

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

MATERIEL ET METHODES

RESULTATS

1. Exploration des pratiques des professionnels de santé

1.1. Les représentations des soignants

1.1.1. Le pied diabétique

- a) Un pied à risque
- b) Un risque modulé par l'expérience
- c) La plaie

1.1.2. Le patient diabétique

- a) Comportements du patient face à la maladie
- b) Motivation et investissement du patient, des facteurs favorisant
- c) Les difficultés d'adhésion du patient

1.2. La pratique du médecin

1.2.1. Une prise en charge globale et complexe

1.2.2. Une organisation individuelle

- a) L'évaluation du risque
- b) Recours au podologue pour le soin
- c) Des conseils basiques sur le chaussage
- d) La pratique en cas de plaie
- e) Le recours au réseau diabète

1.2.3. Le rôle central du médecin pour les autres professionnels

- a) L'ordonnance impérative
- b) Un rôle de décideur pour les soignants

1.3. Les professionnels du pied

1.3.1. Les podologues

- a) Un rôle de prévention
- b) La gradation, un sujet polémique pour le podologue
- c) Prise en charge podologique en cas de plaie

1.3.2. Les podo-orthésistes

- a) Une profession mal connue
- b) Un appareilleur spécialiste du pied
- c) La coordination avec les autres professionnels

1.4. Le réseau diabète

1.4.1. Un appui dans la prise en charge éducative et le suivi des examens

1.4.2. Gradation et éducation du patient

1.4.3. Des formations pour les professionnels

1.4.4. Une difficulté d'adhésion du patient aux séances d'éducation

1.4.5. Le remboursement de soins podologiques regretté

1.5. A domicile

1.5.1. Les pratiques des aides soignantes

- a) Des soins d'hygiène hebdomadaires

- b) Des soins de pédicuries réservés au podologue
 - c) Des soins préventifs par bon sens
 - d) La difficulté du chaussage à domicile
- 1.5.2. Les pratiques des infirmières
 - a) L'intervention de l'infirmière dans la prise en charge du pied
 - b) Compétences et responsabilité
 - c) En cas de plaie, une action coordonnée avec le médecin
- 1.6. Les autres professionnels
 - 1.6.1. Le pharmacien
 - 1.6.2. La diététicienne
- 1.7. L'hôpital local
 - 1.7.1. Cadre de la prise en charge
 - 1.7.2. Une organisation locale

2. Besoins et mesures des professionnels pour améliorer la prise en charge

- 2.1. Améliorer la prévention par des mesures proactives
 - 2.1.1. Questionner le patient diabétique
 - 2.1.2. Harmoniser les pratiques : la fiche d'information patient
 - 2.1.3. Une surveillance par l'infirmière au domicile
 - 2.1.4. Systématiser le suivi podologique
 - 2.1.5. Formaliser un dépistage à l'hôpital
 - 2.1.6. Des outils informatiques pour faciliter la réalisation du suivi du médecin
- 2.2. Besoins pour l'amélioration des connaissances pratiques de chacun
 - 2.2.1. Connaissance des champs de compétences
 - 2.2.2. Clarifier le parcours de soin du pied diabétique sur le territoire
- 2.3. Développer la coordination interprofessionnelle
 - 2.3.1. La communication interne facilitée par le pôle
 - 2.3.2. Coordination des soins et partage d'informations dans le parcours de soins
 - 2.3.3. Coordination des soins en cas de plaie

DISCUSSION

1. Critique de la méthode

- 1.1. Population étudiée
- 1.2. L'investigateur
- 1.3. Force de l'étude

2. Mesures de prévention

3. Compétences individuelles et collectives

- 3.1. Une demande d'amélioration des connaissances individuelles
- 3.2. Une meilleure connaissance des champs de compétences des acteurs impliqués dans la prise en charge

4. Des pratiques médicales hétérogènes autour de la gradation

5. L'enjeu financier dans la pratique

6. La coordination des soins

- 6.1. Au sein du pôle
 - 6.1.1. Travailler ensemble
 - 6.1.2. Une organisation verticale
 - 6.1.3. Des canaux de communications différents

6.2. Avec le réseau expert en cas de plaie

7. Le protocole de soins du pied diabétique

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

EXPLORATION DES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS DE SOINS DU PÔLE DE SANTÉ DU SUD OUEST MAYENNAIS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PIED DIABETIQUE

M.POUVREAU Philippe

Docteur PLESSIS Anne

Médecin généraliste, Craon, Mayenne

RESUME

Introduction : Les lésions du pied diabétique font parties des complications majeures dans l'évolution du diabète. L'objectif de cette thèse était d'explorer les pratiques concernant le pied diabétique de professionnels de santé médicaux et paramédicaux au sein d'un même territoire afin d'identifier leurs besoins pour faciliter leur prise en charge.

Matériels et Méthodes : Nous avons réalisé 18 entretiens qualitatifs, semi structurés auprès de médecins, podologues, pharmaciens, diététicienne, infirmières, aides soignantes en ambulatoire et à l'hôpital local, exerçant au sein du pôle de santé du Sud Ouest Mayennais et auprès d'un podo-orthésiste.

Résultats : Les professionnels exprimaient sur le pied diabétique un « risque » de plaie et une « peur de l'amputation » qui n'était pas ressentie comme fréquente.

Le parcours de soins du patient s'intégrait dans une organisation verticale, stratifiée où chaque corps de professionnels avait son propre champ de compétences. La prise en charge était centralisée sur le médecin. La gradation faisait polémique et n'était pas toujours bien réalisée par le médecin, pour des raisons financières ou par méconnaissance.

L'urgence de la prise en charge en cas de découverte d'une plaie ne semblait pas ressentie.

Dans le suivi, la communication entre professionnels n'était pas formalisée et chaque profession pouvait utiliser des canaux de communication différents n'utilisant pas toujours les mêmes outils.

Conclusion : Les soignants exprimaient le besoin de mesures pour harmoniser leurs pratiques et un besoin important de communication autour des champs de compétences des différents acteurs de soins. Conjointement à cette étude, un protocole pluri professionnel a été mis en place.

INTRODUCTION

Le diabète est une maladie chronique très fréquente qui touche selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) en 2014 plus de 422 millions de personnes dans le monde (1). On en parle comme étant l'épidémie silencieuse du XXIème siècle.

En 2015, selon l'institut de veille sanitaire, on estime en France à plus de 3,3 millions le nombre de personnes traitées pharmacologiquement pour un diabète, soit plus de 5% de la population française (2) sans compter qu'une personne diabétique sur cinq ne serait pas diagnostiquée .

Selon les données de l'assurance maladie, le coût lié au diabète et ses complications représenterait, en 2014, 5,1% (7,8 milliards d'euros) des dépenses de santé (155 milliards d'euros tous régimes confondus) (3).

Les lésions du pied diabétique font parties des complications majeures survenant dans l'évolution du diabète. Leur gravité est marquée par le risque d'amputation.

Comparativement à la population non diabétique le taux d'amputation est multiplié par 7 et le taux d'ulcération par 5 chez un patient diabétique (4).

Les hospitalisations pour plaies et amputations du pied diabétiques sont supérieures aux autres complications liées au diabète. En France, on dénombrait en 2013 près de 20 000 hospitalisations pour plaies diabétiques et 8000 pour amputation du membre inférieur (AMI). A titre comparatif les hospitalisations étaient estimées à 17 000 pour un accident vasculaire cérébral (AVC), 11 700 pour un infarctus du myocarde (IDM) et 4200 pour la suppléance d'une insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) (4).

La prise en charge des lésions des pieds chez le diabétique est très coûteuse. Le coût direct d'une plaie est estimé entre 1 000 et 20 000 euros, selon que les lésions soient propres ou infectées, et celui d'une amputation des membres inférieurs à près de 32 000 euros (5).

Selon des données de l'assurance maladie, le coût spécifique des hospitalisations pour plaies aiguës ou amputations du pied diabétique est estimé pour 2012 à 660 millions d'euros (350 millions d'euros liées aux amputations et 310 millions d'euros liés à un séjour hospitalier en soins aigus pour plaie du pied). Ces données ne prennent pas en compte les patients suivis en ambulatoire (6).

L'impact sur la qualité de vie de la survenue d'une plaie chronique ou d'une amputation est important. La perte de mobilité, la nécessité de soins réguliers impliquent des changements dans le mode de vie avec limitation de certaines activités pouvant conduire à une désinsertion socio-professionnelle et à l'isolement. Cela a des conséquences sur le bien être de la santé physique et psychologique. Les personnes victimes d'ulcères du pied et d'amputations souffrent plus souvent de dépression et ont une qualité de vie diminuée (7).

Les enjeux de la prise en charge sont une réduction de la survenue des plaies et des amputations.

Depuis plus de 25 ans la communauté internationale se mobilise pour réduire ce fléau.

Un groupe international de travail sur le pied diabétique (International Working on Diabetic Foot-IWGD) a amené à l'élaboration de consensus et guidelines régulièrement mis à jour (8).

Ils soulignent l'importance d'actions de prévention primaire par le dépistage et la prise en charge des pieds à risques ainsi qu'une structuration de la prise en charge autour de centres multidisciplinaires spécialisés en cas de plaies du pied diabétique.

En 2007 la HAS a publié un rapport visant à améliorer le dépistage des pieds à risque. Elle recommande l'évaluation du risque de lésions du pied par le médecin au moment du diagnostic et au cours du suivi. Elle consiste en la recherche, lors de l'examen clinique, d'une neuropathie, d'une artériopathie et/ou d'une déformation. Elle débouche sur une gradation du risque de lésion du pied codifiée en quatre grades de risque croissant (0 à 3). La prise en charge et le suivi sont définis suivant le grade de risque podologique (9).

L'Assurance Maladie prend en charge depuis 2008 un forfait podologique pour soins de prévention par le pédicure-podologue, pour les patients diabétiques à haut risque de plaie grades 2 et 3, avec respectivement quatre et six séances remboursées par an. La prise en charge de tels soins effectués à domicile est possible depuis 2013 (10).

Dans son guide de prise en charge du diabète publié en 2014, la HAS recommande également l'orientation rapide vers des centres multidisciplinaires en cas de découverte d'une plaie chez un patient diabétique afin d'organiser et d'orienter la prise en charge.

En cas de prise en charge ambulatoire, ou en sortie d'hospitalisation, une coordination des soins et du suivi doit s'organiser entre l'équipe spécialisée hospitalière et l'équipe soignante du domicile (11).

Dans son rapport : « évolution des charges et produits pour l'année 2017 », l'assurance maladie fait le constat d'une orientation trop tardive vers ces centres experts et un suivi insuffisant pour les patients à haut risque podologique.

Ce rapport propose d'une part, la mise en place d'actions d'informations pour les professionnels sur la sensibilisation à la gradation du risque de plaie et à la prescription du

forfait podologique, et d'autre part, une sensibilisation des patients au risque podologique par des mesures générales et individuelles (6).

Conjointement à l'élaboration d'un protocole de soins pluri professionnel concernant la prise en charge du pied diabétique au sein du pôle santé du Sud Ouest Mayennais, ce travail avait pour objectif d'explorer les pratiques des différents professionnels confrontés à cette situation afin d'évaluer leurs besoins.

MATERIEL ET METHODES

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs afin de laisser une liberté de parole aux différents professionnels interrogés sur la prise en charge du pied diabétique.

L'échantillon de la population interrogée a été constitué de 1 à 2 représentants de chaque profession étant impliqués dans la prise en charge du pied diabétique et exerçant sur différents sites du territoire du Sud Ouest Mayennais

Au total 18 entretiens ont été réalisés : 2 médecins, 2 podologues, 1 infirmière du réseau diabète, 2 infirmières libérales, 1 infirmière et 1 aide soignante de l'ASMAD, 3 infirmières et 2 aides soignantes exerçant à l'hôpital local, 2 pharmaciens, 1 diététicienne et 1 podo-orthésiste (seul professionnel extérieur au pôle)

Le projet de thèse a été présenté aux différents professionnels du pôle et validé lors d'une assemblée générale du groupement de coopération de sanitaire (GCS) du territoire du Sud ouest mayennais en décembre 2015 au cours de laquelle nous avons présenté le projet de protocole sur la prise en charge du pied diabétique.

Les professionnels ont ensuite été recrutés sur la base du volontariat.

Une note de service interne a été diffusée au sein des établissements hospitaliers afin de solliciter des volontaires. Chaque intéressé a ensuite été rappelé pour convenir d'un rendez vous.

Dans les structures ambulatoires, les professionnels ont été sollicités directement ou contactés par téléphone afin d'organiser une rencontre.

Le projet a été expliqué à chacun, soulignant l'anonymisation des données et les conditions de l'entretien. Un accord oral a été recueilli avant chaque entretien.

Les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des différents participants sur la période d'avril à juin 2016. Les entretiens étaient individuels sauf pour l'un d'entre eux, où deux professionnels ont souhaités participer ensemble. Ce dernier a été conservé et comptabilisé pour un entretien.

Le guide d'entretien a été réalisé à partir des données de la littérature et selon nos hypothèses initiales. L'entretien débutait par une question ouverte demandant au professionnel de parler de sa pratique au quotidien dans la prise en charge du diabète. Ensuite des questions exploraient les représentations personnelles et l'expérience du participant dans la prise en charge du pied diabétique.

Puis les points spécifiques à la prise en charge non évoqués spontanément étaient abordés. Les thèmes de relance concernaient les conseils donnés au patient, le dépistage des pieds à risque, les soins spécifiques réalisés, l'attitude en cas de découverte d'une plaie et l'utilisation du réseau de soins.

Enfin le professionnel était questionné sur les difficultés éventuelles qu'il rencontrait dans sa pratique quotidienne et son avis sur les mesures qui pourraient être utiles pour améliorer la prise en charge.

La grille d'entretien a dû être adaptée aux différents professionnels selon leur expérience et leur niveau d'implication dans la prise en charge du pied diabétique.

Les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone numérique. La durée moyenne des entretiens était de 23 minutes 20 secondes (11minutes 20 secondes à 34 minutes 44 secondes)

La retranscription a été intégralement rédigée sous Word. Les verbatim obtenus ont été intégrés à un logiciel d'analyse qualitative NVIVO. Chaque phrase ou partie porteuse de sens a été organisée en nœuds. Les nœuds ont été thématiques de façon hiérarchique formant ainsi notre grille de codage. Une analyse en triangulation a été réalisée avec la Directrice de thèse pour 4 des entretiens.

Tableau I : Référence professionnels interrogés

RÉFÉRENCE	PROFESSION
IH 1	Infirmière hôpital local
IR 2	Infirmière réseau diabète
IH 3	Infirmière hôpital local
AS M4	Aide soignant hôpital local
Ph 5	Pharmacien
P 6	Podologue
PO 7	Podo-orthésiste
I 8	Infirmière libérale ASMAD
AS 9	Aide soignante ASMAD
D 10	Diététicienne
Ph 11	Pharmacien
I 12	Infirmière libérale
P 13	Podologue
M 14	Médecin généraliste
I 15	Infirmière libérale
IH 16	Infirmière hôpital local
M 17	Médecin généraliste
AS M18	Aide soignante hôpital

RESULTATS

1. Exploration des pratiques des professionnels de santé

1.1. Les représentations des soignants

1.1.1. Le pied diabétique

a) Un pied à risque

Le pied diabétique était perçu comme un pied « fragile » et plus « à risque » de complications ou de plaie. Chacun avait conscience d'une gravité potentielle : « *en fait tout bobo, j'allais dire peut prendre une ampleur considérable chez un pied diabétique* » (Ph11). Il ne représentait pas qu'une plaie : « *Ce que je veux dire, c'est que ça se limite pas à pied diabétique égal pied avec une plaie* » (IH16).

Le pied diabétique pouvait apparaître comme une pathologie s'intégrant dans une prise en charge complexe et « *multifactorielle* » (D10). En début de prise en charge il ne semblait pas toujours considéré comme une priorité : « *il avait beaucoup de choses à reprendre, donc le pied est pas passé en premier lieu* » (M14). C'est un sujet généralement abordé par les professionnels une fois la découverte de lésions survenues : « *Et quand il n'y a pas de souci je n'y pense pas forcément* » (Ph5).

L'antécédent de diabète semblait aux yeux de la plupart déjà constituer un risque en soit : « *On sait que si la personne est diabétique ça peut être dangereux* » (ASM4).

La neuropathie sensitive était ressentie comme un risque important bien connu des soignants : « *il y a en fait vraiment cette perte de sensibilité qui fait que, y'a un risque accru de plaie* » (I15) avec un risque de retard diagnostique : « *donc pour dépister une plaie chez quelqu'un qui n'a pas mal c'est d'autant plus difficile* » (IH1).

b) Un risque modulé par l'expérience

La perception des différents risques semblait influencée par l'expérience personnelle et les formations acquises du soignant durant son parcours professionnel.

Une des infirmières, ayant assisté à une évolution rapide vers l'amputation suite à la découverte d'une nécrose expliquait la recherche spécifiquement : *« on a vu le début d'une nécrose aux pieds, qui a fini par une amputation en urgence » (IH16)*. Elle se focalisait sur cette complication : *« moi c'est vrai, c'est l'apparition d'une nécrose quoi, voir s'il n'y a pas de nécrose qui se présente » (IH16)*.

Un des pharmaciens qui avait été sensibilisé au risque infectieux durant ses stages d'externat expliquait la nécessité d'une vigilance accrue concernant ce risque : *« s'ils se blessent, s'ils s'aperçoivent d'une blessure même anodine, ils doivent (...) faire très attention pour la surveiller, la désinfecter, la nettoyer (...) parce que je me souviens pendant mes stages, (...) j'avais vu des trucs, même les diabéto quand il y a une infection qui commence à avoir du mal à être régulée, ils pensent tout de suite à l'amputation » (Ph11)*.

En revanche, les formations théoriques anciennes ne semblaient pas marquer les soignants au long cours : *« je n'ai plus les éléments en tête, mais c'est plutôt en rapport avec la sensibilité, par rapport au niveau cutané, (...) j'avais fait une formation par rapport à ça, il y a 3 à 4 ans, mais j'ai perdu un peu le... » (I12)*.

c) La plaie

La plaie n'était pas perçue comme une complication fréquente. Les professionnels disaient ne pas y être souvent confrontée : *« ça fait 10 ans que je suis infirmière (...), et c'est vrai j'ai pas de souvenirs particuliers d'avoir une plaie » (I12)*.

Pour certains soignants la plaie ne se limitait pas à la localisation au pied : « *après je pense, il y a pas que les plaies là, y'a les ulcères que l'on peut ouais trouver aussi au niveau des mollets, des tibias tout ça* » (AS M18).

C'est une complication qui faisait peur aux soignants où chacun avait conscience qu'à l'origine il y a une lésion banale : « *l'histoire montre que ça part de petites choses et on en arrive à l'amputation* » (M17).

L'amputation est redoutée par les professionnels. En cas d'évolution défavorable certains ont été marqués par la rapidité d'évolution : « *y'a quand même cette notion de rapidité et des évolutions négatives qui est quand même assez fulgurante parfois* » (IH16).

Les professionnels ont cependant une vision chronique de la prise en charge: « *On sait que la plaie va durer très longtemps, voir même durer des années* » (PO7).

Nous remarquons une certaine fatalité quant à l'évolution vers cette chronicité des plaies du patient diabétique.

1.1.2. Le patient diabétique

a) Comportements du patient face à la maladie

Les professionnels évoquaient des comportements variables du patient selon les différents stades de la maladie.

L'infirmière du réseau percevait une crainte des patients au stade initial : « *il y a beaucoup d'idée reçues aussi sur toutes les complications du diabète et entre autre les pieds, les nouveaux diabétiques certains ont vraiment une appréhension importante des risques pour les pieds* » (IR2).

Le podo-orthésiste évoquait un découragement de certains avec le temps : « *j'observe quand même que de temps en temps il y a des gens qui, une population qui se décourage du coup et qui ne tient plus forcément compte de ces conseils* » (PO7).

Le sujet ne semblait pas abordé de façon équivalente avec tous les professionnels.

Les pharmaciens remarquaient que leur patients abordaient rarement ce sujet: *«c'est vrai que la plupart du temps ils demandent pas grand chose et houai, ils nous parlent rarement de leurs pieds, rarement » (Ph11).*

La diététicienne avait interprété, au travers d'une remarque d'un patient qu'aborder la problématique des pieds pouvait être intrusif : *« Je pense à un monsieur particulièrement qui avait du coup des pieds très abimés. (...) J'ai commencé à lui parler, lui demander si voilà, s'il allait voir un podologue parce que c'était un monsieur diabétique et il m'a dit mais en quoi ça vous regarde ? » (D10).* La pudeur de certains patients pourrait les limiter à aborder le sujet. Il pourrait exister un frein par rapport à la représentation que le patient se fait du champ de compétences du professionnel.

b) Motivation et investissement du patient, des facteurs favorisants

Les soignants constataient que l'adhésion au suivi podologique dépendait du profil du patient.

Les patients qui se faisait suivre régulièrement chez le podologue étaient des patients déjà investis : *« Oui, ils ont envie de connaître, de savoir ce qu'il faut ou de ce qu'il faut pas faire » (P6).* Même chose pour ceux qui étaient suivis par le réseau diabète: *« les patients qui vont au réseau diabète, ils le veulent bien, donc en général ils sont plus motivés » (M14).* Les patients observants qui adhéraient aux conseils éducatifs n'étaient pas ressentis comme des patients à risque : *« Après t'as les maniaques, tu leur dis une fois et ils t'en reparleront à chaque consultation, pour te dire je me lave bien les pieds Docteur, je regarde bien, ils sont bien propres. Mais c'est pas ceux-là qui ont la plupart du temps des mals perforants » (M14).*

c) Les difficultés d'adhésion du patient

L'infirmière du réseau constatait un manque d'intérêt des patients en l'absence de plainte : *« On arrive à les mobiliser quand il y a un problème mais avant quand on est au stade de la prévention, l'intérêt il ne le voit pas » (IR2)*. L'absence de douleur, conséquence des troubles neuropathiques était ressentie par les soignants comme source d'incompréhension pour certains patients.

Les pharmaciens décrivaient plus de difficultés à sensibiliser les patients dans le déni de la maladie: *« C'est plus souvent des gens qui sont déjà un petit peu récalcitrant au niveau de la maladie » (Ph11)*.

Les soignants se sentaient parfois impuissants face aux patients réfractaires à la prise en charge : *« Les patients très à risques, on est arrivé à un tel niveau de laisser aller, que ce n'est pas la priorité pour eux ils écoutent oui, mais est ce qu'ils font ? Non. C'est un petit peu comme gérer le diabète quoi. J'en ai un ou deux, qui se lèvent la nuit pour manger, ils regarderont leurs pieds s'ils ont envie de regarder quoi » (M14)*.

Les professionnels constataient que les patients à risque étaient des patients plus négligents : *« mais en générale les personnes qui sont 'je m'en foutiste ' ce sont déjà des personnes qui ont une neuropathie ou voilà... c'est pas forcément les personnes qui sont grade 0 et 1 » (P6)*.

Pour certains patients en perte d'autonomie, respecter les conseils d'hygiène n'était pas une chose aisée : *« encore faut-il qu'ils puissent regarder sous leurs pieds. Ce qui n'est pas toujours simple » (M14)*. Quelques professionnels identifiaient la perte d'autonomie chez les sujets âgés comme favorisant les difficultés d'adhésion aux soins.

L'infirmière du réseau diabète, les podologues et un des médecins constataient que le coût de la prise en charge podologique pouvait être un frein pour certains patients: *« y'a quand*

même des patients pour qui 30€ c'est pas si simple en fait, ça c'est une difficulté quand même » (IR2).

1.2. La pratique du médecin

1.2.1. Une prise en charge globale et complexe

Pour les médecins interrogés l'approche du pied du patient diabétique s'inscrivait dans une prise en charge longue et chronophage: *« c'est des consultations qui prennent déjà énormément de temps » (M14).*

Face à cela ils s'organisaient et mettaient en place leur propre stratégie de suivi : *« T'es obligé de scinder un petit peu tes consultations, et puis tu fais les trucs petit à petit quoi. Tu ne peux pas tout faire à chaque fois c'est impossible. Sinon il te faudrait trois quarts d'heure par consultation quoi » (M14).*

1.2.2. Une organisation individuelle

a) L'évaluation du risque

Le pied diabétique n'était pas un sujet d'échange de pratiques entre médecins : *« Je pense qu'on n'en a même jamais discuté, mais je ne pense pas qu'on fasse tous la même chose » (M14).*

Les médecins interrogés faisaient une évaluation globale du risque basée sur l'analyse des pratiques du patient : *« ensuite on va évaluer la sensibilité, le ressenti, comment il se charge de ses pieds » (M14), l'équilibre du diabète : « Pour moi avec diabète déséquilibré c'est un patient plus à risque » (M14) et l'ancienneté du diabète: « l'âge de son diabète, je veux dire un jeune, je vais peut être aller moins, alors que le sujet âgé... » (M17).*

Un des médecins avait structuré un suivi au cours de ses consultations. Il expliquait systématiser un dépistage : *« deux fois par an, j'insiste un petit peu plus sur le pied avec un examen du pied complet et puis testing neurologique au mono filament »* (M14).

L'autre médecin prêtait une attention plus particulière aux pieds du patient diabétique selon un risque ressenti : *« Les pieds, alors je n'y pense pas à tous les coups, je crois que ça dépend un peu du type de patient, si je le trouve un peu à risque »* (M17).

Le dépistage de l'artériopathie faisait parti intégrante de leur examen cardio-vasculaire : *« en fait, j'examine le cœur, je prends les pouls. C'est... chez moi c'est systématique »* (M17).

Les médecins interrogés n'utilisaient pas toujours la gradation pour évaluer le risque et pouvaient ne pas savoir la réaliser : *« tu me parlais tout à l'heure de gradation, tu vois, je crois que je sais pas »* (M17).

Un des médecins l'utilisait lors de la réalisation d'une ordonnance pour permettre au patient un remboursement : *« je spécifie la gradation (sur l'ordonnance), quand ça rentre dans un remboursement, sinon non »* (M14).

b) Recours au podologue pour le soin

Le patient était orienté vers le podologue lorsque les médecins jugeaient la nécessité d'un soin : *« Si il y a un cor, je vais l'envoyer chez le podologue »* (M17).

Ils ne semblaient pas les orienter dans une démarche systématique de prévention : *« suivant ce que je constate, pas à chaque fois »* (M14).

Ils constataient que tous les patients ne suivaient pas leur conseil : *« Donc je leur propose, après ils y vont pas tous. »* (M14).

c) Des conseils basiques sur le chaussage

Les médecins vérifiaient l'usure des chaussures mais ne semblaient pas habituer à conseiller le patient concernant le chaussage : *« je suis un peu vague quand même...je leur dis de ne pas prendre des chaussures trop traumatisantes, serrées, tout ça un peu souple, mais je ne les envoie pas chez un spécialiste de la chaussure. J'en sais rien » (M17).*

Il y avait confusion entre les différents spécialistes du chaussage : *« Aussi les prothésistes, enfin les ... podo-orthésistes là, je connais pas » (M17).*

d) La pratique en cas de plaie

En cas de découverte d'une plaie les médecins interrogés n'orienteraient pas vers un centre spécialisé. Ils organiseraient eux même leur stratégie de soins : *« chez le diabétologue euh...non. Si y'a des plaies, je vais les surveiller, je vais faire faire des soins par une infirmière (...) je vais lui demander de faire des soins de plaie, et puis de le revoir à distance pour voir si ça évolue, dans quel sens ça évolue » (M17).*

Un des médecins systématisait le suivi de ses plaies. Il avait organisé sa prise en charge avec les infirmières : *« moi je les vois une fois par semaine au cabinet des infirmières entre deux consultations pour jeter un coup d'œil » (M14).*

Le podologue serait consulté pour un avis: *« en général, ils vont faire un tour chez le podologue pour évaluer » (M14).*

L'exploration vasculaire en cas de plaie semblait être quelques chose d'assez systématisée : *« si j'ai une plaie, on va revoir le doppler » (M17).*

A la différence de la mise en décharge de la plaie qui ne semblait pas être pratiqué : *«je me rappelle pas l'avoir fait » (M17).*

e) Le recours au réseau diabète

Les médecins sollicitaient facilement le réseau diabète pour une aide éducative et pour la réalisation d'examens de suivi dans la prise en charge globale : *« parce que ça permet souvent de rectifier le tir, sur des choses que toi tu aurais oublié euh... ils ont systématiquement leur rétinographie, l'ECG. » (M14).*

Ils pouvaient avoir des difficultés en convaincre certains patient : *« alors y'en a qui ne veulent pas, qui n'en voient pas l'intérêt » (M17).*

Les patients acceptants un suivi par le réseau diabète étaient identifiés comme des patients déjà investis : *« les patients qui vont au réseau diabète, ils le veulent bien, donc en général ils sont plus motivés » (M14).*

Une des médecins disait travailler régulièrement avec le réseau : *« je te dirais que tous les patients de type 2 qui ont plus de 45 -50 ans, ils font partis du réseau diabète » (M14).*

Cependant il manquait d'informations concernant la prise en charge podologique possible : *« je pense qu'à travers le réseau ils ont droit à une ou deux consultations par an, il me semble? »(M14).*

1.2.3. Le rôle central du médecin pour les autres professionnels

a) L'ordonnance impérative

Dans le parcours de soins du patient, le médecin était identifié par l'ensemble des autres professionnels comme le réfèrent de la prise en charge, que ce soit en prévention ou en cas de plaie.

Les différents professionnels paramédicaux intervenant dans la prise en charge avaient besoin d'une ordonnance pour initier leurs soins et permettre un éventuel remboursement : *«Y'a toujours besoin du médecin, de toute façon il faut une ordonnance » (AS9).*

Les infirmières ne pouvaient débiter un soin de plaie sans prescription: *« le problème, c'est que l'infirmière elle est démunie puisque si elle n'a pas prescription, elle ne peut pas faire d'intervention » (P6).*

Le pharmacien ou le podo-orthésiste vendaient des chaussures ou des appareillages qui pouvaient bénéficier d'une prise en charge et avaient donc besoin pour cela d'une ordonnance : *« on en a quelques unes, c'est remboursé par la sécu » (Ph11).*

b) Un rôle de décideur pour les soignants

Les professionnels s'accordaient à dire que le médecin se plaçait au cœur de la prise en charge en s'appuyant sur ses compétences.

Pour les podologues, l'évaluation du risque de plaie était une compétence du ressort du médecin. Ils l'expliquaient d'ailleurs à leur patients : *« le médecin va prendre un monofilament, il va piquer sous le pied à différents endroits et fonction de la sensibilité il va grader son...le pied de 0 à 3 » (P6).*

En cas de plaie identifiée chez un diabétique, les soignants orientaient systématiquement le patient vers le médecin : *« parce que même si visuellement ça nous paraît pas grave nous non, on prend pas de risques » (Ph11).*

Aux yeux des soignants une plaie nécessitait l'évaluation du médecin. La podologue expliquait : *« je l'envoie au médecin traitant et puis après c'est le médecin traitant qui juge » (P6).*

Paradoxalement les médecins interrogés disaient orienter leur patient vers le podologue : *« le podologue, je vais lui demander s'il faut... ce qu'il faut faire » (M17).*

1.3. Les professionnels du pied

1.3.1. Les podologues

a) Un rôle de prévention

Les patients viennent en générale consulter le podologue pour : *« simplement des conseils (...) parce qu'il y a une pathologie (...) un cor, un durillon euh... une coupe d'ongle que le patient n'arrive pas à faire euh... des callosités »* (P6). Ils viennent d'eux mêmes, sur ordonnance du médecin ou du diabétologue.

Les podologues expliquaient l'intérêt porté sur la prévention chez le patient diabétique : *« là où on gagne beaucoup de temps et d'argent c'est en prévention »* (P13).

Ils ont ainsi pu décrire leurs compétences propres en matière de prévention des plaies :

- l'éducation en consultation : *« en même temps que je lui fait les soins et je lui rappelle quelques petits conseils, quelques petites consignes qu'il a à surveiller quand on fait du diabète »* (P6),

- un examen minutieux des pieds : *« on inspecte le pied, on regarde s'il n'y a pas de tâche sur les ongles, on regarde entre les orteils s'il n'y a pas de fissure ou de mycose ...»* (P6)

- des soins d'entretien : *« on solutionne beaucoup, beaucoup de problèmes avec une bonne coupe d'ongles »* (P13)

- le dépistage des déformations

- des corrections des hyper appuis : *« ce sont des problèmes d'appui, donc là on leurs propose de traiter ces problèmes d'appui avec des semelles justement »* (P13)

Paradoxalement les professionnels du pôle semblaient orienter leurs patients vers le podologue plus dans une démarche initiale de soins que de prévention.

b) La gradation, un sujet polémique pour le podologue

Les podologues considéraient que ce n'était pas leur rôle : *« on est pas tenu à faire des grades » (P13)*. Pour eux c'était un acte médical: *« les médecins sont tenus uniquement » (P13)*. Ils avaient le sentiment que la pratique médicale de la gradation par les médecins n'était pas un acte réalisé conformément à leurs attentes et qu'elle n'était pas suffisamment expliquée au patient : *« même s'ils sont déjà gradés, ils ne savent pas forcément à quoi ça correspond » (P13)*, ce que constatait aussi le réseau diabète : *« la gradation des pieds, en fait le patient quelquefois il ne sait pas » (IR2)*.

Face à cela les podologues expliquaient informer leur patients: *« j'explique à mes patients que le pied doit être gradé par le médecin » (P6)* et les médecins : *« sur l'ordonnance c'est marqué soins pour pieds diabétique, alors des fois je met un post' It, je dis quel grade point d'interrogation »*.

Un des podologues expliquait avoir : *« essayé de communiquer en interne » (P13)* et constaté une nette amélioration : *« c'est mieux, les médecins au pôle, qu'en ils nous envoient les patients diabétiques, ils sont généralement gradés » (P13)*.

Dans la mesure où la réalisation de la gradation du risque podologique permettait de définir si les soins seraient remboursés, les podologues accordaient une attention particulière à la notification de la gradation sur l'ordonnance : *« alors tout dépend, s'il arrive avec une ordonnance ou pas... » (P13)* et si *« c'était marqué soins de pédicurie diabétique, donc pas gradé, donc pas pris en charge » (P13)*.

L'ordonnance gradée permettait au patient en fonction de la gradation de définir les conditions de prise en charge du forfait podologique. En pratique les patients avaient des

difficultés à admettre : *« pourquoi y'a des soins qui sont pris en charge et pourquoi d'autres pas » (P13).*

Par ailleurs les podologues constataient que certains médecins pouvaient pratiquer une surgradation afin de permettre un remboursement : *« Y'a des patients qui arrivent gradés 2, un petit peu d'une façon consensuel » (P13).*

Concernant ce point les avis étaient partagés,

: *« Si on prend ça comme problème de fond, là on est le plus efficace, c'est en prévention. Donc je ne pense pas que ce soit une si mauvaise chose de sur grader le pied quelque part quoi... » (P13),*

: *« Après c'est peu être dur ce que je vais dire mais si on juge que le patient doit être gradé 0 ou 1, et bien on doit pas le grader 2 et 3 parce que c'est remboursé » (P6).*

c) Prise en charge podologique en cas de plaie

Les podologues rencontraient peu de plaie du pied diabétique : *« c'est pas dans ma pratique quotidienne », (P6).* En cas de plaie ils orientaient le patient vers le médecin : *« je réoriente vers le médecin traitant pour des soins infirmiers » (P13).*

Un des podologues expliquait pouvoir intervenir en appui de la prise en charge pour réaliser de soins de débridement régulier: *« quitte à le revoir tous les 15 jours pour re-dégager la kératose qui peut être à l'origine de la plaie » (P13).*

Ses soins semblaient peu réalisés en pratique et limités par la charge financière qu'ils pouvaient induire : *« Si je les prends 27 €, et qu'il y a que quatre à six séances par an prise en charge, (...) ils vont peut-être pas vouloir revenir, me voir après pour un entretien, parce que les quatre séances ont été bouffé par ce suivi là... » (P6).*

Les podologues expliquaient aussi avoir la possibilité de mettre en place des semelles de décharge: *« c'est l'orthèse plantaire » (P13), pour : « éviter, justement cet appui qui est*

*trop important » (P13). Les podologues interrogés avaient des pratiques hétérogènes à ce sujet. L'un préférait orienter le patient vers le podo-orthésiste : « *parce qu'il faut... une semelle de décharge donc une semelle assez épaisse, plus éventuellement la chaussure* » (P6), l'autre faisait lui-même ses orthèses : « *alors le podo-orthésiste, lui il va plutôt travailler sur les chaussures orthopédiques, nous on est vraiment sur la semelle, c'est différent* » (P13).*

Les podologues ne travaillaient pas en coordination avec les consultations pieds diabétiques du service de diabétologie.

1.3.2. Les podo-orthésistes

a) Une profession mal connue

Les professionnels ne connaissaient pas bien cette profession. Il y a souvent confusion avec le podologue ou autres appareilleurs: « *y'a quand même un amalgame dans l'esprit de beaucoup de gens entre le pédicure podologue et le podo-orthésiste. C'est deux professions différentes* » (PO 7).

b) Un appareilleur spécialiste du pied

Le podo-orthésiste se considérait comme un expert pour le chaussage : « *mon œil de professionnel podo-orthésiste c'est de veiller de faire attention à ce qu'il n'y ait pas de couture qui tombe à un mauvais endroit. C'est de éventuellement proposer aussi des chaussures thérapeutiques en matière extensible* » (PO 7).

Il travaillait en complémentarité des autres professionnels : « *nous qui sommes spécialisés du grand appareillage, c'est aussi de modifier parfois les chaussures thérapeutiques pour que ça convienne malgré tout à la personne, donc on est aussi complémentaire au pharmacien* » (PO7).

Le podo-orthésiste expliquait pouvoir intervenir en prévention primaire en cas de : *« pied très déformé qui ne peut plus se chausser de façon convenable dans une chaussure du commerce » (PO 7)*. Il évaluait la nécessité d'une chaussure thérapeutique associée ou non à une paire de semelles orthopédiques s'il y avait par exemple : *« des hyper appui ou un valgus important » (PO 7)*.

Et si cela ne convenait pas le podo-orthésiste pouvait alors proposer une chaussure sur mesure dit orthopédique où : *« la première prescription »* relevait alors d'un spécialiste : *« le médecin spécialiste c'est qui c'est : le diabétologue, c'est le chirurgien s'il y a eu opération ou intervention après ça peut être aussi médecin de rééducation » (PO 7)*.

Le podo-orthésiste expliquait aussi intervenir chez des patients amputés ou avec des plaies : *« s'il a été amputé que c'est guéri (...) on va faire une semelle orthopédique en matériaux thermoformés à mémoire de forme à certaines épaisseurs, on va éventuellement faire un moulage pour faire la chaussure sur mesure. Quand il y a une plaie, on va plutôt proposer un dispositif d'aide à la cicatrisation » (PO 7)*.

Dans sa pratique le podo-orthésiste décrivait des patients en situation d'échec en raison d'un chaussage inadapté et d'un manque d'information : *« Je dirais c'est peut être ce manque d'information. Parce que je vois des gens qui sont depuis des années avec des plaies et qui n'ont rien aux pieds ! Qui ont des chaussures du commerce, des escarpins, des sandalettes, des choses pas du tout adaptées » (PO 7)*.

c) La coordination avec les autres professionnels

Le podo-orthésiste évoquait la nécessité d'une coordination entre professionnels : *« ça relève d'avoir une relation avec un médecin prescripteur, parce que nous en tant que podo-*

orthésiste nous ne sommes que des exécutants des aidesurs d'un grand appareillage spécialisé. » (PO 7).

Ce professionnel expliquait ne pas connaître le fonctionnement du pôle, il se disait en mesure d'y intervenir si besoin.

1.4. Le réseau diabète

1.4.1. Un appui dans la prise en charge éducative et le suivi des examens

La mission du réseau diabète était de proposer : *«une aide dans la prise en charge du diabète au niveau de l'éducation thérapeutique » (IR2).*

L'infirmière et la diététicienne du réseau intervenaient régulièrement au pôle sur les 2 principaux sites : *« à peu près 5 fois dans l'année à Craon et à peu près autant à Renazé » (IR2).*

Les patients entraient dans le réseau sur la base du volontariat, souvent sur les conseils d'un professionnel et au pôle *«principalement par les médecins » (IR2).*

Lors de l'entretien initial un bilan de *«diagnostic éducatif » (IR2)* était réalisé avec recueil d'informations concernant le patient et son diabète:

-environnement du patient : *« sa vie en générale, s'il vit seul ou pas seul, s'il a une activité professionnelle ou s'il est en retraite » (IR2)*

-les antécédents : *« Les autres maladies associées s'il n'y a pas d'autres choses qui interfèrent »*

-les examens de suivi : *« ses résultats de prise de sang » : « la micro albuminurie », : « son électrocardiogramme » : « son fond d'œil »et : « sa gradation des pieds »*

-son vécu du diabète : *« ce qu'il vit au quotidien par rapport au diabète » (IR2),*

-comment il se prend en charge : *« comment à ça se passe avec le traitement, comment ça se passe pour l'alimentation, comment ça se passe pour l'activité physique ».*

En fonction des besoins identifiés plusieurs mesures pouvaient être proposées :

- plan d'éducatif : *«soit de l'éducation en groupe ou en individuel » (IR2),*
- plan de soins: *« on peut aussi réaliser des examens comme le fond d'œil, l'électrocardiogramme et la gradation quand cela n'a pas été fait » (IR2) : « cela peut aussi être quelque chose par rapport au traitement » (IR2),*
- plan d'aide: *« le sevrage tabagique, l'aide psycho ça y'a vraiment une difficulté (...) et puis à la mise en place d'une activité physique aussi.*

Cela conduisait à la mise en place d'un plan d'éducation personnalisé qui est communiqué au médecin du patient.

Les patients intégrant le réseau étaient en générale suivi annuellement pour une réévaluation des besoins lors d'un nouvel entretien: *« pour faire les examens puis en même temps selon l'équilibre du diabète je vais prévoir plus ou moins de temps pour refaire le point s'il y a besoin en fait » (IR2)*

Les patients suivis au réseau semblaient cependant peu à risque: *« On a une majorité de grade 0 » (IR2)*

1.4.2. Gradation et éducation du patient

Concernant la prise en charge du pied, l'infirmière expliquait réaliser la gradation du pied et avoir été formée : *« le test au monofilament je me suis formée avec euh...avec M.X (...) pour la palpation des pouls je suis allée passer une journée avec les des angiologues pour vraiment apprendre à palper les pouls » (IR2).*

Quand la gradation du risque était inconnue, elle la faisait et expliquait au patient l'intérêt dans un but éducatif. Elle en profitait pour donner des conseils d'hygiène et de prévention : *« je vais quand même leur donner des conseils pour comment gérer l'hyperkératose avec en appliquant des crèmes de façon à bien hydrater la peau ou éviter de râper »* et les orientait

vers le pédicure-podologue en expliquant : *« beh c'est vrai que cela à un cout mais euh...c'est aussi important vos pieds » (IR2).*

Les patients expliquaient souvent au réseau que leur médecin n'examinait par leur pied : *« y'en a beaucoup qui me disent 'le médecin regarde jamais mes pieds '»*. L'infirmière du réseau expliquait avoir un rôle complémentaire pour cela : *« c'est aussi le but d'envoyer les patients pour faire les examens » (IR2).*

En cas de nécessité, elle proposait au médecin la prescription d'une ordonnance : *«les grades 2 quelques fois n'ont pas de soins. Euh...Donc là on va demander au médecin, enfin de proposer au médecin de le prescrire pour que le patient ait bien son suivi » (IR2).*

1.4.3. Des formations pour les professionnels

Initialement le réseau proposait une *« formation pluridisciplinaire où toute la formation était regroupée sur 2 jours » (IR2)* mais avait dû s'adapter *« parce qu'on se rend compte que 2 jours ça peut être très lourd et que la participation des médecins entre autre diminuait sérieusement, on avait encore beaucoup d'infirmières » (IR2).*

Le réseau organisait depuis pour les professionnels des ateliers à thèmes lors de soirées de formations réparties durant l'année centralisées sur Laval *« mais ça reste difficile un petit peu » (IR2).*

L'hypothèse d'un manque de disponibilités ou de temps était évoquée pour expliquer ce manque de participation : *«ça rallonge les journées aussi parce que c'est aussi 20h30 à 22h30 après une journée, ça peut être lourd (...)et puis on le centralise à Laval » (IR2).*

Un des pharmacien interrogés faisait remarqué avoir perdu contact avec le réseau diabète.

Il évoquait un manque d'information: *«c'est compliqué, mais je te dis l'invitation qui est parue soit disant en septembre moi je l'ai pas vu, » (Ph11).*

Le réseau ne serait pas contre participer à l'organisation d'une formation au pôle si il y avait une attente sur un thème précis : *« Et une vrai participation des professionnels de santé au*

pôle, à la rigueur ce serait peut être quelques choses que l'on pourrait proposer effectivement. C'est pas figé en fait » (IR2).

1.4.4. Une difficulté d'adhésion du patient aux séances d'éducation

Le réseau diabète proposait des séances d'éducation de groupe sur le diabète en général au pôle de santé qu'il organisait mais animé par les professionnels du pôle, « c'est X (médecin) qui est intervenu en janvier, c'est Y (médecin) qui intervient au mois de Juin. Donc avec Z (diététicienne) et puis il y a le pharmacien qui faut que je contacte qui intervient aussi et l'éducatrice sportive qui vient de Laval » (IR2).

Le patient pouvait aussi participer à des ateliers à thèmes au réseau à Laval : « mais à chaque fois qu'on fait un atelier à thème avec la pédicure podologue sur la prévention des pieds on a très peu de participants » (IR2).

L'infirmière du réseau expliquait cela par le fait qu'en l'absence de bénéfice direct les patients semblent moins motivés : « là en fait ça les impliquent à venir et ils n'ont rien en échange que les connaissances (...) ils ne se sentent pas impliqués de la même façon » (IR2).

La diététicienne pensait que l'éducation en groupe pouvait pour certain ne pas être le moyen le plus adapté : « parce qu'il y en a aussi beaucoup qui ne souhaitent pas des éducations de groupe. Par exemple de parler de leur vie devant les autres personnes. » (D10).

1.4.5. Le remboursement de soins podologiques regretté

Jusqu'en 2012, le réseau diabète offrait la possibilité d'une prise en charge de consultations chez le pédicure-podologue pour leurs patients adhérents : «les grades 0, ils avaient possibilité d'avoir recours à une consultation pédicure-podologue prise en charge dans l'année (...) s'ils étaient en grade 1 ils avaient deux consultations» (IR2).

Il était constaté une bonne adhésion : «ça fonctionnait très bien, ils y allaient tous» (IR2)

Les podologues ont constaté une démobilisation importante de leurs patients en lien avec la suppression de cette aide financière : *«si c'était pas un souci les patients qui étaient remboursés par le réseau diabète auraient continués à venir même après. Moi je dirais que c'est presque même 50%» (P6).*

1.5. A domicile

1.5.1. Les pratiques des aides soignantes

a) Des soins d'hygiènes hebdomadaires

Les aides soignantes intervenaient à domicile pour l'aide à la réalisation des soins d'hygiène chez des personnes souvent déjà fragilisées et parfois plus en capacité de prendre soins de leurs pieds.

La réalisation des soins étaient adaptée selon les exigences et l'autonomie des patients : *« c'est une population âgée en générale qui a du mal à accepter que l'on vienne faire leur toilette à domicile et puis bah c'est vrai que souvent le conjoint est quand même plus ou moins fatigué » (AS9).*

La toilette des pieds se fait par des bains : *«c'est pas la douche » (I8)*, et en générale hebdomadaire : *«on fait un bain de pied en générale une fois par semaine » (AS9).*

b) Des soins de pédicuries réservés au podologue

Les aides soignantes ne semblaient pas faire de soins de pédicurie chez le diabétique : *« quand il y a besoin de faire couper les ongles on fait appel au pédicure. On ne coupe pas les ongles des personnes diabétiques » (AS9).*

Parfois c'est la famille qui prenait le rendez-vous sur les conseils des aides soignantes : *« ça arrive qu'on demande à la famille de l'appeler » (AS9).*

c) Des soins préventifs par bon sens

Les aides soignantes ne semblaient pas avoir été sensibilisées aux mesures préventives :

« est ce qu'il y a quelque chose pour éviter toutes ces plaies je ne sais pas » (AS9).

L'aide soignante hydratait les pieds de ses patients par bon sens sans faire le lien avec le diabète : *« c'est un monsieur qui avait la peau très, très sèche (...) à partir du moment où on avait mis la crème hydratante ça c'était amélioré, il avait les pieds beaucoup moins secs » (AS9).*

d) La difficulté du chaussage à domicile

Pour le chaussage, les patients ne sollicitaient pas forcément les soignants : *«ils nous demandent pas toujours quand ils changent aussi » (AS9).* Les patients n'identifient pas le chaussage comme relevant du médical.

Les soignants pouvaient être amenés à donner des conseils : *« pas de chaussures trop fermées déjà par ce que le frottement peut provoquer des plaies » (AS9).*

Si l'infirmière de l'ASMAD constatait un chaussage défectueux elle demandait une ordonnance : *«on en parle au médecin pour avoir une ordonnance » (I8).*

Elle expliquait aussi aider ses patients dans la démarche : *«en générale, ce que l'on fait, c'est déjà de prendre un catalogue dans la pharmacie où va la personne (...) on voit avec la personne en fonction de son pied de ses habitudes etc... et on va les faire essayer chez les personnes » (I8).*

Faire changer les chaussures n'était pas toujours une chose facile pour les aides soignantes : *« il y a des gens qui sont vraiment c'est pas facile, parce que déjà d'une ils comprennent pas » (AS9).*

1.5.2. Les pratiques des infirmières

Les infirmières interrogées avaient dans leur patientelle une proportion importante de patients diabétiques âgées qu'elles suivaient à domicile : « *tous nos diabétiques sont à domicile* » (I15).

Elles expliquaient intervenir en générale pour la gestion des traitements : « *par exemple une préparation de semainier* » (I12), la surveillance glycémique : « *pour la glycémie capillaire et pour une injection d'insuline* » (I12) et le suivi biologique : « *On essaie quand même d'avoir une hémoglobine glyquée tous les 3 mois* » (I12).

Les cabinets infirmiers avaient des pratiques hétérogènes concernant les mesures de surveillance clinique à domicile.

Une des infirmières expliquait que dans son cabinet avait été récemment mis en place une surveillance clinique hebdomadaire pour ses patients diabétiques de plus de 75 ans insulino-traités : « *dans cette surveillance, spécifiquement une fois la semaine, on va prendre ces constantes, on va vérifier avec lui son alimentation on va lui poser des questions par rapport à ses yeux, par rapport à son état cutané, et on va également vérifier ses pieds* » (I15).

L'autre infirmière expliquait prêter seulement attention au pieds en cas de plainte du patients « *c'est si un patient nous dit 'j'ai mal au pied ou je suis mal chaussé'* » (I12). Il n'y avait pas de démarche systématisée formalisée au sein de son cabinet, « *faudrait que je revoie ça avec mes collègues mais je ne pense pas qu'il y est de surveillance particulière à ce sujet* » (I12).

a) L'intervention de l'infirmière dans la prise en charge du pied

Les soins d'hygiène ne faisaient pas partis de leur pratique quotidienne et ne donnaient pas de conseils spécifiques concernant l'hygiène : « *non à part avoir une bonne hygiène et de bien sécher les pieds. Et fin voilà, non pas plus que ça* » (I15). Les infirmières ne faisaient pas non plus de soins de pédicurie. En cas de lésion d'hyperkératose, elle orientait

directement vers le podologue: «on va pas toucher à un cor, on va vraiment *plutôt orienter vers le pédicure podologue* » (I15).

En revanche elles déclaraient être vigilantes au chaussage et orientaient leur patient vers le pharmacien si besoin, sans passer par le médecin : « *on demande à la personne ou à sa famille d'y aller* » (I15). Le chaussage du patient diabétique ne semblait pas perçu comme une problématique médicale pour les infirmières.

b) Compétences et responsabilité

Elles n'étaient pas sensibilisées de façon spécifique sur les risques podologiques dans leur pratique quotidienne car la prise en charge de cette pathologie ne relèvait pas directement de leur compétence. En revanche elles pouvaient avoir des repères sur les principales notions de prise en charge du pied issues de formations antérieures sans connaître les sujets plus techniques.

Par exemple lors de l'examen du pied: « *moi ce que je regarde, c'est juste avec la vision, les pieds entre les orteils. Mais pas ce trouble de la sensibilité non. C'est pas quelque chose que je sais faire* » (I15).

Elles avaient également une connaissance imprécise d'une possibilité de prise en charge : « *je sais plus mais... je crois que c'est deux fois par an qu'ils ont une consultation de remboursée chez le podologue* » (I15).

c) En cas de plaie, une action coordonnée avec le médecin

Même si une des infirmières expliquait ne pas avoir rencontré de plaies de pied diabétique depuis qu'elle travaillait sur le pôle : « c'est vrai que depuis que je suis (...) mais c'est vrai qu'on n'a pas eu de plaie » (I12), elle évoquait l'organisation de la coordination pour la prise en charge d'autres types de plaie.

En cas de plaie, l'infirmière s'en réfèrerait et orientait vers le médecin avec qui elle organisait le suivi de la plaie: *« je pense que j'appellerai le médecin. Et lui demander la conduite à tenir. Est-ce qu'il y a besoin de consultation médicale ou d'aller voir la pédicure podologues »* (I12). L'autre infirmière orientait également rapidement le patient vers son médecin: *« on traite et aussitôt après il prend son rendez-vous »* (I15).

Ensuite elle expliquait qu'il se mettait en place un suivi coordonné avec le médecin. Elle réalisait ses soins quotidiens au domicile et en cas de besoin elle faisait venir le patient au pôle afin que le médecin puisse réévaluer la plaie: *« quand on voit que ça stagne ou qu'on trouve pas ça terrible »* (I15). Cet exemple de prise en charge s'inscrivait dans une organisation propre à ce cabinet favorisée par la proximité géographique des locaux infirmiers et des salles de consultation des médecins.

1.6. Les autres professionnels

1.6.1. Le pharmacien

Ce professionnel se décrivait comme l'un des premiers interlocuteurs pour le patient diabétique en particulier quand il y avait une plainte du patient.

Pour autant le pied n'était pas un sujet que les pharmaciens pensaient aborder spontanément chez un patient diabétique: *« c'est pas quelque chose de naturel, quand ils viennent pour un renouvellement d'ordonnance de donner des conseils sur l'hygiène du pied »* (Ph5).

En cas de lésions d'hyperkératose, ils orientaient en règle générale vers les podologue pour les soins : *« s'ils sont diabétiques, moi je leur conseille d'aller voir le podologue »* (Ph11) : *« oui et si éventuellement ils ont un doute d'aller voir le médecin »* (Ph11). Les pharmaciens

pouvaient être amenés également à conseiller des crèmes hydratantes spécifiques pour pied diabétique.

En cas de plaie, le patient était orienté vers le médecin : *« on ne se pose pas de questions » (Ph11).*

Les pharmaciens délivraient des chaussures mais ne se considéraient pas comme experts. Ils vendaient des chaussures thérapeutiques à usage temporaire (CHUT) sur prescription du médecin : *« on en parle des chaussures mais y'a une prise en charge sur certains modèles, mais après cela revient au médecin de décider » (Ph5).* Ce type de chaussures se destinait en générale plus aux personnes âgées : *« souvent c'est au niveau des maisons de retraite » (Ph11),* et pas spécialement aux diabétiques : *« c'est plutôt les gens avec des affections rhumatismales des déformations, enfin la fraction de diabétiques c'est pas sur ça qu'on délivre le plus de chaussures » (Ph5).*

Ils expliquaient avoir plus de facilité à vendre les chaussures remboursées : *« Alors déjà quand on propose des choses mais qu'il y a une prise en charge, un remboursement ça... c'est plus facile » (Ph11).*

Les pharmaciens expliquaient vendre des chaussures de décharge type : « barouk » en post chirurgie d'hallux valgus mais pas en cas de mal perforant plantaire : *« non moi j'ai jamais vu, une chaussure de décharge, lors de ce problème là » (Ph11).*

1.6.2. La diététicienne

La diététicienne disait ne jamais avoir eu l'occasion d'intervenir dans le cadre d'un bilan nutritionnel chez un patient suivi pour une plaie : *« Les personnes qui me sont adressés (...) pour le diabète c'est toujours d'un point de vue diététique par rapport à l'hémoglobine glyquée ou aux hyperglycémies, mais en aucun cas pour réalimentation ou adaptation alimentaire dans le cadre d'une plaie » (D10).*

Elle intervenait dans la prise en charge diététique du diabète en générale.

Elle travaillait en collaboration étroite avec le réseau diabète où elle expliquait participer aux séances d'éducatrices collectives organisées sur le pôle : *« avec un médecin du pôle, moi, un pharmacien et l'éducatrice sportive du réseau (...) deux fois par an » (D10).*

Elle expliquait aussi pouvoir intervenir pour quelques séances individuelles lorsque le réseau diabète le jugeait opportun.

Elle voyait l'intérêt d'une intervention diététique dans la prise en charge du pied diabétique en cas de plaie. : *« On sait aussi que quand il y a une plaie ça demande une cicatrisation plus importante. Donc qui dit cicatrisation dit besoin d'un rééquilibrage des apports nutritionnels supérieurs par rapport à ce qu'ils font actuellement. Du coup moi je peux intervenir par rapport à ça » (D10).*

Elle était confrontée à la même problématique que les podologues concernant la charge financière qu'impliquait le suivi diététique : *« j'en ai perdu quand même énormément parce qu'elles n'avaient pas les moyens financiers d'accéder aux consultations diététiques » (D10).*

1.7. L'hôpital local

1.7.1. Cadre de la prise en charge

L'hospitalisation pour une plaie de pied diabétique n'était pas perçue comme quelque chose de fréquent : *« ça fait 16 ans que je suis aide soignante (...) j'ai du en voir deux ou trois pas plus » (ASM18).*

Les quelques souvenirs de cas d'hospitalisation cités par les soignants concernaient plusieurs niveaux de prise en charge, allant de la découverte de mal perforant dans le service à des amputations majeures et fin de vie.

Les médecins déclaraient ne pas avoir hospitalisé leur patient pour une prise en charge du pied diabétique. Un des médecins pensait qu'il était plus facile pour lui de prendre en charge

le diabète et ses complications en consultation : *« Mais en tout cas le diabète et tous les à côtés du diabète, sont moins bien pris en charge, enfin pour ma part » (M14).*

En cas d'hospitalisation d'un patient diabétique, la prise en charge thérapeutique était centrée sur l'équilibre glycémique avec des mesures de surveillance spécifique supervisées par le médecin : *« des protocoles de surveillance glycémique, qu'on met en systématique à l'arrivée pour un temps donné et après on voit avec le médecin » (IH4)* et le régime diététique : *« c'est vraiment la priorité, s'il est diabétique » (ASM18).*

1.7.2. Une organisation locale

Les médecins traitants, ayant la responsabilité des patients qu'ils hospitalisaient, organisaient le parcours de soins de leur patient selon leur propre organisation durant l'hospitalisation.

Les services ne faisaient pas l'objet de mesures préventives systématisées concernant le pied diabétique.

L'évaluation du risque podologique n'était pas une pratique réalisée à l'hôpital : *« ici je n'ai jamais vue faire » (IH16).*

L'aide soignante pouvait dépister les lésions cutanées lors de la toilette.

Son rôle était alors de prévenir l'infirmière qui, selon ce qu'elle constatait, orientait la prise en charge vers le podologue ou le médecin : *« on va voir et si on considère que c'est une plaie ou quelque chose qui doit être vu par le médecin, on signale au médecin » (IH3),* et : *« si il y a besoin de faire appel au pédicure, on appelle le pédicure » (IH16).*

Le podologue effectuait les soins de pédicurie et donnait ses recommandations à l'infirmière : *« après je fais mes transmissions aux infirmières par rapport à ce qu'il y a à faire » (P6).*

A noter que l'intervention du podologue ne faisait pas partie de l'hospitalisation : *« c'est le patient qui doit régler quand il est en médecine » (P6)* quand il n'y a pas de prise en charge.

Il n'y avait pas d'éducation thérapeutique formalisée dans les services, ni de coordination avec le réseau diabète : « *on ne travaille pas ensemble* » (IH16).

En cas de plaie le médecin était systématiquement prévenu pour organiser la prise en charge. Il jugeait de la nécessité d'examen et organisait la prise en charge : « *il nous donne un protocole de pansement à faire ou un examen euh... pour approfondir un peu la chose, voilà...* » (IH3).

Il n'y avait pas de collaboration avec les centres experts.

L'hôpital disposait d'une infirmière possédant un diplôme universitaire « plaies et cicatrises » qui était consultée en cas de plaie : « *Elle est sollicitée pour chaque pansement et, elle donne un protocole à suivre adapté à chaque plaie* » (IH3).

Les patients hospitalisés pour une plaie bénéficiaient facilement d'une prise en charge diététique : « *la diététicienne, en tout cas oui, elle intervient rapidement et parfois même avant d'avoir la prescription médicale* » (IH3).

La mise en place d'une décharge n'était pas une démarche systématisée et dépendait de la pratique de l'équipe en charge du patient : « *après si c'est une plaie, qui va déranger la marche ou etc. on peut demander à l'ergo* » (IH16).

2. Besoins et mesures des professionnels pour améliorer la prise en charge

2.1. Améliorer la prévention par des mesures proactives

2.1.1. Questionner le patient diabétique

Les pharmaciens n'avaient pas l'habitude de questionner leur patient concernant leurs pieds : *« y'a pas mal de choses auxquelles on pense à demander et c'est vrai que le pied on y pense pas » (Ph11).*

Ils s'interrogeaient sur l'intérêt de s'y intéresser de façon plus systématique: *« il serait peut être judicieux de rappeler à chacun des professionnels pharmaciens de bien poser la question à leurs patients : est ce que vos pieds vont bien? »(Ph11)* au même titre qu'ils le faisaient pour le suivi glycémique.

C'est une mesure qui leur semblait facile à mettre en place : *« c'est vrai alors que finalement ça pourrait être assez simple de redemander comment ils pratiquent tout en discutant » (Ph5).*

2.1.2. Harmoniser les pratiques : la fiche d'information patient

Les différents professionnels ne délivraient pas tous le même niveau de conseil à leur patient. La plupart des professionnels interrogés donnaient en générale des conseils simples.

Une des infirmières disait : *«y'a pas de critères précis, mais c'est surtout comment faire, de bien sécher voilà c'est des conseils de se laver régulièrement les pieds euh... et bien sécher entre leurs orteils, de bien vérifier un petit peu leur état cutané »(I12).*

Les pharmaciens et les podologues semblaient intéressés par la création d'une fiche de conseils destinée aux patients. Ce mode de communication n'était pas une pratique courante.

Les médecins expliquaient donner leur conseil par oral et n'utiliser que rarement ce genre d'outils : *«ça m'est arrivé un petit peu, pour la déshydratation chez l'enfant, la diarrhée,*

déshydratation où il y a un papier voilà tout fait qu'on sort, mais pour le diabétique non » (M17).

Les pharmaciens en utilisaient déjà sur le thème du diabète en générale : « elles réexpliquent un petit peu ce qu'est le diabète ensuite t'as des conseils hygiéno-diététiques » qu'ils pensent à délivrer en certaines occasions : « c'est des choses que l'on remet quand on change de carnet quoi » (Ph11).

Le réseau diabète utilisait déjà cela en remettant un guide à ses adhérents après qu'ils aient participé aux différentes séances d'éducation de groupe.

Les professionnels n'utilisaient pas les mêmes outils pour communiquer avec leurs patients. Pour certains, il pourrait être intéressant de développer un moyen d'information commun pour le patient (fiche information patient).

2.1.3. Une surveillance par l'infirmière au domicile

Dans le cabinet où a été mise en place une surveillance hebdomadaire au domicile pour leurs patients insulino-dépendants de plus de 75 ans, les infirmières avaient rapidement constaté un bénéfice : « on a vraiment déjà ressenti la pertinence de cette surveillance sur la découvertes de plaies, des cors sous les pieds » (I15).

Cette mesure a été mise en place suite à une formation sur la nomenclature infirmière : « c'est vraiment pas vieux. C'est parce que en fait j'ai fait ma formation nomenclature fin d'année dernière. Et c'est là que j'ai découvert qu'on avait cette possibilité. » (I15).

Elle expliquait ne pas avoir besoin d'un aval spécifique du médecin : « pour ça on n'a pas besoin, en fait de prescription médicale à partir du moment où on a une prescription médicale pour un suivi de diabète on peut le mettre en place » (I15).

2.1.4. Systématiser le suivi podologique

Les podologues et l'infirmière du réseau diabète évoquaient l'intérêt de renforcer le suivi podologique du patient diabétique principalement dans un objectif de prévention.

L'infirmière du réseau diabète soulignait l'intérêt d'envisager un suivi systématisé pour les patients à risque : *« s'il y a un grade 1 et que le patient a quand même un risque de se blesser sans s'en rendre compte, bah peut être que, même s'il n'y a pas vérification visuelle à chaque fois ça peut être bien de se poser la question de savoir, c'est peut être un travail à faire par rapport à ça » (IR2)*. Elle pensait qu'il pourrait être intéressant de proposer au médecin de réaliser l'évaluation du pied au cours d'une consultation spécifique : *« Y'a normalement une consultation plus longue pour les maladies chroniques (...) qui sert de bilan. C'est peut être ce jour là une fois dans l'année qu'il faudrait que cette consultation ait lieu » (IR2)*.

Même en l'absence de risque un des podologues évoquait la nécessité de voir le patient: *« au moins une fois, pour déjà pouvoir avoir évaluer le risque tout simplement (P13)*.

Les podologues évoquaient l'intérêt d'un suivi sur base minimale annuelle : *« une à deux fois par an ce serait bien » (P6)* et d'adapter ensuite au profil du patient : *« s'il y a neuropathie c'est sur, après sur le pied qui est parfaitement aligné avec aucune kératose. Après tout dépend de chaque cas, pour certains grades deux fois c'est trop et il y en a pour qui quatre fois c'est pas assez » (P13)*.

2.1.5. Formaliser un dépistage à l'hôpital

A l'hôpital une infirmière proposait un dépistage systématique à l'entrée pour les patients diabétiques : *« faudrait protocoliser un examen des pieds ou quelque chose comme ça à l'entrée » (IH3)*.

Cela avait d'ailleurs déjà été discuté à l'hôpital. Une table ronde entre professionnels paramédicaux avait été réalisée au sujet du pied diabétique, il y a quelques années sans qu'une procédure n'ait été mise en place. Cela était resté à l'état de projet. Deux des aides soignantes interrogées y avaient participé : *« On avait fait une formation là dessus, mais du coup on n'a jamais retravaillé » (ASM4)*. Elles n'en gardaient qu'un souvenir vague : *« il y a peut-être eu quelque chose de fait que... ça me parle ce truc là ? Parce que normalement, on devrait vérifier les pieds des patients diabétiques quand il s'arrive, je ne sais pas si c'est... et on ne le fait pas nous. Mais je sais plus c'est quoi ça » (ASM18)*.

2.1.6. Des outils informatiques pour faciliter la réalisation du suivi du médecin

Les médecins proposaient l'intégration d'outils informatiques pour mieux systématiser le suivi : *« je pense que ça pourrait être bien d'avoir une grille de gradation dans notre système d'information euh... simple et accessible » (M14)*.

Un des médecins proposait d'utiliser la fonction « rappel » du logiciel métier pour éviter les oublis : *« Pouvoir mettre dans un coin, faut faire ça, ça ça et ça, je peux pas le faire tout de suite, mais on sait qu'il faut le faire une fois par an. Et beh que Tac, j'ai quelque chose qui me rappelle, même si j'ai quelques réflexes. De pouvoir bien voir, sur l'écran que je l'ai fait et à quelle date. Ça c'est pas assez claire » (M17)*.

2.2. Besoins pour l'amélioration des connaissances pratiques de chacun

2.2.1. Connaissance des champs de compétences

Pour les professionnels de santé en particulier les infirmières et les aides soignantes qui sont en première ligne pour dépister les lésions du pied diabétique on ressentait un souhait de précision du rôle de chacun et une volonté de mieux connaître leurs responsabilités et celles des autres professionnels.

Les infirmières comptaient sur les aides soignantes pour dépister les lésions et les alerter : *« c'est les aides soignantes qui nous interpellent, nous les infirmières »* (I8). Pourtant les aides soignantes ne recherchaient pas spécifiquement les lésions du pied diabétique. Une des aides soignantes reconnaissait ne pas rechercher de façon systématique une lésion lors de ses soins : *« avec du recul je me rends compte que je suis pas forcément attentive à... je vais faire le soin du pied mais je vais pas... »* (ASM18).

Les aides soignantes verbalisaient une demande d'informations concernant leur rôle dans la prise en charge du pied diabétique en terme de dépistage des lésions à risque : *« que toutes les aides soignantes aient une formation pour nous expliquer exactement ce qu'on doit voir »* (ASM4) et leur compétence : *« Est ce qu'il y a quelque chose pour éviter toutes ces plaies ? je ne sais pas. Y'a l'hygiène surement mais est ce que le fait de mettre une crème c'est important ? Est ce qu'il faut vraiment insister là dessus ? Je ne sais pas »* (AS9).

Pour les professionnels de santé, développement de leurs champs de compétences et formation étaient liés. Plusieurs mesures ont été proposées par les professionnels se basant sur des expériences antérieures où ils avaient tiré un bénéfice de leur participation active.

A l'hôpital, une infirmière évoquait l'idée de former un soignant référent comme il existait déjà l'infirmière plaie et cicatrisation où l'infirmière référente escarre : *« ça peut aussi être une formation d'une ou deux personnes qui transmettent dans le service comme ça arrive souvent pour d'autres formations »* IH3.

Une des soignantes proposait la réalisation d'un forum, impliquant différents soignants dans l'organisation comme cela avait été fait au sein du CHLSOM sur le thème de la douleur avec réalisation d'ateliers pratiques pour sensibiliser les professionnels : *« Donc nous, l'équipe soignante on avait travaillé sur ça (...) on avait préparé le forum, et on était 2 journées, une*

à Craon, et une à Renazé. Et puis s'inscrivait qui voulait » (ASM18). Cette mesure avait été appréciée et valorisante pour les professionnels qui y avaient participé.

Les infirmières interrogées exprimaient être intéressées par un rappel de recommandations pratiques : *«Ce serait déjà d'avoir une information, fin de se réactualiser par rapport en fait...voilà, aux bonnes pratiques. Fin qu'on puisse être bien informer, par le biais de quoi je ne sais pas, un protocole ou d'une réunion, d'une petite formation. Voilà sur re-lister ce qu'est un pied diabétique, sur quoi on peut être vigilant. Voilà moi je pense que cela pourrait être vraiment très intéressant » (I15) Cependant certains d'entre eux se rappelaient avoir déjà eu une formation sur le diabète dans le passé mais n'avoir que des souvenirs flous de la prise en charge du pied diabétique. Par exemple une des infirmières de l'hôpital se rappelait vaguement de la gradation : « je dirais 10 ans peut être (...) de mémoire, il doit y avoir de grade un alors quatre (...) je ne pourrais plus vous dire comment ça se passe dans les étapes, non » (IH16).*

Un des médecins exprimait la nécessité d'une remise à niveau concernant la gradation : *« les graduations, clairement, on peut être faire une révision là dessus » (M17). L'autre médecin interrogé sur sa pratique de la gradation expliquait s'informer plutôt par ses propres moyens : « à l'aise non, mais je regarde quand je sais pas, je vais chercher les infos » (M14).*

Un des médecins pensait qu'il serait utile d'échanger avec les podologues autour de leurs champs de compétence: *« on pourrait peut être avoir des échanges un peu plus, sur ce qu'ils peuvent faire, leur connaissance, leur possibilités » (M17).*

Sur l'un des sites le podologue avait informé les médecins de la nécessité d'une meilleure gradation et avait constaté une amélioration : *«il y a tout un travail d'information en interne qui c'est fait, donc maintenant ça se passe beaucoup mieux » (P13).*

2.2.2. Clarifier le parcours de soin du pied diabétique sur le territoire

Plusieurs professionnels interrogés expliquaient avoir des doutes quand ils orientaient leur patient. Une infirmière disait: *« si j'envoie le patient chez le podologue, alors qu'il devrait être vu par le médecin peut-être que... alors voilà qu'il y ait un travail de fait »(I12).*

Ce problème semblait se poser souvent en cas de constatation de lésion d'hyperkératose tel qu'un cor, par exemple comme le disait une infirmière: *« ça pourrait être intéressant qu'on nous aiguille un peu sur ça. Parce qu'on s'est dit, finalement on savait pas trop quoi faire là-dessus » (I15).*

Un des pharmaciens demandait : *«si l'on voit un souci au niveau du pied est ce qu'on l'oriente tout de suite vers le médecin généraliste ? »* et proposait la mise en place d'une conduite à tenir : *«je sais pas, peut être une ligne conductrice en fonction du souci que l'on va rencontrer » (Ph11).*

2.3. Développer la coordination interprofessionnelle

2.3.1. La communication interne facilitée par le pôle

D'une manière générale les professionnels ne ressentaient pas de difficultés à communiquer entre eux. La proximité des professionnels au sein du pôle semblait faciliter les échanges interprofessionnels. Une des infirmières profitait de cela pour se rendre directement au cabinet du médecin en cas de besoin : *« On va se retourner, facilement après, prendre contact avec le médecin traitant en direct » (I15).*

Le réseau diabète lorsqu'il intervenait au pôle pouvait faire des transmissions directement au médecin : *« quand on est sur place au pôle on peut discuter ensemble quand nous on a vu le*

patient on essaie de discuter avec les médecins quand même en fin de journée des différents patients qu'on a vu donc on peut déjà en parler oralement » (IR2).

Sur l'un des sites le cabinet de l'infirmière se situait à proximité de celui du podologue qui n'hésitaient pas à se solliciter en cas de besoin pour un avis: *«lors d'une permanence... je suis allé la voir et je lui demandé de passer pour voir, pour contrôler une plaie sur un pied » (I12)* ce qui semblait faciliter la prise en charge : *«la prise en charge a été rapide après » (I12).*

La podologue se rendait facilement au secrétariat pour demander une ordonnance : *« Donc l'avantage et le point positif du pôle santé c'est que, ben voilà on descend et puis on a tout ce qu'il faut, on demande aux infirmières,... euh pas au infirmières, aux secrétaires de vous (les médecins) contacter et voilà » (P6).*

Les échanges interprofessionnels au sein des même locaux constituaient un atout pour favoriser la communication qu'ils souhaitaient poursuivre.

2.3.2. Coordination des soins et partage d'informations dans le parcours de soins

La coordination passait par une communication informelle entre les professionnels rendant difficile le partage d'informations dans le parcours de soins.

Les infirmières, ayant formalisées un suivi hebdomadaire au domicile de leur patient insulinodépendants, inscrivaient parfois leurs transmissions au médecin sur le carnet de suivi glycémique pensant que ce dernier allait le regarder. Une infirmière se faisait la remarque: *«depuis qu'on a fait ça on a pas eu de retour des médecins » (I15).*

Un des médecins proposait des transmissions soignants sur le dossier informatique : *« je pense que ce serait bien que les infirmières puissent mettre un mot dans le dossier aussi ouais... mais je pense qu'elles ne font pas ça et que le podologue aussi mais il n'a pas ICT (système informatique du pôle) » (M14).*

L'infirmière du réseau quand elle se rendait au pôle avait des difficultés à récupérer les examens qui avaient été réalisés antérieurement, comme la gradation par exemple : *«j'ai pas l'impression qu'il fasse apparaître la gradation chez les diabétiques en fait. On la retrouve pas forcément, elle apparaît pas comme un autre résultat en fait » (IR2)*, même si un examen avait bien été effectué : *«quelques fois quand le patient nous dit beh si le médecin a regardé mes pieds ben euh...On ne le retrouve pas forcément en fait » (IR2)*.

Chaque professionnel utilisait ses propres moyens pour communiquer avec les autres professionnels.

Une communication structurée et complète des éléments du dossier patient accessible par tous les professionnels faciliterait la coordination de la prise en charge.

2.3.3. Coordination des soins en cas de plaie

Les médecins et les infirmières qui avaient eu la possibilité de suivre ensemble l'évolution de plaies en se retrouvant au pôle de santé, s'en trouvaient satisfaits et souhaitaient poursuivre cela.

Sur les autres sites cela n'était pas formalisé dans les locaux. Certains essayaient de s'organiser parfois pour mettre en place ce suivi à domicile. Un des médecins justifiait : *« On se retrouvait au domicile, pour voir une plaie au moment où je devais faire la visite. Et en fait on se retrouve au même moment. Mais c'est pour des patients à domicile » (M17)*.

Une réflexion était menée sur la possibilité d'une articulation ville-hôpital pour le suivi de plaie en consultations ambulatoire par l'infirmière de l'hôpital local disposant d'un DU plaie et cicatrisation. Un des médecins expliquait : *«on y réfléchit, parce qu'on passe en T2A à l'hôpital, et donc en passant en T2A, on ne peut plus compter en hospit de jour, toutes les saignées, les plaies donc. Et il est prévu, il est prévu avec l'infirmière spécialiste des plaies qu'elle puisse assurer ce temps là avec le domicile » (M17)*.

DISCUSSION

1. Critique de la méthode

1.1. Population étudiée

L'objectif principal était d'explorer les pratiques des professionnels du pôle dans la prise en charge du pied diabétique.

Nous avons fait le choix d'interroger l'ensemble des professions de santé qui pouvaient intervenir dans le parcours de soins du pied diabétique sur le territoire, à domicile, sur le pôle et à l'hôpital local afin de recueillir au mieux les besoins ressentis de chacun. Ce faisant, pour des raisons de faisabilité de l'étude, nous n'avons pas interrogé tous les professionnels. Dans ce contexte, la saturation des données n'a pas été atteinte.

1.2. L'investigateur

Les entretiens semi structurés ont été réalisés par un interviewer novice à la technique d'entretien qualitatif ce qui peut induire des biais d'investigation.

Cette étude avait réalisée conjointement à l'élaboration d'un protocole pluri professionnel de soins. L'interviewer était investi dans la création du protocole. Certaines personnes interrogées ont aussi participées à des réunions du protocole. Cela a pu induire certaines réponses limitant parfois la spontanéité des discours.

La profession de l'investigateur par ses propres représentations a pu influencer la passation des entretiens et l'analyse des discours.

Lors de la passation des entretiens, l'interviewer travaillait au sein de la structure comme médecin généraliste. Nous faisons l'hypothèse que ce lien professionnel ait pu entraîner un biais de désirabilité sur les thèmes de bonnes pratiques. Par ailleurs un lien de hiérarchie a pu être ressenti et ainsi inhiber certaines réponses.

1.3. Force de l'étude

Il s'agissait d'une étude originale explorant de façon qualitative le discours de différents professionnels médicaux et paramédicaux au sein d'une même structure autour de la prise en charge du pied diabétique.

Il n'a pas été retrouvé dans la littérature d'autres travaux de ce type.

2. Mesures de prévention

En dehors des professionnels centrés dans cette prise en charge, l'identification des facteurs de risque de plaie par les autres professionnels n'était pas ressentie comme faisant partie de leurs champs de compétence.

Les pharmaciens, les aides soignantes et les infirmières moins confrontés à cette pathologie au quotidien se sentaient moins responsables dans la prise en charge.

En revanche les professionnels avaient bien conscience du risque de plaie lié à la perte de sensibilité, sans savoir l'évaluer.

Les déformations et les complications d'hyperkératose n'étaient pas recherchées spécifiquement.

Le pied diabétique représentait pour les soignants une pathologie rare, complexe, méconnue suscitant un intérêt principalement en cas de plaie mais pas au stade préventif.

Cette étude révèle donc en premier lieu d'un manque de sensibilisation des professionnels à la pathologie.

Les soins de prévention étaient réservés à la compétence des podologues.

Dans la prévention, l'éducation du patient est fondamentale et permet d'améliorer les connaissances et les comportements du patient quant à l'hygiène et aux soins des pieds (9).

En particulier pour le sujet diabétique, l'éducation doit être orientée sur les risques associés à la perte de sensibilité des pieds, les conseils de chaussage, l'hygiène et l'entretien des

pieds, la sensibilisation aux mesures de précaution pour prévenir la plaie et la nécessité d'une consultation immédiate en cas de plaie (12).

Le réseau diabète dispensait des séances d'éducation thérapeutique collectives sur le thème du pied diabétique qui pouvaient rencontrer des difficultés à faire participer certains patients faisant preuve d'un désintérêt à échanger autour du pied.

Au sein des professionnels interrogés seuls les podologues et le réseau diabète semblaient donner des conseils formalisés spécifiques sur le pied diabétique.

Mais les patients les plus à risque étaient ressentis comme des patients qui consultaient peu le podologue et refusaient d'adhérer au réseau diabète.

La question se posait alors de savoir comment sensibiliser les patients non réceptifs.

Certains professionnels, partageant cette question, évoquaient l'utilité d'instaurer des documents d'information type « fiche info patient ».

L'intérêt de l'utilisation de documents écrits d'information destinés aux usagers est d'éclairer le patient ou l'utilisateur sur son état de santé, à lui décrire la nature et le déroulement des soins (13). Cet outil utilisé à bon escient pourrait permettre une amélioration de l'information du patient en complément d'une information orale l'amenant vers une meilleure connaissance et un comportement plus adapté à la gestion de leur pathologie (14)(15).

L'avantage que nous voyons aussi dans cette démarche est de sensibiliser les soignants aux messages clés à délivrer au patient et d'harmoniser les discours. En effets les professionnels interrogés délivraient des informations de niveau inégal suivant leur implication dans la prise en charge. Tous n'aspiraient pas selon leurs champs de compétence à pouvoir réaliser de l'éducation thérapeutique mais cette mesure d'information pourrait permettre une meilleure sensibilisation de certains patients.

Ce mode d'information ne faisait cependant pas consensus pour tous. Un des médecins par exemple le jugerait « éventuellement » utile pour ne rien oublier dans l'information délivrée au patient mais également dans le cas d'une intégration dans le logiciel informatique pour tracer le moment où l'information a été délivrée.

3. Compétences individuelles et collectives

Les attentes exprimées par les professionnels s'orientent autour des axes suivants :

3.1. Une demande d'amélioration des connaissances individuelles

Quand les professionnels étaient interrogés sur leurs attentes, plusieurs d'entre eux ont exprimés le besoin de formations sur le pied diabétique.

Au travers de l'expression des besoins de formation se pose la question de la dispense de la formation dans un environnement pluri professionnel où chaque professionnel a des besoins différents.

Paradoxalement quand le réseau diabète proposait des formations, il rencontrait parfois des difficultés à faire participer les professionnels avançant l'hypothèse d'un manque de temps pour ses formations notamment pour les médecins.

Par ailleurs, les professionnels paramédicaux ayant bénéficié durant leur parcours professionnel de formation sur le diabète, où le thème du pied diabétique a été abordé, ne gardaient qu'un vague souvenir des éléments de prise en charge.

Les modes de formation proposés sont-ils suffisamment adaptés à la pratique des professionnels ? Les professionnels semblaient plus intéressés par des formations pratiques en équipe pluri professionnelle (forum, groupe de travail, réunion autour d'un cas...).

3.2. Une meilleure connaissance des champs de compétences des acteurs impliqués dans la prise en charge

La connaissance des champs de compétences et des responsabilités des acteurs tend à limiter les risques d'erreur d'orientation du patient dans le parcours de soins. Les professionnels sont demandeurs d'information sur les possibilités d'orientation du patient pour ensuite mieux coordonner. Les attentes étaient hétérogènes en la matière et dépendaient de leur champ de compétences et de leur niveau d'implication dans la prise en charge.

Nous relevons au travers des entretiens l'importance pour les soignants du besoin d'amélioration de leurs compétences pratiques. Connaître son propre champ de compétence était bien sûr important mais les soignants exprimaient surtout un besoin d'information sur le champ des compétences des professionnels au travers du parcours de soins du patient : «savoir qui fait quoi? », pour orienter le patient vers le bon professionnel.

Dans le cadre d'un travail de coordination en équipe hiérarchisée, connaître les champs de compétences de ses collègues paraît être un élément important. Par exemple dans la prise en charge du pied diabétique, les infirmières attribuaient une responsabilité aux aides soignants dans le dépistage des plaies alors que celles-ci étaient peu sensibilisées. Dans une démarche d'action préventive, il pourrait alors être utile de sensibiliser les aides soignantes au repérage des « pré-lésions » devant conduire à la réalisation du dépistage du risque par la personne compétente à savoir le médecin en vue d'une consultation podologique.

4. Des pratiques médicales hétérogènes autour de la gradation

La gradation est un outil essentiel d'évaluation du risque de plaie.

La présence d'une neuropathie déjà installée associée à une artériopathie, une fois dépistée, nécessite la mise en place de mesures préventives. Celles-ci reposent sur des mesures éducatives du patient associées à l'intervention régulière du podologue pour des soins de prévention et la mise en place d'orthèses si nécessaire.

L'analyse des pratiques montre une hétérogénéité de la gradation par les médecins.

Nous avons pu observer que les médecins pouvaient avoir des pratiques ne respectant pas toujours les recommandations de l'HAS (16).

Nous avons pu mettre en évidence que leurs connaissances pouvaient être imprécises sur les conditions de réalisations de la gradation.

Cela rejoint les résultats de la thèse de G.Laurent (17) sur l'utilisation du mono filament par les médecins Landais où seulement 40% des médecins l'utilisaient et où parmi eux un sur deux gardaient le risque de plaie de façon adéquat.

Certains soignants ont pu faire remarquer un défaut d'information du patient par son médecin. L'étude Entred rapportait que seulement 20% des personnes diabétiques de type 2 déclaraient que leur médecin leur avait fait un test au monofilament (18).

Une méconnaissance a également été retrouvée concernant les conditions de remboursement du forfait podologique par les caisses d'assurance maladie.

5. L'enjeu financier dans la pratique

Les podologues et médecins ont pu exprimer que la prise en charge de patients précaires étaient plus complexe et constataient une population plus à risque de complications.

Ces représentations sont confirmées dans une étude épidémiologique en 2015 de l'institut de veille sanitaire qui retrouvait un taux d'incidence d'hospitalisation de plaies (+40%) ou d'amputations (+70%) plus importante dans les populations bénéficiaires de la couverture médicale universelle complémentaire (CMU-C) de moins de 60 ans (19)

Les podologues et l'infirmière du réseau diabète faisaient remarquer que certains médecins pouvaient sur-grader le pied et faisaient l'hypothèse que cette pratique avait pour but la prise en charge financière des patients.

L'objectif d'évaluation du risque de plaie pourrait être détourné par la problématique de l'enjeu financier.

Jusqu'en 2012, le réseau diabète offrait la possibilité d'une prise en charge de consultations chez le pédicure-podologue pour leurs patients adhérents. Les podologues ont constaté une démobilisation importante de leurs patients en lien avec la suppression de cette aide financière.

Le coût du restant à charge pour le patient pourrait avoir un impact dans la prise en charge et influencer la pratique de certains médecins.

Les podologues expliquaient qu'en cas de réalisation d'orthèse plantaire pour corriger des hyper appuis, le reste à charge pour le patient pouvait constituer une difficulté. La sécurité sociale ne rembourse pas intégralement les orthèses plantaires chez le patient diabétique. En l'absence de complémentaire santé et même si le patient est bénéficiaire de la couverture médicale universelle (CMU-C) pour une facturation d'environ 100 €, le reste à charge pour le patient serait de 70€ (20)(21).

En cas de plaie, l'intervention du podologue joue un rôle dans le débridement régulier de l'hyperkératose. Une des podologues expliquait observer un frein financier dès lors que le nombre de séances dépasseraient le forfait podologique.

6. La coordination des soins

6.1. Au sein du pôle

6.1.1. Travailler ensemble

Les pôles et maisons de santé par leur organisation pluridisciplinaire offrent la possibilité d'une prise en charge globale, intégrant un projet de soins personnalisé pour le patient autour d'actions coordonnées en vue de développer la santé publique autour de la prévention, de l'éducation et du soin coordonné (22).

Les soignants interrogés avaient la particularité de travailler dans un pôle de santé pluri professionnel qui proposait la mise en place des mesures coordonnées pour faciliter les prises en charge et améliorer les pratiques comme le dispositif PAERPA dont l'objectif est d'optimiser la coordination des professionnels (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) autour de la personne âgée (23).

Cela implique de la part des soignants une volonté de travailler ensemble pour faire évoluer les pratiques vers une dynamique collective et une harmonisation des pratiques.

Au moment de l'étude la prise en charge du pied diabétique ne faisait pas l'objet d'une coordination formalisée entre professionnels.

Les professionnels ne décrivaient pas de difficultés de communication et trouvaient des moyens pour se coordonner autour d'une prise en charge quand ils le jugeaient nécessaire.

Il n'a pas été constaté de coordination formalisée dans le suivi du parcours de soins sauf en cas de plaie. Certaines infirmières et médecins avaient organisé un suivi coordonné des

patients en cas de plaie. La proximité des locaux était ressentie comme un atout favorisant pour la communication sur la prise en charge du patient.

6.1.2. Une organisation verticale

Nous avons constaté une organisation verticale de la prise en charge concernant le pied diabétique.

Chaque professionnel intervenait à un ou plusieurs maillons des soins de premiers recours. Les soignants prenaient en charge le patient selon leurs compétences et les priorités ressenties.

Dans cette organisation, les médecins ont été identifiés par l'ensemble des professionnels paramédicaux comme décideurs et experts pour organiser la prise en charge.

Pour autant les professionnels pouvaient adresser le patient directement au podologue pour des soins d'hyperkératoses sans passer par le médecin.

Les médecins pouvaient identifier le podologue comme expert en lui demandant son avis voire une conduite à tenir notamment en cas de plaie.

Ces paradoxes pouvaient constituer un frein dans le parcours de soins et engendrer des incompréhensions entre les professionnels.

Nous avons remarqué que plusieurs facteurs pouvaient influencer la coordination entre les professionnels comme la gradation, l'impact financier mais également le manque d'information sur le champ de compétences de chacun de professionnels.

Ces facteurs pouvaient enrayer le bon déroulement du parcours de soins et amener à une hétérogénéité des pratiques.

Le fait que la responsabilité de l'évaluation du risque ne soit portée que par le médecin crée une hiérarchie dans la prise en charge qu'il est nécessaire de prendre en compte pour favoriser la coordination d'équipes. L'ordonnance avec spécification du grade par le médecin

est un prérequis pour initier la prise en charge. Il nous a semblé que les médecins n'avaient pas conscience de cet aspect de la prise en charge.

6.1.3. Des canaux de communications différents

Les professionnels interrogés avaient des besoins de coordination différents selon leur niveau d'implication dans la prise en charge.

Chacun des professionnels utilisaient ses propres outils de suivi sans qu'il y ait de partage d'information entre professionnels autour du suivi de la maladie.

Entre professionnels il n'y avait pas de communication formalisée. Le médecin inscrivait son suivi médical dans le dossier patient informatique tandis que l'infirmière utilisait le carnet de suivi glycémique. Il semblait que le médecin n'était pas informé de la réalisation de ce suivi formalisé par l'infirmière.

Pour informer le patient, les professionnels utilisaient également une stratégie individuelle.

La communication est centrale dans la coordination et est rendue efficace si elle est complète et qu'elle passe par l'harmonisation des outils. Les professionnels utilisent des moyens de communication différents (carnet de suivi, dossier médical...). Ce pose la question du recours à un outil de communication de suivi commun à tous les professionnels intervenant dans la prise en charge.

6.2. Avec le réseau expert en cas de plaie

Les recommandations préconisent d'adresser le patient pour avis vers l'équipe multidisciplinaire d'un centre spécialisé le plus rapidement possible (16).

Dans le territoire du sud ouest mayennais, les consultations pied diabétique au centre hospitalier de Laval constituent le centre de second recours le plus proche. Au cours des entretiens les professionnels n'ont pas évoqué l'orientation du patient vers cette structure.

En effet les professionnels expliquaient être très peu confrontés à la situation de plaie décrite comme « rarissime ».

Les médecins interrogés expliquaient organiser seuls leur prise en charge en coordination avec l'infirmière et le podologue. Le recours au spécialiste interviendrait s'ils le jugeaient nécessaire.

L'urgence de la prise en charge de la plaie ne semblait pas un risque ressenti.

Nous faisons l'hypothèse d'une méconnaissance des professionnels et du manque de visibilité des centres experts. Le défaut ou le retard d'orientation des patients peuvent être liées à une méconnaissance de l'existence des structures spécialisées (24). L'étude de cohorte European Study Group on Diabetes and the Lower Extremity (EURODIALE) met en avant le retard du recours à ce type de structure. Elle rapporte que 27% des patients orientés vers une structure multidisciplinaire ont une plaie depuis plus de 3 mois (25).

De plus les médecins pouvaient avoir des difficultés à déléguer leur patient, cela pouvant être vécu comme un constat d'échec.

7. Le protocole de soins du pied diabétique

Un protocole pluri professionnel de soins de premier recours (PPSPR) est le schéma d'une prise en charge optimale par une équipe pluri professionnelle sur un territoire donné. Il reflète l'expression d'un accord local et documenté, pour proposer des solutions aux problèmes de prise en charge et favoriser l'harmonisation des pratiques(26).

Les protocoles de soins pluri professionnels sont à différencier des protocoles de coopération (27). Ils ne permettent pas une délégation d'actes comme par exemple la réalisation de la gradation que pouvait réaliser l'infirmière du réseau diabète.

Dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins l'élaboration d'un protocole pluri professionnel de soins sur la prise en diabétique a été décidée au pôle de santé du Sud Ouest Mayennais.

Le protocole a été réalisé avec la participation de différents professionnels du pôle de santé, libéraux et hospitaliers.

Le protocole avait pour objectif de santé l'amélioration de la prise en charge du pied diabétique au pôle de santé

Les objectifs pratiques recensés étaient :

- d'harmoniser les pratiques dans l'information du patient et dans le dépistage des pieds à risque
- d'améliorer la coordination dans le suivi des pieds
- d'orienter la prise en charge en cas de plaie.

Le recensement des besoins et les attentes des différents professionnels recueillis lors des entretiens ont également participé à la définition des objectifs lors de l'élaboration du protocole et à la conception des actions et axes d'amélioration à entreprendre.

Le projet a été travaillé en groupe restreint lors de plusieurs réunions au sein du pôle. Ce travail a été supervisé par l'association des pôles Association des Pôles et Maisons de Santé Libéraux des Pays de la Loire (APMSL-PL) lors de participations à plusieurs ateliers d'écritures.

Le protocole a ensuite été présenté en groupe élargi avec la participation de 6 soignants ayant réalisés les entretiens.

Le protocole a été présenté à l'Assemblée générale du GCS et sa mise en place au sein du territoire doit intervenir courant 2017.

Ce protocole est proposé en annexe.

CONCLUSION

En explorant les pratiques des différents professionnels de santé dans l'environnement du patient diabétique, cette étude a permis d'analyser les problématiques dans l'organisation du parcours de soin, des moyens de communication et des représentations du champ de compétence entre professionnels.

Le parcours de soin est caractérisé par l'hétérogénéité des pratiques dans l'orientation du patient comme dans l'évaluation du risque au travers de la pratique de la gradation. Son organisation verticale hiérarchise la prise en charge.

L'efficacité de la prise en charge ne résulte pas seulement de l'adhésion du patient et des compétences du professionnel de santé, elle dépend également de la coordination des soins entre les professionnels.

Certaines données retrouvées dans le parcours de soins semblaient corroborer les études menées sur le sujet : une gradation pas toujours optimale, le retard d'orientation au centre expert en cas de plaie.

Nous avons analysé les interactions entre soignants au sein d'une structure pluri professionnelle. Il apparaît que la communication entre professionnels dans la prise en charge du pied diabétique n'était pas formalisée mais chacun trouvait des moyens propres pour communiquer avec les autres.

Un des éléments mis en évidence dans cette étude est le fait que le contexte d'inter professionnalité, au travers de la connaissance des champs de compétence des différents acteurs de soins, est essentiel dans l'articulation de la prise en charge. Il s'agit d'une attente forte des professionnels.

Cette étude nous a aussi amené à réfléchir aux pistes d'amélioration. Cela pourrait passer par l'élargissement de certaines pratiques de prévention comme le développement des mesures de surveillance hebdomadaires des infirmières sur tout le territoire. Par ailleurs, une communication élargie sur les champs de compétences des professionnels semblerait pertinente, comme par exemple l'organisation de « soirée métier ».

Conjointement à cette étude, un protocole pluri professionnel a été mis en place. Le protocole pluri-professionnel a pour vocation d'orienter les pratiques sur des mesures prioritaires en terme de qualité de soins : le dépistage précoce, l'orientation vers le médecin traitant pour l'évaluation du risque, l'articulation des compétences entre les soignants.

Nous espérons que la mise en place du protocole permettra à la fois de répondre aux recommandations et aux attentes des différents acteurs.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la santé. Aide mémoire n°312, le diabète [Internet]. WHO. 2016. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/fr/>
2. Institut de veille sanitaire Prévalence et incidence du diabète / Données épidémiologiques / Diabète / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques/Prevalence-et-incidence-du-diabete>
3. L'assurance maladie. Fiche pathologie. Personnes prises en charge pour diabète en 2014 [Internet]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Diabete_2014.pdf
4. Complications sévères du diabète et suivi des examens recommandés en France : progrès, insuffisances et disparités - 2015_34-35_0.pdf [Internet]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2015/34-35/pdf/2015_34-35_0.pdf
5. Ray JA, Valentine WJ, Secnik K, Oglesby AK, Cordony A, Gordoys A, et al. Review of the cost of diabetes complications in Australia, Canada, France, Germany, Italy and Spain. Curr Med Res Opin. oct 2005;21(10):1617-29.
6. L'assurance maladie. Améliorer le qualité du système de santé et maîtriser les dépenses Propositions de l'assurance maladie pour 2017 [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2017.pdf
7. Vileikyte L, Rubin RR, Leventhal H. Psychological aspects of diabetic neuropathic foot complications: an overview. Diabetes Metab Res Rev. juin 2004;20 Suppl 1:S13-18.
8. International Working Group on the Diabetic Foot. Recommandations pratiques quant à

la prise en charge et la prévention du pied diabétique. Basées sur le Consensus International sur le Pied Diabétique. 2011 [Internet]. Disponible sur: <http://www.sfdiabete.org/ressources/autres-recommandations/recommandations-2011-du-groupe-international-de-travail-sur-le>

9. Haute Autorité de Santé. Séances de prévention des lésions des pieds chez le patient diabétique par le pédicure-podologue, juillet 2007 [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_pied_diabetique.pdf

10. Arrêté du 21 mars 2013 portant sur la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie. Journal officiel de la République française - N° 117 du 23 mai 2013 - [Internet]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dec_UNCAM_21_mars_2013_publiee_du_JO_23_mai_2013_Conditions_POD_Pedis-podos.pdf

11. Haute Autorité de Santé. Comment prévenir les réhospitalisations d'un patient diabétique avec plaie du pied? - Fiche points clés organisation des parcours [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/fpcs_sotie_rehospit_pied_diabetique_web.pdf

12. Société Francophone du diabète. Référentiel de bonnes pratiques. Pour la prévention et le traitement local des troubles trophiques podologiques chez les patients diabétiques à haut risque podologique [Internet]. Disponible sur: http://www.sfdiabete.org/sites/sfd.prod/files/files/ressources/mmm_guide_sfd_para.pdf

13. Elaboration document d'information des patients - Guide méthodologique - elaboration_document_dinformation_des_patients_-_guide_methodologique.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/elaboration_document_dinformation_des_patients_-_guide_methodologique.pdf

14. Kenny T, Wilson RG, Purves IN, Clark J, Newton LD, Newton DP, et al. A PIL for every ill? Patient information leaflets (PILs): a review of past, present and future use. *Fam Pract.* oct 1998;15(5):471-9.
15. Patient information leaflets--the state of the art. [Internet]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1292646/>
16. Haute Autorité de Santé. Guide parcours de soins Diabète de type 2 de l'adulte [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/guide_pds_diabete_t_3_web.pdf
17. Laurent G. L'utilisation du monofilament et l'évaluation du risque de plaie chez les patients diabétiques de type 2 par les médecins généralistes landais [Internet]. Bordeaux 2; 2013. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00957889/document>
18. Druet C, Roudier C, Romon I, Assogba F, Bourdel-Marchasson I, et al. Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques, Entred 2007-2010. Caractéristiques, état de santé, prise en charge et poids économique des personnes diabétiques. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2013. 140 p.
19. Fosse-Edorh S, Mandereau-Bruno L, Hartemann A. Inégalités sociales et territoriales de santé dans la prise en charge du pied diabétique, en France, en 2015. *Médecine Mal Métaboliques.* oct 2016;10(6):501-8.
20. ameli.fr - Comment facturer les soins de pédicurie-podologie et les orthèses aux bénéficiaires de la CMUc ? [Internet]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/peditures-podologues/votre-caisse-loire-atlantique/en-ce-moment/facturation-pour-les-beneficiaires-de-la-cmuc_loire-atlantique.php
21. Orthèse plantaires remboursées aux assurés diabétiques du régime général d'assurance maladie en ile de France - JAP2017-OP-remboursées-aux-assurés-diabétiques-du-RG-en-IdF-Dr-J-BARREAU.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.ffpo.fr/wp->

content/uploads/2017/03/JAP2017-OP-rembours%C3%A9es-aux-assur%C3%A9s-diab%C3%A9tiques-du-RG-en-IdF-Dr-J-BARREAU.pdf

22. Sebai J. Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés, A theoretical analysis of coordination in the field of health care: application to coordinated care systems. Santé Publique. 8 juin 2016;28(2):223-34.

23. Haute Autorité de Santé - Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa

24. Martini J. La prise en charge du pied diabétique dans un territoire de santé. Médecine Mal Métaboliques. oct 2016;10(6):537-41.

25. Prompers L, Huijberts M, Apelqvist J, Jude E, Piaggese A, Bakker K, et al. Delivery of care to diabetic patients with foot ulcers in daily practice: results of the Eurodiale Study, a prospective cohort study. Diabet Med J Br Diabet Assoc. juin 2008;25(6):700-7.

26. Haute Autorité de Santé .Guide Etapes élaboration Protocole Pluriprofessionnel Soins Premier Recours [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/ppspr_guide_etapes_elaboration.pdf

27. Haute Autorité de Santé.Fiche Méthode.Les protocoles de coopération [Internet]. 2013. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/protocole_de_cooperation_fiche_technique_2013_01_31.pdf

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Références professionnels interrogés.....	9
---	---

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	2
INTRODUCTION.....	3
MATERIEL ET METHODES.....	7
RESULTATS	10
1. Exploration des pratiques des professionnels de santé	10
1.1. Les représentations des soignants.....	10
1.1.1. Le pied diabétique.....	10
a) Un pied à risque	10
b) Un risque modulé par l'expérience	11
c) La plaie.....	11
1.1.2. Le patient diabétique.....	12
a) Comportements du patient face à la maladie	12
b) Motivation et investissement du patient, des facteurs favorisants.....	13
c) Les difficultés d'adhésion du patient.....	14
1.2. La pratique du médecin	15
1.2.1. Une prise en charge globale et complexe.....	15
1.2.2. Une organisation individuelle	15
a) L'évaluation du risque	15
b) Recours au podologue pour le soin.....	16
c) Des conseils basiques sur le chaussage	17
d) La pratique en cas de plaie	17
e) Le recours au réseau diabète	18
1.2.3. Le rôle central du médecin pour les autres professionnels.....	18
a) L'ordonnance impérative	18
b) Un rôle de décideur pour les soignants	19
1.3. Les professionnels du pied	20
1.3.1. Les podologues.....	20
a) Un rôle de prévention	20
b) La gradation, un sujet polémique pour le podologue.....	21
c) Prise en charge podologique en cas de plaie.....	22
1.3.2. Les podo-orthésistes	23
a) Une profession mal connue	23
b) Un appareilleur spécialiste du pied	23
c) La coordination avec les autres professionnels.....	24
1.4. Le réseau diabète	25
1.4.1. Un appui dans la prise en charge éducative et le suivi des examens.....	25
1.4.2. Gradation et éducation du patient	26
1.4.3. Des formations pour les professionnels	27
1.4.4. Une difficulté d'adhésion du patient aux séances d'éducation	28
1.4.5. Le remboursement de soins podologiques regretté	28
1.5. A domicile	29
1.5.1. Les pratiques des aides soignantes.....	29
a) Des soins d'hygiène hebdomadaires	29
b) Des soins de pédicures réservés au podologue.....	29

c) Des soins préventifs par bon sens.....	30
d) La difficulté du chaussage à domicile.....	30
1.5.2. Les pratiques des infirmières	31
a) L'intervention de l'infirmière dans la prise en charge du pied	31
b) Compétences et responsabilité	32
c) En cas de plaie, une action coordonnée avec le médecin	32
1.6. Les autres professionnels.....	33
1.6.1. Le pharmacien.....	33
1.6.2. La diététicienne	34
1.7. L'hôpital local	35
1.7.1. Cadre de la prise en charge	35
1.7.2. Une organisation locale.....	36
2. Besoins et mesures des professionnels pour améliorer la prise en charge	38
2.1. Améliorer la prévention par des mesures proactives	38
2.1.1. Questionner le patient diabétique.....	38
2.1.2. Harmoniser les pratiques : la fiche d'information patient	38
2.1.3. Une surveillance par l'infirmière au domicile	39
2.1.4. Systématiser le suivi podologique.....	40
2.1.5. Formaliser un dépistage à l'hôpital	40
2.1.6. Des outils informatiques pour faciliter la réalisation du suivi du médecin.....	41
2.2. Besoins pour l'amélioration des connaissances pratiques de chacun	41
2.2.1. Connaissance des champs de compétences	41
2.2.2. Clarifier le parcours de soin du pied diabétique sur le territoire.....	44
2.3. Développer la coordination interprofessionnelle.....	44
2.3.1. La communication interne facilitée par le pôle.....	44
2.3.2. Coordination des soins et partage d'informations dans le parcours de soins.....	45
2.3.3. Coordination des soins en cas de plaie	46
DISCUSSION	47
1. Critique de la méthode.....	47
1.1. Population étudiée	47
1.2. L'investigateur	47
1.3. Force de l'étude.....	48
2. Mesures de prévention.....	48
3. Compétences individuelles et collectives	50
3.1. Une demande d'amélioration des connaissances individuelles.....	50
3.2. Une meilleure connaissance des champs de compétences des acteurs impliqués dans la prise en charge	51
4. Des pratiques médicales hétérogènes autour de la gradation	51
5. L'enjeu financier dans la pratique	52
6. La coordination des soins.....	54
6.1. Au sein du pôle	54
6.1.1. Travailler ensemble	54
6.1.2. Une organisation verticale.....	55
6.1.3. Des canaux de communications différents	56
6.2. Avec le réseau expert en cas de plaie	56
7. Le protocole de soins du pied diabétique	57
CONCLUSION.....	59

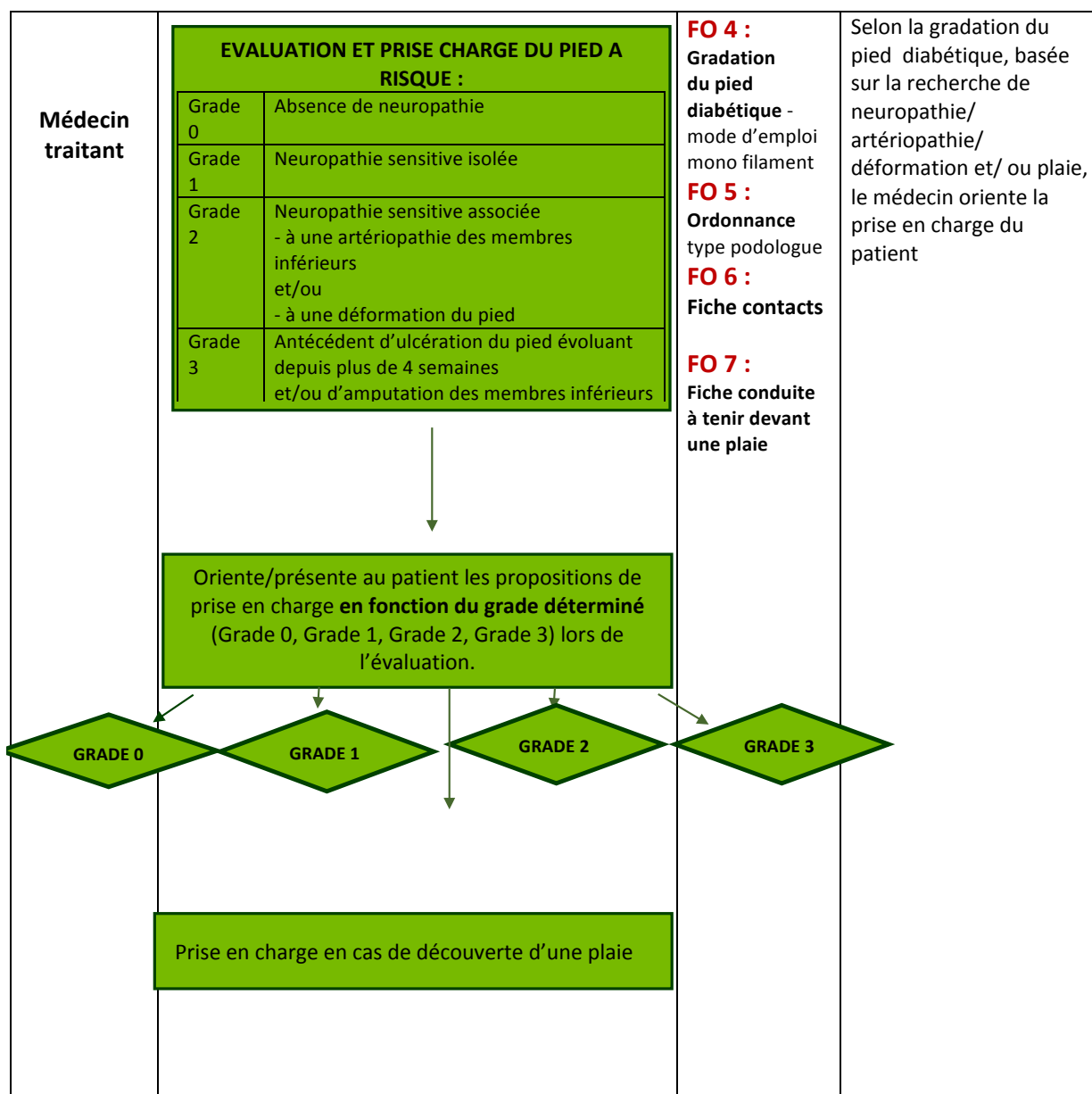
BIBLIOGRAPHIE.....	61
LISTE DES TABLEAUX	65
TABLE DES MATIERES	66
ANNEXE 1 : PROTOCOLE PLURIPROFESSIONNEL PIED DIABETIQUE	I

ANNEXE 1 : PROTOCOLE PLURIPROFESSIONNEL PIED DIABETIQUE

PROTOCOLE PLURI-PROFESSIONNEL DE PRISE EN CHARGE DU PIED DIABETIQUE

QUI	QUOI	AVEC QUOI	EXPLICATIONS
Tout professionnel de santé  Médecin Traitant  Secrétariat	Conditions d'inclusion : Tout patient adulte diabétique pris en charge sur le territoire -chaque professionnel informe patient du protocole -le médecin traitant transmet la fiche d'inclusion ainsi que le carnet de suivi au patient et demande de la déposer à l'accueil du pôle santé - Si hospitalisation ou lors de la sortie d'hospitalisation: information de l'inclusion dans le protocole	FO 1 : Fiche d'inclusion protocole et questionnaire remis au patient FO 2 : Carnet de suivi du pied diabétique annuel (gradation, suivi annuel, fiche conseils aux patients, référents patient)	FO 1 : Les fiches d'information et d'inclusion sont remises au patient par le médecin traitant. Le patient signe l'adhésion (consentement), remplit le questionnaire et le remet à la secrétaire FO 2 : Ce document donne des informations aux patients concernant l'hygiène et le risque de survenue d'une plaie. Le carnet de suivi est conservé par le patient et à présenter aux différents professionnels qui l'alimenteront au cours du suivi
Tout professionnel de santé	Informe sur les mesures de prévention et d'hygiène du pied ↓ EDUCATION DU PATIENT DIABETIQUE -soins d'hygiène quotidienne des pieds -chaussage adapté -surveillance de ses pieds -conseils diététiques -informer existence réseau diabète	FO 3 : fiche information professionnels : -conseils au quotidien -situations à risque -principe de prise en charge	Informations des professionnels sur le dépistage et la prise en charge des pieds à risques, conduite à tenir en cas de plaie du pied diabétique
Tout professionnel de santé  Médecin Traitant	REPERAGE DES SITUATIONS A RISQUE DE PLAIE Mauvaise hygiène /mycose/ troubles trophiques -Déformation des pieds/ chaussage inadéquat -Déséquilibre du diabète -Antécédent de plaie ou ulcération chronique du pied -Découverte plaie ↓ Orienté vers le médecin traitant		

PROTOCOLE PLURI-PROFESSIONNEL DE PRISE EN CHARGE DU PIED DIABETIQUE



PROTOCOLE PLURI-PROFESSIONNEL DE PRISE EN CHARGE DU PIED DIABETIQUE

Médecin traitant Podologue Réseau diabète	GRADE 0 <i>Absence de neuropathie ou d'artérite</i> Examen de dépistage une fois par an : Neuropathie ? Pouls ? Déformation ? Orienté si besoin vers le PODOLOGUE (non remboursé) et/ou vers le RESEAU DIABETE pour éducation/conseils de prévention/ séances d'éducation individuelle ou en groupe	Grade 0 : absence de neuropathie ou d'artérite renouvellement des <u>conseils aux patients</u> par <u>chaque professionnel</u> : hygiène, chaussage, conseils pour prévenir les situations à risques, conduite à tenir en cas de plaies, Prise en podologique si besoin : éducation/ prévention/ soins et prise en charge des déformations Appui du réseau diabète (qui peut réaliser la gradation)
Médecin traitant Podologue Réseau diabète	GRADE 1 <i>Neuropathie existante sans déformation ni artérite</i> Réalise une surveillance pour chaque consultation tous les trois mois Propose orientation systématique vers le PODOLOGUE (non remboursé) et/ ou vers le RESEAU DIABETE	Grade 1 : neuropathie existante sans déformation ni artérite <u>Examen des pieds à chaque consultation</u> Éducation spécifique : hygiène, chaussage, conseils pour prévenir les situations à risques, conduite à tenir en cas de plaies. Proposition d'une consultation chez le podologue 1 à 2 /an pour éducation/ prévention/ soins et prise en charge des déformations Appui du réseau diabète

PROTOCOLE PLURI-PROFESSIONNEL DE PRISE EN CHARGE DU PIED DIABETIQUE

Médecin traitant  MULTIDISCIPLINAIRE Podologue Réseau Diabète Diététicienn e Spécialistes concernés	GRADE 2 <i>Neuropathie associée artériopathie et/ou déformation</i> Bilan et prise en charge des déformations et/ou de l'artériopathie Orienté vers les spécialistes concernés -SOINS DE PEDICURE REGULIERS (4 séances remboursées par an) -CHAUSSAGE OPTIMAL Si déformation :Avis sur l'indication d'orthèse ou chaussage approprié (podologue/ podo-orthésiste/Médecin rééducateur/orthopédiste) -ARTERIOPATHIE : Doppler si absence de pouls, avis chirurgien vasculaire en cas d'AOMI -Equilibre du diabète -proposition systématique SUIVI RESEAU DIABETE	<i>Neuropathie associée artériopathie et/ou déformation</i> Grade 2 : Même prise en charge qu'en grade 1 + séances de <u>soins de pédicurie réguliers</u> tous les 3 mois Bilan et Prise en charge spécifique des <u>déformations et/ou de l'artériopathie</u>, orientation vers le spécialiste concerné (diabétologue, podo-orthésiste, médecin rééducateur, chirurgiens), Suivi réseau diabète pour éducation spécifique
--	---	--

PROTOCOLE PLURI-PROFESSIONNEL DE PRISE EN CHARGE DU PIED DIABETIQUE

Médecin traitant	GRADE 3 ↓ <i>Ulcération depuis plus de 4 semaines ou amputation</i> - Oriente vers les CENTRES SPECIALISES : diabétologue, consultation pied diabétique, chirurgien vasculaire et ou orthopédique - Suivi le RESEAU DIABETE - Oriente le patient vers un SUIVI PODOLOGIQUE (tous les 2 mois) - SUIVI PLAIES CHRONIQUE ○ consultation régulière médecin traitant en alternance avec la consultation pied diabétique ○ soins quotidiens par l'infirmière ○ suivi podologique régulier ○ surveillance décharge optimale ○ Prise en charge NUTRITIONNELLE (bilan dénutrition, diététicienne via le réseau diabète)	Grade 3 : ulcération depuis plus de 4 semaines ou amputation Renforcement des mesures définies au grade 2 : -soins plus réguliers de pédicurie (remboursement sécurisé tout les 2 mois) -appareillage systématique (défini par centre spécialisé) -surveillance régulière par médecin spécialisé (diabétologue, médecin rééducateur, et si besoin chirurgiens) -<u>suivi des plaies chroniques</u> : suivi rapproché avec consultation hebdomadaire par le médecin traitant en alternance avec la consultation pied diabétique, soins quotidienne par l'IDE, et suivi le podologue régulier)
-------------------------	--	--

--	--	--	--

```

graph TD
    MT[Médecin Traitant] --> B1[Prise en charge en cas de découverte d'une plaie]
    B1 --> B2["-évaluation indication hospitalisation (CHLSOM ou Diabétologie)  
-organisation de la prise en charge selon le stade infectieux de la plaie"]
    B2 --> B3[HOSPITALISATION ?]
    B3 -- OUI --> B4[CHLSOM :  
• Diabète déséquilibré  
• Risque de chute, impossibilité mise en place décharge adéquate  
• Isolement du patient avec impossibilité de suivi, Impossibilité de soins adaptés quotidiens  
• Mauvaise compliance du patient au traitement ou à la décharge]
    B3 -- NON --> B5[SERVICE DE DIABETOLOGIE (contacter diabétologue d'astreinte, passer par le secrétariat de diabétologie CH :-----)  
• Infection plaie profonde avec suspicion d'atteinte ostéo-articulaire (Rougeur > 2cm associée à chaleur et/ou douleur et/ou tuméfaction et/ou écoulement purulent)  
• Infection sévère associant :  
  o infection locale  
  o et signes d'infection systémique  
• Artérite associée risque d'ischémie sévère, gangrène]
  
```

Médecin Traitant

Prise en charge en cas de découverte d'une plaie

-évaluation indication hospitalisation (CHLSOM ou Diabétologie)
-organisation de la prise en charge selon le stade infectieux de la plaie

HOSPITALISATION ?

CHLSOM :

- Diabète déséquilibré
- Risque de chute, impossibilité mise en place décharge adéquate
- Isolement du patient avec impossibilité de suivi, Impossibilité de soins adaptés quotidiens
- Mauvaise compliance du patient au traitement ou à la décharge

OUI

NON

SERVICE DE DIABETOLOGIE (contacter diabétologue d'astreinte, passer par le secrétariat de diabétologie CH :-----)

- Infection plaie profonde avec suspicion d'atteinte ostéo-articulaire (Rougeur > 2cm associée à chaleur et/ou douleur et/ou tuméfaction et/ou écoulement purulent)
- Infection sévère associant :
 - o infection locale
 - o et signes d'infection systémique
- Artérite associée risque d'ischémie sévère, gangrène

MULTIDISCIPLINAIRE

Diabétologue
Cs Pied Diabétique
IDE
Podologue
CHLSOM
Réseau Diabète
Diététicienne
Spécialistes concernés

[illegible]

**Exploration des pratiques des professionnels de soins du pôle de santé du Sud
Ouest Mayennais dans la prise en charge du pied diabétique**

RÉSUMÉ

Introduction :

Les lésions du pied diabétique font parties des complications majeures dans l'évolution du diabète. L'objectif de cette thèse était d'explorer les pratiques concernant le pied diabétique de professionnels de santé médicaux et paramédicaux au sein d'un même territoire afin d'identifier leurs besoins pour faciliter leur prise en charge.

Matériels et Méthodes :

Nous avons réalisé 18 entretiens qualitatifs, semi structurés auprès de médecins, podologues, pharmaciens, diététicienne, infirmières, aides soignante en ambulatoire et à l'hôpital local, exerçant au sein du pôle de santé du Sud Ouest Mayennais et auprès d'un podo-orthésiste.

Résultats :

Les professionnels exprimaient sur le pied diabétique un « risque » de plaie et une « peur de l'amputation » qui n'était pas ressentie comme fréquente.

Le parcours de soins du patient s'intégrait dans une organisation verticale, stratifiée où chaque corps de professionnels avait son propre champ de compétences. La prise en charge était centralisée sur le médecin. La gradation faisait polémique et n'était pas toujours bien réalisée par le médecin, pour des raisons financières ou par méconnaissance.

L'urgence de la prise en charge en cas de découverte d'une plaie ne semblait pas ressentie.

Dans le suivi, la communication entre professionnels n'était pas formalisée et chaque profession pouvait utiliser des canaux de communication différents, n'utilisant pas toujours les mêmes outils.

Conclusion :

Les soignants exprimaient le besoin de mesures pour harmoniser leurs pratiques et un besoin important de communication autour des champs de compétences des différents acteurs de soins. Conjointement à cette étude, un protocole pluri professionnel a été mis en place.

Mots-clés : Pied diabétique, pratiques pluriprofessionnelles, pôle de santé, étude qualitative

**Exploration of practices of care professionals of 'Sud Ouest Mayennais' health
care center in the management of the diabetic foot**

ABSTRACT

Introduction:

Diabetic foot lesions are one of the major complications in the development of diabetes. The aim of this thesis was to explore the practices of medical and paramedical health professionals concerning the diabetic foot within the same territory in order to identify their needs in order to facilitate their management.

Materials and Methods:

We conducted 18 qualitative, semi-structured interviews with doctors, chiropodists, pharmacists, dieticians, nurses, outpatient care aides and the local hospital, working in the Sud Ouest Mayennais health care center and with a podo-orthotist.

Results :

Professionals expressed on the diabetic foot a "risk" of wound and a "fear of amputation" that was not felt frequent.

The patient care pathway was integrated into a vertical, stratified organization where each professional had its own field of expertise. The treatment was centralized on the doctor.

The gradation was polemical and was not always well done by the doctor, for financial reasons or by ignorance. The urgency of taking care in case of discovery of a wound did not seem felt. In the monitoring, communication between professionals was not formalized and each profession could use different communication channels not always using the same tools.

Conclusion:

Caregivers expressed the need for measures to harmonize their practices and an important need for communication around the fields of competence of the various care actors. In conjunction with this study, a multi-professional protocol was put in place.

Keywords : Diabetic foot, multi-professional practices, health care centers, qualitative study