



ORDRE
DES **PODIATRES**
DU QUÉBEC

Mes pieds. Ma santé. Mon podiatre.

CONSULTATION

PUBLIQUE SUR LE PANIER DE
SERVICES ASSURÉS EN
SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

PRÉSENTÉ AU COMMISSAIRE À LA SANTÉ
ET AU BIEN-ÊTRE
MONSIEUR ROBERT SALOIS

Février 2016

TABLE DES MATIÈRES

1. MISE EN CONTEXTE	4
2. LA PROBLÉMATIQUE	6
2.1 Prévention et détection précoce	6
2.2 Nombre croissant de personnes atteintes de diabète	8
2.3 Risques d'amputation et coûts engendrés	9
2.4 Soins podiatriques non couverts par le régime public	11
3. DE MEILLEURES PRATIQUES À ADOPTER ICI	13
3.1 Stratification de la population à risque et soins associés	13
3.2 Interventions podiatriques	18
3.3 La pratique de la podiatrie dans une perspective d'approche multidisciplinaire	22
4. RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE ET SOINS PODIATRIQUES	23
5. PROJET DE PRATIQUE PODIATRIQUE EN MILIEU HOSPITALIER	26
6. LE DÉFI DU FINANCEMENT	30
7. CONCLUSION	32

L'Ordre des podiatres du Québec propose au Commissaire à la santé et au bien-être d'ajouter certains soins podiatriques au panier de services offerts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour les gens atteints de diabète à risque de complications aux pieds. Le but de cette démarche est, d'une part d'apporter des solutions à un problème grandissant de santé publique et, d'autre part, d'éliminer un problème d'équité et d'accès.

L'Ordre propose que certains traitements podiatriques soient ajoutés au panier de services assurés par la RAMQ par un accès aux podiatres en clinique privée et en centre hospitalier. La solution, déjà utilisée dans d'autres pays, reprend un système de stratification des patient à risque et y associe les traitements requis. Cela permettrait de réduire les impacts financiers des complications podiatriques du diabète sur le système de santé, telles que les infections et amputations ainsi que le nombre d'hospitalisations en plus d'assurer l'accès aux soins selon les meilleures pratiques en la matière.

1. MISE EN CONTEXTE

Le diabète et ses complications podiatriques constituent une problématique de santé qui touche de façon croissante la population québécoise. Pourtant, le Québec accuse un certain retard quant à l'utilisation du podiatre dans son service de santé public. À cet effet, dans deux rapports publiés par le Commissaire à la santé et du bien-être¹, ce dernier recommande à juste titre d'accroître la participation des professionnels autres que les médecins dans les soins et les suivis au patient². Le Commissaire recommande aussi, dans un bulletin Info-performance de 2014, de consolider les mécanismes de coordination des soins et services. Il précise notamment ceci : « *Le manque de coordination des soins entraîne des coûts supplémentaires dus à la duplication de services et des complications qui découlent des services inappropriés. La nature multifactorielle des maladies chroniques, dont le diabète, nécessite donc l'engagement d'un ensemble de professionnels et d'organisations dans les prestations de soins* ». Ces propos représentent les difficultés documentées des complications podiatriques dont souffrent les patients diabétiques.

1- J-F. LEVESQUE, G. CLERET DE LANGAVANT et al, « Construire sur des bases d'une première ligne de soin renouvelé : Recommandations, enjeux et implications », Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux, Commissaire à la santé et au bien-être, 2009; J.-F. LEVESQUE, G. CLERET DE LANGAVANT, V. GAGNÉ et al, « Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques : Recommandations, enjeux et implications », Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux, Commissaire à la santé et au bien-être, 2010.

2- Id., « Construire sur des bases d'une première ligne de soin renouvelé : Recommandations, enjeux et implications », p. 136.

La multitude d'intervenants pour la gestion des maladies chroniques pose souvent des défis importants de coordination des services, en particulier entre la première et la deuxième ligne de soins. Dans plusieurs programmes³ de prise en charge des ulcérations plantaires diabétiques, le podiatre est appelé à jouer un rôle de coordonnateur dans la gestion et la prise en charge du pied diabétique spécifiquement. L'intervention ciblée du podiatre permet de répondre à ce problème de coordination en plus d'assurer un continuum de soins, allant de la prévention à la gestion des complications.

Le présent mémoire présente la problématique d'équité et d'accès à des soins podiatriques de base pour la majorité des patients atteints du diabète. Au surplus, l'Ordre propose des solutions pour mieux contrôler la hausse des complications liées au pied diabétique, notamment en intégrant au panier de services assurés les soins podiatriques pour les patients à risque.

3- BUCKLEY, DOCTER et al., Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2010, 2011, National Health and Medical Research Council 2011, Registered Nurses Association of Ontario 2011, Working Group of the Clinical Practice Guideline on Diabetes Mellitus 2012, North West Podiatry Services Diabetes Clinical Effectiveness Group 2014, American Diabetes Association 2015 [BUCKLEY, DOCTER et al].

2. PROBLÉMATIQUE

2.1 PRÉVENTION ET DÉTECTION PRÉCOCES

De manière globale, le pied diabétique est une affection qui découle essentiellement de la glycosylation des protéines secondaires à l'hyperglycémie chronique engendrée par la condition diabétique. Cette dernière affecte les terminaisons nerveuses (neuropathie) et la circulation (microangiopathie). Il s'ensuit une perte de sensibilité protectrice et une diminution de la perfusion sanguine qui est à l'origine de la plupart des complications au niveau des pieds⁴.

Une part importante des complications du pied diabétique, comme l'ulcération plantaire diabétique (UPD) et l'infection qui y est souvent associée, peut être évitée par une détection précoce et une prise en charge adéquate. Cependant, au Canada, malgré les cadres de référence et les guides de pratique exemplaire⁵, un grand écart existe entre les soins recommandés et les soins que les patients reçoivent, comme le démontre l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) dans un rapport annuel de 2012-2013 : *De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en santé*. Cet écart peut entraîner de graves complications

Une part importante des complications du pied diabétique peut être évitée par une détection précoce et une prise en charge adéquate.

4- A. ALAVI, et al., *Diabetic Foot Ulcers, Part 1: Pathophysiology and Prevention*, Continuing Medical Education, Journal of the American Academy of Dermatology, 2014, 70(1), p. 18.

5- « Canadian Journal of Diabetes, Clinical practice Guidelines », Association canadienne du diabète, Vol. 37, suppl. 7 (Oct. 2013).

L'évaluation préventive, le traitement et le suivi des plaies du pied diabétique effectués par une équipe multidisciplinaire comprenant un podiatre contribuent à la réduction du nombre de complications et de jours d'hospitalisation.

et des coûts accrus pour le système de santé. Ce même rapport souligne que les plaies aux pieds sont mal prises en charge en milieu hospitalier canadien et que les personnes diabétiques courent six fois plus de risques que les autres patients de développer des plaies qui guérissent mal ou qui ne guérissent pas. L'ICIS évalue également que la plupart de ces lésions seraient évitables si on portait davantage attention aux lésions des pieds de la personne diabétique^{6,7}.

Une deuxième publication du même institut concernant les plaies difficiles recommande la prestation de meilleurs services de santé et une prévention accrue afin d'éviter les plaies chroniques, dont l'UPD. L'ICIS identifie la plaie diabétique comme étant une grande priorité du système de santé. Il souligne aussi l'importance d'établir des initiatives pancanadiennes, provinciales et territoriales en vue d'une meilleure prévention et prise en charge^{8,9}.

Les données québécoises sur le pied diabétique sont fragmentaires. En parcourant la littérature et en comparant les données avec les observations du terrain, les constats sont similaires à ce qui a été noté ailleurs dans le monde¹⁰. L'évaluation

6- Institut canadien d'information sur la santé, *Rapport annuel 2012-2013 de l'ICIS — De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé*, Ottawa, ICIS, 2013 [ICIS: De meilleures données pour de meilleures décisions].

7- Institut canadien d'information sur la santé, *Les plaies difficiles au Canada*, Ottawa, ICIS, 2013 [ICIS : Les plaies difficiles].

8- *Id.*

9- Institut canadien d'information sur la santé, *Lacunes et disparités en matière de soins aux personnes diabétiques au Canada*, Ottawa, ICIS, 2009 [ICIS : Lacunes et disparités].

10- SANDERS et al., *Patient and Professional Delay in the Referral Trajectory of Patients with Diabetic Foot Ulcers*, *Diabetes Research and Clinical Practice*, 2013, 102 [SANDERS et al., Patient and Professional Delay].

préventive, le traitement et le suivi préventif des plaies du pied diabétique effectués par une équipe multidisciplinaire comprenant un podiatre permettent de réduire le temps requis pour fermer les plaies et contribuent ainsi à la réduction du nombre de complications et de jours d'hospitalisation liés à ce type de pathologie¹¹. De plus, un rapport de l'Agence canadienne du médicament et des technologies en santé intitulé *Screening and Risk Stratification for Diabetic Foot Ulcers: a Review of Clinical Effectiveness, Cost-effectiveness and Guidelines* démontre que l'évaluation des facteurs de risque est bénéfique pour élaborer des programmes de prise en charge des plaies diabétiques à risque de développer des complications et de les jumeler avec des programmes d'éducation et d'intervention¹².

2.2 NOMBRE CROISSANT DE PERSONNES ATTEINTES DE DIABÈTE

Les données actuelles font état d'un accroissement considérable de la population atteinte de diabète. En 2014, il a été estimé que plus de 285 millions de personnes étaient atteintes de diabète à l'échelle mondiale et les projections de 2035 portent ce nombre à 592 millions¹³. Cette augmentation fulgurante de personnes atteintes de diabète oblige donc le système de santé à s'adapter à la demande en soins de

11- D.G ARMSTRONG, L. B. HARKLESS, *Outcomes of Preventive Care in a Diabetic Foot Specialty Clinic*, Journal of Foot and Ankle Surgery, 1998, 37, p. 7.

12- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH), *Screening and Risk Stratification for Diabetic Foot Ulcers: A Review of Clinical Effectiveness, Cost-effectiveness, and Guidelines*, Summary with Critical Appraisal [CADTH, Screening and Risk Stratification for Diabetic Foot Ulcers].

13- L. GUARIGUATA, et al., *Global Estimates of Diabetes Prevalence for 2013 and Projections for 2035*, Diabetes Research and Clinical Practice, Vol. 103, Issue 2, Feb. 2014, p. 137-149.

Plus de 2,7 millions de Canadiens vivent avec le diabète, dont 760 000 au Québec. D'ici 2020, les coûts liés au diabète et sa prise en charge atteindront 16,9 milliards de dollars par année au Canada.

santé dans plusieurs pays ainsi qu'ici, au Canada et au Québec. Plus de 2,7 millions de Canadiens souffrent de diabète, dont 760 000 au Québec^{14,15}. D'ici 2020, les coûts liés au diabète et sa prise en charge atteindront 16,9 milliards de dollars par année au Canada¹⁶.

2.3 RISQUES D'AMPUTATION ET COÛTS ENGENDRÉS

Les trois axes principaux des complications du diabète sont la néphropathie, la rétinopathie et la neuropathie. Cette dernière, qui cause des amputations au membre inférieur, est la plus répandue et est la source primaire d'une condition appelée « pied diabétique à risque ». Elle est issue d'une physiopathologie unique menant à l'ulcération plantaire diabétique (UPD), laquelle entraîne des répercussions graves pour les gens atteints de diabète. Lorsque non traitée, l'UPD peut engendrer l'infection, l'amputation et même la mort.

14- Agence de la santé publique du Canada, *Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres*, 2011 [Le diabète au Canada].

15- P. ZHANGA, et al., *Global Healthcare Expenditure on Diabetes for 2010 and 2030*, Diabetes Research and Clinical Practice, 2010, 87(3).

16- Canadian Diabetes Association, *Travaillons ensemble pour atteindre des poids santé : Contre le tsunami du diabète*, Recommandations de l'Association canadienne du diabète présentées au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes Étude Vivre en santé, 2011.

Environ 85 % des amputations non traumatiques au membre inférieur sont précédées d'une ulcération plantaire diabétique.

Cette condition se présente chez 15 à 25 % des gens atteints de diabète au cours de leur vie¹⁷. Un nombre élevé de personnes diabétiques est exposé à l'UPD : chez environ 2,7 millions de Canadiens atteints de diabète, 345 000 personnes développeront une UPD¹⁸. Environ 85 % des amputations non traumatiques au membre inférieur sont précédées d'une UPD.

Un taux significatif de mortalité est associé à l'UPD : près de 30 % des personnes qui sont amputées au membre inférieur décéderont dans l'année suivant l'intervention et environ 69 % des personnes ne survivront pas plus de cinq ans post-amputation^{19,20}. Tel que mentionné précédemment, une des complications majeures de l'UPD est l'infection. Elle est considérée comme la cause la plus importante d'hospitalisation chez les patients diabétiques. L'hospitalisation engendre des coûts importants : elle représente environ 20 % des dépenses totales associées au diabète en milieu hospitalier en Amérique du Nord. Il est estimé que l'UPD peut coûter 45 000 dollars canadiens par patient atteint. Cette somme n'inclut pas le coût des effets psychosociaux sur la qualité de vie ni les coûts associés à la perte de productivité^{21,22,23}.

17- N. SINGH, D.G. ARMSTRONG, et B.A. LIPSKY, *Preventing Foot Ulcers in Patients with Diabetes*, JAMA, 2005, 293(2), p. 217-228 [Preventing Foot Ulcers].

18- *Le diabète au Canada*, *Supra* note 14.

19- P.W. MOXEY et al., *Lower Extremity Amputations — a Review of Global Variability in Incidence*, Diabetic Medicine, 2011, 28(10), p. 1144-1153.

20- J. APELQVIST ET J. LARSSON, *What is the Most Effective Way to Reduce Incidence of Amputation in the Diabetic Foot?*, Diabetes/Metabolism Research and Reviews, 2000, 16(S1), p. S75-S83.

21- R. HOPKINS, et al., *Economic Burden of Illness Associated with Diabetic Foot Ulcers in Canada*, BMC Health Services Research, 2015, 15(13).

22- K. STOCKL, et al., *Costs of Lower-extremity Ulcers Among Patients with Diabetes*, 2004, 27.

23- G. RAGNARSON TENNVALL et J. APELQVIST, *Health-Economic Consequences of Diabetic Foot Lesions*, Clinical Infectious Disease, 2004, 39(2).

*Un constat s'impose :
les dépenses inhérentes
au pied diabétique à
risque augmenteront
considérablement.*

Avec l'amplification de la problématique du diabète et des complications qui y sont associées, un constat s'impose : les dépenses inhérentes au pied diabétique à risque augmenteront considérablement. Ces dépenses peuvent toutefois être contrôlées et les complications, comme l'infection et l'amputation, peuvent être évitées par la prévention. Il est démontré que 49 à 85 % des amputations peuvent être évitées par la prévention, l'éducation des patients, la surveillance et le traitement précoce de l'UPD²⁴.

2.4 SOINS PODIATRIQUES NON COUVERTS PAR LE RÉGIME PUBLIC

Le régime public d'assurance maladie québécois ne couvre pas de soins essentiels pour une majorité des patients atteints de diabète. Au fil des ans, un accès aux soins podiatriques en milieu communautaire s'est créé afin de répondre aux besoins d'une clientèle parfois grandement à risque et démunie. Bien que des cliniques communautaires offrent gratuitement des soins essentiels à une population socio-économiquement défavorisée et atteinte de diabète, la pratique de la médecine podiatrique communautaire demeure marginale et se fait sur une base bénévole. De plus, l'ensemble des patients atteints de diabète ne font pas appel à des soins podiatriques offerts dans un refuge comme celui de l'Accueil Bonneau, ou en milieu hospitalier par l'intermédiaire de centres affiliés à l'Université du

²⁴- Preventing Foot Ulcers, *Supra*, note 17, p. 217-228.

Québec à Trois-Rivières, qui soutient le programme de doctorat en médecine podiatrique au Québec. Les frais podiatriques (honoraires professionnels et examens diagnostiques) doivent être assumés entièrement par le patient ou par un assureur privé.

À la lumière de ce qui précède, l'Ordre des podiatres du Québec constate ceci : un Québécois atteint de diabète n'a pas entièrement accès aux soins essentiels à son état, à moins qu'il ne détienne une assurance privée. Ces soins doivent donc être couverts par le régime public.

3. DE MEILLEURES PRATIQUES À ADOPTER ICI

3.1 STRATIFICATION DE LA POPULATION À RISQUE ET SOINS ASSOCIÉS

La stratification de la population à risque est une composante primordiale des programmes de dépistage pour les problèmes de pieds des gens atteints de diabète et pour la prise en charge des complications à cet égard. Cela représente une action préventive. La stratification consiste à séparer la population selon les classes de risque. Elle quantifie le risque de chaque individu d'être atteint des complications du diabète au niveau des pieds et elle inclut les facteurs de comorbidité. La majorité des bonnes pratiques reconnues par différents groupes de travail internationaux recommandent la stratification des patients diabétiques selon les risques d'ulcération plantaire²⁵.

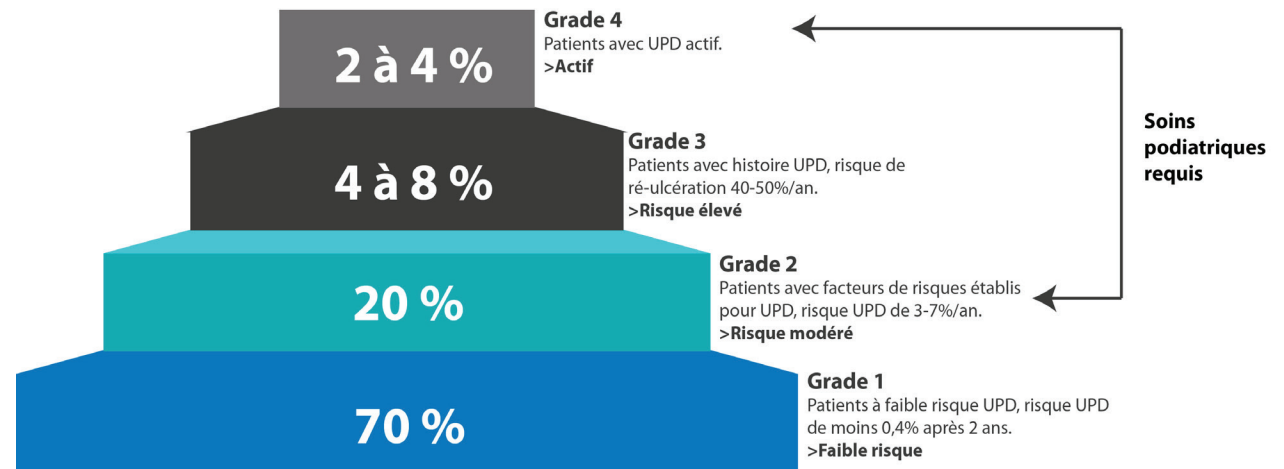
²⁵- CADTH, *Screening and Risk Stratification for Diabetic Foot Ulcers*, *Supra* note 12.

La figure ci-dessous représente la population diabétique selon trois niveaux de risque :

1. à faible risque;
2. à risque modéré;
3. à risque élevé.

De plus, elle inclut la population des gens atteints de diabète qui vivent actuellement avec une UPD active²⁶.

STRATIFICATION DE LA POPULATION À RISQUE



²⁶- G. LEESE, et al, *Stratification of Foot Ulcer Risk in Patients with Diabetes: a Population-based Study*, International Journal of Clinical Practice, 2006, 60(5), p. 541-545.

La plupart des systèmes de stratification sont jumelés à un plan d'intervention spécifique pour la prise en charge adéquate du patient atteint de diabète.

La plupart des systèmes de stratification sont jumelés à un plan d'intervention spécifique pour la prise en charge adéquate du patient atteint de diabète. En général, selon ce système de prise en charge, le podiatre doit intervenir auprès des patients qui présentent un risque modéré ou élevé ou bien qui présentent une UPD active²⁷. En pareilles circonstances, le patient doit avoir accès à des soins podiatriques couverts par le régime public pour ces trois niveaux de risque.

Citons l'exemple d'une prise en charge avec une stratification de risques en France. La sécurité sociale (équivalent français de la Régie de l'assurance maladie du Québec) inclut des évaluations cliniques des pieds et des soins aux patients diabétiques (par an/ par pied). Pour une personne diabétique classée grade 2 (soit avec une neuropathie et déformation aux pieds), quatre visites d'évaluation et de soins sont assumées par le régime public alors que pour une personne classée grade 3 (avec antécédent d'amputation et/ou UPD active), elle bénéficie de six visites d'évaluation et de soins annuellement²⁸.

27- N. BAKER et C. KENNY, *Prevention, Screening and Referral of the Diabetic Foot in Primary Care*, Diabetes & Primary Care, 2011, 13(4).
28- Fédération française des diabétiques, «Sécurité sociale: la prise en charge du diabète par l'assurance maladie », 2015.

Cette stratification contribue à réduire les effets des UPD. Les cinq variables (facteurs de comorbidité) suivantes sont incluses dans les systèmes de stratification :

1. la neuropathie diabétique;
2. les maladies vasculaires périphériques;
3. les difformités au niveau des pieds;
4. l'historique d'une ulcération antérieure;
5. les amputations.

La stratification des risques permet des interventions préventives efficaces. En effet, deux essais cliniques randomisés effectués au Québec démontrent de meilleurs résultats cliniques au niveau des pieds de patients diabétiques en unité d'hémodialyse et en clinique de soins pour diabétique lorsque les interventions podiatriques sont basées sur la stratification des risques pour l'UPD. En effet, deux essais cliniques randomisés effectués au Québec démontrent une amélioration des résultats cliniques lorsque les interventions préventives podiatriques sont basées sur la stratification des risques pour l'UPD^{29,30}.

29- S.D., MCMURRAY et al., *Diabetes Education and Care Management Significantly Improve Patient Outcomes in the Dialysis Unit*, American Journal of Kidney Diseases, 2002, 40(3), p. 566-575.

30- C. MCCABE, R. STEVENSON, et A. DOLAN, *Evaluation of a Diabetic Foot Screening and Protection Programme*, Diabetic Medicine, 1998. 15(1), p. 80-84.

Les soins podiatriques font partie de la plupart des systèmes de stratification internationaux, surtout en ce qui a trait à la décharge des pressions plantaires pour la prise en charge de l'UPD, la compréhension de la biomécanique et les problèmes de déformation du pied liés à la physiopathologie du pied diabétique à risque. Le système de santé québécois n'utilise pas le système de stratification. Si c'était le cas, les soins podiatriques seraient déjà inclus dans le panier de services assurés par la RAMQ.

Le podiatre détient une formation spécifique, d'où la nécessité d'un travail complémentaire à une équipe déjà en place et d'une prise en charge multidisciplinaire. La stratification de la population à risque est une bonne stratégie pour évaluer les besoins et identifier la nécessité des traitements podiatriques requis pour le patient atteint de diabète. Elle permet aussi de déterminer ce qui devrait être pris en charge par le système de santé public et ce qui devrait être assumé par le patient lui-même.

3.2 INTERVENTIONS PODIATRIQUES

Les interventions du podiatre en regard du pied diabétique, tant en milieu hospitalier qu'extra hospitalier (secteur privé), concernent en bonne partie :

1. la décharge biomécanique des plaies diabétiques et leur débridement, ainsi que la conjugaison du traitement local de la plaie avec la mise en décharge;
2. la pratique de la podiatrie dans une perspective d'approche multidisciplinaire.

Les traitements mentionnés sont accessibles au patient bénéficiant d'une couverture d'assurance privée, mais ne sont pas toujours accessibles à l'ensemble de la population en temps opportun. L'accès aux soins podiatriques en établissement et hors établissement est essentiel et permet une meilleure adéquation entre les recommandations de pratique exemplaire sur la mise en décharge de la plaie et le soin local de cette dernière tout au long du processus thérapeutique menant à la guérison.

Les interventions podiatriques soutiennent et s'appuient sur des recommandations de pratiques exemplaires de *Wound Care Canada*³¹.

³¹- R.G. SIBBALD et al., *Recommandations des pratiques exemplaires*, Wound Care Canada, 2006, 4(1), p. 74.

L'écart entre la littérature et la pratique clinique contribue à la chronicisation des plaies et augmente le taux de complications.

Mise en décharge des ulcères et débridement chirurgical

La mise en décharge des ulcères est souvent le parent pauvre du traitement de ces plaies. Actuellement, mis à part deux hôpitaux qui offrent des services podiatriques dans un cadre de clinique universitaire, ce rôle est assumé par le personnel infirmier et les médecins. Cependant, les rapports de l'ICIS démontrent des lacunes et disparités pour ces soins^{32,33,34}. La prescription et l'installation de bottes de décharge pneumatique, de plâtre de contact total et d'orthèses plantaires sont quelques-uns des outils podiatriques nécessaires à la guérison et à la prévention des récurrences des lésions.

Il est abondamment démontré dans la littérature que la mise en décharge des plaies du pied diabétique est essentielle à la guérison, toutefois il existe une dichotomie importante entre ce que les études évoquent à cet égard et les pratiques cliniques qui y sont liées³⁵. Cette situation contribue à la chronicisation de ce type de plaies et augmente le taux de complications qui y est associé. Également, il est connu que la quantité et la qualité de l'écoulement issu d'une plaie diabétique dépendent de la pression qui y est appliquée. Ainsi, une plaie qui est complètement mise en décharge aura tendance à être moins exsudative et une plaie non déchargée suintera davantage.

32- ICIS, *De meilleures données pour de meilleures décisions*, Supra note 6.

33- ICIS, *Les plaies difficiles*, Supra note 7.

34- ICIS, *Lacunes et disparités*, Supra note 9.

35- R.J. SNYDER, *The Management of Diabetic Foot Ulcers Through Optimal Off-Loading: Building Consensus Guidelines and Practical Recommendations to Improve Outcomes*. Journal of the American Podiatric Medical Association, 2014, 104(6), p. 555-567.

De plus, la guérison de la plaie dépend aussi du maintien de celle-ci dans un environnement comprenant un niveau optimal d'humidité. Une plaie en milieu trop humide aura tendance à devenir macérée, ce qui nuit à la guérison, et une plaie trop sèche aura aussi plus de difficultés à guérir. Le maintien d'un taux d'humidité favorable à la guérison peut ainsi être influencé par la méthode et la fréquence de mise en décharge.

Actuellement, la méthode de décharge la plus reconnue dans le traitement des plaies du pied diabétique est le plâtre de contact total (PCT). Celui-ci permet de diminuer la pression au site de l'ulcération de 84 à 92 %. L'application du PCT permet, dans certains cas, de diminuer de moitié le coût d'un traitement pour un ulcère de pied diabétique³⁶. Malgré cela, le PCT est peu utilisé, même dans les pays industrialisés. À titre d'exemple, en 2008, seulement 1,7 % des centres spécialisés en plaies diabétiques aux États-Unis utilisaient cette modalité de décharge³⁷. Les patients atteints de neuropathie sensitive tendent à porter les modalités de décharge amovibles moins de 30 % du temps³⁸. Ainsi, une modalité de décharge qui ne peut être retirée par le patient offre de meilleurs résultats.

36- A.D. ASSOCIATION, *Consensus Development Conference on Diabetic Foot Wound Care: 7-8 April 1999*, Boston, MA, *Advances in Skin & Wound Care*, 1999, 12(7), p. 353-361.

37- C.E. FIFE, M.J. CARTER, et D. WALKER, *Why is it so Hard to do the Right Thing in Wound Care?* *Wound Repair and Regeneration*, 2010, 18(2), p. 154-158.

38- D.G. ARMSTRONG et al., *Activity Patterns of Patients with Diabetic Foot Ulceration Patients with Active Ulceration may not Adhere to a Standard Pressure Off-loading Regimen*, *Diabetes Care*, 2003, 26(9), p. 2595-2597.

L'expertise podiatrique est à toutes fins pratiques absente des milieux de soins hospitaliers et pourtant, les podiatres devraient être des partenaires de premier choix.

Une autre modalité thérapeutique essentielle pour le soin des UPD est le débridement chirurgical de la plaie qui permet de diminuer la pression en périphérie de celle-ci d'au moins 25 %³⁹. Cette diminution de pression est d'autant plus importante sachant que la force verticale et de cisaillement est plus grande aux berges de la plaie qu'en son centre⁴⁰. Cette zone de pression ralentit le processus de guérison de la plaie, empêchant les berges de se rejoindre éventuellement et contribuant ainsi à la chronicisation de la plaie. Enfin, une étude randomisée contrôlée de *Steed et al.* a démontré que davantage de plaies avaient la capacité de guérir dans les centres de soins où le débridement des plaies était effectué⁴¹.

Une meilleure sélection de modalités de décharge adaptées à la réalité du patient et un type de traitement local de la plaie spécifique dans le but de maintenir un environnement optimal à la guérison des plaies relèvent de l'expertise podiatrique. Or, l'expertise podiatrique est à toutes fins pratiques absente des milieux de soins hospitaliers et pourtant, les podiatres devraient être des partenaires de premier choix.

39- M. YOUNG et al., *The Effect of Callus Removal on Dynamic Plantar Foot Pressures in Diabetic Patients*, *Diabetic Medicine*, 1992, 9(1), p. 55-57.

40- M. YAVUZ, et al., *Temporal Characteristics of Plantar Shear Distribution: Relevance to Diabetic Patient*, *Journal of Biomechanics*, 2008, 41(3), p. 556-559.

41- D.L. STEED et al., *Effect of Extensive Debridement and Treatment on the Healing of Diabetic Foot Ulcers*, *Diabetic Ulcer Study Group*, *Journal of the American College of Surgeons*, 1996, 183(1), p. 61-64.

3.3 LA PRATIQUE DE LA PODIATRIE DANS UNE PERSPECTIVE D'APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), dans le cadre de référence pour la prévention de la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne au Québec de 2012, opte pour une approche populationnelle ciblant les principaux facteurs de risque et les déterminants de la santé. Il évoque que la priorité est la prévention et ensuite, la gestion dans une collaboration interdisciplinaire et multidisciplinaire⁴². Dans les faits, le médecin de famille ne peut plus répondre seul aux besoins de la population. Le rapport suggère donc qu'il y ait une forte complémentarité entre les intervenants de première ligne et ceux offrant une spécialité, en plus de soutenir cette pratique multidisciplinaire pour développer les rôles des professionnels de la santé⁴³.

Les interventions podiatriques dans les hôpitaux (en dehors du Québec) démontrent que le podiatre est appelé à coordonner les soins locaux et la décharge biomécanique des plaies diabétiques dans une perspective d'approche inter et multidisciplinaire. Ailleurs qu'au Québec, notamment en France et aux États-Unis, il a été démontré que leurs interventions au sein d'équipes multidisciplinaires

42- F. DUBÉ, É. NOREAU et G. LANDRY, *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012.

43- D. WAY, L. JONES, et N. BUSING, *Implementation Strategies: Collaboration in Primary Care—Family Doctors & Nurse Practitioners Delivering Shared Care*, Toronto: Ontario College of Family Physicians, 2000, 8.

permettent de réduire de plus de 78 % le taux d'amputation majeure au membre inférieur lié au diabète⁴⁴.

De plus, les différents programmes⁴⁵ de la gestion du pied diabétique et de ses complications recommandent la prise en charge multidisciplinaire de cette problématique.

4. RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE ET SOINS PODIATRIQUES

Il importe d'abord d'examiner la couverture des soins podiatriques par le régime public d'assurance ailleurs au monde et au Canada. Les données probantes en ce sens ont incité le gouvernement français à couvrir, depuis peu, des frais de visites de prévention pour une catégorie de diabétiques à risque accru de complication⁴⁶. De plus, les traitements podiatriques sont mieux pris en charge par les systèmes publics de plusieurs provinces canadiennes. En Alberta, le système public participe partiellement aux traitements podiatriques nécessaires pour un maximum de 250

44- V.R. DRIVER, *et al.*, *The Impact of a Podiatric Lead Limb Preservation Team on Disease Outcomes and Risk Prediction in the Diabetic Lower Extremity: a Retrospective Cohort Study*, *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 2010, 100(4), p. 235-241.

45- BUCKLEY, DOCTER *et al.*, *Supra* note 3.

46- H.V. GEORGES, *Le pied diabétique*, 2008, Masson Elsevier. p. 202.

**Les traitements
podiatriques sont mieux
pris en charge par les
systèmes publics de
plusieurs provinces
canadiennes.**

dollars pour une période d'un an⁴⁷. En Colombie-Britannique, avec un surplus à l'assurance publique (*Premium Assistance*), il est possible d'être couvert, selon la grille tarifaire de la province qui comprend les traitements podiatriques à l'exception des traitements chirurgicaux⁴⁸. En Ontario, la province couvre 135 \$ par an pour chaque bénéficiaire⁴⁹. En Saskatchewan, les coûts des consultations podiatriques peuvent être partiellement assumés par la province si les soins sont dispensés par des podiatres accrédités⁵⁰.

Au Québec, 49 % de la population est couverte par un régime d'assurance privée (comparativement à 55 % en Ontario). Il existe aussi des différences importantes par rapport au revenu annuel de la population et la couverture privée. En effet, pour la population ayant un revenu annuel de moins de 36 000 \$, seulement 25 % des personnes peuvent bénéficier d'une assurance privée contre 83 % pour la population ayant un revenu annuel de plus de 80 000 \$⁵¹.

Les données sont éloquentes en ce qui a trait à l'âge de la population. Le pourcentage moyen pour le Québec (49 %) ne représente pas l'ensemble des tranches d'âge. Dans un rapport publié par le Commissaire à la santé et au

47- Gouvernement de l'Alberta, *The Alberta Health Care Insurance Plan (AHCIIP)*.

48- Gouvernement de la Colombie Britannique, *British Columbia Health Care system*, 2016.

49- Gouvernement de l'Ontario, *Ontario Health Insurance Plan*, 2016.

50- Gouvernement de la Saskatchewan, *Health in Saskatchewan: Prescribe DrugPlan and Health Coverage*, 2016.

51- M. BÉNIGERL et al., *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Commissaire à la santé et au bien-être, 2014.

bien-être traitant de la perception et des expériences de soins des personnes de 55 ans et plus, il est noté que les maladies chroniques touchent 71 % des personnes de 55 ans et plus. Il peut en être déduit que ce pourcentage de gens bénéficiant d'une couverture d'assurance au privé diminue avec l'âge de la population. À partir de 65 ans, seulement 40 % de la population québécoise jouit du soutien d'un assureur privé⁵².

En somme, ces exemples de prise en charge publique dans d'autres provinces canadiennes mettent en relief le fait qu'il est grand temps pour le Québec d'inclure certains traitements podiatriques dans son panier de services couverts par la RAMQ.

52- *Id.*

5. PROJET DE PRATIQUE PODIATRIQUE EN MILIEU HOSPITALIER

L'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) a débuté l'intégration de la formation clinique de la podiatrie en milieu hospitalier québécois en 2012^{53,54,55,56}. La pratique en milieu hospitalier, de concert avec les projets de développement de podiatrie communautaire comme la clinique podiatrice de l'espace santé de l'Accueil Bonneau et la clinique multidisciplinaire pour l'Office municipal d'habitation de Trois-Rivières, illustre parfaitement la volonté et le besoin d'accroître l'offre des services pour le bien de la population souffrant de diabète et qui requiert des soins spécifiques et spécialisés non disponibles dans ces milieux publics.

Depuis le printemps 2012, le Centre hospitalier régional de Lanaudière (CHRDL) est le premier établissement public québécois à offrir un service de podiatrie universitaire à la collectivité. Ce dernier a d'abord été développé pour intervenir au niveau des plaies aux pieds chez une clientèle atteinte de diabète et d'insuffisance

53- Université du Québec à Trois-Rivières, *Doctorat de premier cycle en médecine podiatrice*, 2015.

54- Ordre des podiatres du Québec. *Ordre des podiatres du Québec: la mission*, 2016.

55- American Podiatric Medicine Association, 2016.

56- *Loi sur la podiatrie*, RLRQ c P-12.

rénale. Initialement, les interventions podiatriques étaient pratiquées au chevet des patients assignés au traitement d'hémodialyse et à la clientèle fréquentant la clinique de soins de plaies tenue un mardi sur deux aux polycliniques du CHRDL. Un projet pilote visant à évaluer la pertinence de ce nouveau service s'est déroulé des mois de mai à décembre 2012. Il a permis d'apprécier l'importance des soins podiatriques pour les personnes diabétiques avec des plaies aux pieds. Le projet a mené à la signature d'un protocole d'entente entre l'UQTR et le Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière (CSSSNL) pour la poursuite de ces stages sur une base permanente.

Des données relatives aux interventions podiatriques en regard de ces plaies y sont recueillies depuis bientôt quatre ans. Ces données démontrent une tendance à un fait bien connu dans plusieurs pays : l'intervention podiatrique pour traiter et prévenir les plaies aux pieds, particulièrement dans un contexte de multidisciplinarité, contribue à diminuer le taux de complications lié à cette problématique de santé publique en croissance⁵⁷.

Pendant la phase pilote du projet de stage au CHRDL, il y a eu des interventions podiatriques sur 58 plaies aux pieds. De ce nombre, 44 ont guéri suite aux interventions combinées à celles de l'équipe multidisciplinaire. Ceci n'inclut pas les patients qui ont été traités de manière préventive et ceux qui ont été suivis

57- N.R. BARSHEES et al., *The System of Care for the Diabetic Foot: Objectives, Outcomes, and Opportunities*, Diabetes Foot and Ankle, 2013, 4.

Le projet de l'UQTR au CHRDL a démontré des taux de guérison de plaies qui sont passés de 6 % à 67 % sur une période de référence de 12 mois.

pour prévenir la récurrence de plaies. Par la suite, sur une période de référence de 12 mois (du 1er mai 2014 au 30 avril 2015), les données sur le taux de guérison des plaies du pied diabétique traitées dans le cadre des cliniques universitaires tenues à raison de deux jours par semaine ont été colligées et comparées avec le même type de données sur une période de 12 mois précédant l'instauration du service de podiatrie.

Ce projet de l'UQTR au CHRDL a démontré des taux de guérison de plaies qui sont passés de 6 % à 67 % sur une période de référence de 12 mois. Ces données ont été présentées au Congrès international de la fédération du diabète tenu à Vancouver en décembre 2015. Les premiers constats sont les suivants. D'abord, le taux de succès d'une clinique du pied diabétique peut bénéficier de la coordination par des podiatres qui accélèrent la prise en charge de ces patients qui sont ainsi plus rapidement évalués par un professionnel dont la formation universitaire est spécialisée sur le pied et le membre inférieur⁵⁸. En ce sens, les données recueillies lors des stages universitaires de podiatrie au CHRDL et du projet pilote depuis quatre ans ont démontré que les soins podiatriques auraient avantage à être inclus dans l'offre des services de professionnels de première ligne dans la prévention et le traitement des affections du pied diabétique et en milieu hospitalier. De plus, la diminution du nombre de complications médicales et d'hospitalisations associées au pied diabétique réduirait les coûts financiers et humains associés à cette problématique de santé publique en émergence.

⁵⁸- SANDERS et al., *Patient and Professional Delay*, *Supra* note 10.

Ce taux de succès est attribuable à plusieurs facteurs. D'une part, la présence du podiatre permet une détection précoce de ce type de pathologie, des facteurs qui contribuent à son développement et à sa chronicité ainsi qu'à une prise en charge plus rapide. Le podiatre procède à l'évaluation vasculaire, neurologique, tégumentaire et ostéo articulaire des pieds pour identifier les facteurs de risque tant pour un patient diabétique que pour tous les patients présentant des facteurs de risque de complications aux pieds, tels que l'insuffisance vasculaire, l'absence de sensation protectrice, la perte de la turgidité de la peau et le développement de saillies osseuses. D'autre part, le suivi des patients en prévention secondaire (après la guérison de la plaie) permet de diminuer le taux de récurrence de ce genre de lésions. L'ICIS a par ailleurs souligné que selon l'état de santé d'un patient hospitalisé, le traitement d'une plaie ne constitue pas toujours une priorité d'intervention⁵⁹.

La présentation des données et des services de podiatrie offerts au CHRDL a suscité un intérêt de la part de la direction des services médicaux du Centre hospitalier affilié universitaire régional de Trois-Rivières (CHAURTR). Ainsi, depuis janvier 2014, un service de podiatrie universitaire y a également été implanté. Ce deuxième milieu met également en évidence le besoin de soins podiatriques pour la population diabétique et la nécessité qu'ils fassent dorénavant partie du panier des services assurés.

⁵⁹- ICIS, *Les plaies difficiles*, *Supra* note 7.

6. LE DÉFI DU FINANCEMENT

La pratique de la podiatrie communautaire bénéficie à des personnes qui présentent souvent des problèmes de santé plus nombreux et plus complexes, grâce à des cliniques à l'Accueil Bonneau et avec l'Office municipal d'habitation de Trois-Rivières. On entend par « podiatrie communautaire » des podiatres qui offrent gratuitement leurs services tout en supervisant des étudiants.

Une problématique importante se pose toutefois concernant les fonds nécessaires pour soutenir les deux cliniques de podiatrie universitaire en centre hospitalier, soit celles du CHRDL et du CHAURTR, ainsi que les cliniques communautaires. En effet, le support financier ne provient pas de la RAMQ, mais de l'université.

L'enjeu est double. Lorsqu'un autre centre hospitalier du Québec désire offrir aux patients diabétiques de sa région des soins podiatriques nécessaires à leur condition, il n'est pas en mesure de les payer parce que les soins podiatriques ne font partie du panier de services assurés. Pire, le centre hospitalier ne peut non plus honorer les ordonnances prescrites par les podiatres, même si la présence de ces derniers est financée par l'université. Se produit alors un véritable chaos administratif. Par exemple, si le podiatre y prescrit des examens d'imagerie médicale, la RAMQ ne remboursera pas l'hôpital et ce dernier facturera donc le patient pour les coûts de cet examen radiologique, que le patient soit hospitalisé ou en clinique externe.

Lorsqu'un autre centre hospitalier désire offrir des soins podiatriques, il n'est pas en mesure de les payer parce que les soins podiatriques ne font partie du panier de services assurés.

La situation est suffisamment complexe pour que la grande majorité des centres hospitaliers refusent simplement d'honorer les ordonnances des podiatres. C'est vrai tout autant pour les ordonnances pour les examens d'imagerie, mais aussi pour les médicaments et les pansements. C'est un non sens pour le patient qui peine à s'y retrouver et à comprendre la logique qui soutient de telles décisions.

Jusqu'à la mise en place d'un projet pilote de service podiatrique universitaire en milieu hospitalier, la podiatrie au Québec se pratiquait exclusivement en clinique privée. Or, les timides percées des services de podiatrie universitaire et communautaire permettent d'offrir des soins à une clientèle socio-économiquement moins avantagée ainsi qu'à une clientèle plus âgée, plus vulnérable et avec plusieurs comorbidités, avec des résultats probants.

7. CONCLUSION

L'Ordre des podiatres du Québec formule les recommandations suivantes :

1. que le Québec prenne en considération le nombre croissant de personnes atteintes de diabète et qu'il accorde une priorité aux soins podiatriques qui sont essentiels pour prévenir et guérir les complications liées à la maladie;
2. que les soins podiatriques soient inclus dans le panier de services assurés puisqu'il a été démontré que l'intervention podiatrique au sein d'une équipe multidisciplinaire en milieu hospitalier répond aux problématiques recensées;
3. que le Québec suive la méthode de la stratification de la population à risque et s'assure d'un accès juste et équitable aux soins, notamment pour les personnes âgées, celles qui ne sont pas couvertes par un régime privé d'assurance et celles issues d'un milieu socio-économique vulnérable. Ces clientèles doivent bénéficier des soins de base pour la guérison et la prévention des risques associés au pied diabétique;
4. que le régime public d'assurance québécois s'inspire des autres provinces canadiennes pour inclure les soins podiatriques dans la prise en charge du pied diabétique à risque.

Coordonnées

ORDRE DES PODIATRES DU QUÉBEC
7151, rue Jean-Talon Est, bureau 1000
Anjou (Québec) H1M 3N8

Tél.: 514.288.0019 | 1.888.514.7433
podiatres@ordredespodiatres.qc.ca

RÉDIGÉ PAR

Dre Virginie Blanchette, podiatre

Professeure
Université du Québec à Trois-Rivières

Dr Sébastien Hains, podiatre

Professeur
Université du Québec à Trois-Rivières

avec la contribution de

Me Mina Chamsi, B.C.L./LLB.

Directrice des affaires juridiques et professionnelles
Ordre des podiatres du Québec