

OUVRIER UN ŒIL SUR LE PIED

Dr Anne-Hélène GIRAUD, Praticien Hospitalier, Centre Hospitalier 26 rue Camille Pariat, 42110 Feurs, France. annehelenegiraud@yahoo.fr

Les constats

Patients

Pourquoi voit-on encore chez nos patients diabétiques:



Manque de lien entre diabète et complications



Non connaissance de la neuropathie et de l'absence de douleur

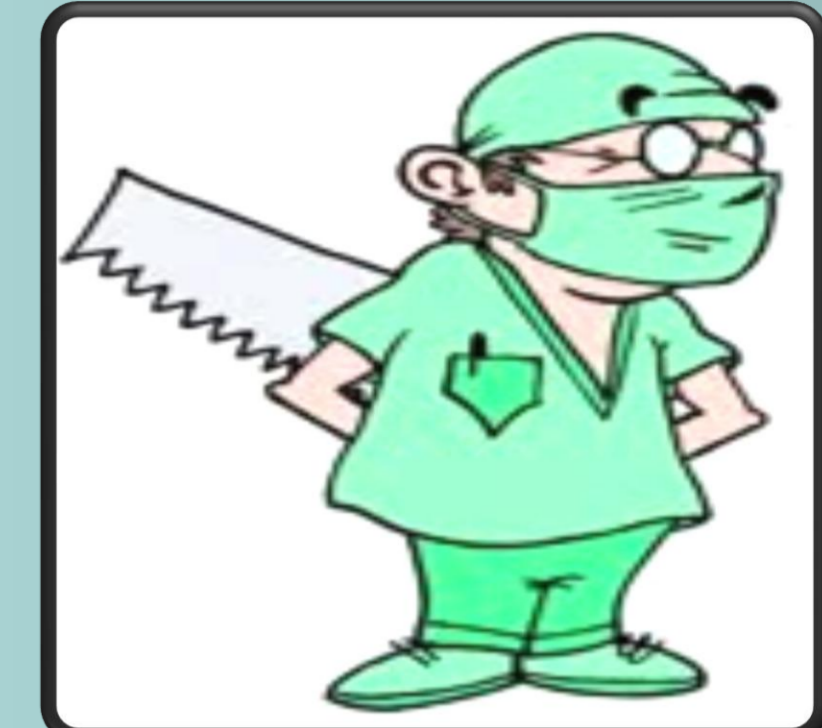


Difficultés d'adaptation des comportements



Manque de motivation et de projet de vie

Soignants



Manque d'implication dans la prise en charge des pieds diabétiques à risque

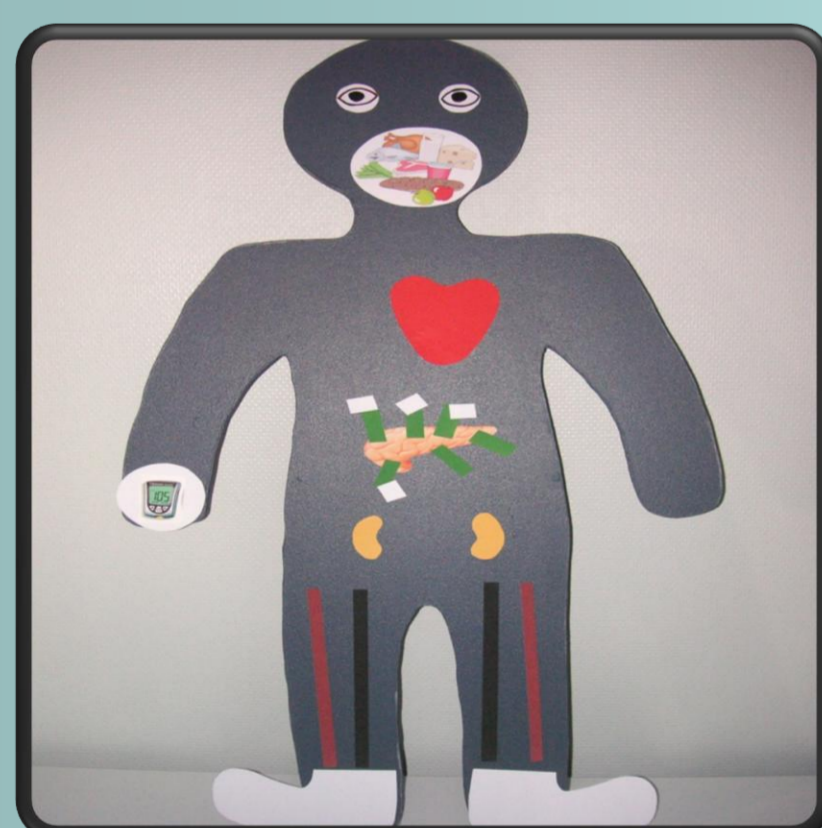
Problématique éducative

Restaurer la place du pied dans la vie du patient diabétique sous-entend que le patient reconnaisse son importance dans l'évolution de sa maladie et améliore ses comportements d'auto-soin, mais surtout, nous envisageons l'hypothèse que le patient n'accordera une importance à ses pieds que si les professionnels en accordent une également.

2 Modules d'éducation de groupe

Prendre conscience de l'absence de douleur au niveau des pieds

- Comprendre la pathologie diabétique
- Connaître les organes pouvant être atteints dans cette pathologie



Métaplan

- Reconnaître le caractère silencieux de l'évolution de cette pathologie notamment au niveau du pied



Cas clinique

Objectifs et mise en oeuvre

Adopter les règles de sécurité concernant le chaussage et l'hygiène de leurs pieds

- Connaître leur degré de risque concernant leurs pieds
- Identifier à quels dangers expose le port de leurs chaussures et sélectionner les critères d'amélioration pour leur prochain achat

Fiche d'évaluation de ma chaussure

Nom: _____ Prénom: _____ Age: _____

Type de diabète: travail chômage retraite invalidité autre

Activité: travail ménage autre

1. Avez-vous les pieds fragiles?
 Oui Non

2. Pouvez-vous observer vos pieds? (avec ou sans lunettes)
 Oui Non

3. Lors du test du toucher, avez-vous senti la partie?
 Oui Non

4. Quel est l'état de vos pieds?
 Sec Humide Rougeur Fissures (crevasses) Avec de la corne Sans particularité

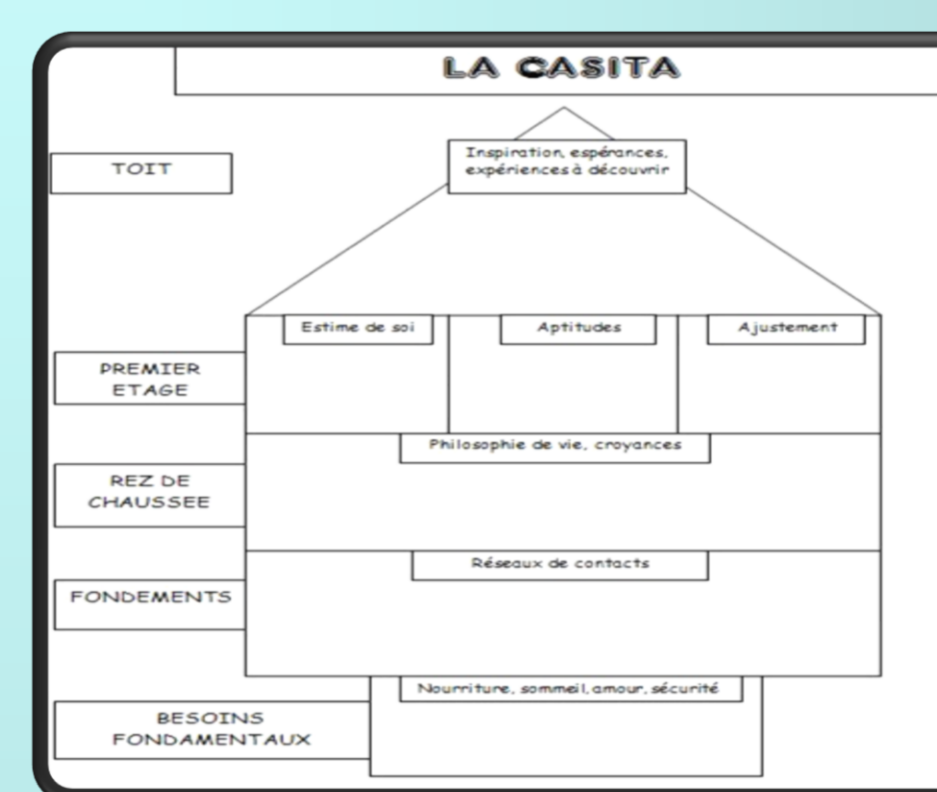
5. Évaluez votre chaussure

6. Qu'allez-vous faire?
 Pouvez-vous porter sans risque votre chaussure? Oui Non
 Souhaitez-vous la changer? Oui Non

« Boîte pied »

Travailler la confiance et la motivation

- Signification et importance du pied : **Brainstorming**
- Faire émerger le discours changement
- Identifier leurs compétences



Capacités et ressources

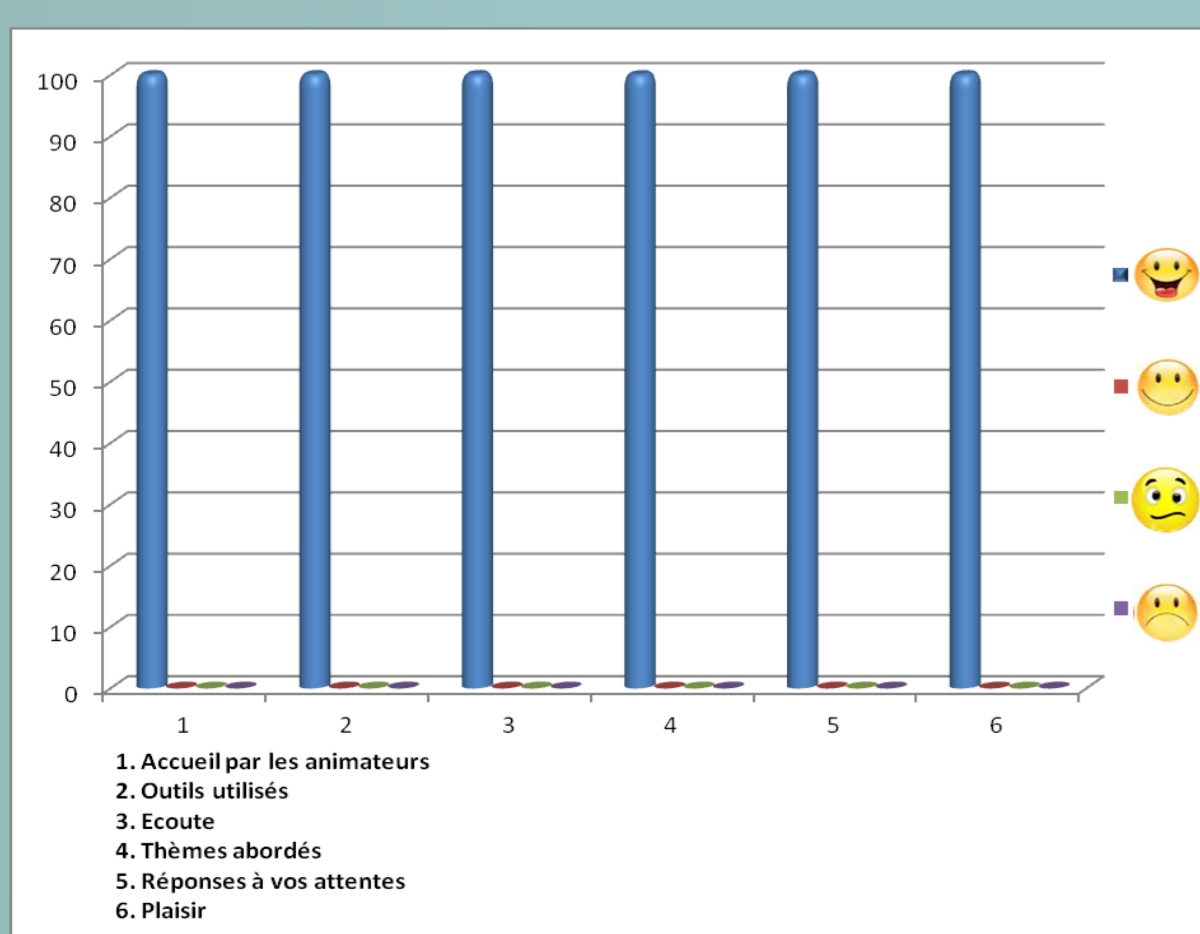


Groupe de production

1 consultation plaie diabétique

- Les soignants communiquent autour du patient pour une meilleure cohérence des soins et moins d'isolement
- Les soignants ont confiance dans le succès de la thérapeutique proposée à leurs patients
- Les soignants connaissent l'existence d'une consultation pied diabétique à risque sur l'hôpital
- Les soignants sont formés aux problèmes de pied diabétique à risque

Principaux résultats



Satisfaction des patients

CARNET DE LIAISON PLAIE

ASPECT: Rougeur Fissures Corne Douleur Ulcère Infection

LOCALISATION: Latéral Plantaire

PROTOCOLE DE SOIN: Soins locaux Soins systémiques

SUIVI AMBULATOIRE

SUIVI HOSPITALIER

Carnet de liaison ville-hôpital

Conclusion et perspectives

Développement du programme au sein de l'hôpital et sur la plaine du Forez.

Création d'une UTEP pour valoriser les démarches en ETP.



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

FORMATION CONTINUE



Hôpitaux Universitaires de Genève

DIPLOME DE FORMATION CONTINUE EN EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

« OUVRIR UN ŒIL SUR LE PIED »

Dr Anne-Hélène GIRAUD

Praticien hospitalier

Centre Hospitalier de FEURS

Genève

Novembre 2012

TABLE DE MATIERES	2
REMERCIEMENTS	5
RESUME	6
I. INTRODUCTION	8
II. PROBLEMATIQUE EDUCATIVE	10
1. Contexte	10
1.1. Présentation : population et centre hospitalier de Feurs, service et personnel impliqués dans le projet	10
1.2. Des structures en ETP déjà présentes à Feurs	11
1.3. Pourquoi un projet sur le pied ?	13
2. Cadre, ressources et écueils pour ce projet en ETP	15
2.1. Un cadre règlementaire favorable	15
2.2. Un contexte local favorable	15
2.3. Des écueils à surmonter	16
3. Constats	17
3.1. Diagnostic éducatif auprès des patients	18
3.2. Constats relatifs aux soignants	22
4. Formulation de la problématique éducative	24
III. APPROCHE DU PROBLEME	25
1. Hypothèse	25
2. Cadre théorique	25
2.1. Prévention, éducation : des études aux résultats significatifs..	25
2.2. Importance d'une approche multidisciplinaire et spécialisée des problèmes de pied diabétique	27
2.3. Théorie du changement des comportements	29
2.4. Fondements de la motivation	30
2.4.1. Facteurs internes influençant la motivation	30
2.4.2. Facteurs externes influençant la motivation	38
3. Objectifs	40
3.1. Objectifs des patients	40
3.2. Objectifs des éducateurs	40
3.3. Objectifs de tous les soignants	40
IV. ELABORATION DU PROJET : METHODOLOGIE	41
1. Constitution de l'équipe d'encadrement	41
2. Présentation et validation des problèmes retenus	41
3. Composition des groupes de travail et répartition des tâches	42
4. Rencontre avec la direction	42
5. Réunions de synthèse : définition du déroulement du programme..	42
6. Mise en œuvre du programme	43

V.	REALISATION : OBJECTIFS ET METHODES	44
1.	Problème 1 : Les patients doivent prendre conscience de l'absence de douleur au niveau des pieds lors de l'évolution de la maladie diabétique	44
1.1.	Objectif 1 : Compréhension de la pathologie diabétique	44
1.2.	Objectif 2 : Connaître les organes pouvant être atteints dans cette pathologie	44
1.3.	Objectif 3 : Reconnaître le caractère silencieux de l'évolution de cette pathologie notamment au niveau du pied	45
2.	Problème 2 : Les patients manquent de confiance et de motivation pour la prise en charge de leurs pieds	46
2.1.	Objectif 1 : Prendre conscience de l'importance du pied au quotidien et identifier le pied comme un moteur de la vie	46
2.2.	Objectif 2 : Motiver le patient au changement : faire émerger le discours changement et développer les divergences	46
2.3.	Objectif 3 : Identifier les compétences des patients	47
2.4.	Objectif 4 : Identifier ce qui est moteur dans leur vie et leurs ressources	47
2.5.	Objectif 5 : Décrire les précautions d'hygiène employées par les patients pour les soins de pied, identifier ce qu'ils font seuls, envisager les ressources externes possibles pour ces soins et développer leur confiance en leurs capacités de gestion de leurs pieds	48
3.	Problème 3 : Les patients n'adoptent pas les règles de sécurité concernant le chaussage et l'hygiène de leurs pieds	48
3.1.	Objectif 1 : Connaître leur degré de risque concernant leurs pieds	48
3.2.	Objectif 2 : Identifier à quels dangers expose le port de leurs chaussures et sélectionner les critères d'amélioration pour leur prochain achat	48
4.	Problème 4 : Les soignants manquent d'implication dans la prise en charge des pieds diabétiques à risque	49
4.1.	Objectif 1 : Les soignants communiquent autour du patient pour une meilleure cohérence des soins et moins d'isolement	49
4.2.	Objectif 2 : Les soignants ont confiance dans le succès de la thérapeutique proposée à leurs patients	50
4.3.	Objectif 3 : Les soignants connaissent l'existence d'une consultation pied diabétique à risque sur l'hôpital et adressent les patients qui posent problèmes	51
4.4.	Objectif 4 : Les soignants sont formés aux problèmes de pied diabétique à risque	51
VI.	METHODOLOGIE D'EVALUATION ET RESULTATS	52
1.	Auto-évaluation de l'activité globale	52
1.1.	Objets et méthode d'évaluation	52
1.2.	Méthode de recueil des données	52

2.	Activités éducatives	53
2.1.	Objets et méthode d'évaluation	53
2.2.	Méthode de recueil des données	72
3.	Satisfaction globale	73
3.1.	Objets et méthode d'évaluation	73
3.2.	Méthode de recueil des données	73
4.	Partage des informations	74
4.1.	Objets et méthode d'évaluation	74
4.2.	Méthode de recueil des données	80
VII.	DISCUSSION	81
1.	Discussion des résultats	81
1.1.	Activités éducatives	81
1.2.	Satisfaction globale	83
1.3.	Mise en place d'un outil commun dans la prise en charge des plaies diabétiques	83
2.	Déroulement du processus	84
2.1.	Mise en œuvre des activités d'éducation	84
2.2.	Coordination	85
2.3.	Partage des informations	86
3.	Influence de ce travail sur mon développement professionnel	87
VIII.	CONCLUSION ET PERSPECTIVES	88
	BIBLIOGRAPHIE	89
	ANNEXES	95

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Alain GOLAY, merci de m'avoir ouvert les portes de l'éducation thérapeutique à un moment où je me demandais vraiment si j'avais fait le bon choix professionnel. Vous avez su vous entourer d'une équipe à la hauteur de votre charisme et de votre humanisme.

A Madame le Docteur Monique CHAMBOULEYRON, merci pour ton écoute, ta disponibilité et ta confiance.

A Monsieur le Docteur Grégoire LAGGER, merci de bien vouloir juger ce travail. J'accorderai à vos remarques le plus grand intérêt.

A Madame Aline LASSERRE-MOUTET et toute l'équipe du DIFEP, merci de m'avoir permis de me « déconstruire » et de « me reconstruire » avec confiance, douceur et soutien pour mieux trouver ma place de soignant auprès des patients.

A tous les intervenants que j'ai pu rencontrer lors de cette formation : André GIORDAN, Aline MORICHAUD, Pascal GACHE, Murielle REINER MEYLAN, Johanna SOMMER, Stéphane JACQUEMET, Yves MAGAR, Alain DECCACHE, Gabriel SERRERO, Annick RIEKER, Rémy GAGNAYRE, Laurence LATAILLADE, Catherine SCHMUTZ BRUN, Marie-Christine LLORCA, merci d'avoir nourri mon cheminement à la découverte de l'éducation thérapeutique.

A Christina ANZULES, Marius MOUTET, Anne PIGUET, Abderrahmane BEKIEKH, Anne BOLLI et Muza RUBACKYTE, merci de m'avoir confirmé que science et art pouvaient se rejoindre à un moment donné...

A Madame le Docteur Laurence JACQUIN, travailler avec toi me manque énormément tant sur le plan professionnel que personnel.

A toute l'équipe infirmière de Médecine B : Annie ROCHE, Sandrine VERNE, Aurélie NOURRISSON, Aurélie BEAL, Linda AUBERT, Aline HARDY et Catherine VARENNES, merci pour votre soutien et votre motivation dans la prise en charge des patients.

A Laurette, que j'aime plus que tout, merci de m'avoir permis de longues soirées studieuses !

A Michel, merci de croire que je pourrai toujours tout réussir.

A mes parents, merci pour votre relecture impliquée et pour tous ces jeudis après-midi à garder Laurette pour que je puisse travailler sur ce mémoire !

RESUME

Le pied diabétique, de par ses complications neurologiques et vasculaires, est un vrai problème de santé publique, par son poids économique et son retentissement grave sur les patients qui en sont atteints, entraînant une dégradation marquée de leur qualité de vie. Après plusieurs années d'évolution de la pathologie diabétique, les pieds deviennent insensibles et fortement à risque de développer des ulcérations dont la guérison est difficile à obtenir, aboutissant parfois à l'amputation.

Pourtant dans 4 cas sur 5, le facteur déclenchant est identifié, alors nous nous sommes demandé comment aider ces patients à prévenir ce risque, et comment les soignants pouvaient être impliqués dans cette vigilance ?

Le programme éducatif développé au Centre Hospitalier de Feurs repose sur une équipe de médecins et infirmières formés à la diabétologie et impliqués depuis plusieurs années dans différents projets d'éducation thérapeutique. Les diagnostics éducatifs ont été effectués sur une population de 40 patients après entretiens ciblés et après recueil des témoignages des professionnels intervenant dans cette pathologie (médecins, infirmières, podologues).

Les entretiens auprès des patients mettent en évidence un manque de lien entre le diabète et ses complications, un déni des problèmes de pied par absence de douleur, des difficultés d'adaptation des comportements, un besoin de renforcer leur motivation dans la prise en charge et le développement de leur projet de vie. Parallèlement, les témoignages des soignants semblent montrer un manque de temps et de lieu adapté pour la prévention primaire et secondaire de ces lésions et la sous-estimation de cette problématique.

Ainsi, restaurer la place du pied dans la vie du patient diabétique sous entend que le patient reconnaisse son importance dans l'évolution de sa maladie et améliore ses comportements d'auto soin, mais surtout, nous envisageons l'hypothèse que le patient n'accordera une importance à ses pieds que si les professionnels en accorde une également.

Pour cela, nous avons mis en place une consultation pluridisciplinaire « plaie diabétique » au sein de l'hôpital, encadrée par un médecin, un podologue et une infirmière pendant laquelle une séquence éducative autour du chaussage est réalisée avec chaque patient. Un livret individuel de suivi de ces plaies a été élaboré pour assurer la communication avec les infirmières et médecins libéraux. Parallèlement, deux modules éducatifs de groupe ont été mis en place permettant d'aborder la compréhension de la pathologie diabétique et de ses complications, le caractère silencieux de son évolution notamment au niveau des pieds, le travail sur les compétences, les ressources, la résilience des patients et l'identification d'un projet de vie pour amorcer le changement.

Ce programme a recueilli la grande satisfaction de tous les patients et doit désormais être reconnu et développé. Nous souhaitons qu'il puisse susciter la mise en place d'autres projets en éducation thérapeutique.

Un humoriste anglais a dit : « il y a deux choses importantes dans ma vie : mon lit et mes chaussures... car lorsque je ne suis pas dans l'un, je suis forcément dans les autres »

I. INTRODUCTION

Entre 2000 et 2009, la prévalence du diabète traité a progressé de 2,6% à 4,4% et le nombre de diabétiques traités est passé en France de 1,6 à 2,9 millions. La prévalence du diabète a continué de progresser, surpassant les prévisions des experts. (1)

Si la prévalence du diabète et de ses complications ne cesse d'augmenter compte tenu de l'épidémie mondiale, l'incidence des complications cardiovasculaires diminue de façon spectaculaire, grâce aux traitements notamment. Les complications plus spécifiques de l'hyperglycémie diabétique, par contre, ne cessent d'augmenter : rétinopathie, néphropathie et pied diabétique.

Bien que variable selon les publications, en fonction du type d'enquête réalisée et des régions, la prévalence des ulcères du pied dans les pays industrialisés est estimée entre 3 et 7 % de la population diabétique (2-4).

D'après une étude américaine, environ 15% des diabétiques développent au moins un ulcère du pied pendant leur existence (5)

Le "pied diabétique" est un vrai problème de santé publique, par son poids économique et son retentissement grave sur les patients qui en sont atteints, entraînant une dégradation marquée de la qualité de la vie. (6)

Le pronostic est sévère avec un risque de mortalité doublé chez les diabétiques atteints d'un ulcère du pied par rapport à ceux indemnes de plaie (7). Ce pronostic est dominé par la récurrence et la survenue d'une amputation des membres inférieurs : plus de la moitié d'entre elles sont réalisées chez les diabétiques et le risque d'amputation dans cette population est multiplié par 10 à 30 par rapport à la population non diabétique (4). Après amputation, le taux de mortalité est très élevé, comme le confirme une étude anglaise récente où 61% de diabétiques sont décédés dans les cinq ans qui suivent le geste chirurgical (8).

Le terme "Pieds diabétiques à risque" signifie l'ensemble des pathologies neurologiques et/ou vasculaires pour lesquelles les personnes porteuses de ces maladies ne sont plus capables de ressentir la douleur, la chaleur ou les points de pression au niveau de leurs pieds et ont un risque accru de développer des lésions cutanées potentiellement graves avec des difficultés majeures de guérison.

Le pied "neuropathique" est donc à haut risque d'ulcération : du fait de l'atteinte sensitive, les microtraumatismes lors de la marche sont ignorés par le patient (perte de la "sensibilité de protection"), qu'il s'agisse de friction et de frottement du pied dans une chaussure mal adaptée ou d'hyperpression favorisée par les déformations liées à l'atteinte motrice (proéminence de la tête des métatarsiens). L'ulcération est d'autant plus facile à se constituer que la peau est fragilisée du fait de l'atteinte du contingent végétatif. Ainsi, peut-il se constituer un mal perforant plantaire, lésion typique de l'atteinte neuropathique, caractérisé par son indolence, son aspect "à l'emporte pièce" et son siège de prédilection sur la face plantaire de l'avant-pied, en regard de la tête des métatarsiens. A l'extrême, la neuropathie peut aboutir à des déformations sévères du pied avec atteinte osseuse (ostéoarthropathie nerveuse) et constitution d'un pied de Charcot.

Il s'observe après une durée moyenne de 20 ans de diabète. (9)

Le fait que dans 4 cas sur 5 le facteur déclenchant (dans la plupart des cas des chaussures mal adaptées) puisse être identifié, prouve que la majorité des lésions aurait pu être prévenue. (10)

Mais si toutes ces données épidémiologiques et physiopathologiques existent, comment se fait-il que ces chiffres ne régressent pas ? Par ce travail, nous avons cherché à comprendre où se trouvaient les freins à cette prise en charge, comment améliorer l'attitude des patients et des soignants et construire à notre échelle un projet global répondant à ces questions.

II. PROBLEMATIQUE EDUCATIVE

1. Contexte

1.1 Présentation : population et centre hospitalier de Feurs, service et personnel impliqués dans le projet

- Population de Feurs

Feurs est une commune située dans la Plaine du Forez, département de la Loire, et représente une population rurale et semi rurale. La ville de Feurs compte 7741 habitants en 2009.

Par ailleurs, ce bassin a un indice de vieillissement supérieur à la moyenne régionale. Les derniers chiffres de recensement montrent une population active évaluée à 60,6% en 2009 contre 62,4% en 1999, avec un taux de chômage passé de 11,2% à 13% entre 1999 et 2009. Il existe 37% de retraités en 2009 contre 30,1% en 1999.

Il s'agit d'une zone d'élevage, en conséquence la consommation de graisses animales est particulièrement importante.

Il existe par ailleurs une population de migrants (turcs, pays du Maghreb), arrivés dans les années 70-80 du fait d'entreprises florissantes à l'époque. Cette population de migrants a des habitudes alimentaires particulières, relatives aux habitudes alimentaires des pays d'origine.

Le niveau socioculturel est assez faible puisque sur la population non scolarisée de 15 ans ou plus, 27,4% n'a aucun diplôme, 16,9% sont titulaires du certificat d'études primaires, 29,6% sont titulaires d'un BEPC, CAP ou BEP, 11,8 % sont titulaires d'un BAC ou brevet professionnel, et 14,3% ont un diplôme d'enseignement supérieur. (11)

Cette population à faible revenu est à risque de pathologies nutritionnelles, elle est défavorisée, donc plus touchée par les problèmes de diabète de type 2.

Les professionnels de santé ont d'ailleurs vu leur activité liée au diabète augmenter.

- Centre hospitalier de Feurs

Le centre hospitalier de Feurs est un hôpital de proximité situé au centre du département de la Loire. Il comporte 2 services de médecine (orientation gastro-entérologie/diabétologie et orientation cardiologie/neurovasculaire). Chaque service comporte trente lits. Il existe deux services de chirurgie générale, un service d'urgence et 30 lits de soins de suite.

- Service et personnel impliqués

Le service impliqué dans ce projet est le service de médecine B, comprenant 30 lits d'hospitalisation complète avec plusieurs spécialités (gastro-entérologie, diabétologie, oncologie, soins palliatifs, divers). Il existe également deux lits d'hospitalisation de jour.

Les soignants impliqués dans ce projet sont représentés par moi-même, Praticien Hospitalier généraliste à temps plein, un Praticien Hospitalier nutritionniste à temps partiel. L'équipe infirmière comporte 5 Infirmières Diplômées d'Etat formées à la diabétologie et à l'éducation thérapeutique.

Une infirmière intervenant dans l'unité de jour est formée et référente en plaies et cicatrisation sur l'établissement.

1.2 Des structures en ETP déjà présentes à Feurs

- Réseau DEDICAS

Il existe depuis 2003, dans le département de la Loire, un réseau ville hôpital de prise en charge des diabétiques nommé DEDICAS (Réseau Diabète Ville Hôpital). Ce réseau a pour principale mission de mettre en place des outils d'aide à la prise en charge éducative des patients, par l'organisation de sessions de formation des patients en groupe de 15 personnes en ambulatoire, et par la mise en place d'un dossier ciblé commun de suivi du diabète. L'activité d'éducation concerne actuellement les thèmes suivants : « le diabète et ses complications », « Le sucre dans l'alimentation du diabétique », « Les graisses dans l'alimentation du diabétique », « hygiène de vie et soins des pieds », « Quel traitement pour quel diabète », « Atelier pratique sur l'alimentation ». L'hôpital de Feurs est membre du réseau DEDICAS depuis sa création. Le plateau éducation de DEDICAS à Feurs

repose essentiellement sur l'équipe hospitalière (médecins, infirmières, diététicienne, et podologue).

J'y contribue cette année avec un projet sur la formation en éducation thérapeutique des soignants sur la Loire. Par la suite, nous allons retravailler ensemble les modules d'éducation thérapeutique proposés aux patients. Le médecin diabétologue participe également aux séances éducatives des patients.

- Association ADPEN

Devant l'augmentation des besoins locaux de prise en charge nutritionnelle, le «Programme Prévention Nutrition Santé » a été lancé à Feurs, par la création, en 2004, de l'Association pour le Développement de la Prévention et de l'Education Nutritionnelle dans la Plaine du Forez (APDEN). Il s'agit d'une campagne de promotion de l'équilibre alimentaire et de l'activité physique. Cette campagne repose sur divers acteurs : professionnels de santé en milieu hospitalier et en ambulatoire, commerçants, associations sportives, enseignants (école primaire, collège, lycée professionnel). L'ADPEN n'agit pas seulement dans le domaine de l'éducation thérapeutique des patients diabétiques ou présentant des pathologies liées à l'alimentation, elle se positionne dans le cadre plus large de la prévention.

J'en suis la vice-présidente et je m'implique régulièrement dans les projets et activités conduits par l'ADPEN.

Le projet PREAMBUL, mis en place depuis 2006 par l'ADPEN, consiste en une prise en charge de patients obèses et/ou diabétiques par des méthodes validées de changement des comportements de type entretien motivationnel et éducation thérapeutique. Elle consiste en des consultations médicales individuelles menées par les médecins libéraux suivies de séances d'éducation collectives animées par l'équipe hospitalière de nutrition de Feurs.

J'ai activement participé au développement de ce programme puisqu'il a fait l'objet de ma thèse de Docteur en médecine, en juin 2008, de même que les infirmières du service de médecine B.

- ETP au sein de l'hôpital

Parallèlement, la prise en charge des patients diabétiques au sein de l'hôpital s'est enrichie grâce à l'éducation thérapeutique. En effet, tous les patients diabétiques pris en charge soit en hospitalisation complète soit en hôpital de jour bénéficient d'une éducation thérapeutique dispensée par une infirmière et une diététicienne formée.

1.3 Pourquoi un projet sur le pied ?

- Disparités et non reconnaissance dans la prise en charge des problèmes de pied diabétique

La prise en charge du pied diabétique à risque est extrêmement dispersée et éclectique au sein de l'hôpital et de la ville de Feurs, ces patients sont souvent dispersés dans plusieurs services.

En effet, les patients diabétiques peuvent être hospitalisés pour bilan annuel de diabète en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour en médecine B, mais aussi pour une autre pathologie en Médecine C ou en chirurgie. Ils peuvent se présenter directement aux urgences pour apparition ou dégradation d'une plaie. Ils peuvent enfin être suivis en consultation.

Le réseau DEDICAS consacre une séance « autour des pieds » au sein de son programme. Mais bien souvent cette éducation consiste en visionnage de diaporamas, en apport d'informations et de conseils. Les patients sont donc inactifs et les comportements et conceptions ne sont pas explorés.

Le recueil des témoignages des équipes soignantes montre les limites de la prise en charge des pieds des patients diabétiques, en termes d'information, de comportement et de conduite à tenir.

Les patients eux-mêmes ne savent pas à qui s'adresser devant une plaie de pied, et se trouvent souvent « ballotés » entre le médecin traitant, l'infirmière libérale, le podologue et l'hôpital.

Les médecins traitants et infirmières libérales qui interviennent ponctuellement dans la vie des patients n'ont pas toujours les moyens en temps de reprendre avec eux les comportements adéquats à adopter.

- Des solutions envisageables pour recentrer et valoriser cette prise en charge

Sur Feurs, particulièrement, il nous semblait indispensable de valoriser la prise en charge du pied diabétique pour plusieurs raisons. Tout d'abord pour qu'elle soit reconnue tant au niveau des patients qu'au niveau des soignants. Ensuite, il s'agit de créer une équipe référente formée aux problèmes de pieds diabétiques et d'harmoniser ainsi les protocoles intra et inter-hospitaliers pour faciliter l'accès aux soins et l'orientation rapide des patients.

Enfin, étant médecin généraliste à temps plein, j'ai une activité transversale permettant d'envisager un partenariat entre différents intervenants.

2. Cadre, ressources et écueils pour ce projet en ETP

2.1 Un cadre réglementaire favorable

Le développement de l'éducation thérapeutique du patient atteint de maladie chronique dans des conditions de qualité, d'équité et d'efficacité constitue une priorité. C'est pourquoi la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire précise les buts et conditions de mise en place de l'ETP. Selon l'article 84 de cette loi HPST, « les programmes en éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis » par l'arrêté du 2 août 2010.

« Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique des patients sont déterminées » par le décret n°2010-906 du 2 août 2010.

« Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des Agences Régionales de Santé » suite au décret n°2010-904 du 2 août 2010.

« Ces programmes sont évalués par la Haute Autorité de Santé ».

Ainsi, en 2010, l'ARS nous a demandé de remplir un dossier sur chaque projet d'éducation thérapeutique en place ou en cours de construction sur le centre hospitalier. Un dossier sur la prise en charge du pied diabétique à risque a été envoyé et ce programme a reçu l'autorisation de l'ARS.

2.2 Un contexte local favorable

Comme nous l'avons évoqué, la prévalence du diabète de type II augmentant, le nombre de patients augmente, ainsi que les complications.

Nous disposons au sein de notre service de plusieurs membres formés à l'éducation thérapeutique et à la prise en charge des pieds diabétiques à risque.

Le Centre Hospitalier de Feurs est doté d'un plateau technique varié et suffisant pour une prise en charge globale des pieds diabétiques à risque (médecin diabétologue, infirmières spécialisées, podologue, chirurgien vasculaire et orthopédique, radiographie standard et scanner).

Les médecins du service participent activement au réseau de diabétiques et à l'élaboration des programmes d'éducation.

Insistons également sur la motivation inébranlable de l'équipe à n'importe quel projet pouvant améliorer la prise en charge des patients.

Enfin, le développement de l'éducation thérapeutique semble une priorité du point de vue national.

2.3 Des écueils à surmonter

- Manque de moyens financiers

Une mission d'intérêt général intitulée « Actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques, et notamment aux pathologies respiratoires, aux pathologies cardio-vasculaires, à l'insuffisance rénale, au diabète et au VIH » a été créée. Il est proposé d'allouer les montants de cette MIG aux activités d'éducation thérapeutique répondant à des critères de qualité et de manière proportionnée aux activités réalisées.

Malheureusement, à ce jour, aucun financement n'est accordé à l'ETP au sein de notre établissement hospitalier. Un dossier devrait toutefois être déposé pour l'obtention du financement de cette MIG en 2013.

- Manque de temps

La rédaction et la mise en place d'un projet en ETP nécessite de nombreuses réunions au sein de l'équipe, de nombreux entretiens avec les patients et beaucoup de temps personnel.

- Difficultés d'uniformisation de la prise en charge en intra-hospitalier entre les différents services susceptibles d'accueillir des diabétiques avec problèmes de pied à risque.

- Forte charge de travail des soignants

Enfin, citons le manque de disponibilité des soignants : les complications liées au diabète sont nombreuses et les besoins en ETP indénombrables, la prise en charge des pieds à risque n'est qu'une infime partie de la prise en charge de cette maladie chronique.

3. Constats

J'ai effectué en juin et juillet 2011 des entretiens ciblés avec 40 patients diabétiques sur le support du guide d'entretien. (ANNEXE 1)

Ces entretiens ont été possibles grâce à la coopération de ma collègue diabétologue qui consultait justement les après-midis où je n'avais moi-même pas de consultation. Avec son accord, j'ai pu m'entretenir avec des patients diabétiques pour monter ce projet éducatif autour du pied. Après sa consultation, elle proposait aux patients de me rencontrer pour évoquer ce sujet là. Sur deux mois, j'ai donc réussi à « recruter » ces quarante patients et à recueillir leurs témoignages immédiatement après leur consultation avec la diabétologue.

Tous les patients à qui il a été proposé de me rencontrer étaient favorables à cette discussion. Ils ont dans l'ensemble été surpris que l'on passe aussi longtemps à parler de leurs pieds, sans d'ailleurs les regarder ! A la fin de l'entretien beaucoup m'ont dit « mais alors, vous ne voulez pas voir mes pieds ? » Je pense qu'ils étaient également surpris qu'on leur demande leur avis. Je leur ai souvent demandé ce que nous pouvions faire pour améliorer leur prise en charge, peu ont pu répondre à cette question. Ceux qui m'ont répondu m'ont donné des explications très intéressantes : certains m'ont dit « il faut plus informer les patients du risque d'amputation, car une fois que l'on commence à couper, on ne s'arrête plus » ; plusieurs m'ont déclaré : « il faut que les médecins s'entendent car on n'a jamais le même point de vue » ; enfin j'ai entendu : « si on est bien suivi, on évite les complications ».

Parallèlement, deux réunions se sont tenues avec l'équipe médecin-IDE pour recueillir les témoignages des soignants vis-à-vis de cette problématique. J'ai posé aux soignants des questions sur leur expérience avec les patients diabétiques, leur compréhension du problème. Les mêmes questions ont été posées au podologue travaillant sur Feurs.

Après avoir retranscrit tous ces témoignages, j'ai pu identifier les différents constats.

3.1 Diagnostic éducatif auprès des patients

- Lien entre diabète et complications

Lors des questions autour de « pour vous, c'est quoi le diabète ? », j'ai été agréablement surprise de voir que presque tous les patients savent définir cette pathologie : « trop de sucre dans le sang », « le pancréas qui ne marche pas ». La compréhension de cette pathologie est plutôt personnelle : « choc émotionnel », « J'ai pris du diabète après le décès de ma fille », « c'est à cause du stress, ça fait monter le taux de sucre dans le sang », « tout le monde est diabétique dans la famille », « c'est à cause de l'alimentation », « j'aime trop le sucre », « le diabète c'est dans le cerveau que ça se passe, si on y pense trop, il monte »...

Lorsque l'on aborde les complications de cette maladie, les patients savent citer les zones à risque (yeux, cœur, reins). Pour certains patients, c'est une maladie qui « bouffe tout ». Ils me parlent tous spontanément des complications au niveau des pieds puisqu'ils me rencontrent justement pour évoquer ce thème. Pour la plupart l'explication est que le sucre « bouche les artères », « empêche la cicatrisation », « les artères se bouchent, elles sont mangées par le diabète ». Lorsque l'on évoque les différents organes pouvant être atteints par le diabète (yeux, cœur), les patients répondent : « je suis suivi pour le cœur, les yeux », alors je pose la question de savoir ce qu'ont dit les différents spécialistes, les patients répondent : « tout va bien, il me voit tous les ans », comme si le fait d'être « suivi » empêchait l'arrivée des complications.

Ainsi, on se rend compte que les patients connaissent le mécanisme de cette maladie et de ses complications, pourtant, de nombreux patients ne savent pas nommer les examens demandés dans la surveillance de leur pathologie (hémoglobine glyquée, microalbuminurie, fond d'œil, doppler artériel, mono filament). Pour ceux qui connaissent ces examens, ils ne connaissent pas leur statut vis-à-vis des différentes complications.

Ces constats entraînent une mauvaise observance au traitement, un manque d'implication dans leur prise en charge et une dépendance vis-à-vis des soignants.

- Neuropathie et absence de douleur

La présence de la neuropathie dans 90% des cas de plaie avec une absence fréquente de douleur et de signe inflammatoire entraînent un retard de consultation, une gravité de la plaie au diagnostic.

Les soignants sont marqués par l'indifférence apparente des patients, en tout cas, par leur discordance entre leur comportement général et leur négligence particulière à l'égard de leurs pieds.

Cette pseudo-indifférence ou négligence peut avoir plusieurs explications. Il peut s'agir d'une dépression plus ou moins masquée chez les patients ayant des complications graves, en particulier cardiovasculaires, ou des contraintes thérapeutiques majeures, telle qu'une dialyse, ou souffrant d'un isolement social important, mais il peut simplement s'agir d'une forme de déni facilité par l'absence de symptôme en tout cas l'absence de douleur.

Tous les patients interviewés (40/40) citent dans les complications du diabète la survenue possible d'une amputation. Ils ont tous des exemples de personnes plus ou moins proches qui se sont fait amputer « à cause du diabète ». Pour eux, c'est un risque encore bien réel. Aux questions : « comment comprenez-vous les choses, qu'est ce qui se passe pour qu'on arrive à une amputation », les patients répondent : « il y a des plaies au niveau des pieds, c'est plus long à cicatriser », « c'est à cause d'une plaie qui ne guérit pas, on essaie de traiter avec les antibiotiques mais quand ça ne suffit pas il faut couper », « les coupures, les irritations, ça s'infectent », « les crevasses, ça peut entraîner des infections », « le diabète peut entraîner la gangrène et on est obligé de couper la jambe », « le sucre dans le sang empêche la cicatrisation »...

Les patients ont donc bien conscience que les complications du diabète au niveau des pieds peuvent être graves, jusqu'à l'amputation. Lorsqu'on leur demande le lien entre le diabète et ces lésions de pieds qui ne « guérissent pas », ils ont bien conscience du retard de cicatrisation et du risque d'infection. Pourtant quand je leur demande ce qui pourrait les alerter concernant leurs pieds, les patients diabétiques répondent toujours qu'ils guettent une douleur car, dans la majorité des pathologies aiguës, le signe d'alerte est la douleur. Ce qui nous amène à conclure que les patients n'ont aucune notion concernant la neuropathie, ils ne se rendent pas compte qu'ils peuvent perdre la sensibilité de leurs pieds. Or marcher avec des pieds

totallement insensibles semble donner un sentiment d'invulnérabilité à toute lésion du pied. Bien sûr le malade sait qu'il a une plaie et sûrement est-il utile qu'il puisse la voir, mais une fois le pansement fait, une fois la chaussure enfilée, il oublie sa plaie indolore. Tout se passe comme si le cerveau recevait le message « pas de douleur, tout va bien ».

Ces constats montrent que la représentation « complication = douleur » est erronée.

• Adaptation des comportements

En effet, le diabète est une pathologie silencieuse. Les diabétiques surtout de type 2 n'ont pas conscience de l'importance de leurs capacités d'auto soin pour prévenir les complications de cette maladie surtout concernant l'hygiène des pieds car ils n'ont pas la notion de chronicité et d'évolutivité de cette pathologie.

Les patients ont du mal à se sentir concernés par les complications attribuées au diabète. Effectivement, pour évaluer ces complications, le médecin généraliste va adresser le patient au cardiologue, à l'ophtalmologiste, au néphrologue, le patient n'est alors pas « acteur » dans cette prise en charge. Alors que pour éviter les complications au niveau des pieds, nous lui demandons des capacités de soin, de surveillance et de décision. Les patients n'ont pas conscience qu'ils doivent adapter leurs comportements notamment au niveau de l'hygiène pour prévenir les plaies. Ils ont des comportements inadéquats concernant leur chaussage et se mettent en danger.

Lors de mes entretiens, plusieurs patients n'ont pas su quoi répondre concernant les précautions d'hygiène qu'ils prenaient, mais beaucoup d'autres m'ont répondu : « il faut bien laver, bien sécher », « il faut faire attention entre les orteils », « il faut bien surveiller », « il ne faut pas mettre les pieds nus dans les chaussures », « il ne faut pas mettre de chaussures trop serrées », « il faut faire attention à la transpiration », « il faut porter de bonnes chaussures qui ne serrent pas trop », « il ne faut pas se blesser »...

Alors je leur posais quelques questions supplémentaires : qui s'occupe de couper leurs ongles (« j'essaie de les couper moi-même mais c'est difficile, j'ai toujours peur de me faire mal »), pourquoi ils ne vont pas voir le podologue (« c'est superflu, je me suis toujours coupé les ongles je ne suis pas maladroit »), comment ils font pour

regarder sous leurs pieds (« ben je sais pas »), est-ce qu'il leur arrive de marcher pied nu (« oui, ça arrive »), pourquoi ils viennent me voir en nu-pied (« je n'aime pas les chaussures fermées »), quel serait le signe qui pourrait les alerter vis-à-vis de leur pied (« le manque de sensibilité, je sais que je ne devrais pas marcher pieds nus mais je suis très sensible au niveau des pieds, quand je n'aurai plus de sensation je saurai qu'il se passe quelque chose »), ce qu'ils feraient s'ils avaient une plaie (« je désinfecte et je mets un pansement »).

Ces constats prouvent que les patients n'ont pas conscience qu'ils doivent adapter leurs comportements, qu'ils manquent de confiance en eux et de motivation dans leur prise en charge.

- Motivation et projet de vie

Lors de mes entretiens avec les patients diabétiques, j'ai pu observer que les patients qui prenaient le plus soin d'eux étaient ceux qui avaient une motivation, un projet de vie. Ces personnes identifiaient clairement les raisons pour lesquelles elles adhéraient à leur traitement et voulaient voir apparaître le plus tardivement possible les complications.

Certains patients m'ont déclaré que ce qui les motivait était leur durée de vie, « pour pouvoir profiter de leurs petits-enfants » ; d'autres estimaient qu'ils avaient « un trop grand respect de la vie et ne voulaient pas gâcher ce cadeau en ne se traitant pas correctement ». Un patient m'a même dit que si certaines personnes se négligeaient c'est parce qu'elles étaient « déçues par la vie ».

Le problème de l'amputation peut être vécu diversement par les patients. Le plus souvent, c'est un traumatisme majeur, véritable amputation du moi, même s'il s'agit d'une amputation limitée d'un orteil ou d'une phalange. L'amputation nécessite alors un véritable travail d'acceptation, surtout en l'absence de douleur ischémique qu'elle viendrait soulager. Ce travail d'acceptation, assimilé au travail de deuil, peut comporter une authentique dépression. C'est pourquoi la majorité des patients sont prêts à accepter des contraintes pour éviter l'amputation. Cependant, certains, beaucoup plus rares, ne supportent pas la décharge prolongée et réclament presque une amputation pour pouvoir, grâce à un appareillage adapté, retrouver rapidement une activité de marche plus importante comme si pour eux la devise était « je marche donc je suis ».

3.2 Constats relatifs aux soignants

- Problème de gestion du temps

Les consultations de suivi podologique sont lourdes à organiser car la prise en charge est « chronophage » et nécessite plusieurs intervenants : débridement ou détersion manuelle, examen de la neuropathie, prise de pression systolique, mesure de la pression transcutanée en oxygène, éducation thérapeutique sur la nécessaire décharge pour cicatriser, mesure de son observance, prélèvements bactériologiques, pansement...

De même, les infirmières du service, formées à l'ETP précisent qu'il y a énormément d'éléments dans la pathologie diabétique et qu'il est difficile de parler de tout. Dans la prise en charge éducative des patients diabétiques, elles passent du temps à aborder les compétences des patients (contrôles des dextros, injection d'insuline, objectifs glycémiques, prévention et signe des hypo et hyperglycémies, adaptation sociale à la pathologie diabétique). Ainsi, elles rejoignent l'idée que le pied est un « organe négligé » dans la prise en charge.

Les soignants n'ont pas le temps de tout dire, ainsi, les complications de cette pathologie diabétique sont mal explorées avec les patients, entraînant un mauvais degré de compréhension de leur part. Lorsque j'ai voulu demander aux patients qui portaient un soin particulier à leurs pieds ce qui les avait incités à ces précautions, deux m'ont répondu qu'ils avaient lu des livres sur le sujet, deux m'ont répondu qu'ils avaient cette expérience car ils s'étaient occupés de leurs parents diabétiques, aucun n'a semblé avoir bénéficié de ces informations par des soignants.

On note un manque de temps passé avec les patients en prévention primaire afin de les aider à mieux comprendre leur pathologie et leurs représentations, et un manque de temps en prévention secondaire pour l'acceptation d'une amputation par exemple, ou pour aider le travail de deuil. Un patient amputé m'a dit : « si on m'avait expliqué j'aurais pu comprendre, moi, j'étais un grand sportif et maintenant je suis un minable marchant avec des cannes, et puis si on est gentil avec les gens ils guérissent plus facilement ».

- Sous estimation des problèmes de pied diabétique par les soignants

L'expérience montre qu'il y a un manque de compétences des soignants dans ce contexte. Il ne s'agit pas d'un manque absolu de compétences. Paradoxalement, ces compétences professionnelles existent, mais restent rattachées au diagnostic principal. On peut parler d'un déficit de transfert ou d'un transfert insuffisant des compétences. Cela se traduit par une banalisation des facteurs de risques podologiques et des ulcères (plaies) présents chez des patients.

Lorsque l'on interviewe les patients diabétiques, la moitié d'entre eux déclare que leur médecin généraliste ne regarde pas leurs pieds.

On observe une négligence des soignants qui sous estiment les complications du diabète au niveau des pieds. La neuropathie est rarement évaluée en cabinet. La neuropathie et l'artériopathie diabétiques sont des complications tardives, les soignants se disent qu'ils auront le temps d'en parler et ne font pas assez de prévention.

Pour les podologues interviewés, ils reviennent également sur le côté insidieux et sourd de cette pathologie.

Il existe un manque de personnel formé, et un problème d'accessibilité aux soins par manque de prise en charge pluridisciplinaire.

- Implication professionnelle et motivation des soignants

Un besoin d'apprentissage est mis en évidence et concerne l'ensemble des équipes soignantes. En d'autres termes, il faut inciter les soignants à une meilleure utilisation des connaissances qu'ils possèdent déjà, à une meilleure mobilisation du savoir et du savoir-faire.

Les soignants en charge de l'éducation du patient diabétique reconnaissent que la question est posée aux patients de savoir s'ils surveillent bien leurs pieds, mais si la réponse est oui, ça ne veut pas dire que le patient connaît les dimensions de ce problème « de pied », si la réponse est non, on dit alors au patient qu'il « doit y faire attention ».

Lorsque l'on interviewe les podologues, ils déclarent que neuf médecins généralistes sur dix ne savent pas que les patients diabétiques peuvent bénéficier de consultation de podologie remboursée par la sécurité sociale.

L'observance au traitement nécessite que le patient ait conscience de la gravité, mais aussi confiance dans le succès de la thérapeutique proposée par les soignants.

Cela amène à travailler sur les qualités relationnelles entre patients et soignants qui manquent de temps et de lieu adapté.

4. Formulation de la problématique éducative

Le programme que nous avons imaginé tente de répondre à la question :
« comment faire pour restaurer la place du pied dans la vie du patient diabétique ? »

III. APPROCHE DU PROBLEME

1. Hypothèse

Pour répondre à la problématique éducative, plusieurs axes sont proposés. Restaurer la place du pied dans la vie du patient diabétique sous entend que le patient reconnaisse son importance dans l'évolution de sa maladie et améliore ses comportements d'auto soin, mais surtout, nous envisageons l'hypothèse que le patient accorde à ses pieds une importance proportionnelle à celle accordée par les professionnels de santé.

2. Cadre théorique

2.1. Prévention, éducation : des études aux résultats significatifs

Le rôle de la prévention des lésions podologiques (primaire, secondaire ou tertiaire) est bien établi et décrit dans la littérature. (12)

Cette prévention implique l'éducation des soins de pied. (13)

Depuis de nombreuses années, les programmes éducatifs sont élaborés pour une diminution des lésions du pied chez les patients diabétiques avec des résultats encourageants.

Une étude randomisée et contrôlée aux Etats-Unis a montré une diminution significative des lésions sévères du pied dans un groupe de diabétiques de type 2 au moyen d'un programme éducatif centré sur les patients et les acteurs de santé (14).

De même, une étude prospective montrait qu'un programme d'éducation intensive et ciblée associé à des soins préventifs délivrés par une équipe multidisciplinaire permettait de diminuer le taux de récurrence des lésions chez des patients ayant souffert auparavant d'ulcères neuropathiques du pied (15).

Un programme similaire visant à la prévention des amputations dans une population de faible niveau socio-économique, a pu réduire considérablement la durée d'évolution des ulcères et la fréquence des amputations.

D'autres équipes ont montré également que l'éducation du patient améliore les connaissances à court terme et peut réduire légèrement le risque d'ulcérations et d'amputations, notamment chez les patients à haut risque. (17, 18)

Ainsi, éduquer les patients sur les soins des pieds et mettre en place un examen périodique des pieds semblent des interventions efficaces pour prévenir les ulcères. (19)

C'est pourquoi d'après 8 recommandations (Association de Langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques (20), International Working Group on the Diabetic Foot (21), National Institute for Health and Clinical Excellence (22), International Diabetes Federation(23), American Diabetes Association(24), American Orthopaedic Foot and Ankle Society (25), Evidence Based Guideline for Detection and Prevention of Diabetes Foot Problems (26), American College of Foot and Ankle Surgeons (27)), le contenu des séances de prévention des lésions des pieds chez le patient diabétique doit comporter l'éducation du patient.

D'après deux recommandations, l'éducation implique tous les acteurs de santé et doit s'adresser au patient et à son entourage. Elle a pour but l'acquisition d'un savoir, d'un savoir faire et d'un changement des comportements à risque. Les messages éducatifs seront personnalisés, adaptés aux besoins et aux attentes de chaque individu. Le patient doit être actif et non passif dans cette relation d'éducation. L'éducation portera sur la prise de conscience de la perte de sensibilité et des risques en résultant, la prise de conscience d'une mauvaise vascularisation et des risques en résultant, les situations à risque, l'aptitude à l'auto examen des pieds, le chaussage et l'hygiène et l'entretien des pieds (ongles, hyperkératoses, mycoses).(28)

Par ailleurs, il a été conclu que la prise en charge pertinente du pied à risque devait commencer par la prévention, avant l'apparition des lésions, chez tous les patients à risque. Il y a effectivement un besoin important d'améliorer les compétences d'auto soins parmi la population diabétique et cela quel que soit le niveau de risque. (29)

Certains auteurs précisent que plusieurs programmes éducatifs sont nécessaires pour fournir aux patients des instructions appropriées sur les capacités d'auto soins pour prévenir les complications du pied diabétique. (30)

Il est vrai que des études de meilleur niveau méthodologique seraient nécessaires pour évaluer quels sont les formats d'éducation les plus efficaces et l'efficacité à long terme des programmes éducatifs.

2.2. Importance d'une approche multidisciplinaire et spécialisée des problèmes de pied diabétique

Les programmes de prévention des lésions podologiques pour les équipes soignantes dans les institutions hospitalières de longue durée sont clairement insuffisants (31). Il existe un manque de sensibilisation à la problématique de neuropathie qui se traduit par une banalisation des facteurs de risque podologiques et des difficultés liées à l'accompagnement et au suivi à long terme.

Alors que les recommandations soulignent l'importance de l'éducation du patient, plusieurs études ont montré qu'une organisation efficace de la prévention et des soins, par une approche intégrée, multidisciplinaire, reposant sur l'application de protocoles validés, permet de réduire très significativement l'apparition d'ulcérations du pied et l'incidence des amputations chez les diabétiques. (32).

Un programme de dépistage et de prise en charge des patients à risque lésionnel sur la base d'un suivi hebdomadaire au sein d'une "foot clinic", a permis d'obtenir sur deux ans une réduction de 31% de la survenue des ulcères par rapport à un groupe contrôle qui n'avait pas bénéficié de ce programme ; si cette diminution n'était pas significative, par contre le résultat sur les amputations l'était (29% dans le groupe intervention versus 66% dans le groupe contrôle).(33)

Enfin, la diminution de 34% de l'incidence des amputations chez les diabétiques notée aux Pays-Bas sur la période 1991 à 2000 a été rapportée à une politique de santé plus volontaire tournée vers la pathologie du pied chez le diabétique avec notamment le développement de structures spécialisées et l'augmentation du recrutement de podologues dans les hôpitaux (34). Des constatations similaires avaient été rapportées précédemment en Suède (35).

Une clinique du pied spécialisée pour les patients diabétiques a fait une analyse détaillée de la présentation des ulcères du pied diabétique et de là une nouvelle approche organisée du traitement a été instaurée. En trois ans, les équipes ont atteint un taux élevé de guérison des ulcères et ont réduit le nombre d'amputations

majeures. Cette clinique a réuni les compétences de podologue, infirmière, médecin et chirurgien. (36)

Afin de réduire les amputations des membres inférieurs liées au diabète de type 2, un programme a été mis en place dans le New Jersey, basé sur la formation des soignants. Les thèmes de formation portaient notamment sur l'éducation des patients aux soins de pieds et les soins préventifs à adopter par les patients. Les soignants concernés étaient infirmières, médecins, podologues ou diététiciennes. Les conclusions ont montré une tendance à la réduction globale du nombre d'amputations des membres inférieurs dans les établissements participants mais surtout l'amélioration des connaissances des participants et une amélioration de leur pratique clinique. (37)

De même, un travail ayant pour but de diminuer les complications liées à la perte de la sensibilité protectrice à la douleur chez des personnes porteuses de maladies chroniques a été réalisé. Dans ce cadre, l'ensemble des professionnels de santé de l'établissement a été sensibilisé au domaine de la neuropathie à travers un nouveau concept de "Pieds à risque" et à une consultation spécialisée dans ce domaine. Un certain degré d'autonomie des soignants dans l'évaluation des malades avec "Pieds à risque", leur prise en charge spécifique et l'évaluation des facteurs de risque peuvent être observés à la fin d'une période d'un an. « Ceci résulte d'une amélioration statistiquement significative des connaissances (compétences) spécifiques et d'un changement du comportement professionnel dans le domaine de la perte de la sensibilité à la douleur ». (38)

L'approche multidisciplinaire est donc mise en avant et plus précisément, le rôle du podologue, fondamental dans la prévention primaire (39) ou secondaire. Effectivement, il a été montré que le taux de récurrence des ulcères (prévention secondaire) était significativement inférieur dans un groupe suivi par des podologues entraînés comparé à un groupe n'ayant pas bénéficié de prise en charge podologique (40).

Malheureusement, il est prouvé que dans notre système de soin, peu de patients diabétiques se voient offrir les soins de pieds prophylactiques. Un grand pourcentage de patients ne seraient pas au courant de leur statut de pied à haut risque. Certains auteurs ont d'ailleurs recommandé que les soignants soient tenus

pour responsables de l'éducation de leurs patients quant à la sensibilisation sur le pied diabétique et sur les bonnes techniques d'auto soin. Les médecins généralistes et spécialistes se devraient d'organiser la multi disciplinarité concernant les soins du pied diabétique. (41)

D'où l'importance de délivrer au patient les mêmes messages quelle que soit la structure de prise en charge. En effet, les patients ont tendance à suivre le chemin le moins contraignant et dans ce cas, les conseils les moins gênants pour les patients seront les plus facilement suivis.

2.3. Théorie du changement des comportements

Ainsi, toutes les études s'accordent sur l'intérêt de l'éducation du patient et de son entourage, de l'approche multidisciplinaire et spécialisée des soins de pied, sur l'importance de la sensibilisation et de la formation des soignants aux problèmes de pied diabétique. Pourtant, il ne semble y avoir aucun programme prétendant avoir un franc succès à convaincre les patients à adopter volontairement de meilleurs comportements de soin.

La maladie chronique implique des changements de comportement.

Certains auteurs ont permis, grâce à leur recherche didactique, de repérer un ensemble de paramètres qui facilitent ou entravent ce processus. (42)

Quatre dimensions ont été mises en évidence pour amener à un changement de comportement :

- Dimension affective : le patient va changer de comportement s'il se sent concerné, s'il trouve un plaisir, un sens, et s'il a confiance en lui, en ses soignants, en son traitement et en son environnement éducatif.
- Dimension métacognitive : le patient va aussi changer de comportement s'il questionne ses conceptions, s'il prend du recul sur son savoir, s'il réfléchit sur son savoir et prend conscience de ses conceptions.
- Dimension infra cognitive : le patient doit s'interroger sur ses réflexes de pensée, sur ses valeurs, il doit chercher à comprendre le pourquoi de ses façons de faire, et confronter ses choix de vie à ceux des autres.
- Dimension cognitive : il est important de faire des liens, de confronter son vécu, d'ancrer ses connaissances, et de trouver des symboles.

2.4. Fondements de la motivation

Ainsi, nous avons décidé de nous pencher sur les fondements de la motivation. « En effet, la motivation apparaît dans les stratégies d'enseignement thérapeutique comme un concept crucial. Plutôt que de parler de motivation, il serait préférable de parler de « désir de changement ». L'accent est alors mis sur l'appétit, la dynamique, le moteur de l'apprentissage, le processus, autant de paramètres obligés qui induisent le changement nécessaire. La motivation se définit le plus souvent en termes « d'état d'activation » pour répondre à un motif à satisfaire : améliorer sa qualité de vie, chercher un bénéfice ». (43)

2.4.1. Les facteurs internes influençant la motivation

- Besoins fondamentaux : besoins physiologiques, besoin de sécurité, besoin de se réaliser, besoin d'estime et d'appartenance
- Estime de soi et sentiment d'auto efficacité

Un patient « motivé » qui possède les connaissances, savoir-faire, compétences nécessaires pour prendre en charge sa maladie et son traitement médicamenteux au quotidien ne réussira pas tant qu'il ne s'estimera pas capable d'exécuter cette action ou qu'il pensera qu'il existe trop d'obstacles pour la mettre en place ou qu'il n'aura pas accepté qu'il a besoin d'aide à un moment donné.

Une maladie silencieuse nécessitant de grands changements de comportement de vie sera associée à une mauvaise observance. Par ailleurs, la perception que le patient a de lui-même peut influencer l'observance. Une bonne estime de soi et une bonne image de soi l'influencent favorablement. A l'inverse, une dépression, une solitude, des troubles de la personnalité et/ou de comportement sont des facteurs défavorables, tout comme des croyances inappropriées. (44)

Plusieurs définitions conceptuelles de l'estime de soi globale ont été proposées, et parmi celles-ci, celle de Rosenberg apparaît comme l'une des plus dignes d'intérêt. Selon Rosenberg, l'estime de soi élevée est un indicateur d'acceptation, de tolérance et de satisfaction personnelle à l'égard de soi tout en excluant les sentiments de supériorité et de perfection. De plus, l'estime de soi élevée implique le respect pour

soi-même. Rosenberg différencie deux niveaux de respect, les niveaux inconditionnel et conditionnel. Le respect inconditionnel suppose que l'individu se respecte en tant qu'être humain indépendamment de ses qualités ou accomplissements alors que le respect conditionnel comporte une congruence entre les standards personnels de compétence, de moralité, d'excellence et les sentiments d'accomplissement à l'égard de ces standards. L'absence d'un respect conditionnel différencie la personne ayant une estime de soi élevée de celle possédant une faible estime de soi. (45)

Les individus ayant une faible estime d'eux-mêmes sont plus susceptibles de ressentir des sentiments de culpabilité, de crainte morbide de l'échec et sont plus vulnérables à différents problèmes psychologiques. (46)

Il existe plusieurs pistes pour l'amélioration de l'estime de soi : le renforcement positif, le développement de l'autonomie, l'augmentation du sentiment de compétences interpersonnelles (écoute, sentiment de sécurité, accroissement du niveau de responsabilité) (47)

L'estime de soi (jugement de valeur sur soi) ne doit pas être confondue avec le sentiment d'auto-efficacité (jugement de capacité).

La Théorie de l'Auto-Efficacité ou Théorie de l'Efficacité Personnelle Perçue ou « Self Efficacy Model » initialement développée par Bandura postule que l'adhésion à un comportement spécifique est influencée par 2 facteurs : les croyances en l'efficacité personnelle de l'individu et l'efficacité du comportement (48, 49, 50, 51).

Le sentiment d'efficacité personnelle ou auto-efficacité perçue désigne les croyances qu'un individu a dans ses propres capacités d'action dans des situations variées, quelles que soient ses aptitudes objectives, pour produire des résultats souhaités (52).

Ce concept d'auto-efficacité vise à expliquer l'écart entre le potentiel de réussite de la personne à mettre en place un comportement et la réalité de sa mise en œuvre. En effet, le sentiment d'efficacité personnelle de la personne s'avère souvent différent de son auto efficacité réelle. Le sentiment d'efficacité personnelle affecte les comportements de façon directe, à travers la mise en jeu et la persistance de l'effort et/ou, de façon indirecte, par le choix des activités mises en œuvre et des buts à atteindre. Les personnes vont agir quand elles croient que leurs actions vont produire

les résultats qu'elles désirent obtenir, que l'effort exigé en vaut la peine et qu'elles ont les capacités pour le faire.

Selon Bandura, il existe quatre sources principales de l'auto-efficacité. Les expériences de maîtrise tout d'abord car la réalisation d'une tâche avec succès renforce notre sentiment d'auto-efficacité. Puis le rapport de modélisation social, le témoignage d'autres personnes ayant achevé avec succès une tâche est une autre source importante d'auto-efficacité. Selon Bandura, « voyant les gens semblables à soi-même réussir par l'effort soutenu soulève la croyance des observateurs qui eux aussi possèdent des capacités à réussir des activités comparables ». (53) Ensuite vient la persuasion sociale. Bandura a également affirmé que les gens pourraient être persuadés de la croyance qu'ils ont les compétences et les capacités pour réussir. Considérons un moment où quelqu'un a dit quelque chose de positif et encourageant qui vous a aidé à atteindre un objectif. Obtenir des encouragements verbaux de l'autre aide les gens à surmonter le doute de soi et à se concentrer à donner le meilleur d'eux-mêmes pour la tâche à accomplir. Enfin, interviennent les réponses psychologiques. Nos propres réactions et les réactions émotionnelles à des situations peuvent aussi jouer un rôle important dans l'auto-efficacité. Une personne qui devient extrêmement nerveuse avant de parler en public peut développer un faible sentiment d'auto-efficacité dans ces situations. Cependant, Bandura note également « ce n'est pas l'intensité même des réactions émotionnelles et physiques qui est important, mais plutôt la façon dont elles sont perçues et interprétées ». En apprenant à minimiser le stress face à des tâches difficiles ou compliqués, les gens peuvent améliorer leur sens de l'auto-efficacité.

- Projet de vie

L'éducation thérapeutique des patients vise à les aider à se sentir libres de diriger leur vie, à être maîtres de leur projet de santé et de leur qualité de vie.

Si changer un comportement pour corriger un symptôme désagréable est somme toute naturel, changer des comportements pour assurer une prévention quand il n'y a pas ou peu de symptômes est beaucoup moins évident. De nombreux programmes éducatifs sont axés sur les connaissances des patients avec des méthodes pédagogiques frontales, hors la connaissance ne suffit pas à changer les

comportements. « Il est nécessaire bien sûr que le patient soit convaincu que la prévention proposée est efficace. Encore faut-il qu'il se projette dans le temps et qu'il puisse intégrer les projets de soins à ses projets de vie. Le malade doit être convaincu que les contraintes du traitement ne s'opposent pas à ses choix de vie, mais qu'au contraire les contraintes thérapeutiques, si besoin négociées et adaptées, lui permettront de les réaliser ». (54)

Accompagner l'énoncé d'un projet de vie, le recueillir et permettre l'élaboration de projets en conséquence implique de déployer une démarche (« une manière d'agir », « une conduite à tenir ») plus qu'une méthode (« ensemble de moyens raisonnés suivis pour arriver à un but »).

L'énoncé d'un projet de vie est la « porte d'entrée » pour élaborer des projets concrets, ponctuels. Il y a d'abord dans l'accompagnement initial de la personne un espace laissé à l'émergence des désirs qui peuvent ne pas avoir été formulés jusque là.

Il s'agit également d'intervenir dans l'environnement de la personne malade, en tenant compte de son entourage, pour ancrer le projet de vie dans ce qui motive et ce qui porte la personne malade.

Accompagner l'énoncé d'un projet de vie et l'élaboration de projets suppose un appui technique certes mais également et avant tout une posture relationnelle: s'engager aux côtés de la personne malade pour lui permettre d'énoncer son projet de vie, de promouvoir et améliorer sa participation sociale.

Cet accompagnement est facilité par la position d'extériorité d'un professionnel par rapport aux services sanitaires ou médico-sociaux, ce qui permet la prise en compte des attentes des personnes dans leur globalité, que celles-ci se formulent dans le champ de l'action sociale ou dans le champ médical. Cette position d'extériorité permet aussi de ne pas poser, à priori, de limites liées au fonctionnement des dispositifs et des structures.

Cet accompagnement s'organise à partir de la maladie mais prend en compte l'ensemble des composantes de la vie de la personne pour la dépasser : il s'agit de partir de la maladie, de ses conséquences, pour ancrer le projet de vie dans le vécu complexe de la personne face à sa maladie et aux différents temps qui la composent (avant et après le diagnostic, évolution de l'état de santé...). L'analyse de la situation est un moyen de comprendre et/ou de faire émerger le projet de vie.

Cette démarche demande du temps et ce temps n'est pas forcément le même pour tous : pour certains, le projet de vie est déjà élaboré ; pour d'autres au contraire, il s'agira de résoudre des difficultés quotidiennes, concrètes pour pouvoir se projeter et formuler un projet de vie.

- Trouver du sens

D'une manière générale on fait quelque chose parce qu'on a une raison de le faire. « Cette raison, nous disent les philosophes, est faite d'un désir (par exemple, je désire perdre du poids) et d'une croyance (par exemple, je crois que faire du sport appartient aux actions qui feront que mon désir de perdre du poids sera assouvi) ». (55)

Taylor suggère que les patients ont tendance à s'adapter en cherchant à donner un sens à leur maladie et à la prise de médicaments, en visant à rétablir une certaine estime de soi et en cherchant à retrouver une certaine maîtrise et un contrôle sur son environnement. Ces facteurs peuvent donc être à l'origine d'un comportement d'autorégulation du patient vis-à-vis du comportement d'adhésion au traitement médicamenteux. Un comportement d'autorégulation est défini comme la manière dont une personne adapte ses pensées, ses émotions et ses comportements à l'évolution des situations et des résultats obtenus (56). De plus, donner un sens à sa vie avec la maladie et ses traitements permet au patient de se projeter dans l'avenir. Les patients ayant des difficultés à se projeter dans un futur plus désirable, à envisager des projets de vie avec leur maladie seront à risque de défaut d'adhésion au traitement.

- Plaisir et résilience

La capacité à construire une vie positive en présence de grandes difficultés est appelée « résilience », un mot emprunté à la physique où il signifie la résistance d'un matériau aux chocs.

Nous avons choisi de développer ici cette notion de résilience car, même si c'est à une « constitution » particulière qu'on imputa longtemps cette caractéristique hors du commun, désormais nombreux s'accordent pour dire que la résilience résulte de l'interaction entre l'individu lui-même et son entourage, entre les empreintes de sa vie antérieure et le contexte du moment en matière politique, économique, sociale,

humaine. Elle résulte aussi de l'interaction entre facteurs de risque et facteurs de protection. Elle permettrait ainsi de transformer un malheur en quelque chose de positif.

D'après Vanistendael, Les cinq fondements de ce concept sont :

- L'acceptation fondamentale de l'enfant comme personne humaine par au moins une autre personne

- La capacité à découvrir un sens, ce qui passe souvent- mais sans exclusivité- par une foi religieuse non sectaire, par l'expression artistique, ou à un niveau plus pragmatique par un projet qui nous fait sortir de notre égo : le soin pour un animal, une plante, une personne, la participation dans une équipe sportive, un projet de formation, un engagement professionnel... Pour beaucoup de personnes le sens est lié au sentiment qu'on a besoin d'eux. Le fait d'avoir un certain contrôle sur son destin contribue également à la capacité de se projeter dans la vie et à y découvrir un sens. Toutefois, nous ne devons pas exagérer ce besoin de contrôle au risque d'éliminer des parties très riches de la vie, comme par exemple la créativité, l'humour, l'intuition, la vie sentimentale et l'aventure de la mise au monde d'enfants. Sur cette base se greffent d'autres facteurs forts utiles :

- L'estime de soi, mais sans exagération, sinon il y a dérive vers l'arrogance
- Les compétences de toutes sortes, humaines, sociales, professionnelles
- L'humour constructif, à distinguer de l'ironie ou du sarcasme. Selon l'auteur, l'humour a un rôle très important dans le processus de résilience. En effet, l'individu doté de cette capacité à un humour constructif sera capable de prendre du recul sur des événements traumatisants tout en allant de l'avant. (57)

Ainsi, les professionnels de santé peuvent aider leurs patients à être « résilients » par l'empathie et la valorisation. La résilience n'est pas une nouvelle recette de bonheur, même si elle peut y contribuer. (58)

Pour illustrer les divers aspects et les fondements de la résilience, Vanstendael et Lecomte proposent une métaphore, celle de la *casita* ("maisonnette"). Chaque partie de la *casita* illustre une possible voie d'action pour ceux qui souhaitent construire ou rétablir la résilience. Leur livre est ainsi résolument tourné vers l'aspect pratique et s'adresse à tous ceux qui souhaitent développer la résilience chez les personnes avec lesquelles ils sont en contact. La structure du livre s'inspire de celle de la *casita*:

Le sol représente les besoins physiques de base (nourriture, sommeil,...).

Les fondations de la *casita* sont composées des réseaux sociaux formels ou informels. La notion de base dans ces réseaux est celle d'acceptation fondamentale de la personne. Les personnes résilientes évoquent souvent une personne qui les a reconnues et acceptées de façon inconditionnelle (les auteurs attirent l'attention sur le fait qu'accepter une personne n'équivaut pas à accepter son comportement), qui leur a donné du temps, qui les a écoutées, qui a cru en elles et en leurs potentialités, et qui a aussi reconnu et accepté leurs défauts. Cette acceptation fondamentale peut s'enraciner dans les réseaux informels (famille, amis,...), dans des groupes d'entraide, auprès d'un thérapeute, auprès d'une aide familiale ou d'un éducateur de rue...

Au rez-de-chaussée se trouve la capacité à trouver un sens, une cohérence à sa vie. "Le concept de sens va au-delà de la pure réflexion intellectuelle, il renvoie l'individu à une réalité qui le dépasse et l'incite à s'ouvrir aux aspects positifs de l'existence." La recherche de sens, lorsqu'elle aboutit et n'enlise pas l'individu dans un cercle sans issue, est donc un processus adaptatif. Par exemple, certains enfants battus ou ayant vécu l'expérience d'un camp de concentration construiront cette cohérence sur base de la foi religieuse; d'autres, au travers du pardon qu'ils accorderont à ceux qui les ont fait souffrir; pour d'autres encore, l'important sera de comprendre le passé. D'une manière ou d'une autre, les personnes résilientes se construisent une philosophie de la vie qui les pousse en avant. Le rez-de-chaussée est aussi le niveau des projets concrets: le sens peut se manifester au travers de l'action, un projet à mettre en œuvre, un objectif à réaliser.

On trouve au premier étage trois pièces principales:

- l'estime de soi, qui dépend à la fois de la qualité des relations affectives entre l'enfant et ses parents (ou ses substituts parentaux) et des propres réalisations de l'enfant;
- les compétences humaines, sociales et professionnelles, parfois profondément enfouies et qui ne pourront s'exercer que si l'individu a un minimum de sentiment de contrôle, de maîtrise sur son environnement (=locus of control) ;
- les stratégies d'ajustement (=coping) sont les processus mentaux que nous utilisons pour vivre dans ce monde imparfait. Les auteurs consacrent un chapitre entier à ce concept, en exposent quelques éléments théoriques et en explorent ensuite plus en détails cinq types de stratégies: l'humour (l'humour de tous les jours, l'humour en thérapie), le déni et l'évitement (qui ne sont des stratégies efficaces que s'ils ne sont pas prolongés dans le temps), la minimisation (relativisation de la situation personnelle par comparaison à celle des autres), le contrôle des affects (qui, poussé à l'extrême, peut être un facteur d'isolement et d'endurcissement) et la rêverie diurne (qui prend souvent chez l'enfant la forme du jeu). (59)

- Sentiment d'autonomie et concept d'empowerment

Lorsqu'une personne apprend qu'elle est atteinte d'une maladie grave, elle est projetée d'emblée dans une situation qui est potentiellement aliénante à double titre : d'une part, elle est confrontée à la nécessité de devoir apprendre à vivre avec une maladie qui devient plus ou moins rapidement et plus ou moins progressivement incapacitante ; d'autre part, elle se retrouve, parfois pour le reste de sa vie, aux prises avec un système de soins représenté par des personnes soignantes qui, en prenant des décisions pour elle et en réalisant des actes sur elle, peuvent mettre la personne malade en position d'obéissance passive. Plutôt qu'une plus grande adhésion au traitement, il est maintenant courant d'entendre que l'éducation thérapeutique vise l'*empowerment* du patient.

Chaque fois que l'éducation thérapeutique est conçue dans la connaissance de soi du patient, elle s'inscrit dans une approche psychologique, ou une approche psychosociale en se centrant sur la capacité du patient à agir sur son environnement. (60)

Pour Klepac M.J. (61), l'empowerment est une démarche similaire à celle d'un engagement spirituel où des éléments tels que la force de vie, les choix personnels, le sentiment d'efficacité, les choix éthiques peuvent influencer l'état de santé d'un individu. Le principe de l'empowerment en éducation du patient suppose le développement d'un sentiment de contrôle et de pouvoir sur sa santé.

Pour Ford M.E. et al (62), l'empowerment se réfère au développement des ressources personnelles (sociales, psychologiques, intellectuelles et spirituelles) afin de donner à la personne les moyens de contrôler et de diriger sa propre vie.

Pour Gibson C.H. (63) , « ...l'empowerment est un processus social de reconnaissance, de promotion et d'augmentation des capacités des personnes à identifier et satisfaire leurs propres besoins, résoudre leurs propres problèmes et pouvoir mobiliser les ressources nécessaires de manière à avoir le sentiment de contrôler leurs propres vies... ».

L'empowerment serait un processus d'aide visant à assurer aux personnes le contrôle des facteurs qui peuvent affecter leur santé. Il s'agit d'un concept abstrait (difficile à définir), transactionnel (le processus implique d'être en relation avec autrui), multidimensionnel (une approche systémique est indispensable pour étudier l'empowerment dans la mesure où le concept d'empowerment est un concept multidimensionnel), positif (l'empowerment met plus l'accent sur les solutions que sur les problèmes), dynamique.

Ainsi l'empowerment regroupe plusieurs facteurs pouvant influencer la motivation. En effet, d'après Aujoulat (64), « si le patient trouve suffisamment de ressources en lui (désir de vivre, compétences, trait de personnalité, expériences passées...) et autour de lui (réseau social et professionnel) pour se mobiliser dans le cadre d'un projet qui a du sens pour lui et qui ne l'enferme pas dans un rôle de malade, alors il est possible de parler d'empowerment. »

2.4.2. Les facteurs externes influençant la motivation

- La société : elle influence grandement les patients qui y seraient sensibles, de part la place que peuvent prendre les médias ou la culture.

- L'autre : il peut s'agir de la famille mais aussi d'autres patients ou de personnes qui auraient une influence sur le patient. L'échange et le partage rendus possibles avec ces personnes en font des ressources pour le patient

- Les soignants : il est démontré que l'observance dans les maladies chroniques est multifactorielle. Elle dépend du patient, de ce qu'il est, de ses représentations de la maladie dont il est atteint, de son entourage. Mais elle dépend aussi largement du médecin, de la plus ou moins grande complexité de sa prescription, de la façon dont elle a été présentée et des explications qui l'ont accompagnée. (65)

- L'environnement d'apprentissage : la maladie chronique complexifie les stratégies d'intervention et, au-delà des données bio-cliniques, impose des investigations dans les domaines psychoaffectif, socio-professionnel, pédagogique et motivationnel.

Les compétences à acquérir par les soignants pour permettre l'expression des patients sont indispensables. La situation la plus propice à l'expression de l'autre est la situation où il ne se sent ni jugé ni analysé et interprété, ni guidé par des conseils, ni manipulé ou harcelé par des questions. C'est une situation où il se sent écouté. Non pas une écoute interprétative ou évaluative, mais une écoute compréhensive. Cinq caractéristiques d'une situation de communication optimale définissent l'écoute active : non-évaluation, non interprétation, non conseil, non questionnement systématique, compréhension. (66)

Pour Rogers dans la communication interindividuelle, comme dans la relation thérapeutique, l'essentiel est la création d'un climat relationnel particulier fondé sur quatre composantes : l'acceptation inconditionnelle de l'autre (refus de tout jugement mais aussi acceptation du silence éventuel de l'autre), la neutralité bienveillante (engagement positif reposant sur l'intérêt porté à l'autre), l'authenticité et l'empathie (consistant à s'immerger dans le monde subjectif de l'autre, pour essayer de le comprendre de l'intérieur). Si ce climat est créé, alors, nous dit Rogers, pourra se mettre en œuvre « la capacité qu'a tout individu de se comprendre lui-même et de résoudre ses propres problèmes à suffisance pour la satisfaction et l'efficacité nécessaires au fonctionnement adéquat ». (67, 68)

3. Objectifs

3.1. Objectifs des patients

- Prendre conscience de l'importance du pied au quotidien et dans l'évolution de la maladie,
- Etre capables de verbaliser leurs représentations des pieds,
- Connaître les mécanismes de la maladie et reconnaître que la neuropathie supprime la douleur
- Etre capable de se questionner sur leur degré de risque vis-à-vis de leur pied et d'élaborer des changements vis-à-vis du chaussage et des soins des pieds
- Etre capable d'identifier leurs sources de motivation par le travail sur leurs ressources, leurs compétences et leur projet de vie
- Prendre confiance en leur capacité de gestion des soins de leurs pieds

3.2. Objectifs des éducateurs

- Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle des patients en valorisant les expériences antérieures de succès, en expérimentant des situations problématiques permettant au patient d'évaluer et de prendre confiance en ses compétences, et en proposant au patient des séances de groupe lui permettant de se comparer avec des pairs face à des situations de gestion des soins de pied.
- Améliorer leurs techniques de communication par la pratique de l'écoute active et selon les principes de l'entretien motivationnel (poser des questions ouvertes, valoriser, reformuler, effectuer des synthèses)
- Explorer les divergences et faire émerger le discours changement
- Favoriser l'expression personnelle au sein du groupe mais aussi l'interactivité.

3.3. Objectifs de tous les soignants

- Assurer une meilleure communication autour du patient
- Avoir confiance dans le succès de la thérapeutique proposée à leurs patients
- Connaître et reconnaître l'existence d'une consultation pied diabétique
- Etre formés aux pieds diabétiques à risque

IV. ELABORATION DU PROJET : METHODOLOGIE

1. Constitution de l'équipe d'encadrement

Depuis 2010, nous avons envisagé de mettre en place un projet en éducation thérapeutique autour du pied diabétique à risque en collaboration avec l'équipe de diabétologie du centre hospitalier de Montbrison, situé à 20 minutes de Feurs. Un guide d'entretien avait été élaboré concernant les complications et les soins au niveau des pieds diabétiques et distribué aux différents soignants intervenant auprès des patients diabétiques pour essayer de définir les problématiques éducatives. Plusieurs réunions de synthèse se sont déroulées courant 2010 pour essayer de définir ce projet. Malheureusement, du fait de l'éloignement géographique, d'un manque de langage commun en éducation thérapeutique et du manque de moyens, ce projet n'a pu aboutir.

Ainsi, pour la réalisation de ce projet de DIFEP, j'ai décidé de restreindre l'équipe d'encadrement. Cela a permis une meilleure coordination locale et une plus grande efficacité de mise en œuvre du projet.

Pour cela, j'ai demandé à madame VARENNE, cadre du service à Feurs, d'organiser une rencontre avec toutes les infirmières intéressées et concernées par la prise en charge du patient diabétique. Cette rencontre s'est tenue le 12 mars 2012 avec Madame VARENNE, Mmes BEAL, NOURISSON, VERNE, Infirmières formées en diabétologie et en éducation thérapeutique, Mmes HARDY et AUBERT, Infirmières formées en diabétologie et Mme ROCHE, infirmière référente en plaie et cicatrisation. Nous avons bien sûr déjà évoqué ensemble la mise en place d'un projet autour du pied diabétique et elles m'ont confirmé leur participation à ce programme.

2. Présentation et validation des problèmes retenus

Après relecture des entretiens que j'ai conduits avec les patients et des témoignages des professionnels, nous avons identifié en 2011 quatre problèmes pour ce projet. Ces quatre problèmes ont été validés et enrichis par l'équipe d'encadrement lors de notre rencontre initiale.

3. Composition des groupes de travail et répartition des tâches

Lors de cette rencontre, nous avons défini des groupes de travail. Deux infirmières et moi-même avons travaillé sur le problème 1, deux infirmières et moi-même avons travaillé sur le problème 2, une infirmière et moi-même avons travaillé sur le problème 3 et une infirmière et moi-même avons travaillé sur le problème 4. Plusieurs réunions et discussions informelles ont eu lieu pour définir les objectifs, moyens et méthodes pour chaque problème.

Lors de ce processus, je me suis rendu compte que les soignants étaient beaucoup plus à l'aise pour aborder les thèmes concernant la maladie, ses complications et les soins de prévention que pour aborder les aspects motivationnels ou de changement de comportement. Il a été également plus difficile de travailler avec les soignants non formés à l'éducation thérapeutique.

4. Rencontre avec la direction

Parallèlement à ces travaux en sous-groupes, j'ai rencontré Monsieur le Directeur de l'hôpital et Madame la directrice des soins en mars 2012 pour leur exposer les objectifs du projet. Nous avons fait le point sur les besoins en personnels et sur les besoins en matériel nécessaires à la mise en place de ce projet. Il apparaissait surtout indispensable de recruter un podologue, comme nous l'avions déjà projeté auparavant. Le changement récent de direction a grandement favorisé cette décision. Par ailleurs, l'aval de la direction a été obtenu sous réserve que les temps médecin et infirmiers consacrés au projet fassent partie de leur temps de travail actuel.

5. Réunions de synthèse : définition du déroulement du programme

Comme nous le développerons ci après, quatre problèmes se dégagent dans la prise en charge des « pieds diabétiques ». Il nous a semblé que ces problèmes étaient communs à de nombreux patients et que nous pouvions les traiter en

éducation de groupe. De plus, au sein du service, l'éducation individuelle est déjà en place et il nous semblait intéressant d'apporter la richesse du groupe aux patients. Enfin, les contraintes de temps ayant été posées par l'administration, nous pouvions envisager de dégager du temps infirmier et médecin pour l'animation d'un groupe à raison de une à deux fois par semaine, et pour la mise en place d'une consultation « pied » à raison de une fois tous les quinze jours.

Ainsi, nous avons travaillé sur les objectifs, les moyens et méthodes des trois premiers problèmes en imaginant leur répartition sur deux modules de deux heures chacun. Le quatrième problème a été traité parallèlement avec la mise en place de la consultation « pied » et la rédaction du carnet de suivi.

6. Mise en œuvre du programme

Les patients ayant participé aux groupes éducatifs ont été recrutés par le biais de la consultation externe de diabétologie ou de l'hospitalisation complète. Dès que nous avons six patients à convoquer (limite fixée par l'équipe) nous organisons la mise en place d'un premier module. Comme nous avons décidé de co-animer les séquences de groupe (une infirmière et moi-même), nous avons dû planifier ces modules en fonction des disponibilités de chacune, ce qui a été plutôt difficile sur juillet et août... Cette organisation est cours de structuration.

Avant chaque intervention, les deux animateurs ont pris un temps de concertation pour revoir le déroulé de la séquence et attribuer leur rôle au cours du module.

V. REALISATION : OBJECTIFS ET METHODES

A la lecture des entretiens, nous avons identifié et retenu quatre problèmes pour ce projet. Chaque groupe de travail a ensuite défini ses objectifs, imaginé ses moyens et élaboré ses méthodes.

1. Problème 1 : Les patients doivent prendre conscience de l'absence de douleur au niveau des pieds lors de l'évolution de la maladie diabétique

1.1. Objectif 1 : Compréhension de la pathologie diabétique

- Moyens : en groupe, identifier l'organe atteint dans le diabète, savoir le placer sur le corps humain ; comprendre le mécanisme de la régulation du sucre par l'insuline

- Méthodes et Objectifs du groupe : sous forme d'un métaplan, la question « quel est l'organe atteint lorsque l'on est diabétique ? » est posée au groupe. Au tableau, la silhouette d'un corps humain. Préalablement les différents organes ont été mis en forme. Puis la question « que se passe-t-il quand on est diabétique au niveau du pancréas ? » est posée au groupe. Les objectifs de cette séquence sont la prise de parole, la confrontation des idées, la verbalisation des représentations et conceptions de la maladie.

- Méthodes et Objectifs de l'animateur : l'animateur place les organes, le sucre et l'insuline en fonction des différentes réponses, il favorise la prise de parole de tous les participants, leur mise en confiance, il effectue la synthèse de l'atelier.

1.2. Objectif 2 : Connaitre les organes pouvant être atteints dans cette pathologie

• *Moyen 1 : en groupe, chacun est capable de citer les éléments de surveillance dans sa pathologie*

- Méthode et objectif patient : huit post-it sont distribués à chaque patient. Chacun doit inscrire 1 à 8 éléments rentrant en jeu dans la surveillance de son diabète. Cette réflexion doit pouvoir permettre au chaque participant de prendre

conscience des complications liées au diabète et d'apprendre des réponses des autres participants.

- Méthodes et objectifs de l'animateur : à la fin du temps imparti, il rassemble tous les post-it et fait la synthèse de l'exercice en regroupant les réponses et en les plaçant sur la silhouette humaine. Un accent particulier sera mis sur l'importance de la surveillance des pieds et sur le mécanisme responsable du « pied diabétique ».

• Moyen 2 : chaque patient identifie son degré de complication vis-à-vis de chaque élément de surveillance

- Méthode et objectif des patients: chaque patient réfléchit individuellement sur les différents éléments cités pour la surveillance de son diabète et inscrit sur papier libre ce qu'il pense de son risque vis-à-vis de chaque élément. Cet exercice permet aux patients de savoir où ils en sont de leur risque vis-à-vis de l'évolution de leur pathologie ou du moins de se questionner sur ce thème.

- Méthode et objectif animateur : un moment est partagé avec chaque participant pour répondre à ses questions, le message donné aux patients est qu'ils n'hésitent pas à en reparler avec le médecin traitant lors de leur prochaine visite.

1.3. Objectif 3: Reconnaître le caractère silencieux de l'évolution de cette pathologie notamment au niveau du pied

• Sous objectif 1 : prendre conscience de l'absence de symptôme dans la pathologie diabétique

- Moyen : tour de table avec comme question : quels sont les symptômes du diabète ?

- Objectifs des patients : identifier les symptômes des hypoglycémies, des hyperglycémies reconnaître le caractère silencieux de la maladie.

- Objectifs des animateurs : favoriser l'expression personnelle, favoriser l'interactivité, poser des questions ouvertes, reformuler, faire la synthèse des idées apportées.

- Sous objectif 2 : faire exprimer les signes à rechercher évocateurs d'une complication au niveau du pied, prendre conscience que la neuropathie diabétique supprime la douleur

- Moyen : cas clinique de l'évolution d'une plaie de pied sur pied diabétique à risque

- Objectifs des patients : prendre conscience de la complexité du problème, de la diversité des points de vue, de la subjectivité des opinions ; rechercher les causes, les solutions, dégager les conclusions communes ; dégager les principes généraux applicables à d'autres situations

- Objectifs de l'animateur : préparer le cas : concret, complexe, complet, problématique ; animer la séance : favoriser l'expression individuelle, la confrontation des points de vue, la production de groupe. (69)

2. Problème 2 : Les patients manquent de confiance et de motivation pour la prise en charge de leurs pieds

2.1. Objectif 1 : Prendre conscience de l'importance du pied au quotidien et identifier le pied comme un moteur de la vie

- Moyen 1 : citer les différentes expressions sur le pied dans le langage populaire

- Moyen 2 : jeu des mots clés pour identifier la signification du pied

2.2. Objectif 2 : Motiver le patient au changement : faire émerger le discours changement et développer les divergences

- Méthode et objectif des patients: chaque patient en travail individuel repère les bonnes choses dans son comportement concernant le soin de ses pieds, les moins bonnes choses dans ce comportement, puis explore le coût d'un éventuel

changement ainsi que le gain de ce changement. Chaque patient relate ses conclusions au groupe.

- Méthode et objectifs des animateurs : trois ingrédients « internes » sont à la base de la motivation à s'engager dans un changement : l'importance ressentie du changement, la perception de sa capacité à réussir le changement et le sentiment d'être prêt à réaliser ce changement. Pour faire ressortir le discours changement, l'animateur doit savoir développer avec le patient les raisons d'un changement, ses capacités à réussir ce changement, valoriser ses succès, faire émerger les désirs et besoin d'un tel changement. L'animateur fait la synthèse de l'atelier en résumant les différents points abordés.

2.3. Objectif 3: Identifier les compétences des patients

- Méthode et objectifs des patients: chaque patient s'écrit une lettre dans laquelle il indique ce qu'il a le sentiment de bien faire dans la gestion de sa maladie diabétique et de ses pieds en particulier, ce qu'il trouve difficile et ce qu'il souhaite améliorer dans ses compétences (soit dans le domaine de sa pathologie, soit dans le domaine de ses relations avec son entourage). Après ce travail d'écriture, chaque patient partage avec son voisin qui l'écoute en silence puis résumera ce qu'il a compris des compétences de son voisin.

- Objectifs de l'animateur : effectuer la synthèse de l'exercice en grand groupe en recueillant les témoignages sur ce qui a été facile, ce qui a été difficile, et ce que cela a apporté à chacun.

2.4. Objectif 4 : Identifier ce qui est moteur dans leur vie et leurs ressources

- Objectifs et moyen des patients: construction de la casita, chaque case peut être remplie selon les ressources des patients, ils choisissent ensuite de présenter leurs conclusions au groupe.

- Objectif des animateurs : écoute active, reformulation et synthèse de chaque présentation

2.5. Objectif 5 : Décrire les précautions d'hygiène employées par les patients pour les soins de pied, identifier ce qu'ils font seuls, envisager les ressources externes possibles pour ces soins et développer leur confiance en leur capacité de gestion de leurs pieds

- Moyen et méthode: groupe de production. Le groupe de patient est divisé en deux sous groupes. Chaque sous groupe a à sa disposition des photos de pieds, des photos de personnes ressources et des objets de soin pour les pieds.

- Objectifs des patients : décrire la photo du pied, décrire l'utilisation de chaque objet avec leurs bénéfices et risques et le ou les objets choisis pour le soin des pieds de chaque photo, choisir un personnage et décrire ce que l'on en attend et dans quelle situation on pourrait faire appel à lui.

Mise en commun, chaque groupe expose à l'autre groupe ses conclusions.

- Objectifs de l'animateur : faire le lien entre situation vécue et théorie, apporter des informations ou précisions et valoriser les comportements adéquats

3. Problème 3 : Les patients n'adoptent pas les règles de sécurité concernant le chaussage et l'hygiène de leurs pieds

3.1. Objectif 1 : Connaître leur degré de risque concernant leur pied (neuropathie, artériopathie, déformation, sécheresse)

Moyen : examen des pieds lors de la consultation « pied », test au monofilament, rédaction du carnet « pied » et remise au patient.

3.2. Objectif 2 : Identifier à quels dangers expose le port de leurs chaussures et sélectionner les critères d'amélioration pour leur prochain achat

Moyen : « boîte pied » pendant la consultation « pied ».

La première partie du « jeu » consiste à toucher différentes matières avec les doigts (partie douce, rugueuse, pointue, bourrelet).

La deuxième partie consiste à choisir différentes cartes correspondant à la réalité de leur chaussure habituelle (semelle, épaisseur, matière, talon...). Au dos de chaque carte apparaît un pied de différentes couleurs et correspondant à l'absence de risque ou à un risque de compression, de corne, de déformation, d'ampoule, de frottement, de blessure, de douleur, de champignon, ou de corps étranger. Le patient fait le point avec le soignant sur les risques qu'il encourt avec les chaussures qu'il porte.

Pour finir, la « fiche d'évaluation de ma chaussure » est remplie avec le soignant, en insistant particulièrement sur la manière de limiter les risques concernant le chaussage.

4. Problème 4 : Les soignants manquent d'implication dans la prise en charge des pieds diabétiques à risque

4.1. Objectif 1 : Les soignants communiquent autour du patient pour une meilleure cohérence des soins et moins d'isolement

- *Sous objectif 1 : Les soignants se sentent concernés par le problème*

Moyen : Sur la période de mai et juin 2012, un questionnaire a été envoyé à tous les médecins et cabinets infirmiers aux alentours du centre hospitalier. Il s'agissait d'un questionnaire simple visant à recueillir leur avis sur l'intérêt de la mise en place d'un carnet autour du patient concernant le suivi d'une plaie. (cf annexes 1, 2, 3). Ainsi, en montrant l'intérêt que nous portons à leurs avis, nous espérons les impliquer davantage dans la prise en charge du patient.

- *Sous objectif 2 : Un outil commun de prise en charge du patient est créé*

Moyen : depuis de nombreuses années, l'infirmière référente en plaie et cicatrisation est sollicitée pour son avis concernant les soins des plaies des patients

diabétiques, que ce soit au sein du centre hospitalier ou par des infirmières libérales. A chacune de ses prises en charge, elle effectuait une description détaillée de la plaie, de son protocole de soin et prenait une photo de la lésion pour suivre son évolution. Elle prodiguait également de nombreux conseils auprès des patients sur l'hygiène quotidienne, le chaussage...Malheureusement, tous ces renseignements restaient intra hospitaliers et non relayés par la médecine de ville. Nous avons donc travaillé sur la mise en place d'un carnet de suivi remis au patient lors de la consultation. Les informations retrouvées dans ce carnet sont l'essentiel des données que nous avons pu recenser dans les carnets de suivi de plaie existants (distribués par l'industrie pharmaceutique ou recommandés par la littérature). De plus, nous avons prévu un espace libre entre chaque page de consultation hospitalière pour le suivi ambulatoire, espace libre que nous avons construit après recueil des questionnaires envoyés aux médecins et infirmières libérales.

4.2. Objectif 2 : Les soignants ont confiance dans le succès de la thérapeutique proposée à leurs patients

- *Sous objectif 1 : Reconnaissance d'une consultation avec des professionnels de cette problématique*

Moyen : depuis juin 2012 une consultation « pied » spécialisée a été créée, coordonnée par une IDE stomathérapeute référente en plaie et cicatrisation. Un podologue compétent dans la prise en charge des pieds diabétiques a été recruté. Pour cela, plusieurs rencontres avec le directeur de l'hôpital et la directrice des soins ont été nécessaires. Un médecin intervient également lors de la consultation. Les patients concernés par cette consultation présentent une plaie de pied sur pied diabétique à risque. Ils peuvent être recrutés au sein de l'hôpital ou adressés par les soignants de ville (infirmières, podologues, médecins). Il peut s'agir d'une plaie récemment découverte ou d'une plaie dont le suivi est particulièrement problématique (problème d'adhésion thérapeutique de la part du patient, difficultés à la cicatrisation du fait d'un terrain artériopathique ou neuropathique sévère, besoin de multidisciplinarité)

- **Sous objectif 2 : Les soignants ont des retours positifs de la prise en charge de leurs patients**

Moyen : Par le biais du carnet de suivi les différents intervenants ont la possibilité de suivre toutes les étapes de la prise en charge du patient. Lors de chaque consultation « pied » hospitalière un micro objectif est d'ailleurs fixé en accord avec le patient. Ce micro objectif peut être rediscuté avec tous les soignants intervenant.

4.3. Objectif 3 : Les soignants connaissent l'existence d'une consultation pied diabétique à risque sur l'hôpital et adressent les patients qui posent problème

Moyen : Depuis juin 2012, l'équipe d'éducateurs travaille sur la réalisation d'une soirée pour présenter le programme. Les invités sont représentés par les médecins généralistes et infirmières ayant reçus les questionnaires de sensibilisation ainsi que les podologues travaillant sur ce même secteur géographique. Lors de cette soirée, le programme éducatif de groupe ainsi que l'existence de la consultation « pied » seront abordés. Nous préciserons les caractéristiques des patients pouvant bénéficier du programme de groupe ou de la consultation spécialisée ainsi que le moyen pour les soignants extra hospitaliers de nous contacter. A ce jour, toutes les invitations sont remises pour une soirée prévue le 18 octobre.

4.4. Objectif 4 : Les soignants sont formés aux problèmes de pieds diabétiques à risque

Moyen : Lors de la soirée, nous proposerons une formation sur le thème du pied diabétique aux participants.

VI. METHODOLOGIE D'EVALUATION ET RESULTATS

La Haute Autorité de Santé propose aux équipes un guide destiné à faciliter la réalisation de l'auto-évaluation annuelle de chaque programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) autorisé et à préparer l'évaluation quadriennale. Un rapport d'auto-évaluation doit être prêt chaque année à la date anniversaire de l'autorisation délivrée par l'ARS.

Nous avons sélectionné les critères d'évaluation nous paraissant les plus pertinents vis-à-vis du projet.

1. Auto-évaluation de l'activité globale

1.1. Objets et méthode d'évaluation

- Les bénéficiaires du programme d'ETP

Entre juin et août 2012, 10 patients se sont engagés dans le programme éducatif de groupe.

7 hommes, 3 femmes et 3 accompagnateurs. La moyenne d'âge était de 70 ans.

Il existait des patients diabétiques de type 1 et 2, avec une ancienneté de la maladie allant de la découverte du diabète au stade multi-complicé.

- Les activités éducatives

Nombre de séances d'ETP réalisées : Deux groupes ont été formés, ayant bénéficié chacun des deux modules d'éducation collective

Nombre moyen de patients par séance : 4

- Les intervenants dans la mise en œuvre du programme

5 infirmières diplômées d'état sont engagées dans l'animation des séances collectives. Elles sont toutes formées à la diabétologie avec une grande expérience en hospitalisation complète et hospitalisation de jour sur l'éducation du patient diabétique. Trois d'entre elles sont formées à l'éducation thérapeutique (minimum 40 heures).

1.2. Méthode de recueil des données

Rapport annuel d'évaluation

2. Activités éducatives

2.1. Objets et méthode d'évaluation

Le contenu et déroulé de chaque séance est détaillé en ANNEXES 2 et 3.

• **Objet d'évaluation 1: Compréhension de la pathologie diabétique et de ses complications**

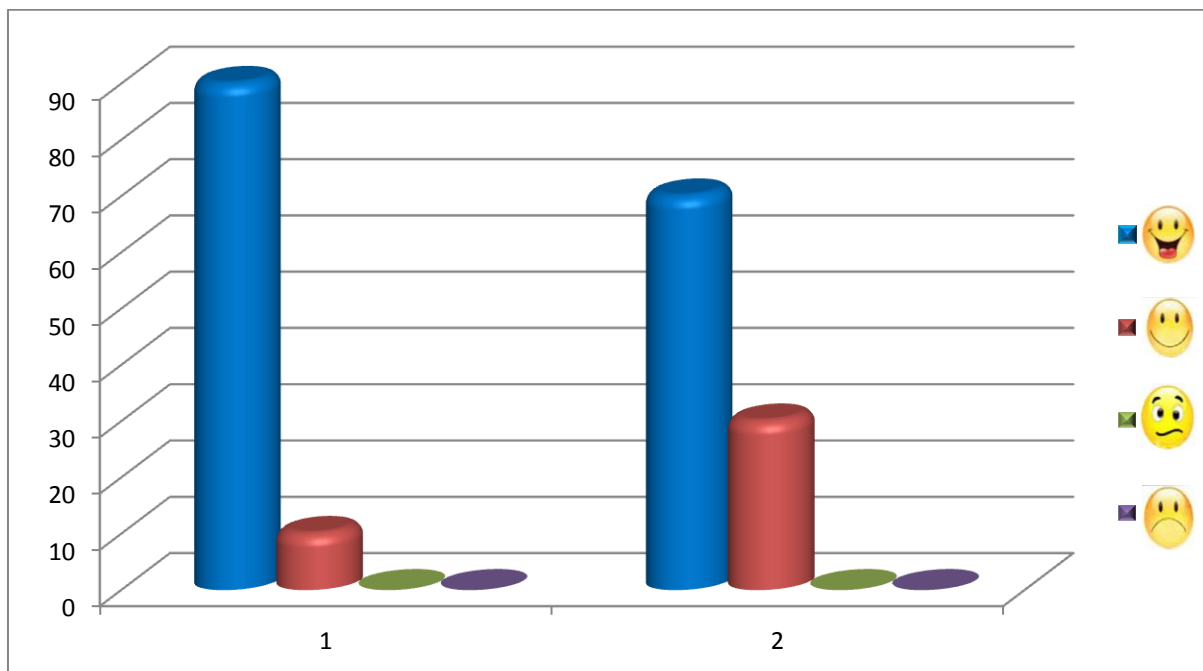
- Objectif d'évaluation: Le patient est capable d'expliquer les mécanismes de sa pathologie diabétique et de ses complications
- Critères: prise de parole en groupe, donner son point de vue sur sa compréhension de la maladie, connaissance de son statut vis-à-vis des complications de la pathologie, prise de conscience du caractère silencieux de la maladie
- Echelle de mesure : LIKERT
- Résultats :

Question 1 : Je suis à l'aise pour prendre la parole en groupe :

90% des patients répondent 😄 et 10% répondent 😊.

Question 2 : Je suis à l'aise pour donner mon point de vue en groupe :

70% répondent 😄 et 30% répondent 😊.



Question 3 : Je connais le mécanisme de ma maladie :

50% répondent 😄, 30% répondent 😊 et 20% répondent 😐.

Question 4 : Je sais expliquer le mécanisme de ma maladie :

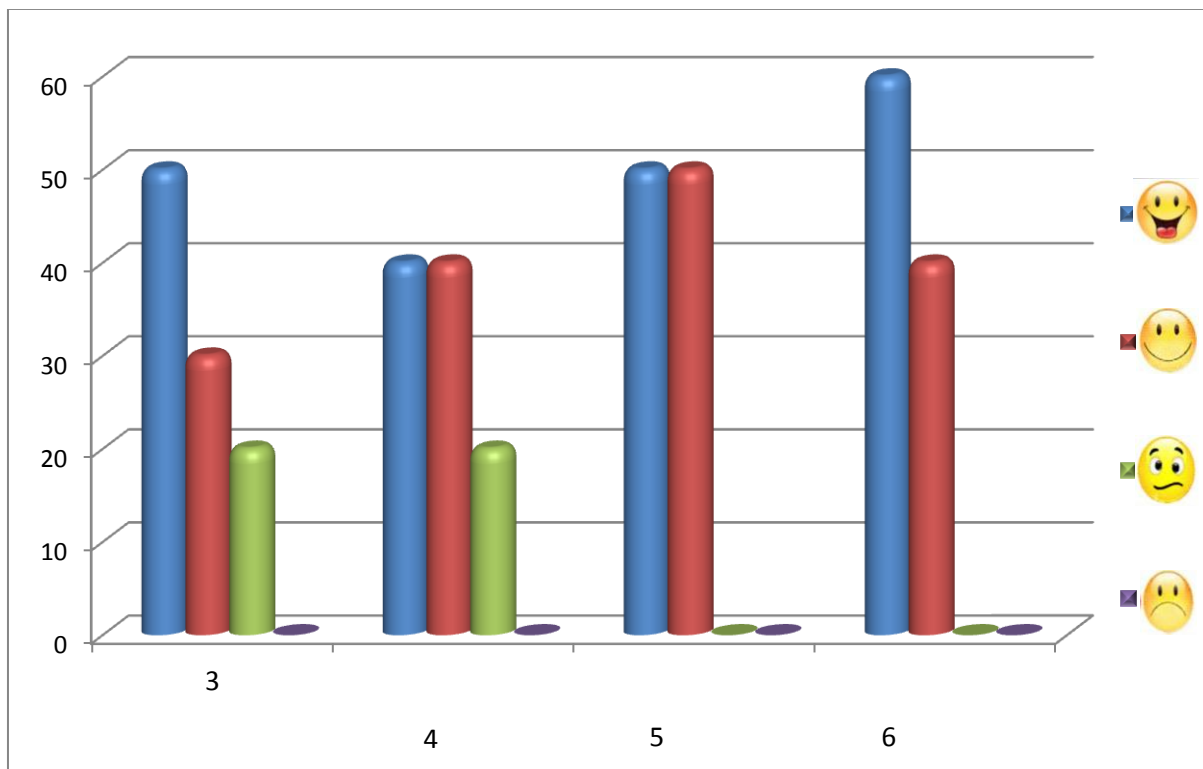
40% répondent 😄, 40% répondent 😊 et 20% répondent 😐.

Question 5 : Je sais expliquer les risques de complications de ma maladie :

50% répondent 😄 et 50% répondent 😊.

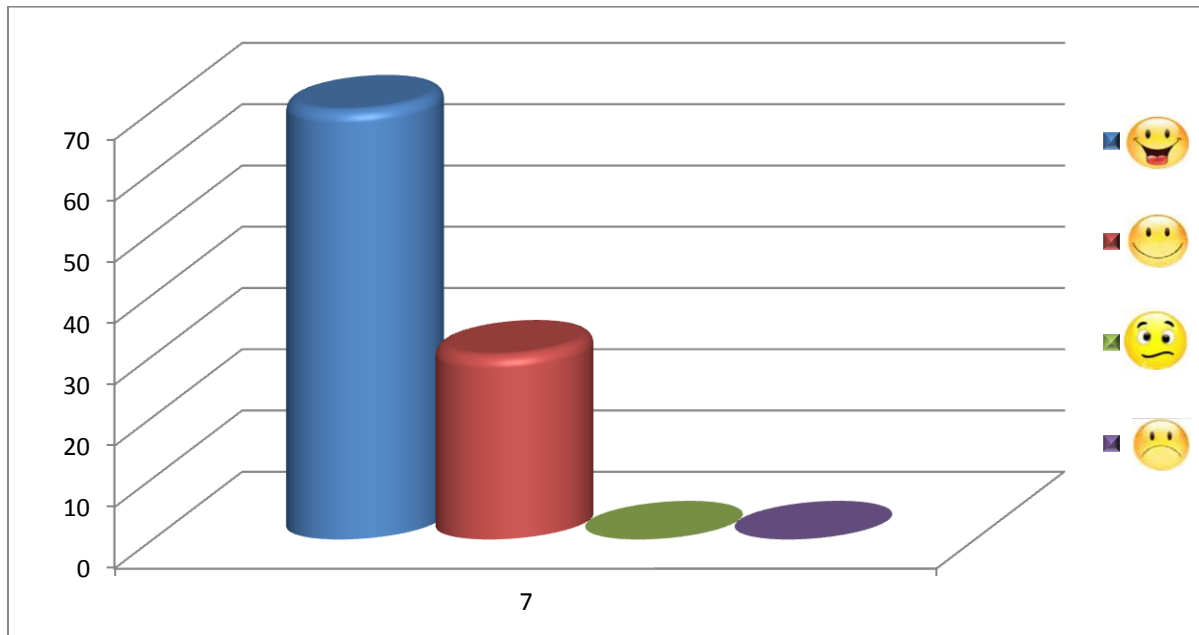
Question 6 : Je connais mes organes touchés par ma maladie :

60% répondent 😄 et 40% répondent 😊.



Question 7 : La discussion de groupe m'a permis de réaliser certaines choses :

70% répondent 😄, 30% répondent 😊.



Précisez : « Qu'il faut être à l'attention de tout son corps », « Réaliser l'éventuelle gravité si je ne me prends pas en charge des risques encourus », « Mettre en ordre des données que j'avais un peu dispersées », « Certains objets à ne pas utiliser », « Conséquences réelles du diabète », « Soins des pieds ».

- **Objet d'évaluation 2 :** reconnaître le caractère silencieux de l'évolution de cette pathologie notamment au niveau du pied, prendre conscience que la neuropathie diabétique supprime la douleur par la résolution d'un problème thérapeutique, de gestion de sa vie et de sa maladie, de prévention de sa vie et de sa maladie. Décrire les précautions d'hygiène employées par les patients pour les soins de pied, identifier ce qu'ils font seuls, envisager les ressources externes possibles pour ces soins

- **Objectifs d'évaluation :** Le patient est capable de comprendre, expliquer et analyser la situation clinique. Le patient est capable de résoudre un problème thérapeutique dans la prévention et la gestion d'un cas de plaie du pied. Le patient identifie les précautions d'hygiène à adopter et envisage le rôle des personnes externes (soignants, famille...)

- **Critères :** compétences d'auto soin et compétences métacognitives

- **Echelle de mesure :** LIKERT et questionnaires Vrai/Faux (évaluer ses connaissances sous la forme d'un test vrai/faux associé à un questionnement du patient sur son degré de certitude pour chacune de celles-ci).

- Résultats :

Question 1 : Je me suis senti concerné par le cas présenté

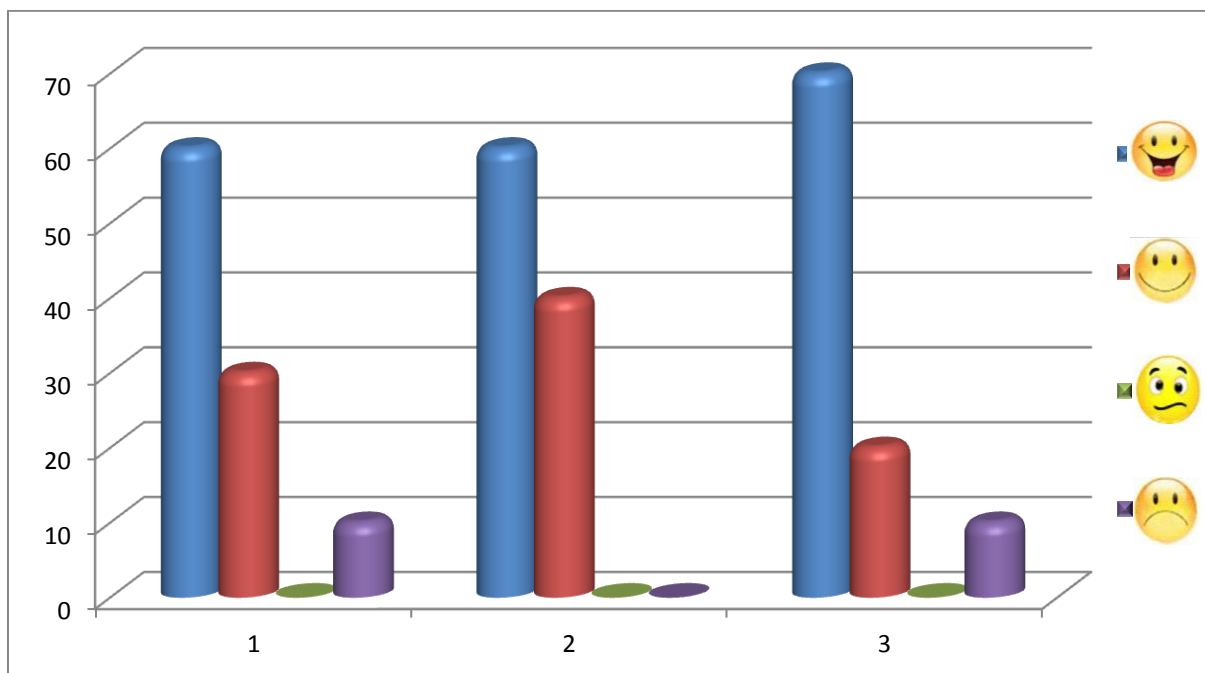
60% répondent 😄, 30% répondent 😊 et 10% répondent ☹️.

Question 2 : J'ai réalisé certaines choses

60% répondent 😄 et 40% répondent 😊.

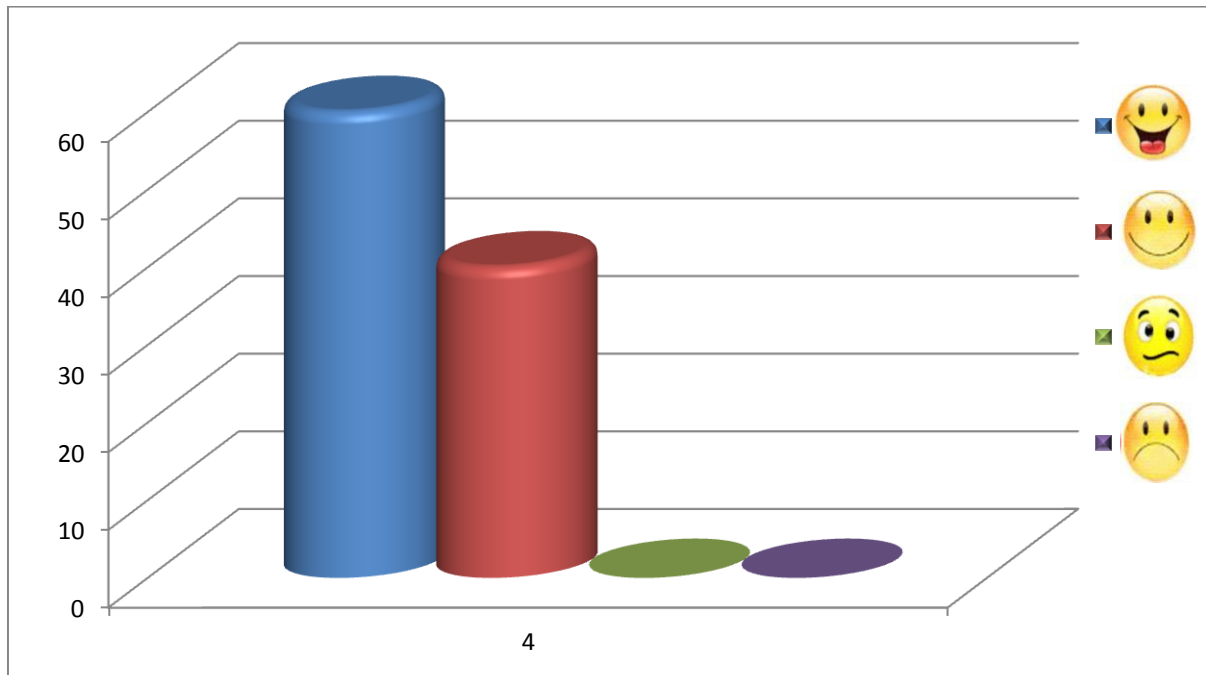
Question 3 : Je me sens capable de prendre des décisions en toute sécurité face à une situation identique

70% répondent 😄, 20% répondent 😊 et 10% répondent ☹️.



Question 4 : Je vais adapter certaines choses de mon quotidien

60% répondent 😄 et 40% répondent 😊.



Précisez : « Plus attention aux pieds, aux plaies », « Equilibrer mon alimentation, faire un peu d'exercice, perdre du poids », « Plus faire attention à mes pieds », « Prise en charge du pied renforcée », « Surveiller mes pieds ».

Questionnaires Vrai/Faux

Question 1 : Je dois regarder mes pieds tous les jours

100% de bonnes réponses à 96% de certitude en moyenne.

Question 2 : Avoir des crevasses aux pieds est dangereux

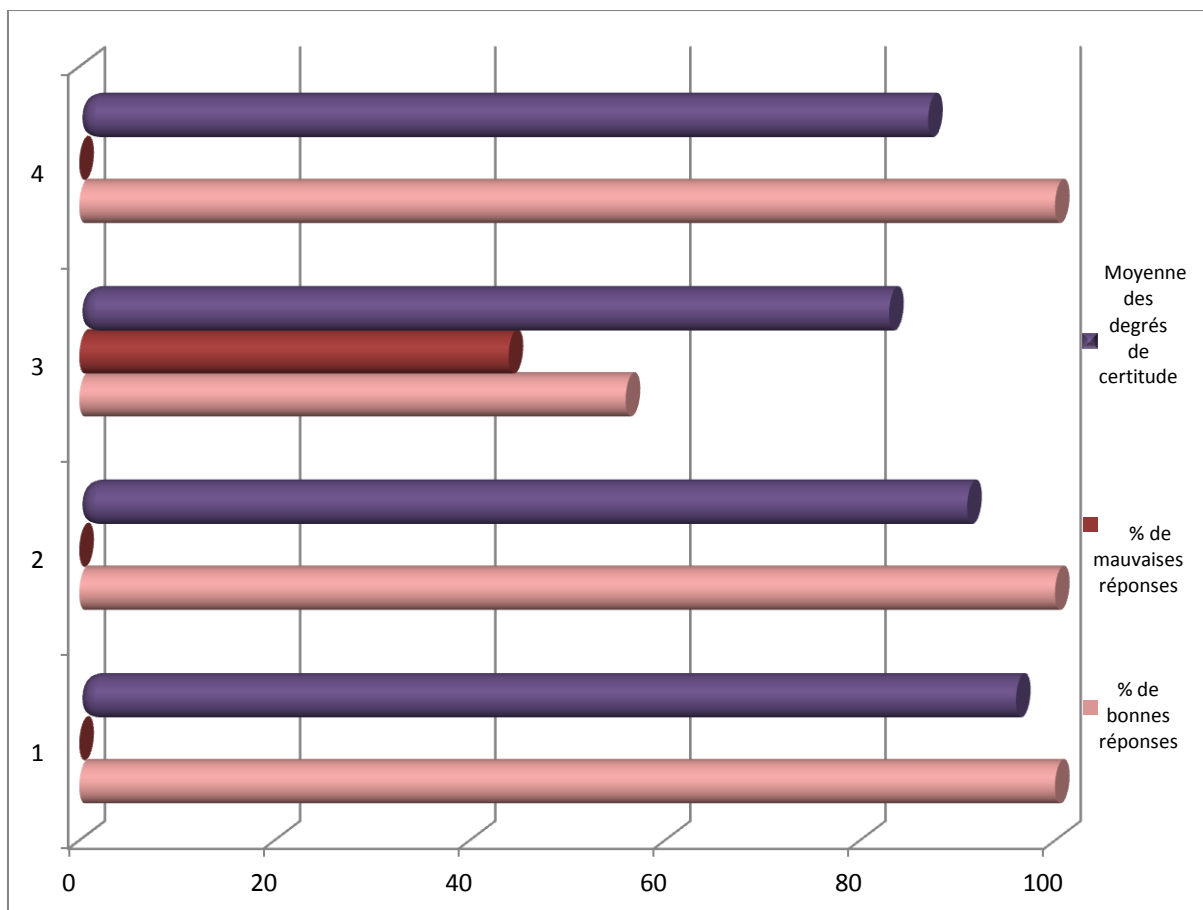
100% de bonnes réponses à 91% de certitude en moyenne.

Question 3 : Je dois enlever la corne tous les jours

56% de bonnes réponses, 44% de mauvaises réponses, à 83% de certitude.

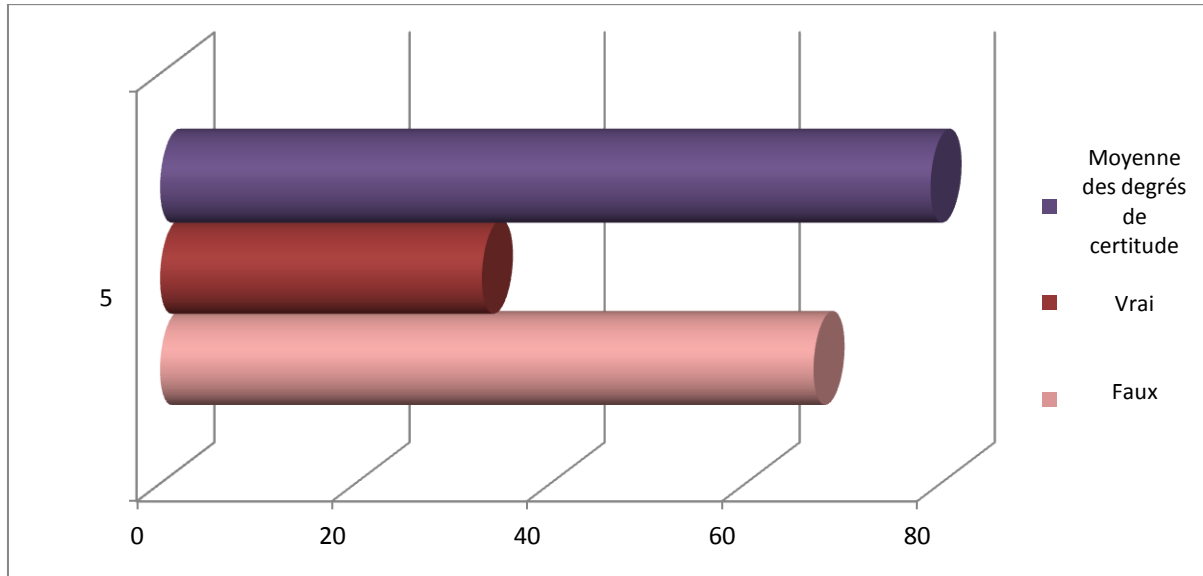
Question 4 : Je peux utiliser n'importe quel ciseau pour couper mes ongles

100% de bonnes réponses à 87% de certitude.



Question 5 : J'ai à la maison tous les outils nécessaires pour prendre soin de mes pieds

FAUX à 67%, VRAI à 33% avec 79% de certitude en moyenne

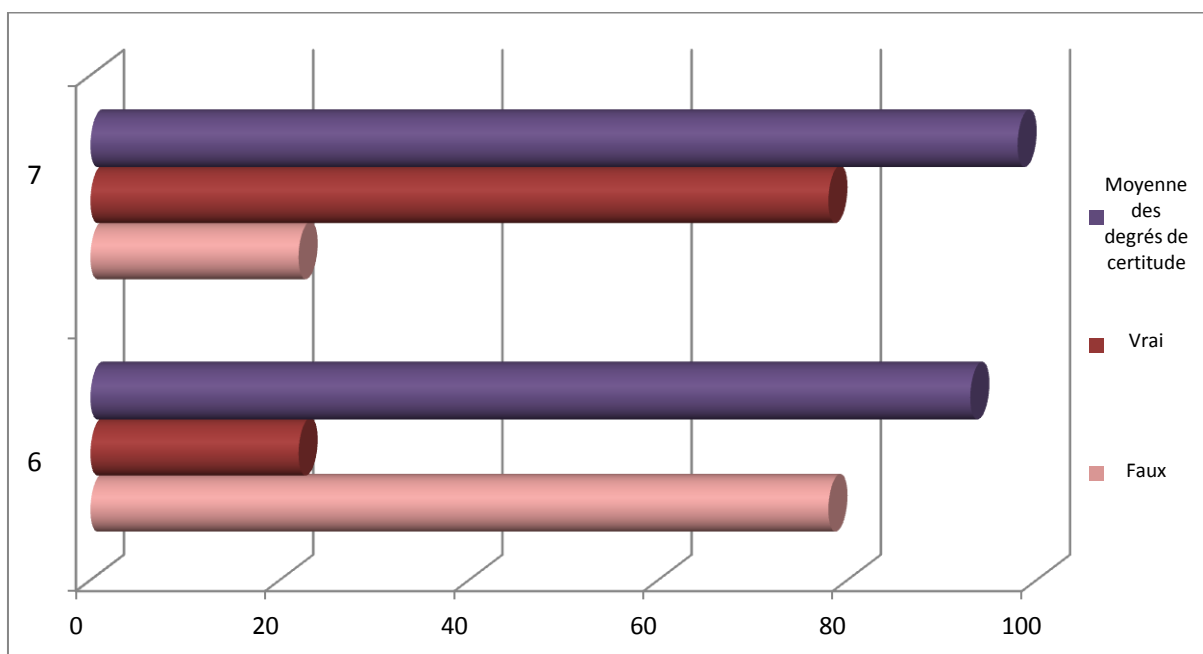


Question 6 : Je pense être capable de prendre soin de mes pieds tout seul

FAUX à 78%, VRAI à 22% avec 93% de certitude.

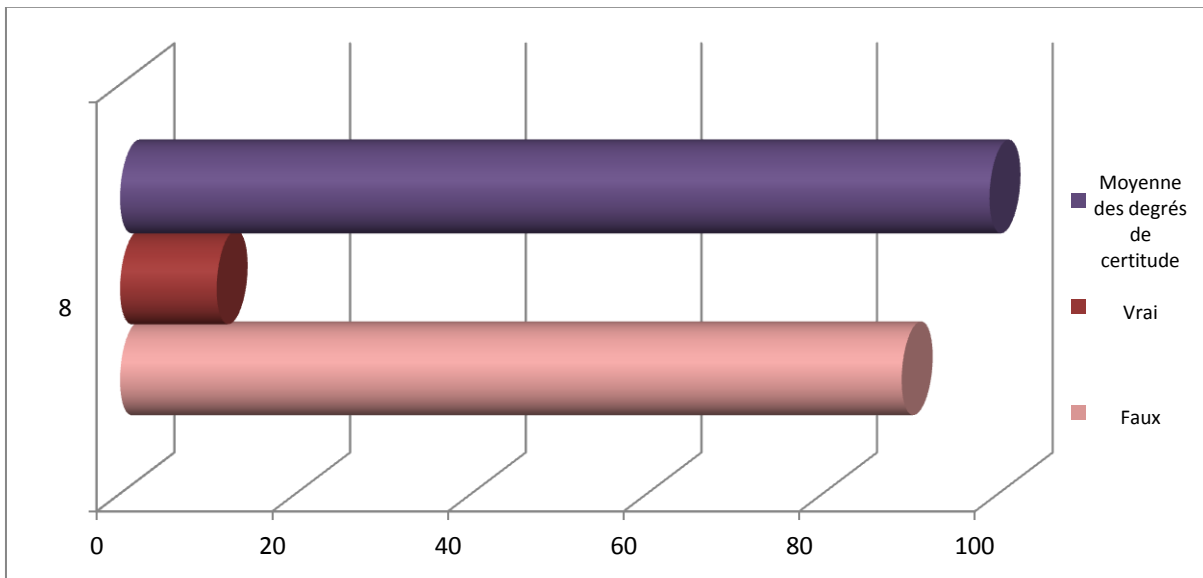
Question 7 : Je peux compter sur une tierce personne pour m'aider à prendre soin de mes pieds

FAUX à 22%, VRAI à 78% avec 98% de certitude.



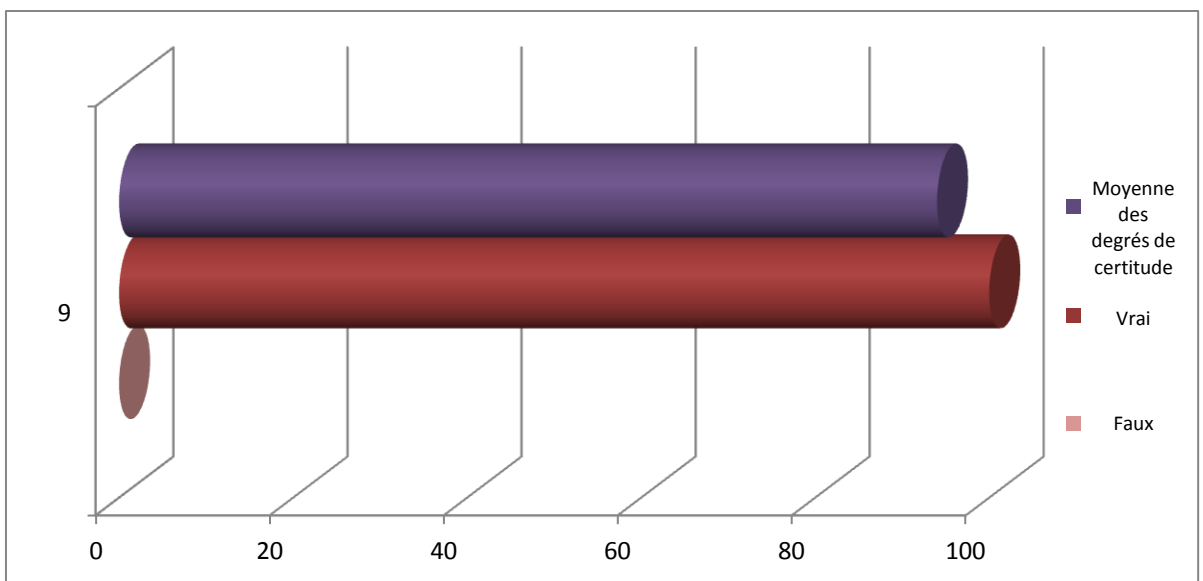
Question 8 : Je ne dois voir le podologue que si j'ai mal aux pieds

FAUX à 89%, VRAI à 11% avec 99% de certitude.



Question 9 : En cas de plaie je sais quand aller voir mon médecin

VRAI à 100% avec 94% de certitude.

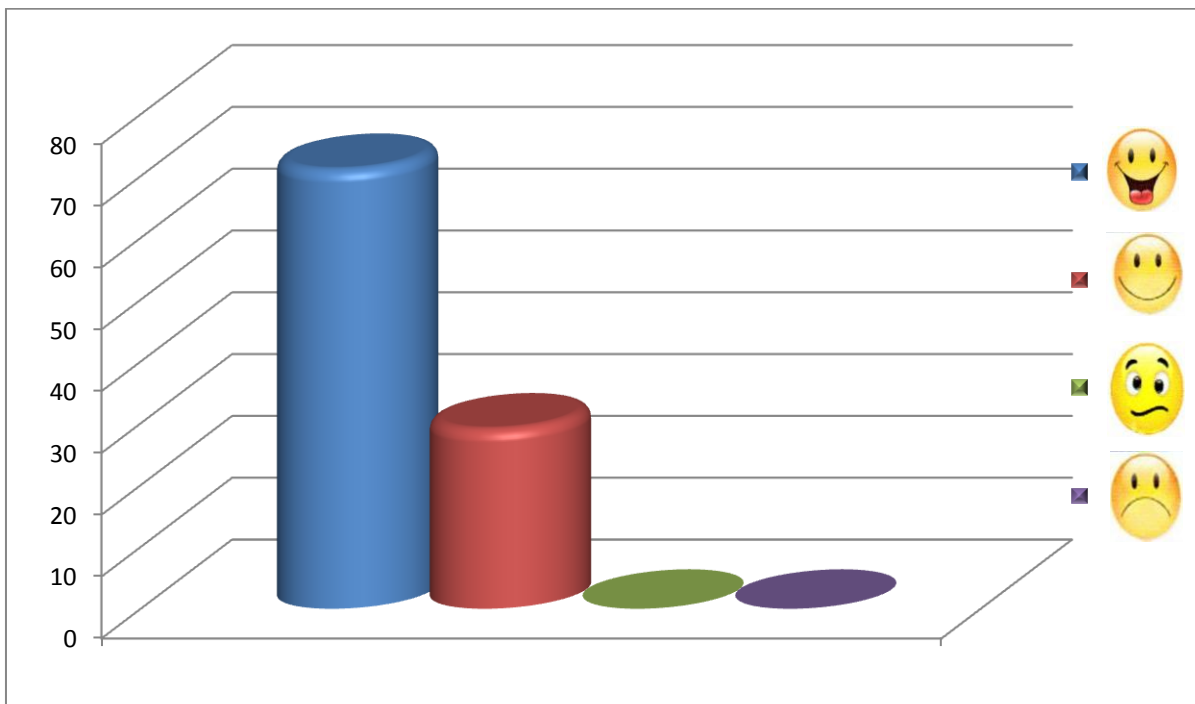


• **Objet d'évaluation 3: faire émerger les compétences des patients**

- Objectif d'évaluation : le patient est capable de citer une ou plusieurs de ses compétences
- Echelle de mesure : LIKERT
- Résultats :

Question : Je peux citer chez moi une ou plusieurs compétence(s)

71% répondent 😄 , 29% répondent 😊 .



• Objet d'évaluation 4 : motiver le patient au changement

- Evaluation par les formateurs

Objectif : Faire émerger un discours changement et développer les divergences

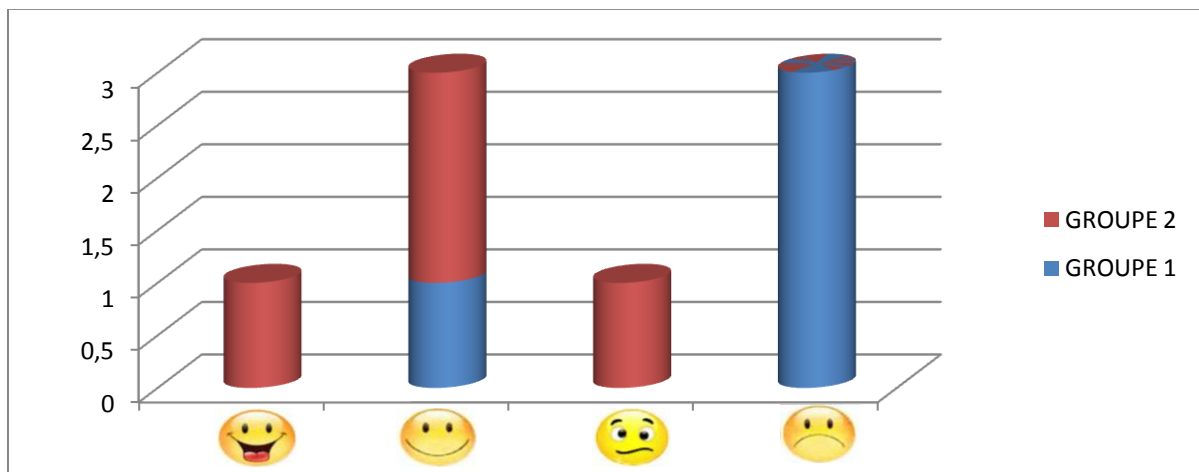
Critères : Discours changement : existence de désir de changement, verbalisation de capacités au changement, existence de raisons au changement, verbalisation de besoins de changement. Développer les divergences, explorer l'ambivalence : les bonnes choses à votre comportement, les moins bonnes choses dans votre comportement, le coût du changement, le gain du changement

Echelle de mesure : LIKERT

Résultats :

Concernant le travail en sous-groupe, les patients ont été capables de verbaliser :

- Un désir de changement
- Des capacités au changement
- Des raisons au changement
- Des besoins de changement

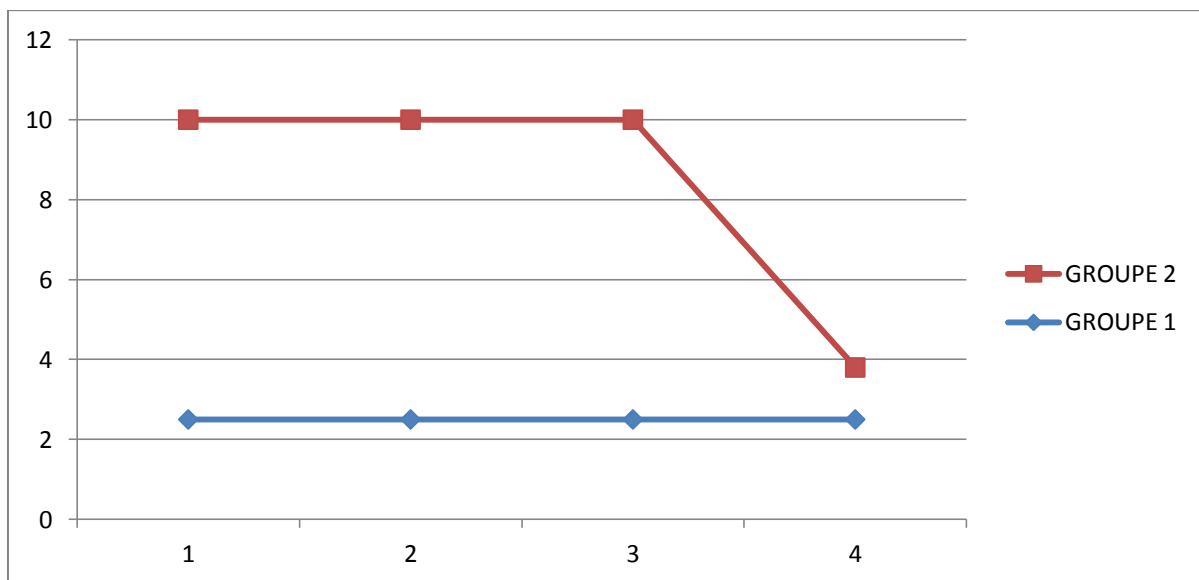


Pour ces 4 questions, la moyenne des « smile 😄 » lors du groupe 1 était de 0/4, la moyenne des « smile 😊 » était de 1/4, la moyenne des « smile 😐 » était de 0/4 et la moyenne des « smile 😞 » était de 3/4.

Lors du groupe 2, la moyenne des « smile 😄 » était de 1/4, la moyenne des « smile 😊 » était de 2/4, la moyenne des « smile 😐 » était de 1/4 et la moyenne des « smile 😞 » était de 0/4.

Les patients ont été capables d'explorer leur ambivalence :

1. Les bonnes choses dans leur comportement (échelle de 0 à 10) : pour le groupe 1, la note était de 2,5/10, pour le groupe 2 la note était de 10/10.
2. Les moins bonnes choses dans leur comportement (échelle de 0 à 10) : pour le groupe 1 la note était de 2,5/10, pour le groupe 2 la note était de 10/10.
3. Le coût du changement (échelle de 0 à 10) : pour le groupe 1 la note était de 2,5/10, pour le groupe 2 la note était de 10/10.
4. Le gain du changement (échelle de 0 à 10) : pour le groupe 1 la note était de 2,5/10, pour le groupe 2 la note était de 4/10.



Nous avons cherché à mettre en évidence par ces graphiques l'amélioration des réponses entre le groupe 1 et le groupe 2 par adaptation des animateurs entre les deux groupes.

- Evaluation par les patients

Objet : Motivation du patient

Objectifs : motivation du patient à s'engager dans le changement

Critères, indicateurs : Importance du changement, Confiance dans le changement, disposition au changement

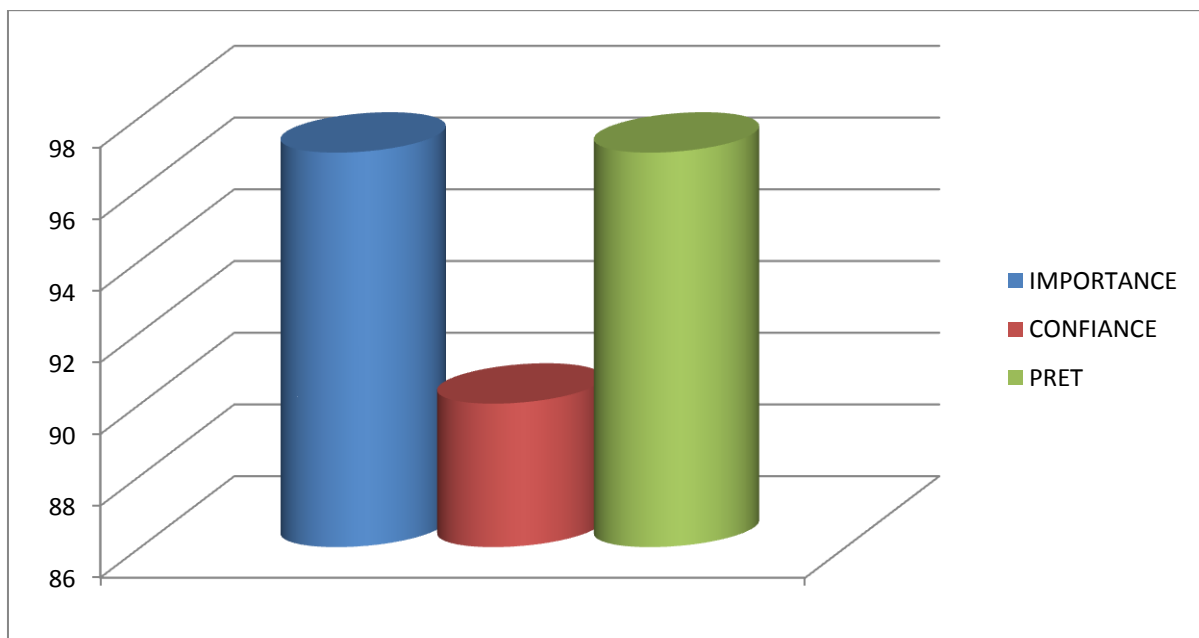
Echelle de mesure : échelle 0 à 10

Résultats :

Concernant les changements vis-à-vis de la prise en charge de vos pieds, quelle serait pour vous l'importance de ce changement : 97% en moyenne

Concernant un éventuel changement dans votre prise en charge, à quel point avez-vous confiance en ce changement : 90% en moyenne

A combien estimez-vous aujourd'hui le sentiment d'être prêt pour ce changement : 97% en moyenne

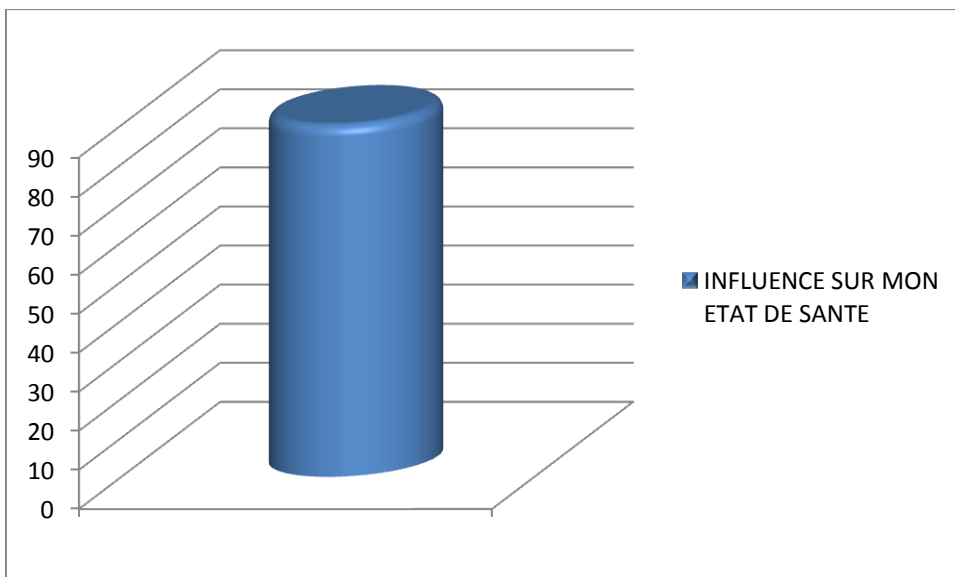


• **Objet d'évaluation 5: renforcer le sentiment d'auto efficacité**

- **Objectif :** Evaluation de la perception du patient à pouvoir agir sur des évènements le concernant

- **Echelles d'évaluation :** je crois que ce que je peux faire n'aura aucune influence sur mon état de santé (0) - je crois que ce que je peux faire aura une influence sur mon état de santé (10).

- **Résultats :** moyenne des échelles : 90%.



• **Objet d'évaluation 6: auto évaluation d'une animation de groupe**

- Objectif : capacité à conduire une animation collective
- Critères : ressenti, pertinence du contenu, adaptation des outils, animation
- Echelle de mesure : LIKERT
- Résultats :

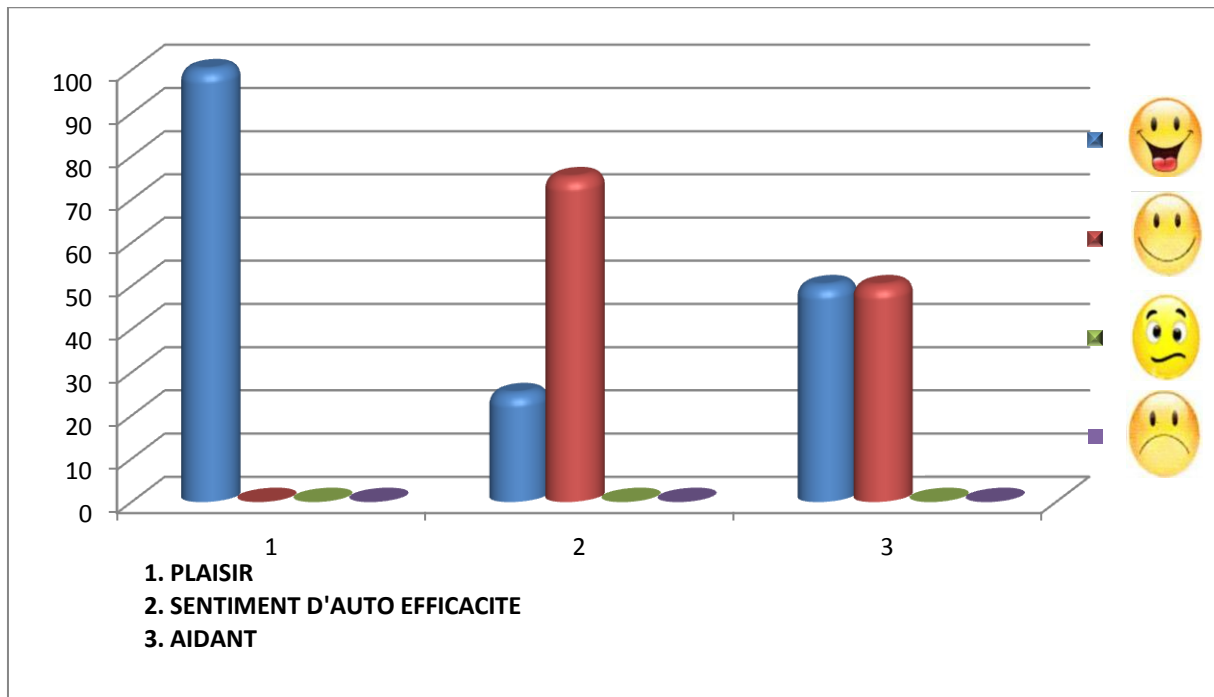
MODULE 1

RESSENTI :

Concernant le plaisir : 100% des animateurs ont répondu 😄.

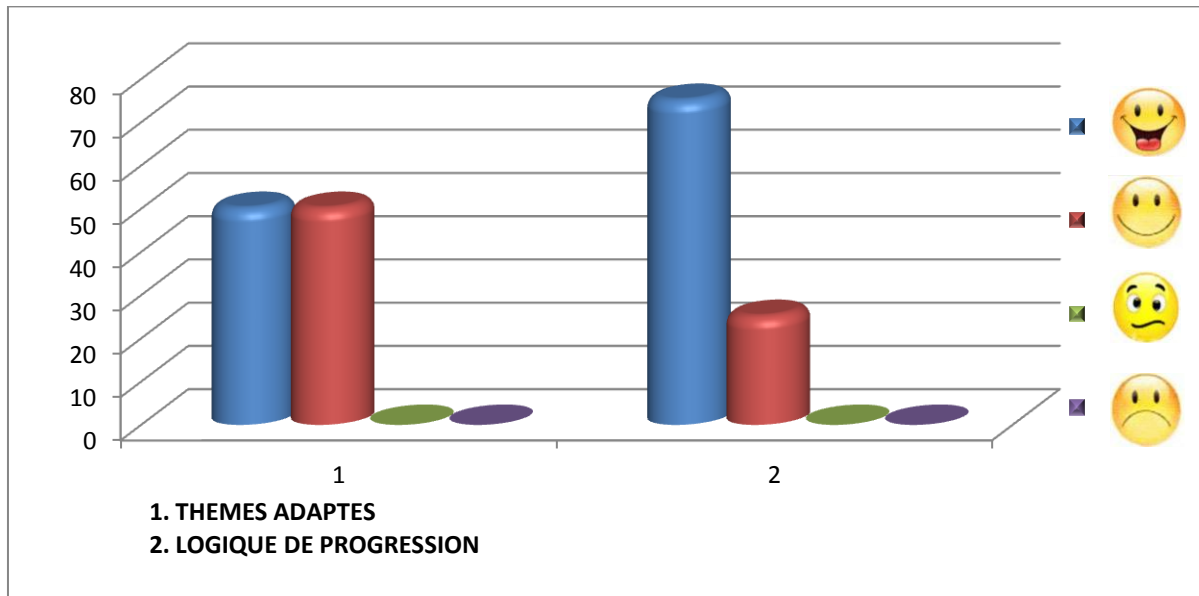
Concernant le sentiment d'auto efficacité : 25% ont répondu 😄, 75% 😊.

Concernant le sentiment d'être aidant : 50% ont répondu 😄, 50% 😊.



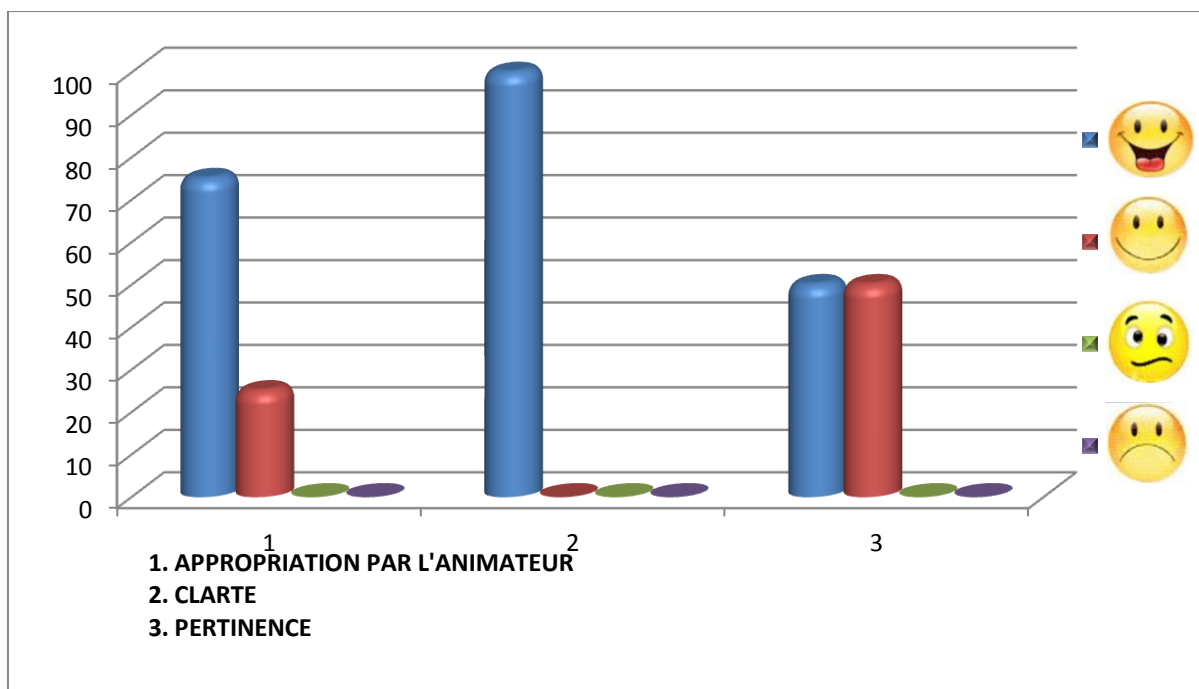
PERTINENCE DU CONTENU :

Concernant les thèmes adaptés : 50% des animateurs ont répondu 😄, 50% 😊.
 Concernant la logique de progression : 75% ont répondu 😄, 25% 😊.



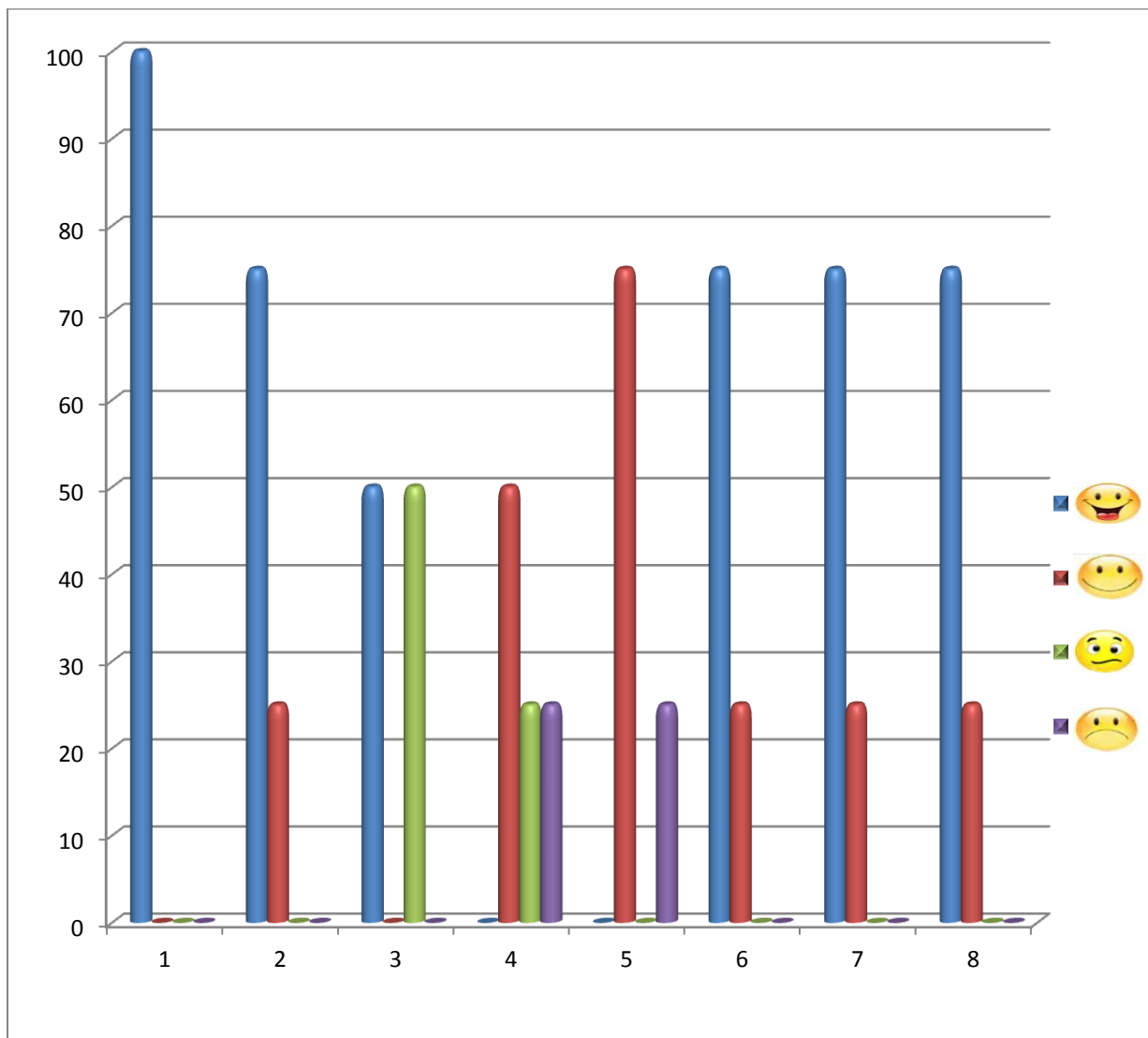
ADAPTATION DES OUTILS :

Concernant l'appropriation par l'animateur : 75% ont répondu 😄, 25% 😊.
 Concernant la clarté : 100% ont répondu 😄.
 Concernant la pertinence : 50% ont répondu 😄, 50% 😊.



ANIMATION :

1. Concernant la présentation du groupe : 100% ont répondu 😄.
2. Concernant l'écoute : 75% ont répondu 😄, 25% 😊.
3. Concernant les techniques de reformulation : 50% 😄, 50% 😟.
4. Concernant la valorisation : 50% ont répondu 😄, 25% 😟, 25% 😞.
5. Concernant l'utilisation des questions ouvertes : 75% ont répondu 😊, 25% 😞.
6. Concernant leurs facultés à favoriser l'interactivité : 75% ont répondu 😄, 25% ont répondu 😊.
7. Concernant leurs facultés à favoriser l'expression individuelle : 75% ont répondu 😄, 25% 😊.
8. Concernant leur capacité de synthèse : 75% ont répondu 😄, 25% 😊.



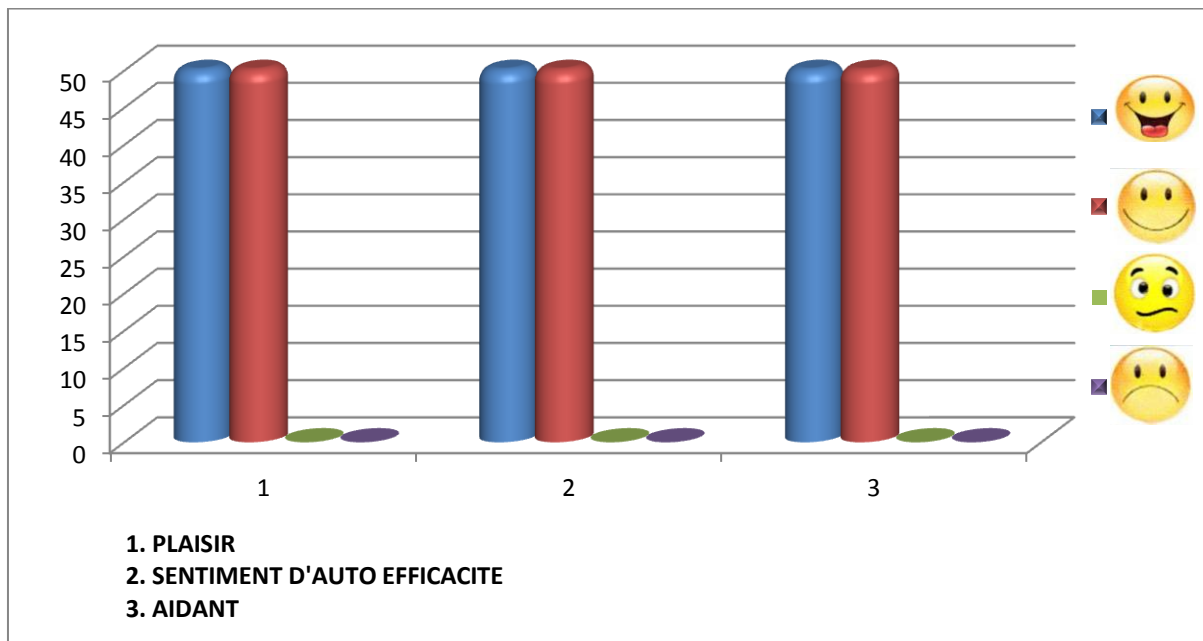
MODULE 2

RESSENTI :

Concernant l'appropriation par l'animateur : 50% ont répondu 😄 , 50% 😊 .

Concernant la clarté : 50% ont répondu 😄 , 50% 😊

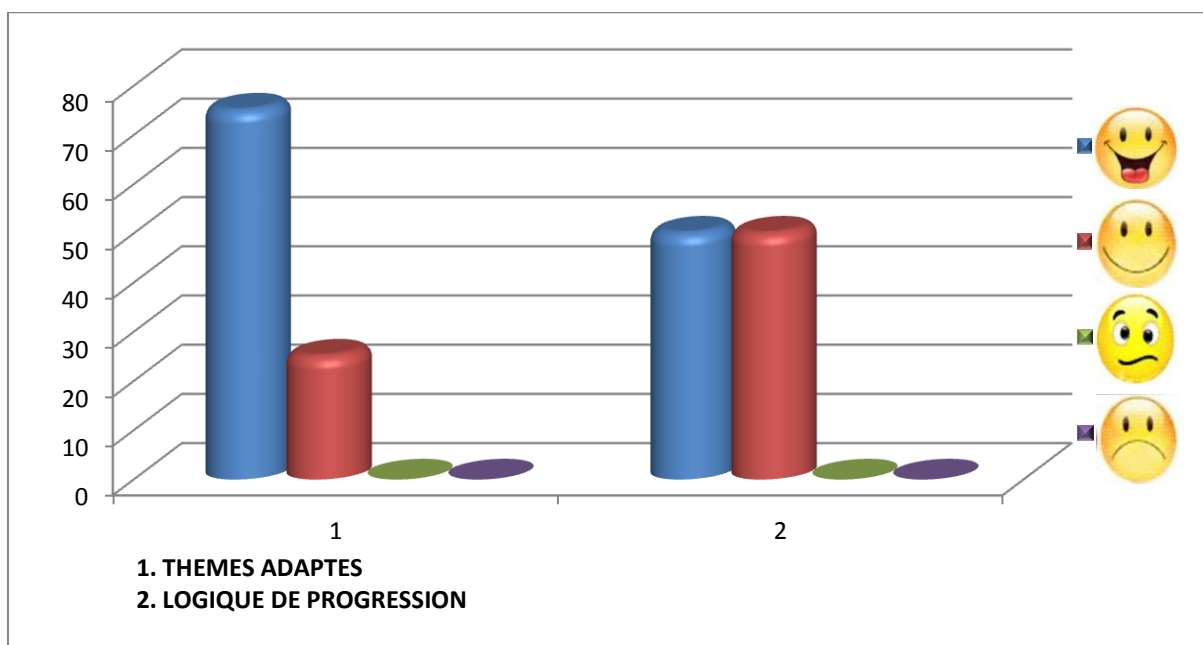
Concernant la pertinence : 50% ont répondu 😄 , 50% 😊 .



PERTINENCE DU CONTENU :

Concernant les thèmes adaptés : 75% des animateurs ont répondu 😄 , 25% 😊 .

Concernant la logique de progression : 50% ont répondu 😄 , 50% 😊 .

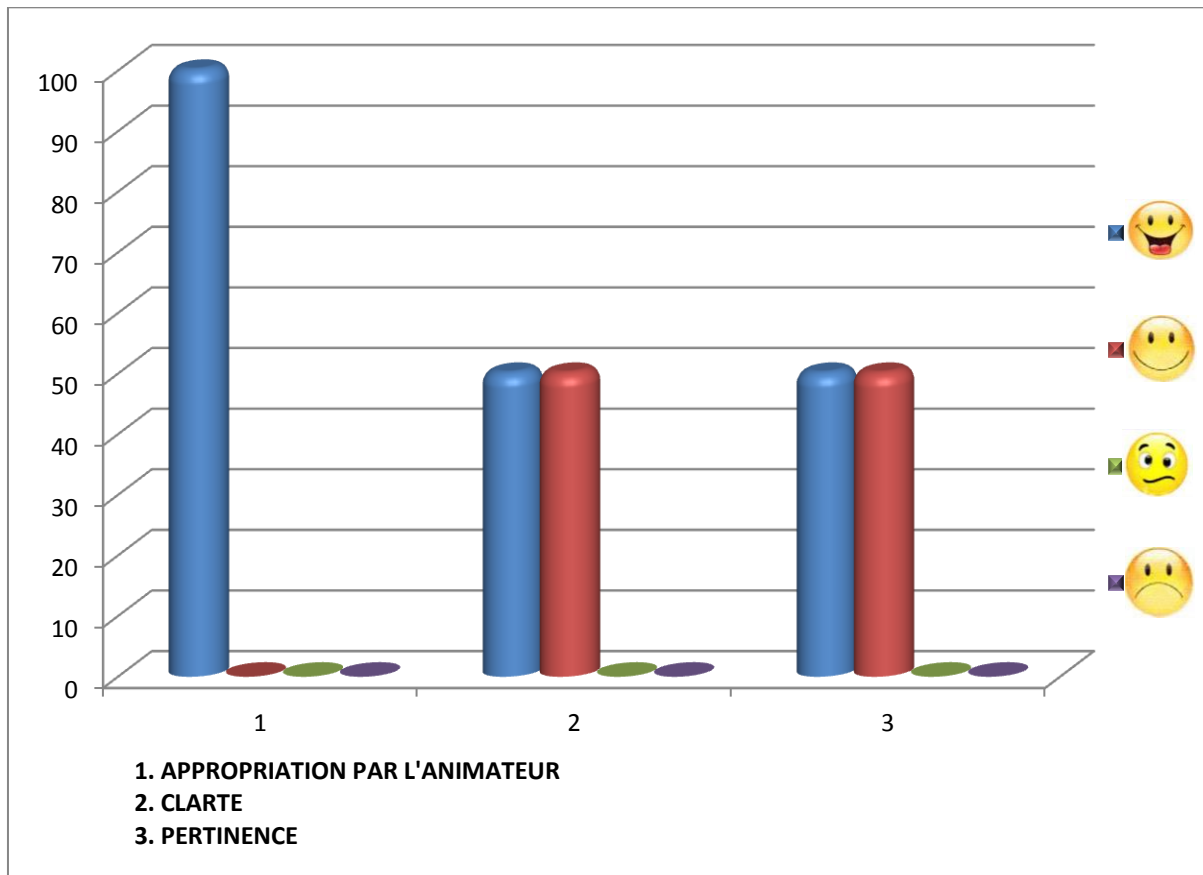


ADAPTATION DES OUTILS :

Concernant l'appropriation par l'animateur : 100% ont répondu 😄.

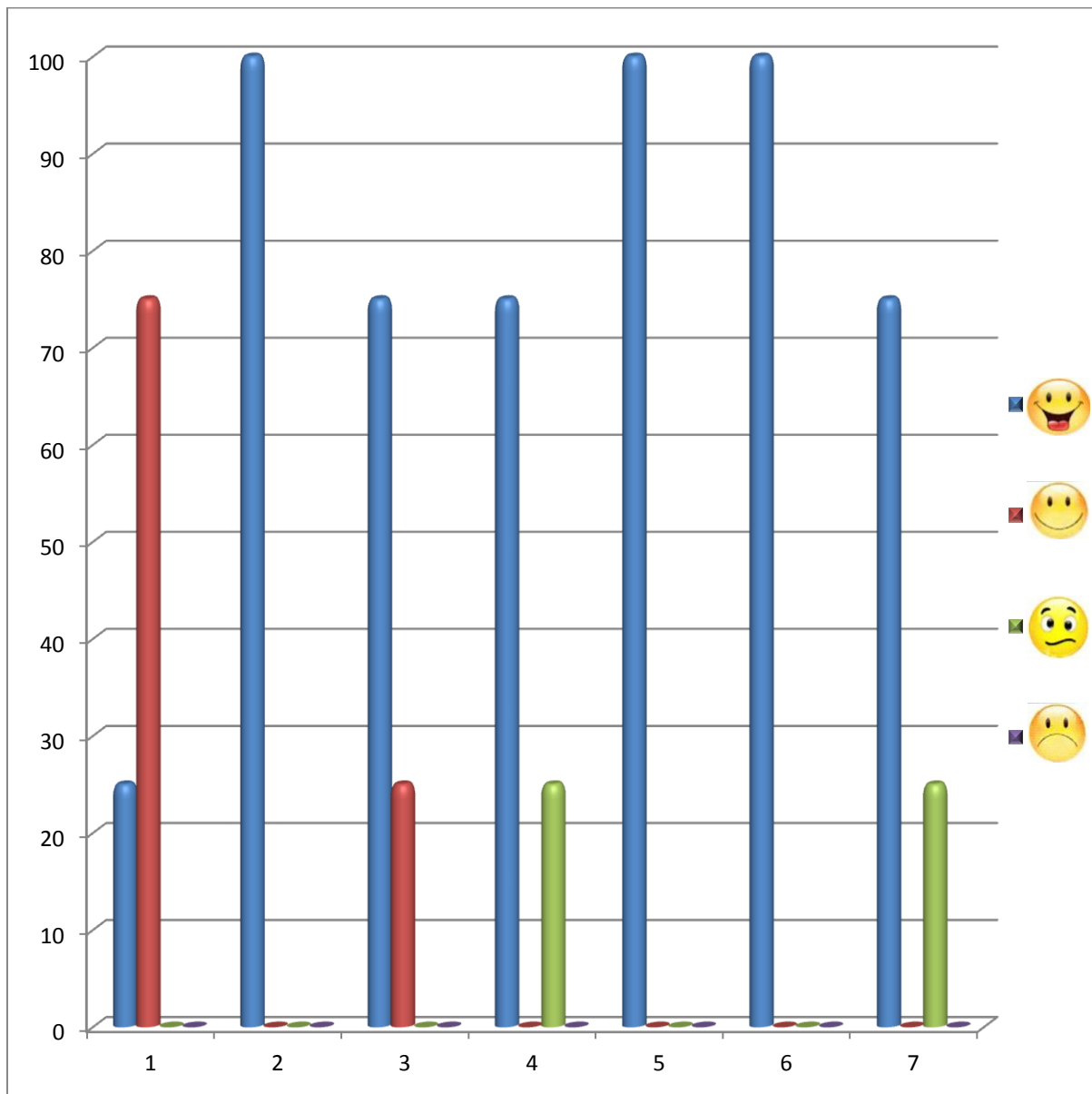
Concernant la clarté : 50% ont répondu 😄, 50% 😊.

Concernant la pertinence : 50% ont répondu 😄, 50% 😊.



ANIMATION :

1. Concernant l'utilisation des questions ouvertes : 25% ont répondu 😊 , 75% 😞
2. Concernant la valorisation : 100% ont répondu 😄
3. Concernant les techniques de reformulation : 75% 😄 , 25% 😊
4. Concernant les techniques de résumer : 75% ont répondu 😄 , 25% 😞
5. Concernant leurs facultés à favoriser l'interactivité : 100% ont répondu 😄
6. Concernant leurs facultés à favoriser l'expression individuelle : 100% 😄
7. Concernant leur capacité de synthèse : 75% ont répondu 😄 , 25% 😞.



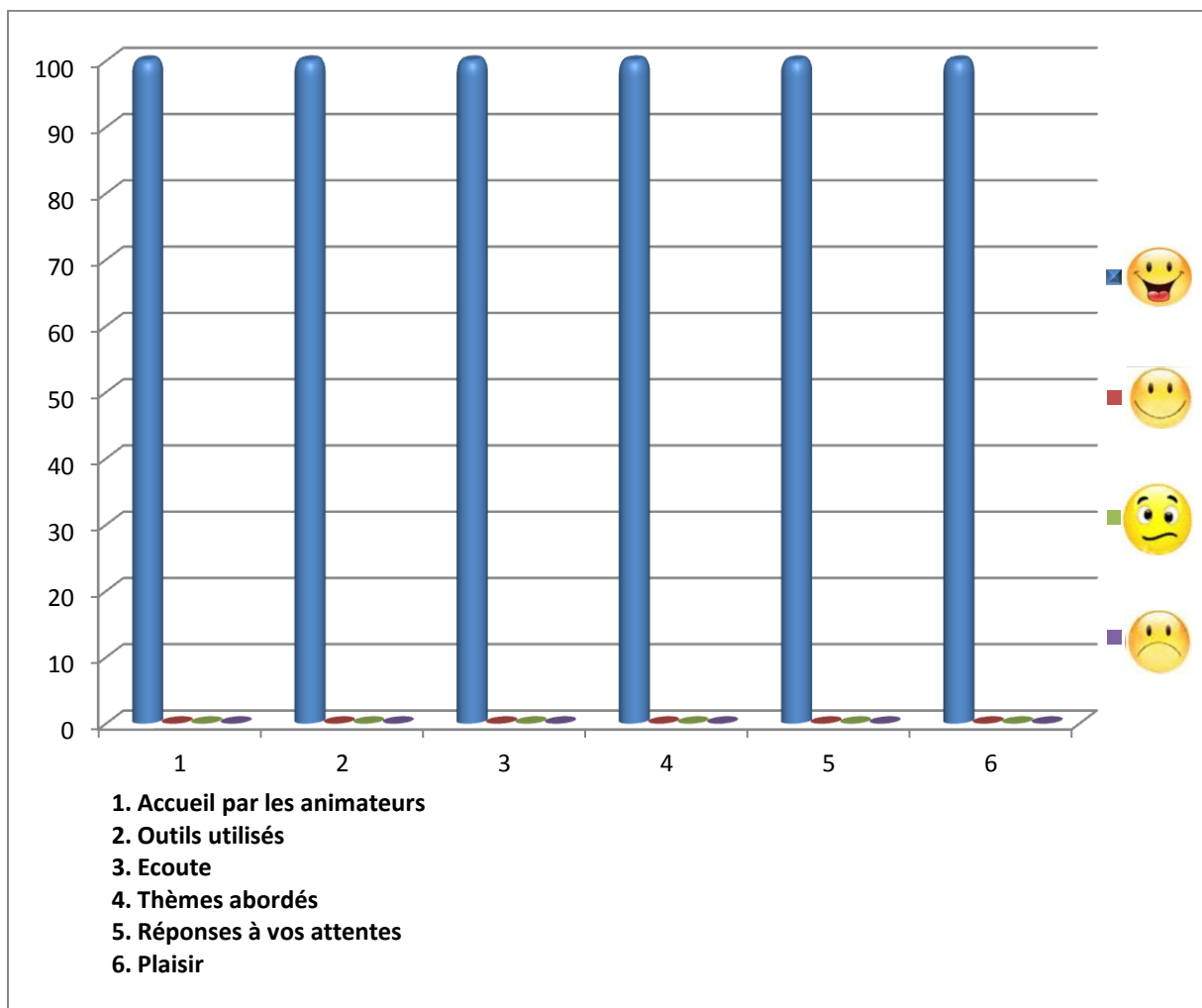
2.2. Méthode de recueil des données

Questionnaires d'évaluation distribués après chacun des deux modules. (ANNEXES 4-8)

3. Satisfaction globale

3.1. Objets et méthode d'évaluation

- Objet d'évaluation : satisfaction des patients concernant le programme dans sa globalité
 - Objectifs d'évaluation : déroulement du programme, attentes, utilité perçue, plaisir
 - Critères : Accueil par les animateurs, outils utilisés, écoute ressentie, satisfaction des thèmes abordés, réponses aux attentes, plaisir à la participation.
 - Echelle de mesure : LIKERT
- Concernant tous les items : 100% des patients ont répondu 😊.



3.2. Méthode de recueil des données

Questionnaire remis à la fin du deuxième module. (ANNEXE 5)

4. Partage des informations

4.1. Objets et méthode d'évaluation

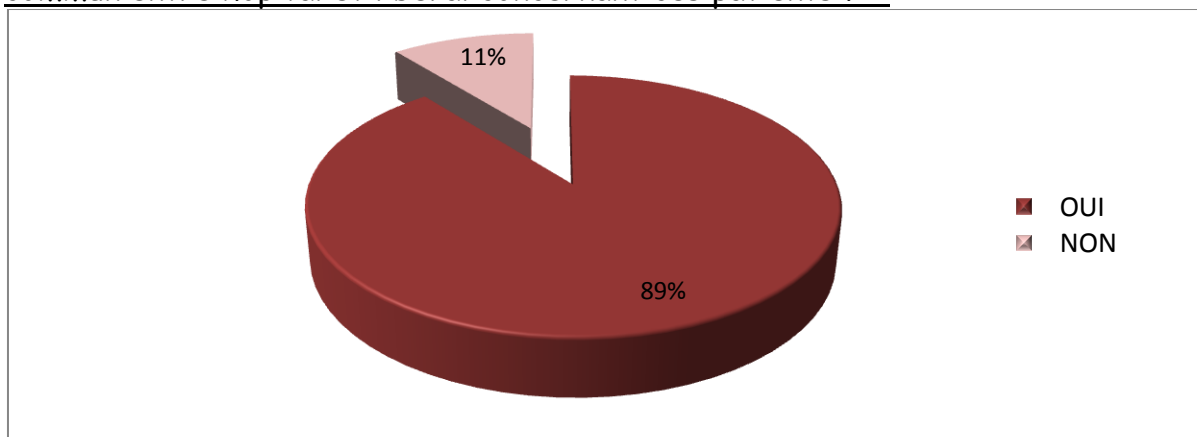
- Objet d'évaluation : sensibilisation des soignants au problème de pied diabétique.
- Objectifs d'évaluation : implication des soignants extra hospitaliers par recueil de questionnaires de sensibilisation (ANNEXE 9), réalisation d'un carnet de suivi prenant en compte les données recueillies par l'analyse des questionnaires, patients vus lors de la consultation « pied diabétique » et adressé par les soignants extra hospitaliers.
- Critères : nombre de questionnaires recueillis, commentaires des soignants extra hospitaliers concernant le contenu du livret, nombre de patients vus lors de la consultation « pied diabétique ».
- Echelle de mesure : existence d'un carnet de suivi
- Résultats :

• Questionnaires Médecins

80 questionnaires ont été envoyés aux médecins généralistes installés en cabinet dans un rayon de 20 kilomètres autour de Feurs.

Nous avons obtenus 29 retours dont un non comptabilisé pour invalidité (départ en retraite, questionnaire non rempli).

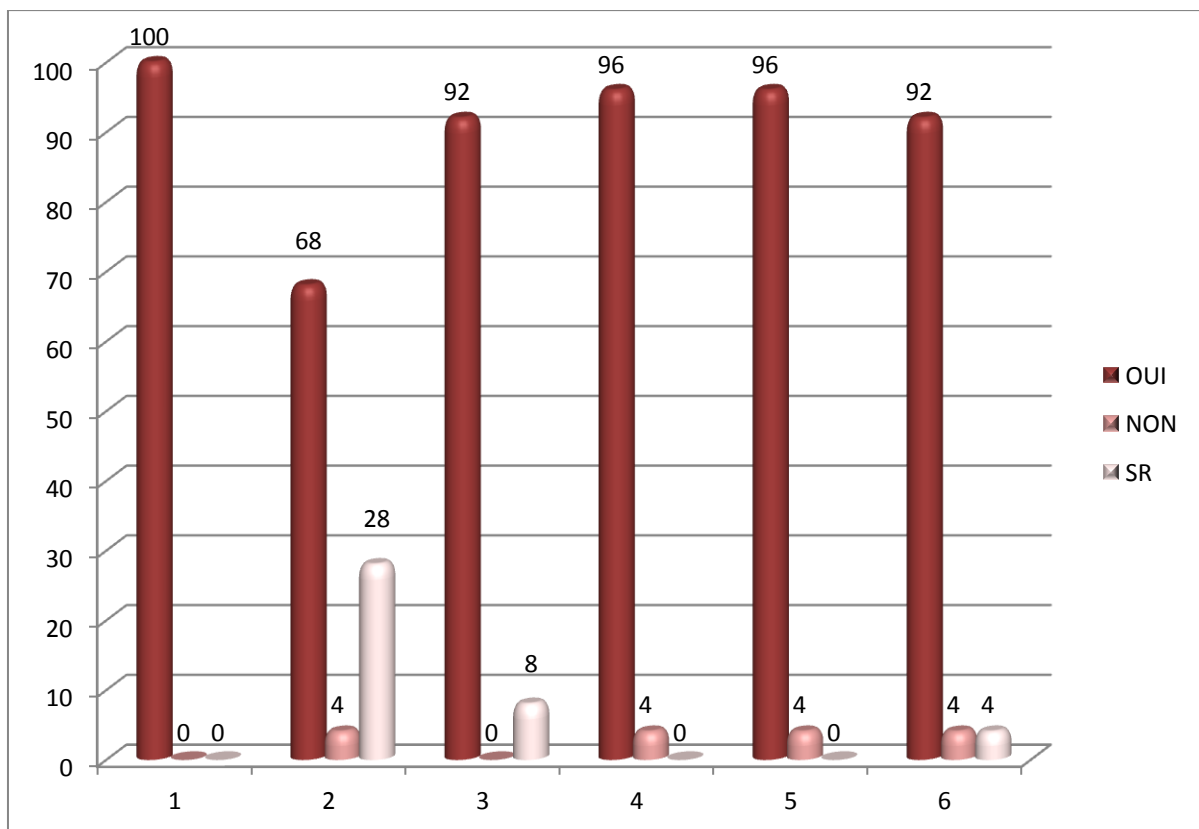
Question 1 : « Vous avez certainement parmi vos patients des personnes diabétiques avec pied à risque, seriez-vous favorables à la création d'un carnet commun entre hôpital et libéral concernant ces patients ? »



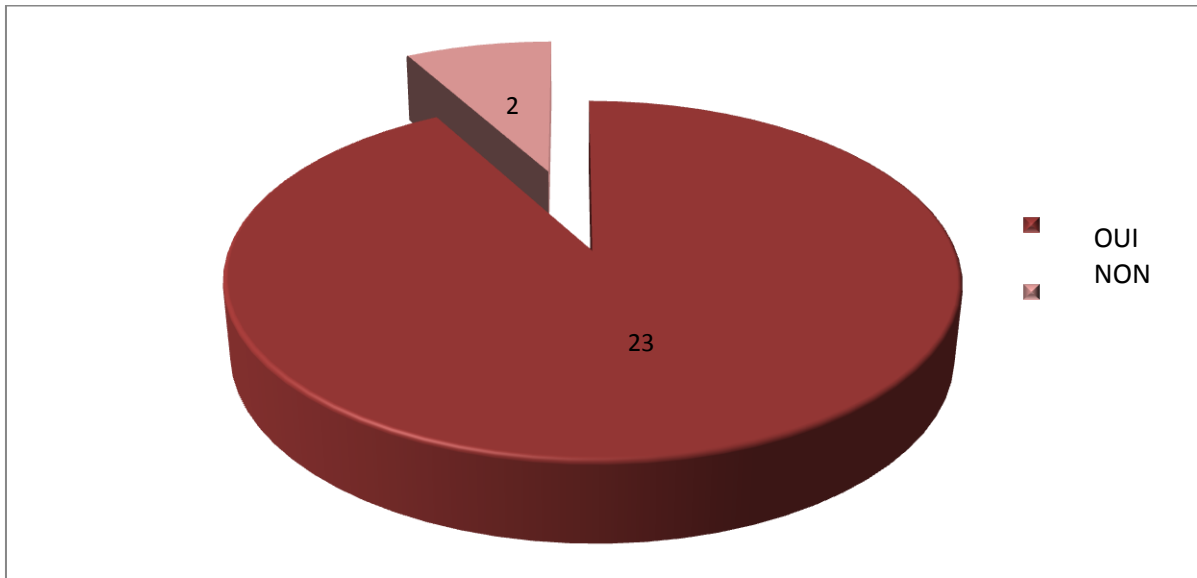
3 médecins ont répondu « NON » en précisant :
 « ne pas se limiter aux pieds », « encore des obligations professionnelles alors qu'il faudrait responsabiliser le patient et pas le professionnel », « pas d'intérêt ».

Question 2 : « Que souhaiteriez-vous y voir figurer ? »

1. Les différents correspondants
2. Les antécédents du patient
3. La chronicité du diabète et complications
4. Les informations concernant la plaie
5. Les actions sur le chaussage
6. Les objectifs fixés avec le patient



Question 3 : « Souhaiteriez-vous disposer d'un espace de communication ? »

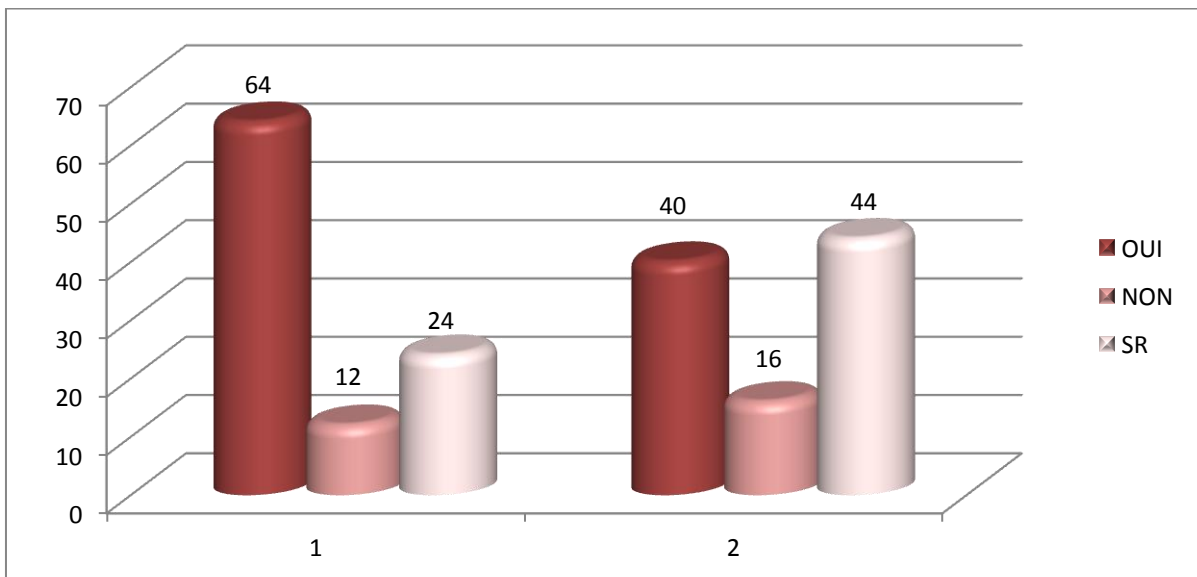


Question 4 : « Quelles informations souhaiteriez-vous partager ? »

Résumé de la consultation, modification de traitement, prise en charge de la plaie, prochains rendez vous, observance, compréhension du patient, évolution de la lésion, résultats des bilans de suivi

Question 5 : « Sous quelle forme ? »

1. Espace libre
2. Cases à cocher

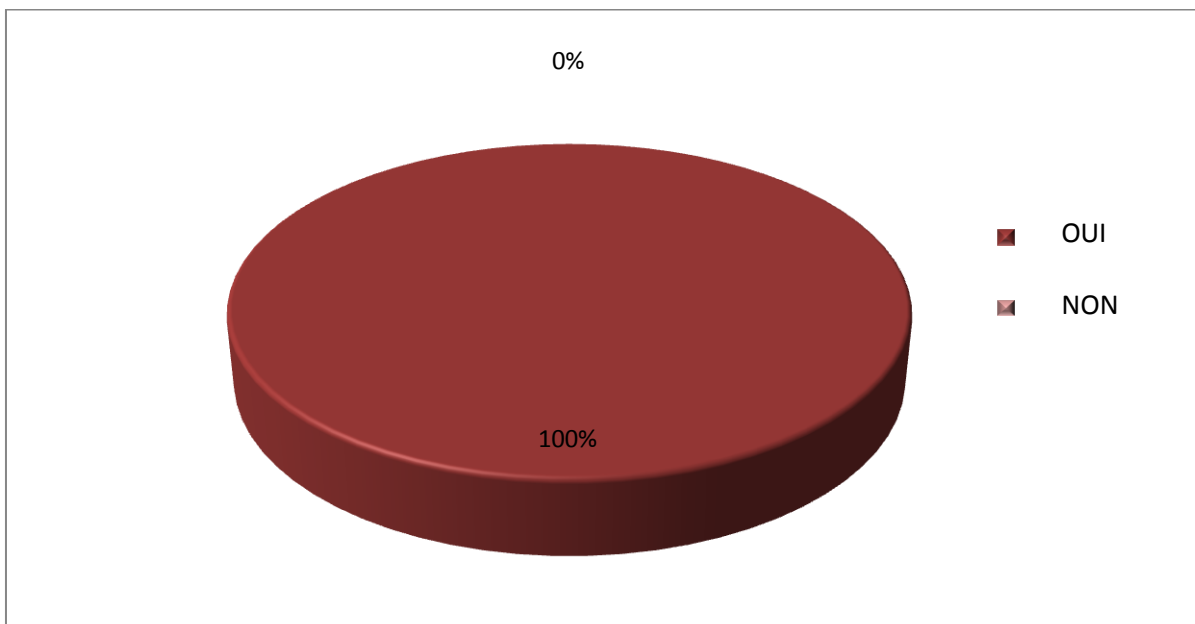


• Questionnaires Infirmières

73 questionnaires ont été envoyés aux infirmières libérales se trouvant dans un rayon de 20km de Feurs.

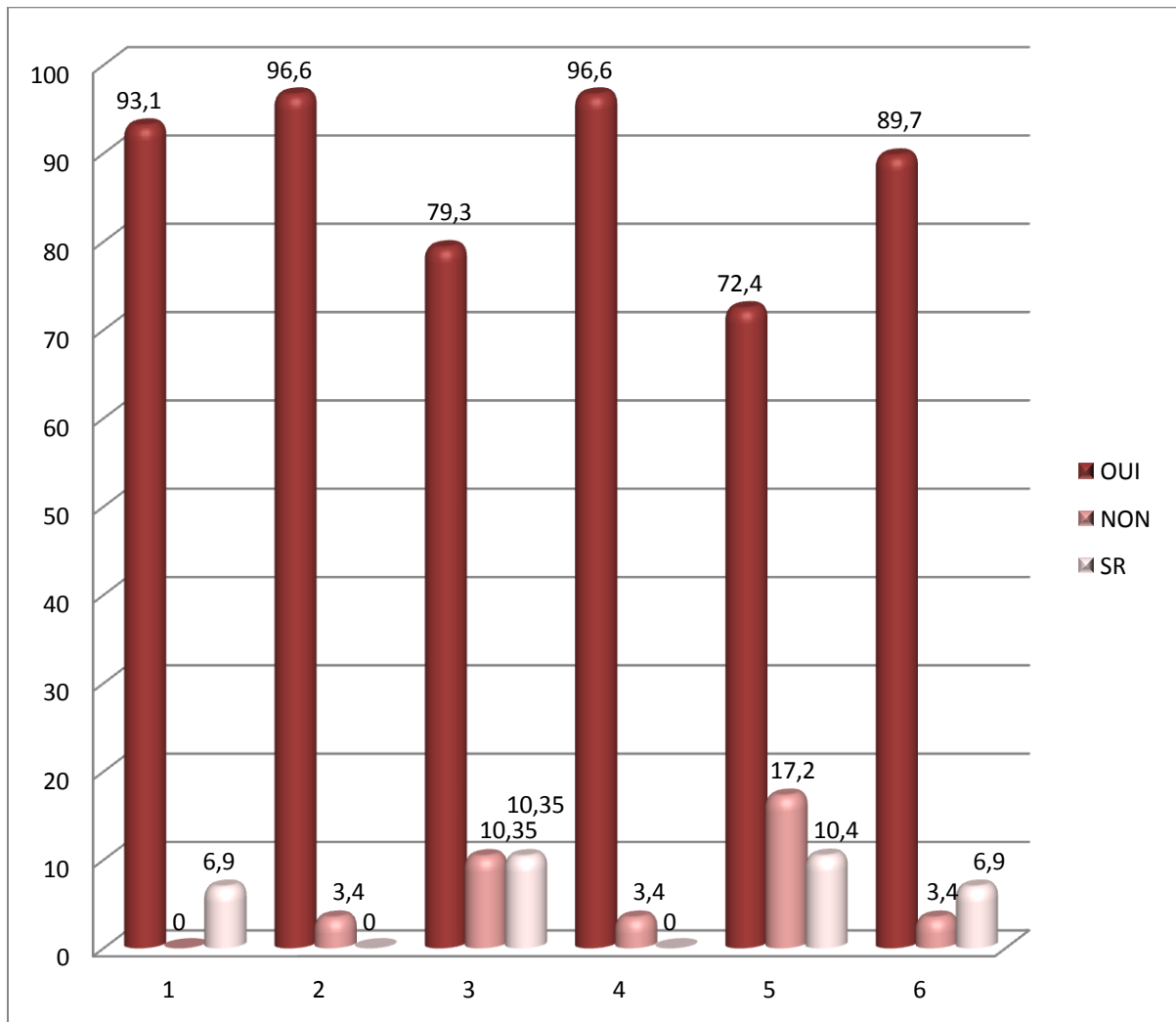
29 questionnaires ont été retournés.

Question 1 : « Vous avez certainement parmi vos patients des personnes diabétiques avec pied à risque, seriez-vous favorables à la création d'un carnet commun entre hôpital et libéral concernant ces patients ? »

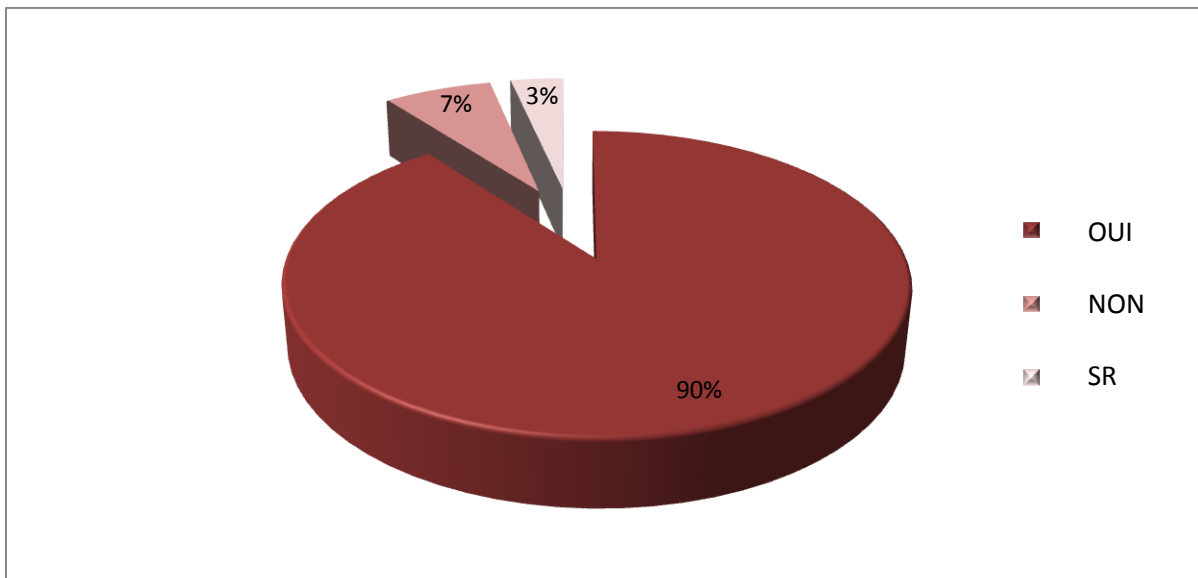


Question 2 : « Que souhaiteriez-vous y voir figurer ? »

1. Les différents correspondants
2. Les antécédents du patient
3. La chronicité du diabète et complications
4. Les informations concernant la plaie
5. Les actions sur le chaussage
6. Les objectifs fixés avec le patient



Question 3 : « Souhaiteriez-vous disposer d'un espace de communication ? »

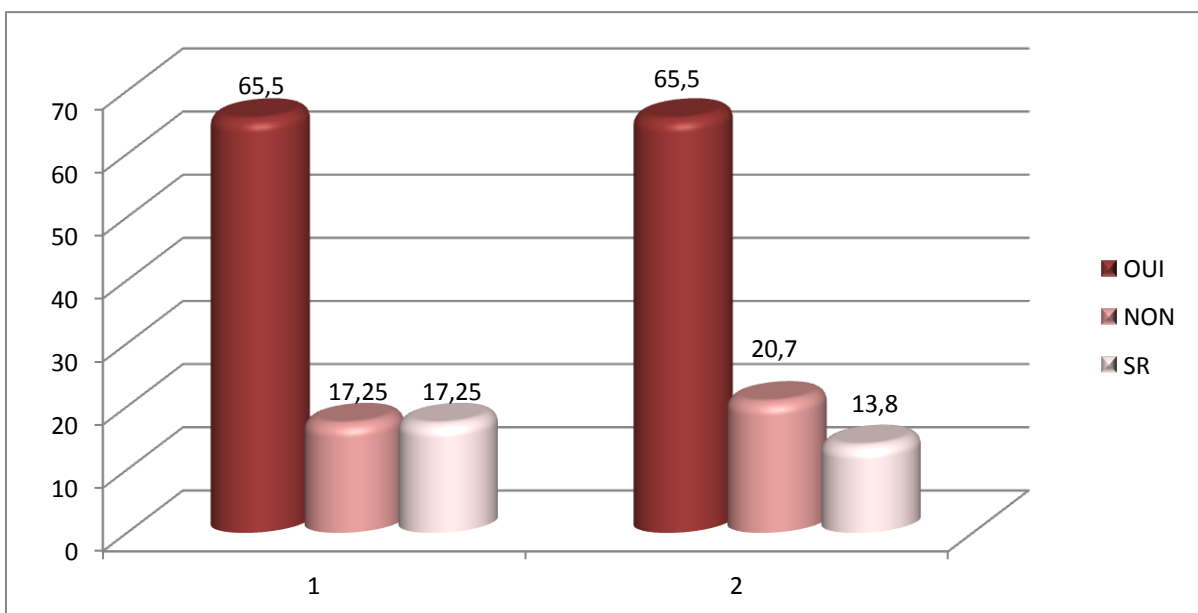


Question 4 : « Quelles informations souhaiteriez-vous partager ? »

Prochains RDV, évolution de la plaie, problème intercurrent, protocole, traitement, suivi de la compréhension du patient, adhésion au traitement, difficultés rencontrées avec le patient.

Question 5 : « Sous quelle forme ? »

1. Espace libre
2. Cases à cocher



- Consultation « pied diabétique »

Depuis sa création, nous avons réalisé 6 consultations « pied diabétique » avec une moyenne de 3 patients par consultation : 25 mai, 15 juin, 29 juin, 20 juillet, 10 août, 7 août.

10 patients ont pu en bénéficier.

Un patient a été adressé par un médecin, un par une infirmière libérale et deux par un podologue.

- Création d'un carnet de liaison. (ANNEXE 10)

4.2. Méthode de recueil des données

Bilan annuel d'activité.

VII. DISCUSSION

1. Discussion des résultats

1.1. Activités éducatives

- Compréhension de la pathologie diabétique et de ses complications

Les patients sont globalement à l'aise pour prendre la parole et donner leur point de vue. Le climat créé par les soignants lors de l'accueil du groupe et de chaque participant est fortement responsable de ces réponses. Toutefois, le mode de recrutement des patients ayant participé à ces deux premiers groupes représente un biais. Effectivement, il s'agissait pour la plupart de patients bien connus par le médecin coordonnateur du projet, une relation de confiance existait donc déjà. De plus, comme nous le verrons plus loin, la participation à ces groupes fait l'objet du volontariat.

Les patients se reconnaissent moins à l'aise pour évoquer le mécanisme de leur maladie et de ses complications.

Cette première séquence a permis à tous de réaliser certaines choses notamment en termes de gravité et de conséquence de la maladie.

- Reconnaître le caractère silencieux de l'évolution de la maladie par la résolution d'un cas clinique

Notons qu'une patiente ne s'est pas sentie concernée par le cas clinique présenté. Il s'agissait d'une patiente en début de prise en charge de sa pathologie diabétique et ne présentant donc pas encore de complication ni de pied à risque. Les recommandations soulignent l'importance de la prévention et de l'éducation au niveau des pieds, mais précisent également que l'éducation doit être faite en fonction du degré de risque des patients ce qui n'est pas le cas dans ce programme. Nous devons donc rediscuter du mode de recrutement des patients et de l'adaptation des séquences en fonction des risques du public.

Toutefois, après cette séquence, tous les patients déclarent qu'ils vont adapter certaines choses dans leur comportement notamment sur la prise en charge de leurs pieds.

- Questionnaires Vrai/Faux réalisés après la séquence pratique sur les objets de soins et les personnes ressources

La question 3 : « Je dois enlever la corne tous les jours » est mal formulée d'où l'importance du taux de mauvaises réponses. Il n'existe ni bonne ni mauvaise réponse à cette question formulée ainsi.

Cette séquence pratique a permis de mettre en évidence que les patients n'ont pas à la maison tous les outils nécessaires pour prendre soin de leurs pieds (un patient nous a même montré comment il s'occupait de ses ongles de pieds avec un couteau suisse !). Les patients se rendent compte qu'ils ne peuvent pas s'occuper de leurs pieds seuls mais peuvent compter sur une tierce personne pour la majorité d'entre eux.

- Faire émerger les compétences des patients

Pour la majorité, ils peuvent citer chez eux une ou plusieurs compétences. La réalisation de la casita a d'ailleurs été riche en émotion pour certains patients. Plusieurs témoignages ont mis en évidence l'importance de la famille et ont été l'occasion de partager les différents parcours de vie.

- Motiver le patient au changement

L'évaluation des patients par les formateurs a permis surtout de mettre en évidence les capacités des animateurs à explorer le discours changement avec les patients. Effectivement, on note une amélioration des résultats entre le groupe 1 et le groupe 2 concernant la verbalisation des bonnes choses, des moins bonnes choses et des difficultés au changement. Malgré cela, il a été difficile de développer le gain du changement pour les deux groupes.

L'évaluation des patients montre qu'entre l'importance du changement, la confiance en ce changement et le fait d'être prêt à ce changement, c'est la confiance qui paraît la moins développée.

- Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle

En moyenne, les patients sont persuadés que ce qu'ils peuvent faire a une influence sur leur état de santé, ce qui est un résultat positif pour l'évaluation du programme. Parallèlement, nous estimons que le rôle de l'animateur est important pour aider les patients dans le développement du sentiment d'efficacité personnelle. Les qualités de valorisation dans le discours des soignants est primordial dans ce sens.

- Evaluation de l'animation de groupe

Concernant les techniques d'animation, la reformulation, la valorisation et les questions ouvertes sont les pratiques les moins bien maîtrisées par les animateurs (même si il existe une amélioration de ce ressenti entre les 2 groupes et entre les 2 modules). Soulignons ici le rôle indispensable de la construction des séquences par l'ensemble des formateurs pour une meilleure appropriation des outils et des techniques de communication attendues.

1.2. Satisfaction globale

Tous les patients ayant participé aux modules sont très satisfaits concernant tous les critères d'évaluation. Cela montre que l'enquête de besoin a permis d'extraire des problématiques éducatives pertinentes

1.3. Mise en place d'un outil commun dans la prise en charge des plaies diabétiques

29 médecins et 29 infirmières ont répondu au questionnaire de sensibilisation. Le carnet de suivi a été élaboré et retravaillé selon les réponses aux questionnaires, ce qui a demandé beaucoup de temps. Il est vrai que le carnet de suivi n'est pas encore édité par manque de financement, mais sur les dix patients ayant bénéficié de la consultation « pied », tous sont repartis avec la fiche de prise en charge initiale et aucun commentaire de la part des soignants libéraux n'a été inscrit. Nous espérons beaucoup de la soirée du 18 octobre pour favoriser cette communication et recueillir les témoignages sur les raisons de ce silence.

2. Déroutement du processus

Nous discuterons ici de l'adaptation au programme et des propositions d'amélioration. Pour cela, nous nous sommes inspirés du guide proposé par l'HAS sur l'auto évaluation des programmes en ETP.

2.1. Mise en œuvre des activités d'éducation

- Existe-t-il un diagnostic éducatif personnalisé ?

La mise en évidence des problématiques éducatives décrites dans ce programme sont issue d'une enquête de besoin effectuée après entretien de 40 patients. Toutefois, il n'existe pas de diagnostic éducatif individuel. Nous proposons donc qu'avant l'inclusion des patients aux groupes d'éducation, un temps soit pris avec eux pour poser ce diagnostic et qu'il soit retranscrit dans le livret « ouvrir un œil sur le pied » utilisé pour chaque module. Cet entretien pourra être fait par un des membres de l'équipe participant au projet (médecin ou infirmière).

- Comment sont appréciés les changements que les patients ont pu mettre en application dans leur vie quotidienne ?

Après lecture des résultats, nous avons mis en évidence certains leviers pour amorcer le changement des patients. Toutefois, il n'existe pas de suivi évaluant la mise en place de ces changements. Nous proposons qu'un entretien de type entretien motivationnel ait lieu à distance de l'éducation de groupe. Cet entretien pourra être réalisé par un des membres de l'équipe participant au projet et sera l'occasion de revenir sur le diagnostic éducatif, l'apport des séances de groupe, les changements mis en place par les patients. Cela sous entend d'ailleurs la formation continue de ces soignants aux techniques de communication et d'entretien motivationnel.

- Les méthodes pédagogiques favorisent-elles la participation active des patients ?

Toutes les méthodes pédagogiques développées pour ce programme ont été réfléchies pour développer la participation active des patients. Méta-plan, production de groupe, cas clinique et brainstorming entretiennent les discussions. De plus,

notons que les qualités des animateurs ont fortement favorisé l'expression individuelle et l'interactivité.

- Les méthodes pédagogiques favorisent-elles la réflexion des patients sur leur situation de vie avec la maladie et permettent-elles de soutenir les compétences à développer et leur transfert dans la vie quotidienne ?

Ici encore, nous avons voulu ce programme pratique et les notions abordées sont facilement transposables dans la vie de tous les jours. Le développement de compétences fait l'objet de plusieurs séquences lors des modules et fait partie de nos objectifs.

2.2. Coordination

- Quelles sont les activités qui ne se font pas et qu'il serait souhaitable de faire ?

La satisfaction des patients est excellente et nous avons vu que tout était fait pour favoriser la participation et l'interactivité. De plus, la majorité des patients connaissait un des animateurs du programme et leur participation était volontaire. Ceci explique l'agréable décontraction des participants qui est un point positif du bilan. Toutefois, il n'existe pas de séquence magistrale reprenant les questions théoriques, peut-être devrions-nous y réfléchir dans le but d'accorder encore d'avantage de crédit à nos deux modules.

- Comment se fait l'inclusion des patients aux séances éducatives ?

Nous allons organiser un recrutement plus systématique des patients. En effet, un des patients ayant participé au premier groupe était hospitalisé lors du premier module et nous nous sommes fait la réflexion qu'il ne serait sûrement pas venu si cela n'avait pas été le cas. La participation aux séances éducatives de groupe sur la base unique du volontariat représente un biais de sélection et de nombreux patients sont exclus de cette éducation. Désormais, le premier module éducatif se verra proposé aux patients présents en hôpital de jour et fera partie de leur journée de bilan de diabète (même si bien sûr leur accord est indispensable à leur participation aux groupes). Comme nous l'avons évoqué, l'inclusion se fera après entretien avec

un des membres de l'équipe éducative afin d'effectuer le diagnostic éducatif individuel et afin également de présenter au mieux ce qui est évoqué lors des modules.

2.3. Partage des informations

Plusieurs questions doivent être évoquées à ce sujet et feront l'objet de réflexion et de décisions communes à l'équipe :

- L'équipe dispose-t-elle de notes par patient ?
- Existe-t-il un dossier éducatif par patient ?
- Comment se fait le lien avec le médecin traitant ?
- Comment se fait le lien avec les autres services de l'établissement ?

Ce projet n'est qu'à ses débuts et doit être amélioré, élargi avec la participation des acteurs de médecine libérale autour du CH de Feurs, avec les autres services du CH de Feurs, ainsi que les soignants du CH de Montbrison.

3. Influence de ce travail sur mon développement professionnel

Ce travail en éducation thérapeutique du patient est toujours très riche d'enseignement sur la relation patient-médecin, sur l'aide que le médecin peut apporter au patient : ce n'est plus le patient qui s'adapte au discours du médecin mais le médecin qui cherche comment il peut aider son patient. C'est la voie que j'ai choisie pour exercer mon métier de médecin et que je cherche à développer autour de moi dans mon milieu professionnel puisque je me suis formée dans cet objectif là.

Ce travail de DIFEP s'inscrit dans la continuité d'activités en ETP que j'ai engagées mais il permet d'aller plus loin dans un créneau bien ciblé.

La mise en place d'un projet sous ma responsabilité, engageant le soutien de l'administration, du personnel soignant de l'hôpital, mais aussi différents acteurs de santé du secteur privé autour de Feurs demande ouverture, sens de la coordination, contacts et démarches multiples. Ce projet est pour moi une ouverture professionnelle très riche.

Encadrer la construction du projet met en œuvre les qualités de formateur exigées par le DIFEP et permet de les développer. C'est la meilleure formation pratique.

La multiplication des contacts autour du projet, les activités mises en place au sein du centre hospitalier de Feurs vont créer une sensibilisation de tous les acteurs de santé de proximité à l'éducation thérapeutique du patient. D'ailleurs, des demandes m'arrivent aujourd'hui de la part de collègues qui, jusque là, n'accordaient pas une place très importante à l'ETP.

L'obtention de ce diplôme m'ouvre également de nouvelles perspectives. Tout d'abord au sein du centre hospitalier avec un projet de mise en place d'une unité transversale en éducation thérapeutique dans le cadre de la fusion des CH de Feurs et Montbrison. Cette unité aura pour mission, auprès des services demandeurs, d'aider à la structuration, mise en place et évaluation de leurs projets en ETP. J'ai été également contactée par le réseau DEDICAS pour assurer la formation en ETP des soignants sur la Loire pour l'année 2012-2013, projet qui, je l'espère, sera reconduit sur les prochaines années.

VIII. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Le diabète est une des pathologies chroniques les plus évaluées en termes d'éducation thérapeutique du patient. Le « pied diabétique » est un véritable problème de santé publique, alors que dans 4 cas de plaie sur 5 le facteur déclenchant aurait pu être identifié. Ainsi, les programmes en ETP se multiplient et nous prouvent de manière de plus en plus rigoureuse l'amélioration des complications liées à cette maladie et notamment au niveau du pied à risque.

Toutefois, les patients restent fortement acteurs de leur prise en charge, en témoignent les chiffres de l'observance thérapeutique... C'est donc à nous, soignants, de les aider à modifier leur comportement si nous voulons vraiment qu'ils vivent mieux avec leur maladie.

Explorer la manière de changer les comportements nécessite une vision socio-anthropo-scientifico-psycho-pédagogique, fruit de la réflexion d'éminents auteurs et qui nous plonge finalement au cœur de nous-mêmes, puis au cœur de nos patients. Ce travail nous demande un investissement et une remise en question permanente, rendus difficiles par le manque de temps dont nous disposons. Toutefois, l'éducation thérapeutique représente l'expression d'une relation qui confère au patient une place qui jusqu'alors lui avait été confisquée, celle de participant à l'action thérapeutique et éducative. Il s'agit pour le malade de devenir l'architecte de son propre apprentissage et de tenter de donner un sens à un parcours de vie complexe.

Le programme que nous avons mis en place est l'ébauche de ce travail avec nos patients. Il nous montre la complexité des relations avec les patients mais aussi avec les autres soignants. Cependant, nous devrions pouvoir nous appuyer sur des qualités d'acceptation inconditionnelle de l'autre, de neutralité bienveillante, d'authenticité et d'empathie pour une communication réussie.

La poursuite de ce programme avant son aboutissement me demandera une implication personnelle encore importante pour constituer une équipe efficace et structurée pouvant continuer « l'œuvre » de manière plus autonome. Ainsi, il me sera possible de me consacrer à d'autres projets en ETP et faire ainsi avancer cette spécialité transversale au sein des structures dans lesquelles j'évolue.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ricci P, Blotière PO, Weill A, Simon D, Tuppin P, Ricorideau P, Allemand H. Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ? Bull Epidémiol Hebd 2010;42-43:435-31
2. Reiber GE. Epidemiology of foot ulcers and amputations in the diabetic foot. In: Bowker JH, Pfeifer MA, eds. The Diabetic Foot. 6th ed. St Louis: Mosby; 2001: 13-32.
3. Williams R, Airey M. The size of the problem: epidemiological and economic aspects of foot problems in diabetes. In: Boulton AJM, Connor H, Cavanagh PR, eds. The Foot in Diabetes, 3rd ed. Chichester: Wiley ; 2000: 1-17.
4. Richard JL, Parer-Richard C. Le pied diabétique : Données épidémiologiques et économiques. In : Richard JL, Vannereau D, eds. Le Pied Diabétique. Paris: Editions M.F. ; 2002: 23-43.
5. Gordois A, Oglesby A, Scuffham P, Shearer A, Tobian J. The Health Care Costs of Diabetic Peripheral Neuropathy in the US. Diabetes Care 2003;26(6): 1790-1795
6. Ashford RL, McGee P, Kinmond K. Perception of quality of life by patients with diabetic foot ulcers. The Diabetic Foot 2000; 3: 150-155.
7. Boyko EJ, Ahroni JH, Smith DG, Davignon D. Increased mortality associated with diabetic foot ulcer. Diabet Med 1996; 13: 967-972.
8. Tentolouris N, Al-Sabbagh S, Walker MG, Boulton AJM, Jude EB. Mortality in diabetic and nondiabetic patients after amputations performed from 1990 to 1995. A 5-year follow-up study. Diabetes Care 2004; 27: 1598-1604.
9. Van Damme H, Limet R. Le pied diabétique. Rev Med Liege 2005;60(5-6): 516-525
10. Apelqvist J, Larsson J, Agardh CD. The influence of external precipitating and peripheral neuropathy on the development and outcome of diabetic foot ulcers. J Diabetic Complications 1990;(481): 21-5.
11. INSEE. Recensement de la population 2009. Évolution et structure de la population. [en ligne]. Disponible sur <<http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/esl/comparateur.asp?codgeo=CV-4207&codgeo=DEP-42>> (consulté le 17 septembre 2012)
12. Assal JP, Mulhauser I, Pernet A, Gfeller R, Jorgeens V, Berger M. Patient education as the basis for diabetes care in clinical practice and research. Diabetologia 1985 ; 28(8) : 602-13

13. Hutchinson A, McIntosh A, Feder G, Home PD, Young R. Clinical Guidelines for Type 2 Diabetes: Prevention and Management of Foot Problems. London : Royal College of General Practitioners; 2000
14. Litzelman DK, Slemenda VW, Langefeld CD, et al. Reduction of lower extremity clinical abnormalities in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 1993; 119: 36-41.
15. Dargis V, Pantelejeva O, Jonushaite A, Vileikyte L, Boulton AJM. Benefits of a multidisciplinary approach in the management of recurrent diabetic foot ulceration in Lithuania. A prospective study. *Diabetes Care* 1999; 22: 1428-1431.
16. Patout CA, Birke JA, Horswell R, Williams D, Cerise FP. Effectiveness of a comprehensive diabetes lower-extremity amputation prevention program in a predominantly low-income African-American population. *Diabetes Care* 2000; 23: 1339-1342.
17. Mason J, O'Keeffe C, McIntosh A, Hutchinson A, Booth A, Young RJ. A systematic review of foot ulcer in patients with Type 2 diabetes mellitus. II: treatment. *Diabet Med*, 1999; 16 (11) :889-909
18. Valk GD, Kriegsmann DM, Assenfeldt WJ. Patient education for preventing diabetic foot ulceration A systematic review. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2002; 31(3):633-58.
19. Singh N, Armstrong DG, Lipsky BA. Preventing foot ulcers in patients with diabetes. *JAMA* 2005 ; 293:217-228
20. Grumbach ML, Richard JL. Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques. Recommandations de bonnes pratiques pour la prévention et le traitement local des lésions des pieds chez les diabétiques. Paris : ALFEDIAM ; 2005
21. International Working Group on the Diabetic Foot. Diabetes and foot care : time to act. Brussels : IDF ; 2005
22. National Institute for Clinical Excellence. Type 2 diabetes. Prevention and management of foot problems. Clinical Guideline 10. London : NICE ; 2004
23. International Diabetes Federation. Global Guideline for Type 2 diabetes. Clinical Guidelines task force. Brussels : IDF ; 2005
24. American Diabetes Association. Preventive foot care in people with diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26(Suppl 1) :78-9

25. Pinzur MS, Slovenkai MP, Trepman E, Shields NN. American Orthopaedic Foot and Ankle Society Guidelines for diabetic foot care : recommendations endorsed by the Diabetes Committee of the American Orthopaedic Foot and Ankle Society. *Foot Ankle Int* 2005; 26(1) : 113-9
26. Campbell L, Graham AR, Kidd R, Molloy HF, O'Rourke S, Colagiuri S, et al. Evidence based guideline for the management of type 2 diabetes mellitus. Part 6 : detection and prevention of foot problems in type 2 diabetes. 2005 ; 58-67
27. Frykberg RG, Zgonis T, Armstrong DG, Driver VR, Giurini JM, Kravitz SR, et al. American College of Foot and Ankle Surgeons. Diabetic foot disorders. A clinical practice guideline. *J Foot Ankle Surg* 2006 ; 45(suppl 5) : 1-66
28. HAS. Service évaluation des actes professionnels. Séances de prévention des lésions des pieds chez le patient diabétique, par le pédicure-podologue. 2007 ; 7-34
29. Pecoraro RE, Reiber GE, Burgess EM. Pathways to diabetic limb amputation. Basis for prevention. *Diabetes care* 1990 ; 13(5) : 513-21
30. Schmidt S, Mayer H, Panfil EM. Diabetes foot self-care practices in the German population. *J Clin Nurs* 2008;17(21):2920-2926.
31. Malgrange D, Richard JL, Leymarie F. Screening diabetic patients at risk for foot ulceration. A multi-centre hospital-based study in France. *Diabetes Metab* 2003; 29(3): 261-8.
32. Mayfield JA, Reiber GE, Sanders LJ, Janisse D, Pogach LM. Preventive foot care in people with diabetes. *Diabetes Care* 1998; 21: 2161-2177.
33. McCabe CJ, Stevenson RC, Dolan AM. Evaluation of a diabetic foot screening and protection programme. *Diabet Med* 1998; 15: 80-84.
34. Van Houtum WH, Rauwerda JA, Ruwaard D, Schaper NC, Bakker K. Reduction in diabetes-related lower-extremity amputations in the Netherlands: 1991-2000. *Diabetes Care* 2004; 27: 1042-1046.
35. Larsson J, Apelqvist J, Agardh C-D, Stenström A. Decreasing incidence of major amputation in diabetic patients: a consequence of a multidisciplinary foot care team approach? *Diabet Med* 1995; 12: 770-776.
36. Edmonds ME, Blundell MP, Morris ME, Thomas EM, Cotton LT, Watkins PJ. Improved survival of the diabetic foot: the role of a specialized foot clinic. *Q J Med* 1986; 60(232): 763-71.

37. Bruckner M, Mangan M, Godin S, Pogach L. Project LEAP of New Jersey: lower extremity amputation prevention in persons with type 2 diabetes. *J Manag Care* 1999;5(5):609-16
38. Pataky Z. « Pieds à risque” – un nouveau concept ». Prévention des lésions des membres inférieurs en milieu hospitalier. Diplôme de Formation Continue en Éducation Thérapeutique du Patient. Genève : Université de Genève. 2006 ; 89.
39. Rönnemaa T, Hämäläinen H, Toikka T, Liukkonen I. Evaluation of the impact of the podiatrist care in the primary prevention of foot problems in diabetic subjects. *Diabetes Care* 1997; 20: 1833-1837.
40. Plank J, Haas W, Rakovac I, *et al.* Evaluation of the impact of chiropodist care in the secondary prevention of foot ulcerations in diabetic patients. *Diabetes Care* 2003; 26: 1691-1695.
41. Sun PC, Jao SH, Lin HD. Improving preventive foot care for diabetic patients participating in group education. *J Am Podiatr Med Assoc* 2009;99(4):295-300.
42. Golay A, Lager G, Giordan A. Une éducation thérapeutique en quatre dimensions pour diminuer la résistance au changement des patients obèses. *Médecine des maladies métaboliques* 2007;1(1):69-76.
43. Golay A, Lager G, Giordan A. Motivating patients with chronic disease. *Journal of Medicine and the Person*. 2007 ; 5(2) :57-63.
44. Golay A, Nguyen Howles M, Mateiciuc S, Bufacchi T, Amati F. Améliorer l'observance médicamenteuse. *Med Hyg* 2004 ; 62 : 909-13.
45. Rosenberg M. Self-concept and psychological well-being in adolescence. In : R. L. Leahy (ed.). *The development of the self*. New York Academic Press 1985 ; 205-246.
46. Carmines EG. Psychological origins of adolescent political attitudes : self-esteem, political salience, and political involvement. *American Politics Quarterly* 6 1978 ; 167-186
47. Blackburn ME, Dion J, Ross A. Evolution de l'estime de soi et de l'insatisfaction de son image corporelle de 14 à 18 ans. Acte du 29^{ème} colloque de l'Association québécoise de pédagogie collégiale. 2009 ; 79-86.
48. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977;84:191-215.
49. Rapley P. Self-efficacy Theory: Relevance of General and Specific Efficacy Beliefs for Psychosocial Adaptation to Chronic Illness Over Time. Thesis. Curtin University of Technology, School of Nursing and Midwifery. 2001 ; 192.

50. Pajares F. Self-efficacy beliefs in achievement settings. *Review of Educational research*, 1996, 66:543-578.
51. Zimmerman BJ, Bandura A, Martinez-Pons M. Self-motivation for academic attainment : The role of self-efficacy beliefs and personal goal setting. *American educational Research Journal*, 1992, 29: 663-676.
52. Bandura A. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. Bruxelles : De Boeck Université. 2003 ; 865.
53. Bandura, A. (1994). L'auto-efficacité. Dans VS Ramachaudran (Ed.), *Encyclopédie du comportement humain*, 4. New York: Academic Press, 1994 ; 71-81.
54. Grimaldi A. La maladie chronique. Presses de Sciences Po. *Les Tribunes de la santé* 2006 ; 4 (13) :45-51.
55. Reach G. La non-observance thérapeutique : une question complexe. Un problème crucial de la médecine contemporaine. *Médecine*. 2006 ; 2 (9) : 411-5
56. Taylor S. Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation. *Am Psychol* 1983; 38 : 1161-73
57. Vanistendael S. La résilience, un regard qui fait vivre. *BICE*. 2002 : 3-5
58. Cyrulnik B. Un merveilleux malheur. Paris, Odile Jacob. 1999 ; 235.
59. Vanistendael S, Lecomte J. Le bonheur est toujours possible - Construire la résilience. Paris, Bayard. 2000 ; 224.
60. Rappaport J. Studies in Empowerment: introduction to the Issues. *Prevention in Human Services*. 1984 (3): 1-17.
61. Klepac M.J. Theory and practical applications of a wellness perspective in diabetes education. *The Diabetes Educator*. 1996 ; 22(3) :225-230.
62. Ford M.E. et al. An empowerment-centered, church-based asthma education program for african american adults. *Health & Social Work*. 1996 ; 21(1) :70-75.
63. Gibson C.H. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*. 1991 ; 16 : 354-361
64. Aujoulat I. L'empowerment des patients atteints de maladie chronique. Des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire. Thèse de doctorat en santé publique option éducation du patient. Université catholique de Louvain. 2007 ; 48.

65. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. L'observance des prescriptions médicales : quels sont les facteurs en cause ? Comment l'améliorer ? Médecine. 2006 ; 2 (9) : 402-6.
66. Abric JC. Psychologie de la communication : théories et méthodes. Armand Colin. 2003 ; 36-37
67. Rogers CR. Le développement de la personne. Paris, InterEditions. 2005 ; 296.
68. Rogers CR. Kinget GM. Psychothérapie et relations humaines, Paris, Nauwelaerts. 1962 ; 260
69. Martin JP, Savary E. Formateur d'adultes. Se professionnaliser. Exercer au quotidien. Chroniques sociales. 2004 ; 520.
70. Sommer A, Reiner Meylan M, Gache P. Motiver nos patients : de la rencontre au suivi. Bâtir la motivation pour préparer le changement. Contourner la résistance pour aider au changement. Atelier de formation à l'entretien motivationnel. CEFEP, Genève, 2008.
71. HAS. Auto-évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient. Guide pour les coordonnateurs et les équipes. 2012 ; 13-25.

ANNEXE 1

GUIDE D'ENTRETIEN

Objectif : faire préciser aux patients la notion de « lien » entre diabète et problèmes aux pieds, connaître les raisons qui les poussent (ou pas) à prendre soin de leur santé.

Moyen : Demander aux patients leur aide pour préciser cette notion, pour vérifier avec eux si on en est au même endroit dans la réflexion et connaître leurs motivations dans leur prise en charge.

Préalable : Pour vous le diabète c'est où ? (silhouette humaine, on dessine les réponses du patient sur la silhouette), est-ce qu'il y a des zones à risque particulier ?

1. Question autour de « Pour vous c'est quoi le diabète ? »

Pouvez-vous m'expliquer cette maladie, qu'est-ce qui ne va pas quand on est diabétique ?

Comment comprenez-vous cette maladie ?

2. Questions autour des complications

De votre point de vue, quels sont les risques que vous connaissez quand on est diabétique ?

Qu'est-ce que vous pouvez faire pour aller mieux ou éviter les complications de cette maladie ? Au quotidien quelles sont les choses que vous surveillez ou auxquelles vous prêtez attention par rapport à votre diabète ou pour en éviter les complications ?

De votre point de vue, parmi ce que vous me citez, quelles sont les choses que les gens font plus facilement, ce qui leur est plus difficile ? Pourquoi ?

3. Pour ceux qui citent l'amputation comme complication :

Est-ce toujours une menace, un risque aujourd'hui en 2011 ?

Est-ce que vous avez l'impression que c'est une médecine « d'avant », ou un risque encore réel ?

Pourquoi pensez-vous que l'on a recours à l'amputation ? Quel serait le lien entre amputation et diabète ? Quel est le problème nécessitant l'amputation, que se passait-il ?

4. Pour ceux qui n'ont pas parlé de pied dans les complications :

Quand je vous dis que les professionnels de santé surveillent toujours les pieds de leurs patients diabétiques, qu'est ce que cela vous évoque ?

Quels signes pourraient vous alerter concernant vos pieds ?

5. En général, qu'est-ce qui vous motive dans votre prise en charge ?

6. Pour les patients qui s'occupent bien de leurs pieds (hygiène, surveillance, chaussage) : qu'est ce qui vous pousse à prendre soin de vous ?

7. Pour les patients qui ne prêtent pas d'attention particulière à leurs pieds : qu'est ce qui pourrait vous encourager pour améliorer votre santé ?

8. Comment pourrions-nous vous aider à améliorer votre prise en charge, votre état de santé, votre suivi ?

9. Est-ce que votre médecin traitant examine vos pieds régulièrement ?

Pour conclure : « Est-ce que vous souhaitez ajouter autre chose sur la silhouette ? »

ANNEXE 2

MODULE 1

Accueil des participants

Bonjour, et merci d'être présents aujourd'hui pour ce module autour de la prise en charge du pied chez les personnes diabétiques. Les deux heures que nous allons passer ensemble sont destinées à vous permettre de vous exprimer à travers les sujets que nous vous proposerons. Bien sûr, il n'est pas question de jugement, de bonne ou de mauvaise réponse, au contraire, toutes vos expériences nous enrichirons. Ce qui sera dit ici restera confidentiel.

Faire un tour de table en demandant à chacun de se présenter et ce qu'ils attendent de ces modules.

Un des animateurs prend des notes sur les attentes des participants.

Temps : 5 minutes

Objectif 1 : Compréhension de la pathologie diabétique

Consigne:

« Qu'est-ce que le diabète, quel est l'organe atteint lorsque l'on est diabétique, où le situez-vous ? »

« Qu'est-ce qui se passe quand on est diabétique ? Qu'est-ce qui équilibre le taux de sucre dans le sang ? »

Méthode : Au tableau, la silhouette d'un corps humain. Préalablement les différents organes ont été mis en forme et laissés de côté pour la synthèse par l'animateur. Méta-plan avec tour de table.

Objectifs du groupe : prise de parole, confrontation des idées, verbaliser les représentations et conceptions

Synthèse par l'animateur : Il place le pancréas et le sucre et l'insuline

Messages clés : le diabète résulte d'un mauvais fonctionnement du pancréas. Le pancréas sécrète l'insuline qui permet de réguler le taux de sucre dans le sang.

Temps : 15 minutes

Objectif 2 : Connaître les complications de la pathologie

Consigne : « Qu'est-ce que vous surveillez dans le cadre du diabète ? Quels examens faites-vous ? »

Méthode : 8 post-it sont distribués à chaque patient

Objectif du patient: Chaque patient doit inscrire 1 à 8 éléments rentrant en jeu dans la surveillance de son diabète, 1 élément par post-it

Méthodes et objectifs du formateur : à la fin du temps imparti, il rassemble tous les post-it et fait la synthèse de l'exercice en regroupant les réponses et en les plaçant sur la silhouette humaine.

Messages clé : Surveillance des yeux, du cœur, des reins, des vaisseaux, des pieds, alimentation, poids et activité physique.
Accent particulier sur les pieds.

Temps : 15 minutes

Objectif 3 : Reconnaître le caractère silencieux de la pathologie diabétique

Consigne : « Quels sont d'après vous les symptômes de la maladie diabétique ? »

Méthode : Tour de table

Objectifs du groupe : prise de parole, confrontation des idées, verbaliser les représentations et conceptions

Message clé : maladie silencieuse

Temps : 5 minutes

Objectif 4: chaque patient identifie son degré de complication vis-à-vis de chaque élément de surveillance

Consigne : « Inscrivez sur ce papier ce que vous pensez de votre risque vis-à-vis des complications que nous venons de voir, où en êtes-vous parmi ces éléments de surveillance ? »

Méthode patient: chaque patient réfléchit individuellement sur les différents éléments cités pour la surveillance de son diabète et inscrit sur papier libre ce qu'il pense de son risque vis-à-vis de chaque élément.

Méthode et objectif animateur : un moment est partagé avec chaque participant pour répondre à ses questions.

Message clé : N'hésitez pas à en reparler avec votre médecin traitant si vous avez des questions par rapport aux résultats de vos examens

Temps : 5 minutes

Objectif 5: reconnaître le caractère silencieux de l'évolution de cette pathologie notamment au niveau du pied, prendre conscience que la neuropathie diabétique supprime la douleur

Méthode : Cas clinique

Madame Brûle est âgée de 70 ans, elle est mariée à Monsieur Brûle et ils ont ensemble 3 enfants.

Madame Brûle est diabétique depuis l'âge de 50 ans (sa mère était d'ailleurs aussi diabétique). Elle est sous traitement par comprimés. Sa dernière prise de sang retrouve une hémoglobine glyquée à 8,5%.

Elle pèse 80 kg pour 1,60 mètre.

Elle est retraitée mais travaillait dans une cantine scolaire, elle garde d'ailleurs de nombreuses connaissances avec qui elle passe parfois quelques après-midis.

Ce week-end, Madame et Monsieur Brûle mariaient leur dernière fille, un évènement qu'ils préparaient depuis plusieurs mois. Madame Brûle avait prévu une belle robe avec de nouvelles chaussures assorties, de jolis escarpins avec un petit talon. Lors de la soirée, Madame Brûle a voulu en profiter et est allée danser plusieurs fois. Après la soirée, elle avait mal aux jambes mais était bien contente d'aller se coucher !

Le lendemain, lors de sa toilette, elle remarque une grosse ampoule sur le gros orteil, c'est bizarre, elle n'avait rien senti hier soir. L'ampoule est bien tendue et elle décide de prendre une petite aiguille pour la percer. Elle désinfecte ensuite avec de l'alcool et met tant bien que mal un petit pansement par-dessus car avec ses douleurs de jambe, elle a du mal à se baisser beaucoup.

4 jours plus tard, le pansement tombe tout seul dans la douche, Madame Brûle trouve cette marque encore bien rouge, mais elle n'a pas mal. Elle désinfecte à nouveau mais n'y prête pas plus attention.

La semaine suivante, Monsieur et Madame Brûle doivent faire une marche avec des amis, mais Madame ne sait pas quelles chaussures mettre car son gros orteil est un peu enflé et elle décide d'annuler cette sortie, son mari lui demande ce qui ne va pas, mais elle dit ne pas se sentir dans son assiette...

Ce n'est que 3 jours plus tard qu'elle décide de demander à son mari son avis sur cet orteil. A regarder de plus près, le gros orteil est augmenté de volume avec un suintement et son mari est étonné qu'elle n'ait pas eu mal... Il décide d'aller voir immédiatement le médecin...

Lecture du cas clinique par un animateur, préalablement le cas clinique a été distribué aux participants. Discussion des éléments se trouvant dans le cas clinique en partant du problème de l'ampoule au pied, puis en élargissant sur le diabète de Madame et sur son hygiène de vie.

Objectifs des participants : prendre conscience de la complexité du problème, de la diversité des points de vue, de la subjectivité des opinions ; rechercher les causes, les solutions, dégager les conclusions communes ; dégager les principes généraux applicables à d'autres situations

Objectif du formateur : préparer le cas : concret, complexe, complet, problématique ; animer la séance : favoriser l'expression individuelle, confrontation des points de vue, production de groupe, évaluation des participants. L'animateur inscrit les messages clé au tableau.

Messages clé : Attention, une plaie de pied chez une personne diabétique peut être grave, ne pas attendre pour consulter, ne pas attendre d'avoir mal pour consulter, faire appel aux proches pour aider aux soins.

Temps : 30 minutes

Objectif 6 : décrire les précautions d'hygiène employées par les patients pour les soins de pied, identifier ce qu'ils font seuls, envisager les ressources externes possibles pour ces soins

Méthode : groupe de production

Sur une table, 3 paniers contenant des photos de pieds, des photos de personnages, des objets de soin des pieds. Le groupe de participants est divisé en deux sous-groupes. Chaque sous-groupe choisit la moitié des photos de pieds, la moitié des photos de personnages et la moitié des objets.



Consignes : « décrivez les photos des pieds choisies, décrivez l'utilisation de chaque objet (avantages et inconvénients), et choisissez celui ou ceux que vous utiliseriez pour le soin de chaque pied en photo, décrivez dans quelles situations vous feriez appel à chaque personnage choisi.

Travail en sous-groupe, présentation des conclusions par chaque sous-groupe à l'autre sous-groupe.

Objectifs : les personnes réalisent un outil ou conduisent une action, elles acquièrent des compétences. Cette méthode développe l'analyse des problèmes, l'organisation de l'action, la comparaison, et confrontation des points de vue, l'autonomie

Messages clé : attention à certains objets dangereux utilisés pour les soins des pieds, demander de l'aide si on n'arrive pas seul, mais bien valoriser les compétences et savoir faire des patients

Temps : 45 minutes

Remerciements

Evaluation du module par les participants

ANNEXE 3

MODULE 2

Accueil des participants

Objectif 1 : prendre conscience de l'importance du pied au quotidien

Consigne : « Citer les différentes expressions comprenant le mot « pied » dans le langage courant »

Méthode : Méta-plan en groupe, chaque expression est notée au tableau par un des animateurs

Objectif du groupe : prendre conscience que le pied est employé très souvent dans les expressions populaires

Synthèse par l'animateur : « le pied est employé souvent dans les expressions populaires, réfléchissons ensemble à sa signification »

Temps : 15 minutes

Objectif 2 : Identifier le pied comme moteur dans la vie

Consigne : « quelle pourrait être selon vous la signification du pied ? Nous allons noter tout ce qui vous passe par la tête. »

Méthode : Jeu des mots clés, un des animateurs inscrit les réponses au tableau.

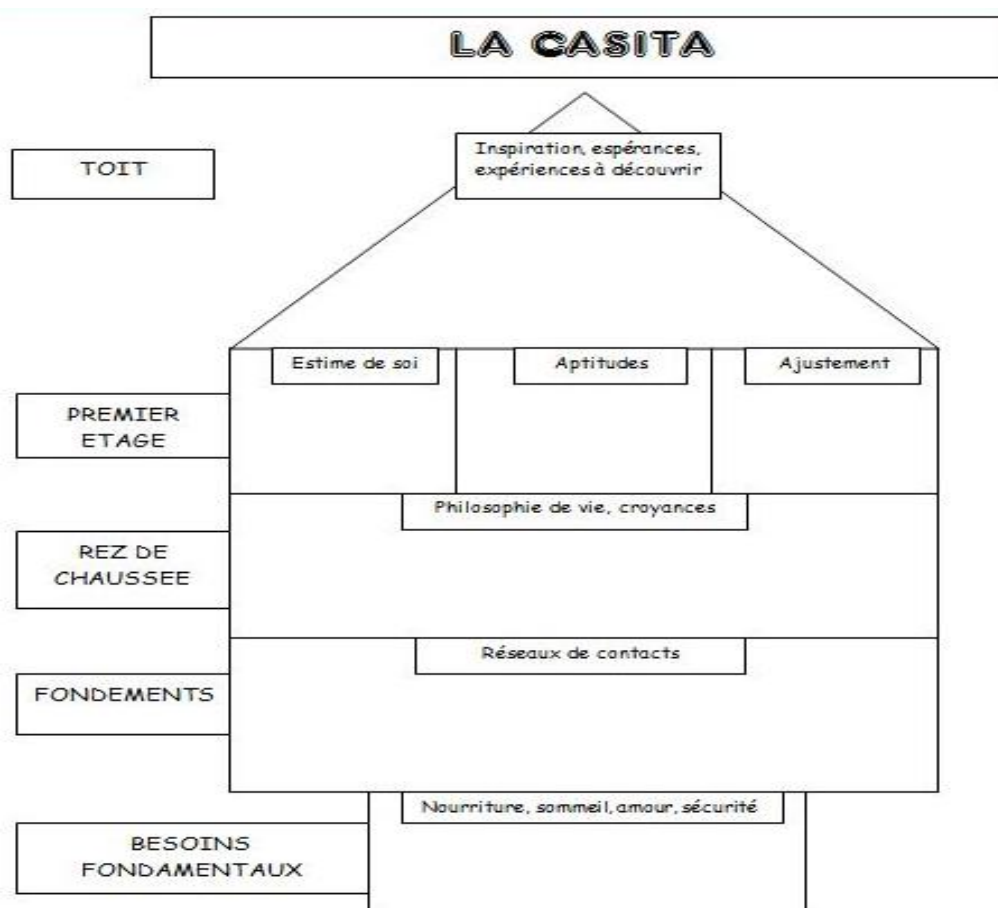
Synthèse par l'animateur : Pied = moyen pour avancer

Temps : 15 minutes

Objectif 3 : Identifier ce qui est moteur dans la vie des patients et identifier les composants de la résilience

Consigne : « Essayer de remplir les différentes cases de cette maisonnette en identifiant ce qui vous caractérise ».

Quelques précisions : les fondements sont représentés par les besoins fondamentaux (nourriture, sommeil, sécurité, amour), les réseaux de contacts ; au rez de chaussée se trouvent vos croyances, religion, spiritualité, « philosophie de vie », sens du pardon ou compréhension du passé ; au premier étage l'estime de soi, les aptitudes (compétences relationnelles, professionnelles, créativité) et les stratégies d'ajustement (humour, déni ou évitement, minimisation, contrôles des affects, rêverie diurne) ; le toit représente vos expériences à découvrir, votre inspiration, vos espérances.



Méthode : construction de la Casita. Distribution d'une Casita vierge à chaque participant, travail individuel.

Temps : 15 minutes

Objectif 4 : Faire émerger les compétences des patients

Consigne : « Nous allons vous demander de vous écrire une lettre. Vous vous adressez à vous-même en vous félicitant pour telle ou telle qualité, en identifiant ce que vous avez réussi dans votre vie concernant la prise en charge de votre diabète et la prise en charge de vos pieds et en vous demandant ce qui vous paraît difficile et ce que vous souhaiteriez améliorer. Ensuite, vous exposerez vos conclusions à votre voisin qui vous écoutera sans vous interrompre puis vous restituera ce qu'il retient de votre lettre. »

Méthode : Travail tout d'abord individuel puis par deux.

Synthèse de l'exercice en grand groupe : « qu'est-ce qui a été facile pour vous ? Qu'est-ce qui a été difficile ? Qu'est-ce que cela vous a apporté ? »

Temps : 15 minutes

Objectif 5 : Faire émerger le discours changement et la résilience des patients

Méthode : Le groupe est divisé en 2 sous groupes. Un sous groupe travaille sur les avantages à bien s'occuper de ses pieds, ce qui est facile dans la prise en charge des pieds, l'autre sous groupe travaille sur les difficultés et les contraintes dans la prise en charge des pieds, ce qui est contraignant. Chaque sous groupe expose sa synthèse. Puis travail en grand groupe sur comment passer des contraintes aux avantages.

Objectif des participants : être capable d'avoir un discours changement, être capable de développer l'ambivalence, et trouver des stratégies d'ajustement

Objectifs de l'animateur : Lors du travail en sous groupe, aide à la synthèse du travail ; lors de la mise en commun, utiliser les techniques de l'entretien motivationnel (questions ouvertes, valorisation, reformulation, synthèse, et technique du slalom).

Temps : 30 minutes

Remerciements

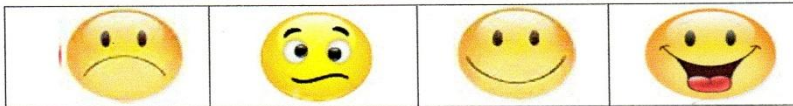
Evaluation du module par les participants

ANNEXE 4

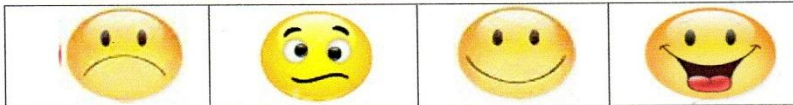
MODULE 1 : EVALUATION PARTICIPANTS

Concernant les métaplans réalisés en groupe :

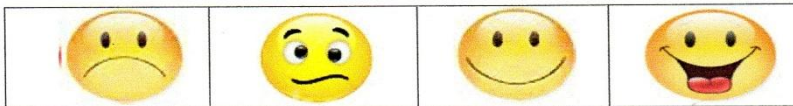
1. Je suis à l'aise pour prendre la parole en groupe



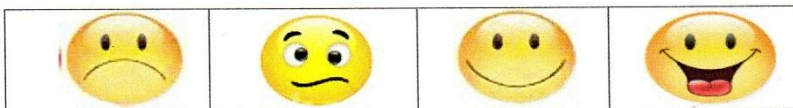
2. Je suis à l'aise pour donner mon point de vue en groupe



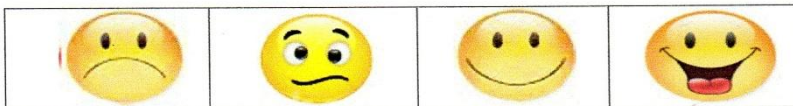
3. Je connais le mécanisme de ma maladie



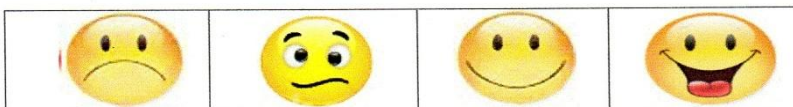
4. Je sais expliquer le mécanisme de ma maladie



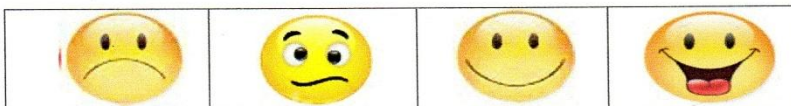
5. Je sais expliquer les risques de complications de ma maladie



6. Je connais mes organes touchés par ma maladie

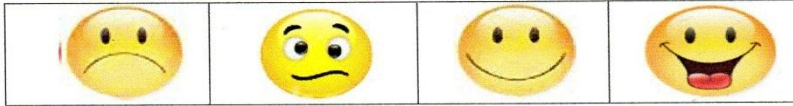


7. La discussion avec le groupe m'a permis de réaliser certaines choses (préciser)

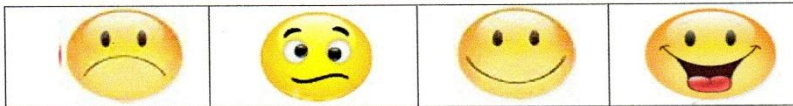


Concernant le cas de Madame Brûle :

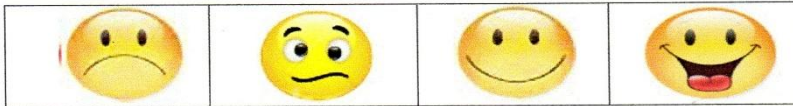
1. Je me suis senti concerné par le cas présenté



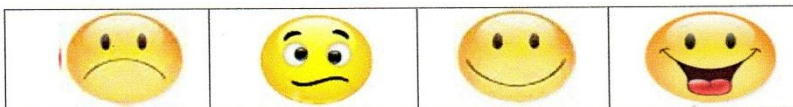
2. J'ai réalisé certaines choses (préciser) :.....
.....



3. Je me sens capable de prendre des décisions en toute sécurité face à une situation identique



4. Je vais adapter certaines choses de mon quotidien (préciser) :.....
.....



Concernant la séquence pratique

1. Je dois regarder mes pieds tous les jours

VRAI	FAUX	DEGRE DE CERTITUDE

2. Avoir des crevasses aux pieds est dangereux

VRAI	FAUX	DEGRE DE CERTITUDE

3. Je dois enlever la corne tous les jours

VRAI	FAUX	DEGRE DE CERTITUDE

4. Je peux utiliser n'importe quel ciseau pour couper mes ongles

VRAI	FAUX	DEGRE DE CERTITUDE

5. J'ai à la maison tous les outils nécessaires pour prendre soin de mes pieds

VRAI	FAUX	DEGRE DE CERTITUDE

6. Je pense être capable de prendre soin de mes pieds tout seul

VRAI	FAUX	DEGRE DE CERTITUDE

7. Je peux compter sur une tierce personne pour m'aider à prendre soin de mes pieds

VRAI	FAUX	DEGRE DE CERTITUDE

8. Je ne dois voir le podologue que si j'ai mal aux pieds

VRAI	FAUX	DEGRE DE CERTITUDE

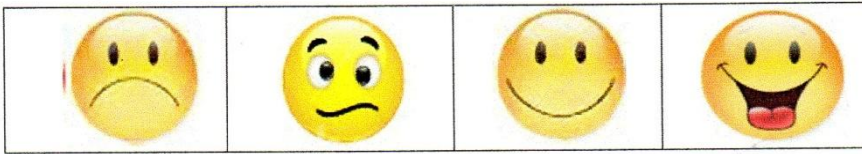
9. En cas de plaie je sais quand aller voir mon médecin

VRAI	FAUX	DEGRE DE CERTITUDE

ANNEXE 5

MODULE 2 : EVALUATION PARTICIPANTS

Je peux citer chez moi une ou plusieurs compétences

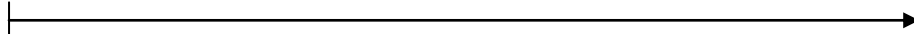


Je crois que ce que
je peux faire n'aura
aucune influence sur 0
mon état de santé

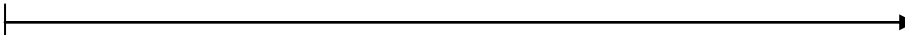


Je crois que ce que
je peux faire aura
10 une influence sur
mon état de santé

Concernant les changements vis-à-vis de la prise en charge de vos pieds, quelle serait pour vous l'importance de ce changement ?


 Pas importante
du tout très importante

Concernant un éventuel changement dans votre prise en charge, à quel point avez-vous confiance en ce changement ?

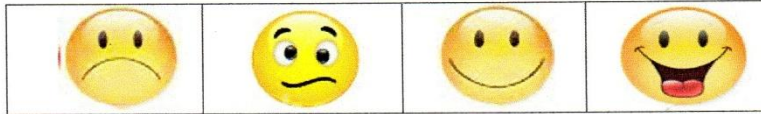

 Aucune confiance grande confiance

A combien estimez vous aujourd'hui le sentiment d'être prêt pour ce changement ?

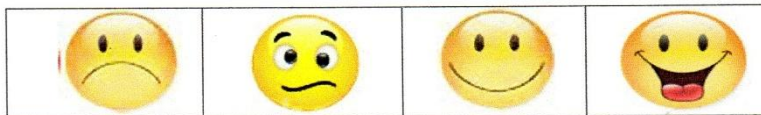

 Pas prêt tout à fait prêt

Concernant votre satisfaction générale à l'issue de ces 2 modules :

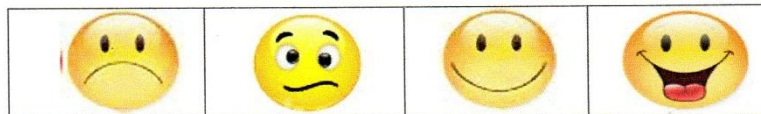
- Etes-vous satisfaits de l'accueil par les animateurs ?



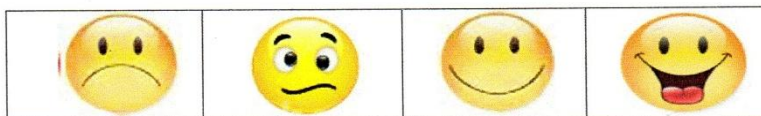
- Etes-vous satisfaits des outils utilisés par les animateurs ?



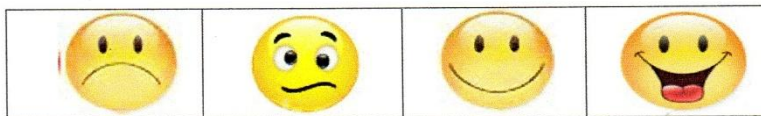
- Vous êtes-vous senti écouté ?



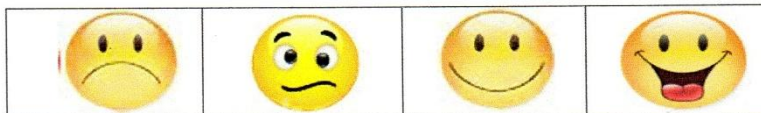
- Etes-vous satisfaits des thèmes abordés ?



- Les thèmes abordés ont-ils répondu à vos attentes ?



- Avez-vous pris du plaisir à participer à ces deux groupes ?

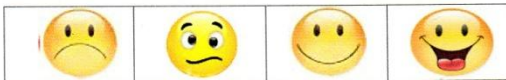


ANNEXE 6

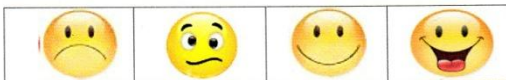
MODULE 2 : EVALUATION DES PATIENTS PAR LES SOIGNANTS

Concernant le travail en sous-groupe, les patients ont été capables de verbaliser un discours changement :

Verbalisation de désir de changement



Verbalisation de capacités au changement



Verbalisation de raisons au changement



Verbalisation de besoins de changement



Les patients ont été capables d'explorer leurs ambivalences :

Les bonnes choses dans leur comportement |----->
Pas du tout Tout à fait

Les moins bonnes choses dans leur comportement |----->
Pas du tout Tout à fait

Le coût du changement |----->
Pas du tout Tout à fait

































































Le gain du changement |----->
Pas du tout Tout à fait

ANNEXE 7

MODULE 1 : EVALUATION ANIMATEURS

Objet : Auto-évaluation d'une animation de groupe





























































Objectif : capacité à conduire une animation collective

Critères	Indicateurs	Echelle de mesure
RESSENTI	- Plaisir	   
	- Sentiment d'auto-efficacité	   
	- Aidant	   
PERTINENCE DU CONTENU	- Thèmes adaptés	   
	- Logique de progression	   
ADAPTATION DES OUTILS	- Appropriation par l'animateur	   
	- Clarté	   
	- Pertinence	   
ANIMATION	- Présentation du groupe	   
	- Ecoute	   
	- Reformulation	   
	- Valorisation	   
	- Questions ouvertes	   
	- Favorise l'interactivité	   
	- Favorise l'expression personnelle	   
	- Synthèse	   

Commentaires, suggestions

ANNEXE 8

MODULE 2 : EVALUATION ANIMATEURS

Critères	Indicateurs	Echelle de mesure
RESSENTI	- Plaisir	   
	- Sentiment d'auto-efficacité	   
	- Aidant	   
PERTINENCE DU CONTENU	- Thèmes adaptés	   
	- Logique de progression	   
ADAPTATION DES OUTILS	- Appropriation par l'animateur	   
	- Clarté	   
	- Pertinence	   
ANIMATION	- Questions ouvertes	   
	- Valorisation	   
	- Reformulation	   
	- Résumer	   
	- Favorise l'interactivité	   
	- Favorise l'expression personnelle	   
	- Synthèse	   

ANNEXE 9

Création d'un carnet de liaison autour du patient diabétique avec pied à risque

Vous avez certainement parmi vos patients des personnes diabétiques avec pied à risque, seriez-vous favorables à la création d'un carnet de liaison commun entre hopital et libéral concernant ces patients?
(entourer la bonne réponse)

OUI NON

Si non, pour quelles raisons?

Si oui:

Que souhaiteriez-vous y voir figurer:

_ Les différents correspondants	OUI	NON
_ Les ATCD patients	OUI	NON
_ La chronicité du diabète et ses complications	OUI	NON
_ Les informations concernant une plaie? (photo, localisation, dimensions, caractéristiques...)	OUI	NON
_ Les actions sur le chaussage discutées avec le patient?	OUI	NON
_ Les objectifs fixés avec le patient?	OUI	NON
_ Autre?		

Souhaiteriez-vous disposer d'un espace de communication?
(page de relève, suivi) OUI NON

Si oui, quelles informations souhaiteriez-vous partager?

Sous quelle forme:

_ Espace libre	OUI	NON
_ Cases à cocher (changement de traitement, hospitalisation, évolution de la plaie, douleur, problème éducatif, évènements indésirables...)	OUI	NON

Quelle est votre profession? Médecin Infirmière

Nous organiserons une réunion d'information sur le projet et à l'issue du retour de ces questionnaires.

Merci pour votre collaboration

Dr Anne-Hélène GIRAUD

ANNEXE 10

CARNET DE LIAISON PLAIE

NOM

Prénom

Date de naissance

ATCD

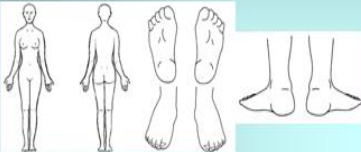
- Diabète:
- HbA1c:
- Neuropathie:
- Doppler artériel:
- Revascularisation:
- DTP
- IMC:
- Alcool, tabac:

ASPECT

- Démarration
- Rougeur persistante
- Phlyctène
- Plaie sèche
- Plaie exsudative
 - Faible Δ
 - Moderée Δ
 - Important Δ
- Plaie nécrotique: ...%
- Plaie fibrineuse: ...%
- Plaie bourgeonnante: ...%
- Epidémisation: ...%

PEAU PERILESIONNELLE

- Saine
- Eczéma/tause
- Macérée
- Desquamative
- Prurit
- Cellulite
- Berges scléreuses
- Hyperkératose
- Mycose



ANCIENNETE/EVOLUTION/CAUSE

DIMENSIONS:

• Longueur DATE:

• Largeur


• Profondeur

CRITERES D'INFECTION oui non

- Contact osseux → Prélèvement:
- Écoulement → Radiog:
- Œdème → Scintigraphie:
- Rougeur → Traitement antibiotique:
- Chaleur
- Odeur
- Douleur récente

DOULEUR

Pas de douleur Douleur maximum imaginable



CHAUSSAGE **PROTOCOLE DE SOIN**

Boîte pied oui non

Micro-objectif fixé avec le patient:

Prochaine consultation:

SUIVI AMBULATOIRE

DATE: **SOIGNANT:**

Evolution de la plaie:

Protocole de soin:

Modification de traitement?

Difficultés rencontrées:

Observance/ Objectif patient:

Commentaires:

SUIVI HOSPITALIER

DATE:

Micro-objectif fixé atteint?

Oui

Non

DIMENSIONS:


- Longueur
- Largeur
- Profondeur

ASPECT: **PEAU PERILESIONNELLE:**

CRITERES D'INFECTION: Oui Non

DOULEUR

Pas de douleur Douleur maximum imaginable



PROTOCOLE DE SOIN **Micro-objectif fixé avec le patient**

Prochaine consultation: