirmier spécialisé (116). ■ Dans cinq études, l'équipe spécialisée dans le soin des plaies comprenait des médecins/chirurgiens : endocrinologues/diabétologues (111,112,114,116), médecins spécialisés en soins des plaies (113), chirurgiens vasculaires, orthopédistes et/ou plasticiens (111,112,116), médecins internes et médecins de famille (111) et médecins spécialistes des maladies infectieuses (114, 116). ■ Dans cinq études, l'équipe spécialisée dans le soin des plaies comprenait un podologue/podiatre, un orthésiste et/ou un prothésiste (100,111,112,114,116). ■ Dans les autres études, l'équipe spécialisée dans le soin des plaies comprenait un conseiller (115), un diététiste (112), un psychologue (112), un adjoint au médecin (114), un travailleur social (116), un physiothérapeute/ergothérapeute (116) et un membre de l'équipe de gestion des lits d'hôpital (116).
Types de services fournis	<p>Les études décrivaient diverses formes de soutien fournies aux personnes ayant des PPD par l'équipe spécialisée dans le soin des plaies, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ L'évaluation (y compris l'anamnèse et la réalisation d'études vasculaires non invasives) (100,112-116) ■ Le traitement (y compris la prise en charge des plaies, l'amputation et la chirurgie, la conservation du pied, la commande et la prescription de tests diagnostiques) (100,111-116) ■ L'évaluation et les visites de suivi/la prévention de futures PPD (100,113-116) ■ Fourniture de modalités de décharge et des orthèses/chaussures appropriées (100,113-116)

Ressources d'appui

RESSOURCES	DESCRIPTION
<p>Alberta Health Services. Diabetes foot risk assessment triage referral [Internet]. Edmonton (Alberta) : Alberta Health Services; [révisé en juin 2020]. Disponible à : https://www.albertahealthservices.ca/frm-20709.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ce formulaire est un exemple de cadre de triage destiné aux prestataires de santé pour l'aiguillage des patients présentant un risque de pied diabétique.
<p>Bus SA, Sacco IC, Monteiro-Soares M, et coll.; International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF). Guidelines on the prevention of foot ulcers in persons with diabetes: IWGDF 2023 update [Internet]. [lieu inconnu] : IWGDF; 2023. Disponible à : https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2023/07/IWGDF-2023-02-Prevention-Guideline.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette ligne directrice fournit une recommandation (n° 14) sur les soins intégrés des pieds pour les personnes atteintes de diabète qui présentent un risque modéré ou élevé d'ulcération du pied.
<p>Qualité des services de santé Ontario (QSSO). Ulcères du pied diabétique : Soins aux patients dans tous les milieux de soins [Internet]. Toronto (Ontario) : HQO; 2017. Disponible à : https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-foot-ulcers-clinician-guide-fr.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette norme de qualité informe les prestataires et les organisations de santé sur ce que sont des soins de santé de haute qualité pour les personnes à risque ou vivant avec une PPD. ■ L'énoncé de qualité 3 met l'accent sur un aiguillage vers une équipe interprofessionnelle.
<p>National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Diabetic foot problems: prevention and management [Internet]. Manchester (Royaume-Uni) : Public Health England; 26 août 2015 [mis à jour le 11 octobre 2019]. Disponible à : https://www.nice.org.uk/guidance/ng19/chapter/Recommendations</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La recommandation 1.1 de cette ligne directrice NICE porte sur l'utilisation d'un service multidisciplinaire de soins des pieds.
<p>Cours sur les notions essentielles de TeamSTEPPS Canada. Dans : Excellence en santé Canada [Internet]. Ottawa (Ontario) : Excellence en santé Canada; c2023. Disponible à : https://www.healthcareexcellence.ca/fr/notre-action/tous-les-programmes/cours-sur-les-notions-essentielles-de-teamstepps-canada/</p> <p>Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Pocket guide: TeamSTEPPS 3.0: team strategies & tools to enhance performance and patient safety [Internet]. Rockville (Maryland) : AHRQ; [révisé en mai 2023]. Disponible à : https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/resources/pocket-guide/index.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ TeamSTEPPS est un cadre fondé sur des données probantes pour optimiser la communication et la collaboration des équipes dans l'ensemble du système de santé. ■ Excellence en santé Canada est le responsable de l'éducation de TeamSTEPPS Canada. Le cours sur les notions essentielles de TeamSTEPPS Canada est un cours d'apprentissage en ligne gratuit de 20 minutes. ■ Le guide de poche de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) contient des stratégies et des outils pour améliorer le rendement et la sécurité des équipes.

PLAN DE SOINS ET TRAITEMENT

ÉNONCÉ DE BONNE PRATIQUE 4.0 :

Il est de bonne pratique que les prestataires de santé mettent en œuvre un plan de soins avec la personne vivant avec une PPD et ses partenaires de soins qui comprend des options de prise en charge fondées sur des données probantes.

La mise en œuvre d'un plan de soins avec la personne vivant avec une PPD (et ses partenaires de soins) comprenant des stratégies thérapeutiques fondées sur l'évaluation des risques et/ou l'évaluation de la PPD fait partie des bonnes pratiques. Aux fins de la présente LDPE, un plan de soins est un document écrit ou électronique élaboré et tenu à jour par la personne, ses partenaires de soins et ses prestataires de santé. Il décrit les besoins à court et à long terme de la personne, ses objectifs et les exigences en matière de coordination, et identifie les personnes responsables de chaque partie du plan (124). Un plan de soins doit refléter les valeurs, les croyances, les objectifs, les besoins et les préférences déclarés de la personne dans une approche axée sur les besoins de la personne et de la famille. Habituellement, un plan de soins comprend les données démographiques, les priorités et les préoccupations de la personne, une liste de l'équipe de soins (y compris les partenaires de soins), le consentement et la planification préalable de soins, les antécédents médicaux et sociaux, les objectifs des soins, la coordination des médicaments et les allergies (125). Les prestataires de santé sont tenus de réévaluer fréquemment le plan de soins pour s'assurer qu'il répond toujours aux besoins de la personne (et des partenaires de soins) et qu'il tient compte des changements requis (102). La réévaluation régulière de la personne et la mise à jour du plan de soins sont des éléments clés pour maintenir la sécurité et améliorer les résultats de santé (102). Les étapes de la mise en œuvre d'un plan de soins se trouvent dans les **Ressources d'appui**. Un examen des données probantes n'a pas été nécessaire pour déterminer les avantages et les inconvénients de la mise en œuvre d'un plan de soins; cependant, le groupe d'experts a estimé qu'il était essentiel de communiquer cet énoncé à tous les prestataires de santé.

Un plan de soins comprendra des options de prise en charge fondées sur des données probantes relatives aux PPD, qui devront être adaptées aux besoins de la personne, aux facteurs contributifs et aux causes de la PPD ayant affecté l'intégrité cutanée. Voir le **tableau 16** pour plus de détails.


Conseils de mise en œuvre

Tableau 16 : Pratiques exemplaires en matière d'options de prise en charge des PPD

OPTIONS	DÉTAILS
Débridement ⁶ de la plaie	<ul style="list-style-type: none"> Le débridement consiste à enlever les tissus morts (nécrose⁶ et desquamation) des plaies afin de créer un lit propre pour favoriser la cicatrisation (126). Une évaluation vasculaire doit être effectuée avant d'envisager de débrider la plaie (127). Il existe plusieurs types de débridement, notamment physiques (p. ex., chirurgical, hydrodébridement ou gazeux), biologiques (larves), autolytiques (hydrogels) ou biochimiques (enzymes) (126). Un type spécifique de débridement des plaies doit être utilisé en fonction des ressources de l'organisation, des programmes de formation, des instruments stériles disponibles et du champ d'exercice des prestataires de santé spécialisés (126,128).

OPTIONS	DÉTAILS
Pansements	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les pansements peuvent aider à gérer l’humidité, à réduire le risque d’infection, à atténuer les forces de cisaillement et à gérer la température optimale de la plaie (129). ■ Les prestataires de santé doivent choisir un pansement en fonction de ses propriétés, des caractéristiques de la plaie, des préférences de la personne et du coût et de la disponibilité des pansements. Les pansements doivent être utilisés de façon appropriée selon les directives de leur fabricant. ■ L’inspection des pieds doit tout de même être effectuée, même si un pansement est en place. Pour surveiller l’évolution de la plaie, il est utile de réévaluer la plaie à chaque visite pour détecter des changements de vascularisation, d’infection, de pression et de traumatisme. Il est utile de réévaluer la surface de la plaie chaque semaine.
Décharge	<ul style="list-style-type: none"> ■ La décharge peut être effectuée à la fois de manière préventive et en tant que modalité de traitement, non chirurgical ou chirurgical : <ul style="list-style-type: none"> □ La décharge préventive consiste à réduire la pression, à diminuer la friction, le cisaillement ou la compression des zones plantaires vulnérables, grâce à un ajustement, une utilisation et une inspection correctes des semelles intérieures et des chaussures (130). Dans la mesure du possible, les chaussures doivent être ajustées par un professionnel et portées à l’intérieur et à l’extérieur lorsque la personne est éveillée. □ La décharge comme modalité de traitement consiste à modifier ou à éliminer une pression inappropriée qui entraîne une ischémie induite par la pression, en raison de chaussures mal ajustées ou inappropriées, de mauvaises façons de marcher, d’un excès de callosités, d’un accident traumatique et/ou d’une intervention chirurgicale (69,130). Voir l’annexe K pour obtenir un guide sur les choix de dispositifs de décharge. Lors du choix des dispositifs de décharge appropriés, tenez compte de l’observance de la personne et de sa capacité à porter le dispositif, y compris si elle a les moyens de le payer.
Contrôler l’infection du pied	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les infections du pied diabétique sont une complication courante et peuvent entraîner l’amputation des membres inférieurs (131). Une infection du pied diabétique est définie cliniquement par des manifestations d’un processus inflammatoire impliquant une plaie au pied située sous les malléoles (131). Toute rupture de la barrière cutanée du pied peut augmenter le risque d’infection. Une personne atteinte de diabète et de neuropathie périphérique ne présente pas toujours les réponses inflammatoires habituelles (érythème, chaleur, douleur, etc.) (131). Les appareils de thermométrie^G sont des outils qui peuvent détecter les signes précoces d’infections du pied (132). ■ Les prestataires de santé peuvent procéder à une exploration osseuse, prescrire des radiographies, prélever des échantillons pour culture et rechercher des biomarqueurs d’infection tels que la protéine C-réactive, la vitesse de sédimentation globulaire ou la procalcitonine (131,133). ■ Une infection du pied diabétique peut toucher l’os et entraîner une ostéomyélite ou un pied de Charcot actif^G (131).

OPTIONS	DÉTAILS
Revascularisation	<ul style="list-style-type: none"> ■ La maladie artérielle périphérique est une complication courante du diabète qui peut augmenter le risque d'événements cardiovasculaires et indésirables touchant les membres (46). ■ La revascularisation peut aider les personnes vivant avec le diabète qui ont une maladie artérielle périphérique, une plaie de pied et des signes cliniques d'ischémie à prolonger la survie, à sauver le membre et à éviter une amputation majeure (46,134).
Prise en charge médicale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un contrôle optimal de la glycémie est fondamental pour la prise en charge du diabète en général et peut réduire les taux d'amputation liés aux PPD. Les plages cibles de la glycémie doivent être personnalisées en fonction de l'état de santé, des facteurs de risque et de l'état fonctionnel de la personne (135). Diabète Canada recommande les cibles suivantes : <ul style="list-style-type: none"> □ Idéalement, un contrôle intensif de la glycémie avec une réduction des valeurs d'A1c à $\leq 7,0$ % pour le diabète de type 1 ou de type 2, ce qui peut réduire les complications microvasculaires et augmenter les bienfaits cardiovasculaires. □ Un contrôle plus intensif de la glycémie, A1c $\leq 6,5$ %, peut être ciblé pour les personnes vivant avec le diabète depuis moins longtemps et ayant une espérance de vie plus longue, en particulier chez les personnes qui suivent un traitement antihyperglycémiant et qui présentent un faible risque d'hypoglycémie. □ Une cible plus clémente d'A1c $\leq 8,5$ % peut être plus appropriée chez les personnes atteintes de diabète de type 1 ou de type 2 ayant une espérance de vie limitée, un niveau de dépendance fonctionnelle plus élevé et des antécédents d'hypoglycémie sévère répétée avec inconscience de l'hypoglycémie. □ Les cibles quotidiennes pour la plupart des personnes atteintes de diabète comprennent une glycémie cible à jeun de 4,0 à 7,0 mmol/L et une glycémie cible de 5,0 à 10,0 mmol/L deux heures après les repas. □ La thérapie nutritionnelle et le counseling font partie intégrante du traitement et de l'autogestion du diabète. La thérapie nutritionnelle peut améliorer le contrôle de la glycémie et réduire de 1 à 2 % les taux d'A1c (136). Un point de départ pour les personnes vivant avec le diabète est de suivre un guide alimentaire validé. L'évaluation (et la réévaluation fréquente) par un diététiste peut aider les personnes à individualiser leur traitement nutritionnel et à soutenir la plage cible de la glycémie pour la personne. Voir l'annexe C pour apprendre comment assurer la sécurité culturelle lorsque vous discutez des options alimentaires.

OPTIONS	DÉTAILS
Amputation 	<p>Les décisions de faire une amputation doivent faire l'objet d'une discussion entre la personne, les partenaires de soins et l'équipe interprofessionnelle, car elles ont une incidence importante sur la qualité de vie de la personne (et des partenaires de soins) (137).</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ De nombreuses personnes atteintes de diabète s'inquiètent du risque d'amputation d'un membre inférieur. Les interventions préventives, y compris les amputations mineures, ont joué un rôle essentiel dans la diminution des taux d'amputation majeure au cours des dernières années (137). La prise en charge chirurgicale du pied diabétique comprend souvent la correction des composantes osseuses, des tissus mous et vasculaires (137). ■ Cependant, il arrive que l'amputation majeure soit préférable à des tentatives longues ou infructueuses de sauvetage du membre.

D'autres options de traitement fondées sur des données probantes disponibles dans différentes circonstances sont décrites dans les lignes directrices de la prise en charge de l'IWGDF et du NICE. Voir **Ressources d'appui**.

Il est important d'assurer la prise en charge précoce et proactive d'une PPD avant qu'elle ne devienne chronique. Cependant, si une PPD devient chronique, la préparation du lit de la plaie est un paradigme d'optimisation du traitement des plaies chroniques (138). L'approche holistique du paradigme examine le traitement de la PPD et les préoccupations axées sur les besoins de la personne et de la famille pour déterminer s'il s'agit d'une plaie curable, d'une plaie de maintien ou d'une plaie incurable/palliative (138). Il existe 10 énoncés de consensus qui guident la pratique clinique afin d'aider à améliorer les résultats pour une personne vivant avec une PPD et le système de soins de santé (138). Voir **Ressources d'appui** ci-dessous.

Conseils de mise en œuvre du groupe d'experts

- Les options de traitement sont basées sur les causes de la PPD, les complications et les résultats atteignables. Les résultats atteignables sont fondés sur les objectifs de soins de la personne et des partenaires de soins.
 - Mobiliser les personnes et les partenaires de soins lors de la création conjointe de tous les plans de soins pour s'assurer qu'ils sont adaptés à leurs besoins; Comprendre les meilleures pratiques de gestion avant de créer le plan de soins.
 - Tenir compte des obstacles ou des facteurs qui peuvent avoir une incidence sur le plan de soins (c.-à-d. les barrières linguistiques ou la neurodiversité; voir la **Recommandation 1.0, Principes directeurs** et l'**annexe C** pour plus de détails).
 - Les prestataires de santé doivent aider la personne et ses partenaires de soins à s'y retrouver parmi les différentes options de prise en charge fondées sur des données probantes en discutant des avantages et des inconvénients de chacune d'entre elles et en comprenant ce qui est le plus important pour la personne et ses partenaires de soins. Évaluer si les personnes ont accès aux produits de soins des plaies et aux médicaments qui font partie de leur plan de soins et, au besoin, plaider en faveur de l'accès à ces fournitures.
 - Chaque fois qu'un prestataire de santé évalue ou réévalue une personne, documenter le plan de soins (ou son état d'évolution). Consulter les politiques organisationnelles et les ordres professionnels pour connaître les normes de documentation (et la fréquence de la documentation).
- Utiliser des cheminements cliniques appropriés pour s'assurer que la personne a accès à une équipe spécialisée dans le soin des plaies; voir la **Recommandation 3.0** pour plus de détails).

Ressources d'appui

RESSOURCES	DESCRIPTION
Ahearn P, Ketchen R, Kuhnke J, et coll. Prendre soin de votre plaie à domicile : Le changement d'un pansement [Internet]. North York (Ontario) : Plaies Canada; c2020. Disponible à : https://www.woundscanada.ca/dhfy-doc-man/public/patient-or-caregiver/1936-home-wound-care-pansement-1937f/file	<ul style="list-style-type: none"> Les personnes et les partenaires de soins peuvent utiliser ce guide d'évaluation et de traitement lorsqu'ils changent un pansement à la maison.
Guide alimentaire canadien. Gouvernement du Canada [Internet]. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada; [modifié le 17 août 2024]. Disponible à : https://guide-alimentaire.canada.ca/fr/	<ul style="list-style-type: none"> Le Guide alimentaire canadien présente des recommandations en matière de saine alimentation, des compétences culinaires et des recettes. Le guide alimentaire est disponible en plusieurs langues.
Diabète Canada. Diabetic foot ulcers—essentials of management. Can J Diabetes [Internet]. Avril 2018;42(Suppl 1):S324. Disponible à : https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2017.10.049	<ul style="list-style-type: none"> Cette annexe de Diabète Canada décrit les éléments essentiels de la prise en charge de PPD pour les prestataires de santé.
Qualité des services de santé Ontario. Guide d'utilisation du plan de soins coordonnés, version 2.1 [Internet]. Toronto (Ontario) : Gouvernement de l'Ontario; 12 juin 2018. Disponible à : https://www.hqontario.ca/Am%C3%A9lioration-de-la-qualit%C3%A9/Am%C3%A9lioration-de-la-qualit%C3%A9-%C3%A0-l%C5%93uvre/Maillons-sant%C3%A9/Ressources-des-maillons-sant%C3%A9/Mettre-%C3%A0-jour-ou-ex%C3%A9cuter-le-plan-de-soins-coordonn%C3%A9s	<ul style="list-style-type: none"> Ce guide d'utilisation (version 2.1) décrit la façon dont le modèle de plan de soins coordonnés doit être utilisé. Un plan de soins coordonnés est un outil de communication permettant aux personnes, à leurs partenaires de soins et aux prestataires de santé d'atteindre les objectifs de la personne et de soutenir les soins holistiques.
Mackay E. Feeding the foot: Nutrition and diabetic foot ulcers. Soins des plaies Canada [Internet]. Automne 2020;18(3):40-46. Disponible à : https://www.woundscanada.ca/docman/public/wound-care-canada-magazine/2020-v19-n3/1857-wcc-fall-2020-v18n3-final-p-40-47-nutrition/file	<ul style="list-style-type: none"> Cet article met l'accent sur les principaux aspects nutritionnels à prendre en compte dans la prévention et le traitement des PPD.

RESSOURCES	DESCRIPTION
<p>PRACTICAL GESTURES. Dans : E-footcare: International on-line course for healthcare professionals on diabetic foot [Internet]. [lieu inconnu] : D-Foot international et UNFM; c2019. Disponible à : https://www.e-footcare.org/e-footcare/practical-gestures/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ces vidéos fournissent des connaissances de base aux prestataires de santé qui s'occupent de personnes à risque ou vivant avec une PPD. Certaines vidéos mettent l'accent sur le débridement et l'utilisation du scalpel. ■ Les sous-titres codés sont disponibles en anglais, français, espagnol et portugais.
<p>Smart H, Sibbald RG, Goodman L, et coll. Wound bed preparation 2024: Delphi consensus on foot ulcer management in resource-limited settings. Adv Skin Wound Care [Internet]. Avril 2024;37(4):180-196. Disponible à : https://doi.org/10.1097/ASW.000000000000120</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ce cadre décrit le paradigme de la préparation du lit de plaie avec 10 énoncés de consensus qui mettent l'accent sur le traitement de la personne dans son ensemble comme base d'un traitement local optimal des plaies. ■ Cette édition 2024 se concentre sur la prise en charge des plaies du pied dans les milieux aux ressources limitées, où le financement peut être minime ou restreint, dans des milieux éloignés, isolés ou ruraux.
<p>Plaies Canada. Guide de référence rapide : cycle de prévention et de gestion des plaies [Internet]. North York (Ontario) : Plaies Canada; c2017. Disponible à : https://www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/576-cycle-de-gestion-des-soins-de-plaie-grr/file</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette publication guide les prestataires de santé à travers une méthode systématique d'élaboration d'un plan de prévention et de traitement des plaies axé sur les besoins de la personne et de la famille.

SOINS VIRTUELS

RECOMMANDATION 4.0 :

Le groupe d'experts suggère que les prestataires de santé utilisent des plateformes de soins virtuels en conjonction avec des services en personne pour compléter la prestation de services de soins du pied pour personnes diabétiques.

Force de la recommandation : Conditionnelle

Certitude des données probantes : Très faible



Il est important de noter que les soins virtuels sont un complément aux services en personne. Ils ne doivent pas remplacer tous les services en personne. Les prestataires de santé doivent évaluer si le recours aux services de soins virtuels est approprié et demander aux personnes et à leurs partenaires s'ils sont disposés à utiliser ces services après qu'on leur ait expliqué et démontré en quoi ils consistent.

Discussion des données probantes :

Avantages et inconvénients

Pour cette recommandation, l'intervention d'intérêt était les soins virtuels pour la prestation de services de soins du pied pour personnes diabétiques, par rapport à l'absence d'utilisation de soins virtuels. Aux fins de la présente LDPE, le terme « soins virtuels » fait référence à l'utilisation d'applications mobiles, de télépratique et de médias sociaux pour fournir des services de soins du pied pour personnes diabétiques. Les services de soins virtuels comprennent généralement la présentation de renseignements éducatifs, le suivi de l'enseignement éducatif, le counseling, les pratiques d'autosoins (y compris la surveillance ou les rappels), la surveillance à distance, la résolution de problèmes, la motivation et la communication (139).

Quatre ECR et une étude non randomisée à bras unique ont été incluses pour cette recommandation (132,140-143). Les interventions dans les données probantes étaient axées sur les plateformes de soins virtuels utilisées pour augmenter les stratégies en personne de prévention ou de prise en charge des PPD. Les interventions comprenaient l'utilisation d'applications de téléphonie mobile et/ou de plateformes de soins virtuels, y compris des appareils de thermométrie du pied (132,140-143). Celles-ci ont été comparées aux soins habituels ou à un autre type de technologie virtuelle. Plusieurs milieux de soins offraient des services virtuels de soins du pied pour personnes diabétiques. La plupart des études décrivent l'utilisation des soins virtuels pour fournir des services de soins du pied pour personnes diabétiques dans les services ambulatoires des hôpitaux, lors de visites à domicile ou au sein d'un grand système de soins de santé intégré (132,140,142,143). Une étude (141) a signalé que les soins virtuels étaient utilisés pour fournir des services de soins du pied pour personnes diabétiques dans des centres de soins de santé communautaires. Pour obtenir plus de détails sur l'intervention mentionnée dans la documentation, veuillez consulter le **tableau 17**.

Les données probantes suggèrent que l'utilisation de plateformes de soins virtuels pouvait augmenter l'autoefficacité et les taux de dépistage, mais l'effet sur l'apparition ou la récurrence des PPD est moins certain. Un ECR a rapporté que les personnes à risque ou vivant avec des PPD qui ont utilisé des soins virtuels ont obtenu 11 points de plus à l'évaluation finale de l'autoefficacité à l'aide de l'échelle d'autoefficacité des soins du pied diabétique par rapport au groupe de contrôle (le score le plus élevé obtenu sur l'échelle était de 90) (140). Un autre ECR a signalé que le score moyen pour les taux de dépistage est passé de 1,90 à 6,27 (score maximal de 10) dans le groupe d'intervention chez les personnes à risque ou vivant avec des PPD ayant recours à des soins virtuels (141). En ce qui concerne l'apparition ou la récurrence des plaies, un ECR a révélé que la thermométrie du pied combinée à la **santé mobile^G** pouvait entraîner peu de différence, voire aucune, dans l'incidence de l'apparition ou de la récurrence des PPD (132). Un autre ECR a démontré que le groupe d'intervention ayant reçu une évaluation des risques à l'aide d'une thermographie sur téléphone intelligent avait un taux de récurrence faible que le groupe de contrôle (143). De même, une **étude non randomisée^G** a révélé que les participants avaient un taux plus faible de récurrence de PPD après l'intervention (142).

La satisfaction des prestataires et la satisfaction de la personne ont été identifiées par le groupe d'experts comme des résultats critiques, et le dépistage de la neuropathie comme un résultat important, mais ils n'ont été mesurés dans aucune des études incluses. Aucun préjudice n'a été signalé dans les données probantes.

Les données probantes suggèrent que l'utilisation de plateformes de soins virtuels en conjonction avec des services en personne pour compléter la prestation de soins du pied diabétique peut augmenter l'autoefficacité et les taux de dépistage, mais l'effet sur l'apparition et la récurrence des PPD est moins certain. Le degré global de certitude des données probantes était très faible en raison d'un risque de biais important à très important, d'une incohérence très grave et d'une imprécision très grave.

Pour obtenir des renseignements plus détaillés sur l'incidence sur les résultats prioritaires des soins virtuels fournissant des services de soins du pied pour personnes diabétiques, consultez les profils de données probantes sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

Valeurs et préférences

D'après les données probantes tirées de l'examen systématique :

Neuf études portaient sur les valeurs et les préférences des personnes et des prestataires de santé à l'égard des plateformes de soins virtuels pour compléter la prestation de soins en personne des PPD (139,144-151). Les personnes ayant des PPD préféraient utiliser une technologie simple et appréciaient d'avoir un soutien technologique disponible (144-146,148). La technologie simple a été particulièrement appréciée par les personnes âgées, qui représentent une proportion importante des personnes ayant des PPD (148). Les préférences personnelles et les complications liées au diabète (p. ex., âge, problèmes de vision et de mobilité) peuvent affecter la convivialité des technologies de soins virtuels (145,147,148). Dans une étude, certains participants ont demandé l'aide de leurs partenaires de soins pour réduire les obstacles logistiques et physiques lors de l'utilisation de la technologie (147).

Deux études ont porté sur la facilité d'utilisation de diverses plateformes de soins virtuels pour l'autodépistage et l'auto-surveillance des PPD, donnant ainsi aux personnes ayant des PPD les moyens de gérer eux-mêmes leurs PPD (147,151,152). Dans deux études, les participants ont déclaré que l'utilisation de la technologie les incitait à évaluer ou à surveiller leur pied et à faciliter les discussions sur la santé des pieds avec leurs prestataires de santé (147,151). Une étude a souligné que les réseaux sociaux constituaient une méthode alternative pour autonomiser les personnes à risque de développer une PPD, car ils leur offraient davantage d'occasions d'apprendre à leur propre rythme et réduisaient les obstacles à l'éducation à l'autogestion et aux programmes de soutien (152). Cependant, l'utilisation de ces technologies a également posé des défis, notamment une certaine confusion quant à leur objectif et leur utilisation, des difficultés à interpréter les résultats et une incompréhension de ce qui doit être considéré comme préoccupant et du moment où il convient d'agir (147).

Les études ont mis en évidence un aspect important, à savoir la commodité des soins virtuels pour la prise en charge du pied diabétique (139, 144-147), notamment le fait de permettre aux patients de consulter des prestataires de santé sans se déplacer (148-150). Cela a également permis aux personnes vivant dans des régions rurales de rester dans leur communauté d'origine et a amélioré la capacité des partenaires de soins à les accompagner à leurs rendez-vous (149,150). Cependant, les participants à deux études ont également reconnu que certains services de PPD (comme la décharge et le nettoyage de la plaie) et l'établissement d'une relation thérapeutique en personne ne peuvent être assurés que dans le cadre d'une consultation en face-à-face (148,149). Certains participants estimaient qu'ils recevraient des soins de meilleure qualité si leur prestataire de santé pouvait évaluer leur plaie en personne (148).

Équité en matière de santé

D'après les données probantes tirées de l'examen systématique :

Une étude a reconnu que tous les participants à l'étude avaient des connaissances numériques et pouvaient utiliser un téléphone mobile, ce qui pourrait avoir eu une incidence sur les résultats (140).

Du groupe d'experts :

Le groupe d'experts a noté que le statut socioéconomique et le niveau de scolarité des personnes à risque ou vivant avec des PPD peuvent affecter l'accès et l'utilisation de la technologie des soins virtuels. Par exemple, les plateformes de soins virtuels qui utilisent Internet peuvent nécessiter un certain niveau de littératie numérique pour utiliser l'appareil ou des ressources financières personnelles pour l'acheter. De plus, le groupe d'experts a reconnu que les personnes vivant dans des régions rurales et éloignées peuvent avoir un accès limité aux soins virtuels en raison de problèmes de connexion téléphonique ou d'Internet. Le groupe d'experts a également reconnu l'importance de garder les personnes à risque ou vivant avec des PPD dans leur communauté d'origine lorsque cela est possible, ce que les services de soins virtuels peuvent aider à faciliter. Les prestataires de santé doivent également évaluer et prendre en charge les handicaps physiques tels que la maladresse manuelle pouvant affecter l'utilisation d'une souris d'ordinateur et la rétinopathie pouvant affecter la vision. Du point de vue de l'organisation des services de santé, le groupe d'experts a noté que le coût pourrait nuire à l'achat de plateformes de soins virtuels des PPD.

Conclusions du groupe d'experts

Le groupe d'experts a noté qu'il pourrait y avoir des avantages à utiliser des plateformes de soins virtuels en conjonction avec des services en personne pour compléter la prestation de services de soins du pied pour personnes diabétiques, et qu'aucun préjudice n'a été noté dans la littérature. Cependant, les données probantes sont très incertaines. De plus, le groupe d'experts a noté certaines considérations relatives à l'équité en matière de santé, comme la faisabilité de mettre en œuvre des plateformes de soins virtuels dans les régions où la connectivité à Internet est limitée. Pour ces raisons, le groupe d'experts a déterminé que la force de la recommandation était conditionnelle.

Conseils de mise en œuvre

Tableau 17 : Plateformes de soins virtuels : Conseils de mise en œuvre du groupe d'experts

CONSIDÉRATIONS	DÉTAILS
<p>Évaluation de la pertinence des plateformes de soins virtuels</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluer la capacité des personnes à risque ou vivant avec des PPD et leurs partenaires de soins pour déterminer s'ils utilisent les plateformes de soins virtuels en conjonction avec la prestation de soins en personne pour le pied diabétique. Les éléments à évaluer sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> □ la littératie en matière de santé numérique □ la facilité à utiliser la technologie □ la motivation à utiliser la technologie □ la fréquence à laquelle ils sont prêts à utiliser la technologie □ comment elle s'intègre dans leurs routines actuelles □ quelles sont les plateformes de soins virtuels accessibles □ les coûts associés à l'utilisation de la technologie ■ Les prestataires de santé qui utilisent des plateformes de soins virtuels doivent déterminer s'ils ont la formation, l'expérience et les qualifications appropriées pour fournir des services virtuels de soins du pied pour personnes diabétiques. ■ Les prestataires de santé doivent former les personnes et les partenaires de soins à l'interprétation des résultats obtenus grâce aux technologies virtuelles afin qu'ils puissent réagir en cas d'anomalies et les signaler à leur prestataire de soins (p. ex., lorsqu'un tapis de thermométrie plantaire indique une température anormale). ■ Une évaluation systématique en personne est nécessaire pour les personnes qui présentent un risque élevé de développer une PPD. Voir l'Énoncé de bonne pratique 1.0 pour la stratification des risques. Certains services en personne, y compris le débridement et le soin des plaies, sont des éléments importants des services de soins du pied pour personnes diabétiques et ne peuvent pas être fournis virtuellement. ■ Les soins virtuels (et les cheminements cliniques) peuvent aider à fournir des soins dans des milieux éloignés ou défavorisés, car il peut être difficile d'accéder à des prestataires de santé spécialisés. Voir la Recommandation 3.0 concernant les équipes spécialisées dans le soin des plaies. <p>Si des problèmes ou des préoccupations surviennent lors d'une visite virtuelle, une évaluation en personne doit être effectuée. Les lignes directrices en matière de transmission au niveau supérieur doivent être suivies par les prestataires de santé (y compris ceux qui surveillent des personnes à distance), les personnes et les partenaires de soins afin d'établir et de définir clairement les méthodes de communication et les délais d'intervention.</p>



CONSIDÉRATIONS	DÉTAILS
<p>Partenariat avec des personnes à risque ou vivant avec des PPD et leurs partenaires de soins</p> <p>Considérations relatives à la sécurité, à la protection des renseignements personnels et à la confidentialité</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mobiliser activement les personnes à risque ou vivant avec des PPD et leurs partenaires de soins par la communication, la participation, le soutien et la prise de décisions partagée lors de l'utilisation des soins virtuels ou de discussions concernant la possibilité de les utiliser. <p>Se conformer à la législation locale sur les renseignements sur la santé (p. ex., la <i>Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé</i>) et aux politiques organisationnelles relatives à la protection de la vie privée et à la confidentialité lors du choix ou de la fourniture de plateformes virtuelles pour les services de soins du pied pour personnes diabétiques.</p> <p>Voir Ressources d'appui pour obtenir des conseils sur les considérations relatives à la protection de la vie privée et à la sécurité pour les visites de soins de santé virtuelles.</p>

Tableau 18 : Plateformes de soins virtuels : Contexte de mise en œuvre et détails tirés des données probantes

CONTEXTE	DONNÉES PROBANTES
<p>Pour obtenir des renseignements plus détaillés sur les technologies de soins virtuels, consultez les profils de données probantes sous l'onglet « Methodology Documents » de la page Web de la LDPE.</p>	
<p>Technologie de soins virtuels</p>	<p>Dans les études incluses, des applications mobiles et des plateformes de soins virtuels ont été utilisées. Les plateformes de soins virtuels comprenaient une application mobile d'éducation sur les soins des pieds diabétiques, accompagnée d'animations (140), une intervention d'encadrement sur le diabète par l'entremise d'une application pour téléphone intelligent (141), un tapis de surveillance de la température des pieds à usage quotidien associé à la télémédecine (142) et une application de thermographie pour téléphone intelligent (143). Une étude a utilisé une combinaison d'un appareil de thermométrie du pied et d'une composante de santé mobile, qui consistait en des messages de promotion des soins des pieds par messagerie texte et vidéo (132).</p> <p>Dincer et coll., 2021</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Une application mobile a fourni des vidéos d'animation contenant de l'information sur l'éducation en matière de santé sur la prévention des PPD. L'application enverrait deux fois par semaine des notifications poussées aux personnes pour leur rappeler d'effectuer les autosoins. <p>Isaac et coll., 2020</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le tapis de surveillance de la température des pieds à usage quotidien associé à la télémédecine contenait un logiciel qui suivait spontanément l'inflammation du pied en mesurant les différences de température du pied supérieures à 2,2 degrés Celsius sur deux utilisations consécutives. Lorsqu'une inflammation était détectée, une infirmière ou un infirmier était alerté par l'entremise d'un dossier de santé électronique (DSE) configuré. Le DSE informait également les prestataires de santé des mesures recommandées et des plans de traitement.

CONTEXTE	DONNÉES PROBANTES
<p>Technologie de soins virtuels (suite)</p>	<p>Lazo-Porras et coll., 2020</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Dans le groupe d'intervention, un appareil de thermométrie du pied était utilisé en même temps qu'une composante de santé mobile. L'appareil de thermométrie du pied utilisait la technologie des cristaux liquides pour fournir une image visuelle de la température du pied (où les différentes couleurs indiquaient des changements de température). On a demandé aux participants d'utiliser l'appareil quotidiennement et de contacter les prestataires par téléphone ou par SMS si l'un des signaux d'alarme apparaissait sur l'appareil. Une nouvelle transmission au niveau supérieur était effectuée si les signes d'alarme persistaient plus d'une semaine. La composante de santé mobile fournissait des alarmes pour signaler les changements de température des pieds, des messages de rappel hebdomadaires et des messages de promotion de la santé liés aux soins des pieds. <p>Pamungkas et coll., 2022</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Une application pour téléphone intelligent pour une intervention d'encadrement personnalisé sur le diabète a été utilisée pendant 12 semaines. Les participants indiquaient leurs activités d'autogestion dans le menu de déclaration de l'application, et des consultations en ligne ont été fournies par l'entremise de réunions virtuelles et d'appels téléphoniques afin de surveiller les activités d'autogestion du diabète et les complications potentielles, et de surmonter les obstacles à la mise en œuvre du programme. De plus, un soutien émotionnel a été fourni en envoyant des messages d'autonomisation, en répondant aux questions à l'aide d'un encadrement basé sur la pleine conscience et en interaction en petits groupes. <p>Qin et coll., 2023</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ L'application de thermographie pour téléphone intelligent a capturé des images thermiques infrarouges pour détecter les signes précoces d'inflammation sur les lésions pré-ulcéreuses ou près d'elles. Les signes précoces d'inflammation ont été définis comme une zone d'augmentation de la température autour de la lésion pré-ulcéreuse. La température a été mesurée par rapport à la zone environnante et à l'autre pied.

Ressources d'appui

RESSOURCES	DESCRIPTION
<p>Inforoute Santé du Canada (Inforoute), Excellence en santé Canada (ESC). Providing safe and high-quality virtual care: a guide for new and experienced users: clinician change virtual care toolkit: version 1.0 [Internet]. [lieu inconnu] : Inforoute; mai 2022. Disponible à : https://www.allianceon.org/resource/Providing-safe-and-high-quality-virtual-care-guide-new-and-experienced-users-Clinician</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contient de l'information et des ressources qui fournissent aux prestataires de santé les outils dont ils ont besoin pour prodiguer des soins virtuels sécuritaires et de haute qualité. ■ Comprend des sections sur la pertinence, l'utilisation et l'optimisation des services de soins virtuels, les interactions de soins virtuels de qualité et sécuritaires, l'évaluation des soins virtuels et d'autres outils et ressources.
<p>Infirmières spécialisées en plaies, stomies et continence Canada (ISPSCC). Trousse à outils de soins virtuels [Internet]. Ottawa (Ontario) : ISPSCC; novembre 2024. Disponible à : https://www.nswoc.ca/toolkit?lang=fr</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette trousse d'outils peut aider les prestataires de santé à fournir des soins virtuels en toute sécurité aux personnes vivant avec des plaies, y compris les PPD. ■ Cinq sections couvrent les considérations juridiques et réglementaires, la technologie, les soins axés sur l'équité, la prestation de soins virtuels et le transfert des connaissances.
<p>Santé Ontario. Utilisation cliniquement appropriée des soins virtuels en soins primaires : Document d'orientation et de référence [Internet]. Toronto (Ontario) : Santé Ontario; Nov. 2022 Disponible à : https://www.ontariohealth.ca/sites/ontariohealth/files/2022-11/ClinicallyAppropriateUseVirtualCarePrimaryCare-FR.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ce document d'orientation appuie le processus de prise de décisions en lien avec les modalités du recours pertinent sur le plan clinique aux soins virtuels (c.-à-d., par courriel, sur des messageries sécurisées, par téléphone ou par vidéoconférence) dans le cadre des services de soins primaires. ■ Il s'adresse aux prestataires de santé primaires et à ceux qui planifient et soutiennent la prestation des soins de santé primaires.
<p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). La pratique clinique dans un environnement de santé numérique [Internet]. Toronto (Ontario) : AIIAO; mars 2024. Disponible à : RNAO.ca/bpg/guidelines/clinical-practice-digital-health-environment</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette LDPE de l'AIIAO favorise la capacité du personnel infirmier à maintenir, à faire progresser et à renforcer la pratique professionnelle dans le contexte d'un environnement de santé numérique.

Lacunes de la recherche et implications futures

L'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et le groupe d'experts ont déterminé les domaines prioritaires pour les recherches futures (décrits dans le **tableau 19**). La colonne de gauche du **tableau 19** présente les questions de recommandation et les résultats, et la colonne de droite décrit les domaines prioritaires de recherche cernés par le groupe d'experts en fonction des examens systématiques effectués pour chaque question. De futures études menées dans ces domaines fourniraient d'autres données probantes à l'appui d'un soutien équitable et de haute qualité pour les personnes à risque et vivant avec des PPD et leurs partenaires de soins. La liste n'est pas exhaustive; d'autres domaines de recherche pourraient être requis.

Tableau 19 : Domaines prioritaires de recherche par question de recommandation

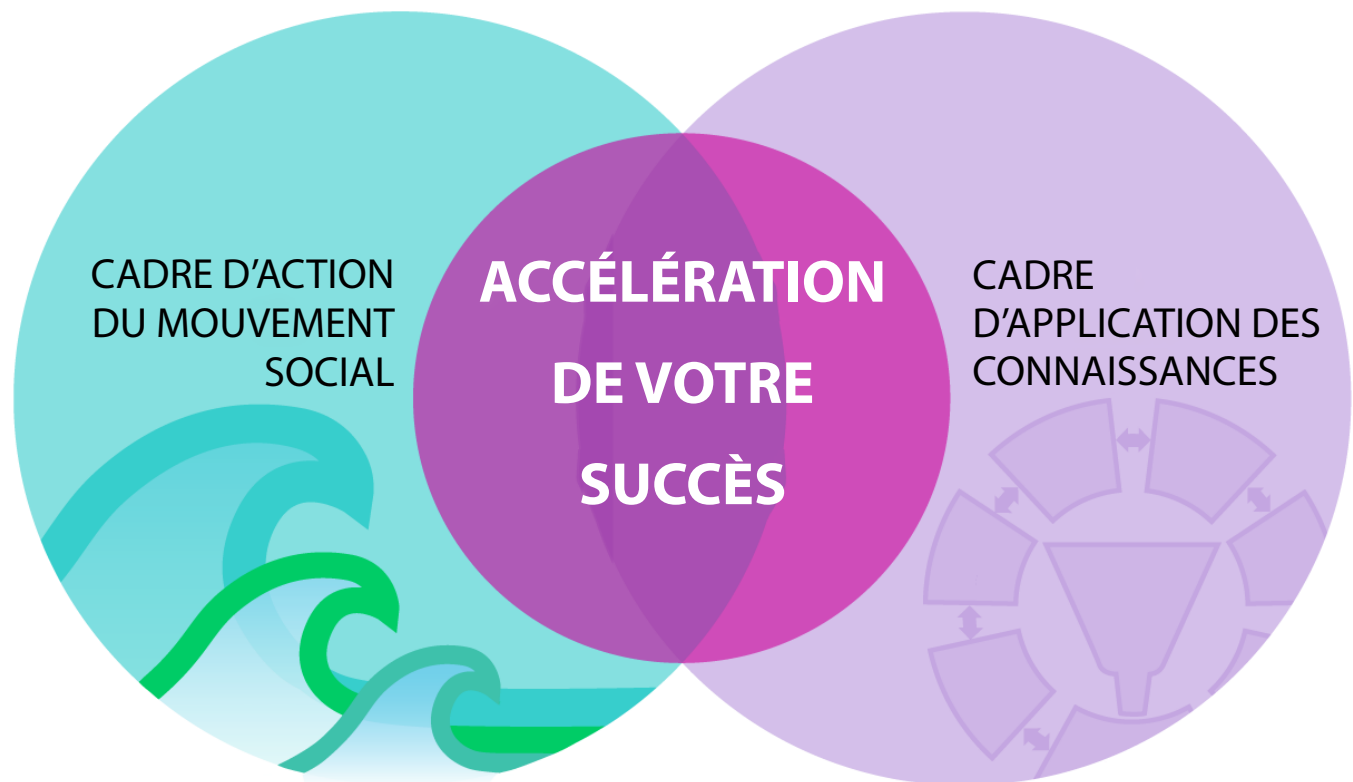
QUESTION DE RECOMMANDATION	DOMAINE DE RECHERCHE PRIORITAIRE
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 1 :</p> <p>Des stratégies de mobilisation des personnes devraient-elles être recommandées ou non pour les prestataires de santé qui offrent un soutien à l'autogestion pour les soins du pied diabétique (p. ex., entrevue motivationnelle, thérapie cognitivo-comportementale ou autres interventions psychosociales)?</p> <p>Résultats : Satisfaction de la personne, autoefficacité, observance par la personne, apparition ou récurrence des PPD, taux d'amputation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ D'autres études explorant l'incidence sur les taux d'amputation du recours à des stratégies de mobilisation des personnes pour fournir un soutien à l'autogestion.
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 2 :</p> <p>L'autodépistage pour l'évaluation du risque de PPD devrait-il être recommandé ou non pour les personnes à risque ou vivant avec des PPD et leurs partenaires de soins?</p> <p>Résultats : Apparition ou récurrence des PPD, taux de dépistage, satisfaction de la personne, dépistage de la neuropathie, taux d'amputation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ D'autres études explorant l'incidence de l'autodépistage par les personnes et leurs partenaires de soins sur la satisfaction de la personne et le dépistage de la neuropathie.
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 3 :</p> <p>Le soutien d'une équipe spécialisée dans le soin des plaies devrait-il être recommandé ou non pour les personnes à risque ou vivant avec des PPD?</p> <p>Résultats : Apparition ou récurrence des PPD, taux d'amputation, taux de guérison des PPD, satisfaction de la personne, taux de réadmission</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ D'autres études explorant l'incidence des équipes spécialisées en soins des plaies sur la satisfaction des personnes.
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 4 :</p> <p>Les soins virtuels (p. ex., télépratique, médias sociaux) devraient-ils être recommandés ou non pour soutenir ou compléter (conjointement avec le service en personne) la prestation de services de soins du pied pour les personnes diabétiques?</p> <p>Résultats : Autoefficacité, taux de dépistage, satisfaction des prestataires, satisfaction de la personne, apparition ou récurrence des PPD, dépistage de la neuropathie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ D'autres études explorant l'incidence de l'utilisation des soins virtuels pour soutenir ou compléter la prestation de services de soins du pied pour personnes diabétiques sur la satisfaction de la personne et le dépistage de la neuropathie.

Stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre des lignes directrices au point d'intervention comporte de multiples facettes et constitue un défi. Il faut plus que la sensibilisation et l'accès aux LDPE pour faire changer les pratiques : les LDPE doivent être adaptées à chaque contexte de pratique de façon systématique et participative afin que les recommandations puissent s'appliquer au contexte local (153). La [Boîte à outils pour la conduite du changement](#) (élaborée par l'AIIAO, en partenariat avec Excellence en santé Canada) fournit des processus fondés sur des données probantes à cet effet (voir l'[annexe M](#)) (4).

La Boîte à outils pour la conduite du changement utilise deux cadres complémentaires pour guider l'assimilation et la durabilité des données probantes (voir la [figure 3](#)). Elles peuvent être utilisées ensemble pour maximiser et accélérer le changement.

Figure 3 : La Boîte à outils pour la conduite du changement : Deux cadres complémentaires pour accélérer votre réussite



Source : Reproduit avec la permission de : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), Excellence en santé Canada (ESC). Boîte à outils pour la conduite du changement [Internet]. 4^e éd. Toronto (ON) : AIIAO, 2024. Disponible à : <https://www.RNAO.ca/leading-change-toolkit>

Le cadre d'action du mouvement social (1,2) est descriptif et présente les éléments déterminants d'un mouvement social pour l'assimilation et la durabilité des connaissances. Il intègre une approche ascendante, dirigée par les personnes, du changement pour une préoccupation partagée (ou une cause commune) dans laquelle les agents et les équipes de changement mobilisent l'action individuelle et collective pour atteindre les objectifs. Les éléments du cadre, classés en conditions préalables, en caractéristiques clés et en résultats, sont dynamiques et interdépendants et se développent spontanément au fur et à mesure de l'évolution du mouvement social.

Le cadre d'application des connaissances utilise un modèle de processus des phases du cycle d'action pour guider systématiquement l'adaptation des nouvelles connaissances (p. ex., une LDPE) au contexte local et à la mise en œuvre. Ce cadre suggère de cerner et d'utiliser des outils ou produits de connaissances (comme les lignes directrices) pour déterminer les lacunes et entamer le processus d'adaptation des nouvelles connaissances aux contextes locaux.

La Boîte à outils pour la conduite du changement repose sur des données émergentes dans le domaine de la santé et des sciences sociales selon lesquelles les chances d'adoption réussie et de la durabilité des pratiques exemplaires en soins de santé augmentent dans les circonstances suivantes :

- Les LDPE sont sélectionnées pour être mises en œuvre par le biais d'un processus participatif mené par des agents de changement et des équipes de changement.
- Les LDPE sélectionnées reflètent les domaines prioritaires d'une préoccupation partagée qui est crédible, appréciée et significative, ou d'une urgence d'action.
- Les autres personnes affectées par le changement sont déterminées et impliquées tout au long de la mise en œuvre pour s'engager dans une action individuelle et collective.
- La réceptivité à la mise en œuvre des LDPE, y compris la préparation environnementale, est évaluée.
- Les stratégies de mise en œuvre sont adaptées au contexte local et conçues pour éliminer les obstacles.
- L'utilisation de la LDPE est surveillée et maintenue.
- L'évaluation des répercussions de la LDPE est intégrée au processus afin de déterminer si les objectifs et les résultats ont été atteints.
- Il existe des ressources adéquates pour mener à bien tous les aspects de l'adoption et de la durabilité de la LDPE.
- La LDPE est étendue, élargie ou approfondie, dans la mesure du possible, afin d'élargir son influence et de créer des améliorations durables en matière de santé.

L'AIIAO s'engage à la diffusion, à la mise en œuvre et à la durabilité à grande échelle de nos LDPE. Nous utilisons une approche systématique en déployant diverses stratégies, notamment :

1. Le Réseau des champions des pratiques exemplaires^{MD} de l'AIIAO, qui alimente la capacité des agents du changement à encourager la sensibilisation, l'engagement et l'adoption des LDPE. Les champions des pratiques exemplaires de l'AIIAO sont des personnes et des organisations qui se passionnent pour la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes et qui mobilisent d'autres personnes afin qu'ensemble, elles améliorent les soins et la santé grâce à l'intégration du cadre de compétences des champions des pratiques exemplaires de l'AIIAO. Les champions sont du personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé de tous les rôles et de tous les secteurs de la santé, des étudiants, des défenseurs, des personnes ayant une expérience vécue ainsi que des aidants.
2. Les cheminements cliniques de l'AIIAO^{MC} sont des recommandations numérisées et des énoncés de bonne pratique intégrés aux dossiers médicaux électroniques par l'intermédiaire d'un logiciel tiers. À l'heure actuelle, ces cheminements cliniques sont offerts à tous les foyers de soins de longue durée canadiens.
3. La désignation d'OVPE^{MD} appuie la mise en œuvre à l'échelle de l'organisation et du système. Les OVPE se concentrent sur la mise en place de cultures professionnelles fondées sur des données probantes avec le mandat particulier de mettre en œuvre, d'évaluer et d'« enraciner » différentes LDPE de l'AIIAO.

En outre, nous offrons chaque année des ateliers de renforcement des capacités sur la mise en œuvre du changement de la pratique.

Vous trouverez des renseignements concernant nos stratégies de mise en œuvre aux endroits suivants :

- Réseau des champions des pratiques exemplaires de l'AIIAO^{MD} : [RNAO.ca/bpg/get-involved/champions](https://rnao.ca/bpg/get-involved/champions)
- Cheminements cliniques des LDPE de l'AIIAO^{MC} : [RNAO.ca/bpg/implementation/clinicalpathways](https://rnao.ca/bpg/implementation/clinicalpathways)
- OVPE de l'AIIAO^{MD} : [RNAO.ca/bpg/bps](https://rnao.ca/bpg/bps)
- Les instituts de renforcement des capacités de l'AIIAO et les autres occasions de perfectionnement professionnel : [RNAO.ca/events](https://rnao.ca/events)

Annexe A : Glossaire

Amputation : « Résection d'un segment d'un membre à travers un os ou une articulation.

- Amputation majeure : Toute résection proximale à la cheville.
- Amputation mineure : Toute résection distale à la cheville ou à travers de celle-ci » (10).

Apparition d'une plaie du pied causée par le diabète : « Une plaie de pied survenant chez une personne qui n'en a jamais eu auparavant » (10).

Autochtone : Introduit et utilisé dans un contexte mondial à la suite des efforts internationaux déployés par les peuples autochtones pour obtenir une plus grande présence au sein des Nations unies (ONU). Les Nations unies définissent globalement les populations autochtones comme des peuples établis de longue date et liés à des territoires spécifiques, qui pratiquent des traditions uniques et conservent des caractéristiques sociales, culturelles, économiques et politiques distinctes de celles des sociétés dominantes dans lesquelles ils résident (163). Selon la définition des Nations unies, le terme Autochtone recouvre généralement les éléments suivants : auto-identification au niveau individuel et acceptation par une collectivité autochtone en tant que membre; continuité historique avec les sociétés précoloniales ou antérieures à l'arrivée des colons; liens étroits avec les territoires et les ressources naturelles environnantes; systèmes sociaux, économiques ou politiques distincts; langue, culture et croyances distinctes. Les peuples autochtones forment des groupes non dominants au sein de la société et décident de maintenir et de reproduire leurs environnements et systèmes ancestraux en tant que peuples et collectivités distincts (163).

La Constitution canadienne reconnaît trois groupes de peuples autochtones : les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Il s'agit de trois peuples distincts avec des histoires, des langues, des pratiques culturelles et des croyances spirituelles uniques (164).

Autodépistage : Désigne le dépistage effectué par une personne à risque de développer une PPD ou par ses participants aux soins afin d'identifier les facteurs de risque pouvant mener au développement d'une PPD.

Par exemple :

- Vérification quotidienne des pieds pour détecter des coupures, des fissures, des ecchymoses, des ampoules, des plaies, des infections, des marques inhabituelles
- Utilisation d'un miroir pour voir la plante du pied
- Vérification de la couleur des jambes et des pieds
- Vérification des jambes et des pieds pour détecter toute enflure, chaleur, rougeur ou douleur. (178)

Autoefficacité : Processus cognitif où les personnes apprennent de nouveaux comportements qui affectent leur capacité à améliorer les événements futurs grâce à des influences environnementales et sociales (177).

Autogestion : Ce terme est souvent associé aux soins personnels et comprend un ensemble d'activités que les personnes entreprennent pour bien vivre avec une ou plusieurs maladies chroniques (44).

Cadres de prise de décisions fondées sur les preuves (cadres EtD) : Un tableau qui facilite la prise de décisions par les groupes d'experts sur l'élaboration de lignes directrices lorsqu'ils passent des données probantes aux recommandations. L'objectif du cadre de prise de décisions fondées sur les preuves (cadre EtD) est de résumer les résultats de la recherche, de décrire les facteurs importants qui peuvent déterminer la recommandation, d'informer les membres du groupe d'experts des avantages et des inconvénients de chaque intervention envisagée et d'accroître la transparence du processus décisionnel dans l'élaboration des recommandations (19).

Callosité : « Augmentation de l'épaisseur de la couche externe de la peau causée par une charge mécanique excessive » (10).

Cheminement clinique : Des protocoles robustes et des étapes claires pour les soins continus et intégrés des personnes dans tous les milieux, y compris les soins d'urgence et la médecine générale. Les protocoles devraient établir la relation entre le prestataire de santé primaire et l'équipe spécialisée dans le soin des plaies (120).

Conception conjointe, concevoir conjointement : Une reconceptualisation du rôle des personnes et un processus structuré pour les faire participer à toutes les étapes de l'amélioration de la qualité. L'accent est mis sur l'importance des expériences et des émotions des personnes, des partenaires de soins et des prestataires de santé pour comprendre et améliorer les services de santé (158).

Cor : Lésion cutanée épaisse et ronde avec un noyau central durci qui se forme par frottement ou pression répétitifs ou sur une proéminence osseuse (157).

Débridement de la plaie : « Débridement d'une plaie afin de créer un lit de plaie propre. Il existe plusieurs types de débridement, notamment physiques (p. ex., chirurgical, hydrodébridement ou gazeux), biologiques (larves), autolytiques (hydrogels) ou biochimiques (enzymes) » (10).

Débridement : L'élimination des callosités ou des tissus morts et dévitalisés (nécrose et desquamation) à l'aide de diverses méthodes (10).

Voir Débridement des plaies

Décharge : « Le soulagement de la contrainte mécanique (pression) d'une région précise du pied. Les techniques peuvent inclure des techniques chirurgicales de décharge, des dispositifs de décharge, des chaussures et d'autres techniques de décharge » (10).

Déformation du pied : « Modifications ou déviations par rapport à la forme ou à la taille normale du pied, telles que les orteils en marteau, les orteils en maillet, les orteils en griffe, l'hallux valgus, les têtes métatarsiennes proéminentes, le pied creux, le pied plat, le pied bot équin ou les conséquences d'un pied de Charcot, d'un traumatisme, d'une amputation, d'une autre intervention chirurgicale au pied ou d'autres causes » (10).

Dépistage des pieds : Pour vérifier la présence ou l'absence d'une maladie ou d'un dysfonctionnement du pied lié au diabète (10).

Desquamation : « Tissu non viable de couleur variable (p. ex., crème, jaune, grisâtre ou beige) qui peut être lâche ou fermement attaché, visqueux, filandreux ou fibreux » (179).

Déterminants sociaux de la santé et du bien-être : « Facteurs non médicaux qui influencent les résultats en matière de santé. Il s'agit des conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, ainsi que de l'ensemble des forces et des systèmes qui façonnent les conditions de la vie quotidienne. Ces forces et systèmes comprennent les politiques et les systèmes économiques, les programmes de développement, les normes sociales, les politiques sociales et les systèmes politiques (180).

Les déterminants sociaux du bien-être offrent l'occasion de déterminer les forces associées à la promotion de la santé (54). Ce concept correspond aux croyances et aux valeurs autochtones en matière de santé, où la santé est un concept global qui englobe le bien-être physique et mental, ainsi que la cohésion spirituelle et culturelle (55). Les déterminants du bien-être reconnaissent que les éléments de l'autodétermination, de l'identité, de la langue et du territoire sont fondamentaux pour la santé (54).

Diabète de type 1 : Affection caractérisée par une glycémie élevée causée par un manque d'insuline. Cela se produit lorsque le système immunitaire attaque les cellules bêta productrices d'insuline dans le pancréas et les détruit. Le pancréas produit alors peu d'insuline, voire pas du tout. Le diabète de type 1 se développe le plus souvent chez les jeunes, mais peut apparaître chez les adultes (183).

Diabète de type 2 : Affection caractérisée par une glycémie élevée causée par un manque d'insuline ou par l'incapacité de l'organisme à utiliser efficacement l'insuline. Le diabète de type 2 se développe le plus souvent chez les adultes d'âge moyen et plus âgés, mais peut apparaître chez les jeunes (183).

Diabète : « Le diabète sucré est un trouble métabolique hétérogène caractérisé par la présence d'une hyperglycémie due à une altération de la sécrétion d'insuline, à une action défectueuse de l'insuline ou aux deux » (160). Le diabète de type 1 et le diabète de type 2 sont les deux principaux types de diabète (160).

Voir Diabète de type 1 et Diabète de type 2

Éducation à l'autogestion : Activités éducatives qui permettent aux personnes d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour éclairer les choix sains et renforcer leur capacité d'appliquer les compétences (79).

Énoncé de bonne pratique : Les énoncés de bonne pratique s'adressent principalement au personnel infirmier et aux équipes interprofessionnelles qui fournissent des soins aux personnes et à leur famille tout au long du continuum de soins, y compris (mais sans s'y limiter) : soins primaires; soins à domicile et de proximité; soins de courte durée et SLD.

Les énoncés de bonne pratique sont des énoncés exploitables qui devraient être mis en pratique (14). Ces déclarations sont considérées comme tellement bénéfiques qu'un résumé des données probantes serait une mauvaise utilisation du temps et des ressources du groupe d'experts (14). En outre, il se peut que les chercheurs ne mènent plus d'études sur le sujet, que l'alternative à l'action soit contraire à l'éthique ou que leur étude aille à l'encontre des droits de la personne (14,15). Étant donné le degré élevé de certitude que les avantages découlant de l'énoncé de bonne pratique l'emportent sur les inconvénients, ils ne sont pas fondés sur un examen systématique des données probantes. Ils ne reçoivent pas non plus d'évaluation de la certitude de leurs données probantes ou de leur force (c'est-à-dire une évaluation conditionnelle ou forte) (16). Cela ne diminue pas la certitude des données probantes : bien que les énoncés soient souvent étayés par des données probantes indirectes, il existe une justification claire et explicite bien documentée reliant les données probantes indirectes à l'énoncé (14). En tant que tels, les énoncés de bonne pratique doivent être interprétés comme des recommandations fortes, car ils reposent sur l'hypothèse sous-jacente d'une grande certitude quant aux avantages de la mise en œuvre de l'action (14).

Équipe interprofessionnelle : Une équipe composée de plusieurs prestataires de santé (réglementés et non réglementés) qui collaborent pour assurer la prestation de services complets de qualité aux personnes à l'intérieur des milieux de soins de santé, entre ces milieux et dans l'ensemble de ceux-ci (165). Les principaux membres de l'équipe interprofessionnelle qui soutiennent les personnes à risque ou vivant avec une PPD peuvent être les infirmières et infirmiers, les prestataires de soins primaires, les podologues, les podiatres, les diététistes et les pharmaciens. Il est important de souligner que les personnes et leurs partenaires de soins sont au centre de l'équipe interprofessionnelle en tant que participants actifs.

Voir Équipe spécialisée dans le soin des plaies

Équipe spécialisée dans le soin des plaies : Une équipe composée de deux prestataires de santé ou plus qui possèdent les compétences et le champ d'exercice requis pour participer aux soins des personnes à risque ou vivant avec des PPD (selon les niveaux de risque de la personne).

Essai comparatif randomisé : Expérience au cours de laquelle un investigateur administre une ou plusieurs interventions à des participants qui ont été répartis de façon aléatoire dans un groupe expérimental (où ils se voient administrer l'intervention à l'étude), dans un groupe de référence (où ils se voient administrer un traitement traditionnel) ou dans un groupe de contrôle (aucune intervention ou administration de placebo) (168).

Étude non randomisée : Une étude quantitative estimant l'efficacité d'une intervention, où les participants sont répartis dans différentes interventions en utilisant des méthodes qui ne sont pas aléatoires (168).

Examen de la portée : Une forme de synthèse des connaissances qui répond à une question de recherche exploratoire visant à cartographier les concepts clés, les types de preuves et les lacunes dans la recherche relative à un domaine ou un secteur défini, en recherchant, sélectionnant et synthétisant de manière systématique les connaissances existantes (176).

Examen systématique : Un examen approfondi de la documentation qui fait appel à des questions clairement formulées et à des méthodes systématiques et explicites pour cerner et sélectionner les études pertinentes et les évaluer de manière critique. Un examen systématique consiste à recueillir et à analyser les données des études retenues et à les présenter, parfois à l'aide de méthodes statistiques (168).

Voir Méta-analyse

Gangrène : « Une affection qui survient lorsque les tissus corporels meurent en raison d'un apport sanguin insuffisant, d'une infection ou d'une blessure. En l'absence d'infection, cela entraîne généralement un dessèchement et un noircissement des tissus, souvent appelé gangrène sèche. Lorsque les tissus sont infectés, avec putréfaction et cellulite environnante, on parle souvent de gangrène humide » (10).

Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) : [Classement des recommandations, examen, élaboration et évaluation]. Approche méthodologique permettant d'évaluer le degré de certitude d'un ensemble de données de manière cohérente et transparente et d'élaborer des recommandations de manière systématique. L'ensemble des données probantes relatives à des résultats importants ou critiques est évalué en fonction du risque de biais, de la cohérence des résultats, de la pertinence des études, de la précision des estimations, du biais de publication, de l'incidence de l'effet, de la relation dose-réponse et de l'effet des variables confusionnelles sur l'estimation (19).

L'évaluation du degré de certitude d'une donnée appuyant un résultat repose sur les cinq éléments du système GRADE. Ces éléments sont les suivants :

1. Le risque de biais, qui concerne les lacunes de conception d'une étude ou les problèmes rencontrés lors de son déroulement.
2. Le degré de cohérence d'un ensemble de données, selon qu'elles pointent dans la même direction ou qu'elles diffèrent d'une étude à l'autre.
3. Le degré d'imprécision, qui fait référence à l'exactitude des résultats en fonction du nombre de participants ou d'événements examinés et à la largeur des intervalles de confiance liés à l'ensemble des données.
4. On évalue le degré d'applicabilité des constatations d'une étude primaire afin de déterminer la mesure dans laquelle celles-ci peuvent s'appliquer à la population, à l'intervention et aux résultats énoncés dans la question de recherche.
5. Le degré de biais de publication, que l'on détermine en évaluant si l'ensemble des études relatives à un résultat ne contient que des données probantes ou statistiquement significatives (19).

Holistique : Comprend l'équilibre entre les aspects mentaux, émotionnels, spirituels et physiques de la santé. Le terme « holistique » est utilisé par de nombreuses communautés autochtones pour refléter l'intégralité de la personne et mettre l'accent sur son bien-être plutôt que de se concentrer sur une maladie. Cela peut inclure les relations avec la famille, la communauté, la spiritualité, la culture et la terre d'une personne (185).

Infection du pied : Présence de manifestations d'un processus inflammatoire impliquant une plaie de pied située sous les malléoles (131).

Infirmière/Infirmier/Personnel infirmier : Désigne les infirmières et infirmiers autorisés, les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés, les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés et les infirmières et infirmiers en pratique avancée, comme les infirmières et infirmiers praticiens et les infirmières et infirmiers cliniciens spécialisés (169).

Ischémie : « Apport sanguin au pied ou à une partie du pied qui est insuffisant pour répondre aux besoins métaboliques des tissus, associé à des signes ou symptômes de perfusion réduite » (10).

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE) : « Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires sont des documents élaborés de manière systématique et fondés sur des données probantes qui comprennent des recommandations à l'intention du personnel infirmier et de l'équipe interprofessionnelle, des enseignants, des dirigeants et des décideurs politiques, des personnes et de leurs familles sur des sujets cliniques et des milieux de travail sains. Elles favorisent la cohérence et l'excellence des soins cliniques, des politiques de santé et de l'éducation à la santé afin que les résultats en matière de santé pour les personnes, les communautés et le système de santé soient les meilleurs possible » (154).

Maladie artérielle périphérique : « Maladie athéroscléreuse obstructive des artères, de l'aorte distale jusqu'au pied, accompagnée de symptômes cliniques, de signes ou d'anomalies lors d'examen vasculaires non invasifs ou invasifs ou d'imagerie médicale, entraînant une perturbation ou une altération de la circulation sanguine dans un ou les deux membres inférieurs » (10).

Médecine non conventionnelle : « Un large éventail de pratiques de soins de santé qui ne font pas partie de la tradition ou de la médecine conventionnelle de ce pays et qui ne sont pas pleinement intégrées au système de soins de santé dominant. Elles sont utilisées de manière interchangeable avec la médecine traditionnelle dans certains pays » (159).

Médias sociaux : « Diverses plateformes axées sur les utilisateurs qui facilitent la diffusion de contenu convaincant, la création de dialogues et la communication auprès d'un public plus large. Il s'agit essentiellement d'un espace numérique créé par les gens et pour les gens, et il offre un environnement propice aux interactions et au réseautage à différents niveaux (par exemple, personnel, professionnel, commercial, marketing, politique et sociétal) » (181).

Mouvement social pour l'assimilation et la durabilité des connaissances : Les personnes, les groupes et/ou les organisations qui, en tant qu'agents de changement bénévoles et intrinsèquement motivés, se mobilisent pour transformer les résultats de santé (2).

Nécrose : Une forme de lésion cellulaire irréversible presque toujours associée à des réactions inflammatoires, qui entraîne la mort prématurée des cellules dans les tissus vivants (167).

Neuropathie périphérique : « La présence de symptômes ou de signes de dysfonctionnement des nerfs périphériques » (10). Les symptômes courants comprennent : perte de sensation dans les orteils et les pieds, douleurs lancinantes aiguës, sensation de brûlure, picotements, sensation d'être piqué par des aiguilles, pulsations et engourdissement (170).

Neuropathie : La neuropathie induite par le diabète est une polyneuropathie symétrique qui affecte les composantes sensitives, motrices et autonomes des nerfs périphériques. Elle entraîne une perte de la sensation protectrice (27).

La neuropathie motrice provoque une atrophie des muscles du pied par dénervation des groupes musculaires et se manifeste généralement par des lésions sensorielles entraînant une répartition inégale du poids sur le pied et une démarche irrégulière accompagnée d'une insensibilité à la douleur, ce qui provoque une hyperkératose et favorise l'apparition de PPD. La neuropathie autonome est une altération des nerfs autonomes périphériques pouvant affecter plusieurs systèmes organiques (27).

Organisations de services de santé : Organisations qui fournissent des services de soins de santé à des communautés ou à des populations définies. Il s'agit notamment d'équipes de santé familiale, d'organisations de soins à domicile ainsi que d'hôpitaux.

Organisme vedette en pratiques exemplaires^{MD} (OVPE^{MD}) : Un service de santé ou un organisme universitaire qui s'est associé officiellement à l'AIIO sur une période de trois ans dans le but de créer des cultures de pratique fondées sur des données probantes grâce à la mise en œuvre systématique et à l'évaluation des résultats de multiples lignes directrices sur les pratiques exemplaires (155).

Ostéomyélite : « Une infection de l'os, avec atteinte de la moelle osseuse » (10).

Partenaire de soins : Un partenaire de soins apporte un soutien physique, psychologique et émotionnel, selon les besoins de la personne. Ces soins peuvent inclure le soutien à la prise de décisions, la coordination des soins et la continuité des soins. Les partenaires de soins peuvent inclure des membres de la famille, des amis proches ou d'autres aidants et sont identifiés par la personne ou son mandataire spécial (9). Dans d'autres LDPE de l'AIIAO, les partenaires de soins ont été appelés aidants, familles ou membres de la famille.

Personne ayant une expérience vécue : Les membres de la communauté qui ont une expérience et une connaissance directes du sujet en tant que personne, aidant non rémunéré ou défenseur. Les personnes ayant une expérience vécue constituent un groupe diversifié qui possède un éventail d'antécédents et d'expériences (171).

Personne : Personne avec qui un prestataire de santé a établi une relation thérapeutique dans le but de s'associer pour la santé. Remplace les termes « patient », « client » et « résident » utilisés dans l'ensemble des organisations de services de santé (13).

Pied de Charcot actif : « La présence d'un pied rouge, chaud et enflé avec des anomalies osseuses à l'imagerie chez une personne atteinte de diabète sucré et de neuropathie. Pendant l'évolution de la maladie, tant qu'il y a des signes d'inflammation dans le pied atteint, le pied de Charcot est présumé être « actif » » (10).

Plaie de pied : « Une rupture de la peau du pied qui touche au minimum l'épiderme et une partie du derme » (10).

Plaie du pied causée par le diabète (PPD) : « Une plaie de pied chez une personne atteinte de diabète sucré actuel ou déjà diagnostiqué, et couramment accompagnée d'une neuropathie périphérique ou d'une maladie artérielle périphérique dans le membre inférieur » (10).

Voir Plaie de pied

Plaie du pied causée par le diabète en rémission : « Peau intacte et absence d'infection du pied complet après la guérison de toute plaie de pied » (10).

Plan de soins : Un plan écrit ou électronique élaboré et tenu à jour par la personne, ses partenaires de soins et ses prestataires de santé. Il décrit les besoins à court et à long terme de la personne, ses objectifs et les exigences en matière de coordination, et identifie les personnes responsables de chaque partie du plan (124).

Podologue, podiatre : Membres d'une profession de la santé réglementée qui évaluent, diagnostiquent et traitent un large éventail de troubles médicaux du pied (156). Les podologues et les podiatres sont inscrits auprès du College of Chiropodists of Ontario et détiennent des titres protégés (156). Les podologues et les podiatres peuvent accomplir des actes autorisés similaires, mais distincts. Les podologues représentent le plus grand nombre de spécialistes des pieds en Ontario. Les praticiens aux États-Unis, ou ceux qui sont arrivés en Ontario avant 1993, sont appelés podiatres (156). Consultez le site Web du College of Chiropodists of Ontario pour obtenir de plus amples renseignements sur le champ d'exercice.

Pratique fondée sur les données probantes : L'intégration des données probantes issues de la recherche à l'expertise clinique et aux valeurs des patients. Elle unifie les données probantes issues de la recherche grâce à l'expertise clinique et encourage l'inclusion des préférences des patients (161).

Prestataire de santé spécialisé : Dans la présente LDPE, un prestataire de santé spécialisé désigne une personne instruite, formée et compétente en matière d'évaluation, de prévention et de traitement avancés des membres inférieurs (par exemple, une infirmière spécialisée en soins avancés des pieds titulaire d'un certificat du cours interprofessionnel international en soins des plaies [IIWCC] ou d'un certificat d'infirmière spécialisée en plaies, stomies et continence [ISPSC], ou d'autres certificats officiellement reconnus dans le pays, ou encore un podologue ou un podiatre).

Prestataire de santé : S'entend à la fois des travailleurs réglementés (p. ex., le personnel infirmier, les médecins, les diététistes et les travailleurs sociaux) et des travailleurs non réglementés (p. ex., les préposés aux services de soutien à la personne) qui font partie de l'équipe interprofessionnelle.

Prestataire de santé réglementé : En Ontario, la *Loi de 1991 sur les professionnels de la santé réglementés* (LPSR) offre un cadre pour réglementer 26 professions de la santé, définissant le champ d'exercice et les actes contrôlés ou autorisés propres à la profession, que chaque professionnel réglementé a la permission d'exécuter en offrant des soins et des services de santé (11).

Prestataire de santé non réglementé : Les prestataires de santé non réglementés assurent diverses fonctions dans des domaines qui ne sont pas assujettis à la LPSR. Ils sont tenus de rendre compte à leur employeur, mais non à une organisation de réglementation professionnelle (par exemple, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario). Les prestataires de santé non réglementés jouent les rôles et exécutent les tâches qui sont déterminées par leur employeur. Les prestataires de santé non réglementés n'ont la permission d'accomplir un acte autorisé, tel que défini dans la LPSR, que s'il figure parmi les exemptions établies dans la Loi (12).

Voir Prestataire de soins primaires et Prestataire de santé spécialisé

Prestataire de soins primaires : Infirmière ou infirmier praticien ou médecin de famille qui fournit des services de soins de santé primaires comprenant généralement les soins courants, les soins urgents mais mineurs ou communs, la prévention et la prise en charge des maladies chroniques, les soins de santé mentale, les soins de maternité et de puériculture, les services psychosociaux, la liaison avec les services de soins à domicile, la promotion de la santé et la prévention des maladies, les conseils en nutrition et les soins de fin de vie (172).

Principes directeurs : Concepts généraux qui dénotent une philosophie, une croyance, une valeur ou une norme de comportement que le personnel infirmier, les membres de l'équipe interprofessionnelle et les organisations de services de santé devraient appliquer à leur pratique lorsqu'ils mettent en œuvre des recommandations et des énoncés de bonne pratique.

Question de recherche sur la PICR (population, intervention, comparaisons, résultats) : Un cadre permettant de formuler une question précise. Il précise les quatre composantes suivantes :

1. Le patient ou la population qui fait l'objet de l'étude
2. L'intervention à examiner
3. L'intervention alternative ou de comparaison
4. Le résultat d'intérêt (19)

Question de recommandation : Domaine prioritaire de pratique, de politique ou d'éducation, déterminé par les membres du groupe d'experts, dont la réponse exige des données probantes. La question de recommandation peut également viser à répondre à un sujet autour duquel il existe de l'ambiguïté ou une controverse. La question de recommandation éclaire la question de recherche, ce qui guide l'examen systématique.

Recherche qualitative : Une approche de la recherche qui cherche à communiquer la manière dont le comportement et les expériences humaines peuvent être expliqués dans le contexte des structures sociales, en utilisant une approche interactive et subjective pour étudier et décrire les phénomènes (173).

Recherche quantitative : Une approche de la recherche qui étudie les phénomènes en utilisant des outils qui produisent des mesures statistiques ou des données numériques (174).

Recommandation : Une intervention qui répond directement à une question de recommandation (également connue sous le nom de « questions de recherche sur la PICR »). Une recommandation, qui est basée sur un examen systématique de la documentation, est faite en tenant compte des points suivants : a) les avantages et les inconvénients; b) les valeurs et les préférences; et c) l'équité en matière de santé. Le groupe d'experts décide par consensus si une recommandation est *forte* ou *conditionnelle*.

Il faut souligner que les recommandations ne doivent pas être considérées comme contraignantes, car elles ne peuvent tenir compte de toutes les particularités des circonstances individuelles, organisationnelles et cliniques (19).

Récurrence d'une plaie du pied causée par le diabète : « Une nouvelle plaie de pied chez une personne qui a des antécédents d'ulcération du pied, peu importe l'endroit et le temps écoulé depuis la plaie de pied précédente » (10).

Résultats : Une variable dépendante, ou bien l'état clinique ou fonctionnel d'un patient ou d'une population, utilisée pour évaluer le succès d'une intervention. Dans le cadre du système GRADE, chaque résultat est classé dans l'ordre de priorité suivant : a) déterminants pour la prise de décisions; b) importants sans être déterminants; c) sans importance. L'utilisation de ces résultats permet de cibler davantage les recherches documentaires et les examens systématiques (19).

Rétinopathie : La rétinopathie se caractérise par des modifications des vaisseaux sanguins de la rétine qui provoquent des saignements, des fuites de liquide ou une altération de la vision. Elle est définie par l'étendue de la maladie vasculaire rétinienne détectée par ophtalmoscopie. La rétinopathie diabétique est la cause la plus fréquente de cécité (175).

Réviseur externe : Personne ou groupe qui s'engage à examiner et à fournir des commentaires sur l'ébauche de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO avant sa publication. Les réviseurs externes comprennent souvent des personnes ou des groupes directement touchés par le sujet et les recommandations de la ligne directrice (p. ex., les personnes qui accèdent aux services de santé, qui travaillent dans des organisations de services de santé ou qui ont une expertise en la matière).

Santé mobile : « L'utilisation des technologies mobiles et sans fil pour soutenir les objectifs de santé » (166).

Science de la mise en œuvre : « L'étude scientifique des méthodes visant à promouvoir l'adoption systématique des résultats de la recherche et d'autres pratiques fondées sur des données probantes dans la pratique courante et, par conséquent, à améliorer la qualité et l'efficacité des services et des soins de santé » (162).

Sécurité culturelle : La sécurité culturelle est un résultat fondé sur un engagement respectueux qui reconnaît les déséquilibres de pouvoir inhérents au système de santé et vise à les corriger. La sécurité culturelle crée un environnement exempt de racisme et de discrimination où les personnes se sentent en sécurité lorsqu'elles reçoivent des soins de santé (56).

Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille : Une « approche de soins axés sur les besoins de la personne et de la famille [faisant] appel à certaines pratiques qui mettent la personne et les membres de sa famille au centre des soins et des services de santé. Les soins axés sur les besoins de la personne et de la famille respectent les personnes individuelles et les habilitent afin qu'elles puissent être de véritables partenaires de leurs fournisseurs de soins de santé » (13).

Soins virtuels : « Interaction entre les patients ou les membres de leur cercle de soins, se produisant à distance, à l'aide de toute forme de communication ou de technologies de l'information, dans le but de faciliter ou de maximiser la qualité et l'efficacité des soins aux patients » (184).

Stigmatisation : Étiqueter des personnes dans le but de les dévaloriser et de créer une situation de discrimination (36). L'autostigmatisation fait référence aux « attitudes négatives, y compris la honte intériorisée, que les personnes atteintes de maladie mentale peuvent avoir à l'égard de leur propre état » (182).

Stratégies de mobilisation des personnes : Processus par lequel les gens acquièrent un plus grand contrôle sur les décisions et les actions qui touchent leur santé et augmentent leur désir, leur capacité et leur confiance à participer activement à leurs propres soins (82).

Télépratique : L'utilisation des technologies de communication pour fournir des soins de santé à distance (152). « La prestation, la gestion et la coordination des soins et des services fournis par le biais des télécommunications. Ceci englobe notamment : les communications téléphoniques et cellulaires; le courriel; les vidéoconférences et les audioconférences; la messagerie instantanée (p. ex., textos, multimédias, clavardage en ligne); la téléradiologie; la télérobotique » (153).

Aussi appelé télésanté, téléconsultation ou télémédecine dans la présente LDPE.

Annexe B : Lignes directrices de l’AIIAO et ressources qui s’harmonisent avec la présente ligne directrice

Voici quelques sujets et suggestions de lignes directrices de l’AIIAO ainsi que des ressources qui se rapportent à la présente LDPE.

SUJET	RESSOURCE(S)
Pratique clinique dans un environnement de santé numérique	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (AIIAO). La pratique clinique dans un environnement de santé numérique [Internet]. Toronto (Ontario) : AIIAO; mars 2024. Disponible à : RNAO.ca/bpg/guidelines/clinical-practice-digital-health-environment
Science de la mise en oeuvre, cadres de mise en oeuvre et ressources	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (AIIAO), Excellence en santé Canada (ESC). Boîte à outils pour la conduite du changement [Internet]. 4 ^e éd. Toronto (ON) : AIIAO, 2024. Disponible à : RNAO.ca/leading-change-toolkit
Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille*	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (AIIAO). Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille [Internet]. Toronto (Ontario) : AIIAO; Mai 2015. Disponible à : RNAO.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care *Nouvelle édition en cours. Date de publication prévue en 2025.
Stratégies permettant de soutenir l’autogestion des états chroniques : la collaboration avec les clients*	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (AIIAO). Stratégies permettant de soutenir l’autogestion des états chroniques : la collaboration avec les clients [Internet]. Toronto (Ontario) : AIIAO; septembre 2010. Disponible à RNAO.ca/bpg/guidelines/strategies-support-selfmanagement-chronic-conditions-collaboration-clients *Nouvelle édition en cours. Date de publication prévue en 2026.
Transitions dans les soins et les services	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (AIIAO). Les transitions dans les soins et les services [Internet]. Toronto (Ontario) : AIIAO; juin 2023. Disponible à : RNAO.ca/bpg/guidelines/transitions-in-care

Annexe C : Stratégies pour fournir des soins culturellement sécuritaires

En utilisant le cadre d'Arksey et O'Malley (186), un examen de la portée a été mené afin d'examiner les données actuelles sur les stratégies culturellement sécuritaires pouvant être utilisées dans les soins fournis aux personnes atteintes de diabète ou à risque ou vivant avec des PPD, ainsi qu'à leurs partenaires de soins. Pour une description détaillée des mesures prises pour effectuer l'examen de la portée, consultez les documents supplémentaires sous l'onglet « Methodology Documents » de la [page Web](#) de la LDPE.

Au total, 117 articles ont été inclus dans l'examen. Les cinq types d'études les plus fréquents étaient les études quantitatives (n = 49), les revues de la documentation ou les documents de travail (n = 20), les études qualitatives (n = 12), les examens systématiques et/ou les méta-analyses (n = 8) et les études à méthodologie mixte (n = 9). Les articles provenaient de 38 pays. Les cinq principaux pays qui ont présenté des rapports sur ce sujet étaient les États-Unis (n = 55), l'Inde (n = 35), l'Australie (n = 11), la Chine (n = 8) et la Suède (n = 6). Trois articles provenaient du Canada. Les articles portaient sur les personnes vivant avec le diabète et leurs partenaires de soins.

Dans les articles inclus, un large éventail de stratégies culturellement sécuritaires ont été fournies ou utilisées par des personnes vivant avec le diabète dans différents milieux de soins. Les articles soulignaient l'importance pour les prestataires de santé de se familiariser avec les autres méthodes utilisées ou préférées par les personnes, de se renseigner à leur sujet et de comprendre leur incidence possible sur les soins du diabète. Parmi les thèmes abordés figuraient les médicaments traditionnels, la médecine non conventionnelle, les choix alimentaires sains adaptés aux préférences culturelles, les adaptations linguistiques du contenu éducatif, l'inclusion des partenaires de soins, la religion et la spiritualité, ainsi que la formation et le comportement des prestataires de santé. La sécurité culturelle implique de reconnaître la médecine non conventionnelle ainsi que les médicaments traditionnels qui peuvent être utilisés à des fins médicinales, spirituelles, sacrées et cérémonielles pour promouvoir la guérison. Il est important de comprendre que les gens peuvent être insatisfaits de la prise en charge de leur diabète par la médecine occidentale et peuvent se tourner vers la **médecine non conventionnelle**^G (187). Par conséquent, les prestataires de santé doivent évaluer quels types de médicaments traditionnels ou quelles formes de médecine non conventionnelle sont utilisés et discuter avec la personne de toute interaction potentielle entre la médecine occidentale et la médecine traditionnelle ou non conventionnelle.

Le tableau ci-dessous fournit une description détaillée des stratégies culturellement sécuritaires trouvées dans la littérature. Ce tableau ne fournit pas de renseignements sur les effets de chaque stratégie, car aucun examen systématique n'a été effectué pour les déterminer. L'AIIAO ne recommande pas une stratégie plutôt qu'une autre.

TYPES DE STRATÉGIES CULTURELLEMENT SÉCURITAIRES	DESCRIPTION	RÉFÉRENCE
MÉDECINE TRADITIONNELLE		
Plantes médicinales et médicaments traditionnels	<p>Les prestataires de santé doivent savoir que dans de nombreuses cultures, les plantes médicinales et les médicaments traditionnels sont utilisés comme méthode d'appoint pour traiter le diabète. Plusieurs types de plantes sont utilisés, comme la cannelle, le fenugrec, l'ail, l'aloë vera, les graines noires, etc.</p> <p>Remarque : De nombreux peuples autochtones désignent par « médecine traditionnelle » les connaissances et les pratiques qui favorisent la santé et le bien-être. Les connaissances qui sous-tendent les médecines traditionnelles sont souvent transmises par de multiples méthodes telles que les plantes médicinales, les danses, les cérémonies et le counseling (188). Pour plus d'information, consultez la section Religion et spiritualité ci-dessous.</p>	(189–204)
MÉDECINE NON CONVENTIONNELLE		
Interventions corps-esprit	<p>Les interventions corps-esprit qui mettent l'accent sur l'interaction entre les pensées, les émotions, le corps et le comportement ont gagné en popularité ces dernières années en raison de leur potentiel à être adaptées à des comportements de vie sains pour la gestion du diabète. Les interventions corps-esprit les plus décrites sont le yoga, la relaxation musculaire progressive et la méditation de l'attention.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le yoga est une intervention holistique qui comprend des affirmations positives, des asanas (postures physiques), la respiration (pranayama) et la méditation (dyhana) (753). ■ La relaxation musculaire progressive comprend la contraction volontaire systématique, puis la relaxation de groupes musculaires particuliers et la respiration profonde, ce qui provoque un sentiment de calme et permet aux participants d'atteindre un état de relaxation profonde (574). ■ La méditation de l'attention se concentre sur le développement d'une conscience intentionnelle de l'expérience, moment par moment et sans jugement. Elle aide à accroître l'attention accordée aux expériences du moment présent, y compris les pensées, les sentiments, la respiration et les sensations physiques (574). 	(192,198–200,205–237)

TYPES DE STRATÉGIES CULTURELLEMENT SÉCURITAIRES	DESCRIPTION	RÉFÉRENCE
Autres types de médecine non conventionnelle	D'autres modalités de médecine non conventionnelle fréquentes comprennent : les multivitamines ou suppléments, les analogies de la nature culturellement appropriées (p. ex., changements de marée et effets sur les lectures de glucose), l'homéopathie, la naturopathie, le massage, l'acupuncture, les soins chiropratiques, l'ayurvéda, l'hypnose, la guérison par énergie, la thérapie Reiki, la chélation et la rétroaction biologique.	(192,193,198, 199,225, 238–243)
CHOIX ALIMENTAIRES SAINS ADAPTÉS À LA CULTURE		
Aliments propres à la culture	<p>La nourriture est une partie importante de chaque culture et de nombreuses cultures ont des aliments préférés. Adapter un régime alimentaire diabétique à la culture d'une personne peut faciliter à l'autogestion. Les stratégies culturellement sécuritaires comprennent les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la planification des repas personnalisée en fonction des préférences de la personne; ■ des cours de cuisine propres à la culture de la personne et adaptés aux régimes alimentaires pour diabétiques; ■ l'utilisation de lignes directrices internationales en matière de nutrition ou de guides alimentaires; ■ des conseils sur ce qu'il faut faire lors du jeûne pour un événement religieux ou sur la façon de gérer les rassemblements sociaux et les repas au restaurant; ■ la fourniture de suggestions sur les ressources locales et communautaires pour améliorer les choix alimentaires; ■ la conscience de l'insécurité alimentaire et de l'indisponibilité potentielle d'aliments nutritifs; ■ l'utilisation d'applications technologiques permettant de suivre les aliments culturels et la glycémie; ■ la réalisation d'évaluation nutritionnelle axée sur la culture par un diététiste qui connaît bien les antécédents culturels et linguistiques de la personne. 	(192,195,197–199,202,214, 223,238,240–242,244–270)
ACTIVITÉ PHYSIQUE		
Activité physique	Les plans d'exercices peuvent être adaptés à la culture. Les différences entre les sexes et les obstacles culturels à l'activité physique peuvent faire l'objet d'une discussion entre les prestataires de santé et les personnes vivant avec le diabète. Par exemple, si les gens aiment la danse culturelle, la danse peut être utilisée comme méthode d'activité physique.	(202,204,214, 223,240,241, 245,247,248, 251,260)

TYPES DE STRATÉGIES CULTURELLEMENT SÉCURITAIRES	DESCRIPTION	RÉFÉRENCE
LANGUE ET STYLE D'APPRENTISSAGE		
Interprètes	Le recours à des interprètes professionnels pour traduire du contenu écrit ou oral sur le diabète est souvent préférable au recours à des interprètes non professionnels (comme les membres de la famille ou les prestataires de santé qui ne parlent pas couramment la langue de la personne).	(192,223,247, 250,257, 262,271)
Prestataires de santé bilingues	Des prestataires de santé bilingues qui parlent la langue maternelle de la personne peuvent rendre le matériel éducatif plus accessible et compréhensible.	(192,199,224, 245,246,249, 251,255,256, 259,260,262, 263,269, 271–277)
Documents écrits et oraux	<p>La traduction des documents écrits et oraux dans la langue maternelle de la personne permet à celle-ci de comprendre l'information qui lui est fournie sur sa santé et de prendre des décisions éclairées concernant ses soins.</p> <p>Voici quelques suggestions:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ L'utilisation de couleurs, de graphiques, de polices et d'images provenant de la culture de la personne, le cas échéant, car les stratégies socioculturelles appliquent les valeurs, les croyances et les comportements culturels d'un groupe afin de donner un contexte et un sens aux renseignements et aux messages. ■ L'utilisation de titres déclaratifs, d'histoires, d'analogies de la culture de la personne. ■ L'adaptation du matériel aux valeurs culturelles, aux terminologies préférées et aux pratiques linguistiques inclusives. Par exemple, dans un article écrit en Espagne, le terme régime alimentaire (<i>dieta</i>) a été supprimé et remplacé par le terme « alimentation » (<i>alimentación</i>), car les régimes avaient une connotation négative impliquant des habitudes alimentaires trop restrictives. ■ Considération du niveau de littératie en santé de la personne. 	(192,199,200, 202,224,229, 238,240,242, 245,246,250, 252,253,257, 258,260,262, 263,265,267, 268,271,272, 274,278–291, 291–294)

TYPES DE STRATÉGIES CULTURELLEMENT SÉCURITAIRES	DESCRIPTION	RÉFÉRENCE
Styles d'apprentissage	<p>Les personnes et les partenaires de soins ont des styles d'apprentissage individuels qui peuvent être influencés par leur culture. Les prestataires de santé peuvent adapter l'éducation sur le diabète au style d'apprentissage de la personne. Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Dans une étude, les apprenants chinois ont apprécié l'inclusion de devoirs et ont constaté qu'un examen des connaissances lors de la dernière séance aidait à consolider leur compréhension. ■ Feltman, un corps en feutre de couleur grandeur nature, a été utilisé pour représenter les organes touchés par le diabète. Dans une étude, les peuples autochtones d'Australie ont apprécié la nature visuelle et interactive de Feltman. 	(278,295)
INCLUSION DES PARTENAIRES DE SOINS OU DE LA COMMUNAUTÉ		
Inclusion des partenaires de soins	<p>Certaines cultures mettent fortement l'accent sur l'inclusion des partenaires de soins dans la prestation des soins de santé afin d'aider à fournir un soutien psychologique et émotionnel à l'autogestion. Si la personne y consent, incluez des partenaires de soins lorsque vous fournissez de l'éducation ou des soins sur le diabète.</p>	(202,204,223, 224,241,242, 245,255,257, 260,263,269, 273,274,278, 279,281,291, 294,296,297)
Inclusion de la communauté	<p>Certaines cultures préfèrent inclure des membres de la communauté et se réunir pour échanger de l'information, fournir un soutien social et résoudre des problèmes communautaires. Par exemple, dans un article, les Autochtones se sont réunis dans des cercles de discussion pour discuter des soins du diabète.</p>	(280,298,299)

TYPES DE STRATÉGIES CULTURELLEMENT SÉCURITAIRES	DESCRIPTION	RÉFÉRENCE
RELIGION ET SPIRITUALITÉ		
Religion et spiritualité	<p>La religion et la foi peuvent influencer les soins du diabète. Parfois, les personnes atteintes de diabète peuvent se sentir coupables et penser que cette maladie est une punition pour leurs actions passées. Il est important d'aider les personnes à accepter la maladie et à comprendre sa nature. Parler de religion et de foi n'est peut-être pas naturel pour certains prestataires de santé. Cependant, il est important de comprendre que les comportements liés à la santé peuvent découler de pratiques religieuses. Les professionnels de santé peuvent demander aux personnes si elles ont des pratiques religieuses ou spirituelles et si cela influence leurs comportements d'autosoins liés au diabète (651). Voici quelques stratégies de sécurité culturelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la prière; ■ réciter des versets de livres saints; ■ l'utilisation de l'eau bénite; ■ l'audiothérapie spirituelle; ■ les cérémonies, les tambours, l'encens, les huttes de sudation, la danse; ■ la guérison spirituelle; ■ fournir une formation en soins spirituels aux prestataires de santé; ■ fournir des soins aux diabétiques dans les lieux de culte si les personnes s'y sentent plus à l'aise. 	(192,193, 197-199,204, 223-225,242, 252,280,294, 296,300)

TYPES DE STRATÉGIES CULTURELLEMENT SÉCURITAIRES	DESCRIPTION	RÉFÉRENCE
STRATÉGIES DES PRESTATAIRES DE SANTÉ		
Éducation et comportements	<p>Les professionnels de la santé disposent de plusieurs moyens pour se renseigner sur les stratégies culturellement sécuritaires et pour les mettre en œuvre. Voici quelques exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Les prestataires de santé et les personnes collaborent et conçoivent conjointement un plan de soins. Cependant, dans certaines cultures, les gens peuvent préférer que les prestataires de santé prennent des décisions à leur place. ■ Les prestataires de santé s’efforcent de déterminer les préjugés implicites ou inconscients qui peuvent influencer ou affecter leur perception de l’utilisation de la médecine complémentaire ou d’autres stratégies d’autogestion par une personne. ■ Les professionnels de la santé discutent des idées fausses courantes sur le diabète liées à la culture avec les personnes et leurs partenaires de soins. ■ Les prestataires de santé discutent de la gestion du stress, de la santé mentale et du bien-être psychosocial avec les personnes, en fonction de leur niveau de confort à aborder ces sujets. Certaines cultures évitent de discuter des problèmes de santé mentale. ■ Les prestataires de santé misent sur les forces et les ressources culturelles pour motiver le changement de comportement en matière de santé. Par exemple, dans les populations hispaniques, on accorde une grande importance aux relations familiales et aux autres relations interpersonnelles. ■ Les prestataires de santé utilisent des outils de communication pour les aider à entamer des conversations et à comprendre comment mieux gérer les problèmes socioculturels liés au diabète. ■ Les prestataires de santé tiennent compte de l’orientation temporelle de chaque culture. Certaines cultures ont une attitude détendue à l’égard du temps. Faire preuve de flexibilité quant aux heures de rendez-vous est une manière d’être sensible à la culture. ■ Les organisations de services de santé invitent les personnes atteintes de diabète et les partenaires de soins à participer à la planification de programmes d’éducation sur le diabète. ■ Les organisations de services de santé offrent une formation sur la sécurité culturelle aux prestataires de santé. ■ Les organisations de services de santé forment les prestataires de santé aux lignes directrices culturelles et régionales pertinentes en matière de nutrition clinique. 	(192,199,214, 224,241,253, 256,257,259, 260,269,280, 284,287, 294,301)

Annexe D : Dépistage des pieds diabétiques en 60 secondes d'Inlow

Ce guide de dépistage fournit une méthode systématique pouvant être utilisée par les prestataires de santé pour prévenir les plaies du pied et assurer un dépistage continu après l'apparition d'une plaie ou d'une complication.

Figure 2 : Dépistage des pieds diabétiques en 60 secondes (2022)

Dépistage des pieds diabétiques en 60 secondes d'Inlow ÉVALUATION DU RISQUE ET PLANIFICATION DES SOINS 2022



Nom du patient ou de la patiente : _____ Signature du clinicien : _____

Numéro d'identification : _____ Date : _____

► Étape 1 : Évaluation complète des pieds gauche et droit

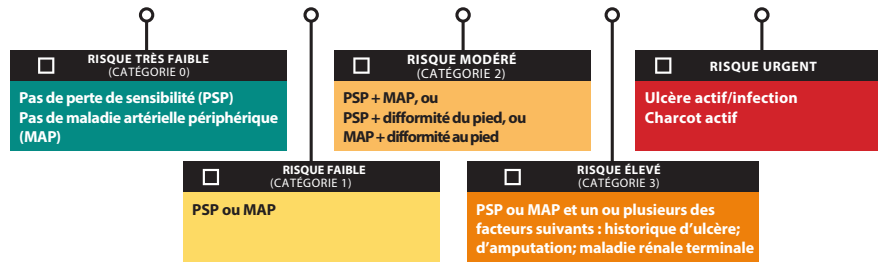
Consignes : Examinez les deux pieds en utilisant les paramètres identifiés dans le test de dépistage du pied diabétique en 60 secondes¹ pour identifier les indicateurs cliniques et/ou les problèmes de soins du patient ou de la patiente. Une fois que chaque paramètre a été évalué, passez aux étapes 2 et 3.

Facteurs de risque et comorbidités autodéclarés			
<input type="checkbox"/> Rétinopathie <input type="checkbox"/> Néphropathie <input type="checkbox"/> Glycémie mal contrôlée <input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire <input type="checkbox"/> Maladie artérielle <input type="checkbox"/> Tabagisme			
PIED DROIT	1. Identifiez l'état de la peau des ongles	PIED GAUCHE	Risque et planification des soins
	Peau : <input type="checkbox"/> Intact et en bonne santé <input type="checkbox"/> Sec avec mycose et peu de callosités <input type="checkbox"/> Accumulation de callosités <input type="checkbox"/> Ulcération ou amputation antérieure <input type="checkbox"/> Ulcération existante (± chaleur et érythème) <input type="checkbox"/> Espaces interdigitaux macérés Ongles : <input type="checkbox"/> Bien entretenus <input type="checkbox"/> Peu soignés et usés <input type="checkbox"/> Épais, endommagés ou infectés		
PIED DROIT	2. Évaluez pour la neuropathie périphérique / perte de sensation protectrice (PSP)	PIED GAUCHE	Risque et planification des soins
	Sensation des pieds – avez-vous déjà senti : <input type="checkbox"/> Engourdissement? <input type="checkbox"/> Picotement? <input type="checkbox"/> Brûlure? <input type="checkbox"/> Comme si des fourmis rampent sur vos pieds? Sensation des pieds – test du monofilament : <input type="checkbox"/> Non : pas de perte de sensation détectée (La sensation est présente pour tous les sites.) <input type="checkbox"/> Oui : perte de sensation détectée (La sensation est absente pour au moins un site)		
PIED DROIT	3. Identifier une maladie artérielle périphérique	PIED GAUCHE	Risque et planification des soins
	Douleur : <input type="checkbox"/> Douleur aux pieds ou aux jambes à la marche, limitant l'activité Rougeur : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Pied froid : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Pouls pédieux/tibiaux : <input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Absent		
PIED DROIT	4. Identifier des difformités osseuses (et chaussure)	PIED GAUCHE	Risque et planification des soins
	Difformité : <input type="checkbox"/> Pas de difformités <input type="checkbox"/> Difformité (c.-à-d. déformation des têtes métatarsiennes, oignons, déformations permanentes liées au pied de Charcot, orteils marteaux) <input type="checkbox"/> Historique d'amputation <input type="checkbox"/> Charcot actif (+ chaleur et érythème) Amplitude de mouvement : <input type="checkbox"/> Amplitude complète de l'hallux <input type="checkbox"/> Amplitude limitée de l'hallux <input type="checkbox"/> Hallux rigide Chaussure : <input type="checkbox"/> Appropriée <input type="checkbox"/> Inappropriée <input type="checkbox"/> Cause de blessure/traumatisme		

* Reportez-vous aux étapes 2 et 3 avant de compléter cette partie.

► **Étape 2 : Déterminez le risque d'ulcération et d'amputation**

Consignes : Examinez les résultats du dépistage des pieds diabétiques en 60 secondes pour identifier les paramètres qui mettent le patient à risque* *Le risque très faible implique l'absence de perte de sensibilité, de maladie artérielle périphérique ou de comorbidités/facteurs de risque associés. Si des comorbidités existent, envisager de passer à la catégorie 1.



► **Étape 3 : Créez un plan de soins avec votre patient.e en fonction des risques identifiés**

Consignes : En fonction de la classification des risques et des indicateurs cliniques, élaborez un plan de soins avec votre patiente qui répond le mieux à ses besoins.

Classification des risques	Indicateurs cliniques	Fréquence	Recommandations et actions**
Risque très faible (Catégorie 0)	Pas de perte de sensibilité (PSP) Pas de maladie artérielle périphérique (MAP)	Dépistage tous les 12 mois	<input type="checkbox"/> Éducation sur les habitudes et comportements sains pour les pieds et les facteurs de risque ¹ quand/comment/qui consulter médicalement si nécessaire <input type="checkbox"/> Inspection quotidienne des pieds <input type="checkbox"/> Soins appropriés de la peau et des ongles des pieds <input type="checkbox"/> Chaussures bien ajustées et appropriées <input type="checkbox"/> Bonnes habitudes de vie, dont l'activité physique/exercices selon les capacités
Risque faible (Catégorie 1)	PSP ou MAP	Dépistage tous les 6-12 mois	<input type="checkbox"/> Éducation sur : les facteurs de risque (y compris PSP ou MAP); chaussures appropriées et soin des pieds et des ongles; quand/comment/qui consulter médicalement si nécessaire <input type="checkbox"/> Inspection quotidienne des pieds <input type="checkbox"/> Soins professionnels des pieds et des ongles, y compris le traitement de l'onychomycose et du tinea pedis, si présent <input type="checkbox"/> Des chaussures bien ajustées avec des orthèses plantaires, semelles et des bas de contention si nécessaire <input type="checkbox"/> Évaluation vasculaire ± orientation vers un examen vasculaire +/- chirurgien vasculaire <input type="checkbox"/> Prise en charge de la douleur ischémique, si présente <input type="checkbox"/> Recommander un programme d'exercices sans mise en charge https://www.diabetes.ca/nutrition---fitness/exercise---activity
Risque modéré (Catégorie 2)	PSP + MAP, ou PSP + difformités au pied, ou MAP + difformité au pied	Dépistage tous les 3-6 mois	<input type="checkbox"/> Éducation sur : les facteurs de risque (y compris PSP ou MAP); chaussures appropriées et soin des pieds et des ongles; quand/comment/qui consulter médicalement si nécessaire <input type="checkbox"/> Inspection quotidienne des pieds <input type="checkbox"/> Soins professionnels des pieds et des ongles, y compris le traitement de l'onychomycose et du tinea pedis, si présent <input type="checkbox"/> Des chaussures bien ajustées avec des orthèses plantaires à contact complet personnalisées et des bas de contention, les chaussures doivent être adaptées à toutes les difformités au niveau des pieds <input type="checkbox"/> Évaluation vasculaire ± référer à un chirurgien vasculaire <input type="checkbox"/> Prise en charge de la douleur ischémique ou neuropathique <input type="checkbox"/> Référer à un orthopédiste ou chirurgien du pied, pour une prise en charge chirurgicale des difformités si besoin <input type="checkbox"/> Recommander un programme d'exercices sans mise en charge https://www.diabetes.ca/nutrition---fitness/exercise---activity
Risque élevé (Catégorie 3)	PSP ou MAP et un ou plus des facteurs suivants : • Historique d'ulcère • Historique d'amputation • Maladie rénale terminale	Dépistage tous les 1-3 mois	<input type="checkbox"/> Éducation sur : les facteurs de risque (y compris PSP ou MAP); chaussures appropriées et soin des pieds et des ongles; quand/comment/qui consulter médicalement si nécessaire <input type="checkbox"/> Inspection quotidienne des pieds <input type="checkbox"/> Soins professionnels des pieds et des ongles, y compris le traitement de l'onychomycose et du tinea pedis, si présent <input type="checkbox"/> Des chaussures bien ajustées avec des orthèses plantaires faites sur mesure et des bas de contention si nécessaire; les chaussures doivent être adaptées à toutes les difformités au niveau des pieds <input type="checkbox"/> Chaussures et/ou prothèses modifiées en fonction du niveau d'amputation <input type="checkbox"/> Évaluation vasculaire ± référer à un chirurgien vasculaire <input type="checkbox"/> Prise en charge de la douleur ischémique ou neuropathique <input type="checkbox"/> Recommander un programme d'exercices sans mise en charge https://www.diabetes.ca/nutrition---fitness/exercise---activity
Risque urgent	Ulcère présent \ infection \ Charcot	Soins urgents requis	<input type="checkbox"/> Éducation sur : les facteurs de risque (y compris PSP ou MAP); chaussures appropriées et soin des pieds et des ongles; quand/comment/qui consulter médicalement si nécessaire <input type="checkbox"/> Inspection quotidienne des pieds <input type="checkbox"/> Soins professionnels des pieds et des ongles, y compris le traitement de l'onychomycose et du tinea pedis, si présent <input type="checkbox"/> Décharrage avec plâtre total ou botte de décharge pour fermer les ulcères et/ou immobiliser le pied de Charcot <input type="checkbox"/> Évaluation vasculaire ± référer à un chirurgien vasculaire ou une clinique de préservation des membres, selon les indications <input type="checkbox"/> Prise en charge de la douleur ischémique et/ou neuropathique <input type="checkbox"/> Référer à un orthopédiste ou chirurgien du pied, pour une prise en charge chirurgicale des difformités au besoin <input type="checkbox"/> Référer vers un service de maladies infectieuses pour gérer l'infection, si indiquée, et/ou vers un chirurgien généraliste, orthopédiste ou du pied pour débrider les tissus infectueux ± les os, si indiqué

** Ces recommandations et actions ne sont pas exhaustives. Les étapes doivent être personnalisées pour répondre aux besoins de chaque patient. Encouragez les patients.es à gérer leur glycémie, leurs triglycérides, leur poids, leur hypertension et leur mode de vie, tels que le tabagisme, alimentation et niveau d'activités. Assurez-vous que le ou la patiente sait où accéder à une assistance professionnelle en cas de complication urgente au niveau de leurs pieds.

¹ Des outils et du matériel éducatif sont disponibles sur le site web de Plaies Canada/Wounds Canada :
Pour les patients (et professionnels de la santé) : <https://dhfy.ca/for-patients-public>
Pour les cliniciens : <https://dhfy.ca/for-clinicians>

Références bibliographiques :

1. Adapted from Inlow S. The 60-second foot exam for people with diabetes. Wound Care Canada. 2004;2(2):10-11. Wound Care Canada. 2004;2(2):10-11.
2. Bus S, Lavery L, Monteiro-Soares M, Rasmussen A, Rasovic A, Sacco I et coll. Guidelines on the prevention of foot ulcers in persons with diabetes (IWGDF 2019 update). Diabetes Metab Res Rev. 2020;36(S1).
3. Botros M, Kuhnke J, Embil J, Goettl K, Morin C, Parsons L, et coll. Best practice recommendations for the prevention and management of diabetic foot ulcers. Dans : Foundations of Best Practice for Skin and Wound Management. A supplement of Wound Care Canada; 2017. 68 pp. Consulté à l'adresse : www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/bpr-workshop/895-wc-bpr-prevention-and-management-of-diabetic-foot-ulcers-1573r1e-final/file.

Source : Reproduit avec la permission de : Blanchette V, Kuhnke JL, Botros M, et coll. Inlow's 60-second diabetic foot screen: update 2022. Limb Preservation Journal [Internet]. 28 avril 2023;4(1):22-8. Disponible à : <https://www.woundscanada.ca/news/618-inlow-s-60-second-diabetic-foot-screen-update-2022>.

Annexe E : Le système de stratification des risques de l'IWGDF

Le système de stratification des risques de l'IWGDF permet aux prestataires de santé d'établir la fréquence du dépistage et de l'examen des pieds en fonction des catégories de risque résultantes. Une personne sans PSP ou MAP est considérée comme ayant un risque de niveau 0 (très faible risque d'ulcération et ne nécessite qu'un dépistage annuel). Une personne présentant une PSP ou une MAP, mais sans autres facteurs de risque supplémentaires, présente un risque de niveau 1 (faible risque et nécessite un dépistage tous les 6 à 12 mois). Une personne présentant une combinaison de facteurs de risque a un risque de niveau 2 (risque modéré et nécessite un dépistage tous les 3 à 6 mois). Une personne présentant une PSP ou une MAP et ayant des antécédents de PPD ou d'amputation d'un membre inférieur a un risque de niveau 3 (risque élevé et nécessite un dépistage tous les 1 à 3 mois). Une personne présentant une PSP ou une MAP et ayant une insuffisance rénale terminale a également un risque de niveau 3 (69).

CATÉGORIE	RISQUE DE PLAIE	CARACTÉRISTIQUES	FRÉQUENCE DU DÉPISTAGE*
0	Très faible	Pas de PSP, pas de MAP	Annuellement
1	Faible	PSP ou MAP	Tous les 6 à 12 mois
2	Modéré	PSP + MAP, ou PSP + déformation du pied^G ou MAP + déformation du pied	Tous les 3 à 6 mois
3	Élevé	PSP ou MAP, et au moins un des facteurs suivants : <ul style="list-style-type: none"> ■ historique de plaie du pied ■ une amputation (mineure ou majeure) d'un membre inférieur ■ insuffisance rénale terminale 	Tous les 1 à 3 mois

Remarque : PSP = perte de la sensation protectrice; MAP = maladie artérielle périphérique. *: La fréquence du dépistage est basée sur l'opinion d'experts, car l'IWGDF a indiqué qu'aucune donnée probante n'était disponible à l'appui de ces intervalles. Lorsque l'intervalle de dépistage est proche d'un contrôle régulier du diabète, envisagez d'effectuer le dépistage du pied lors de cet examen.

Source : Adapté avec la permission de : IWGDF. Bus SA, Sacco IC, Monteiro-Soares M, et coll.; International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF). Guidelines on the prevention of foot ulcers in persons with diabetes: IWGDF 2023 update [Internet]. [lieu inconnu] : IWGDF; 2023. Disponible à : <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2023/07/IWGDF-2023-02-Prevention-Guideline.pdf>

Annexe F : Exemple d'outil d'autodépistage

Cet outil d'autodépistage fournit une méthode systématique de prévention des plaies de pied et de dépistage continu, qui peut être utilisée par les personnes et les partenaires de soins.



Outil d'auto-évaluation de la santé des pieds chez les personnes diabétiques

Cet outil vous aidera à détecter les problèmes liés au diabète au niveau de vos pieds. Il est recommandé de le partager avec votre fournisseur de soins de santé. Il discutera avec vous de vos résultats et déterminera si vous avez besoin d'un examen des pieds en personne.

Le diabète peut entraîner des problèmes au niveau des pieds, tels qu'une peau très sèche, des modifications de la forme des pieds, une perte de sensibilité au niveau des pieds et une mauvaise circulation sanguine. Ces problèmes peuvent conduire à une plaie du pied causée par le diabète, ce qui augmente le risque de perdre le pied (amputation).

Il est important d'examiner régulièrement vos pieds à la maison afin de vous assurer qu'ils restent en bonne santé.

Instructions

1. Trouvez un endroit bien éclairé pour examiner vos pieds. Si vous avez du mal à voir la plante de vos pieds, demandez à un membre de votre famille ou à un aidant de vous aider. Vous pouvez également utiliser une perche à autophoto avec la caméra de votre téléphone intelligent, un miroir télescopique ou un miroir avec un manche. Allongez le manche de votre miroir en le fixant à un bâton de peinture ou à une règle (voir image).
2. Utilisez le tableau d'examen des pieds des pages 2 à 5 pour examiner vos pieds. Cochez toutes les cases qui s'appliquent dans la section « Résultats ». Cochez la case « Pied gauche » ou « Pied droit ». Si le problème concerne les deux pieds, cochez les deux cases.
3. Notez votre niveau de risque (faible, modéré, élevé ou urgent) pour les cases que vous avez cochées dans la section « Résultats ». Par exemple, si vous avez coché la case « Accumulation de callosités » - « Pied gauche », votre niveau de risque pour cette zone de la peau est « Modéré ».
4. Déterminez votre risque global en fonction de l'examen de vos pieds. **Il s'agit du risque le plus élevé identifié pour toutes les zones.** Par exemple, si vous avez 2 zones à faible risque, 3 zones à risque modéré et 1 zone à risque élevé, votre risque global est élevé.
5. Partagez l'outil rempli avec votre fournisseur de soins de santé.
6. Reportez-vous au plan de soins (page 6) pour savoir quoi faire en fonction de votre niveau de risque.
7. Facultatif : vous pouvez envoyer à votre fournisseur de soins de santé des photos de tout signe d'infection, de problème au pied ou de toute préoccupation que vous avez concernant vos pieds. Demandez à votre fournisseur de soins de santé comment envoyer les photos.

Source : Reproduit avec la permission de : Alberta Health Services (AHS). Diabetes foot health self-screening tool [Internet]. Edmonton (Alberta) : AHS; 2021. Disponible à : https://myhealth.alberta.ca/Alberta/AlbertaDocuments/diabetes_foothealth_selfscreening_tool_sep2021.pdf







Nom :

Date :

Examen des pieds

Peau	
Consignes : <ul style="list-style-type: none"> Regardez le dessus et la plante de vos pieds, et entre vos orteils. 	
Résultats	Niveau de risque
<input type="checkbox"/> Peau saine : pas de lésions cutanées, de coupures, de fissures ou de plaies <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit	Faible <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Accumulation de callosités <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit <input type="checkbox"/> Cor : sur la plante du pied, le dessus du pied ou entre les orteils <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit <input type="checkbox"/> Fissure d'une peau très sèche qui ne présente pas de saignement ou d'écoulement <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit <input type="checkbox"/> Antécédents de plaies du pied causées par le diabète (lésion ou blessure) ayant nécessité une aide médicale pour guérir, comme des changements de pansement par un fournisseur de soins de santé <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit	Modéré <input type="radio"/>
Lésion cutanée, comme : <input type="checkbox"/> Ampoule <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit <input type="checkbox"/> Plaie qui présente des saignements ou des écoulements <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit <input type="checkbox"/> Plaie ou blessure ouverte qui présente des saignements ou des écoulements <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit	Élevé <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Plaie du pied infectée : plaie ou blessure associée à de la fièvre, de la douleur, de la rougeur, de l'enflure, des écoulements, des odeurs ou une glycémie élevée <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit	Urgent <input type="radio"/>

2

Ongles	
Résultats	Niveau de risque
<input type="checkbox"/> Ongles sains sans décoloration <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit	Faible 
<input type="checkbox"/> Bords épaissis, décolorés et irréguliers <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit <input type="checkbox"/> Ongles incarnés infectés <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit	Modéré 
Forme du pied	
Résultats	Niveau de risque
<input type="checkbox"/> Aucun changement dans la forme de votre pied <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit	Faible 
Changements dans la forme de votre pied, tels que : <input type="checkbox"/> Oignons <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit <input type="checkbox"/> Orteils en marteau ou en griffe <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit <input type="checkbox"/> Chevauchement des orteils <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit	Modéré 
<input type="checkbox"/> Rougeur sur les oignons, orteils en marteau ou orteils qui se chevauchent en raison de la pression exercée par les chaussures <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit	Élevé 
<input type="checkbox"/> Le pied est rouge, chaud, douloureux ou enflé (pied de Charcot) <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit	Urgent 

3

Tests de sensation	
<p>Consignes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vous aurez besoin de quelqu'un pour vous aider à faire ce test. • Utilisez les liens pour voir comment évaluer la sensibilité de vos pieds avec le test de toucher des orteils. <ul style="list-style-type: none"> ○ Test du toucher des orteils ○ Test de sensibilité dans vos pieds (vidéo) 	
Résultats	Niveau de risque
<input type="checkbox"/> Les 6 orteils testés ont des sensations	Faible ○
<input type="checkbox"/> Perte de sensation dans un ou plusieurs orteils dans le test du toucher des orteils <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit <p>Cliquez sur les cercles sur les orteils aux endroits où vous n'avez aucune sensation</p> <input type="checkbox"/> Engourdissement ou picotement dans les pieds <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit <input type="checkbox"/> Sensation de brûlure dans les pieds <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit <input type="checkbox"/> Avoir l'impression que des insectes rampent sur vos pieds <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit 	Modéré ○
<input type="checkbox"/> Douleur aiguë soudaine au pied alors que vous n'aviez aucune sensation auparavant <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit 	Urgent ○
Chaussures	
<p>Consignes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifiez toutes vos chaussures, y compris les bottes, les chaussures de travail et les chaussures de course • Sortez et inspectez les semelles intérieures de vos chaussures. • Renseignez-vous sur la façon de trouver des chaussures bien ajustées. 	
Résultats	Niveau de risque
<input type="checkbox"/> Les chaussures sont bien ajustées, s'adaptent à la forme du pied et offrent un soutien. Les chaussures ne frottent pas sur votre peau et ne sont pas trop serrées. Aucun signe de rougeur lorsque vous enlevez vos chaussures. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit 	Faible ○
<input type="checkbox"/> Les chaussures sont trop petites, serrées, trop grandes ou usées <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit 	Modéré ○
<input type="checkbox"/> Chaussures inadéquates qui causent des rougeurs et de la pression, ou une lésion de la peau comme une ampoule <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit 	Élevé ○

Circulation sanguine	
• Renseignez-vous sur la maladie artérielle périphérique (problèmes de circulation)	
Résultats	Niveau de risque
<input type="checkbox"/> Aucun problème de circulation (voir ci-dessous pour des exemples de problèmes de circulation) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit 	Faible ○
Problèmes de circulation, comme: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vos jambes font mal lorsque vous marchez et la douleur disparaît lorsque vous vous reposez <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit <input type="checkbox"/> Un pied semble plus froid que l'autre <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit <input type="checkbox"/> Douleur aux jambes ou aux pieds qui perturbe votre sommeil <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit <input type="checkbox"/> Le pied semble pâle, décoloré, violet ou bleu <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit <input type="checkbox"/> Perte de poils sur les jambes ou les pieds <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit 	Élevé ○
<input type="checkbox"/> Pied ou orteils froids, blancs ou douloureux <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pied gauche <input type="checkbox"/> Pied droit 	Urgent ○

Découvrez votre niveau de risque global. Il s'agit du risque le plus élevé repéré pour toutes les zones. Par exemple, si vous avez 2 zones à faible risque, 3 zones à risque modéré, et 1 zone à risque élevé, votre risque global est élevé.

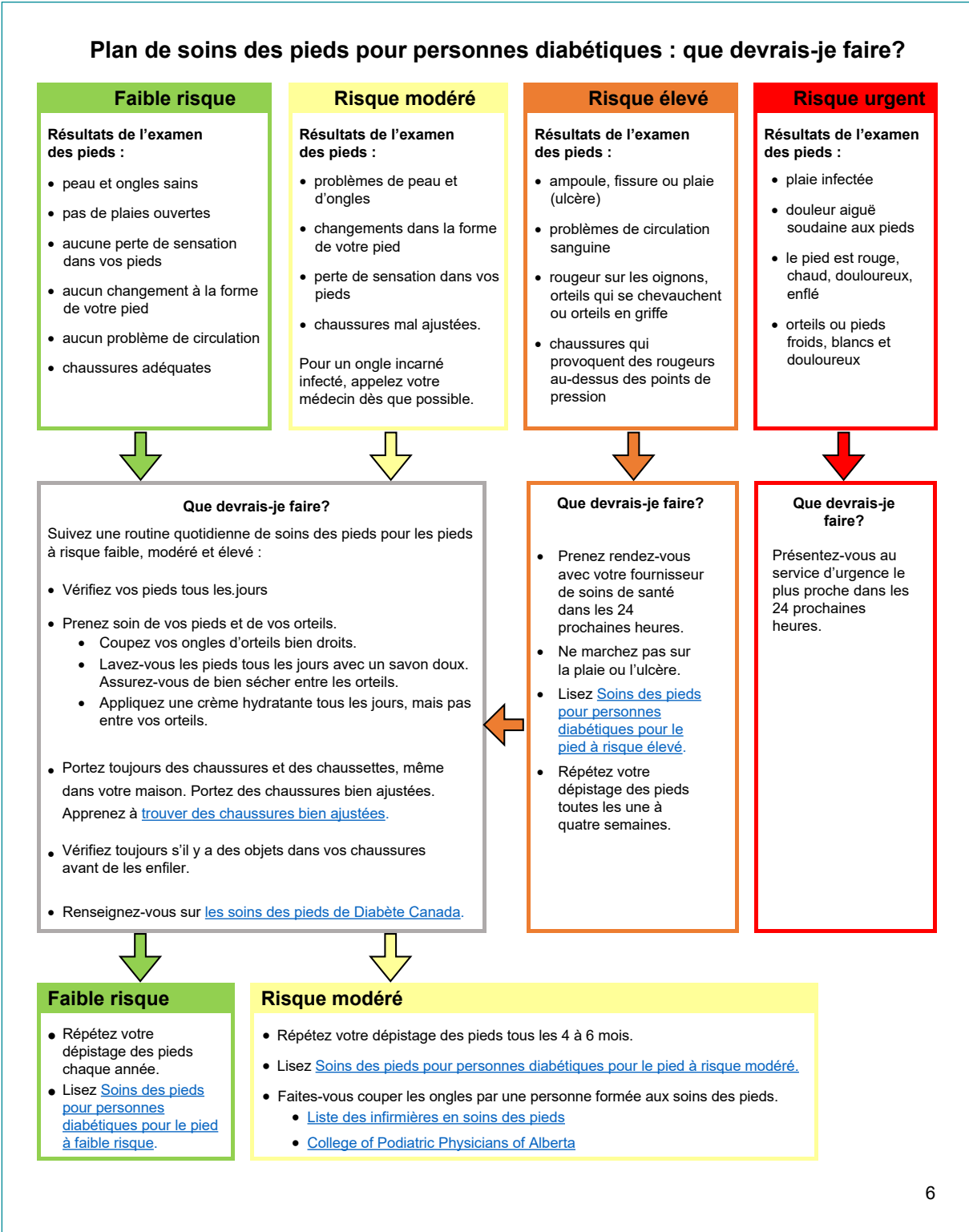
Mon niveau de risque global est :

Faible
 Modéré
 Élevé
 Urgent

Vous êtes plus susceptible d'avoir des problèmes de pied si vous consommez du tabac ou si vous avez :

- hypertension artérielle
- glycémie élevée
- cholestérol élevé

Parlez à votre fournisseur de soins de santé de vos niveaux et de la réduction et l'arrêt du tabagisme.




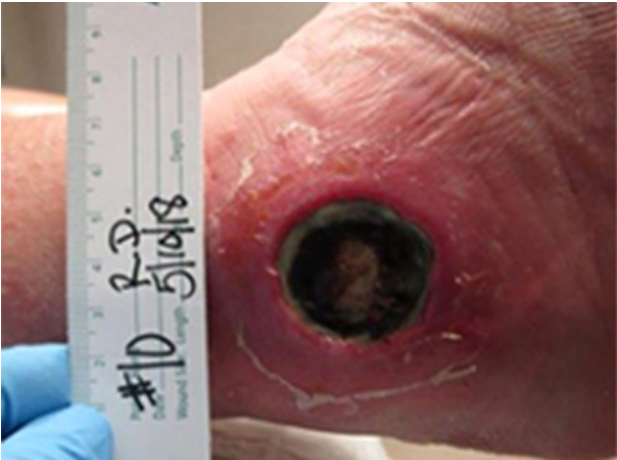
Annexe H : Exemples d'outils validés d'évaluation du pied diabétique

Ces outils d'évaluation validés aideront les prestataires de santé à effectuer une évaluation complète d'une PPD et fourniront un point de référence pour la PPD. Des exemples d'outils de classification du pied diabétique et d'outils d'évolution des plaies sont fournis. Voir les tableaux 11 et 12 pour une brève description de chaque outil dans l'**Énoncé de bonne pratique 3.0**. Consultez la référence de chaque outil pour obtenir des indications et des instructions sur la façon d'interpréter le résultat numérique final. Cette liste d'outils n'est pas exhaustive.

OUTIL VALIDÉ	LIEN
Système de classification SINBAD (Site, Ischemia, Neuropathy, Bacterial infection, Area and Depth)	https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2023/07/IWGDF-2023-03-Classification-Guideline.pdf Page 15
Système Wifl (Wound, Ischemia, and foot Infection)	https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2023/07/IWGDF-2023-03-Classification-Guideline.pdf Pages 17-18
Classification de l'Infectious Diseases Society of America/ International Working Group on the Diabetic Foot (IDSA/ IWGDF)	https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2023/07/IWGDF-2023-03-Classification-Guideline.pdf Page 19
Système de classification des plaies de Wagner	https://doi.org/10.1177/107110078100200202
Système de classification des plaies causées par le diabète de l'Université du Texas	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK409609/figure/diab-foot.F2/
Outil d'évaluation photographique des plaies	https://www.southwesthealthline.ca/healthlibrary_docs/B.9.3c.PWATResources.pdf

Annexe I : Images et comparaisons de différentes plaies chroniques

Ce tableau compare différents types de plaies chroniques pour aider les prestataires de santé à différencier les plaies qu'ils peuvent voir dans la pratique clinique.

TYPE DE PLAIE	APPARENCE	EXEMPLE D'IMAGE
Plaie du pied causées par le diabète	Située sur la face plantaire du pied, formation de callosités étendues, superficielle à profonde	
Ulcère artériel	Profond; escarre; bords concaves bien délimités; structures profondes pouvant être exposées	

TYPE DE PLAIE	APPARENCE	EXEMPLE D'IMAGE
Lésion de pression	Située sur des proéminences osseuses, superficielle à profonde	
Ulcère veineux	Peu profond, pas d'escarre; situé au-dessus de la face médiale du membre inférieur (région de la guêtre)	

Source : Adapté avec la permission de : Bowers S, Franco E. Chronic wounds: evaluation and management. Am Fam Physician [Internet]. 1^{er} février 2020;101(3):159-166. Disponible à : <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/0201/p159.pdf>

Annexe J : DFU-VIPS

DFU-VIPS est un acronyme qui sert d'aide-mémoire pour les éléments à évaluer lors de la prestation de soins à une personne à risque ou vivant avec une PPD (302).

Comme pour toutes les procédures, les prestataires de santé spécialisés doivent connaître le champ d'exercice et suivre les lignes directrices des organismes de réglementation. Les prestataires de santé spécialisés ne devraient s'occuper des personnes à risque ou vivant avec une PPD que lorsqu'elles possèdent les connaissances, les compétences et le jugement nécessaires. Les prestataires de santé spécialisés devraient également suivre les politiques et les procédures organisationnelles liées au traitement et aux soins des PPD.

EXPLICATION	
D – Gestion du diabète (<i>Diabetes management</i>)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Optimiser le contrôle de la glycémie ■ Gérer les comorbidités (p. ex., tension artérielle, lipides, fonction rénale, nutrition, tabagisme) ■ Évaluer le statut psychosocial
F – Pied/trouver la cause (<i>Foot/Find the cause</i>)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Déterminer la cause de la plaie et éliminer le facteur de risque (p. ex., chaussures inadéquates, mauvais autosoins, traumatisme, vasculopathie) ■ Inspection de dépistage des pieds ■ Évaluer la neuropathie ■ Éduquer le client sur les autosoins appropriés
U – Plaie (<i>Ulcer</i>)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluation des plaies ■ Plan de traitement des plaies : équilibre hydrique, charge bactérienne et débridement
V – Apport vasculaire (<i>Vascular supply</i>)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluer le débit sanguin
I – Infection (<i>Infection</i>)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Signes et symptômes cliniques* ■ Écouvillonnages des plaies, culture tissulaire ou osseuse ■ Imagerie
P – Pression (<i>Pressure</i>)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dispositif de décharge ■ Diminuer les activités de port de poids ■ Chaussures appropriées ■ La pression peut provenir d'une déformation du pied, de chaussures inappropriées, de callosités
S – Débridement chirurgical et déterminants sociaux de la santé (<i>Sharp debridement and social determinants of health</i>)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Débridement chirurgical, ■ Élimination des callosités et des tissus nécrotiques chez les personnes ayant un débit sanguin adéquat ■ Déterminants sociaux de la santé ■ Évaluation du soutien social, des fournitures médicales et des appareils fonctionnels, du soutien financier et des préparatifs de voyage de la personne.

* Les prestataires de santé doivent être conscients que le diabète affecte les réactions inflammatoires

Source : Adapté avec la permission de : Skin and Wound Care: Diabetic Foot or Neuropathic Ulcer. Dans : Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse [Internet]. Halifax (Nouvelle-Écosse) : Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse; [mis à jour le 1^{er} août 2024]. Disponible à <https://library.nshealth.ca/WoundCare/DiabeticFoot>

Annexe K : Dispositifs de décharge

Cette fiche d'information décrit les facteurs à considérer concernant la décharge des pressions, les dispositifs de décharge recommandés pour les plaies de l'avant-pied et les choix de dispositifs de décharge (avec avantages et inconvénients).

SÉLECTIONNEUR DE PRODUITS



Décharge des pressions plantaires liées au diabète

Messages clés

- La pression est un facteur dans 90 % des plaies plantaires causées par le diabète et la pression doit être modifiée ou supprimée afin de guérir les plaies et de prévenir la récurrence.
- La récurrence des plaies du pied causées par le diabète (PPD) est considérablement réduite avec des chaussures et des semelles intérieures et orthèses ajustées par des professionnels.
- Trois facteurs principaux contribuent à une pression élevée du pied qui entraîne une ulcération :
 1. **Intrinsèque** : neuropathie, altération de la circulation sanguine, déformation génétique ou structurelle
 2. **Extrinsèque** : chaussures, déambulation et mise en charge, accident traumatique ou chirurgie
 3. **Comportemental** : mauvais choix de chaussures, choix de mode de vie, type d'activité ambulatoire
- La décharge est la clé pour prendre en charge les patients atteints de plaies du pied causées par le diabète et prévenir d'autres ulcérations pour le reste de leur vie. Les cliniciens doivent toujours se rappeler que les considérations relatives à la décharge du pied ne se limitent pas au dispositif lui-même, mais comprennent également les caractéristiques du patient, les facteurs environnementaux, l'utilisation appropriée du dispositif, la modification de l'activité, la réduction de la vitesse de marche et l'altération de la démarche.

Stratégie de traitement

Le meilleur dispositif est un dispositif de soutien mécanique que le patient portera en tout temps lorsqu'il sera debout, qu'il soit à l'intérieur ou à l'extérieur de la maison.

Stratégie de prévention

- Les chaussures pour les personnes atteintes de diabète doivent toujours :
- S'adapter au pied
 - Protéger le pied
 - Soutenir le pied
 - Être appropriées pour l'occasion

Facteurs à prendre en compte lors de la décharge des pressions pour favoriser la guérison des plaies du pied causées par le diabète



Description	Facteurs
Maladie	<ul style="list-style-type: none"> • Neuropathie • Rétinopathie • Maladie artérielle périphérique (MAP) • Trouble inflammatoire • État du membre controlatéral
Plaie de pied	<ul style="list-style-type: none"> • Type de plaie : <ul style="list-style-type: none"> • Neuropathique • Ischémique • Neuroschémique • Emplacement • Choix de pansement • Type de plaie : <ul style="list-style-type: none"> • En cours de guérison • Plaies qui ne guérissent pas • Non curable
Pression	<ul style="list-style-type: none"> • Combinaison de : <ul style="list-style-type: none"> • Contrainte de cisaillement • Pression verticale • Intrinsèque <ul style="list-style-type: none"> • Modifications structurelles (déformation/amplitude de mouvement limitée/perte de qualité des tissus) • Infection • Malignité • Extrinsèque <ul style="list-style-type: none"> • Biomécanique, démarche et équilibre • Difformité • État du membre controlatéral • Chaussures : chaussettes, chaussures, semelles intérieures • Grosseur du pansement
Activités de la vie quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> • Profession • Style de vie à la maison • Utilisation d'un véhicule à moteur • Activités sportives et récréatives
Financement	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité de payer pour le dispositif • Assurance tierce • Incapacité de financer • Refus de financer
Comportemental	<ul style="list-style-type: none"> • Engagement à respecter les rendez-vous à la clinique • Capacité de respecter le plan de soins • Capacité d'explorer les obstacles et de présenter des recommandations de changement

Recommandations pour les dispositifs de décharge pour les plaies de l'avant-pied

T - Traitement	Dispositif de décharge
Première ligne	<ul style="list-style-type: none"> • Au-dessus de l'articulation de la cheville – exige que le patient ait un équilibre adéquat : <ul style="list-style-type: none"> • Plâtres de contact total (inamovibles)* • Botte orthopédique (amovible ou inamovible)
Deuxième ligne	<ul style="list-style-type: none"> • Sous l'articulation de la cheville : <ul style="list-style-type: none"> • Chaussures chirurgicales • Chaussures et orthèses adaptées ou sur mesure
Troisième ligne	<ul style="list-style-type: none"> • Chaussures et orthèses

* Ne pas utiliser en présence de maladie artérielle périphérique (MAP) ou d'infection

Décharge des pressions plantaires
Choix de dispositifs de décharge

Dispositif de décharge	Emplacement de la plaie					Avantages	Désavantages
		Orteils	Avant-pied	Médio-pied	Talon (arrière-pied)		
Plâtre de contact total 	✓✓ ✓✓✓ ✓✓✓ ✓✓				<ul style="list-style-type: none"> •Étalon-or •Réduit de 84 à 92 % la pression sous le site de la plaie •Moulé sur mesure à la forme du pied •La plupart des études indiquent que le temps de guérison le plus court est de 8 à 12 semaines •Le patient est forcé de porter le dispositif 	<ul style="list-style-type: none"> • Un professionnel qualifié est requis pour l'appliquer une fois par semaine • Peut entraîner une ulcération secondaire avec une mauvaise application • Contre-indiqué pour les plaies infectées ou ischémiques; utiliser avec prudence pour les plaies du talon • Rend le sommeil difficile • Peut empêcher le patient de travailler • Le patient peut ne pas tolérer le dispositif 	
Botte orthopédique 	✓✓✓ ✓✓✓ ✓✓ X				<ul style="list-style-type: none"> • Réduit efficacement la pression plantaire au site de la plaie avec des pressions maximales similaires à celles des plâtres de contact • Peut être utilisé pour les plaies infectées • Tous les cliniciens peuvent être formés à leur application • Le même dispositif peut être utilisé pendant toute la durée du traitement • Peut être rendu inamovible par l'application d'un pansement cohésif pour devenir un plâtre de contact total instantané (voir ci-dessous) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustement générique au pied • Compliqué par le fait que les patients ne portent pas le dispositif comme prescrit parce qu'il est amovible • L'utilisation d'un dispositif amovible entraîne des temps de guérison plus longs • Le patient a besoin de temps pour apprendre à utiliser le dispositif • Peut empêcher le patient de travailler • Contre-indiqué chez les personnes souffrant de plaies du talon et d'un manque d'équilibre 	
Plâtre de contact total instantané 	✓✓✓ ✓✓✓ ✓✓ X				<ul style="list-style-type: none"> • Botte orthopédique rendue inamovible par l'application d'un pansement cohésif pour devenir un plâtre de contact total instantané • Les mêmes avantages que la botte orthopédique • Le même dispositif peut être utilisé pendant toute la durée du traitement – et nécessitera un changement du composant inamovible 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustement générique au pied • Peut empêcher le patient de travailler • Le patient peut ne pas tolérer le dispositif 	
Demi-chaussure (avant-pied) 	✓✓ ✓✓ X X				<ul style="list-style-type: none"> • Transfère la pression au médio-pied et à l'arrière-pied en éliminant la propulsion • Faible coût 	<ul style="list-style-type: none"> • Très instable • Contre-indiqué pour les patients dont la démarche est instable • Risque élevé de chutes 	
Demi-chaussure (arrière-pied) 	X X X ✓				<ul style="list-style-type: none"> • Faible coût 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté à marcher 	

(suite)..

Décharge des pressions plantaires

Choix de dispositifs de décharge

Dispositif de décharge	Emplacement de la plaie				Avantages	Désavantages
	Orteils	Avant-pied	Médio-pied	Talon (Arrière-pied)		
Chaussure chirurgicale 	☹	✓✓	☹	☹	<ul style="list-style-type: none"> Faible coût S'adapte à l'œdème Bon pour la gestion à court terme 	<ul style="list-style-type: none"> Les propriétés de décharge sont limitées S'utilise avec des orthèses ou des dispositifs d'insertion Pas idéal pour l'activité
Chaussures de marche en vente libre 	✓	✓✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Abordable Facile d'accès Pour les soins préventifs 	<ul style="list-style-type: none"> Les propriétés de décharge sont limitées S'utilise avec des orthèses ou des dispositifs d'insertion
Modifications des chaussures (à bascule) 	✓✓	✓✓	✓	✗	<ul style="list-style-type: none"> Déplace la pression de l'avant-pied vers l'arrière-pied 	<ul style="list-style-type: none"> Un professionnel qualifié est requis Coûteux
Chaussures sur mesure 	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	<ul style="list-style-type: none"> Répartit uniformément la pression sous le pied Idéal pour la déformation du pied 	<ul style="list-style-type: none"> Un professionnel qualifié est requis Très coûteux
Orthèses sur mesure 	✓	✓✓	✓✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Répartit uniformément la pression sous le pied Peut être utilisé avec des chaussures en vente libre 	<ul style="list-style-type: none"> Un professionnel qualifié est requis Coûteux
Rembourrage 	✓	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Faible coût Facile à modifier 	<ul style="list-style-type: none"> Les propriétés de décharge sont limitées Peut causer une pression accrue au bord de la plaie
Béquilles/canne 	✓	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> Faible coût Réglable Aide à la marche pour soutenir l'équilibre 	<ul style="list-style-type: none"> Les propriétés de décharge sont limitées Peut causer une luxation de l'épaule

✓ = indiqué; ✗ = contre-indiqué; ☹ = peut être utilisé

Pour de plus amples renseignements :

- Botros M, Kuhnke J, Embil J, et coll. Best practice recommendations for the prevention and management of diabetic foot ulcers. Dans : Foundations of Best Practice for Skin and Wound Management. A supplement of Wound Care Canada; 2017. 68 p. Disponible à : www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/bpr-workshop/895-wc-bpr-prevention-and-management-of-diabetic-foot-ulcers-1573r1e-final/file.
- Diabetes, Healthy Feet and You (DHFY): <https://www.woundscanada.ca/about-dhfy>.

Source : Réimprimé avec la permission de Plaies Canada. Product picker: offloading plantar pressures in diabetes [Internet]. North York (Ontario) : Plaies Canada; [mis à jour en juin 2018]. Disponible à : <https://www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/1214-wc-product-picker-offloading-ltr-1703e/file>

Annexe L : Énoncés relatifs à la formation

Énoncés relatifs à la formation pour cette LDPE

Depuis 1999, l'AIIAO occupe un rôle de premier plan dans l'élaboration de LDPE, les premières LDPE ayant paru en 2001. Dès le début, l'AIIAO a reconnu l'importance des approches individuelles et organisationnelles de la prestation de formations sur le contenu des LDPE cliniques pour appuyer les changements de pratique fondés sur des données probantes. À ce titre, les LDPE cliniques de l'AIIAO comprenaient des recommandations en matière de formation pour les responsables des programmes d'enseignement et de formation en cours d'emploi des étudiants en sciences infirmières, du personnel infirmier et des membres de l'équipe interprofessionnelle. Ces recommandations décrivaient le contenu de base et les stratégies de formation requises pour les programmes de santé de niveau débutant, l'éducation permanente et le perfectionnement professionnel.

Une analyse approfondie des recommandations de l'AIIAO en matière de formation a été réalisée en 2018. Elle portait sur les LDPE cliniques publiées au cours des cinq années précédentes, puisque les LDPE cliniques publiées au cours de cette période sont toutes issues d'examen systématiques de la documentation. L'analyse a examiné 26 recommandations en matière de formation provenant de neuf LDPE différentes qui portaient sur divers sujets cliniques et différentes populations.

Une analyse thématique rigoureuse a fait ressortir des similitudes entre les LDPE. Ainsi, on a jugé approprié de formuler des énoncés normalisés relatifs à la formation applicables à toutes les LDPE cliniques afin d'appuyer les changements de pratique fondés sur des données probantes. Les deux énoncés relatifs à la formation qui en ont résulté et les discussions connexes sur la documentation sont présentées ci-dessous. Ces énoncés peuvent être adaptés au contexte des organisations de santé et de services sociaux et des établissements d'enseignement afin de soutenir la mise en œuvre des recommandations cliniques portant sur différents domaines thématiques des lignes directrices.

ÉNONCÉ RELATIF À LA FORMATION 1 : LES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT INTÈGRENT DES LIGNES DIRECTRICES FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES AUX PROGRAMMES D'ÉTUDES DESTINÉS AUX MEMBRES DU PERSONNEL INFIRMIER ET AUX AUTRES PRESTATAIRES DE SANTÉ RÉGLEMENTÉS, AVANT ET APRÈS L'OBTENTION DU PERMIS D'EXERCICE.

Discussions sur la documentation

L'analyse thématique des énoncés de recommandations relatives à la formation présentés ci-dessus a révélé qu'un thème particulier s'avère fondamental pour le renforcement des capacités en matière de pratiques fondées sur des données probantes :

Les établissements d'enseignement intègrent des lignes directrices fondées sur des données probantes aux programmes d'études destinés aux membres du personnel infirmier et aux autres prestataires de santé réglementés, avant et après l'obtention du permis d'exercice.

L'analyse a porté sur les LDPE suivantes de l'AIIAO :

- *Évaluation et prise en charge de la douleur, troisième édition* (2013)
- *Transitions des soins* (2014)
- *Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille* (2015)
- *Établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances* (2015)
- *Prévention et résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés : approches axées sur la personne, coopératives et à l'échelle du système* (2014)

- *Primary Prevention of Childhood Obesity, Second Edition* (2014)
- *Delirium, Dementia and Depression in Older Adults: Assessment and Care, Second Edition* (2016)
- *Working with Families to Promote Safe Sleep in Infants 0–12 Months of Age* (2014)

Les établissements d'enseignement devraient envisager d'intégrer le contenu de la LDPE aux cours théoriques et pratiques destinés au personnel infirmier et aux autres prestataires de santé réglementés, comme les travailleurs sociaux, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les diététistes et les pharmaciens, dans les programmes offerts avant l'obtention du permis d'exercice (p. ex., les étudiants diplômés et de premier cycle) et après celui-ci (p. ex., les étudiants de deuxième cycle). Les programmes de formation offerts avant l'obtention du permis d'exercice permettent d'acquérir des connaissances de base, qui peuvent être renforcées et enrichies, si nécessaire, dans la pratique au sein des organisations de services de santé. Les programmes d'études supérieures offerts après l'obtention du permis d'exercice préparent le personnel infirmier et les autres prestataires de santé réglementés à assumer des rôles et des fonctions de pratique avancée dans les domaines de la pratique clinique, de l'enseignement, de l'administration, de la recherche et de l'élaboration de politiques (303). Ainsi, le contenu des lignes directrices intégré aux programmes d'études et son degré de complexité varieront en fonction des objectifs pédagogiques globaux de chaque programme. Dans les deux cas, l'intégration du contenu des lignes directrices aux programmes d'études favorise la conformité de l'apprentissage aux pratiques fondées sur des données probantes et a pour objectif ultime d'améliorer les résultats de santé pour les personnes et leurs familles.

Pour soutenir l'intégration aux programmes d'études de LDPE fondées sur des données probantes, on peut utiliser les approches suivantes : (1) l'élaboration d'objectifs d'apprentissage à plusieurs niveaux liés aux lignes directrices; et (2) l'élaboration de stratégies d'enseignement et d'apprentissage liées aux LDPE. Les deux approches sont décrites ci-dessous.

1. **Élaboration d'objectifs d'apprentissage à plusieurs niveaux liés aux lignes directrices** : Les objectifs d'apprentissage à plusieurs niveaux liés aux lignes directrices (avant et après l'obtention d'un permis d'exercice) facilitent l'intégration du contenu des lignes directrices aux programmes d'études.
 - Au niveau du programme, cette intégration permet aux apprenants d'élargir leurs connaissances, de renforcer leur jugement et de développer leurs compétences. À titre d'exemple, un objectif de programme d'enseignement supérieur pourrait consister à sensibiliser les apprenants à certains éléments de la science de la mise en œuvre afin qu'ils puissent adopter les lignes directrices et les utiliser de façon durable dans les différents contextes cliniques (304).
 - Pour ce qui est des cours, l'intégration du contenu des lignes directrices permet aux apprenants de suivre un apprentissage conforme aux pratiques fondées sur des données probantes dans les contextes d'enseignement et de pratique. À titre d'exemple, les objectifs des cours de premier cycle pourraient consister à permettre aux apprenants d'acquérir une meilleure connaissance des lignes directrices, de sélectionner des lignes directrices pertinentes pour leur pratique (et de justifier leur choix) et d'intégrer les recommandations relatives aux lignes directrices dans les plans de soins destinés aux personnes et à leurs familles (304).
2. **Élaboration de stratégies d'enseignement et d'apprentissage liées aux lignes directrices** : Les stratégies d'enseignement doivent être adaptées aux objectifs pédagogiques des programmes et aux besoins des apprenants et les préparer à améliorer la pratique et à obtenir des résultats positifs (305). Les différentes stratégies d'enseignement et d'apprentissage liées aux lignes directrices sont décrites ci-dessous.
 - **Cours magistraux** : Les enseignants peuvent utiliser les cours magistraux pour fournir des connaissances générales sur les lignes directrices, plus particulièrement sur le processus rigoureux d'élaboration des lignes directrices et de leurs différentes recommandations. Les cours magistraux peuvent donner aux apprenants une bonne idée du champ d'application et de la force des données probantes sur lesquelles s'appuient les recommandations (304).
 - **Activités interactives en classe** : Les activités d'apprentissage interactives en classe peuvent fournir de l'information additionnelle aux apprenants, leur permettre de participer à des exercices de résolution de problèmes et de structurer les connaissances acquises. Parmi les exemples d'activités d'apprentissage, citons : la réalisation de travaux en groupe pour aider les apprenants à s'orienter dans une ligne directrice et à se familiariser avec ses recommandations; l'examen d'études de cas pour leur donner l'occasion de sélectionner des recommandations de la ligne directrice et de les appliquer dans le cadre de plans de soins; et l'utilisation de vidéos et de jeux de rôle pour développer leur capacité à justifier la sélection de lignes directrices/recommandations particulières dans le cadre de plans de soins (304).

- **Simulation** : Une simulation numérique de haute qualité dans le cadre d'un laboratoire de compétences peut atténuer l'incertitude des apprenants quant à la pratique clinique, leur permettre d'acquérir de nouvelles compétences et d'accroître leur confiance en soi et leur niveau de satisfaction. Les enseignants ayant reçu une formation en pédagogie peuvent utiliser la simulation pour enseigner aux apprenants des connaissances liées à la prestation de soins sécuritaires et efficaces axés sur les besoins de la personne et de la famille dans un contexte clinique normalisé. Les enseignants peuvent également aider les apprenants à intégrer le contenu d'une ligne directrice à des séances de pratique simulée lorsqu'ils enseignent une pratique étayée par des données probantes (304).
- **Discussions avant et après une présentation sur une pratique clinique** : Discuter d'une ligne directrice avant et après une présentation sur une pratique clinique peut contribuer à renforcer la pensée critique des apprenants dans l'élaboration de plans de soins, à les préparer à modifier une pratique en fonction des recommandations d'une ligne directrice, à expliquer clairement les raisons motivant une décision clinique et à évaluer les résultats des interventions. Les apprenants ont ainsi l'occasion de déterminer si les politiques et les procédures en vigueur dans le milieu de pratique sont conformes aux données les plus probantes et de cerner les éléments d'une pratique susceptibles d'être modifiés et de réfléchir à la manière d'amorcer le processus de modification (304).
- **Accès aux ressources liées aux LDPE** : Les enseignants peuvent proposer des liens et des ressources liés aux LDPE et en faciliter l'accès (304).
- **Travaux et tests** : Il peut être demandé aux apprenants d'intégrer des lignes directrices à leurs plans d'apprentissage ou de prendre des notes sur une ligne directrice particulièrement pertinente à leur domaine de pratique. Il est également recommandé de préparer des tests ou des questions d'examen qui permettent aux apprenants de faire preuve de pensée critique par rapport aux lignes directrices. Dans l'ensemble, les travaux et les tests relatifs aux lignes directrices peuvent être conçus de manière à inciter les apprenants à réfléchir aux lignes directrices, à bien comprendre leurs modalités d'application et à faire preuve d'esprit critique à leur égard (304).
- **Préceptorat ou mentorat dans le cadre de stages cliniques** : Les précepteurs en contexte clinique jouent un rôle essentiel dans l'enseignement des compétences pratiques qui complètent l'apprentissage théorique des apprenants. Les précepteurs sont chargés d'assurer l'enseignement clinique, la supervision et l'évaluation officielle des apprenants (306). Ils peuvent aider les apprenants à intégrer le contenu des lignes directrices à leurs objectifs d'apprentissage et activités cliniques et ainsi favoriser l'acquisition de connaissances et de pratiques fondées sur des données probantes.

ÉNONCÉ RELATIF À LA FORMATION 2 : LES ORGANISATIONS DE SERVICES DE SANTÉ UTILISENT DES STRATÉGIES VISANT À INTÉGRER DES LIGNES DIRECTRICES FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES À LA FORMATION DU PERSONNEL INFIRMIER ET DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE.

Discussion sur la documentation :

L'analyse thématique des énoncés de recommandations relatifs à la formation figurant dans plusieurs LDPE a révélé qu'un deuxième thème s'avère fondamental pour le renforcement des capacités en matière de pratiques fondées sur des données probantes :

Les organisations de services de santé utilisent des stratégies pour intégrer des lignes directrices fondées sur des données probantes dans l'éducation et la formation du personnel infirmier et des membres de l'équipe interprofessionnelle.

L'analyse a porté sur les LDPE suivantes :

- *Évaluation et prise en charge de la douleur, troisième édition* (2013)
- *Transitions des soins* (2014)
- *Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille* (2015)
- *Établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances* (2015)
- *Prévention et résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés : approches axées sur la personne, coopératives et à l'échelle du système* (2014)

- *Primary Prevention of Childhood Obesity, Second Edition* (2014)
- *Delirium, Dementia and Depression in Older Adults: Assessment and Care, Second Edition* (2016)
- *Working with Families to Promote Safe Sleep in Infants 0–12 Months of Age* (2014)

Le personnel infirmier et les membres de l'équipe interprofessionnelle doivent être constamment à l'affût de nouvelles connaissances, rechercher des possibilités de perfectionnement professionnel et parfaire leur formation tout au long de leur carrière. Le fait de participer à la formation permet d'assurer qu'elle est en conformité avec les pratiques fondées sur des données probantes, de renforcer les compétences et d'améliorer les résultats et la qualité des soins (307). L'intégration du contenu des lignes directrices aux programmes de formation au sein des organisations de services de santé peut contribuer à améliorer les connaissances et les compétences fondées sur des données probantes du personnel infirmier et des membres de l'équipe interprofessionnelle après l'obtention du permis d'exercice.

Les programmes de formation devraient s'appuyer sur les principes de l'apprentissage des adultes, et notamment les suivants :

- Les adultes sont conscients de leurs besoins et de leurs objectifs en matière de formation.
- Les adultes sont autonomes et capables d'autodétermination.
- Les adultes accordent de l'importance aux expériences passées et savent en tirer parti.
- Les adultes sont prêts à apprendre.
- Les adultes sont motivés à apprendre.
- Les adultes se voient présenter des connaissances et des compétences dans le contexte de situations concrètes et réelles (308)

De plus, la formation doit être pertinente par rapport au champ d'exercice du prestataire de santé et à son rôle. Les stratégies de formation peuvent comprendre les éléments suivants :

- **Séances de formation en cours d'emploi** : Elles peuvent être planifiées par des experts cliniciens dans le contexte de pratique pour appuyer l'application d'une LDPE particulière ou de recommandations incitant le personnel à adopter une pratique fondée sur des données probantes. La formation, qui peut consister en des séances individuelles ou en groupe, doit répondre aux besoins des apprenants. Il est recommandé que les séances de formation soient suivies de séances de recyclage ou de rappel permettant de fournir de la rétroaction au personnel et d'améliorer leur apprentissage (309,310).
- **Ateliers/séminaires** : Le personnel infirmier et les autres prestataires de santé peuvent tirer parti d'ateliers et de séminaires hautement interactifs pour maintenir une pratique fondée sur les données les plus probantes, lorsqu'ils intègrent diverses stratégies de formation, comme des documents distribués à l'avance, des discussions en petits groupes sur des études de cas et des ressources multimédias, telles que des diaporamas PowerPoint et des vidéos présentant des LDPE et des recommandations pertinentes. L'atelier des champions des pratiques exemplaires de l'AIIAO et les ateliers de renforcement des capacités sur une LDPE sont des exemples de programmes de formation sur la mise en œuvre des LDPE dans différents milieux de pratique (311).
- **Amélioration de la qualité** : Le personnel infirmier et les autres prestataires de santé qui participent aux efforts d'amélioration de la qualité des soins dans leur lieu de travail sont mieux à même de reconnaître les événements sentinelles et d'examiner les moyens d'améliorer les soins. S'engager à satisfaire aux normes d'agrément est un facteur important d'amélioration de la qualité, car il contribue à combler les écarts entre les pratiques actuelles et les pratiques exemplaires et à maintenir continuellement le niveau des compétences. Voici quelques exemples de stratégies que le personnel infirmier et les membres de l'équipe interprofessionnelle peuvent appliquer pour satisfaire aux normes d'agrément :
 - participer à un processus de mise en œuvre des lignes directrices dans une unité de soins afin de renforcer la sécurité des patients, de réduire les risques et d'améliorer les résultats des soins;
 - choisir des recommandations tirées d'une ligne directrice en particulier pour faciliter le processus de modification d'une pratique;

- mettre en commun les connaissances et les enseignements tirés de l'examen des lignes directrices avec le comité d'agrément (312,313).

Parmi les autres moyens d'améliorer la qualité, citons la participation à la déclaration des incidents, les initiatives pour la sécurité des patients et d'autres initiatives de santé dans les différents domaines de pratique.

- **Mentorat après l'obtention d'un permis d'exercice** : Ce mentorat consiste à fournir aux nouveaux diplômés ou aux employés moins expérimentés des conseils pour développer leurs compétences et à les aider dans l'évolution au sein de leur rôle professionnel. Des études montrent que les nouvelles recrues qui travaillent avec des mentors sont moins stressées et plus satisfaites de leur travail durant le processus de transition (314). Les mentors peuvent contribuer à l'intégration du contenu des lignes directrices tout en enseignant des pratiques fondées sur des données probantes.

ÉVALUATION

Toutes les stratégies de formation doivent faire l'objet d'une évaluation visant à : a) surveiller l'adoption des connaissances; et b) mesurer leur incidence sur les résultats cliniques.

L'AIIO a conçu la LDPE intitulée *Practice Education in Nursing* (315), qui fournit des recommandations fondées sur des données probantes qui soutiennent l'application des connaissances à différents contextes de pratique par les étudiants en sciences infirmières. La LDPE aide également le personnel infirmier, les enseignants en soins infirmiers, les précepteurs et les autres membres de l'équipe interprofessionnelle à appliquer avec efficacité les stratégies de formation dans différents contextes cliniques.

La Boîte à outils pour la conduite du changement (4) définit de nombreuses stratégies pour soutenir l'évaluation des résultats de santé au niveau de la personne, du prestataire de soins, de l'organisation et du système de santé. Voici quelques exemples de stratégies d'évaluation :

- les tests avant et après les séances de formation du personnel
- les groupes de discussion/les entrevues avec le personnel
- l'observation de rencontres patient-prestataire de soins
- la vérification des dossiers afin d'évaluer les effets sur les résultats chez la personne et sa famille
- les questionnaires et les entrevues sur la satisfaction soumis aux personnes et à leurs familles

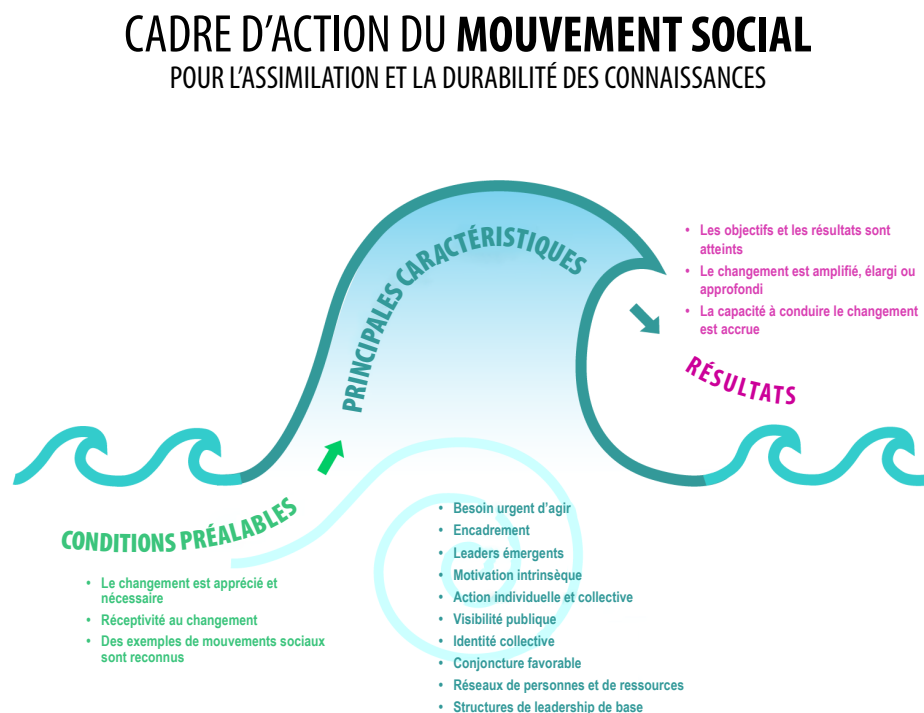
Annexe M : Description de la Boîte à outils pour la conduite du changement

La mise en place et le maintien réussis des LDPE reposent sur une planification, des ressources et un soutien organisationnel et administratif adéquats, en plus d'une facilitation appropriée. L'implication et la participation actives des leaders officiels et officiels (p. ex., les agents de changement et les pairs champions) sont également essentiels. Pour encourager la mise en œuvre réussie et la durabilité, un groupe international d'experts composé d'infirmières et d'infirmiers, de chercheurs, de défenseurs des droits des patients et des personnes, d'activistes de mouvements sociaux et d'administrateurs a élaboré la [Boîte à outils pour la conduite du changement](#) (4). La boîte à outils est basée sur les données probantes, les perspectives théoriques et le consensus. Nous recommandons la Boîte à outils pour la conduite du changement pour guider la mise en œuvre de toute LDPE dans les organisations de soins de santé ou de services sociaux, y compris les centres universitaires.

La Boîte à outils de la conduite du changement comprend deux cadres, le cadre d'action du mouvement social (AMS) et le cadre d'application des connaissances (AC), qui s'adressent aux agents du changement et aux équipes de changement qui dirigent la mise en œuvre et la durabilité des LDPE. Les deux cadres décrivent le concept de mise en œuvre et ses composantes interdépendantes. À ce titre, l'un ou l'autre cadre (AMS ou AC) peut être utilisé pour orienter les initiatives de changement, y compris la mise en œuvre des LDPE. L'utilisation des deux cadres sert à améliorer et à accélérer le changement (1).

Le cadre d'AMS comprend des éléments des **mouvements sociaux pour l'assimilation et la durabilité des connaissances**^G qui ont démontré des retombées puissantes et des effets à long terme. Basé sur les résultats d'une analyse conceptuelle, le cadre comprend 16 éléments classés comme conditions préalables (c.-à-d. ce qui doit être en place avant l'apparition du mouvement social), les caractéristiques clés (c.-à-d. ce qui doit être présent pour que le mouvement social se produise) et les résultats (c.-à-d. ce qui découlera probablement du mouvement social) (1,316). Les trois catégories et éléments du cadre d'AMS sont présentés à la **figure 5**.

Figure 5 : Cadre d'action du mouvement social



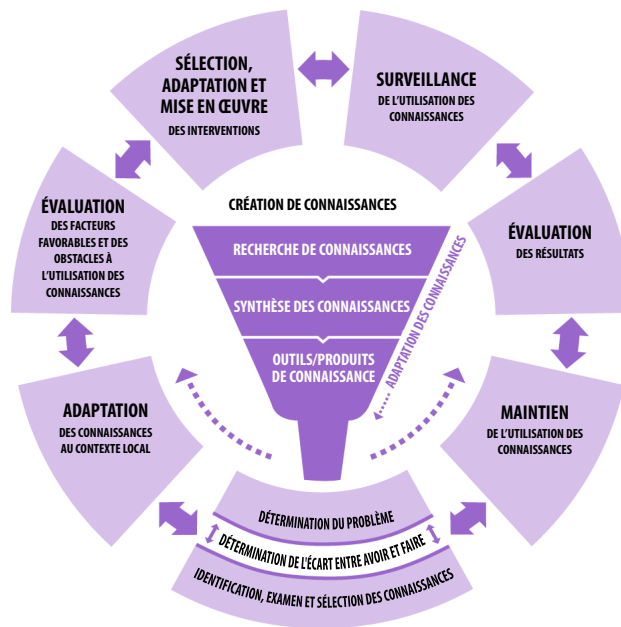
Source : Reproduit avec la permission de : Grinspun D, Wallace K, Li SA, et coll. Exploring social movement concepts and actions in a knowledge uptake and sustainability context: a concept analysis. *Int J Nurs Sci*. Octobre 2022;9(4):411-21.

Grinspun D, Wallace K, Li SA, et coll. Leading change through social movement. *Registered Nurse Journal*. Printemps 2020;32(1).

Le cadre d'AC est une approche cyclique planifiée du changement qui intègre deux composantes connexes : la création de connaissances et le cycle d'action. Le processus de création de connaissances est ce que les chercheurs et les concepteurs de lignes directrices utilisent pour repérer les résultats de données probantes critiques afin de créer un produit de connaissance, comme une LDPE de l'AIIAO. Le cycle d'action comprend sept phases au cours desquelles les connaissances créées sont mises en œuvre, évaluées et maintenues (3). Bon nombre des phases du cycle d'action peuvent se produire ou doivent être considérées simultanément. Le cadre d'AC est illustré à la figure 6 (4).

Figure 6 : Cadre d'application des connaissances

CADRE D'APPLICATION DES CONNAISSANCES



Source : Adapté avec la permission de : Graham ID, Logan J, Harrison MB, et coll. Lost in knowledge translation: time for a map? J Contin Educ Health Prof [En ligne]. Hiver 2006;26(1):13-24. Disponible à : https://journals.lww.com/jcehp/Abstract/2006/26010/Lost_in_knowledge_translation_Time_for_a_map__3.aspx

La mise en œuvre et le maintien des LDPE afin d'apporter des changements de pratique réussis et des résultats positifs pour la santé des patients, des personnes et de leurs familles, des fournisseurs, des organisations et des systèmes représentent une entreprise complexe. La [Boîte à outils pour la conduite du changement](#) est une ressource de mise en œuvre fondamentale permettant de diriger ce processus.

Équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIO

Équipe d'élaboration de la ligne directrice

Gladys Hui, inf. aut., M.Sc.inf.

Co-responsable de l'élaboration des lignes directrices

Méthodologiste chargée de l'élaboration de lignes directrices
Centre des Affaires internationales et lignes directrices
sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Deborah Baiden, inf. aut., M.Sc.inf., Ph. D.(c)

Co-responsable de l'élaboration des lignes directrices

Méthodologiste chargée de l'élaboration de lignes directrices
Centre des Affaires internationales et lignes directrices
sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Glynis Gittens, B.A. (avec spécialisation)

Coordonnatrice du projet d'élaboration de la ligne directrice
Centre des Affaires internationales et lignes directrices
sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Lyndsay Howitt, inf. aut., M. en santé publique

Gestionnaire principale, Recherche et élaboration des
lignes directrices

Centre des Affaires internationales et lignes directrices
sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Amy Burt, inf. aut., M.Sc.

Gestionnaire principale, Recherche et élaboration des
lignes directrices

Centre des Affaires internationales et lignes directrices
sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Nafsin Nizum, inf. aut., M.Sc.inf.

Directrice associée, Recherche et élaboration des lignes
directrices

Centre des Affaires internationales et lignes directrices
sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Équipe de suivi et d'évaluation

Christina Medeiros

inf.aut., B.Éd.Phys., B.Éd. Santé, B.Sc.inf., M.Sc.inf.,
Ph. D.

Gestionnaire principale, Évaluation et suivi

Centre des Affaires internationales et lignes directrices
sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Shanoja Naik

B.Éd., M.Sc. (mathématiques), M.Stat., M.Phil., Ph. D.

Scientifique principale

Centre des Affaires internationales et lignes directrices
sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Verity Scott, B.Sc.

Coordonnatrice de projet

Centre des Affaires internationales et lignes directrices
sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Direction exécutive

Michelle Rey, M.Sc., Ph. D.

Directrice

Centre des Affaires internationales et lignes directrices
sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Doris Grinspun, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf.,
Ph. D., LLD (hon.), Dr(hc), DHC, FAAN, FACSI, O.ONT
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Remerciements

L'AIIAO tient à remercier les membres suivants du personnel de l'AIIAO pour leur contribution à l'élaboration de la présente LDPE : Deborah Flores, Greeshma Jacob, Samantha Cooke, Christine Buchanan, Giulia Zucal et Heather McConnell.

L'AIIAO tient également à remercier les membres suivants du personnel de l'AIIAO qui ont examiné la présente LDPE avant sa publication : Patricia Julian et Grace Suva.

Examen externe des méthodes GRADE fourni par :

Nancy Santesso, Dt.P., M. Bibl., Ph. D.
Professeure agrégée
Department of Health Research Methods, Evidence and Impact, Université McMaster
Directrice adjointe, Cochrane Canada

Recherche systématique effectuée par :

UHN HealthSearch

Groupe d'experts sur les lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIAO

Mariam Botros, DCh, DE, IIWCC, M.Éd.

Coprésidente
Directrice générale
Plaies Canada.
Toronto (Ontario)

Kevin Woo, inf. aut., PhD, ISPSC, WOCC(C)

Coprésidente
Professeur adjoint, École de soins infirmiers de la faculté de sciences de la santé
Université Queen's
Kingston (Ontario)

Eva Maria Argibay-Poliquin, inf. aut., M.Sc.inf., CDE

Infirmière éducatrice en diabète certifiée
Hôpital Montfort
Ottawa (Ontario)

Virginie Blanchette, B. Sc., M. Sc., DPM, Ph. D.

Professeure agrégée, Programme de médecine podiatrique
Université du Québec à Trois-Rivières
Chercheuse régulière au VITAM : Centre de recherche en santé durable
Trois-Rivières (Québec)

Jeremy Caul,

inf. aut. B.Sc.inf., MCISc-WH, ISPSC, WOCC (C)
Infirmier conseiller, Services aux Autochtones Canada
Soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuit (région de l'Ontario)
Sioux Lookout (Ontario)

Idevania Costa, inf. aut., M.Sc.inf., Ph. D., ISPSC

Professeure agrégée, École des sciences infirmières
Professeure auxiliaire, Faculté des sciences de la santé
Associée de recherche, Centre for Education and Research on Aging and Health (CERAH)
Université Lakehead
Thunder Bay (Ontario)

Ning Gao, inf. aut., SN, MMD, DCN

Infirmière en chef, Département international
Université de médecine chinoise de Beijing
Hôpital de Dongzhimen
Professeure adjointe, École des sciences infirmières,
Université de médecine traditionnelle chinoise de Beijing
Beijing, Chine

Lorrie Hudd, IA(EC), M.Sc.inf.-IP-adultes, CCNE

Infirmière praticienne, Soins des plaies, Centre de santé et de réadaptation Hôtel-Dieu Shaver
Professeure, École des sciences infirmières, Niagara College
Professeure auxiliaire, École des sciences infirmières,
Université de Toronto
Grimsby (Ontario)

Janet L Kuhnke

inf. aut., B.A., B.Sc.inf., M.Sc., Ph. D., ISPSC, FCN
Professeure agrégée, École des sciences infirmières
Université du Cap-Breton
Grand Lake Road, Cap-Breton (N.-É.)

Deirdre O'Sullivan-Drombolis,

BScPT, MCIScPT (cicatrisation des plaies)
Physiothérapeute, directrice des soins à domicile et communautaires
Giishkaandago'lkwe Health Services
Fort Frances (Ontario)

Theresa Salzmann, DCh

Podologue inscrite
Anishnawbe Health
Toronto (Ontario)

Karendeep Sangha, inf. aut., B.Sc.inf.

Infirmier autorisé
Trillium Health Partners
Mississauga (Ontario)

Susan Satlowski, inf. aux. aut.

Infirmière auxiliaire autorisée
Fiddicks Nursing & Retirement Home Ltd.
Petrolia (Ontario)

Sintaria Simamora, inf. aut., B.Sc.inf. (avec spécialisation)

Infirmière autorisée
Toronto (Ontario)

Maria Weatherbee, RD

Diététiste professionnelle, soins à domicile
Sheldon M. Chumir Health Centre Wound Clinic
Calgary, (Alberta)

Tom Weisz, B.A., D.D., IIWCC

Podologue/podiatre (à la retraite)
Personne ayant une expérience concrète
Hamilton (Ontario)

Réviseurs externes

Dans le cadre du processus d'élaboration de la ligne directrice, des commentaires ont été obtenus des participants d'un large éventail d'organismes de services de santé, d'établissements universitaires, de domaines de pratique et de secteurs. Les participants comprennent des infirmières et des membres de l'équipe interprofessionnelle, des éducateurs, des étudiants, des personnes ayant une expérience vécue, des administrateurs compétents et des bailleurs de fonds de services de santé. Des **réviseurs externes**^G représentant divers points de vue ont également été sollicités pour donner leurs commentaires. L'AIIO tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution à l'évaluation de la présente LDPE. Les réviseurs externes ont donné leur consentement à la publication de leurs noms et des renseignements pertinents dans la présente LDPE.

Nasra Abdi, inf. aut.

Infirmière autorisée
Système de santé William Osler
Brampton (Ontario)

Khulood Al-Dabous, inf. aut.

Toronto (Ontario)

Jeff Andrews, inf. aux. aut.

Spécialiste des applications (Epic)
Hamilton Health Sciences
Hamilton (Ontario)

Sarah Lee Bateman,

inf. aut., B.Sc.inf., MCIScWH, ISPSC, WOCC(C), IHWCC

Infirmière en pratique avancée – plaies, stomies, continence
Niagara Health
St. Catharines (Ontario)

Jillian Brooke, inf. aut., MCIScWH, ISPSC, WOCC(C)

Directrice principale, Santé, sécurité, bien-être et intégration au travail
SE Health
Belle River (Ontario)

Ashley Brown, inf. aux. aut.

Directrice de l'équipe principale de SLD, Leamington
Mennonite Home
Chatham-Kent Behavioural Supports Ontario (BSO)
Chatham (Ontario)

Brittany-Jane Cameron, inf. aux. aut.

Coordonnatrice de la recherche clinique
Winterberry Family Medicine
Hamilton (Ontario)

Marcella Campbell, inf. aut., B. A., B.Sc.inf., M.A., Ph. D.

Chef de la qualité des pratiques
Bethany Care Society
Calgary, (Alberta)

Allison Da Silva, inf. aut., ISPSC, WOCC(C)

Infirmière clinicienne – peau/plaies/stomies
Trillium Health Partners
Mississauga (Ontario)

Sépelene Deonarine, inf. aut., B.Sc.inf., MAEd

Santé communautaire
Ajax (Ontario)

Sandra Discianni, inf. aut., B.Sc.inf., WOCC(C)

Infirmière-ressource en soins des plaies et des stomies
Centre régional de santé Southlake
Newmarket (Ontario)

Lhamo Dolkar, IP

Infirmière praticienne
Lakeridge Health
Whitby (Ontario)

Leah Drazek, inf. aut., M.Sc.inf., CDE

Infirmière praticienne avancée
Hôpital Women's College
Toronto (Ontario)

Shannon Dugas, inf. aut., candidate au MBA/MHP, CDE

Infirmière éducatrice en diabète
Bridges Community Health Centre
Port Colborne (Ontario)

Mathieu Duguay, inf. aut.

Infirmier autorisé
Services aux Autochtones Canada
Ottawa (Ontario)

Mickelle Emanuel-Frith, inf. aut., RM, M.Sc.inf.

Chargée de cours
The UWI School of Nursing, Mona
Jamaïque

Cheryl Ertl, inf. aut., ISPSC, WOCC(C)

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

Mark Faber

Hamilton (Ontario)

Karen Garvin, inf. aut., CDE

Infirmière autorisée
Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre
Owen Sound (Ontario)

Esther González-María, inf. aut., M.Sc., Ph. D.

Coordonnatrice, OVPE hôte – Espagne
Unité de recherche en sciences infirmières et en soins de santé, Investén-isciii
Institut de la santé Carlos III
Madrid, Espagne

Kathy-Lynn Greig, inf. aux. aut., GNC(C)

Infirmière soignante
Réseau de santé de Scarborough
Scarborough (Ontario)

Corey Heerschap

inf.aut., B.Sc.inf., MScCH, ISPSC, WOCC(C), IIWCC
Infirmier clinicien spécialisé en soin des plaies et des stomies
Centre régional de santé Royal Victoria
Barrie (Ontario)

Emma Herrewynen, inf. aut., CDE

Infirmière autorisée/infirmière éducatrice en diabète
Rideau Community Health Services
Brockville (Ontario)

Megan Hutton,

inf. aut., B.Sc.inf., MCISc (AHS), ISPSC, WOCC(C)
Infirmière clinicienne
London Health Sciences Centre
London (Ontario)

Julie Jaramillo, inf. aut.

Infirmière autorisée
London (Ontario)

Cassie Jilek, inf. aut., B.Sc.inf., WOCC(C)

ISPSC
Mount Forest (Ontario)

Anureet Kaur, inf. aut., MCISc-WH

Chef de pratique avancée
SE Health
Mississauga (Ontario)

Ann Klein, inf. aut., B.Sc.inf., MCISc-WH, ISPSC, WOCC(C)

Spécialiste des soins de la peau et des plaies
Centre régional de santé Southlake
Newmarket (Ontario)

Margery Konan, MPA

Gestionnaire, Développement de l'ESO et intégration des soins
Toronto East Health Network
Toronto (Ontario)

Karen Laforet,

inf. aut., MCISc-WH, VA-BC, CCHN(C), CVAA(c)
Infirmière en pratique avancée
LK Professional Consults
London (Ontario)

Hailey Land, inf. aut.

Penetanguishene (Ontario)

Sierra Land, inf. aut., B.Sc.inf.

Infirmière autorisée
Services aux Autochtones Canada et Georgian Bay
Family Care Centre
Midland (Ontario)

Carly Lang, inf. aut., M.Sc.inf., CDE
Ottawa (Ontario)

Jason Lau, inf. aut., MScCH, ISPSC, IIWCC
Spécialiste des plaies et des stomies
Toronto (Ontario)

Tracy Lillington,
inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf., Ph. D. (c), ISPSC
Professeure adjointe
Université du Cap-Breton
Sydney (N.-É.)

Fan Lin, MCISC-WH
Infirmière clinicienne spécialisée
Réseau de santé de Scarborough
Toronto (Ontario)

Rashmy Caroline Lobo, inf. aut., B.Sc.inf.,
M.Sc.inf.
Infirmière clinicienne spécialisée
Mississauga (Ontario)

Madeline Logan-JohnBaptiste,
inf. aut., B.Sc.inf., MBA, CHE
Directrice de programme
Mackenzie Health
Maple (Ontario)

Amanda McDonald, inf. aut., M.Sc.inf., ICS-
Diabète
Éducatrice en diabète (CDE)
Rideau Community Health Services
Brockville (Ontario)

Lindsay McLean, inf. aut., M.Sc.inf., WOCC(C)
Superviseure de la pratique professionnelle
Bluewater Health
Sarnia (Ontario)

Deborah Mings, IA(EC), MHSc, IIWCC
Infirmière praticienne
Hamilton Health Sciences
Kitchener (Ontario)

Wendy Mirander, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf.,
ISPSC
Chef nationale de la pratique clinique pour le soin des plaies
Bayshore Health Care
Mississauga (Ontario)

Joshua Moralejo
inf. aut., B.Sc.inf., MScCH : WPC, ISPSC, WOCC(C),
IIWCC
Infirmier clinicien spécialisé – soins des plaies et des
stomies
Réseau universitaire de santé – TRI E.W. Bickle
Toronto (Ontario)

Alwyn Moyer, inf. aut., Ph.D.
Ottawa (Ontario)

Cyndy Ocampo, inf. aut.
Analyste du rendement clinique
Spectrum Health Care
Toronto (Ontario)

Abioye Osisanwo,
inf. aut., B.Sc.inf., MScCH, ISPSC, IIWCC
Infirmière en soin des plaies, des stomies et de l'incontinence
Niagara Health System
St. Catharines (Ontario)

Samantha Parker-Bates, inf. aut., CDE
Infirmière autorisée, éducatrice certifiée en diabète
Sioux Lookout Meno Ya Win Health Centre (SLMHC)
Sioux Lookout (Ontario)

Laura Patterson, inf. aut., B.Sc.inf., CCHN(C)
Éducatrice clinique
VHA Home Healthcare
Toronto (Ontario)

Heather Pfohl Sutcliffe, inf. aut., B.Sc.inf., CDE
Gestionnaire, pratique professionnelle
Services de soutien à domicile et en milieu
communautaire de Waterloo Wellington
Waterloo (Ontario)

Khojesta Qadir, inf. aux, aut., étudiante inf. aut.
Infirmière auxiliaire autorisée
Carpenter Hospice
Burlington (Ontario)

Samantha Rasmussens, inf. aut., B.Sc.inf.

Infirmière clinicienne enseignante
Centre régional de santé Royal Victoria
Barrie (Ontario)

Alina Reid, inf. aut., B.Sc.inf., B.Sc.

Hamilton (Ontario)

Jane Ren, M.Sc.inf.

Chef de pratique avancée
Hôpital Baycrest
Toronto (Ontario)

Nitha Reno, inf. aut., M.Sc.inf., GNC(C), CHPCN(C)

Gestionnaire, Pratique interprofessionnelle et innovation
Municipalité régionale de Durham
Whitby (Ontario)

Amanda Rilett,

inf. aut., B. Sc. (avec distinction), B.Sc.inf., ISPSC, WOCC(C)

Infirmière spécialisée en plaies, stomies et continence
SE Health
Windsor (Ontario)

Josée Senechal,

**inf. aut., B.Sc.inf., MScCH-WC, ISPSC, IIWCC
ISPSC**

Health Sciences North
Sudbury (Ontario)

Allison Sibia, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf., IIWCC

Infirmière clinicienne spécialisée, soins de la peau et des
plaies
Care Partners
Toronto (Ontario)

Kathleen Stevens, inf. aut., Ph.D.

Professeure adjointe, Memorial University
Faculté des sciences infirmières
Membre du conseil de direction, Association
canadienne des infirmières et infirmiers en soins de pieds
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)

Carly Saint-Michel,

inf. aut., B.Sc.inf., MScCH, ISPSC, WOCC(C), IIWCC
Équipe Santé Ontario de Maamwesying
Webbwood (Ontario)

Jaskanwal Sudan, inf. aut., B.Sc.inf., ENC(C)

Infirmière autorisée
Réseau universitaire de santé
Toronto (Ontario)

**Veronika Surowiec, inf. aut., B.Sc.inf., ISPSC,
WOCC(C)**

Infirmière spécialisée en soins des plaies et des stomies
Centre régional de santé Southlake
Newmarket (Ontario)

Eliana Sutton,

inf. aut., B.Sc.inf., MCISc-WH, ISPSC, WOCC(C)
Toronto (Ontario)

Runxi Tian, inf. aut., MMed

Directrice adjointe, Service des soins infirmiers
Hôpital Dongzhimen, affilié à l'Université de médecine
chinoise de Beijing
Beijing, Chine

Maria Timofeeva, inf. aut., IP-PHC, DPI

Infirmière praticienne
Hôpital Women's College
Toronto (Ontario)

Brooke Vickery, IP-PHC, B.Sc.inf., M.Sc.inf.

Infirmière praticienne
Hôpital Women's College
Toronto (Ontario)

Cecilia Yeung,

inf.aut., M.Sc.inf., ISPSC, WOCC(C), GNC(C)
Infirmière clinicienne spécialisée
Unity Health Toronto
Toronto (Ontario)

Michelle Young, inf. aut.

Équipe de soin des plaies, des stomies et de la continence
Niagara Health
Niagara Falls (Ontario)

Margie Zimmo, inf. aux. aut.

Soins des pieds
Équipe de santé familiale de Guelph
Guelph (Ontario)

Santé Ontario et l'Ontario Society of Chiropodists ont également eu l'occasion d'examiner l'ébauche de la ligne directrice et de fournir des commentaires.

Lettres d'appui et de recommandation



17 octobre 2024

Dre Doris Grinspun, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., Ph.D., LL.D. (hon.), CRS, FAAN, FCAN, Ordre de l'Ontario
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario(AIIAO).
500- 4211, rue Yonge Toronto (Ontario) M2P 2A9

Dre Grinspun,

L'Association canadienne des infirmières et infirmiers en soins de pieds (ACIISP) est heureuse d'appuyer et d'approuver la troisième édition de ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO : *Soins des plaies du pied causées par le diabète : Prévention, évaluation et prise en charge*.

L'un des objectifs de l'ACIISP est de soutenir l'élaboration de ressources et de publications fondées sur des données probantes liées à la santé des pieds. Les plaies du pied causées par le diabète sont un problème important au Canada; l'incidence négative sur les personnes atteintes de diabète et leur famille est considérable et le coût pour notre système de santé est stupéfiant. Cette ligne directrice, en tant qu'outil pratique, constituera une ressource inestimable pour les infirmières et les infirmiers en soins avancés des pieds du Canada qui s'engagent à prévenir les plaies du pied causées par le diabète, à promouvoir des soins optimaux et à améliorer les résultats en matière de santé des pieds pour les personnes atteintes de diabète.

Nous offrons nos félicitations à l'occasion de l'achèvement de la troisième édition de *Soins des plaies du pied causées par le diabète : Prévention, évaluation et prise en charge*. Nous sommes reconnaissants du dévouement et des efforts déployés dans l'élaboration de cette ressource.

Sincèrement,

Kathleen Stevens inf. aut., Ph.D.
Membre du conseil d'administration,
Association canadienne des infirmières et infirmiers en soins de pieds



NURSES SPECIALIZED IN
WOUND, OSTOMY AND CONTINENCE
CANADA
INFIRMIÈRES SPÉCIALISÉES EN
PLAIES, STOMIES ET CONTINENCE
CANADA

16 octobre 2024

Doris Grinspun, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), CRS, FAAN,
FCAN, Ordre de l'Ontario
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO).
500- 4211, rue Yonge Toronto (Ontario) M2P 2A9

Dre Grinspun,

Infirmières spécialisées en plaies, stomies et continence Canada (ISPSCC) est heureux d'offrir son soutien et son approbation de la troisième édition de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO – *Soins des plaies du pied causées par le diabète : Évaluation et prise en charge.*

Cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires est alignée sur la vision d'ISPSCC, qui est que chaque personne mérite des soins spécialisés pour les plaies, les stomies et l'incontinence et soutient l'excellence dans la prestation de tels soins. ISPSCC s'efforce d'assurer la prestation de soins fondés sur des données probantes dans tous les aspects du traitement des plaies, y compris la prévention et la prise en charge du pied diabétique. Cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires aidera nos infirmières en leur fournissant des renseignements à jour fondés sur des données probantes et constituera une ressource inestimable pour guider leur pratique clinique.

L'utilisation de cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires aura un effet positif sur la qualité des soins aux patients. Nous avons hâte de la mettre en œuvre auprès de tous nos membres partout au Canada.

Merci d'avoir produit cette excellente ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO – *Soins des plaies du pied causées par le diabète : Évaluation et prise en charge.*

Sincèrement,

Directrice générale
ISPSCC Ottawa (Ontario)



9 octobre 2024

Dre Doris Grinspun, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., Ph.D., LL.D. (hon.), CRS, FAAN, FCAN, Ordre de l'Ontario
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO)
500-4211, rue Yonge
Toronto (Ontario) M2P 2A9

Dre Grinspun,

La Ontario Society of Chiropodists est heureuse d'offrir son soutien et son approbation de la troisième édition de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO – *Soins des plaies du pied causées par le diabète : Prévention, évaluation et prise en charge.*

La LDPE de l'AIIAO est conforme à l'engagement de l'OSC à promouvoir des pratiques de soins des pieds qualifiées et sécuritaires, appuyées par des documents fondés sur des données probantes et des résultats liés à la pratique. Elle offre une approche proactive et globale et constitue une ressource inestimable pour tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire interprofessionnelle. La mise en œuvre de cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires favorise un environnement de soins de santé collaboratif qui veille à ce que tous les intervenants disposent des outils nécessaires pour aborder cet aspect essentiel de la gestion du diabète et contribue à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de diabète.

Sincèrement,



Colin McQuistan D.Ch.; B.Sc. Pod Med
Président
Ontario Society of Chiropodists

312 Oakwood Court, Newmarket ON L3Y 3C8
Tel: (905) 567-3094 Fax: 905-895-1630 Email: info@ontariochiropodist.com

Références bibliographiques

1. Grinspun D, Wallace K, Li SA, et coll. Leading change through social movement. Registered Nurse Journal. Printemps 2020;32(1).
2. Grinspun D, Wallace K, Li SA, et coll. Exploring social movement concepts and actions in a knowledge uptake and sustainability context: a concept analysis. Int J Nurs Sci. Octobre 2022;9(4):411-21.
3. Graham ID, Logan J, Harrison MB, et coll. Lost in knowledge translation: time for a map? J Contin Educ Health Prof. Hiver 2006;26(1):13-24.
4. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), Excellence en santé Canada (ESC). Boîte à outils pour la conduite du changement [Internet]. 4^e éd. Toronto (ON) : AIIAO, 2024. Disponible à : [RNAO.ca/leading-change-toolkit](https://rnao.ca/leading-change-toolkit)
5. Brouwers M, Kho E, Browman G, et coll. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ. 14 décembre 2010;182(18):E839-42.
6. Chen Y, Yang K, Marušić A, et coll. A reporting tool for practice guidelines in health care: the RIGHT statement. Ann Intern Med. 17 janvier 2017;166(2):128-132.
7. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Réduction des complications des plaies du pied chez les diabétiques. Toronto (Ontario) : AIIAO; Mars 2004.
8. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Évaluation et traitement des plaies du pied chez les personnes atteintes de diabète. 2^e éd. Toronto (Ontario) : AIIAO; Mars 2013.
9. Excellence en santé Canada (ESC). Recommandations pour la réintégration des personnes proches aidantes comme partenaires de soins essentiels [Internet]. Ottawa (Ontario) : ESC; septembre 2021. Disponible à : https://www.healthcareexcellence.ca/media/jzsbwcv/202110_policyguidance_fr.pdf
10. van Netten JJ, Bus SA, Apelqvist J, et coll.; International Working Group on the Diabetic Foot. Definitions and criteria for diabetes-related foot disease (IWGDF, mise à jour 2023). Diabète Metab Res Rev. Mars 2024;40(3):E3654.
11. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). Legislation and regulation: RHPA: scope of practice, controlled acts model [Internet]. Toronto (Ontario) : OIIO; 2018. Disponible à : https://www.cno.org/globalassets/docs/policy/41052_rhpascope.pdf
12. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). Directives professionnelles : La collaboration avec les prestataires de soins non réglementés [Internet]. Toronto (Ontario) : OIIO; 2013. Disponible à : https://cno.org/Assets/CNO/Documents/Standard-and-Learning/Practice-Standards/51014_workingucp.pdf
13. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille. Toronto (Ontario) : AIIAO; Mai 2015.
14. Dewidar O, Lotfi T, Langendam MW, et coll. Good or best practice statements: proposal for the operationalisation and implementation of GRADE guidance. BMJ Evid Based Med. Juin 2023;28(3):189-196.
15. Lotfi T, Hajizadeh A, Moja L, et coll. A taxonomy and framework for identifying and developing actionable statements in guidelines suggests avoiding informal recommendations. J Clin Epidemiol. Janvier 2022;141:161-71.

16. Guyatt GH, Schünemann HJ, Djulbegovic B, Akl EA. Guideline panels should not GRADE good practice statements. *J Clin Epidemiol*. Mai 2015;68(5):597-600.
17. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). A guideline developer's handbook [Internet]. Édimbourg (Royaume-Uni) : SIGN; novembre 2019. Disponible à : https://www.sign.ac.uk/media/2038/sign50_2019.pdf
18. Université McMaster. GIN-McMaster Guideline Development Checklist (GDC) [Internet]. 2 juin 2014. Disponible à : <https://macgrade.mcmaster.ca/wp-content/uploads/2023/09/guidelinechecklistprintable.pdf>
19. Schünemann HJ, Brozek J, Guyatt G, Oxman A, éditeurs. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [lieu inconnu : maison d'édition inconnue]; octobre 2013. Disponible à : <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html>
20. Neumann I, Santesso N, Akl EA, et coll. A guide for health professionals to interpret and use recommendations in guidelines developed with the GRADE approach. *J Clin Epidemiol*. Avril 2016;72:45-55.
21. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*. 2005;83(4):691-729.
22. VanDeVelde-Coke S, Doran D, Grinspun D, Hayes L, Boal AS, Velji K, et coll. Measuring outcomes of nursing care, improving the health of Canadians: NNQR (C), C-HOBIC and NQuiRE. *Nurs Leadersh*. 2012;25(2):26-37.
23. Frequently asked questions. IDF Diabetes Atlas [Internet]. Bruxelles (BE) : International Diabetes Federation; 2021. Disponible à : <https://diabetesatlas.org/faqs/>
24. Agence de santé publique du Canada. Diabète : Aperçu [Internet]. Ottawa (Ontario) : Agence de santé publique du Canada; 2023. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/diabete.html>
25. Diabète Canada. Diabetes in Canada: backgrounder [Internet]. Ottawa (Ontario) : Diabète Canada; Juil. 2023 Disponible à : https://www.diabetes.ca/DiabetesCanadaWebsite/media/Advocacy-and-Policy/Backgrounder/2023_Backgrounder_Canada_English.pdf
26. Blanchette V, Patry J, Brousseau-Foley M, et coll. Diabetic foot complications among Indigenous peoples in Canada: a scoping review through the PROGRESS-PLUS equity lens. *Front Endocrinol*. 13 août 2023;14:1177020.
27. Wang X, Yuan CX, Xu B, et coll. Diabetic foot ulcers: classification, risk factors and management. *World J Diabetes*. 15 décembre 2022;13(12):1049-1065.
28. Beuscher TL. Guidelines for diabetic foot care: a template for the care of all feet. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. Mai/juin 2019;46(3):241-5.
29. Oliver TI, Mutluoglu M. Diabetic Foot Ulcer (archivé). Dans : StatPearls [Internet]. Treasure Island (Floride) : StatPearls Publishing; 8 août 2023. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537328/>
30. Schaper NC, van Netten JJ, Apelqvist J, et coll.; IWGDF Editorial Board. Practical guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease (IWGDF 2023 update). *Diabetes Metab Res Rev*. Mars 2024;40(3):e3657.
31. Boulton AJ, Whitehouse RW. The Diabetic Foot. Dans : Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR, et coll., éditeurs. *Endotext* [Internet]. South Dartmouth (MA) : MDText.com, Inc.; 28 juillet 2023. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK409609/>
32. Monteiro-Soares M, Hamilton EJ, Russel DA, et coll.; International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF). Guidelines on the classification of foot ulcers in people with diabetes: IWGDF 2023 update [Internet]. [lieu inconnu] : IWGDF; 2023. Disponible à : <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2023/07/IWGDF-2023-03-Classification-Guideline.pdf>

33. Costa IG, Camargo-Plazas P. The impact of diabetic foot ulcer on individuals' lives and daily routine: a qualitative study informed by social constructivism and symbolic interactionism frameworks. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* Janv.-févr. 2023;50(1):73-7.
34. Polikandrioti M, Vasilopoulos G, Koutelekos I, et coll. Quality of life in diabetic foot ulcer: associated factors and the impact of anxiety/depression and adherence to self-care. *Int J Low Extrem Wounds.* Juin 2020;19(2):165-79.
35. Zhang P, Lu J, Jing Y, et coll. Global epidemiology of diabetic foot ulceration: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Medicine.* 17 février 2017;49(2):106-16.
36. Cho SE, Kwon M, Kim SA. Influence of diabetes knowledge, self-stigma, and self-care behavior on quality of life in patients with diabetes. *Healthcare [Internet].* 2022;10(10) 1983. Disponible à : <https://www.mdpi.com/2227-9032/10/10/1983>
37. Syed MH, Salata K, Hussain MA, et coll. The economic burden of inpatient diabetic foot ulcers in Toronto, Canada. *Vascular.* Octobre 2020;28(5):520-9.
38. Zhu X, Lee ES, Lim PX, et coll. Exploring barriers and enablers of self-management behaviours in patients with diabetic foot ulcers: a qualitative study from the perceptions of patients, caregivers, and healthcare professionals in primary care. *International Wound Journal.* Mars 2023. Disponible à : https://www.researchgate.net/profile/Zhu-Julia-Xiaoli/publication/369542930_Exploring_barriers_and_enablers_of_self-management_behaviours_in_patients_with_diabetic_foot_ulcers_A_qualitative_study_from_the_perceptions_of_patients_caregivers_and_healthcare_professionals_in_prim/links/64217672a1b72772e42f47f3/Exploring-barriers-and-enablers-of-self-management-behaviours-in-patients-with-diabetic-foot-ulcers-A-qualitative-study-from-the-perceptions-of-patients-caregivers-and-healthcare-professionals-in-pr.pdf
39. Agence de santé publique du Canada. Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national : sommaire exécutif [Internet]. Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada; août 2018. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research/key-health-inequalities-canada-national-portrait-executive-summary/hir-executive-summary-fra.pdf>
40. Rodrigues BT, Vangaveti VN, Urkude R, et coll. Prevalence and risk factors of lower limb amputations in patients with diabetic foot ulcers: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Meta Syndr.* Février 2022;16(2):102397.
41. Ramsoondar N, Anawati A, Cameron E. Racism as a determinant of health and health care: Rapid evidence narrative from the SAFE for Health Institutions project. *Canadian Family Physician.* 2023;69(9):594.
42. de Mestral C, Hussain MA, Austin PC, et coll. Regional health care services and rates of lower extremity amputation related to diabetes and peripheral artery disease: an ecological study. *CMAJ Open.* 27 octobre 2020;8(4):E659-66.
43. Kisling LA, Das JM. Prevention Strategies. Dans : *StatPearls [Internet].* Treasure Island (Floride) : StatPearls Publishing; 1^{er} août 2023. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537222/>
44. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Best practices for heart disease and stroke: a guide to effective approaches and strategies [Internet]. Atlanta (GA) : CDC; 2022. Disponible à : https://stacks.cdc.gov/view/cdc/122290/cdc_122290_DS1.pdf
45. Groupe d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada. 2018 clinical practice guidelines: self-management education and support. *Can J Diabetes [Internet].* Avril 2018;42(Suppl 1):S36-41. Disponible à : <https://guidelines.diabetes.ca/cpg/chapter7>

46. Fitridge R, Chuter V, Mills JL, et coll. The intersocietal IWGDF, ESVS, SVS guidelines on peripheral artery disease in patients with diabetes mellitus and a foot ulcer [Internet]. [lieu inconnu] : International Working Group on the Diabetic Foot; 2023. Disponible à : <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2023/07/IWGDF-2023-05-PAD-Guideline.pdf>
47. Alosaimi FD, Labani R, Almasoud N, et coll. Associations of foot ulceration with quality of life and psychosocial determinants among patients with diabetes; a case-control study. *J Foot Ankle Res.* 10 décembre 2019;12:57.
48. Braveman P, Gottlieb L. The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Rep. Janv.-févr.* 2014; Suppl 2 (Suppl 2) : 19-31.
49. Reading C, Wien F. Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones [Internet]. Prince George (C.-B.) : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone; 2009. Disponible à : <https://www.cnsa-nccah.ca/docs/determinants/RPT-HealthInequalities-Reading-Wien-fr.pdf>
50. Hurrell D. Providing podiatry services for rough sleepers and vulnerable people. *Diabetic Foot.* Janvier 2023;26(1):12-4.
51. Le racisme et la discrimination sont l'héritage du colonialisme. Dans : Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme (HCDH) [Internet]. Genève (Suisse) : HCDH; vers 1996-2024. Disponible à : <https://www.ohchr.org/fr/get-involved/stories/racism-discrimination-are-legacies-colonialism>
52. Bradford LEA, Bharadwaj LA, Okpalauwaekwe U, et coll. Drinking water quality in Indigenous communities in Canada and health outcomes: a scoping review. *International Journal of Circumpolar Health.* 31 janvier 2016;75(1):32336.
53. Todici J, Cook SC, Spitzer-Shohat S, et coll. Critical theory, culture change, and achieving health equity in health care settings. *Academic Medicine.* 2022;97(7):977-88.
54. Morriveau TS. Determinants of wellness: a perspective on diabetes and Indigenous health. *Can J Diabetes.* Août 2022;46(6):551-2.
55. Kim PJ. Social determinants of health inequities in Indigenous Canadians through a life course approach to colonialism and the residential school system. *Health Equity.* 2019;3(1):378-81.
56. Régie de la santé des Premières Nations (RSPN). FNHA's policy statement on cultural safety and humility [Internet]. West Vancouver (C.-B.) : RSPN; [date inconnue]. Disponible à : <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Policy-Statement-Cultural-Safety-and-Humility.pdf>
57. Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR). Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : sommaire du rapport final de la commission de vérité et réconciliation du Canada [Internet]. [lieu inconnu] : TRC; 2015. Disponible à : https://publications.gc.ca/collections/collection_2016/trc/IR4-7-2015-fra.pdf
58. Définitions communes en matière de sécurité culturelle : Forum des professionnels de la santé de l'administratrice en chef de la santé publique Dans : Gouvernement du Canada [Internet]. Ottawa (Ontario) : Santé Canada : 20 juin 2023. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/forum-professionnels-sante-administratrice-chef-sante-publique-definitions-communes-matiere-securite-culturelle.html>
59. Sécurité culturelle : Supporting increased cultural competency and safety throughout Northern Health. Dans : Northern Health Indigenous Health [Internet]. Prince George (C.-B.) : Northern Health; c2024. Disponible à : <https://www.indigenoushealthnh.ca/cultural-safety#cultural-awareness#cultural-sensitivity>

60. Ma L, Chen J, Sun Y, et coll. The perceptions of living with diabetic foot ulcers: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Journal of Tissue Viability*. 2023;32(1):39–50.
61. Sanderson M, Mouton CP, Cook M, et coll. Adverse childhood experiences and chronic disease risk in the southern community cohort study. *J Health Care Poor Underserved*. 2021;32(3):1384-402.
62. Richardson, Murphy T. SoinsSantéCAN publie des pratiques judicieuses pour donner suite aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation reliés à la santé [Internet]. SoinsSantéCAN. Avril 2018. Disponible à : <https://www.healthcarecan.ca/fr/2018/04/11/soinssantecan-publie-des-pratiques-judicieuses-pour-donner-suite-aux-appels-a-laction-de-la-commission-de-verite-et-reconciliation-relies-a-la-sante/>
63. What is Trauma-Informed Care? Dans : Trauma-Informed Care Implementation Resource Centre [Internet]. Hamilton (NJ) : Center for Health Care Strategies; c2024. Disponible à : <https://www.traumainformedcare.chcs.org/what-is-trauma-informed-care/#:~:text=Trauma%2Dinformed%20care%20seeks%20to,%2C%20procedures%2C%20and%20practices%3B%20and>
64. Collins PH, Bilge S. Intersectionality [Internet]. 2^e éd. Medford (MA) : Polity Press; 2020. Disponible à : <https://books.google.ca/books?id=fyrfDwAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
65. Brennan MB, Powell WR, Kaiksow F, et coll. Association of race, ethnicity, and rurality with major leg amputation or death among Medicare beneficiaries hospitalized with diabetic foot ulcers. *JAMA Netw Open*. 2022;5(4):e228399.
66. Hardy E, Standley CJ. Identifying intersectional feminist principles in the One Health framework. *One Health*. 31 mai 2022;15:100404.
67. Jain R, Gahlot A, Chauhan CR. Diabetic foot disease comprehensive management for primary care. *CODH-V7*. 6 janvier 2023;97-106.
68. Armstrong DG, Boulton AJ, Bus SA. Diabetic foot ulcers and their recurrence. *N Engl J Med*. 15 juin 2017;376(24):2367-75.
69. Bus SA, Sacco IC, Monteiro-Soares M, et coll.; International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF). Guidelines on the prevention of foot ulcers in persons with diabetes: IWGDF 2023 update [Internet]. [lieu inconnu] : IWGDF; 2023. Disponible à : <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2023/07/IWGDF-2023-02-Prevention-Guideline.pdf>
70. Embil JM, Albalawi Z, Bowering K, Trepman E; Groupe d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada. Foot care. *Can J Diabetes*. Avril 2018;42(Suppl 1):S222-7.
71. Blanchette V, Kuhnke JL, Botros M, et coll. Inlow's 60-second diabetic foot screen: update 2022. *Limb Preservation Journal* [Internet]. 28 avril 2023;4(1):22-8. Disponible à : <https://www.woundscanada.ca/news/618-inlow-s-60-second-diabetic-foot-screen-update-2022>
72. Dhoonmoon L. The relevance of skin tones in the diabetic foot. *Diabetic Foot* [Internet]. 25 juillet 2023;26(1). Disponible à : https://diabetesonthenet.com/wp-content/uploads/DFJ_26-1_16-19_dhmoon.pdf
73. Forsythe RO, Apelqvist J, Boyko EJ, et coll. Effectiveness of bedside investigations to diagnose peripheral artery disease among people with diabetes mellitus: a systematic review. *Diabetes Metab Res Rev*. Mars 2020;36(Suppl 1):e3277.
74. Patel J, Zamzam A, Syed M, et coll. A scoping review of foot screening in adults with diabetes mellitus across canada. *Can J Diabetes*. Juillet 2022;46(5):435-40.e2.

75. Ernawati U, Wihastuti TA, Utami YW. Effectiveness of diabetes self-management education (DSME) in type 2 diabetes mellitus (T2DM) patients: systematic literature review. *J Santé publique Rés.* 14 avril 2021;10(2):2240.
76. Paton J, Abey S, Hendy P, et coll. Behaviour change approaches for individuals with diabetes to improve foot self-management: a scoping review. *J Foot Ankle Res.* Janvier 2021;14(1):1.
77. Sun CA, Taylor K, Levin S, et coll. Factors associated with missed appointments by adults with type 2 diabetes mellitus: a systematic review. *BMJ Open Diabetes Res Care.* Mars 2021;9(1):e001819.
78. Almutairi N, Hosseinzadeh H, Gopaldasani V. The effectiveness of patient activation intervention on type 2 diabetes mellitus glycemic control and self-management behaviors: a systematic review of RCTs. *Prim Care Diabetes.* Février 2020;14(1):12-20.
79. Sherifali D, Berard LD, Gucciardi E, et al.; Groupe d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada. Self-management education and support. *Can J Diabetes.* Avril 2018;42 (Suppl 1):S36-41.
80. Powers MA, Bardsley J, Cypress M, et coll. Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: a joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Diabetes Educ.* Février 2017;43(1):40-53.
81. Wiens K, Bai L, Austin PC et coll. Long-term association between homelessness and mortality among people with diabetes. *Lancet Diabetes Endocrinol.* Avril 2023;11(4):229-31.
82. Vick JB, Wolff JL. A scoping review of person and family engagement in the context of multiple chronic conditions. *Health Serv Res.* Octobre 2021;56(Suppl 1):990-1005.
83. Fu XJ, Hu SD, Peng YF, et coll. Observation of the effect of one-to-one education on high-risk cases of diabetic foot. *World J Clin Cases.* 16 mai 2021;9(14):3265-72.
84. Heng ML, Kwan YH, Ilya N, et coll. A collaborative approach in patient education for diabetes foot and wound care: A pragmatic randomised controlled trial. *Int Wound J.* Décembre 2020;17(6):1678-86.
85. Vakilian P, Mahmoudi M, Oskouie F, et coll. Investigating the effect of educational intervention based on the Pender's health promotion model on lifestyle and self-efficacy of the patients with diabetic foot ulcer: A clinical trial. *J Educ Health Promot [Internet].* 31 décembre 2021;10:466.
86. Ahmad Sharoni SK, Abdul Rahman H, Minhat HS, et coll. The effects of self-efficacy enhancing program on foot self-care behaviour of older adults with diabetes: a randomised controlled trial in elderly care facility, Peninsular Malaysia. *PloS One.* 13 mars 2018;13(3):e0192417.
87. Baccolini L, Centis E, Malaguti A, et coll. A psycho-educational intervention for the prevention of foot lesions in people with diabetes: report of a clinical audit. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* Septembre 2022;32(9):2264-72.
88. Bahador RS, Afrazandeh SS, Ghanbarzahi N, Ebrahimi M. The impact of three-month training programme on foot care and self-efficacy of patients with diabetic foot ulcers. *J Clin Diagn Res.* Juillet 2017;11(7):IC01-4.
89. Toygar İ, Hançerlioğlu S, Utku T, et coll. Effect of an educational intervention based on bandura's theory on foot care self-efficacy in diabetes: a prospective quasi-experimental study. *Int J Low Extrem Wounds.* Décembre 2022;21(4):414-9.
90. Nguyen TP, Edwards H, Do TN, Finlayson K. Effectiveness of a theory-based foot care education program (3STEPFUN) in improving foot self-care behaviours and foot risk factors for ulceration in people with type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.* Juin 2019;152:29-38.

91. Kes D, Sahin F, Ertinmaz Ozkan A, et coll. Effectiveness of a Transtheoretical Model-Based Foot Care Program in Improving Foot Care Behaviors and Self-Efficacy in Adults With Type 2 Diabetes: An Assessor-Blinded Randomized Controlled Trial. *Res Theory Nurs Pract.* 1^{er} février 2022;36(1):3-19.
92. Jongebloed-Westra M, Exterkate SH, Van Netten JJ, et coll. The effectiveness of motivational interviewing on adherence to wearing orthopedic shoes in people with diabetes at low-to-high risk of foot ulceration: A multicenter cluster-randomized controlled trial. *Diabetes Research and Clinical Practice.* 28 octobre 2023;204:110903.
93. Sharoni SKA, Rahman HA, Minhat HS, Shariff-Ghazali S, Ong MHA. The effects of self-efficacy enhancing program on foot self-care behaviour of older adults with diabetes: A randomised controlled trial in elderly care facility, Peninsular Malaysia. *PloS one.* 2018; 13(3) (pas de pagination):e0192417.
94. Green-Morris G. An evaluation of the effectiveness of foot care education in rural clinics. *J Diabetes Metab Disord.* Juin 2019;18(1):207-15.
95. Williams JK, Collings R, Paton J. Exploring patient experiences of diabetes education to reduce foot complications as part of a service evaluation: qualitative, focus group methodology. *Diabetic Foot.* 23 novembre 2021;24(4):1-6.
96. Hancox JE, Chaplin WJ, Hilton C, et coll. Development of a Motivation Communication Training to Aid Diabetes-Specialist Podiatrists With Adherence Discussions. *Health Educ Behav.* 2024 Apr;51(2):240–50.
97. What is health literacy? Dans : CDC Health Literacy [Internet]. Atlanta (GA) : U.S. Centers for Disease Control and Prevention; 11 juillet 2023. Disponible à : <https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html>
98. Mukhalalati BA, Taylor A. Adult learning theories in context: a quick guide for healthcare professional educators. *J Med Educ Curric Dev.* Jan.-déc. 2019;6:2382120519840332.
99. Brookfield S. Understanding and facilitating adult learning: a comprehensive analysis of principles and effective practices. Buckingham (Royaume-Uni) : Open University Press; 1986.
100. van Netten JJ, Raspovic A, Lavery LA, et coll. Prevention of foot ulcers in persons with diabetes at risk of ulceration: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Metab Res Rev.* Mars 2024;40(3):e3652.
101. Akça Doğan D, Enç N. The effect of using a reminder diabetic foot mirror on foot checking frequency and development of diabetic foot in people with diabetes. *Int J Diabetes Dev Ctries.* 2022;42(2):321-30.
102. Nursing Assessments. Dans : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO) [Internet]. Toronto (Ontario) : OIIO; août 2023. Disponible à : <https://www.cno.org/standards-learning/educational-tools/nursing-assessments>
103. Rothenberg GM, Priesand SJ, Holmes CM, Schmidt BM. Assessing the clinician's role in diabetic foot ulcers: from pre-ulceration through post-healing. *Diabetic Foot* [Internet]. 2020;23(1):10-5. Disponible à : <https://www.diabetesonthenet.com/wp-content/uploads/pdf/dotndca1d41ef0b5b77d4c07bddc6490b39b.pdf>
104. Plaies Canada. BPR briefs: diabetic foot ulcers [Internet]. North York (Ontario) : Plaies Canada; 2021. Disponible à : <https://www.woundscanada.ca/best-practice-recommendation-bpr-briefs>
105. Monteiro-Soares M, Boyko EJ, Jeffcoate W, et coll. Diabetic foot ulcer classifications: a critical review. *Diabetes Metab Res Rev.* Mars 2020;36(Suppl 1):e3272.
106. Bates-Jensen BM, McCreath HE, Harputlu D, Patlan A. Reliability of the Bates-Jensen wound assessment tool for pressure injury assessment: the pressure ulcer detection study. *Wound Repair Regen.* Juillet 2019;27(4):386-95.

107. Houghton PE, Kincaid CB, Campbell KE, et coll. Photographic assessment of the appearance of chronic pressure and leg ulcers. *Ostomy Wound Manage.* Avril 2000;46(4):20-6, 28-30.
108. Keast DH, Bowering CK, Evans AW, et coll. MEASURE: a proposed assessment framework for developing best practice recommendations for wound assessment. *Wound Repair Regen.* Mai/juin 2004;12(3 Suppl):S1-17.
109. Jalilian M, Ahmadi Sarbarzeh P, Oubari S. Factors related to severity of diabetic foot ulcer: a systematic review. *Diabetes Metab Syndr Obes.* Mai 2020;13:1835-42.
110. Dhoonmoon L, Nair HK, Abbas Z, et coll. International consensus document: wound care and skin tone signs, symptoms and terminology for all skin tones [Internet]. Londres (Royaume-Uni) : Wounds International; 2023. Disponible à : <https://woundsinternational.com/consensus-documents/wound-care-and-skin-tone-signs-symptoms-and-terminology-for-all-skin-tones/>
111. Albright RH, Manohar NB, Murillo JF, et coll. Effectiveness of multidisciplinary care teams in reducing major amputation rate in adults with diabetes: a systematic review & meta-analysis. *Diabetes Res Clin Pract.* Mars 2020;161:107996.
112. Sung JA, Gurung S, Lam T, et coll. A 'speed-dating' model of wound care? rapid, high-volume assessment of patients with diabetes in a multidisciplinary foot wound clinic. *Exp Clin Endocrinol Diabetes.* Novembre 2021;129(11):837-41.
113. Somayaji R, Elliott JA, Persaud R, et coll. The impact of team based interprofessional comprehensive assessments on the diagnosis and management of diabetic foot ulcers: a retrospective cohort study. *PLoS One.* 26 septembre 2017;12(9):e0185251.
114. Hicks CW, Canner JK, Mathioudakis N, coll. Incidence and risk factors associated with ulcer recurrence among patients with diabetic foot ulcers treated in a multidisciplinary setting. *J Surg Res.* Février 2020;246:243-50.
115. Roth-Albin I, Mai SH, Ahmed Z, et coll. Outcomes following advanced wound care for diabetic foot ulcers: a Canadian study. *Can J Diabetes.* Février 2017;41(1):26-32.
116. Hurley H, Kellegher E, Gallen T, et coll. Development of a coordinated acute diabetic foot pathway for management of acute diabetic foot infection and ulceration. *Ir J Med Sci.* Février 2023;192(1):161-7.
117. Nube VL, Zwarteveen J, Frank G, et coll. Challenges faced by people with diabetes-related foot ulcers in attending hospital-based high risk foot services: results of a consumer survey. *WPR* [Internet]. Septembre 2023;31(3).
118. Pallin JA, Buckley-O'Farrell K, Riordan F, et coll. Implementing an integrated diabetic foot care programme in Ireland: podiatrists' experience. *BMC Health Serv Res.* 26 octobre 2023;23(1):1157.
119. Rapport sommaire du Symposium sur les ressources humaines en santé. Dans : Gouvernement du Canada [Internet]. Ottawa (Ontario) : Santé Canada; 1^{er} novembre 2022. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/ressources-humaines-sante/rapport-sommaire-symposium.html>
120. National Institute of Health and Care Excellence (NICE). Diabetic foot problems: prevention and management [Internet]. Royaume-Uni. Octobre 2019. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng19/resources/diabetic-foot-problems-prevention-and-management-pdf-1837279828933>
121. Qualité des services de santé Ontario (QSSO). Ulcères du pied diabétique : Soins aux patients dans tous les milieux de soins [Internet]. Toronto (Ontario) : HQO; 2017. Disponible à : <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/health-links/ccm-coordinated-care-plan-user-guide-v2.1-fr.pdf>

122. Cours sur les notions essentielles de TeamSTEPPS Canada. Dans : Excellence en santé Canada [Internet]. Ottawa (Ontario) : Excellence en santé Canada; c2023. Disponible à : <https://www.healthcareexcellence.ca/fr/notre-action/tous-les-programmes/cours-sur-les-notions-essentielles-de-teamstepps-canada/>
123. Gouvernement de l'Ontario. Équipes Santé Ontario : Le document d'orientation sur les équipes Santé Ontario à l'intention des fournisseurs et des organismes de soins de santé. Toronto (Ontario) : Gouvernement de l'Ontario; 2024. Disponible à : <https://www.ontario.ca/files/2024-01/moh-oht-hcp-guidance-doc-fr-2024-01-22.pdf>
124. Qualité des services de santé Ontario (QSSO). Mettre à jour ou exécuter le plan de soins coordonnés [Internet]. Disponible à : <https://www.hqontario.ca/Am%C3%A9lioration-de-la-qualit%C3%A9/Am%C3%A9lioration-de-la-qualit%C3%A9-%C3%A0-l%C5%93uvre/Maillons-sant%C3%A9/Ressources-des-maillons-sant%C3%A9/Mettre-%C3%A0-jour-ou-ex%C3%A9cuter-le-plan-de-soins-coordonn%C3%A9s>
125. Qualité des services de santé Ontario. Guide d'utilisation du plan de soins coordonnés, version 2.1 [Internet]. Toronto (Ontario) : Gouvernement de l'Ontario; 12 juin 2018. Disponible à : <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/health-links/ccm-coordinated-care-plan-user-guide-v2.1-fr.pdf>
126. Chen P, Vilorio NC, Dhatariya K, et coll. Guidelines on interventions to enhance healing of foot ulcers in people with diabetes (IWGDF 2023 update). *Diabetes Metab Res Rev*. Mars 2024;40(3):e3644.
127. Thomas DC, Tsu CL, Nain RA, et coll. The role of debridement in wound bed preparation in chronic wound: a narrative review. *Ann Med Surg (Lond)*. 4 octobre 2021;71:102876.
128. Recommandations des meilleures pratiques. Dans : Infirmières spécialisées en plaies, stomies et continence Canada (ISPSCC). Ottawa (Ontario) : ISPSCC; c2024. Disponible à : <https://www.nswoc.ca/bpr?lang=fr>
129. Jiang P, Li Q, Luo Y, et coll. Current status and progress in research on dressing management for diabetic foot ulcer. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2023;14:1221705.
130. Lazzarini PA, Armstrong DG, Crews RT, et coll. Effectiveness of offloading interventions for people with diabetes-related foot ulcers: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Metab Res Rev*. Mars 2024;40(3):e3650.
131. Senneville É, Albalawi Z, van Asten SA, et coll. International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF). Guidelines on the diagnosis and treatment of foot infection in persons with diabetes: IWGDR/IDSA 2023 [Internet]. [lieu inconnu] : IWGDF; 2023. Disponible à : <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2023/07/IWGDF-2023-04-Infection-Guideline.pdf>
132. Lazo-Porras M, Bernabe-Ortiz A, Taype-Rondan A, et coll. Foot thermometry with mHealth-based supplementation to prevent diabetic foot ulcers: a randomized controlled trial. *Wellcome Open Res* [Internet]. 2020;5:23. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7463300/>
133. International Wound Infection Institute. Wound infection in clinical practice: principles of best practice [Internet]. 3^e éd. Londres (Royaume-Uni) : Wounds International; 2022. Disponible à : <https://woundinfection-institute.com/wp-content/uploads/IWII-CD-2022-web-1.pdf>
134. Meloni M, Morosetti D, Giurato L, et coll. Foot revascularization avoids major amputation in persons with diabetes and ischaemic foot ulcers. *J Clin Med*. 2 septembre 2021;10(17):3977.
135. Imran SA, Agarwal G, Bajaj HS, Ross S; Groupe d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada. Targets for glycemic control. *Can J Diabetes* [Internet]. Avril 2018;42(Suppl 1):S42-6. Disponible à : https://www.diabetes.ca/health-care-providers/clinical-practice-guidelines/chapter-8#panel-tab_FullText

136. Sievenpiper JL, Chan CB, Dworatzek PD, et coll.; Groupe d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada. Nutrition therapy. *Can J Diabetes* [Internet]. Avril 2018;42(Suppl 1):S64-79. Disponible à : <https://guidelines.diabetes.ca/cpg/chapter11>
137. Frykberg RG, Attinger C, Smeets L, et coll. Surgical strategies for prevention of amputation of the diabetic foot. *J Clin Orthop Trauma*. 1^{er} juin 2021;17:99-105.
138. Smart H, Sibbald RG, Goodman L, et coll. Wound bed preparation 2024: delphi consensus on foot ulcer management in resource-limited settings. *Adv Skin Wound Care*. Avril 2024;37(4):180-96.
139. Obilor HN, Achore M, Woo K. Use of information communication technology tools in diabetic foot ulcer prevention programs: a scoping review. *Can J Diabetes*. Juillet 2022;46(5):535-48.e5.
140. Dincer B, Bahçecik N. The effect of a mobile application on the foot care of individuals with type 2 diabetes: a randomised controlled study. *Health Educ J*. 2021;80(4):425-37.
141. Pamungkas RA, Usman AM, Chamroonsawasdi K, Abdurrasyid. A smartphone application of diabetes coaching intervention to prevent the onset of complications and to improve diabetes self-management: a randomized control trial. *Diabetes Metab Syndr*. Juillet 2022;16(7):102537.
142. Isaac AL, Swartz TD, Miller ML et coll. Lower resource utilization for patients with healed diabetic foot ulcers during participation in a prevention program with foot temperature monitoring. *BMJ Open Diabetes Res Care*. Octobre 2020;8(1):e001440.
143. Qin Q, Oe M, Nakagami G, et coll. The effectiveness of a thermography-driven preventive foot care protocol on the recurrence of diabetic foot ulcers in low-medical resource settings: An open-labeled randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. Octobre 2023;146:104571.
144. Bohnert KL, Zellers JA, Jeong HJ et coll. Remote research: resources, intervention needs, and methods in people with diabetes and peripheral neuropathy. *J Diabetes Sci Technol*. 17 janvier 2023;17(1):52-8.
145. Foong HF, Kyaw BM, Upton Z, Tudor Car L. Facilitators and barriers of using digital technology for the management of diabetic foot ulcers: a qualitative systematic review. *Int Wound J*. Octobre 2020;17(5):1266-81.
146. Bahaadinbeigy K, Sheikhtaheri A, Fatehi F, Moulaei K. Development and usability evaluation of a telemedicine system for management and monitoring of patients with diabetic foot. *Healthc Inform Res*. Janvier 2022;28(1):77-88.
147. Stevens K, Moralejo D, Ersser S, MacLean C. Benefits and challenges of using a commercially available infrared thermometer for foot self-management for patients with diabetes: findings of a mixed methods study. *Wound Care Canada*. 2023;21(2):69-82.
148. Lo ZJ, Chong B, Tan E, et coll. Patients, carers and healthcare providers' perspectives on a patient-owned surveillance system for diabetic foot ulcer care: A qualitative study. *Digital Health*. Janvier 2023;9:20552076231183544.
149. Graham K, Siatis CM, Gunn KM et coll. The experiences of health workers using telehealth services for diabetes-related foot complications: a qualitative exploration. *Journal of Foot and Ankle Research*. Janvier 2023;16(1):47.
150. Graham K, Fitzpatrick K, Agius J, et coll. A qualitative exploration of the experiences of Aboriginal and Torres Strait Islander people using a real-time video-based telehealth service for diabetes-related foot disease. *Rural Remote Health* [Internet]. Février 2024.

151. Ploderer B, Clark D, Brown R, et coll. Self-Monitoring Diabetes-Related Foot Ulcers with the MyFootCare App: A Mixed Methods Study. *Sensors*. 24 février 2023;23(5):2547.
152. Obilor HN, Veryha O, Weisz T, et coll. The feasibility of a social media-based foot self-management education and support program for adults with diabetes: A partially randomized preference trial. *PEC Innovation*. 2024;100307.
153. Harrison M, Graham ID, Fervers B. Adapting knowledge to local context. Dans : Straus SE, Tetroe J, Graham ID, éditeurs. *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice*. Chichester (Royaume-Uni) : John Wiley & Sons; 2013. p. 110-20.
154. Rey M, Grinspun D, Costantini L, Lloyd M. The anatomy of a rigorous best practice guideline development process. Dans : Grinspun D, Bajnok I, éditeurs. *Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation*. Indianapolis (Indiana) : Sigma Theta Tau International; 2018. p. 31-68.
155. Annexe A : Glossary of terms. Dans : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) [Internet]. Toronto (Ontario) : AIIAO; C2024. Disponible à : [RNAO.ca/bpg/leading-change-toolkit/about/appendix-a-glossary-of-terms](https://rnao.ca/bpg/leading-change-toolkit/about/appendix-a-glossary-of-terms)
156. About Chiropractors and Podiatrists. College of Chiropractors of Ontario (COCOO) [Internet]. Toronto (Ontario) : COCOO; c2024. Disponible à : <https://cocoo.on.ca/about-chiropractors-podiatrists/>
157. Al Aboud AM, Yarrarapu SN. Corns. Dans : StatPearls [Internet]. Treasure Island (Floride) : StatPearls Publishing; c2024 [mis à jour le 24 juillet 2023]. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470374/>
158. Masterson D, Areskoug Josefsson K, Robert G, et coll. Mapping definitions of co-production and co-design in health and social care: a systematic scoping review providing lessons for the future. *Health Expectations*. Juin 2022;25(3):902-13.
159. Traditional, Complementary and Integrative Medicine. Dans : Organisation mondiale de la Santé (OMS) [Internet] Genève (Suisse) : OMS; c2024. Disponible à : https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1e
160. Punthakee Z, Goldenberg R, Katz P; Groupe d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada. Definition, classification and diagnosis of diabetes, prediabetes and metabolic syndrome. *Can J Diabetes* [Internet]. Avril 2018;42(Suppl 1):S10-5. Disponible à : <https://guidelines.diabetes.ca/cpg/chapter3>
161. Stevens KR. The impact of evidence-based practice in nursing and the next big ideas. *Online J Issues Nurs*. 31 mai 2013;18(2):4.
162. Eccles MP, Mittman BS. Welcome to Implementation Science. *Implement Sci*. 22 février 2006;1(1):1.
163. Instance permanente des Nations unies sur les questions autochtones : Who are Indigenous peoples? [Internet]. [lieu inconnu] : Nations unies; [date inconnue]. Disponible à : https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/5session_factsheet1.pdf
164. Les Autochtones et leurs communautés. Dans : Gouvernement du Canada [Internet]. Ottawa (Ontario) : Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada; [modifié le 13 juin 2024]. Disponible à : <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1100100013785/1529102490303>
165. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Developing and sustaining interprofessional health care: optimizing patient, organizational and system outcomes [Internet]. Toronto (Ontario) : AIIAO; décembre 2013. Disponible à : <https://rnao.ca/bpg/guidelines/interprofessional-team-work-healthcare>

166. Organisation mondiale de la Santé (OMS). WHO guideline recommendations on digital interventions for health system strengthening [Internet]. Genève (Suisse) : OMS; 2019. Disponible à : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/311941/9789241550505-eng.pdf?sequence=31>
167. Khalid N, Azimpouran M. Necrosis. Dans : StatPearls [Internet]. Treasure Island (Floride) : StatPearls Publishing; c2024 [mis à jour le 6 mars 2023]. Disponible à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557627/>
168. Higgins JP, Thomas J, Chandler J, et coll., éditeurs. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 6.4 [Internet]. Londres (Royaume-Uni) : Cochrane; 2023. Disponible à : <https://training.cochrane.org/handbook/current>
169. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). Norme d'exercice : champ d'application [Internet]. Toronto (Ontario) : OIIO; 2023. Disponible à : <https://cno.org/Assets/CNO/Documents/Standard-and-Learning/Practice-Standards/59041-scope-of-practice-fr.pdf>
170. Bril V, Breiner A, Perkins BA, Zochodne D; Groupe d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada. Neuropathy. Can J Diabetes [Internet]. Avril 2018;42(Suppl 1):S217-21. Disponible à : <https://guidelines.diabetes.ca/cpg/chapter31>
171. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Transitions dans les soins et les services. 2^e éd. Toronto (Ontario) : AIIAO; juin 2023.
172. Soins de santé primaires. Dans : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) [Internet]. [lieu inconnu] : ICIS; c1996-2024. Disponible à : <https://www.cihi.ca/fr/sujets/soins-de-sante-primaires>
173. Austin Z, Sutton J. Qualitative research: getting started. Can J Hosp Pharm. Nov.-déc. 2014;67(6):436-40.
174. Hedges C, Williams B. Anatomy of research for nurses. Indianapolis (Indiana) : Sigma Theta Tau International; 2014.
175. Altomare F, Kherani A, Lovshin J; Groupe d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada. Retinopathy. Can J Diabetes [Internet]. Avril 2018;42(Suppl 1):S210-6. Disponible à : <https://www.diabetes.ca/health-care-providers/clinical-practice-guidelines/chapter-30>
176. Colquhoun HL, Levac D, O'Brien KK, et coll. Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. J Clin Epidemiol. Décembre 2014;67(12):1291-4.
177. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev [Internet]. 1977;84(2):191-215. Disponible à : <https://psycnet.apa.org/record/1977-25733-001>
178. Diabète Canada. Foot Care [Internet]. 2018. Disponible à : <https://www.diabetes.ca/health-care-providers/clinical-practice-guidelines/chapter-32>
179. Kalan L, Schultz G, Malone M, et coll. Slough: composition, analysis and effect on healing [Internet]. Londres (Royaume-Uni) : Wounds International; 2023. Disponible à : https://woundinfection-institute.com/wp-content/uploads/MULTI23_CS_IWII-Slough_WINT-web.pdf
180. Déterminants sociaux de la santé. Dans : Organisation mondiale de la Santé (OMS) [Internet] Genève (Suisse) : OMS; c2024.
181. Kapoor KK, Tamilmani K, Rana NP et coll. Advances in social media research: past, present and future. Inf Syst Front. Juin 2018;20(3):531-58.
182. American Psychiatric Association (APA). Stigma, prejudice and discrimination against people with mental illness [Internet]. APA; Mars 2024. Disponible à : <https://www.psychiatry.org/patients-families/stigma-and-discrimination>

183. American Diabetes Association (ADA). Diabetes Related Common Terms [Internet]. ADA; 2024. Disponible à : <https://diabetes.org/about-diabetes/common-terms>
184. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). L'élargissement des soins virtuels au Canada : nouvelles données et informations [Internet]. Ottawa (Ontario) : CIHI; 2023. Disponible à : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/expansion-of-virtual-care-in-canada-report-fr.pdf>
185. Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE). Vision autochtone pour les programmes de réduction des méfaits et de soins pour l'hépatite C [Internet]. 2020. Disponible à : <https://www.catie.ca/sites/default/files/catie-indig-rep-2020-fr.pdf>
186. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2005;8(1):19-32.
187. Grossman LD, Roscoe R, Shack AR; Groupe d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada. Complementary and alternative medicine for diabetes [Internet]. Avril 2018;42(Suppl 1):S154-61. Disponible à : <https://guidelines.diabetes.ca/cpg/chapter22>
188. Fiducie du patrimoine ontarien (FPO). Médecine traditionnelle autochtone [Internet]. FPO; 2016. Disponible à : <https://www.questions-de-patrimoine.ca/articles/indigenous-traditional-medicine>
189. Chelghoum M, Khitri W, Bouzid S, Lakermi A. New trends in the use of medicinal plants by Algerian diabetic patients, considerations of herb-drug interactions. *J Ethnopharmacol*. Juin 2021;274:113984.
190. Duarte AM, Guarino MP, Barroso S, Gil MM. Phytopharmacological strategies in the management of type 2 diabetes mellitus. *Foods*. 2 mars 2020;9(3):271.
191. Muller CJ, Malherbe CJ, Chellan N, et coll. Potential of rooibos, its major C-glucosyl flavonoids, and Z-2-(β-D-glucopyranosyloxy)-3-phenylpropenoic acid in prevention of metabolic syndrome. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*. 22 janvier 2018;58(2):227-46.
192. Caballero AE. The "A to Z" of managing type 2 diabetes in culturally diverse populations. *Front Endocrinol (Lausanne)*. Août 2018;28(9):479.
193. Sari Y, Anam A, Sumeru A, Sutrisna E. The knowledge, attitude, practice and predictors of complementary and alternative medicine use among type 2 diabetes mellitus patients in Indonesia. *J Integr Med*. Juillet 2021;19(4):347-53.
194. Cock IE, Ndlovu N, Van Vuuren SF. The use of South African botanical species for the control of blood sugar. *J Ethnopharmacol*. Janvier 2021;264:113234.
195. Chetty L, Govender N, Reddy P. Traditional medicine use among type 2 diabetes patients in KZN. *Adv Public Health*. 22août 2023;22:7334080.
196. Brown RA. Use of complementary therapies for diabetes mellitus by Jamaican adults in South Florida: a focused ethnography [thèse]. [Boca Raton (Floride)] : Florida Atlantic University; 2019.
197. Omodara DA, Gibson L, Bowpitt G. Exploring the impact of cultural beliefs in the self-management of type 2 diabetes among Black sub-Saharan Africans in the UK - a qualitative study informed by the PEN-3 cultural model. *Ethn Health*. Août 2022;27(6):1358-76.
198. Alzahrani AS, Price MJ, Greenfield SM, Paudyal V. Global prevalence and types of complementary and alternative medicines use amongst adults with diabetes: systematic review and meta-analysis. *Eur J Clin Pharmacol*. Septembre 2021;77(9):1259-74.

199. Farooqui M, Alreshidi H, Alkheraiji J, et coll. A cross-sectional assessment of complementary and alternative medicine (CAM) use among patients with chronic diseases (CDs) in Qassim, Saudi Arabia. *Healthcare (Bâle)*. 8 septembre 2022;10(9):1728
200. Datey P, Hankey A, Nagendra HR. Combined ayurveda and yoga practices for newly diagnosed type 2 diabetes mellitus: a controlled trial. *Complement Med Res*. 2018;25(1):16-23.
201. Radwan H, Hasan H, Hamadeh R, et coll. Complementary and alternative medicine use among patients with type 2 diabetes living in the United Arab Emirates. *BMC Complement Med Ther*. 10 juillet 2020;20(1):216.
202. Goff LM, Moore AP, Harding S, Rivas C. Development of healthy eating and active lifestyles for diabetes, a culturally tailored diabetes self-management education and support programme for Black-British adults: a participatory research approach. *Diabet Med*. Novembre 2021;38(11):e14594.
203. Amuri B, Maseho M, Simbi L, et coll. Ethnobotanical survey of herbs used in the management of diabetes mellitus in Southern Katanga Area/DR Congo. *Pan Afr Med J [Internet]*. 2018;30:218.
204. Nguyen AT, Jones EJ. Diabetes beliefs, culturally influenced self-management practices, and interventions among Vietnamese adults: a systematic review. *J Transcult Nurs*. Mai 2021;32(3):266-75.
205. Sanogo F, Xu K, Cortessis VK, et coll. Mind- and body-based interventions improve glycemic control in patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *J Integr Complement Med*. Février 2023;29(2):69-79.
206. Shukla R, Gupta M, Agarwal N, Bajpai A. Mindfulness meditation as adjunctive therapy to improve the glycemic care and quality of life in patients with type 1 diabetes. *Med Sci (Bâle)*. 21 mai 2021;9(2):33.
207. Hussain N, Said AS. Mindfulness-based meditation versus progressive relaxation meditation: impact on chronic pain in older female patients with diabetic neuropathy. *J Evid Based Integr Med*. Janv.-déc. 2019; 24:2515690X19876599.
208. Izgu N, Gok Metin Z, Karadas C, et coll. Progressive muscle relaxation and mindfulness meditation on neuropathic pain, fatigue, and quality of life in patients with type 2 diabetes: a randomized clinical trial. *J Nurs Scholarsh*. Septembre 2020;52(5):476-87.
209. Sarika KS, Balakrishnan V, Kumar H, Sundaram KR. Psycho-physio-biochemical modulations brought by Integrated Amrita Meditation (IAM®) relieved stress and improved glycemic control in type 2 diabetic subjects. *J Tradit Complement Med*. 9 août 2021;12(3):235-42.
210. Ismail AM, El-Azeim AS. Short-term intraocular pressure response to the combined effect of transcutaneous electrical nerve stimulation over acupoint (Acu-TENS) and yoga ocular exercise in type 2 diabetic patients with primary open-angle glaucoma: a randomized controlled trial. *J Acupunct Meridian Stud*. 31 octobre 2021;14(5):193-9.
211. Sabouhi F, Mohtashami MJ, Mohammadpourhodki R, et coll. The effect of spiritual care on quality of life of patients with amputation caused by diabetes type 2: a clinical trial. *J Complement Integr Med*. 8 avril 2021;18(4):827-33.
212. Wibowo RA, Nurámalia R, Nurrahma HA, et coll. The effect of yoga on health-related fitness among patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 1^{er} avril 2022;19(7):4199.
213. Ramamoorthi R, Gahreman D, Skinner T, Moss S. The effect of yoga practice on glycemic control and other health parameters in the prediabetic state: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 16 octobre 2019;14(10):e0221067.

214. Murdoch-Flowers J, Tremblay MC, Hovey R, et coll. Understanding how Indigenous culturally-based interventions can improve participants' health in Canada. *Health Promot Int.* 1^{er} février 2019;34(1):154-65.
215. Khoshnaw DM, Ghadge AA. Yoga as a complementary therapy for metabolic syndrome: a narrative review. *J Integr Med.* Janvier 2021;19(1):6-12.
216. Schmid AA, Adler KE, Malcolm MP, et coll. Yoga improves quality of life and fall risk-factors in a sample of people with chronic pain and type 2 diabetes. *Complement Ther Clin Pract.* Mai 2018;31:369-73.
217. Arumugam G, Nagarathna R, Majumdar V, et coll. Yoga-based lifestyle treatment and composite treatment goals in type 2 diabetes in a rural South Indian setup- a retrospective study. *Sci Rep.* 14 avril 2020;10(1):6402.
218. Bock BC, Thind H, Fava JL, et coll. Feasibility of yoga as a complementary therapy for patients with type 2 diabetes: the healthy active and in control (HA1C) study. *Complement Ther Med.* Février 2019;42:125-31.
219. Mishra P, Harris T, Greenfield SM, et coll. Feasibility trial of yoga programme for type 2 diabetes prevention (YOGA-DP) among high-risk people in India: a qualitative study to explore participants' trial- and intervention-related barriers and facilitators. *Int J Environ Res Public Health.* 1^{er} mai 2022;19(9):5514.
220. Sarika KS, Kumar H, Balakrishnan V, Sundaram KR. Impact of Integrated Amrita Meditation® technique on stress in type 2 diabetic patients. *Indian J Med Res.* Novembre 2020;152(5):508-14.
221. Vijayakumar V, Mooventhan A, Raghuram N. Influence of time of yoga practice and gender differences on blood glucose levels in type 2 diabetes mellitus and normal healthy adults. *Explore (NY).* Juil.-août 2018;14(4):283-8.
222. Khalid A, Naz MA. A clinical study on the effectiveness of biopsychosocial-spiritual treatment approach for diabetic patients. *J Pak Med Assoc.* Janvier 2020;70(1):171-3.
223. Shah MK, Naing S, Kurra N, et coll. A culturally adapted, social support-based, diabetes group visit model for Bangladeshi adults in the USA: a feasibility study. *Pilot Feasibility Stud.* Décembre 2022;8(1):18.
224. Page-Reeves J, Murray-Krezan C, Burge MR, et coll. A patient-centered comparative effectiveness research study of culturally appropriate options for diabetes self-management. *medRxiv.* À venir en 2023.
225. Bayked EM, Kahissay MH, Workneh BD. Beliefs, perceptions, and tendencies of patients with diabetes towards folk-healing alternatives: a qualitative analysis. *Cogent Soc Sci [Internet].* Janvier 2022;8(1):2106650.
226. Lee SH, Hwang SM, Kang DH, Yang HJ. Brain education-based meditation for patients with hypertension and/or type 2 diabetes: a pilot randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore).* Mai 2019; 98(19):e15574.
227. Lauche R, Sibbritt D, Adams J, Cramer H. Characteristics of yoga and meditation users among older Australian women - results from the 45 and up study. *Complement Ther Clin Pract.* Mai 2019;35:219-23.
228. Thulasi A, Kumar V, Jagannathan A, et coll. Development and validation of yoga program for patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM). *J Relig Health.* Juin 2022;61(3):1951-65.
229. Chattopadhyay K, Mishra P, Manjunath NK, et coll. Development of a yoga program for type-2 diabetes prevention (YOGA-DP) among high-risk people in India. *Front Public Health.* 17 novembre 2020;8:548674.
230. Wilson J, Thomson C, Sabo S, et coll. Development of an American Indian diabetes education cultural supplement: a qualitative approach. *Front Public Health.* 8 février 2022;10:790015.
231. Shiju R, Thomas D, Al Arouj M, et coll. Effect of Sudarshan Kriya Yoga on anxiety, depression, and quality of life in people with type 2 diabetes: a pilot study in Kuwait. *Diabetes Metab Syndr.* Mai-juin 2019;13(3):1995-9.

232. Viswanathan V, Sivakumar S, Sai Prathiba A, et coll. Effect of yoga intervention on biochemical, oxidative stress markers, inflammatory markers and sleep quality among subjects with type 2 diabetes in South India: results from the SATYAM project. *Diabetes Res Clin Pract.* Février 2021;172:108644.
233. Kurian J, Vijayakumar V, Mooventhan A, Mavathur R. Effect of yoga on plasma glucose, lipid profile, blood pressure and insulin requirement in a patient with type 1 diabetes mellitus. *J Complement Integr Med.* 2 avril 2021;18(3):649-51.
234. Balaji R, Ramanathan M, Bhavanani AB, et coll. Effectiveness of adjuvant yoga therapy in diabetic lung: a randomized control trial. *Int J Yoga.* Mai-août 2019;12(2):96-102.
235. Bali P, Kaur N, Tiwari A, et coll. Effectiveness of yoga as the public health intervention module in the management of diabetes and diabetes associated dementia in South East Asia: a narrative review. *Neuroepidemiology.* 2020;54(4):287-303.
236. Danasegaran M, Pal GK, Sahoo J, et coll. Effects of 12 weeks practice of yoga on heart rate variability in males with type 2 diabetes receiving oral antidiabetic drugs: a randomized control trial. *J Altern Complement Med.* Décembre 2021;27(12):1105-15.
237. Jayawardena R, Ranasinghe P, Chathuranga T, et coll. The benefits of yoga practice compared to physical exercise in the management of type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Metab Syndr.* Septembre 2018;12(5):795-805.
238. Ho EY, Pak S, Leung G, et coll. Pilot cluster randomized controlled trial of integrative nutritional counseling versus standard diabetes self-management education for Chinese Americans with type 2 diabetes. *Health Equity.* 2 octobre 2020;4(1):410-20.
239. Kumar M, Shrivastava P. The effect of GSR biofeedback relaxation on anxiety and stress in patients with type II diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Sciences & Research.* 2022;9(1):16-22.
240. Li-Geng T, Kilham J, McLeod KM. Cultural influences on dietary self-management of type 2 diabetes in East Asian Americans: a mixed-methods systematic review. *Health Equity.* 18 mars 2020;4(1):31-42.
241. Noya CE. Culturally adapted shared medical appointments in primary care: an innovative approach to reduce health disparities among low income Latinos living with type 2 diabetes [thèse]. [San Francisco (CA)] : University of California, San Francisco; 2017.
242. McElfish PA, Long CR, Kohler PO, et coll. Comparative effectiveness and maintenance of diabetes self-management education interventions for Marshallese patients with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Diabetes Care.* Mai 2019;42(5):849-58.
243. Kumar S, Kumari P, Kumar V, Fatima M. Efficacy of alternative medicine in reducing hemoglobin A1c (HbA1c) in type 2 diabetes mellitus. *Cureus [Internet].* 4 septembre 2020;12(9):e10246.
244. Viswanathan V, Krishnan D, Kalra S, et coll. Insights on medical nutrition therapy for type 2 diabetes mellitus: an Indian perspective. *Adv Ther.* Mars 2019;36(3):520-47.
245. Talavera GA, Castañeda SF, Mendoza PM, et coll. Latinos understanding the need for adherence in diabetes (LUNA-D): a randomized controlled trial of an integrated team-based care intervention among Latinos with diabetes. *Transl Behav Med.* 15 septembre 2021;11(9):1665-75.
246. Deng F, Zhang A, Chan C. Nutrition interventions for type 2 diabetes in Chinese populations: a scoping review. *J Immigr Minor Health.* Décembre 2019;21(6):1416-31.

247. Siddiqui F, Koivula RW, Kurbasic A, et coll. Physical activity in a randomized culturally adapted lifestyle intervention. *Am J Prev Med.* Août 2018;55(2):187-96.
248. Badriah S, Sahar J, Gunawijaya J, et coll. Sundanese culture-sensitive family nursing model improves behavior in controlling blood sugar in elderly patients with diabetes. *Enfermería Clínica.* Avril 2021;31(Suppl 2):S361-5.
249. Bennet L, Fawad A, Struck J, et coll. The effect of a randomised controlled lifestyle intervention on weight loss and plasma proneurotensin. *BMC Endocr Disord.* 31 octobre 2022;22(1):264.
250. Dallosso H, Mandalia P, Gray LJ, et coll. The effectiveness of a structured group education programme for people with established type 2 diabetes in a multi-ethnic population in primary care: a cluster randomised trial. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* Juin 2022;32(6):1549-59.
251. Zilberman-Kravits D, Meyerstein N, Abu-Rabia Y, et coll. The impact of a cultural lifestyle intervention on metabolic parameters after gestational diabetes mellitus a randomized controlled trial. *Matern Child Health J.* Juin 2018;22(6):803-11.
252. Carron R. Using community-based participatory research to improve care for American Indians/Alaska Natives with type 2 diabetes mellitus. *Nurse Pract.* 1^{er} juin 2022;47(6):10-8.
253. Kwon SC, Wyatt LC, Kum SS et coll. Evaluation of a diabetes prevention intervention for Korean American immigrants at risk for diabetes. *Health Equity.* 3 mars 2022;6(1):167-77.
254. Stotz SA, Moore KR, McNulty M, et coll. Evaluation of a synchronous, online diabetes nutrition education program for American Indians and Alaska Natives with type 2 diabetes: facilitators and participants' experiences. *J Nutr Educ Behav.* Février 2023;55(2):114-24.
255. Amirehsani KA, Hu J, Wallace DC, et coll. Plans d'action des familles hispaniques pour un mode de vie plus sain pour la gestion du diabète. *Diabetes Educ.* Février 2019;45(1):87-95.
256. Flores-Luevano S, Pacheco M, Shokar GS, et coll. Impact of a culturally tailored diabetes education and empowerment program in a Mexican American population along the US/Mexico border: a pragmatic study. *J Clin Med Res.* Août 2020;12(8):517-29.
257. Babalola OM, Garcia TJ, Sefcik EF, Peck JL. Improving diabetes education in Mexican American older adults. *J Transcult Nurs.* Novembre 2021;32(6):799-809.
258. Oser TK, Zittleman L, Curcija K, et coll. Informing a randomized control trial in rural populations: adaptation of a diabetes self-management education and support intervention. *JMIR Diabetes.* Avril-juin 2022;7(2):e35664.
259. Fortmann AL, Savin KL, Clark TL, et coll. Innovative diabetes interventions in the U.S. Hispanic population. *Diabetes Spectr.* Novembre 2019;32(4):295-301.
260. Rosas LG, Lv N, Lewis MA, et coll. A Latino patient-centered, evidence-based approach to diabetes prevention. *J Am Board Fam Med.* Mai-juin 2018;31(3):364-74.
261. Croxford S, Gupta D, Bandyopadhyay M, Itsiopoulos C. An evaluation of dietary intakes of a selected group of South Asian migrant women with gestational diabetes mellitus. *Ethn Health.* Mai 2021;26(4):487-503.
262. Edwards C, Orellana E, Rawlings K, et coll. Changes in glycemic control following use of a Spanish-language, culturally adapted diabetes program: retrospective study. *JMIR Form Res.* 7 décembre 2022;6(12):e40278.
263. Plasencia J. Cultural elements relative to dietary behaviors for diabetes self-management among Mexican-Americans [thèse]. [East Lansing (MI)] : Michigan State University; 2017.

264. Villalona S, Ortiz V, Castillo WJ, Garcia Laumbach S. Cultural relevancy of culinary and nutritional medicine interventions: a scoping review. *Am J Lifestyle Med.* Nov.-déc. 2022;16(6):663-71.
265. Wikström, K, Hussein I, Virtanen E, et coll. Culturally sensitive lifestyle intervention to prevent type 2 diabetes among Somalis in Finland: a pilot study using JA CHRODIS recommendations and criteria. *Ann Ist Super Sanita.* Janv.-mars 2021;57(1):80-8.
266. Davidson EM, Krasuska M, Jenum AK, et coll. Developing a realist informed framework for cultural adaptation of lifestyle interventions for the prevention of type 2 diabetes in South Asian populations in Europe. *Diabet Med.* Novembre 2021;38:e14584.
267. Abu-Saad K, Murad H, Barid R, et coll. Development and efficacy of an electronic, culturally adapted lifestyle counseling tool for improving diabetes-related dietary knowledge: randomized controlled trial among ethnic minority adults with type 2 diabetes mellitus. *J Med Internet Res.* 16 octobre 2019;21(10):e13674.
268. Garner SL, Young P, Fendt M, et coll. Effectiveness of a culturally responsive mHealth gaming application to improve diabetes health literacy in India: a randomized controlled trial. *Comput Inform Nurs.* 1^{er} octobre 2023;41(10):796-804.
269. Castañeda SF, Gallo LC, Garcia ML, et coll. Effectiveness of an integrated primary care intervention in improving psychosocial outcomes among Latino adults with diabetes: the LUNA-D study. *Transl Behav Med.* 17 août 2022;12(8):825-33.
270. Lum ZK, Khoo ZR, Toh WY, et coll. Efficacy and safety of use of the fasting algorithm for Singaporeans with type 2 diabetes (FAST) during Ramadan: a prospective, multicenter, randomized controlled trial. *Ann Fam Med.* Mars 2020;18(2):139-47.
271. Olaya-Contreras P, Balcker-Lundgren K, Siddiqui F, Bennet L. Perceptions, experiences and barriers to lifestyle modifications in first-generation Middle Eastern immigrants to Sweden: a qualitative study. *BMJ Open.* 19 octobre 2019;9(10):e028076.
272. Ndwiga DW, MacMillan F, McBride KA et coll. Outcomes of a church-based lifestyle intervention among Australian Samoans in Sydney - Le Taea Afua diabetes prevention program. *Diabetes Res Clin Pract.* Février 2020;160:108000.
273. Erhardt E, Murray-Krezan C, Regino L, et coll. Associations between depression and diabetes among Latinx patients from low-income households in New Mexico. *Soc Sci Med.* Mars 2023;320:115713.
274. Gonzalez AG. Bridging the LatinX community care gap. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 1^{er} août 2022;29(4):392-6.
275. Maduma DO. Diabetes among African refugees: addressing risks awareness through culturally sensitive education [thèse]. [Tucson (AZ)] : The University of Arizona; 2018.
276. Deng F, Mahmoodi B, Chan CB. Effectiveness and acceptability of a nutrition intervention targeting Chinese adult immigrants with type 2 diabetes in Canada: a study using mixed-methods analysis. *Can J Diabetes.* Octobre 2022;46(7):699-707.
277. Schepens Niemiec SL, Blanchard J, Vigen CL, et coll. Evaluation of ¡Vivir Mi Vida! to improve health and wellness of rural-dwelling, late middle-aged Latino adults: results of a feasibility and pilot study of a lifestyle intervention. *Prim Health Care Res Dev.* Septembre 2018;19(5):448-63.
278. Kellow NJ, Palermo C, Choi TS. Not Scared of Sugar™: outcomes of a structured type 2 diabetes group education program for Chinese Australians. *Health Soc Care Community.* Novembre 2020;28(6):2273-81.

279. Mendez-Luck CA, Miranda J, Mangione CM et coll. The Juntos pilot study: a diabetes management intervention for latino caregiving dyads. *Diabetes Educ.* Octobre 2019;45(5):507-19.
280. Mechanick JI, Adams S, Davidson JA, et coll. Transcultural diabetes care in the United States - a position statement by the American Association of Clinical Endocrinologists. *Endocr Pract.* Juillet 2019;25(7):729-65.
281. Tolentino DA, Ali S, Jang SY et coll. Type 2 diabetes self-management interventions among Asian Americans in the United States: a scoping review. *Health Equity.* 23 septembre 2022;6(1):750-66.
282. Tschida S, Flood D, Guarchaj M, et coll. Implementation of a diabetes self-management education and support intervention in rural Guatemala: a mixed-methods evaluation using the RE-AIM framework. *Prev Chronic Dis.* 9 décembre 2021;18:E100.
283. Githinji P, Dawson JA, Appiah D, Rethorst CD. A culturally sensitive and theory-based intervention on prevention and management of diabetes: a cluster randomized control trial. *Nutrients.* 2 décembre 2022;14(23):5126.
284. Liu Y, Jiang X, Jiang H, et coll. A culturally sensitive nurse-led structured education programme in patients with type 2 diabetes. *Int J Nurs Pract.* Octobre 2019;25(5):e12757.
285. Muhoma T, Waruiru MW, Sanni O, et coll. A quality improvement project to improve diabetes self-management and patient satisfaction in a low-resourced central Kenyan hospital. *Afr Health Sci.* 7 octobre 2020;20(3):1322-8.
286. Catley D, Puoane T, Goggin K, et coll. Adapting the Diabetes Prevention Program for low- and middle-income countries: preliminary implementation findings from lifestyle Africa. *Transl Behav Med.* 3 février 2020;10(1):46-54.
287. Concha JB. Approaches to enhancing patient-centered communication in caring for Hispanic/Latino patients with diabetes. *J Clin Outcomes Manag.* Mars 2018;25(3):122-31.
288. Nwora B. Culturally competent care: improving diabetes management among hispanic patients with diabetes [Internet] [thèse]. [États-Unis (AZ)] : Grand Canyon University; 2019. Disponible à : <https://www.proquest.com/openview/7f5037cd86a6b9f6482fecc4d2bcb126/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
289. McElfish PA, Rowland B, Riklon S, et coll. Development and evaluation of a blood glucose monitoring YouTube video for Marshallese patients using a community-based participatory research approach. *Policy Polit Nurs Pract.* Novembre 2019;20(4):205-15.
290. Caballero J, Jacobs RJ, Ownby RL. Development of a computerized intervention to improve health literacy in older Hispanics with type 2 diabetes using a pharmacist supervised comprehensive medication management. *PLoS One.* 9 février 2022;17(2):e0263264.
291. McElfish PA, Purvis RS, Esquivel MK, et coll. Diabetes disparities and promising interventions to address diabetes in Native Hawaiian and Pacific Islander populations. *Curr Diab Rep.* 18 mai 2019;19(5):19.
292. Savin K, Garner T. Know thyself: a cultural humility framework for diabetes education for lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer (LGBTQ) individuals. *All Faculty Scholarship.* 2022;10(2):8-12.
293. Sinclair KA, Zamora-Kapoor A, Townsend-Ing C, et coll. Implementation outcomes of a culturally adapted diabetes self-management education intervention for Native Hawaiians and Pacific islanders. *BMC Public Health.* 20 octobre 2020;20(1):1579.

294. Tremblay MC, Graham J, Porgo TV, et coll. Improving cultural safety of diabetes care in Indigenous populations of Canada, Australia, New Zealand and the United States: a systematic rapid review. *Can J Diabetes*. Octobre 2020;44(7):670-8.
295. Xu H, Geros C, Turner E, et coll. Feltman: evaluating the utilisation of an Aboriginal diabetes education tool by health professionals. *Aust J Prim Health*. Janvier 2018;24(6):496-501.
296. Subrata SA. Implementation of spiritual care in patients with diabetic foot ulcers: a literature review. *Br J Nurs*. 13 août 2020;29(15):S24-32.
297. McElfish PA, Long CR, Bursac Z, et coll. Diabetes self-management education exposure and glycated haemoglobin levels among Marshallese participants in a randomized controlled study. *Diabet Med*. Février 2020;37(2):319–25.
298. West M., Sadler S., Charles J., et coll. Yarning about foot care: evaluation of a foot care service for Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples. *J Foot Ankle Res*. 4 avril 2022;15(1):25.
299. Rosas LG, Vasquez JJ, Hedlin HK, et coll. Comparing enhanced versus standard Diabetes Prevention Program among Indigenous adults in an urban setting: a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 30 janvier 2020;20(1):139.
300. Joshi A, Dalal K. A study of effect of spiritual care and raga chikitsa on glycaemic control in patients with type 2 diabetes mellitus and hypertension. *Indian Practitioner*. 2022;75(7):26-32.
301. Maurer MA, Shiyabola OO, Mott ML, Means J. Engaging patient advisory boards of African American community members with type 2 diabetes in implementing and refining a peer-led medication adherence intervention. *Pharmacy (Bâle)*. 10 mars 2022;2–37.
302. Sibbald RG, Ayello EA. VIPS for Neuropathic Foot Ulcers: 20-second enablers for practice. *Advances in Skin & Wound Care* [Internet]. 2007;20(1). Disponible à : https://journals.lww.com/aswcjournal/fulltext/2007/01000/from_the_experts.3.aspx
303. Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). Les soins infirmiers en pratique avancée : un cadre pancanadien [Internet]. Ottawa (Ontario) : CNA; 2019. Disponible à : <https://www.cna-aiic.ca/fr/soins-infirmiers/pratique-infirmiere-avancee>
304. MacDonald J, Silva-Galleguillos A, Diaz OLG, Bajnok I. Enhancing the evidence-based nursing curriculum and competence in evidence-based practice. Dans : Grinspun D, Bajnok I, éditeurs. *Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation*. Indianapolis (Indiana) : Sigma Theta Tau International; 2018. p. 218–38.
305. Monaghan T. A critical analysis of the literature and theoretical perspectives on theory-practice gap amongst newly qualified nurses within the United Kingdom. *Nurse Educ Today*. Août 2015;35(8):199–7.
306. Browning M, Pront L. Supporting nursing student supervision: an assessment of an innovative approach to supervisor support. *Nurse Educ Today*. Juin 2015;35(6):740–5.
307. Price S, Reichert C. The importance of continuing professional development to career satisfaction and patient care: meeting the needs of novice to mid- to late-career nurses throughout their career span. *Adm Sci*. 2017;7(2):17
308. Palis AG, Quiros PA. Adult learning principles and presentation pearls. *Middle East Afr Ophthalmol*. Avril 2014;21(2):114–22.

309. Eggenberger E, Heimerl K, Bennet MI. Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. *Int Psychogeriatr*. Mars 2013;25(3):345–58.
310. Yanamadala M, Wieland D, Heflin MT. Educational interventions to improve recognition of delirium: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. Novembre 2013;11:1983–93.
311. Grinspun D, McConnell H, Virani T, Squires JE. Forging the way with implementation science. Dans : Grinspun D, Bajnok I, éditeurs. *Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation*. Indianapolis (Indiana) : Sigma Theta Tau International; 2018. p. 96–116.
312. Thompson L. Agrément Canada – Réunion du NQuIRE International Advisory Council (IAC). Toronto (Ontario); 2018.
313. À propos d’Agrément Canada. Dans : Agrément Canada [Internet]. Ottawa (Ontario) : Plaies Canada; [date inconnue]. Available from: <https://accreditation.ca/about/>
314. Marnocha S, Westphal J, Cleveland B. Pilot program to mentor nurse leaders for the future. Dans : Wisconsin Nurses Association (WNA) [Internet]. [lieu inconnu] : WNA; 30 septembre 2016. Disponible à : <https://wisconsinnurses.org/mentor-nurse-leaders-program/>
315. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (AIIAO). Practice education in nursing [Internet]. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2016. Disponible à : [RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/SHWE_Practice_Education_BPG_WEB_0.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/SHWE_Practice_Education_BPG_WEB_0.pdf)
316. Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in nursing*. 6^e éd. New York (NY) : Pearson; 2019

ia BPG

INTERNATIONAL
AFFAIRS & BEST PRACTICE
GUIDELINES

TRANSFORMING
NURSING THROUGH
KNOWLEDGE

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires

Ce projet est financé par le gouvernement de l'Ontario.

Pour obtenir de plus amples
renseignements sur cette ligne
directrice, visitez :



ISBN 978-1-926944-87-6



9 781926 944876

 **RNAO**

Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario



Ontario