

# Travail de Bachelor

Sous la direction de Madame Haberey-Knuessi Véronique

Module : Recherche

---

**Comment l'éducation thérapeutique du patient, peut-elle  
contribuer à favoriser l'autonomie d'une personne de  
plus de 65 ans, atteinte de diabète de type 2 dans  
l'autogestion des soins de pieds à la suite d'une  
amputation tibiale ?**

---

**Boillat Mégane  
&  
Kurti Rina**

Promotion de Bachelor 2016  
He-Arc Santé Neuchâtel  
Travail rendu le : 05.07.2019

# Table des matières

RESUME.....	V
REMERCIEMENTS.....	VIII
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION .....	1
1.1 <i>La nature du travail de Bachelor</i> .....	2
1.2 <i>Le plan du travail de Bachelor</i> .....	3
CHAPITRE 2 : PROBLEMATIQUE.....	5
2.1 <i>Le choix de la problématique</i> .....	6
2.2 <i>L'ancrage disciplinaire</i> .....	8
2.3 <i>La revue exploratoire</i> .....	14
2.3.1 LE DIABETE .....	14
2.3.2 LA NEUROPATHIE .....	17
2.3.3 L'AMPUTATION TIBIALE DU MEMBRE INFERIEUR .....	18
2.3.4 L'EDUCATION THERAPEUTIQUE .....	20
2.3.5 L'AUTONOMIE.....	23
2.3.6 LA CONFIRMATION DE LA PERTINENCE DES CONCEPTS RETENUS AU TRAVERS DES ENTRETIENS .....	25
2.4 <i>Les concepts</i> .....	29
2.5 <i>Les propositions pour la pratique</i> .....	30
CHAPITRE 3 : CONCEPTS.....	32
3.1 <i>Le diabète de type 2</i> .....	33
3.1.1 LES FACTEURS DE RISQUE.....	33
3.1.3 LES TRAITEMENTS .....	35
3.1.4 LA NEUROPATHIE DIABETIQUE .....	36
3.2 <i>Les soins de pied diabétique</i> .....	37

3.3 L'amputation à la suite d'un diabète .....	38
3.4 L'éducation thérapeutique .....	39
3.4.1 LE ROLE INFIRMIER : .....	41
3.4.2 LA DEMARCHE PEDAGOGIQUE DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE : .....	42
3.5. L'autogestion dans le principe d'autonomie .....	45
3.6 Le cadre théorique : modèle de la promotion de la santé (Health Promotion Model) ....	46
<b>CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE.....</b>	<b>54</b>
4.1 L'élaboration de la question PICOT : .....	55
4.2 Les descripteurs de recherche .....	57
4.3 La stratégie des articles retenus.....	58
4.4. L'analyse des articles à l'aide de la grille de Fortin (2010).....	59
<b>CHAPITRE 5 : SYNTHÈSE DES RESULTATS/DISCUSSION .....</b>	<b>60</b>
5.1 La synthèse des résultats des articles.....	61
5.2 Le développement des résultats en lien avec la question PICOT .....	72
5.3 Les perspectives pour la pratique infirmière .....	76
<b>CHAPITRE 6 : CONCLUSION .....</b>	<b>79</b>
6.1 Les apports du travail de Bachelor .....	80
6.1.1 LES ELEMENTS FACILITANTS.....	80
6.1.2 LES ELEMENTS CONTRAIGNANTS.....	81
6.2 Les limites.....	82
6.3 Les perspectives pour la recherche.....	84
<b>CHAPITRE 7 : REFERENCES.....</b>	<b>88</b>
<b>CHAPITRE 8 : ANNEXES .....</b>	<b>93</b>
Appendice A :.....	94
Appendice B :.....	110

<i>Appendice C :</i> .....	111
<i>Appendice D :</i> .....	115
<i>Appendice E :</i> .....	117

# Résumé

## **But**

Cette recherche a comme finalité d'exposer l'importance de pratiquer une autogestion des soins de pieds dans l'éducation thérapeutique chez les personnes âgées de plus de 65 ans atteints de diabète de type 2 ayant subi une amputation.

## **Problématique**

La pathologie du diabète, en raison de sa prévalence conséquente, de ses répercussions importantes dans le quotidien sur la personne tant au niveau biologique, psychologique, social et économique et par ses complications, est considérée comme étant un réel enjeu de santé publique. Les interventions infirmières autour de cette problématique intègrent pleinement la discipline infirmière car elles sont issues des métaparadigmes et des savoirs infirmiers.

L'amputation est une intervention chirurgicale permettant l'ablation d'un membre et la neuropathie diabétique en est une des causes primaires. Ainsi, l'intégration de l'éducation thérapeutique dans l'accompagnement infirmier vise principalement l'autonomisation de la personne partenaire dans une autogestion des soins de pieds. En effet, les soins de pieds sont des activités journalières qui permettent au sujet diabétique d'avoir un contrôle et une surveillance autonome.

## **Concepts**

Les concepts ressortis à la suite de la revue exploratoire se rapportent au diabète de type 2 touchant les personnes âgées de plus de 65 ans, ayant subi une amputation, l'éducation thérapeutique visant l'autonomie, puis, plus précisément l'autogestion au niveau des soins de pieds. Ceux-ci permettent ainsi de préciser et de cadrer le sujet de la recherche.

Dans le but d'intégrer le travail de Bachelor dans la discipline infirmière, le modèle de promotion de la santé développé par Nola Pender est abordé comme un outil utilitaire et se rapporte complètement au mode de fonctionnement de l'éducation thérapeutique du patient en ayant une vision de partenariat avec le professionnel de la santé.

## **Méthode**

La méthodologie PICOT a permis l'émergence d'une question de recherche précise, structurée et scientifique. Dès lors, les mots-clés ressortis en lien avec la question de recherche ont permis la réalisation d'une revue littéraire à travers différentes bases de données scientifique dans le domaine de la santé.

Ainsi, 10 articles sélectionnés ont donné lieu à une analyse synthétique à l'aide de la grille de Fortin (2010).

## **Synthèse des résultats et discussion**

L'efficacité de l'éducation thérapeutique a été statistiquement prouvée dans la pratique des soignants autour des personnes souffrantes de diabète. La revue de littérature montre l'importance d'entreprendre des activités d'autogestion dans les soins de pieds dans le but de réduire les complications

d'ulcération et d'amputation. Il est relevé qu'une prise en charge dirigée sur le style d'apprentissage du bénéficiaire de soins est nécessaire, ainsi que la prise en considération de son environnement, de sa culture et de son niveau socio-économique. L'autogestion efficiente des soins de pieds peut demander une modification du comportement du patient et pour cela la notion de motivation a été relevée comme essentielle. Finalement, une prise en charge optimale comprend une collaboration interdisciplinaire avec les différents professionnels de santé gravitant autour du patient.

### **Conclusion**

L'éducation thérapeutique est une approche centrée sur le patient et relève d'une efficacité dans la gestion des pathologies chroniques telles que le diabète. Les résultats de cette recherche ont démontré une diminution des risques de complications par une meilleure pratique d'autogestion des soins de pieds. Finalement, le rôle de l'infirmière est d'identifier et d'apporter des moyens promoteurs individualisés afin de permettre à la personne d'adopter des nouveaux comportements.

### **Mots-clés**

Personnes âgées de plus de 65 ans, diabète de type 2, éducation thérapeutique, autonomie, soins de pieds et amputation tibiale.

# Remerciements

Tout d'abord, nous tenons à exprimer toute notre gratitude à notre directrice de travail de Bachelor, Madame Véronique Haberey-Knuessi, pour sa disponibilité, son écoute, ses précieux conseils et son grand soutien tout au long de la réalisation de notre travail de fin d'études.

Nous remercions également Monsieur Olivier Walger pour ses apports distingués concernant l'éducation thérapeutique.

Nous adressons de chaleureux remerciements aux professionnels de la santé rencontrés pour leurs implications et leurs transmissions de connaissances sur les différents concepts de notre recherche.

Un grand merci à Évelyne Auderset ainsi qu'à Mélanie Gagnebin Brown pour le temps consacré à la relecture et aux corrections de l'ensemble du travail.

Enfin, merci à tous nos proches pour leurs soutiens inestimables durant cette étape fondamentale de notre cursus de formation de Bachelor.



# **Chapitre 1 : Introduction**

## **1.1 La nature du travail de Bachelor**

Dans le cadre de la finalité de la formation Bachelor en Soins infirmiers de la HES-SO, nous sommes invitées à mener une recherche visant à apporter des pistes réflexives sur la pratique infirmière durant les deux dernières années de formation. Le travail se présente sous forme d'une revue de la littérature. À travers de différentes bases de données donnant accès à des articles scientifiques par le biais de mots-clés, nous recherchons des articles traitant le sujet principal de notre travail. Les articles sont ensuite analysés rigoureusement dans le but de comparer et de ressortir les éléments significatifs.

Dans la première partie de notre travail, la problématique est exposée à travers nos motivations afin de justifier le choix de notre question de départ. Ensuite, la pertinence de notre question initiale et son importance dans la discipline infirmière sont mises en évidence par le biais des savoirs infirmiers et des quatre métaparadigmes infirmiers. Par la suite, les concepts sont mis en avant à l'aide d'une première revue exploratoire de la littérature ainsi que des entretiens avec divers professionnels de la santé portant sur notre sujet principal.

Dans la deuxième partie de notre travail, nous abordons et ciblons les concepts retenus dans la problématique et par la suite, une théorie de soins adaptée à notre thématique est intégrée et argumentée. À partir de là, nous réalisons une revue de littérature en sélectionnant une dizaine d'articles scientifique sur les bases de données qui traitent de notre sujet. La grille de

Fortin (2010) nous permet de lire et d'analyser les articles choisis. Notre travail nous mène ensuite à la discussion des résultats grâce à la mise en évidence de similarités et de différences entre nos articles. Finalement, une conclusion reflétant l'entièreté de cette démarche est apportée.

Le but de ce travail de Bachelor est de trouver des pistes de réponses à notre question de recherche, d'apporter une contribution sur l'avancée dans ce domaine et ainsi de développer un esprit critique et professionnel dans notre pratique infirmière.

## **1.2 Le plan du travail de Bachelor**

Le travail se compose de plusieurs chapitres dont le premier est l'introduction qui décrit le cheminement du travail. Le deuxième chapitre porte sur la problématique choisie où nous explicitons les motivations qui nous ont amenées à choisir la question de départ. Par la suite, il s'agit de démontrer la pertinence de la question pour la discipline infirmière en effectuant des liens avec les quatre concepts du métaparadigme infirmier et les modes de savoirs infirmiers. À la suite de cela, une revue exploratoire de la littérature est réalisée afin de récolter toutes les informations concernant le sujet. De plus, des rencontres avec différents professionnels sont menées pour permettre de cibler la question de départ. Les concepts clés de notre sujet sont ensuite cités.

La dernière partie permet d'apporter les pistes de propositions pour la pratique infirmière.

Le troisième chapitre comprend les concepts clés retenus de la problématique ainsi que l'exposition de la théorie de soins de Nola Pender, choisie pour sa pertinence dans notre recherche.

Le chapitre quatre décrit la méthodologie employée dans la formulation de la question de recherche et la démarche utilisée dans la quête d'articles scientifiques sur les bases de données.

Le chapitre suivant regroupe une synthèse des résultats des articles sélectionnés pour ensuite les mettre en lien avec la question de recherche formulée auparavant et pour terminer, les perspectives pour la pratique sont démontrées.

Le dernier chapitre du travail comprend les éléments facilitants et contraignants du travail ainsi que les limites rencontrés. Finalement, les perspectives pour la recherche sont mises en lumière.

## **Chapitre 2 : Problématique**

Au travers de ce chapitre, le cheminement entrepris qui a mené au choix de la thématique du travail est présenté en décrivant une situation vécue lors d'un stage. Par la suite, un ancrage disciplinaire des sciences infirmières est démontré en accomplissant des liens entre la question de départ, les concepts du métaparadigme infirmier et les savoirs fondamentaux de la discipline infirmière. Une revue exploratoire est effectuée afin de soulever les principaux concepts. Finalement, une synthèse atteste l'importance du sujet pour la discipline infirmière. Ce chapitre converge vers une question de recherche qui permet de guider notre travail.

## **2.1 Le choix de la problématique**

Dans le cadre du travail de Bachelor, la question de départ choisie est la suivante : « quels sont les soins les plus appropriés pour les personnes diabétiques ayant subi une amputation tibiale ? »

Le choix de la thématique de la pathologie du diabète est motivé principalement par nos expériences personnelles. En effet, nous avons réalisé une formation antérieure d'assistante en soins et santé communautaire durant laquelle nous avons été amenés à effectuer des stages dans différents domaines de soins tels que la psychiatrie, les soins aigus, les soins à domicile et dans les établissements médico-spécialisés. Par ces expériences, nous avons soulevé que dans chacun de ces domaines, la maladie du diabète était très fréquemment présente tant bien qu'en tant que pathologie principale que

comme une comorbidité, un facteur de risque ou un facteur aggravant d'une autre pathologie.

Par la suite, nous avons été sensibilisés lors de la formation infirmière par le changement de paradigme dans la prise en soin des patients, passant du stade biomédical axé sur la maladie, au stade holistique considérant le patient expert de sa maladie et au centre de la prise en charge dans sa problématique de soins.

De ce fait, nous avons décidé d'intégrer la notion de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans nos recherches de littérature scientifique comme faisant partie intégrante de la question de départ car ce processus nous semble être indispensable dans l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques comme le diabète.

En particulier ou de surcroît, une situation de soins nous a interpellées lors d'un stage effectué aux soins à domicile. Il s'agissait d'un homme âgé d'une soixantaine d'années, souffrant de diabète du type 2 et ayant subi une amputation tibiale du membre inférieur droit quelques mois auparavant. Le patient disait être au clair avec sa maladie tout comme avec ses traitements médicamenteux. Malgré l'intervention chirurgicale, celui-ci exprimait la volonté de ne pas modifier ses habitudes de vie, notamment autour de l'alimentation car celui-ci ne trouvait pas de bénéfice aux changements. Il vivait seul dans un appartement au rez-de-chaussée et recevait la visite des soins à domicile une fois par jour pour le contrôle de la glycémie et la surveillance du moignon. Le patient avait un cercle d'amis restreint depuis son amputation, car il ne

voulait plus sortir de chez lui, et semblait avoir une négligence de son image corporelle. Celui-ci ne collaborait pas facilement avec l'équipe soignante et refusait fréquemment les soins. Par exemple, malgré le signalement d'une plaie au niveau de l'hallux gauche lors d'un passage d'une soignante, il n'a pas pris en compte ses avertissements relatifs à la gravité de la situation. À la suite d'un entretien, il a paru clair que le patient n'avait pas toutes les connaissances requises concernant les liens entre sa maladie, son mode de vie et son amputation. De plus, le patient s'était replié sur lui-même et le maintien d'un climat de confiance avec l'équipe soignante devenait difficile.

Nous avons choisi de décrire cette situation car nous estimons qu'au travers de l'éducation thérapeutique, l'équipe soignante pourrait travailler avec le patient concernant ses représentations et ses connaissances par rapport à la maladie et de ce fait éviter une éventuelle complication secondaire.

En effet, nous pensons qu'il y a prioritairement un vrai travail d'accompagnement sur la perte du membre amputé qui doit être effectué avant toute autre démarche pédagogique.

D'Ivernois (1990) selon l'Assal évoque que « mieux un malade connaît sa maladie, moins il la craint, et plus il est capable de la gérer correctement » (D'Ivernois & Gagnayre, 2011).

## **2.2 L'ancrage disciplinaire**

Dans cette partie de la problématique, la pertinence pour la discipline infirmière de notre question de départ est démontrée en établissant des liens



entre notre sujet de recherche et les quatre concepts du métaparadigme infirmier qui définissent la posture des soins infirmiers.

Tout d'abord, les auteurs Pepin, Kérouac et Ducharme (2010, p.10) caractérisent une discipline infirmière de la manière suivante « la discipline infirmière s'intéresse aux soins de la personne qui, en interaction continue avec son environnement, vit des expériences de santé ». Cette définition apportée permet de clarifier et d'apporter une vision globale sur l'individu dans son contexte en le plaçant au centre de la prise en soins.

Afin d'étoffer les caractéristiques de la discipline infirmière, Fawcett (1984) a déterminé quatre concepts qui désignent le métaparadigme infirmier ; l'être humain, la santé, l'environnement et les soins infirmiers qui sont décrits dans le point suivant et mis en lien avec le sujet de la présente recherche (Kérouac, Pépin, Ducharme, & Major, 2010).

### **Le concept du métapardigme de l'être humain :**

Ce concept porte attention sur le rôle de l'infirmière dans la relation qu'elle entreprend avec le patient. La notion de la personne englobe l'individu, la famille, le groupe ainsi que la communauté (Fawcett, 1984). Il est important de mettre en évidence que le patient n'est pas défini par sa maladie, mais par sa singularité dans laquelle l'infirmière repère les compétences, les aptitudes, les valeurs et les besoins de l'individu. Dans la relation soignante-soignée, la personne est considérée comme un réel partenaire de santé et expert de sa maladie. À la suite d'une amputation d'un membre, l'image corporelle est

perturbée et demande aux patients un temps de réadaptation dans l'acceptation de sa nouvelle image de soi. Le rôle de l'infirmière est d'accompagner, d'écouter et de soutenir la personne dans ce processus.

### **Le concept du métaparadigme de la santé :**

La santé est définie comme «un état de complet bien-être physique, mental, social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité» (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2019b). Cette notion comprend une approche globale et multidimensionnelle permettant aux professionnels de la santé de se préoccuper tant des dimensions physiques, psychologiques que sociales du patient. Toujours selon l'Organisation Mondiale de la Santé «la santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques» (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2019a).

Ainsi, au travers de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans la gestion de sa maladie et de ses complications, cet accompagnement est un processus d'autonomisation dans le but de permettre ainsi à la personne de solliciter l'aide de professionnels lorsque celle-ci rencontre une problématique. La santé est donc un concept subjectif et le rôle de l'infirmière est de le respecter.

### **Le concept du métaparadigme de l'environnement :**

L'environnement désigne l'espace où le patient évolue avec son entourage familial, professionnel et social. Selon Nola Pender (2011), « l'environnement

est le contexte, qu'il soit social, culturel ou physique, dans lequel se déroule la vie. Il peut être transformé de telle façon que la personne soit plus encline à adopter des comportements de santé » (Walger, [Le modèle infirmier de la promotion de la santé Nola Pender, 1996] 2017).

En lien avec la thématique de cette recherche, la maladie induit une restructuration du quotidien de l'individu comprenant un changement du mode de vie, par exemple l'activité physique. De plus, l'amputation requiert également un réaménagement total de l'environnement conduisant ainsi la personne à trouver des moyens pour regagner une qualité de vie conforme à ses attentes. L'éducation thérapeutique va rendre possible la mise en place de stratégies pour empêcher l'apparition d'une situation de crise dans le but de retrouver un équilibre dans son environnement.

### **Le concept du métaparadigme des soins infirmiers :**

Il s'agit désormais de comprendre le rôle de l'infirmière. Les auteurs mentionnent que « la pratique infirmière vise à créer le meilleur environnement de santé possible pour l'être humain, et qu'elle est un service humanitaire en ce sens qu'elle s'intéresse à préserver le respect et l'autodétermination de la personne » (Kérouac et al., 2010).

Ce concept implique la construction d'une relation de confiance et de réciprocité entre le soignant et le patient (Golay, Lager, & Giordan, 2010). La qualité de la relation instaurée avec le patient est le point de départ qui accompagne tout professionnel et dans ce point, Nola Pender (2011) cite que « la santé est définie comme la réalisation du potentiel inné et acquis de la

personne à travers des comportements souhaités dans les domaines du soin de soi, des relations sociales et de l'intégrité corporelle » (Walger, [Le modèle infirmier de la promotion de la santé Nola Pender, 1996] 2017).

### **Les savoirs infirmiers :**

Dès lors, à la suite de la définition des métaparadigmes infirmiers, il s'agit à présent de se pencher sur les différents savoirs de la discipline infirmière. Les auteurs ont repris les quatre savoirs déterminés par Carper (1978) qui sont les suivants : empirique, esthétique, éthique et personnel (Kérouac et al., 2010). Ces derniers sont mis en lien avec le sujet de la recherche.

### **Le savoir empirique :**

Ce savoir représente la science des soins infirmiers qui permet d'élucider les phénomènes à travers des preuves provenant de la littérature scientifique issue de questionnement. Ce savoir fait donc référence aux connaissances théoriques utilisées dans le but de décrire, prédire et expliquer les phénomènes de la pratique infirmière. Ainsi, le savoir empirique, rend possible au soignant de faire des liens entre les connaissances scientifiques et les observations cliniques en situation de soins telles que l'éducation thérapeutique. Cette dernière est une approche récente mis en avant par les données scientifiques probantes de la littérature qui tend à s'inscrire comme étant un moyen indispensable pour accompagner les personnes diabétiques.

### **Le savoir esthétique :**

Quant au savoir esthétique, celui-ci fait référence à la dimension artistique de la profession infirmière, elle comprend la réalisation des actes techniques,

la posture professionnelle du soignant dans sa capacité à anticiper les bons gestes et les bons regards au bon moment. En lien avec notre thématique, ce savoir met l'accent sur la manière d'envisager la relation et d'instaurer un climat de confiance avec le patient en ayant une attitude empathique.

### **Le savoir éthique :**

Ce savoir englobe les normes, les valeurs morales et sociales ainsi que les codes éthiques et déontologiques de la discipline infirmière. Une connaissance de ces différents principes par l'infirmière permet, à la suite d'un processus réflexif, d'apporter un éclairage dans l'appréhension de situations. Dans le cadre de ce travail, l'infirmière considère le patient et son environnement comme le point de départ, elle se centre sur les valeurs et les besoins du patient afin de lui offrir la qualité de vie, telle qu'il l'aura définie, et cela sans émettre aucun jugement.

### **Le savoir personnel :**

Le savoir personnel représente, ici, ce que l'infirmière perçoit d'elle-même, un préalable indispensable à la connaissance de l'autre pour entreprendre un soin. Il donne lieu à l'ouverture de l'infirmière face aux différences et aux interactions qui émergent de la relation avec les patients. Au travers de ses expériences enrichissantes vécues, les réflexions changent et lui permet d'apporter un nouveau regard sur des situations naissantes.

Après avoir mis en évidence les savoirs et les métaparadigmes infirmiers avec des liens nécessaires pour cette étude, une revue exploratoire succède dans le prochain chapitre en reprenant les éléments clés de cette recherche.

## **2.3 La revue exploratoire**

Pour débiter la recherche, une revue exploratoire de littérature permet d'ajuster la thématique de notre recherche en ciblant clairement la problématique. Grâce à celle-ci, les différents thèmes qui sont le diabète, l'amputation d'un membre inférieur, l'éducation thérapeutique, les soins de pieds ainsi que l'autonomie de la personne vont être approfondis. Ensuite, les concepts retenus sont cités puis développés plus précisément dans le prochain chapitre. Finalement, les diverses pistes pour la pratique infirmière vont être appréhendées.

À la suite d'une réflexion, une question naïve aboutit et donne suite à nos recherches « quelles sont les interventions au travers de l'ETP chez les personnes diabétiques ayant subi une amputation tibiale ? »

### **2.3.1 Le diabète**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2019), le diabète est défini comme « une maladie chronique qui survient lorsque le pancréas ne fabrique pas assez d'insuline ou lorsque l'organisme n'est pas capable d'utiliser efficacement l'insuline qu'il produit. Il en résulte une concentration accrue de glucose dans le sang (hyperglycémie) ». Il existe différents types de diabète : le diabète de type 1 qui se définit par une absence de production d'insuline dans l'organisme, le diabète de type 2 qui se caractérise par une production d'insuline insuffisante et le diabète gestationnel qui survient provisoirement pendant la grossesse (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2019c).

Afin d'appréhender au mieux la problématique du diabète, des données épidémiologiques sont exposées. D'après la 8e édition de l'Atlas du diabète de la Fédération Internationale du Diabète (2017), entre 2015 et 2016, près de 500 millions de personnes souffraient de diabète dans le monde, dont un tiers étaient âgés de plus de 65 ans. Or, si aucune mesure n'est mise en place, la proportion des sujets touchés par cette pathologie chronique va augmenter et passera à 629 millions en 2045.

Le diabète paraît parmi les dix premières causes de décès à l'échelle mondiale et fait partie des trois maladies non transmissibles causant plus de 80 % de décès (Fédération Internationale du Diabète (FID), 2017).

En ce qui concerne l'Europe, environ 58 millions de personnes âgées de 20 à 79 ans sont touchées par le diabète en 2017 ce qui a engendré 477 000 décès rattachés au diabète (Fédération Internationale du Diabète (FID), 2017).

Quant à la Suisse, l'Association diabète Suisse (2019) rapporte qu'environ 500 000 personnes souffrent de diabète (Diabetesuisse, 2019). Depuis 2007, une augmentation de 2,8 % de personnes diabétiques chez les hommes âgés de 65 et 74 ans a été constaté et concernant les femmes, la plus grande hausse est observée dans une tranche d'âge de 75 ans et plus (Office Fédérale de la Statistique, 2018).

Face à cette problématique, le Dialogue politique Nationale Suisse de la santé demande l'accomplissement d'une stratégie nationale pour la prévention des maladies non transmissibles (MNT). Les MNT causent environ deux tiers

des décès en Suisse en 2013, ceci englobant les maladies cardiovasculaires, les cancers, les affections chroniques des voies respiratoires et le diabète, à lui seul responsable de 2 % de mortalité (Office Fédérale de la Santé Publique (OFSP), 2016).

De plus, il paraît nécessaire de rappeler que le diabète engendre des coûts économiques importants pour les personnes atteintes de diabète, leur famille ainsi que pour le système de santé.

À l'échelle mondiale, 727 milliards USD (plus de 722 milliards en CHF) sont dépensés chaque année par des individus souffrants de diabète dans les soins. La chronicité du diabète engendre un désespoir tant au niveau personnel que familial et peut entraîner de la pauvreté. De plus, les personnes diabétiques ont un risque accru de présenter de multiples problèmes de santé potentiellement mortels accentuant les coûts médicaux et touchant leur qualité de vie (Fédération Internationale du Diabète (FID), 2017).

En Suisse, les dépenses en soins autour des maladies non transmissibles telles que le diabète provoquent un coût direct de 51,7 milliards de francs en 2011 (Office Fédérale de la Santé Publique (OFSP), 2016). Le diabète est l'une des principales préoccupations mondiales du 21<sup>e</sup> siècle en matière de santé. Ainsi, ces divers chiffres mettent l'accent sur l'impact social, économique et personnel engendré par le diabète (Fédération Internationale du Diabète (FID), 2017).



### **2.3.2 La neuropathie**

Le diabète suscite des aggravations irréversibles à long terme pouvant toucher différents organes du corps et ayant comme conséquences des hospitalisations régulières et un décès précoce. Les répercussions d'un taux glycémique élevé sur la durée induit des dommages vasculaires conduisant à des complications chroniques macrovasculaires et microvasculaires (Fédération Internationale du Diabète (FID), 2017). Parmi les complications possibles, celle qui est développée dans ce travail est la neuropathie diabétique.

La neuropathie englobe trois atteintes : les troubles de la sensibilité, les déficits moteurs et les atteintes végétatives. Les troubles sensitifs engendrent un déficit de la perception, de la sensibilité thermoalgique et proprioceptive tandis que les atteintes motrices génèrent un changement structural du pied et une ankylose évolutive des articulations du pied et de la cheville. Pour terminer, les troubles végétatifs provoquent une sécheresse cutanée induite par la réduction de la sudation qui favorise l'hyperkératose dans les territoires de pression (Revue Medical Suisse, 2015).

La neuropathie diabétique est une complication qui survient à la suite d'un dysfonctionnement nerveux touchant la fonction sensorielle, motrice et autonome de nerfs de l'organisme. Plus précisément, les nerfs périphériques au niveau des membres inférieures sont ceux les plus fréquemment touchés, entraînant des lésions nerveuses qui peuvent parfois se déclarer sans que la personne ne s'en rende compte. La neuropathie diabétique se manifeste par

une sensation de raideur et de fourmillement ainsi qu'une perte de sensibilité. Les pieds sont soumis à des pressions et des frottements quotidiens engendrant à long terme des déformations et des lésions (Fédération Internationale du Diabète (FID), 2017).

### **2.3.3 L'amputation tibiale du membre inférieur**

Ainsi, comme cité précédemment, la perte de sensibilité engendrée par la neuropathie empêche les individus de percevoir l'apparition et le développement de blessures pouvant provoquer des conséquences irréversibles telles que l'amputation (Diabète Vaud, 2019b). Il faut savoir que les personnes diabétiques ont un risque élevé de 50 % de manifester une infection du pied pouvant évoluer vers une amputation (Revue Medical Suisse, 2015). Ainsi, pour définir ce terme, l'amputation correspond à une opération chirurgicale qui consiste à retirer une partie d'un membre selon différentes indications (Hôpital Universitaires Genevois (HUG), 2015).

Le niveau d'amputation est déterminé par deux critères comprenant le potentiel de cicatrisation et la conservation de l'autonomie de la personne après l'amputation. En effet, s'il existe plusieurs coupes interventionnelles allant du pied à la cuisse, l'amputation tibiale est l'intervention la plus fréquemment utilisée. En revanche, elle ne rend pas possible le maintien d'un appui au sol, ainsi, l'utilisation d'un appareillage est indispensable, à savoir que la préservation du genou facilite grandement l'appareillage et permet aux patients de garder une activité physique. Toutefois, chez les sujets dont la

mobilité est altérée, par exemple chez les personnes âgées, le genou est retiré dans le but de préserver le potentiel de cicatrisation.

Concernant le suivi médical, l'évaluation clinique de chaque patient se réalise en multidisciplinarité afin de garantir la meilleure prise en charge en fonction de chaque situation (Revue Medicale Suisse, 2014a).

Au-delà des conséquences directement liées à l'intervention, cet acte chirurgical peut induire des complications postopératoires dont la principale correspond à des douleurs du moignon pouvant participer à la diminution de la qualité de vie des patients amputés. Les plus récurrentes sont causées par une adaptation inefficace de l'appareillage engendrant des appuis excessifs (Revue Medicale Suisse, 2014a).

Par ailleurs, plus de 90 % de patients ressentent des douleurs fantômes qui proviennent d'une divergence entre l'image corporelle intégrée et des afférences sensorielles manquantes ayant comme effet une impression que le membre absent est toujours présent (Revue Medicale Suisse, 2014a). Le membre fantôme paraît réel pour l'individu et peut amener celui-ci à ressentir différents symptômes tels qu'une paresthésie, une sensation de chaleur ou de froid et des douleurs. Ces derniers peuvent entraîner des répercussions sur la qualité de vie et sur la réadaptation de la personne amputée (Lindsay, 1992).

Il est donc évident que la dimension physique à la suite d'une amputation prend une grande place, dans laquelle le sujet doit trouver un équilibre physique. Toutefois, cette perte fonctionnelle a un impact sur l'aspect psychologique de l'individu qui doit procéder à un travail de deuil autour du

membre disparu. Ainsi, ce processus est explicité ultérieurement dans le chapitre suivant porté sur l'éducation thérapeutique.

#### **2.3.4 L'éducation thérapeutique**

La notion de l'éducation thérapeutique est amenée dès le début du travail comme étant une approche essentielle dans la prise en charge des maladies chroniques telles que le diabète. Il existe plusieurs définitions du concept de l'éducation thérapeutique et celle déterminée par D'Ivernois et Gagnayre (1998) de l'OMS semble être la plus pertinente.

L'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. Il s'agit, par conséquent, d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie. Elle vise à aider les patients et leurs familles à comprendre l'affection et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie (p.2).

Afin de concevoir au mieux l'évolution de cette approche, un bref historique est présenté. D'après Golay (2010), une nouvelle approche met l'accent sur une démarche plus humaniste, depuis une vingtaine d'années. Elle a engendré un changement significatif dans la manière de soigner, et ceci en raison de l'émergence des maladies chroniques. En effet, le patient est dorénavant

reconnu comme une personne autonome, un partenaire de soins et une personne responsable de son quotidien avec la maladie (Golay et al., 2010).

La formation du malade prend toute son ampleur dans le courant des années septante, grâce aux recherches de la médecin Leona Miller lorsqu'elle fut confrontée à des hospitalisations répétées de patients diabétiques aux États-Unis (HAL, 2009). À la suite de ce phénomène, elle décida de mettre en place un groupe éducatif dans le but de prodiguer de l'enseignement aux bénéficiaires de soins concernant les traitements et la prévention des complications du diabète. Cette démarche a favorisé une diminution de la fréquence et de la durée d'hospitalisation des patients diabétiques éduqués.

C'est dans les années 1975 que cette approche a réellement occupé une place essentielle dans la prise en soins des personnes souffrantes du diabète en Suisse sous l'influence du professeur Jean-Philippe Assal, diabétologue à Genève. Aussi, la contribution d'Anne Lacroix, psychologue d'essence psychiatrique, a permis de former le personnel soignant dans l'approche de la maladie chronique (Golay et al., 2010).

Aujourd'hui, il semble important de clarifier dans quel paradigme les interventions éducatives de l'infirmière s'inscrivent. En effet, comme cité auparavant, une évolution concernant l'approche thérapeutique est observée, passant d'un stade d'informations de base visant la bonne gestion du traitement à un terrain où le patient devient expert de sa vie avec la maladie et son traitement. L'éducation est centrée sur le développement de la personne où le bénéficiaire de soins entretient une relation d'interdépendance

et d'autodétermination avec les soignants. Le professionnel de la santé aide le patient à se construire avec la maladie (Walger, [Éducation du patient, approche pédagogique et psychosociale], 2018).

Par ailleurs, comme le met en évidence Lacroix et Assal (2013), les maladies chroniques demandent autant pour le professionnel de santé que pour le patient, un renoncement à l'idée de guérison. Dès lors, le soignant se voit faire face à une grande révolution en partageant son savoir et en écoutant les connaissances et les expériences des patients concernant leur vécu et leur maladie. La relation d'enseignement est réellement à double sens, c'est pourquoi l'éducation thérapeutique s'adresse à toutes les personnes atteintes de maladies qui sont amenées à collaborer avec différents prestataires de santé afin de gérer leur maladie, leur traitement et leurs soins quotidiens sur une durée plus ou moins longue, voire pendant toute une vie (Lacroix & Assal, 2013). Pour cela, aujourd'hui, on perçoit le patient comme un producteur de santé et non plus comme un consommateur de santé comme le mettent en évidence les auteurs (D'Ivernois & Gagnayre, 2011).

Ainsi, l'éducation thérapeutique ne consiste pas à offrir un enseignement médical, mais à donner l'opportunité à la personne d'acquérir les compétences essentielles afin qu'elle soit capable d'ajuster son traitement aux fluctuations de la vie quotidienne (Lacroix & Assal, 2013). De plus, grâce à ces nouvelles connaissances, l'individu peut également apprendre à déceler et analyser certains signes et symptômes et réagir en conséquence, par exemple, face aux signes précurseurs d'une hypoglycémie (Golay et al., 2010).

### 2.3.5 L'autonomie

Le concept d'autonomie est apporté dans ce travail, car, il répond à un des objectifs premiers de l'éducation thérapeutique envers les personnes souffrantes de maladies chroniques.

De nos jours, la notion d'autonomie est utilisée dans le discours quotidien, et des experts considèrent l'autonomie comme une force primordiale de la vie sociale actuelle (Coadic, 2006). Afin de mieux appréhender ce concept, son étymologie est abordée. Il découle de deux mots grecs : auto qui signifie soi-même, et nomos qui désigne la loi ou la règle (Coadic, 2006) p.319. Cette notion remonte à l'époque de la Grèce antique où des cités se sont vues le droit de créer leurs propres lois, tandis qu'aujourd'hui, l'autonomie est un mot déployé au niveau de l'individu. Il existe une multitude de définitions et celle qui a été retenue est celle d'Emmanuel Kant décrit dans l'article « L'autonomie, illusion ou projet de société ? » (Coadic, 2006 p. 319) :

L'autonomie est le choix qui ne repose que sur la volonté propre de l'homme, établissant une « législation universelle ». Tout choix qui serait soumis à un élément « extérieur » tel que l'attrait, l'intérêt, la contrainte, le devoir, la loi, la nécessité, etc., relèverait, au contraire, de l'hétéronomie ; d'autre part, la législation propre de l'homme est universelle dans la mesure où il agit « selon la maxime qui peut en même temps s'ériger elle-même en loi universelle ». Il choisit volontairement et librement de se comporter de la façon qu'il juge être universellement la meilleure.

Pour compléter cette définition, un auteur (Schaerer, 2014) ajoute que l'autonomie est entendue comme la liberté de chacun à faire équivaloir ses priorités, ses besoins et de faire ses propres choix. Cette notion représente une forme d'autodétermination. Enfin, lorsque les concepts d'autonomie, de dignité et d'intégrité du patient sont mis en péril, la personne est considérée comme étant vulnérable. En effet, les maladies chroniques font partie des facteurs de risques de cette fragilité par la dépendance fonctionnelle représentée comme une inaptitude à réaliser les actes de la vie quotidienne tant physiques que psychiques (Revue Medicale Suisse, 2009).

Dans les soins, il existe de multiples facteurs qui sont susceptibles d'entraîner une atteinte à l'autonomie de la personne lorsque celle-ci présente une perte de la capacité de discernement, une précarité et un isolement social ainsi qu'une limitation à l'accès des soins (Klein & Ducroux-Biass, 2009).

Le concept d'empowerment traduit adéquatement la réponse actuelle donnée par l'éducation thérapeutique à la perte d'autonomie des patients. L'empowerment est un terme anglophone, qui désigne la « prise de pouvoir personnel » couramment utilisé en français dans de multiples contextes psychosociaux et économiques. Il comprend deux perspectives : celle du pouvoir qui compose la racine du mot, et celle du processus d'apprentissage pour y parvenir. Toutefois, il existe un obstacle dans la traduction française de ce terme et une panoplie de propositions de réponses ont émergé dont : « capacitation », « autonomisation », « empouvoirisation », ou encore « pouvoir d'agir ». Cependant, les deux premières formulations ne renvoient



pas la notion de pouvoir qui compose la racine du mot, empowerment (Bacqué & Biewener, 2013).

Finalement, l'éducation thérapeutique dans la prise en charge du patient est un outil clé pour que celui-ci développe et acquière son autonomie, c'est pourquoi ces deux concepts (l'éducation thérapeutique et l'autonomie) sont dépendants.

### **2.3.6 La confirmation de la pertinence des concepts retenus au travers des entretiens**

Dans le cadre du travail de Bachelor, des entretiens ont été réalisés avec différents professionnels de la santé. Ils ont tous été disposés à répondre à nos multiples questions, en lien avec la pathologie du diabète, de l'amputation et de l'éducation thérapeutique. Un consentement oral a été appliqué concernant l'utilisation des données dans la présente étude. Les réponses se situent en annexe (Appendice A).

La première rencontre s'est déroulée avec le président de l'Association du diabète du Jura. Cette association a pour but d'apporter du soutien aux personnes diabétiques ainsi qu'à leur famille et de leur permettre de partager des moments ensemble. La tranche d'âge des membres se situe entre 40 à 50 ans. Toutefois, il en est ressorti que peu de personnes connaissent cette association de plus, la prévention en Suisse ne met pas assez en avant ses atouts avec les associations qui gravitent autour.

La deuxième entrevue a été réalisée auprès d'un orthopédiste en ville de Neuchâtel. La rencontre s'est effectuée au sein même de son cabinet. Le but étant d'obtenir des informations sur les fonctions de cette profession et le rôle précis qu'il exerce auprès des personnes diabétiques ayant subi une amputation. En effet, il explique que 87 % de sa clientèle sont des patients diabétiques et principalement des hommes âgés. Il exprime également que les personnes diabétiques montrent de la négligence face à leur maladie en raison de leur milieu social et familial qui peut être parfois complexe. De plus, il mentionne que l'âge constamment avancé peut avoir des conséquences sur la gestion de la maladie et qu'une fois le diabète installé, les complications apparaissent très soudainement. Concernant la prise en charge, celui-ci intervient très rapidement à la suite d'une amputation en soins aigus, dans le service de rééducation, et au domicile de la personne. Après une amputation, le symptôme principal ressenti par les patients est la douleur fantôme. De plus, un suivi psychologique est mis en place car c'est un processus qui prend du temps comme nous le confirme le prochain entretien effectué par une infirmière clinicienne spécialisée en diabétologie à l'hôpital neuchâtelois.

Cette rencontre a été réalisée au sein de l'hôpital neuchâtelois de Pourtalès afin d'avoir une idée sur le suivi infirmier en ambulatoire des patients atteints de diabète. Cette infirmière clinicienne est très impliquée dans son travail et a effectué plusieurs formations, dont un Master en science de l'éducation avec une option d'accompagnement du patient en éducation thérapeutique. Elle met en cause la malnutrition de la population en rapport avec la prévalence

du diabète en Suisse et ajoute que les maladies chroniques vont prendre une place énorme dans les années à venir dues à l'augmentation de l'espérance de vie des personnes diabétiques. Le diabète est une maladie silencieuse qui est découverte généralement lors de complications et concernant la prévention du diabète, cette professionnelle de la santé met en avant la nécessité de former du personnel soignant afin d'informer les personnes. Toutefois, elle s'aperçoit que les gens présentent une difficulté à modifier leurs habitudes de vie. L'infirmière clinicienne explique qu'elle effectue dans un premier temps un bilan éducatif sous forme d'un entretien de compréhension avec le patient. Cette rencontre lui permet de répertorier des informations concernant l'environnement, les ressources, les connaissances sur la maladie du patient et la place que celle-ci va prendre dans sa vie. Des objectifs sont mis en place en co-construction avec le patient afin de s'approcher au plus de sa vie et de ses habitudes. Cette démarche décrit un accompagnement thérapeutique où le patient est partenaire de santé. Le thème de l'amputation est discuté lors d'une consultation avant une probable intervention avec l'infirmière et le patient. Par la suite, le rôle de l'infirmière est d'être à son écoute et de l'accompagner dans un processus de deuil en tenant compte de deux composantes primordiales qui sont l'image corporelle et l'identité.

Pour terminer, une rencontre avec un médecin généraliste a été effectuée au sein de son cabinet, ce professionnel pratique son métier depuis maintenant une trentaine d'années et est spécialisé en néphrologie. Il exprime un problème au niveau des moyens d'action de santé publique et propose d'agir

en amont en faisant plus de prévention primaire. Toutefois, la grande difficulté est de persuader les patients à modifier leurs comportements, celui-ci met également en cause la malnutrition et l'allongement de la durée de vie de la population par rapport à la prévalence du diabète. La population majoritaire qui consulte est composée de personnes âgées polymorbides ce dernier déclare que le diabète est une maladie sournoise et asymptomatique en gestation pendant des années et les personnes sont diagnostiquées tardivement lors de complications. L'éducation thérapeutique est abordée. Il est convaincu que c'est une posture efficace qui permet de respecter les gens là où ils en sont. Cependant, il critique cette pratique en consultation médicale, car le temps manque. Il pense que c'est important que les infirmières soient formées pour L'ETP afin d'assurer un accompagnement sur du long terme qui demande de l'engagement et de l'empathie.

En conclusion, ces réunions ont permis de valider le choix de poursuivre les recherches sur l'éducation thérapeutique chez les personnes souffrantes de diabète. En effet, la prévalence du diabète a été soulevée par les différents interlocuteurs mettant en lien avec le surpoids et la longévité de la population. De plus, la revue exploratoire a également soulevé cette problématique, à savoir que le diabète est une pathologie sourde découverte souvent tardivement et engendrant des complications telles que la neuropathie diabétique pouvant aboutir à une amputation accompagnée de douleurs fantômes. Il a été constaté que les personnes atteintes de maladies chroniques sont amenées à collaborer avec de multiples professionnels dont l'infirmière

qui a un rôle clé dans l'accompagnement thérapeutique de la personne dans la trajectoire de sa vie, car elle participe activement à l'acquisition de nouvelles aptitudes par le biais de mise en place d'objectifs.

## **2.4 Les concepts**

À la suite de la recherche menée dans la revue exploratoire, divers concepts ont été retenus : le diabète de type 2, la neuropathie diabétique, les soins de pieds, l'amputation, l'éducation thérapeutique et l'autonomie du patient.

Le chapitre suivant concerne le diabète de type 2, car, il représente le plus grand nombre de personnes atteints de diabète dans le monde (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2018), de plus une focalisation est réalisée sur les individus âgés de plus de 65 ans en vue des données épidémiologiques citées plus tôt dans la revue exploratoire. Ensuite, la neuropathie diabétique est un concept important dans cette étude, car associée à une macroangiopathie, elle peut entraîner à une amputation. Puis, les soins de pieds des personnes diabétiques sont expliqués par leurs importances dans la prise en charge et la prévention des complications du diabète. L'éducation thérapeutique vise une autonomie du patient dans la gestion de sa maladie et de ses soins de pieds en lien avec la problématique. Toutefois, l'impact psychologique qu'induit l'amputation est une dimension à prendre en considération avant toute démarche pédagogique et celle-ci est explicitée dans le prochain chapitre.

## **2.5 Les propositions pour la pratique**

Pour conclure cette dernière partie de la problématique, les perspectives pour la pratique infirmière en lien avec le sujet de recherche sont explicitées.

Les maladies chroniques touchent 2,2 millions de personnes en Suisse, soit 10 % de la population âgée de plus de 50 ans. Cette courbe démographique ne fait qu'augmenter en raison de la prévalence de la moyenne d'âge de la population (Office Fédérale de la Santé Publique (OFSP), 2018).

Les maladies chroniques sont un enjeu important pour les infirmières en raison de la prévention et de la prise en soins efficiente qu'elles prodiguent. Ainsi, les auteurs mettent en évidence les retentissements de cette hausse de prévalence des maladies chroniques sur le travail des infirmières. Ceci démontre l'impact primordial du rôle de l'infirmière dans la gestion des maladies chroniques et son importance à entreprendre un suivi éducatif en collaboration avec le patient (Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), 2005).

L'éducation thérapeutique est considérée comme étant une nouvelle approche pouvant accompagner le patient à atteindre une autogestion de sa santé avec une maladie chronique. Le rôle infirmier relève d'une prise en considération de toutes les dimensions de la personne (biologique, psychologique, sociale, culturelle, environnementale) dans le but de prodiguer des soins. Le patient doit être vu comme un partenaire de soin et non comme un être souffrant d'une pathologie chronique, c'est pourquoi un climat de confiance doit être installé au sein de la relation. De plus, il est important de

garder cette notion en tête et ainsi d'avancer tout en s'adaptant au rythme du patient tout au long du suivi. À travers différentes recherches dans la revue exploratoire, et notamment lors des discussions, il a été constaté que les professionnels de la santé manquent parfois de facultés et de formations intensives ce qui engendre chez le patient diabétique une autogestion de sa maladie plus complexe et ainsi des lacunes dans leurs connaissances.

Concernant l'amputation, une modification de l'identité et de l'image corporelle s'installe chez le sujet, cependant, le rôle de l'infirmière est d'acclimater sa vision et d'offrir à l'individu une écoute attentive et un soutien soutenu pour que finalement la personne retrouve un bien-être dans sa vie quotidienne et trouve des moyens d'adaptation quant à sa nouvelle identité.

Pour conclure, cette éducation relève d'une nécessité à transmettre les connaissances spécifiques et indispensables afin que le patient évolue et soit coopérant dans la gestion de sa santé.

Dès lors, une interrogation surgit : « comment amener le bénéficiaire de soins à se sentir prêt à entretenir un processus éducatif en matière d'autogestion en vue de diminuer la survenue de complications du pied diabétique ? » Par ce questionnement, le rôle de l'infirmière consiste à évoluer selon le stade dans lequel se situe le bénéficiaire de soins et de mettre en place différentes actions qui visent le changement de comportement de ce dernier.

# **Chapitre 3 : Concepts**



Dans ce chapitre, les concepts retenus dans la problématique sont présentés afin de préciser la recherche. Ensuite, le modèle de promotion de la santé développée par Nola Pender est explicité en lien avec la thématique.

### **3.1 Le diabète de type 2**

À présent, une focalisation sur le processus physiopathologique du diabète est abordée. Le diabète de type 2, appelé également diabète insulino-dépendant (DNID) est décrit comme une pathologie métabolique qualifiée par une hyperglycémie évolutive. Celle-ci est induite par une diminution de la production d'insuline et de glucagon par le pancréas engendrant ainsi une résistance de l'organisme à l'utilisation de ces deux hormones intervenant dans la régulation de la glycémie (Chabot & Blanc, 2002).

En effet, l'insuline est une protéine produite par les endocrinocytes bêta des îlots de Langerhans du pancréas, cette dernière est sécrétée afin de baisser le taux de sucre dans le sang lorsque celui-ci est élevé, notamment après un repas tandis que le glucagon est un polypeptide qui engendre une augmentation de la glycémie dans le sang (Marieb & Hoehn, 2015).

#### **3.1.1 Les facteurs de risque**

Les causes du diabète ne sont pas tout à fait connues toutefois, les facteurs de risque comprennent l'âge avancé, l'ethnie, les antécédents familiaux le surpoids et l'obésité. En effet, certains de ces facteurs sont modifiables en vue du pouvoir que la personne a sur ceux-ci, par exemple, l'obésité et le surpoids

qui sont en lien avec une mauvaise hygiène alimentaire, le tabagisme et le sédentarisme (Fédération Internationale du Diabète (FID), 2017).

### **3.1.2 Les signes et symptômes**

Les signes et les symptômes du diabète de type 2 peuvent être similaires à ceux du diabète de type 1 et différer d'un individu à un autre. Parmi de nombreux symptômes tels que la soif excessive, les urines abondantes, le manque d'énergie, les infections cutanées, la vision trouble et la mauvaise cicatrisation font partie des signes précurseurs de la pathologie du diabète de type 2.

Lorsque le taux glycémique dans l'organisme est insuffisant, on parle d'hypoglycémie qui désigne un avertissement envoyé par le cerveau lorsque celui-ci n'est pas approvisionné suffisamment en glucose. Les signes sont les suivants ; une sensation de faim, des nausées, des tremblements, des étourdissements, des sueurs froides, une brusque faiblesse, des fourmillements dans les doigts et des palpitations cardiaques (Fédération Internationale du Diabète (FID), 2017).

Au contraire, certains auteurs citent que l'hyperglycémie montre un taux de sucre excessif dans le sang et les différents signes et symptômes observés sont ceux-ci : des urines fréquentes et abondantes, une déshydratation, une soif importante, un amaigrissement, une faim intense, une fatigue, des nausées et vomissements ainsi qu'une somnolence pouvant aller jusqu'au coma (Charbot & Blanc, 2002);(Fédération Internationale du Diabète (FID), 2017).

La reconnaissance des signes et des symptômes chez les sujets diabétiques âgés est difficile, car ils peuvent être associés à des symptômes gériatologiques qui deviennent chroniques tels que les troubles de la marche, la dénutrition et l'incontinence, ces derniers sont à repérer (Revue Medicale Suisse, 2013a).

### **3.1.3 Les traitements**

Les traitements médicamenteux sont apportés dans cette recherche tout en sachant qu'ils ne seront pas développés, car le travail de Bachelor se penche plus précisément sur les soins de pieds. Le traitement du diabète repose sur une approche thérapeutique médicamenteuse et non médicamenteuse. En effet, dans un premier temps, une modification des habitudes de vie comprenant une alimentation équilibrée accompagnée d'une activité physique assidue et une perte de poids permettent une régulation de la glycémie. Dans un deuxième temps, l'introduction d'antidiabétiques oraux est préconisée pour améliorer la sensibilité des cellules à l'action de l'insuline si les moyens préventifs n'ont pas été efficaces (Fédération Française des Diabétiques, 2019).

Ainsi, au bout d'un laps de temps, une adjonction d'insuline peut être proposée lorsque les médicaments oraux ne sont plus suffisants. Selon le site Diabète Vaud (2019), il existe deux types d'antidiabétiques oraux : les normoglycémisants utilisés dans le but de diminuer la glycémie sans provoquer une hypoglycémie. Dans cette catégorie se trouvent les classes

médicamenteuses suivantes : les biguanides, les inhibiteurs des alpha-glucosidases, les incrétines et les inhibiteurs du SGLT2. Les sulfamides hypoglycémiants et les glinides correspondent au deuxième type d'antidiabétiques oraux qui sont, les hypoglycémiants. De plus, il existe diverses catégories d'insulines qui se distinguent les unes des autres en fonction de leur durée et rapidité d'action à la suite de l'injection sous-cutanée. Il y a des insulines ultras rapides, rapides, intermédiaires, mixtes et lentes (Diabète Vaud, 2019a). En plus des traitements médicaux et de la modification du style de vie, il est nécessaire d'effectuer des soins et des surveillances au niveau du membre inférieur et du moignon chez une personne qui a subi une amputation tibiale, ces actions sont développées par la suite.

### **3.1.4 La neuropathie diabétique**

Les auteurs décrivent que l'identification d'une neuropathie est fréquente chez les personnes atteintes de diabète dont environ 10 % en présentent les signes dès le diagnostic et plus de 50 % endurent les répercussions après 25 ans de progression (Revue Médicale Suisse, 2013b). En effet, l'augmentation de la prévalence du diabète ainsi que l'espérance de la vie croissante accélère l'apparition du pied diabétique chez les personnes atteintes de cette pathologie chronique. Les facteurs de risque tels que l'âge avancé, l'hypertension, la rétinopathie diabétique et les antécédents de tabagisme favorisent la survenue du pied diabétique qui figurent au nombre d'aggravations les plus coûteuses du diabète (Fédération Internationale du Diabète (FID), 2017).

La problématique majeure chez le patient diabétique est la prise en compte de la gravité d'une plaie jugée ordinaire, mais qui, en réalité, joue un rôle décisif dans la conservation du pied ou de la jambe de la personne (Revue Medical Suisse, 2015).

### **3.2 Les soins de pied diabétique**

Le concept des soins de pied est apporté dans ce travail, car il fait partie intégrante d'une mesure préventive de l'amputation. Avant d'introduire les soins de pied, il est nécessaire de développer la macroangiopathie diabétique qui est une complication fréquente touchant les gros vaisseaux.

Ainsi, cette complication associée à une neuropathie freine la cicatrisation d'une part, par la perte de sensibilité provoquée par la neuropathie et d'une autre part, par le manque d'irrigation sanguine du pied causé par la macroangiopathie. C'est pourquoi une surveillance insidieuse de l'état des pieds est indispensable afin d'éviter l'arrivée de nouvelles complications telles que les ulcérations et les escarres.

Le Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines (2002) préconise l'observance quotidienne des pieds dans le but d'identifier tout changement structural ou l'apparition de lésion et pour ce faire, l'utilisation d'un miroir est nécessaire afin d'avoir accès à la face plantaire du pied qui est la zone la plus à risque de développer des lésions. Ensuite, un lavage journalier des membres inférieurs avec de l'eau tempérée suivi d'un séchage assidu entre les orteils prévient l'apparition de macération et de formation de mycoses (Diabetes Canada Clinical Practice, 2002). En ce qui concerne le port de chaussures, la

brochure décrit par le Diabète Vaud (2019) recommande des soins de pieds et souligne l'importance de porter des chaussures adaptées à la dimension et à la taille des pieds tout en veillant à ce qu'elles ne provoquent ni de frottements et ni de points d'appui. Les articles mettent également l'accent sur l'intérêt de surveiller à l'intérieur des chaussures avant et après leur utilisation pour déceler une éventuelle gêne. Pour terminer, les ongles doivent être limés en ligne droite à mi-longueur pour éviter l'apparition d'ongles incarnés et de saignements (Diabète Vaud, 2019a).

L'identification de ses signes par le patient peut l'amener à les signaler à son médecin-podologue pour que celui-ci mette en place des interventions. Le professionnel podologue doit entretenir une relation interdisciplinaire avec l'équipe soignante et le bénéficiaire de soin (Revue Medicale Suisse, 2016).

### **3.3 L'amputation à la suite d'un diabète**

En ce qui concerne l'amputation, en Suisse, elle est pratiquée à 92 % à la suite d'une insuffisance artérielle dont le diabète en est à l'origine dans plus de 50 % des cas (Revue Medicale Suisse, 2014a). Selon une étude menée à Genève, il a été démontré que l'intervention chirurgicale est plus élevée chez la population masculine atteinte de diabète et augmente avec l'âge. Celle-ci reste toutefois peu fréquente à Genève avec une moyenne de 35 amputations par année. Sur ce chiffre, 65,9 % des patients sont âgés de 65 ans et plus. Les auteurs ajoutent que sur la base d'une prévalence du diabète rapportée par la littérature, 210 personnes amputées sur 100'000 par an sont touchées

dans la population diabétique genevoise d'âge gériatrique (Revue Medicale Suisse, 2014b). De plus, les personnes diabétiques s'exposent 30 à 40 fois plus aux amputations que les sujets non diabétiques (Chabot & Blanc, 2002).

En effet, l'amputation est une épreuve tant physique que psychologique pour l'individu et est assimilable à un processus de deuil, car la perte déséquilibre le schéma corporel et atteint l'identité de la personne (Hôpital Universitaire Genevois (HUG), 2015). L'impact psychologique est une dimension très importante dans l'enseignement thérapeutique du patient qui sera expliqué par la suite.

### **3.4 L'éducation thérapeutique**

Avant d'expliciter la démarche pédagogique de l'éducation thérapeutique, il semble pertinent d'appuyer l'importance de la dimension psychologique que provoquent une maladie chronique et une amputation. Il est essentiel de déterminer dans quel stade du processus de deuil se trouve la personne avant de proposer un suivi infirmier. En effet, cette nouvelle engendre un travail de deuil non face à la mort, mais face à la perte d'un membre ayant fait partie intégrante de l'identité de la personne.

Il faut savoir que cette annonce vient bousculer la totalité de la vie de l'individu. Lacroix et Assal (2013) présentent une illustration développée par Anne Lacroix (2002) sous l'inspiration des modèles du deuil de Freud et de Kübler-Ross E. qui démontre le résultat de deux processus distincts face à la maladie. Une figure reprenant ces deux processus de deuil se situe en annexe (Appendice B).

Tout d'abord, un sentiment de choc envahi la personne lorsque celle-ci se trouve dans un processus d'intégration de la perte et une réaction d'incrédulité va suivre, c'est-à-dire que l'individu ne peut pas croire à ce qui lui arrive, elle est dans le déni. Toutefois, ce passage est transitoire et laisse place à un sentiment de révolte, de colère et d'injustice car le sujet se rend compte qu'il s'agit d'une vérité. L'amputation est réellement là (Lacroix & Assal, 2011).

Les auteurs citent que le troisième stade du processus est le marchandage, cette phase est associée à la culpabilité car la personne incommodée va se remémorer son passée avec son intégrité corporelle antérieure et dépourvue de la maladie chronique qui lui provoque une souffrance continue dans le présent (Kessler & Kübler-Ross, 2009). La tristesse et la nostalgie de la perte sont les caractéristiques de la phase de la capacité dépressive, étape cruciale du processus (Lacroix & Assal, 2011). Un psychanalyste mentionné dans l'ouvrage Lacroix et Assal, (2011) explique que cette phase permet un accès vers une intégration nouvelle et une vision naissante de l'existence chez les patients souffrant d'une pathologie chronique. L'acceptation est la dernière étape du processus de deuil qui n'est pas toujours facile à appréhender, car approuver une nouvelle image de soi avec la maladie demande une adaptation et un apprentissage pour vivre avec la situation sous un angle positif (Kessler & Kübler-Ross, 2009).

La trajectoire de la personne dans un mouvement de mise à distance de la perte et l'état de santé antérieur est le deuxième processus. Ici, à la suite de l'abandon du membre inférieur, l'individu peut être habité d'émotions suscitant



de l'angoisse, car l'aspect incurable et chronique peut représenter une insécurité et entraîner l'apparition d'un mécanisme inconscient protecteur. Il s'agit du déni, qui est synonyme d'évitement et dont le refus ou la négation sont deux autres profils correspondant à cet affect. L'individu conteste d'accepter le sentiment que lui provoque la perte même si, au fond de lui-même, la personne identifie la pathologie. Ces mécanismes sont observables lorsque les répercussions de cette distanciation de la maladie engendrent des inattentions concernant les symptômes et les traitements pouvant entraîner des décompensations. Ainsi, il retombe sur les soignants de rechercher ce qui se cache derrière les résistances et le découragement du patient, même si parfois, il est difficile d'entrer en co-construction avec celui-ci (Lacroix & Assal, 2011).

### **3.4.1 Le rôle infirmier :**

En regard de ces deux enchainements (de résignation et d'acceptation) face à la maladie, l'annonce d'une amputation et des obligations liées aux traitements sont des moments délicats qui demandent du temps et une observation rigoureuse. À cet instant, il convient de s'éloigner de la pathologie et de se centrer sur la personne malade en lui proposant avant tout un espace d'écoute qui lui donne l'opportunité de s'exprimer sur ses sentiments et ses émotions en lien avec sa santé. Cette étape est primordiale pour entrer en relation avec le patient et c'est au travers de ces moments d'échanges, que le patient peut adhérer à un travail de deuil de son état de santé antérieur et se

pencher vers l'acceptation ou au contraire, se confiner dans la résignation. La manière dont un individu fait face à la maladie diffère d'un sujet à l'autre, en fonction de sa personnalité, de sa situation personnelle, familiale et professionnelle (Lacroix & Assal, 2013).

### **3.4.2 La démarche pédagogique de l'éducation thérapeutique :**

La motivation du patient est une notion à prendre en considération avant d'entreprendre toute démarche éducative. Il s'agit de soutenir le patient atteint d'une maladie chronique à effectuer des modifications de comportements ou simplement de débiter une démarche d'apprentissage, tout en sachant que le patient doit trouver un sens et un besoin à celle-ci (Golay et al., 2010).

En effet, l'amputation est une complication tardive de la neuropathie périphérique et d'une macroangiopathie comme cité auparavant et où les surveillances des pieds sont des interventions qui accompagnent le patient dans le quotidien. La démarche éducative est proposée afin de combler d'éventuelles lacunes concernant les soins de pieds et ainsi d'éviter une complication du pied diabétique telle qu'une infection ou une éventuelle récurrence d'amputation. De ce fait, la démarche éducative est composée de quatre étapes visant la présentation d'un cadre cohérent pour le patient expliqué ci-après (Golay et al., 2010).

#### **Le diagnostic éducatif**

Le premier stade de la démarche d'éducation est l'élaboration d'un diagnostic éducatif qui se base sur plusieurs entretiens individuels. Selon

D'Ivernois (2011), décrit que le but de cette première démarche est « d'appréhender différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, d'identifier ses besoins, d'évaluer ses potentialités, de prendre en compte ses demandes et son projet afin de proposer un programme d'éducation personnalisé » (p.71).

Ainsi, le diagnostic éducatif permet de relever les éléments facilitants et contraignants à l'éducation. L'étape primaire est de recueillir et d'analyser des données dans le but d'appréhender le programme d'éducation en partenariat avec le patient. Il s'agit ici de repérer les besoins autant que les ressources de l'individu en prenant en considération ses projets, ses comportements de santé et ses conceptions liées à sa santé. Ce diagnostic accède finalement à la formulation d'objectifs pédagogiques au travers de compétences qui permettent d'atteindre la prochaine étape (D'Ivernois & Gagnayre, 2011).

Par exemple, le professionnel va explorer le vécu de la personne en lui demandant : « racontez-moi l'histoire de votre maladie ». Il s'agit également d'identifier le contexte professionnel et personnel de la personne et ainsi de vérifier sa compréhension de sa pathologie en intégrant ses valeurs, en questionnant l'individu : « comment se passe votre quotidien avec votre entourage et qu'est-ce qui vous gêne le plus dans votre maladie ? » Le but étant de distinguer les connaissances du patient et finalement de comprendre son fonctionnement (D'Ivernois & Gagnayre, 2011).

### **Les objectifs**

La formulation d'objectifs pédagogiques cible les compétences que le patient est capable d'acquérir. Il s'agit d'objectifs utiles dans le quotidien de la personne qui incluent trois catégories de capacités : le domaine cognitif qui englobe les connaissances et la prise de décision, le domaine sensorimoteur qui appuie les habiletés gestuelles et le domaine psychoaffectif qui met en relation l'attitude de l'individu. Ces domaines permettent de simplifier le choix de l'outil pédagogique et d'évaluation de la démarche éducative (D'Ivernois & Gagnayre, 2011). On peut imaginer un exemple d'objectif comme être en mesure de réaliser des surveillances podologiques et d'exercer des soins de pied et de moignon.

### **La mise en œuvre du programme**

Le contrat d'éducation engage le soignant et le bénéficiaire de soin dans l'atteinte d'objectifs et finalement dans la maîtrise de ceux-ci dans la vie quotidienne. Ce contrat est négocié et nécessite une discussion autour des moyens réalisables par le patient à mettre en action (D'Ivernois & Gagnayre, 2011).

### **L'évaluation**

Pour terminer, l'éducation est un processus continu qui permet au patient de poursuivre ses objectifs en réalisant des bilans de ses acquis avec le soignant dans le but d'exécuter des réajustements si nécessaire en s'améliorant dans sa vie de tous les jours (D'Ivernois & Gagnayre, 2011).

### **3.5. L'autogestion dans le principe d'autonomie**

Dans ce travail, le concept d'autonomie est apporté afin de permettre au patient d'acquérir une autogestion dans les soins de pied, le but ultime recherché dans l'ETP.

Le principe d'autonomie est fréquemment employé dans de multiples domaines dans la société et le travail de Bachelor s'intéresse uniquement à la notion d'autogestion liée à la démarche de l'éducation thérapeutique selon le mode de vie des patients diabétiques (Coadic, 2006).

Un auteur met en lumière la complexité de la notion d'autonomie dans le domaine de la santé. En effet, celle-ci peut avoir une double signification en fonction de la situation donnée. Premièrement, l'autonomie peut désigner l'absence de dépendance à autrui concernant les actes de la vie quotidienne, mais également la prise de décisions. Deuxièmement, l'autonomie peut être qualifiée comme la liberté de la personne à faire ses propres choix (Schaerer, 2014).

Un énoncé du philosophe Emmanuel Kant a été repris dans cet article (Schaerer, 2014, p.39) « le respect de l'autonomie d'une personne malade consiste à lui permettre de prendre avec le soignant les (ou la) décisions qui paraîtront raisonnables et qui tiendront compte de ses priorités comme des informations que lui donnera le soignant » (Schaerer, 2014).

### **3.6 Le cadre théorique : modèle de la promotion de la santé (Health Promotion Model)**

Le modèle de la promotion de la santé développé par Nola Pender a été retenu, car il semble être le plus adapté à notre thématique. Cette théoricienne née en 1941 dans le Michigan obtient son Bachelor en 1964, qu'elle perfectionne avec un master puis un doctorat en psychologie et en éducation en 1969. Ses divers apprentissages ont permis à cette théoricienne en sciences infirmières de noter une évolution dans sa réflexion sur la définition du but des soins infirmiers comme étant la santé optimale de l'individu. En 1990, elle publie la première édition de la version initiale du modèle de promotion de la santé souvent abrégé en HPM. Ensuite, plusieurs versions révisées sont apparues dont la sixième édition de son ouvrage en 2011 (Alligood, 2013) (Traduction libre).

Le modèle offre un guide permettant d'expliquer les processus biopsychosociaux complexes qui motivent les individus à adopter des comportements visant à améliorer leur santé. Il rend possible de décrire l'interaction entre l'infirmière et le patient tout en tenant compte du rôle de l'environnement dans la promotion de la santé (Alligood, 2013);(Pender, Murdaugh, & Parsons, 2010).

Plusieurs sources théoriques ont permis à Nola Pender de construire son modèle. D'une part, le modèle de croyance en santé développé par Rosenstock en 1960 et modelé par Becker en 1988 selon lequel le changement de comportement d'un individu s'opère uniquement si les deux conditions

suivantes sont présentes : la personne doit percevoir une menace pour sa propre santé et doit avoir la conviction que les avantages du changement de comportement sont plus conséquents que les obstacles rencontrés (Pender et al., 2010);(Traduction libre).

D'autre part, le concept du sentiment d'efficacité personnelle décrit par Bandura (1977) joue un rôle central dans le changement personnel constituant le fondement de la motivation et de l'action humaine. Sans compter que la connaissance est un préalable pour le changement, toutefois, les individus doivent être persuadés qu'ils gardent un contrôle sur le changement de comportement afin d'agir. Ce modèle estime que plus le sentiment d'efficacité personnelle est élevé, plus l'individu persiste à adopter un comportement et à faire face aux obstacles. Tandis qu'un faible sentiment d'efficacité amène l'individu à envisager que l'accomplissement de comportements simples (Pender et al., 2010);(Traduction du livre p. 42).

En effet, les individus ont un énorme potentiel de changement en raison de leur capacité à se connaître, à s'autoréguler, à prendre des décisions et à résoudre leurs problèmes de manière créative. Le changement de soi est défini comme un nouveau comportement que les personnes adoptent volontiers pour atteindre des objectifs ou des résultats qu'ils ont eux-mêmes souhaités. Le rôle de l'infirmière est de promouvoir un climat favorable au changement en assistant aux différentes étapes du processus et d'accroître la capacité de l'individu à maintenir l'innovation (Pender et al., 2010);(Traduction libre p. 37)

Ainsi, la tâche de l'infirmière est d'amener la personne à devenir experte de sa santé avec la maladie afin que celle-ci puisse prendre des décisions saines de manière autonome, ce qui rejoint totalement le but du processus de l'éducation thérapeutique décrit auparavant. De plus, ce modèle assure une prise en charge globale prenant en compte l'entourage de l'individu ainsi que les obstacles s'opposant aux changements ce qui regagne encore une fois le principe de l'éducation thérapeutique. Lorsque la personne est consciente qu'un changement doit s'opérer, elle va mettre en place différents moyens pour y parvenir. Le sentiment d'efficacité personnelle comprend la finalité du changement de comportement, lorsque la personne est capable de reconnaître son indépendance dans sa propre prise en charge.

Les différentes composantes de la théorie proposée par Nola Pender sont exposées en référence de la sixième édition de son ouvrage (*Health Promotion in Nursing Practice*, 2010). Le modèle de la promotion de la santé est composé de trois classes : les caractéristiques et expériences individuelles, les cognitions spécifiques et les affects des comportements ainsi que les résultats des comportements (Pender et al., 2010).

### **Les caractéristiques et expériences individuelles :**

Cette première partie est subdivisée en deux catégories comprenant les comportements antérieurs et les facteurs personnels.



### Les comportements antérieurs (*Prior related behavior*)

Ils comprennent tous les comportements sains que la personne a pu adopter antérieurement dans sa vie et qui représentent une ressource dans la promotion de la santé. En effet, il s'agit de les repérer afin de pouvoir les utiliser comme une ressource.

### Les facteurs personnels (*personal factors*)

Cette partie se divise en trois points qui sont les facteurs biologiques (l'âge, l'indice de masse corporelle, la force et l'agilité), psychosociaux (l'estime de soi, la santé perçue) et socioculturels (la race, l'ethnie, l'acculturation, l'éducation, le statut économique). Ces différents facteurs propres à chaque individu ont une influence sur l'adoption de comportements de santé, qui demande de les identifier et de les intégrer dans la démarche.

## **Affects et cognitions liés aux comportements**

### Les bénéfices perçus de l'action (*Perceived benefits of action*)

Cela représente les bénéfices qu'un individu peut attendre d'une action qui peut aboutir à une reconnaissance. Cet acte correspond à une motivation pour la personne dans le but d'acquérir un nouveau comportement. Les bénéfices peuvent être intrinsèques comme un regain d'énergie ou extrinsèques tels un gain financier ou encore une reconnaissance sociale par autrui.

### Les obstacles perçus à l'action (*Perceived barriers to action*)

Ici, sont compris les obstacles que la personne peut rencontrer si celle-ci n'est pas disposée à changer ses habitudes de son comportement actuel. Plus

les obstacles assimilés sont conséquents, moins la personne est prête à mettre en place un plan d'action visant un changement de comportement.

#### Les affects liés à l'activité (*Activity-related affect*)

À la suite de la réalisation d'une activité, la personne ressent des émotions qui sont déterminées par trois facteurs : l'état émotionnel, l'influence de l'activité sur soi et l'environnement où se déroule l'activité. Ce ressenti éprouvé par la personne détermine sa disposition à renouveler l'activité et la conserver ou ne plus la reproduire. Si la personne ressent un sentiment agréable lors de l'activité, elle sera plus à même de la rééditer, tandis que, les activités accompagnées d'émotion désagréable vont être déclinées.

#### Sentiment d'efficacité personnelle (*Perceived self-efficacy*)

Évoqué par Bandura (1977), le sentiment d'efficacité personnelle influence la disponibilité d'un individu à accomplir une tâche associée à un comportement donné. Plus la personne se sent capable de la réaliser, plus elle sera engagée à la reproduire.

#### Influences interpersonnelles (*Interpersonal influences*)

Cela représente l'entourage de la personne, sa famille, les proches, les pairs et le personnel soignant. Ces influences sont dépendantes de trois facteurs, premièrement, les normes liées à des représentations sociales ou des croyances qui correspondent à la compatibilité du comportement avec les normes de l'environnement social, de l'entourage. Deuxièmement, le soutien social, car plus la personne se sent confortée à adopter un comportement, plus elle sera engagée à le poursuivre. Finalement, le troisième point est la

modélisation par l'apprentissage de la personne en observant d'autres ayant réussi ce qui va lui permettre d'adopter un comportement similaire.

#### Influences contextuelles (*Situational influences*)

Cet item correspond à l'influence du contexte sur l'engagement et la motivation de la personne à adopter des comportements. Si le sujet se sent en sécurité et y est intégrée, il se retrouve en accord avec son contexte et l'engagement se réalise alors plus facilement. Au contraire, si l'individu ne se sent pas à sa place et ressent de l'incompatibilité avec son environnement, ce dernier éprouve de l'hésitation.

### **Les résultats des comportements**

#### Engagement dans un plan d'action (*Commitment to a Plan of Action*)

Cet engagement se situe avant l'action du nouveau comportement, c'est au travers d'une planification et d'une organisation de l'activité qui facilite généralement l'engagement. Des actions spécifiques à un moment et un endroit donnés simplifient la réalisation de l'action ainsi qu'une mise en place de stratégies telles qu'un système de récompense.

#### Demandes et préférences concurrentielles simultanées (*Immediate Competing Demands and Preferences*)

Les demandes concurrentielles jouent un rôle dans la réalisation d'un comportement, mais ici, l'individu n'a pas de pouvoir d'action sur celles-ci. Au contraire, les préférences concurrentielles sont des conditions où la personne à une emprise.

### Comportement promoteur de santé (*Health – Promoting Behavior*)

La finalité de la théorie de Nola Pender comprend l'intégration du nouveau comportement promoteur de santé dans le quotidien de la personne se traduisant par une amélioration des aptitudes fonctionnelles et une meilleure qualité de vie.

Au terme de l'analyse, le modèle présenté rejoint totalement la finalité de l'éducation thérapeutique du patient qui est l'adoption d'un nouveau comportement dans le but d'acquérir une autogestion de sa maladie.

Finalement, une figure expliquant l'articulation entre les diverses composantes du modèle de promotion de la santé de Nola Pender est présentée ci-dessous.

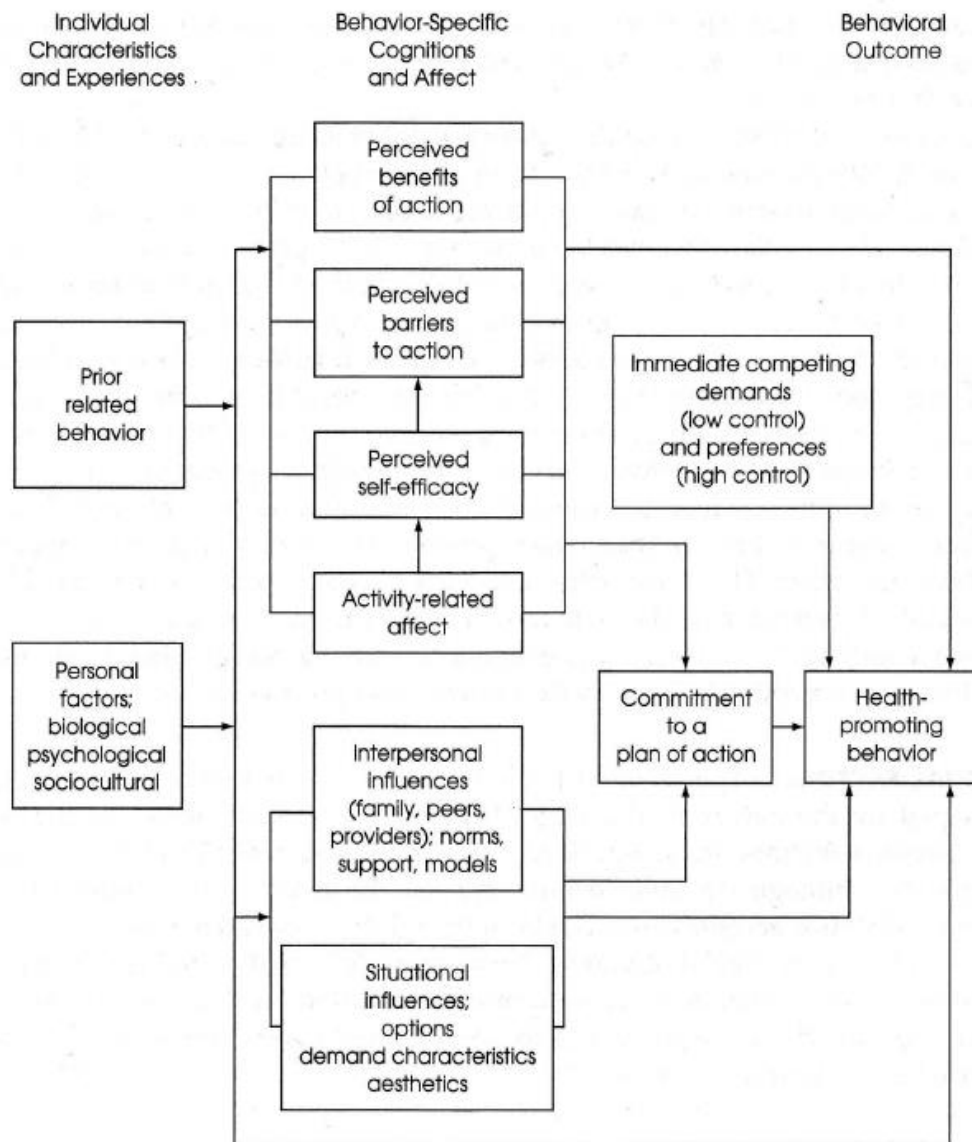


Figure 2 : Modèle de promotion de la santé de l'individu de Nola Pender (Pender, N., Murdaugh, C. et Parson, M.A. 2010)

## **Chapitre 4 : Méthodologie**

Dans ce chapitre, la question de recherche est précisée et délimitée à l'aide de la méthode PICOT puis, la démarche utilisée dans la recherche d'articles scientifiques dans les bases de données est explicitée.

Afin d'avoir une meilleure compréhension de cette étape, une définition de la recherche scientifique est apportée. En effet, Marie-Fabienne Fortin (1987) s'inspire de Seaman et définit la recherche scientifique comme étant « un processus d'acquisition des connaissances fondé sur la collecte et l'analyse systématique de données empiriques en vue de décrire, d'expliquer, de prédire et de contrôler des phénomènes ». De plus, cet auteur révèle l'importance de la recherche dans la pratique professionnelle afin de justifier des actes fondés sur des données probantes (Fortin, 2010). Ainsi, ces éléments permettent de faire ressortir toute l'importance de cette démarche dans l'accomplissement du travail de Bachelor.

#### **4.1 L'élaboration de la question PICOT :**

Avant d'entrer dans l'élaboration de la question PICOT, il est essentiel de définir la question naïve de départ : « quelles sont les interventions infirmières au travers de l'éducation thérapeutique chez les personnes atteintes de diabète ayant subi une amputation tibiale ? »

Dès lors, en utilisant la méthodologie PICOT et en se référant à la revue exploratoire, cette question naïve de départ est affinée en une question de recherche. Pour information, l'abréviation PICOT correspond aux termes suivants : problématique/patient, intervention, comparaison/contexte, outcome (résultats) et temps.

La méthodologie PICOT permet la formulation de questions cliniques structurées et spécifiques afin de guider le clinicien à trouver les bonnes preuves répondant à sa question (Fortin, 2010). Cette démarche comprend 5 types de questions et celle utilisée dans cette présente recherche s'inscrit dans la catégorie de type « intervention ». Le but est d'identifier l'effet de l'éducation thérapeutique chez les patients diabétiques dans l'autogestion des soins de pieds à la suite d'une amputation.

Afin d'obtenir une réponse probante en lien avec la question de recherche, il existe 7 niveaux de preuves hiérarchiques :

1. Les revues systématiques/les méta-analyses et les synthèses d'essais cliniques comparatifs et randomisés.
2. Les essais cliniques comparatifs et randomisés.
3. Les essais cliniques non comparatifs et non randomisés.
4. Les études de cohorte ou les études de cas-témoins.
5. Les métasyntheses d'études qualitatives ou descriptives.
6. Les études qualitatives ou descriptives individuelles.
7. Les opinions d'experts.

(Melnik & Fineout-Overholt, 2015);[Traduction libre, p. 27-33).

Ainsi, en regard de la catégorie dans laquelle se situe la question de l'étude, le devis de recherche est quantitatif, car celui-ci permet de décrire un phénomène et les effets d'une intervention, ce qui rejoint totalement le but indiqué ci-dessus (Fortin, 2010).



La formulation de la question PICOT se décline donc de la manière suivante : la **population** visée est les personnes diabétiques de type 2 âgées de plus de 65 ans ; l'**intervention** est l'éducation thérapeutique du patient dans les soins de pieds diabétiques ; la **comparaison** est à comprendre entre d'un côté une ETP à l'autogestion des soins de pieds et de l'autre, l'absence de celle-ci et l'**outcome** est l'autonomie. La composante de **temporalité** n'est pas prise en compte. À ce titre, la question de recherche est la suivante :

***« comment l'éducation thérapeutique du patient, peut-elle contribuer à favoriser l'autonomie d'une personne de plus de 65 ans, atteinte de diabète de type 2 dans l'autogestion des soins de pieds à la suite d'une amputation tibiale ? »***

#### **4.2 Les descripteurs de recherche**

À la suite de la formulation de la question de recherche, le site internet « Linguee » a permis la traduction des mots-clés français en anglais ressortis grâce à la méthode PICOT. Dans le but de poursuivre les investigations, le site internet [www.swissuniversities.ch](http://www.swissuniversities.ch) a été consulté afin d'accéder aux différentes bases de données dans le domaine de la santé qui sont les suivantes : Cinahl Complete, PubMed, PsycInfo et Medline (Ovid). Les mots clés traduits auparavant sont ensuite convertis en descripteurs MeSH, OVID et Subject Headings afin de déboucher sur des informations bibliographiques reflétant le sujet de l'étude.

Ainsi, le descripteur MeSH (Medical Subject Headings) correspond au thésaurus de Pubmed, tandis que, le descripteur OVID coïncide au thésaurus de la base de données de Medline et de PsycnInfo. Pour terminer, le descripteur de Cinahl est le Subject Headings. Lorsque les descripteurs propres de chaque base de données ont été sélectionnés, deux filtres ont été employés dans le but de réduire et cibler les articles. Premièrement, les descripteurs de Cinahl ont été restreints en concepts majeurs, ceux de PsycnInfo et Medline ont été étendus et finalement, les MeSH terms ont été délimités en thème majeur de MeSH. Deuxièmement, un filtre de 10 ans a été appliqué hormis pour PsycnInfo. En dernier lieu, tous les descripteurs ont été considérés, cependant, cela ne fut pas le cas pour le mot-clé « foot-care » et de ce fait, un nouveau descripteur « diabetic foot » a été ajouté.

Pour une visualisation plus distincte, des tableaux comprenant l'entièreté de notre démarche de recherche d'articles se trouvent en annexe (Appendice C).

### **4.3 La stratégie des articles retenus**

La sélection des articles a été entreprise en regard des critères d'inclusion et d'exclusion imposés dans ce travail.

Les critères d'inclusion sont les suivants : la date de parution de l'article doit être située entre 2009 et 2019, car une ancienneté de dix ans est acceptée et le deuxième est un impact factor égal ou supérieur à 1,5.

Ce dernier critère donne une indication sur l'importance du journal par rapport à un autre. Ce chiffre offre une information sur la fréquence à laquelle le journal est cité sur l'année. Pour obtenir cet indice, le moteur de recherche

JCR (Journal Citation Reports) a été employé. Concernant le niveau de preuve hiérarchique recommandé, il se situe entre 1 et 2 ce qui comprend des revues systématiques, des méta-analyses et des essais contrôlés et randomisés comme cité au-dessus. Cependant, en regard du contenu des articles et de notre question de recherche, les critères d'inclusions n'ont pas toujours été respectés. Ainsi, 3 articles ont été retenus malgré la non-conformité aux critères et plus précisément par un impact factor inférieur à 1,5. Finalement, un total de 10 articles a été conservé avec lequel une analyse permettant de répondre à la question de recherche a été entreprise et se trouve en annexe (Appendice D).

Parmi les articles analysés, l'âge de l'échantillonnage, les soins de pieds, les surveillances en lien avec le diabète de type 2 et l'accent sur l'éducation au patient par les professionnels de la santé sont apportés de manière à aider les patients à adopter des pratiques adéquates en matière de soins. Ces notions correspondent aux concepts visés par notre question de recherche.

#### **4.4. L'analyse des articles à l'aide de la grille de Fortin (2010)**

L'analyse des articles au travers de la grille de Fortin se trouve en annexe (Appendice E).

# **Chapitre 5 : Synthèse des résultats/discussion**

Dans ce chapitre, les résultats des 10 articles analysés à l'aide de la grille de Fortin (2010) sont décrits ci-dessous sous la forme d'une synthèse narrative. Par la suite, la conception des résultats est mise en lien avec notre question de recherche et pour terminer, les perspectives et propositions pour la pratique sont exposées.

### **5.1 La synthèse des résultats des articles**

Dans ce sous-chapitre, la synthèse des résultats de chaque article est présentée afin d'avoir une vision d'ensemble de ces derniers pour ensuite pouvoir ressortir les éléments significatifs.

#### Article n° 1: *Adherence to foot self-care in diabetes mellitus patients.*

Cette étude descriptive et transversale a pour objectif d'analyser l'autosoin des patients diabétiques et d'explorer les actions entreprises par les infirmières dans la prévention des complications du pied diabétique et son impact sur l'adhésion du patient aux soins de pieds. Ainsi, 331 participants atteints de diabète de type 2 ont été sélectionnés par échantillonnage aléatoire simple. Concernant la récolte des données, les auteurs ont utilisé un questionnaire portant sur les activités d'autosoin (Self-Care Activities Questionnaire). De plus, le modèle d'autosoin développé par Orem est utilisé comme cadre théorique. Ainsi, les résultats démontrent que l'autosoin contribue au contrôle du diabète puisque 95 % du traitement repose sur le patient et sa famille. 53,8 % des personnes de l'échantillon déclarent n'avoir jamais reçu d'enseignement concernant la nécessité d'observer l'état des pieds et de se sécher adéquatement entre les orteils. En ce qui concerne l'adhésion aux soins

de pieds, 128 participants les pratiquent 5 à 7 jours par semaine, mais seuls 96 sujets examinent l'intérieur de leurs chaussures avant de les enfiler. Dans le groupe ayant reçu une éducation, les dimensions comprenant l'observance régulière des pieds, l'inspection des chaussures et le séchage entre les orteils sont statistiquement plus élevés. Ainsi, l'éducation à la santé du pied est une mesure indispensable dans la réduction du développement et de la progression des ulcères du pied diabétique. En effet, il est du rôle de l'infirmière de former les patients à l'autogestion des soins de pieds par l'élaboration de programmes préventifs des complications du pied diabétique et de pratiquer un examen des membres inférieurs dans le but d'identifier un éventuel risque. Ces mesures comprennent l'inspection et l'entretien quotidien du pied tout en encourageant le patient à porter des chaussures fermées, et, de les contrôler avant de les mettre. Finalement, il convient de prendre en compte le niveau d'éducation des personnes, car une difficulté de compréhension peut expliquer la faible adhésion de ceux-ci aux traitements (Sá et al., 2015).

*Article n ° 2: A self-efficacy education programme on foot self-care behaviour among older patients with diabetes in a public long-term care institution, Malaysia: a Quasi-experimental Pilot Study.*

Cette étude pré et post-quasi-expérimentale a pour objectif de mettre en place un programme pilote d'éducation auto-efficace afin d'évaluer la faisabilité, l'acceptabilité et l'impact sur l'amélioration du comportement des patients âgés atteints de diabète et vivants dans un établissement public de soins de longue durée. Pour ce faire, un échantillon de 31 personnes âgées de

plus de 60 ans ont été admis. Cette étude a deux objectifs attendus : le premier est d'évaluer le comportement d'autogestion dans les soins de pieds tandis que l'objectif secondaire comprend l'autogestion des pieds, l'attente des résultats en matière de soins de pieds, les connaissances sur les soins de pieds, la qualité de vie sur les symptômes physiques, la glycémie à jeun et l'état des pieds. Dès lors, les résultats ont montré que cet outil est acceptable, efficace et applicable à d'autres patients et est considéré comme un moyen de prévention des pieds diabétiques par les participants. Toutefois, malgré les effets positifs de ce programme, les sujets évoquent des doutes quant au maintien des comportements après l'expérience. Concernant l'autogestion des soins de pieds, l'auto-efficacité, la connaissance des soins de pieds et les résultats escomptés en matière de soins et d'hygiène des pieds ont permis, grâce aux données statistiquement significatives, de démontrer l'impact positif du programme. De plus, la glycémie à jeun et la qualité de vie concernant les symptômes physiques ont diminué statistiquement (Khuzaimah et al., 2017).

*Article n° 3: Impact of a diabetic foot care education program on lower limb amputation rate. Vascular Health and Risk Management.*

Cette étude est une première analyse d'un programme d'éducation mis en place autour des soins de pieds à la suite de la prévalence du taux de diabète en Arabie saoudite. Pour ce faire, l'échantillon a été séparé en deux groupes : le groupe avant et le groupe après. Le groupe « avant » désigne les personnes ayant eu des ulcères du pied entre 1993 et 2002 tandis que le groupe « après » correspond aux participants ayant développés des ulcères du pied entre 2002

et 2004 ce qui concorde aux deux premières années du programme. Pour commencer, une équipe de soins des pieds diabétiques a été formée par le biais de conférences et d'ateliers dans le but de proposer un programme de qualité aux participants. Cette équipe est composée d'un chirurgien vasculaire et généraliste, d'un diabétologue, d'un infectiologue, d'un éducateur en diabétologie et d'infirmières chirurgicales. Le programme comprend une éducation sur les soins de pieds avec différents éléments tels que : comment stratifier et gérer les patients dans les catégories à risque faible et élevé ? Comment appliquer les protocoles normalisés des soins de plaies ? et comment suivre les lignes directrices établies dans le système de référence de l'établissement ? Par la suite, 4 ateliers ont vu le jour avec 98 participants. Les résultats de cette première analyse démontrent que tous les adhérents faisant partie du groupe « après » présentent un ulcère comparativement à 85 % de l'autre groupe. De plus, ils ont également plus de chance de contenir des complications telles qu'une gangrène et une ostéomyélite à 63,3 % et 42,9 % respectivement. La mesure de l'amputation dans le groupe « avant » est plus grande avec 70 % contre 61,9 % pour l'autre groupe. Pour conclure, ce programme a permis aux participants d'apprendre à demander un avis médical précoce lorsque ceux-ci aperçoivent des lésions au niveau des pieds ce qui peut expliquer le faible taux d'amputation d'orteil dans le groupe « après » (Al-Wahbi, 2010).



*Article n ° 4: Effect of Intensive Nursing Education on the Prevention of Diabetic Foot Ulceration Among Patients with High-Risk Diabetic Foot. A Follow-Up Analysis.*

Les auteurs ont mené cette étude afin d'évaluer l'impact d'une éducation intensive en soins infirmiers dans la prévention d'ulcération du pied diabétique chez les patients à haut risque d'en développer. Tout d'abord, 29 participants ont reçu une formation, plus précisément une éducation individualisée sur les connaissances relatives au diabète et ses complications ainsi que sur les soins de pieds. Cette dernière comprend : la bonne façon de se laver et de se sécher les pieds, l'observation quotidienne des pieds, la gestion des callosités ainsi que le choix des chaussettes et des chaussures. Les résultats démontrent une diminution de l'incidence des ulcères du pied ainsi qu'une baisse de la nécessité de procéder à une amputation à la suite de la formation intensive reçue. L'éducation intensive permet donc d'abaisser le développement des ulcères et finalement de réduire le taux d'amputation. L'enseignement infirmier est accessible, facile à mettre en pratique et peu coûteux et est un très bon moyen de prévention contre les ulcérations du pied diabétique (Yan et al., 2014).

*Article n ° 5: Exploring the impact of structured foot health education on the rate of lower extremity amputation in adults with type 2 diabetes. A systematic review.*

Cette revue systématique est fondée sur une revue exploratoire dans les bases de données et complétée par des recherches manuelles. L'auteur a évalué l'efficacité des programmes structurés d'éducation sur la santé des

pieds afin de réduire l'incidence de l'amputation des membres inférieurs chez les adultes atteints de diabète de type 2 par rapport aux adultes diabétiques effectuant des soins de pieds standards. Ainsi, 8 cliniques comparatifs et randomisés qui ont été en mesure de montrer l'impact positif de l'éducation à la santé des pieds concernant l'observance, la pratique des soins de pieds et de la diminution des complications. Les résultats ont montré que le groupe d'intervention obtient une amélioration significative concernant les connaissances et le respect en matière de soins de pieds avec une baisse des aggravations du pied que le groupe témoin. Le respect des besoins, des objectifs et du niveau d'alphabétisation individuel est essentiel. De plus, l'éducation des soins de pied et d'autres dimensions doivent être prises en considération, comme un changement de mode vie. L'enseignement permet d'avoir également un impact financier, en réduisant le nombre de consultation et de réadaptation. Ainsi, les infirmières doivent être formées et encouragées dans la réalisation de l'éducation des patients diabétiques qu'elles ont en charge, tandis que les praticiens doivent également s'efforcer d'améliorer les séances d'éducation du pied diabétique en réévaluant le programme et en y apportant des changements au besoin (Amaeshi, 2012).

Article n° 6: *Knowledge, attitudes and practices for the prevention of diabetic foot.*

Les auteurs ont mené une étude transversale et descriptive comptant un échantillonnage de commodité de 137 personnes atteintes d'un diabète de type 2 et âgées de plus de 18 ans. Pour cela, ils ont utilisé un questionnaire

semi-structuré afin d'identifier les connaissances, les attitudes et les pratiques de prévention du pied diabétique dans le but de sensibiliser les patients ainsi que les professionnels de santé. De ce fait, il a été relevé que 80 % des participants affirment prendre soin de leurs pieds. La présente étude vise à prévenir les complications chroniques du pied diabétique et pour ce faire, les auteurs ont analysé les connaissances, les comportements et les attitudes des sujets en prenant en considération uniquement le genre. Cette étude montre une prédominance féminine, ce qui peut laisser supposer que les femmes se préoccupent plus de leur santé avec une plus grande perception de la maladie que les hommes. En général, les personnes diabétiques affirment avoir des connaissances en matière d'hygiène et effectuent les actes adéquatement, mais ne sont pas en mesure d'expliquer la méthode adaptée à ces gestes. De plus, elles ne sont pas capables de déterminer quelles chaussures sont les plus appropriées afin d'éviter des complications propres à la pathologie du diabète. L'étude met l'accent sur l'importance de la responsabilité de l'infirmière et des autres professionnels de la santé dans la prise en charge des personnes souffrantes de diabète. Ainsi, des mesures éducatives impliquant la famille doivent être réalisées afin qu'elles contribuent à une aide globale. Ces résultats démontrent que les patients diabétiques pratiquent une autogestion inefficace des soins de pieds dont la cause est une connaissance insuffisante liée à un manque d'accès à l'information et un déficit d'examen physiques ou de tests de sensibilité de la part des professionnels de la santé de l'Université de Sao Francisco (Roberta, 2014).

Article n° 7: The importance of diabetes foot care education in primary care setting.

L'objectif de cette étude de Formosa, Gatt et Chockalingam (2012) est de mettre en évidence l'importance de l'éducation sur les soins de pieds diabétiques et d'observer comment le diabète est appréhendé par chaque participant. Ainsi, la recherche vise une amélioration des connaissances du patient engendrant un changement de comportement et de qualité de vie du bénéficiaire de soin. Pour ce faire, l'étude comporte une évaluation et un examen de 243 personnes atteintes de diabète de type 2. Les résultats indiquent que 56 % des participants portent des chaussures inadaptées et que 40 % n'ont jamais réalisé de bilans auprès d'un podologue. De plus, 54 % des sujets déclarent n'avoir jamais reçu une éducation portée sur les soins de pieds par un professionnel de la santé. Par conséquent, le manque de conseils préventifs apportés par les services et les professionnels de la santé auprès des patients souffrants du diabète de type 2 et un manque de temps pour octroyer ces soins peuvent être à l'origine d'une mauvaise communication. Les auteurs de cette recherche encouragent les services de santé à inciter les patients dans leurs pratiques en s'adaptant à leurs styles d'apprentissages. De plus, il faut savoir que l'amélioration du comportement du patient dépend de sa propre motivation. Pour conclure, l'attention des auteurs se porte sur le dépistage du pied diabétique et sur l'éducation à l'autogestion de la pathologie chronique.

Article n° 8: An evaluation of foot care behaviours in individuals with type 2 diabetes living in Malta.

Bartolo, Mizzi, et Formosa (2013) ont mené une recherche en vue d'évaluer et de comparer les comportements en matière de soins de pieds chez les personnes atteintes de diabète de type 2 en fonction de l'âge, reconnu comme un facteur pouvant affecter la fonction cognitive de l'individu. En effet, les auteurs ont séparé l'échantillon (n=60) en deux groupes selon l'âge (45-64 ans [n=30] et ≥65 ans [n=30]). Les résultats récoltés à travers un questionnaire ont montré qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes de l'étude. Toutefois, le score de chaque groupe démontre un comportement sous-optimal concernant les soins de pieds, le choix des chaussures et des bas ainsi que le traitement de plaies avec un total de 55,43 et 54,73 respectivement sur un ensemble possible de 87 points. 49 % des participants ont déclaré n'avoir jamais inspecté leurs chaussures avant de les mettre et 80 % affirment n'avoir jamais recherché des corps étrangers après avoir retiré leurs chaussures. De plus, il a été constaté que de nombreuses personnes portent des chaussures dites non protectrices comme des sandales à 39 % et 49 % affirment n'avoir jamais porté des baskets et 42 % des chaussures à lacets. 80 % des participants ont exprimé qu'ils n'ont jamais porté de chaussettes, de bas ou de collants sans couture. En ce qui concerne le traitement des plaies, 38 % de l'échantillon rapportent qu'ils n'ont jamais appliqué un pansement sec sur les ampoules, les égratignures, les coupures ou les brûlures à 42 %. Ces données confirment l'insuffisance des pratiques

des soins de pieds grâce aux choix appropriés des chaussures et des bas de contention. De plus, les auteurs mettent en évidence le danger des complications du pied diabétique face aux attitudes inadéquates des participants à l'égard des traitements de soins de plaies. Enfin, la différence d'âge ou la fonction cognitive entre les deux groupes ne sont pas des facteurs ayant une influence significative sur le comportement en matière de soins de pied (Bartolo, Mizzi, & Formosa, 2013).

Article n° 9: *Self-management activities in diabetes care: A systematic review.*

Cette présente revue systématique a été entreprise dans l'optique d'identifier les différentes activités d'autogestion chez les personnes atteintes de diabète s'engageant à gérer leur maladie. Pour cela, 32 articles ont été inclus dans le cadre d'une recherche systématique par voie électronique. Ainsi, 4 activités d'autogestion du diabète sont ressorties et ont été analysées. L'adhésion au traitement et l'autosurveillance de la glycémie comparative au milieu urbain et rural font partie des premières activités dont les résultats ont montré que les personnes vivantes en milieu rural contrôlent plus fréquemment leur glycémie. L'activité physique contribue à une action d'autogestion de la pathologie du diabète et selon les auteurs, l'annonce du diagnostic provoque une augmentation de l'activité physique. Finalement, la dernière action de cette étude porte sur les soins de pieds et il a été observé que plus de la moitié des participants ne se souviennent pas avoir reçu des informations nécessaires sur les soins de pieds par les professionnels de la

santé. Ainsi, pour que les activités soient au mieux expérimentées, les personnes souffrantes de diabète doivent suivre un plan de soin visant la gestion quotidienne de leur pathologie. De plus, il est signalé que le rôle du médecin généraliste est d'orienter le patient vers les professionnels de la santé spécialisés tels que des podologues, diététiciens au minimum 5 fois par année. Finalement, cette étude démontre que les personnes diabétiques pratiquent l'autogestion conformément et que la fréquence à laquelle les activités sont menées change d'un pays à l'autre (Coyle, Francis, & Chapman, 2013).

*Article n° 10: Foot care education in patients with diabetes at low risk of complications: a consensus statement.*

La présente étude se concentre sur un cadre pédagogique concernant les patients diabétiques de type 2 ayant un faible risque de développer des complications. Cette recherche a été réalisée au travers d'une réunion portée sur une sensibilisation basée sur l'expérience et le jugement clinique des experts multidisciplinaires. L'étude prête une attention particulière sur l'importance de la mise en place d'une information et une communication adéquate sur les soins de pieds pour les participants. Pour ce faire, il est mentionné qu'une élaboration d'un plan éducatif permet aux patients diabétiques d'acquérir des connaissances en matière d'éducation sur les soins de pied. Pour garantir la fonctionnalité de ce cadre éducatif, les patients doivent acquérir une compréhension des facteurs de risque des complications du diabète. De plus, il est recommandé que les patients diabétiques reçoivent un examen annuel des pieds par un professionnel de la santé et réalisent une

autosurveillance régulière des pieds de manière quotidienne. Une relation de confiance doit être mise en place avec le professionnel de la santé afin que la communication et les informations soient reçues de façon adéquate. Dans la présente étude, il est relevé qu'une diminution de la valeur de l'hémoglobine glyquée dans le sang réduit le risque de complications microvasculaires du diabète telles que la neuropathie et les ulcères. La recherche se base sur de nombreuses données qui constatent qu'une attention particulière sur le diabète et la surveillance de la glycémie permettent de diminuer les complications diabétiques (McInnes et al., 2011).

Enfin, ces différentes synthèses autorisent le passage à la prochaine étape qui est l'assimilation de ceux-ci avec la question de recherche.

## **5.2 Le développement des résultats en lien avec la question PICOT**

En regard des nombreux résultats figurants dans le point précédent et, à la suite de la question de recherche intitulée : « comment l'éducation thérapeutique du patient peut-elle, contribuer à favoriser l'autonomie d'une personne de plus de 65 ans, atteinte de diabète de type 2 dans l'autogestion des soins de pieds à la suite d'une amputation tibiale ? », voici les réponses qui se dégagent. De plus, afin d'apporter une meilleure compréhension à la lecture de ce sous-chapitre, les réponses sont organisées par thématique.

Concernant la population visée dans notre recherche, les personnes diabétiques de type 2 âgées de plus de 65 ans sont ciblées. Une étude a intégré le facteur de l'âge dans les variables, car selon les écrits, les personnes âgées diabétiques de plus de 65 ans présentent fréquemment des troubles de



l'apprentissage et du fonctionnement psychomoteur, pouvant être un biais dans les comportements de soins de pieds (Bartolo et al., 2013). Toutefois, la recherche n'a pas permis d'affirmer que l'âge avancé est un facteur significatif. De plus, il a été constaté dans la plupart des articles que les hommes sont plus représentatifs dans les échantillons et qu'ils sont moins disposés à entreprendre des soins de pieds.

L'efficacité de l'éducation thérapeutique apportée par les infirmières autour des soins de pieds diabétiques a été démontrée statistiquement au travers des articles retenus, et ceci, pour diverses raisons. Les interventions mentionnées autour des soins de pieds dans les articles rejoignent celles décrites dans les concepts ce qui permet d'affirmer que ces actions sont adéquates pour les personnes diabétiques.

En effet, une attention particulière sur les différentes activités en regard de l'atteinte neuropathique et macroangiopathique des personnes ayant un pied diabétique doit s'effectuer. Il est important de garder à l'esprit que ces personnes souffrent d'un ralentissement cicatriciel et qu'une simple blessure au niveau du membre inférieur peut passer inaperçue et conduire à des conséquences majeures comme l'amputation. Ainsi, les soins de pieds à la suite d'une amputation doivent se trouver au centre des préoccupations des patients diabétiques. Malgré cela, il est démontré au travers de la littérature, que les surveillances ne sont pas constamment entreprises par tous les participants et ceci par une carence d'informations.

Selon un article, le manque de temps est à l'origine de renseignements insuffisants transmis aux patients par les professionnels de la santé (Formosa & Gatt, 2012). De plus, afin de communiquer et de transférer les informations de manière optimale, en plus du temps, l'instauration d'un climat de confiance entre le soignant et le soigné est recommandée. Ainsi, ces éléments renvoient aux notions déterminantes qui constituent le départ d'une co-construction dans la démarche éducative.

Par ailleurs, les articles soulèvent l'importance des autres dimensions gravitant autour de l'éducation thérapeutique. Tout d'abord, les auteurs soulignent la nécessité de changer de paradigme dans la conception des soins pour tendre vers un modèle holistique centré sur le patient. Certains articles décrivent l'intérêt d'employer un modèle comme base théorique dans la mise en œuvre d'un projet éducatif. Par exemple, les auteurs ont utilisé la théorie de l'auto-efficacité de Bandura (1977) dans la confection de leur programme qui fait référence aux croyances, aux sentiments et à la motivation de l'individu (Khuzaimah et al., 2017). En effet, la motivation de la personne contribue pleinement à l'amélioration du comportement (Formosa & Gatt, 2012). En conséquence, comme cité préalablement par Golay (2010), l'individu doit mettre un sens sur le comportement à adopter pour effectuer un changement.

De plus, l'influence positive de l'ETP influence sur la réduction conséquente du risque d'ulcération et d'amputation grâce à une autogestion des soins de pieds pratiqués par les patients âgés diabétiques. En effet, l'amputation est une lourde répercussion qui touche principalement les personnes diabétiques

comme relevées dans les concepts et les articles. Ainsi, l'amélioration de l'éducation du diabète tout en accordant une attention particulière à l'application des théories des comportements liés à la santé, à l'autonomisation des patients et aux croyances culturelles peut perfectionner les connaissances et se traduire par de meilleurs comportements et qualité de vie (Formosa & Gatt, 2012).

De plus, l'utilisation d'un cadre théorique tel que le modèle de la promotion de la santé de Nola Pender rend possible l'accompagnement dans un processus de changement de comportement positif chez le sujet diabétique. En outre, les écrits rendent attentifs les professionnels de la santé à l'indispensabilité de prendre en considération l'environnement, la culture, le niveau socio-économique et l'âge de la personne diabétique dans l'éducation thérapeutique, car ces différents facteurs peuvent avoir une influence déterminante.

En effet, les auteurs encouragent les systèmes de santé à entreprendre des démarches dans la continuité des soins en prenant contact avec des spécialistes tels que des podologues et des diététiciens, ceci permettant d'offrir de meilleures prestations à l'individu diabétique.

Finalement, l'éducation thérapeutique accorde à la personne d'atteindre une autogestion de sa maladie par l'acquisition de connaissances et de pratiques. Effectivement, certaines personnes ont connaissance des pratiques des soins de pieds, mais ne sont pas capables d'expliquer la raison et la nécessité de la surveillance portée sur cette démarche (Roberta, 2014).

L'autogestion rend la personne autonome à demander un avis médical hâtivement et ainsi réduire le taux de consultations, d'hospitalisations et de complications et par conséquent, d'abaisser le coût du pied diabétique qui, fait partie des coûts les plus importants de la pathologie du diabète (Fédération Internationale du Diabète (FID), 2017).

On remarque donc au travers de l'analyse de ces articles qu'il existe plusieurs pratiques d'éducation thérapeutique du patient qui contribue à favoriser l'autonomie d'une personne de plus de 65 ans, atteinte de diabète de type 2 dans l'autogestion des soins de pieds à la suite d'une amputation tibiale. Certaines de ces pratiques sont identifiées dans le chapitre suivant.

### **5.3 Les perspectives pour la pratique infirmière**

Arrivées au dernier point de ce chapitre, les perspectives du rôle infirmier en matière d'ETP et d'autogestion sont mises en avant.

Au travers de la revue littéraire ainsi que par les apports des professionnels interrogés dans le cadre de la recherche il est clair que l'éducation thérapeutique du patient est considérée comme une plus-value dans l'accompagnement des personnes souffrantes de pathologies chroniques visant une autonomisation. Effectivement, l'ETP est une posture qui demande du temps et une organisation, cependant, dans le système de santé actuel, la rapidité ainsi que l'efficacité sont deux composantes prioritaires au détriment de la qualité et de l'efficacité des soins, ce qui rend l'ETP difficile, voire impossible à pratiquer. De plus, il est recommandé que toute personne nouvellement diagnostiquée se voie recevoir une éducation autour des soins

de pieds fournie par les infirmières formées et encouragées dans cette démarche (Amaeshi, 2012). Ce programme précoce peut alors diminuer le taux de complications du pied diabétique. Par ailleurs, les auteurs évoquent qu'il est du ressort des professionnels de la santé de mettre en place des méthodes innovantes afin de favoriser le maintien du changement de comportement ou du mode de vie des patients diabétiques (Bartolo et al., 2013). Par la proximité que les infirmières entretiennent avec le bénéficiaire de soins, celles-ci ont un rôle central dans l'accomplissement de programme éducatif et de prévention des complications du pied diabétique. Ces différentes propositions donnent ainsi des pistes réflexives sur la mise en place d'éducation personnalisée et novatrice. Afin d'être dans un continuum de soins de qualité, tout le système de santé comprenant les médecins, les pharmaciens, les hôpitaux et les divers spécialistes doit être sensibilisé à cette approche d'éducation thérapeutique et mettre en place des moyens pour la prodiguer.

Toutefois, avant d'entreprendre toute démarche éducative, les professionnels de la santé sont à même de créer une relation de confiance avec le patient, d'utiliser des techniques de communication adéquates telles que l'écoute active et de développer une posture en partenariat. Il est recommandé d'individualiser la prise en charge afin de se focaliser sur les besoins et les attentes et d'instaurer une co-crédation avec le patient qui est expert de sa santé avec sa maladie.

Finalement, la formation Bachelor en soins infirmiers initie la posture infirmière dans une approche holistique du patient, toutefois, cela n'est pas

suffisant. D'après le HUG (2019), des compétences spécifiques sont requises dans cette démarche et c'est pourquoi un certificat d'études avancées (CAS) ainsi qu'un diplôme d'études avancées (DAS) sont proposés. De plus, le surcroît de la prévalence des maladies chroniques et du vieillissement de la population oblige les professionnels de la santé à s'armer de compétences et d'aptitudes en matière d'accompagnement (Hôpital Universitaires Genevois (HUG), 2019).

## **Chapitre 6 : Conclusion**

Dans cette dernière partie du travail de Bachelor, les éléments facilitants et contraignants ainsi que les limites rencontrées sont exposés et développés. Finalement, les perspectives pour la recherche sont mises en lumière et une conclusion clôture le travail de Bachelor.

## **6.1 Les apports du travail de Bachelor**

### **6.1.1 Les éléments facilitants**

Le fondement du travail de Bachelor repose sur le climat de groupe instauré dès le début de la collaboration. En effet, l'écoute, le respect, l'engagement, la réflexivité, la responsabilité et la disponibilité de chacune sont des qualités qui ont permis de mener à bien ce projet. En ce qui concerne l'organisation du groupe, un échéancier a été créé dans le but de planifier des objectifs à atteindre au fur et à mesure de la formation dans l'intention d'être les plus efficaces possible. Nous avons consacré énormément de notre temps libre pour nous réunir, discuter et débattre autour de l'avancée du travail, mais également des difficultés rencontrées dans certains points de notre étude. Ces divers échanges ont soulevé l'importance de la prise en considération des divergences d'opinions afin de trouver un terrain d'entente pour la cohésion du groupe et ainsi de profiter des savoir-faire de chacune.

Dès lors, les compétences et les aptitudes développées dans ce projet sont d'une part, la capacité de collaboration exercée avec les professionnels de la santé rencontrée pour les entretiens. Pour cela, une organisation a dû être



mise en place dans le but de les rencontrer dans un endroit approprié et acceptable afin d'échanger autour des sujets principaux de notre recherche.

D'une autre part, cela nous a permis de percevoir toute l'importance de l'ouverture et du respect des discordances d'avis face à autrui dans notre pratique professionnelle future. Bien que nous portions de l'intérêt sur le sujet de départ, celui-ci a encouragé et renforcé la collaboration et ainsi la recherche de documentation sur le thème posé. En effet, nous avons des prés requis concernant les sujets principaux de notre étude intégrés au travers des cours théoriques et formations pratiques professionnelles où nous avons eu l'occasion de mettre en application les différentes composantes de l'éducation thérapeutique lors de situations centrées sur les patients diabétiques visant l'autogestion.

Finalement, cette harmonisation de tous les acquis permet la création d'une base solide transférable dans notre pratique professionnelle. De plus, des compétences par rapport à la recherche ont été développées dans le but d'obtenir un regard critique quant à la validité scientifique de la profession infirmière.

### **6.1.2 Les éléments contraignants**

Concernant les éléments contraignants, nous pouvons souligner la complexité d'entreprendre une recherche concrète et scientifique portée sur une question construite en suivant une méthodologie bien distincte et bien ciblée dans le sujet choisi sans développer précisément les autres

composantes de cette thématique. La recherche d'articles et le respect des critères d'inclusion ont été des étapes difficiles dans la réalisation du travail.

Notre première tentative dans les bases de données n'a pas été fructueuse et un remaniement de la pratique de recherche a été entrepris engendrant un retard dans l'organisation du groupe.

En effet, nous n'avons appliqué aucun filtre ce qui nous a amenés à un nombre élevé de résultats ne permettant pas de répondre à notre question de recherche. Ainsi, face à cette problématique, nous avons décidé de mettre en place des critères d'inclusion et d'exclusions des descripteurs et des articles ce qui nous a permis de cibler plus précisément notre thématique.

La réalisation du travail de Bachelor s'effectuant en parallèle des cours, des examens et des formations pratiques implique qu'un temps considérable doit être alloué à la révision, au déplacement et à l'accomplissement des travaux exigés par les formateurs, en plus des horaires irréguliers. Cela a causé une mise en retrait du travail de Bachelor pendant un laps de temps. Pour terminer, la réalisation de la bibliographie ainsi que l'introduction des sources dans le document même de notre recherche ont été une source d'inconfort dû à la complexité des consignes.

## **6.2 Les limites**

À présent, les limites dans l'accomplissement du travail de Bachelor sont exposées.

Premièrement, une des plus grandes limites rencontrées se réfère à

l'élaboration de la question PICOT qui n'est pas contextualisée, et de ce fait, rend la généralisation des résultats dans un environnement précis inconcevable. De plus, la précision de l'âge n'a pas été assimilée dans nos mots-clés ce qui aurait pu accroître ou dans le cas contraire, filtrer les résultats, même si l'échantillonnage indiqué dans les articles comprend des personnes âgées.

Deuxièmement, nous avons rencontré une difficulté quant à la transformation des mots-clés anglais en descripteurs. En effet, la recherche du descripteur sur le soin de pieds dans la base de données PsycInfo a été limitée, et par conséquent, ce mot-clé n'a pas été intégré dans la recherche. Par ailleurs, nous nous sommes rendu compte que le descripteur choisi « patient education » est considéré en anglais comme la transmission de connaissances, tandis que le terme se référant au mieux à l'éducation thérapeutique visant l'autonomie est « self-management education ». En ce qui concerne l'amputation, il n'y a pas eu de focalisation directe sur l'amputation tibiale, mais uniquement sur l'amputation des membres inférieurs en général. De plus, le stade dans lequel se trouve la personne face à son amputation a pu cibler d'avantages les résultats. Enfin, une réelle remise en question s'est effectuée autour du descripteur d'autogestion, car, en référence au concept d'autonomie, une nuance existe. Ainsi, un questionnaire apparaît autour de l'intégration du principe d'autogestion à la place du principe d'autonomie.

Troisièmement, trois articles sélectionnés sont pourvus d'un impact factors inférieur à 1,5 et un article ne comporte pas le niveau de preuve requis dans cette recherche. En outre, une nuance est relevée concernant la validité des articles dus à une absence d'information relative au devis de recherche. Toutefois, ces derniers articles ont été retenus en raison de leurs apports pertinents sur notre sujet.

Mais encore, des limites ont été ressorties par la littérature. En effet, l'échantillonnage de petite taille, le niveau d'éducation, le niveau socio-économique et le sexe de la personne sont estimés comme des limites, car les sujets sont susceptibles de ne pas comprendre les recommandations des soins de pieds. Par ailleurs, le milieu de vie engendre une différence quant aux surveillances portées sur les soins de pieds, les personnes vivant en milieux urbains pratiquent plus volontiers le contrôle des pieds. Le biais qui se manifeste de façon récurrente est la compréhension insuffisante des facteurs de risque des complications des pieds diabétiques.

Pour conclure, ces différents apports sont considérés comme des biais dans la démarche de recherche.

### **6.3 Les perspectives pour la recherche**

Arrivée à la dernière partie du travail de Bachelor, les perspectives pour la recherche et une conclusion sont apportées pour finaliser cette étude.

L'importance de l'éducation thérapeutique a été mise en lumière au travers de la littérature. Toutefois, les sources scientifiques mettent en évidence une

problématique autre, dont l'importance est particulièrement soulignée. En effet, ces écrits mentionnent la difficulté majeure des participants à conserver des comportements de santé dans la durée. Ces données soulèvent un véritable questionnement autour d'une autre problématique qui mériterait d'être étudiée : comment favoriser le maintien d'un comportement de santé sur la continuité ? Ainsi, il serait également envisageable d'entreprendre des recherches sur le terrain afin d'interroger la population sur les raisons qui les amènent à préserver ou pas un comportement de santé à la suite d'un programme éducatif. Cette recherche pourrait identifier la fréquence, l'applicabilité et l'efficacité des soins de pieds dans un contexte précis, par exemple à domicile, rendant possible le modelage des programmes en fonction de l'environnement.

Pour conclure, ce travail de Bachelor est une première ébauche de la recherche littéraire qui s'offre à nous. Celle-ci s'est focalisée sur l'éducation thérapeutique chez les personnes souffrantes de diabète de type 2, en intégrant la notion d'autogestion. Par conséquent, grâce à cette recherche scientifique, nous avons dorénavant toutes les ressources nécessaires pour mener à bien une investigation précise sur les bases de données dans le but d'apporter des éléments scientifiques et probants, ce qui fait partie intégrante du rôle propre infirmier. Comme tout, il sera de notre responsabilité de maintenir ces acquis en les exerçant le plus fréquemment possible dans notre pratique ayant pour objectif de les maîtriser. Il est de notre rôle d'exposer les résultats de cette présente recherche au sein de l'équipe interdisciplinaire de

manière à apporter de nouvelles alternatives concernant les démarches éducatives sur les soins de pieds des patients diabétiques, car comme décrit plus haut, il est primordial de travailler en collaboration étroite avec les professionnels de la santé. De plus, afin de garantir l'actualité des résultats significatifs, le travail doit être continuellement alimenté par de nouvelles recherches. Il est également de notre ressort de rester ouvertes et attentives sur ce qui nous entoure en effectuant des formations supérieures ayant pour objectif de fournir et réactualiser notre réflexivité tout au long de notre carrière.

Ainsi, c'est avec cette conclusion que nous avons le plaisir de terminer ce travail de Bachelor qui est l'achèvement du cursus en soins infirmiers HES.

La maladie chronique ressemble plus à un itinéraire complexe, une sorte de labyrinthe, qu'à un trajet linéaire. En ce sens, elle apparaît comme une métaphore de la condition humaine, avec ses dédales, ses impasses, mais aussi ses issues.

(Lacroix & Assal, 2003)

## **Chapitre 7 : Références**



- Al-Wahbi, A. M. (2010). Impact of a diabetic foot care education program on lower limb amputation rate. *Vascular Health and Risk Management*, 6(1), 923–934. <https://doi.org/10.2147/VHRM.S13569>
- Alligood, M. (2013). Health Promotion Model. In *Nursing Theorists and their work* (8th ed., pp. 396–416). Saint-Louis: Elsevier.
- Amaeshi, I. J. (2012). Exploring the impact of structured foot health education on the rate of lower extremity amputation in adults with type 2 diabetes. A systematic review. *PodiatryNow*, 15(6), 20–27.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2005). Les maladies chroniques et les soins infirmiers.
- Bacqué, M., & Biewener, C. (2013). L'empowerment, un Nouveau Vocabulaire Pour parler de participation? *Cairn.Info*, 3(173), 25–32. <https://doi.org/https://doi.org/10.3917/idee.173.0025>
- Bartolo, P., Mizzi, S., & Formosa, C. (2013). An evaluation of foot care behaviours in individuals with type 2 diabetes living in Malta, 17(2), 72–78.
- Chabot, V., & Blanc, M.-H. (2002). Qu'est-ce que le diabète? In *Le diabète* (pp. 17–31). Paris: Médecine & Hygiène.
- Charbot, A., & Blanc, H. (2002). L'hypoglycémie. In *Le diabète* (pp. 97–107). Médecine & Hygiène.
- Coadic, R. (2006). L'autonomie, illusion ou projet de société? *Cairn.Info*, 2(121), 317–340. <https://doi.org/https://doi.org/10.3917/cis.121.0317>
- Coyle, M. E., Francis, K., & Chapman, Y. (2013). Self-management activities in diabetes care: a systematic review. *Australian Health Review*, 37(4), 513. <https://doi.org/10.1071/ah13060>
- D'Ivernois, J., & Gagnayre, R. (2011). Eduquer pour mieux soigner. In *Eduquer le patient* (4th ed., pp. 1–37). Paris: Maloine.
- Diabète Vaud. (2019a). La prise en charge.
- Diabète Vaud. (2019b). Le diabète et mes pieds.
- Diabetes Canada Clinical Practice. (2002). Le diabète et les soins de pieds.
- Diabetesuisse. (2019). A propos du diabète. Retrieved from <https://www.diabetesschweiz.ch/fr/a-propos-du-diabete.html>
- Fédération Française des Diabétiques. (2019). Les traitements du diabète.
- Fédération Internationale du Diabète (FID). (2017). Diabetes Atlas.
- Formosa, C., & Gatt, A. (2012). The importance of diabetes foot care education in a primary care setting. *Journal of Diabetes Nursing*, 16(10), 410–414. <https://doi.org/10.1071/ah13060>
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière éducation.
- Golay, A., Lager, G., & Giordan, A. (2010). *Comment motiver le patient à changer?* Maloine.
- HAL. (2009). La culture de santé par l'éducation thérapeutique à l'hôpital: des usages qui réinterrogent la relation médecin - soignant - patient . To

- cite this version : HAL Id : halshs-00372418.
- Hôpital Universitaires Genevois (HUG). (2015). Chirurgie de l'amputation des membres inférieurs.
- Hôpital Universitaires Genevois (HUG). (2019). CAS-DAS éducation thérapeutique du patient.
- Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F., & Major, F. (2010). Vers l'essentiel de la discipline. In *La pensée infirmière* (2nd ed., pp. 67–84). Montréal: Beauchemin.
- Kessler, D., & Kübler-Ross, E. (2009). *Sur le chagrin et le deuil*. JCLattès.
- Khuzaimah, S., Sharoni, A., Rahman, H. A., Minhat, H. S., Ghazali, S. S., Hanafi, M., & Ong, A. (2017). A self-efficacy education programme on foot self-care behaviour among older patients with diabetes in a public long-term care institution , Malaysia : a Quasi- experimental Pilot Study. *BMJ Open*, 7, 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014393>
- Klein, G., & Ducroux-Biass, F. (2009). L'empowerment et Carl Rogers : Réflexions sur le concept d'empowerment et l'Approche centrée sur la personne en soins infirmiers. *Carin.Info*, 2(10), 52–67. <https://doi.org/10.3917/acp.010.0052>
- Lacroix, A., & Assal, J.-P. (2003). *L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique* (2nd ed.). Paris: Maloine.
- Lacroix, A., & Assal, J. . (2011). *L'éducation thérapeutique du patient: accompagner les patients avec une maladie chronique: nouvelles approches* (3rd ed.). Maloine.
- Lacroix, A., & Assal, J. . (2013). Vivre avec une maladie chronique. In *L'éducation thérapeuthique des patients* (3rd ed., pp. 11–41). Paris: Maloine.
- Lindsay, M. (1992). L'image du corps : un problème neurologique. In *Altération de l'image corporelle* (pp. 91–113). InterEditions.
- Marieb, E., & Hoehn, K. (2015). Le système endocrinien. In *Anatomie et physiologie humaines* (9th ed., pp. 695–730). Montréal (Québec): Pearson.
- McInnes, A., Jeffcoate, W., Vileikyte, L., Game, F., Lucas, K., Higson, N., ... Anders, J. (2011). Consensus Statement Foot care education in patients with diabetes at low risk of complications: a consensus statement. *Diabetic Medicine*, 12–14. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2010.03206.x>
- Melnyk, B. ., & Fineout-Overholt, E. (2015). *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare* (3rd ed.). London: Wolters Kluwer.
- Office Fédérale de la Santé Publique (OFSP). (2016). Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles 2017 - 2024 (stratégie MNT).
- Office Fédérale de la Santé Publique (OFSP). (2018). Faits et chiffres : Maladies non transmissibles.
- Office Fédérale de la Statistique. (2018). Personnes souffrant du diabète. Retrieved from <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home.assetdetail.6466115.html>

- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2018). Diabète.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2019a). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986). Retrieved from <http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2019b). Comment l'OMS définit-elle la santé? Retrieved from <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2019c). Définition du diabète.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2010). Individual Models to Promote Health Behavior. In *Health Promotion in Nursing Practice* (6th ed., pp. 35–62). Pearson.
- Revue Medical Suisse. (2015). Pied diabétique infecté : du diagnostic à la prise en charge.
- Revue Medicale Suisse. (2009). Vieillir et devenir vulnérable.
- Revue Medicale Suisse. (2013a). Diabète de la personne âgée : une prise en charge sur mesure. Retrieved from <https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-389/Diabete-de-la-personne-agee-une-prise-en-charge-sur-mesure>
- Revue Medicale Suisse. (2013b). Pied de Charcot : un diagnostic à ne pas manquer !
- Revue Medicale Suisse. (2014a). Amputations du membre inférieur indications, bilan et complications.
- Revue Medicale Suisse. (2014b). Incidence de l'amputation majeure des membres inférieurs à Genève : vingt-et-un ans d'observation.
- Revue Medicale Suisse. (2016). Prévention des complications du pied diabétique. Retrieved from <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-521/Prevention-des-complications-du-pied-diabetique>
- Roberta, A. (2014). Knowledge , attitudes and practices for the prevention of diabetic foot. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 35(3), 36–42.
- Sá, D., Neta, R., Roberta, A., Ii, S., Roberta, G., Federal, U., & Teresina-pi, N. G. P. (2015). Adherence to foot self-care in diabetes mellitus patients. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 68(1), 103–109. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680115i>
- Schaerer, R. (2014). Le «principe d'autonomie», ses ambiguïtés et ses illusions. *Cairn.Info*, 1(116), 37–45.
- Yan, L., Guo, Y. C., Lin, D. Z., Yang, C., Mai, L. F., Xiao, H. S., & Ren, M. (2014). Effect of Intensive Nursing Education on the Prevention of Diabetic Foot Ulceration Among Patients with High-Risk Diabetic Foot: A Follow-Up Analysis. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 16(9), 576–581. <https://doi.org/10.1089/dia.2014.0004>

### Support de cours :

- Logo Hes-so. (2019). Haute Ecole Spécialisé de Suisse occidentale. Repéré à : [https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&id=FD45E2A3AB3175BC5B7769F19A8D2EE7FF65C621&thid=OIP.pTi\\_ABxMYRpDA5gfGYN23wHaDQ&mediaurl=https%3A%2F%2Fwww.planetesante.ch%2Fvar%2Fdemo\\_site%2Fstorage%2Fimages%2Fplanete-sante%2Fpartenaires%2Fhes-so-haute-ecole-specialisee-de-suisse-occidentale%2F361293-3-fre-CH%2FHES-SO-Haute-Ecole-Specialisee-de-Suisse-occidentale\\_ng\\_image\\_full.png&exph=288&expw=656&q=logo+hes+sant%c3%a9&selectedindex=1&ajaxhist=0&vt=0&eim=1,6](https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&id=FD45E2A3AB3175BC5B7769F19A8D2EE7FF65C621&thid=OIP.pTi_ABxMYRpDA5gfGYN23wHaDQ&mediaurl=https%3A%2F%2Fwww.planetesante.ch%2Fvar%2Fdemo_site%2Fstorage%2Fimages%2Fplanete-sante%2Fpartenaires%2Fhes-so-haute-ecole-specialisee-de-suisse-occidentale%2F361293-3-fre-CH%2FHES-SO-Haute-Ecole-Specialisee-de-Suisse-occidentale_ng_image_full.png&exph=288&expw=656&q=logo+hes+sant%c3%a9&selectedindex=1&ajaxhist=0&vt=0&eim=1,6). Consulté le 14.05.2019
- Logo He-Arc Santé .(2019). Haute Ecole Delémont Neuchâtel. Repéré à : [https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&id=965AC05EC1CF47600FF92E79599B566B8108B7D9&thid=OIP.9dcnS86z\\_qOFC0eggDaz0AHaDJ&mediaurl=http%3A%2F%2Fwww.gate24.ch%2FUploads%2FImages%2F002%2F978%2F057%2Ffig\\_2978057.png%3Fmaxwidth%3D202&exph=86&expw=202&q=logo+he+arc+sant%c3%a9&selectedindex=0&ajaxhist=0&vt=0&eim=1,6](https://www.bing.com/images/search?view=detailV2&id=965AC05EC1CF47600FF92E79599B566B8108B7D9&thid=OIP.9dcnS86z_qOFC0eggDaz0AHaDJ&mediaurl=http%3A%2F%2Fwww.gate24.ch%2FUploads%2FImages%2F002%2F978%2F057%2Ffig_2978057.png%3Fmaxwidth%3D202&exph=86&expw=202&q=logo+he+arc+sant%c3%a9&selectedindex=0&ajaxhist=0&vt=0&eim=1,6). Consulté le 14.05.2019
- Walger, O. (2017). Le modèle infirmier de la promotion de la santé Nola Pender, 1996. Repéré dans Moodle.
- Walger, O. (2018). Éducation du patient, approche pédagogique et psychosociale. Repéré dans Moodle.

## **Chapitre 8 : Annexes**

## **Appendice A : Questions entretiens professionnelles**

1. Pouvez-vous vous présenter (formation, parcours et spécialisation) ?

---

---

2. Pour quelles raisons avez-vous choisi cette direction ? Et en quoi consiste-t-il ?

---

---

3. Notre thématique concerne le diabète, que pensez-vous de son évolution et de la manière dont elle est prise en charge actuellement ?

---

---

4. Malgré les performances de la Suisse sur les avancées concernant la pathologie du diabète (connaissances sur les facteurs de risques, les traitements), comment expliquez-vous le nombre de personnes touchées par celle-ci ?

---

---

5. Que pensez-vous de la prévention mise en place en Suisse par les dirigeants de la santé publique ?

---

---

6. Selon vous, les personnes atteintes de diabète sont-elles suffisamment informées sur les symptômes, facteurs de risque et complications de la pathologie ?

---

---

7. Quel est le profil des patients que vous rencontrez le plus fréquemment ? (âge, sexe, type de diabète)

---

---

8. Quelles sont les interventions que vous réalisez auprès des patients (éducation thérapeutique) ?

---

---

---

---

9. De quelle manière allez-vous entreprendre une éducation thérapeutique ? Rencontrez-vous des résistances ?

---

---

10. Quel est l'accompagnement que vous réalisez auprès d'une personne ayant reçu l'annonce du diagnostic du diabète/amputation ?

---

---

11. Quelles sont les possibilités pour les personnes diabétiques au niveau des prothèses ? Et sous quelles conditions ?

---

---

12. Quels sont les symptômes ressentis après une amputation ?

---

---

13. Comment se déroule une consultation/une prise en charge avec une personne amputée et appareillée ?

---

---

14. À la suite d'une amputation, quels sont les surveillances et les soins qui sont mis en place ?

---

---

15. Voulez-vous rajouter quelque chose ?

---

**Entretien n° 1 :** Président de l'association diabétique du Jura, déroulé le 03.04.2018.

**1. Pouvez-vous vous présenter (parcours professionnel) ?**

Je m'appelle Christian Geiser, je suis en couple et j'ai deux enfants. J'ai un parcours professionnel atypique, car j'ai fait une formation de cuisinier dans un restaurant, ensuite j'ai fait une maturité professionnelle santé sociale, car je voulais sortir des horaires irréguliers que j'avais qui était assez contraignant. Puis je me suis perfectionné, j'ai fait cuisinier en diététique pendant 1 année à l'école à Genève. Ensuite, j'ai fait un remplacement pendant 4 mois à l'hôpital du Jura à Delémont ensuite j'ai rejoint une fondation à Lausanne pendant 2 ans. J'ai dû subitement arrêter dû à des problèmes de genoux ce qui m'a contraint à faire une reconversion professionnelle et actuellement je suis apprenti en laborantin en chimie en dernière année.

**2. En quoi consiste l'association en diabétique ?**

L'association est créée pour partager des moments avec les membres, apporter un soutien, vendre du matériel à des prix remboursés par la Lamal, organisation d'activités diverses telles que des cours de cuisines et des sorties, mais c'est surtout un soutien pour toute personne diabétique et leur entourage. Si par exemple un enfant est touché bah que ce soient les parents qui s'inscrivent. Il faut savoir que chaque région à son association du diabète régional, donc nous avons que des personnes venant du Jura.

**3. De quels corps professionnels se compose l'équipe ?**

Il y a de tous les métiers, par exemple la secrétaire est retraitée. Il y a une diététicienne également, des personnes travaillant en usine enfin bref, le comité est très varié.

**4. L'association est-elle active tous les jours et y'a-t-il des horaires précis ?**

Malheureusement, nous n'avons pas de local en comparaison avec les autres associations qui proposent des consultations avec les infirmières en diabétologie. On n'a pas de local, car c'est un coût, et on ne peut pas se le permettre. Toutefois, si des personnes ont des questions ou veulent tout simplement discuter, nous sommes disponibles et nous nous déplaçons volontiers.

**5. Y a-t-il un profil type de patient qui vient vous consulter et est-ce que la population est diversifiée ?**

Non c'est très varié. On a quand même au sein de notre membre une majorité de personnes ayant entre 40 et 50 ans. Notre cheval de bataille concerne les jeunes diabétiques, car il y'en a, mais malheureusement, ils ne savent pas qu'on existe. Notre objectif est de mettre en avant notre existence auprès des jeunes.



Les membres qui viennent à nos activités sont souvent les mêmes.

Il n'y a de profil type, et c'est un des gros problèmes est que l'association n'est pas connue de tout le monde, au niveau régional et suisse même.

#### **6. Que pensez-vous de la prévention mise en place en Suisse concernant la pathologie du diabète ?**

Personnellement, je trouve qu'on ne voit pas assez de prévention concernant le diabète en général. On entend souvent parler du diabète de type 2, car il faut savoir que 80 % des diabétiques seront de type 2. Moi je suis aussi diabétique de type 1 qui représente que 20 %, une petite part de marché pour les entreprises. Je pense qu'avec l'association on axe sur la prévention, on essaye de faire plus de prévention au niveau régional et fédéral. Mais c'est compliqué. Il y a le 14 novembre la journée mondiale du diabète, mais malheureusement on n'en parle pas assez. Ici, la radio locale fait une publicité concernant la journée du diabète, mais c'est tout. Le reste de l'année, il n'y a rien.

#### **7. L'association met-elle des choses en place concernant la prévention ?**

J'ai repris la présidence et j'essaye de faire bouger les choses. La moyenne d'âge des membres est de 50 ans, les membres ne sont pas forcément tous diabétiques, mais ont dans leur entourage une personne qui est touchée. Et donc, j'ai repris la présidence il y a 1 an, et j'aimerais lui donner un coup de jeune, il faut savoir que cette année on fête nos 40 ans et donc j'ai repris la gestion du site web, mettre les activités dessus et avec l'association Suisse on se retrouve régulièrement. Il faut savoir que chaque association régionale est membre de l'association suisse et celle-ci voulait mettre en place un canevas pour que toutes les associations fassent pareil, mais si on attend il ne va jamais rien se passer, alors maintenant on a mis en place une page Facebook, car comme vous le savez, les réseaux sociaux sa marche très bien afin de dire qu'on existe et faire de la prévention.

#### **8. Votre association applique-t-elle de l'éducation thérapeutique ?**

Tout ce qui est pris en charge du diabète, ce sera plutôt les infirmières en diabétologies, nous on sera vraiment là en tant que soutien. Un diabète inaugural, nous on va être là pour le soutenir et réorienter vers les services adéquats.

#### **9. En matière de soutien est-ce que l'association met-elle en place des actions ?**

Il n'y a pas de demande, avant tout, les personnes diabétiques avant qu'ils sachent qu'on existe, viennent surtout pour la commande de matériel, car c'est très simple et surtout on offre les frais de port à nos membres. C'est à charge de l'association. On est vraiment là pour soutenir, car comme dans toutes les maladies chroniques, il y a des hauts et des bas et quand il y a un rôle bol, ils savent que notre porte est ouverte.

### **10. Y a-t-il des groupes de paroles ?**

Il existe un groupe qui est indépendant de l'association qui s'appelle AS de Pique qui est un groupe de parole destinée aux personnes diabétiques et à leurs proches afin d'échanger autour d'un thème et animés par une personne.

### **11. Ce serait donc une bonne idée que votre association soit connue par les soignants pour la continuité des soins :**

Au niveau des services de diabétologie c'est ce qui se faisait, il communiquait souvent notre association, mais ce n'est pas rare que j'aie des téléphones avec des personnes qui ne savaient même pas qu'il y avait cette association, et moi je trouve qu'il ne joue pas le jeu, ça prend 30 secondes de dire ; il existe une association qui est là pour vous soutenir, vous écouter et propose quelques activités.

### **12. En tant que diabétique, est-ce que vous comprenez ce que ressentent les gens ?**

Si une personne diabétique dit à une autre « je comprends » cette notion a un plus grand sens que si c'était dit par une personne non diabétique, car dans le fond elle ne peut pas comprendre. La personne diabétique aura une meilleure compréhension, alors oui ça aide.

## **Entretien ° 2 : Orthopédiste neuchâtelois, déroulé le 05.04.2018.**

### **1. Pouvez-vous vous présenter (parcours, formation) ?**

J'ai effectué la formation d'orthopédiste de 2004 à 2008 à Lausanne chez Amariel Orthopédie. J'ai effectué ma formation à travers un apprentissage qui comprend 1 jour de cours et le reste de la semaine se passe en atelier. Donc, la formation dure 4 ans qui est globale sur l'orthopédie c'est-à-dire qu'on va voir des orthèses, des prothèses, des corsets et des supports plantaires. Lorsque j'ai fait la formation, elle était encore divisée entre orthopédiste et prothésiste, et moi j'ai pu choisir l'option prothésiste, ou j'ai été formé par un prothésiste qui avait pas mal d'années d'expérience et j'ai pu me diriger directement dans la prothèse. Dès que j'ai terminé la formation, je suis directement allé travailler chez *Wallner Orthopédie* en tant que prothésiste donc cela fait depuis 2008 que j'exerce que pour la prothèse. Finalement, l'orthopédie générale englobe beaucoup de différents aspects. Les orthèses sont donc des atèles qui sont là pour substituer un membre qui est existant, mais qui a une déficience par exemple : un corset sera pour corriger une scoliose, une lordose et une cyphose. Ensuite, il y a tous les aspects de supports plantaires liés à une déformation, du soutien et pour le pied diabétique. Pour terminer, quant à la partie prothétique, elle est mise en place pour des gens ayant subi une amputation et/ou il faut remplacer un membre qui n'est plus là (membre inférieur et supérieur).

L'entreprise s'est passablement développée, il y a des sites à Neuchâtel, à Lausanne, nous sommes en collaboration avec le Valais sur Sion, avec Genève et Puidoux et aussi Cressier. On a pas mal d'endroits où on doit se déplacer. Moi je

travaille principalement à Lausanne et nous sommes également mandaté par le CHUV pour effectuer des prothèses avec un autre orthopédiste qui est CAIRN à Lausanne.

## **2. Pour quelles raisons avez-vous choisi cette spécialisation ?**

C'est un parcours de vie qui m'a fait me diriger vers ce métier. J'ai eu un accident il y a pas mal d'années en arrière ou j'ai failli subir une amputation presque bilatérale. J'ai fait une année de rééducation et une de mes jambes a pu être sauvée, mais la deuxième était un peu plus compliquée et c'est cela qui m'a montré l'aspect de ce métier. J'ai vu des ergothérapeutes et des physiothérapeutes, et par la suite j'ai fait plusieurs voyages en Inde dans des centres de rééducation et c'est à ce moment-là que j'ai vu le travail de l'orthopédie avec des orthopédistes indiens qui venaient au centre pour appareiller des enfants qui étaient en situation de handicaps et cela m'a vraiment poussé à faire ce métier. Moi, j'ai vraiment eu la chance de faire une formation de prothésistes et de trouver un job tout de suite après. Donc, c'est plutôt un parcours de vie qui m'a donné envie de faire ce métier.

## **3. Que pensez-vous des préventions mises en place par la santé publique ?**

Le 87 % des personnes amputées sont des personnes diabétiques ou avec des problèmes artériels associés. C'est notre clientèle de tous les jours. Pour la santé publique générale, c'est un réel fléau, c'est tout un aspect de la personne qui a dû avoir des chaussures sur mesure, des supports adaptés, etc. ça englobe une hygiène de vie et vraiment beaucoup de choses qui font que ce diabète est vraiment quelque chose de terrible et qui fait que nous avons à faire à une population qui sont principalement sujette à ça. Je pense que ce sont des gens qui sont assez vite suivis et qui connaissent la situation. De plus, je dirai qu'il y a aussi une négligence par rapport au diabète. Les gens qui souffrent de diabète ont une négligence globale. Ils ont des troubles de la sensibilité, des troubles de la vue et ils ont de la peine à gérer leur quotidien avec tout cela. Généralement, ce sont des gens qui ont un certain âge, un milieu social et familial qui peut être plus compliqué à gérer, peut-être plus lorsqu'on est âgé. Dès que le diabète s'est installé, ça va très vite, les personnes ont des retours veineux qui sont mauvais, on voit l'apparition de plaies perforantes qui ont de la peine à guérir. Ensuite, au niveau des amputations pour les personnes qui ont des problèmes de pieds, nous montons vite au niveau tibial pour être sûr de pouvoir préserver le membre existant sans devoir faire ce qu'on appelle du saucissonnage qui désigne clairement des amputations de pieds, d'avant pied, pour ensuite remonter et finir en transtibial, car la vascularisation est mauvaise.

## **4. Quel est le profil type des personnes qui viennent consulter ?**

Ce sont principalement des hommes à partir d'un certain âge. C'est vrai que nous avons 87 % des personnes qui sont diabétiques comme dit auparavant. On a également des personnes passablement jeunes qui viennent à la suite d'un traumatisme.

## **5. Quels sont les soins et interventions que vous effectuez auprès des patients ?**

Nous intervenons très rapidement, c'est-à-dire que, lorsque les patients ont subi l'amputation, le personnel soignant nous appelle pour qu'on vienne installer un liner postopératoire. Cela signifie qu'on va réduire l'œdème postopératoire à la suite de l'amputation pour que le volume de la jambe se stabilise. Lorsqu'on voit les personnes fraîchement amputées, ils ont dans la partie distale un bulbe qui est impossible à appareiller au départ, et ce qui n'est pas le but d'ailleurs, car ils ont toujours les fils et doivent cicatriser correctement. Nous intervenons rapidement en mettant en place le silicone qui va apporter une contention qui va diminuer un œdème postopératoire trop important. Nous avons rapidement un contact avec les patients et avec les infirmières et ergothérapeutes à l'hôpital.

## **6. Rencontrez-vous des personnes ne voulant pas être appareillées ?**

Non, alors des personnes qui ne veulent pas être appareillées sont très rares. En revanche, des personnes qui ne peuvent pas l'être c'est plus fréquent. Les ergothérapeutes et physiothérapeutes ont des tests qui permettent de savoir si la personne a un potentiel pour être appareillé, c'est l'équipe paramédicale qui s'occupe de voir ce genre de chose.

Une fois que le patient a passé les soins aigus et que la cicatrice est plus au moins stable, il est transféré en centre de rééducation et c'est à ce moment-là que nous faisons l'appareillage. Ensuite, après avoir été au centre de rééducation et que la personne n'a plus de fil et que la cicatrisation est en bonne évolution, la personne porte un silicone, et nous allons ensuite installer un bas de contention (*jobs*) pour continuer cette action de contention pour réduire le volume que la personne va porter 23/24h. Dès le moment où le volume se stabilise et que la fente devient jolie, nous allons intervenir entre 6 à 8 semaines après l'amputation. C'est assez rapide. Avant cela, le patient aura une prothèse provisoire qui va être faite par les ergothérapeutes, c'est une prothèse qui est directement moulée dans la jambe du patient. Ce sont des prothèses qui n'ont pas d'articulation, mais qui a pour but de verticaliser le patient pour qu'il puisse déjà déambuler ? Nous intervenons ensuite pour faire la prothèse. La prothèse que nous allons réaliser est également une prothèse d'essai, mais qui a les éléments définitifs. Elles sont en thermoplastique et permettent de contrôler la forme, le volume et la position tout en ayant une prothèse qui n'est pas définitive et donc toujours modifiable pour ne plus avoir à toucher la prothèse définitive. Lorsque je collabore avec l'équipe thérapeutique à l'hôpital, nous allons décider des éléments qui vont être installés selon le but et les objectifs qu'ils ont définis avec le patient, et nous on propose différents éléments que nous sommes capables de faire. Une fois que le patient va mieux, nous réalisons le moulage. Une prothèse se fait très rapidement, plus au moins en une journée. Ce qui prend du temps c'est l'adaptation, les modifications et la finition de la prothèse esthétique peut prendre 4-5 jours. Le séjour au centre de rééducation dure environ 2 mois, et nous essayons de finir la prothèse pendant ce laps de temps ou alors ils reviennent par la suite pour finaliser la prothèse.

## **7. Y a-t-il des suivis à la suite de la réalisation de la prothèse ?**

Les suivis sont réguliers à Lausanne, minimum 1 fois par année pour un contrôle. Pour les personnes à domicile, s'ils vont bien, on ne les revoit pas forcément.

#### **8. Mettez-vous en place une éducation thérapeutique ?**

Nous on va plutôt mettre en place un apprentissage au niveau de l'entretien de la prothèse et de la mise en place de la prothèse. Ce sont également des choses qu'ils apprennent pendant leurs séjours au centre de rééducation avec les ergothérapeutes et physiothérapeutes, mais ce sont des choses qu'il faut répéter et notamment chez les personnes diabétiques, ou l'hygiène est très importante.

#### **9. Quel est le risque si les précautions ne sont pas suivies par les patients ?**

Chez les personnes diabétiques, il y a un risque d'ulcération et de mal-perforant qui peuvent les amener à des temps d'arrêt de prothèse durant un laps de temps.

#### **10. À la suite d'une amputation, quels sont les symptômes qu'une personne peut ressentir ?**

Les douleurs fantômes sont les symptômes les plus fréquents. Les patients amputés transtibiaux ne souffrent pas trop à la suite de l'appareillage, car nos matériaux sont assez confortables au contraire des amputations transfémorales qui demandent des appareillages assez invasifs. Un bon appareillage ne devrait pas faire mal. L'acte chirurgical est souvent une délivrance pour ces personnes-là.

#### **11. À la suite d'une amputation, un suivi psychologique est-il mis en place ?**

Un suivi psychologique est mis en place à l'hôpital, dans le centre de rééducation. Ils ont un colloque hebdomadaire à Lausanne pour faire le point sur chaque patient avec l'équipe interdisciplinaire, poser des questions, tester la marche et voir s'il y a besoin de contacter la psychologue. Mais cela ne se déroule pas à Neuchâtel. Je trouve que les personnes acceptent rapidement l'amputation et que le processus de deuil se passe rapidement.

#### **12. Voulez-vous rajouter quelque chose ?**

Non c'est tout bon pour moi.

**Entretien ° 3 :** Infirmière clinicienne du HNE, déroulé le 10.04.2018.

#### **1. Pouvez-vous vous présenter et décrire votre parcours :**

Je suis infirmière française, je suis arrivée en suisse il y a 25 ans. Donc quand je suis venue en Suisse, j'avais 2 ans d'expérience plutôt en chirurgie

intensive en France et j'ai travaillé ici dans un service privé de chirurgie à l'hôpital des Cadoles à Neuchâtel. Je suis arrivée en janvier 1992 et en 1994, j'ai pris le poste d'infirmière conseillère en diabétologie, j'ai fait la formation d'infirmière conseillère diabétologie dans la même année ou j'ai obtenu le diplôme d'infirmière conseillère en diabétologie. Ensuite je me suis formée comme clinicienne puisqu'à ce moment-là c'était conseillère en diabétologie, mais cela a changé en clinicienne ce que j'ai trouvé intéressant, car dans la diabétologie on a vraiment une approche globale et puis la formation clinicienne m'a amené cette approche plus globale. Ensuite, comme votre thématique l'indique, la problématique des plaies chez le patient diabétique, est une des complications possibles et pour pouvoir avoir des compétences optimales à ce niveau-là, j'ai fait un diplôme universitaire en plaie et cicatrisation en 1999 pour pouvoir gérer au mieux cette consultation de plaie chez les patients diabétiques que j'ai mis en place dans les années 2000 dans les Cadoles. Ensuite, j'ai continué dans cette voie-là, j'ai développé les consultations ambulatoires en diabétologie, mais aussi cette consultation infirmière de plaie chronique et puis avec le développement de la consultation du pied diabétique dans les années 2008, ou j'ai encore fait un diplôme universitaire en pied diabétique au HNE Pourtalès pour vraiment officialiser cette consultation.

Tous ses patients qui souffrent de maladie chronique ont un besoin en enseignement, donc un accompagnement thérapeutique est nécessaire donc j'ai fait un CAS en éducation thérapeutique à Genève pour aussi encore améliorer cette prise en charge et avoir ce qu'on appelle la compliance au traitement. Donc cela a été une nécessité avec des gens qui dont la durée de vie de ces patients ayant une maladie chronique (avec un diabète) a été augmentée. La compliance au traitement est souvent moindre au fil du temps. Pour finir, j'ai fait un Master en science de l'éducation avec une option accompagnement du patient en éducation thérapeutique. Je suis ici dans l'hôpital neuchâtelois avec un pourcentage à 40 % en diabète, 40 % en plaie chronique et 10 % en clinique.

## **2. Pour quelles raisons avez-vous choisi cette orientation qui est le diabète ?**

Alors dans la vie il y a des choses qu'on choisit et des choses qui se font seules. Quand je suis arrivée, je faisais de la chirurgie et j'avais fait un projet de prise en charge des plaies et comme je ne m'entendais pas avec mon ICUS et que j'ai entendu parler de ce poste en diabétologie cela m'a intéressé immédiatement étant donné que j'avais vécu avec un garçon qui était diabétique de type 1 avant d'arrivée en Suisse et donc je connaissais bien cette maladie. J'ai donc postulé, j'ai eu le poste et quand je l'ai eu, je m'ennuyais un peu dans mon poste et donc j'ai rajouté la prise en charge des plaies dans mon cahier des charges. J'aime cette notion de chronicité,

la rencontre avec l'autre dans la maladie chronique est quelque chose de fantastique. J'ai vraiment du plaisir à suivre, à reconnaître les patients au fil du temps. Pour les patients, c'est également très important. On est plus que soignant, on est quelqu'un dans leurs univers.

### **3. Que pensez-vous de l'évolution du diabète et de comment elle est prise en charge ?**

C'est vrai qu'on pourrait dire qu'on est débordé, car j'ai oublié de vous dire que je suis responsable de l'option diabétologie dans l'espace compétence pour la formation infirmière en diabétologie. Donc en fait, on se rend compte qu'il y a une mode diabète pour différentes raisons. Il y a une explosion du nombre de diabétiques dans le monde et puis en Suisse aussi malgré tous. Effectivement, on s'est rendu compte que le diabète était une maladie qui était prise en charge comme n'importe quelle maladie sauf que nous n'avons pas tenu compte de la durée dans le temps et de la maladie sourde. Quand vous êtes diabétiques, vous avez donc un déséquilibre glycémique, mais vous ne le ressentez pas et donc nous avons souvent des gens qui arrivent avec des complications du diabète avant qu'ils sachent eux-mêmes qu'ils souffrent de diabète. On s'est rendu compte qu'il y avait un gros travail de prévention à faire et pour mettre en place cette prévention il faut informer les gens et pour informer les gens, il faut du personnel ayant les compétences pour. On se rend compte qu'il y a une exposition de gens qui se forme pour de patients diabétiques parce qu'il y a beaucoup de patients diabétiques et parce qu'on va s'apercevoir que la maladie chronique va prendre une place énorme dans les années à venir. Il y a 15 ans, le traitement était très simple, il y avait les antidiabétiques oraux, l'insuline et c'était assez limité. Maintenant, on agit à plusieurs niveaux, on a plein de médicaments, différentes insulines (lente, rapide, mixte). Le diabète rapporte et donc il y a du développement. Le diabète est encore mal pris en charge même dans les hôpitaux. À domicile par exemple, on va avoir des patients avec des glycémies à 12 — 14mmgH, mais on ne s'inquiète pas spécialement.

J'ai été sollicitée pour la rédaction d'un guideline pour la prise en charge du pied diabétique, on est en train de travailler dessus à Berne, au niveau fédéral pour avoir un consensus suisse pour la prise en charge du pied diabétique, et ça va sortir d'ici la fin de l'année. Ils ont eu l'intérêt de solliciter une infirmière et c'est très bien, car c'est une prise en charge interdisciplinaire (angiologue, diabétologue, orthopédiste). Au niveau de la prévention du diabète, il y a des cantons qui ont plus d'avance que nous, comme le canton de Vaud avec le diabète-Vaud, ou ils ont mis en place des actions de prévention et le canton à donner de l'argent pour cela. C'est un peu une référence au niveau de la Suisse romande. À Neuchâtel, on n'est pas orphelin, même si on n'a peu de diabétologues, et on a surtout une

dizaine d'infirmières en diabétologie. Je suis responsable d'un groupe d'infirmière en diabète pour le canton et on se réunit 4-6 x par mois pour parler des actions comme la journée du diabète.

#### **4. Comment expliquez-vous l'augmentation de la prévalence du diabète ?**

Il y a plusieurs réponses possibles. Il y a une espérance de vie qui a augmenté, c'est-à-dire qu'avant, le patient diabétique allait mourir plus jeune, maintenant, ces gens-là ont une vie totalement normale. La prévalence du diabète de type 1 augmente, si on compare avec mes débuts, j'avais 5-6 enfants diabétiques puis on n'est passée à 12 enfants. Les statistiques de cette année ne sont pas encore sorties. Pour le type 2, c'est la malbouffe ! On n'a vraiment le résultat d'une mauvaise alimentation. Au niveau de la prévention, il faut agir à ce niveau-là. La prévalence augmente, c'est un fait sociétal.

#### **5. Trouvez-vous que les gens sont suffisamment informés ?**

Les gens sont informés, mais maintenant ce qu'ils veulent c'est la rapidité sans faire des efforts. Les trois axes de prévention dans le diabète c'est l'alimentation, l'activité physique et le traitement qui va éviter le risque de complication. Les gens ne veulent pas bouger et manger moins et c'est au niveau de ces deux axes-là qu'il faut qu'on travaille.

#### **6. Y a-t-il un profil type de patient qui vient vous consulter ?**

Non, moi je reçois de tous, des patients jeunes souffrant de type 1, mais aussi de type 2 avec souvent un surpoids et ayant des facteurs de risques et également des personnes souffrantes de diabète gestationnel. Ce sont donc les trois types de personnes que je rencontre.

#### **7. Quelles sont concrètement vos interventions ?**

Lorsque je reçois une personne, je fais un bilan éducatif et donc ce que je fais c'est un entretien de compréhension c.-à-d. qu'avec des questions ouvertes je vais essayer d'apprendre qui ils sont, comment ils vivent, quels sont leurs réseaux, quelle place va prendre la maladie dans leur vie et comment vont-ils y répondre. Ensuite, l'idée est d'aller dans un bilan éducatif partager et donc ce que je veux connaître c'est ce qu'ils savent de la maladie (leurs croyances, leurs représentations). Par la suite, on va mettre en place des objectifs communs en fonction de leurs capacités et possibilités et on va donc coconstruire avec le patient pour arriver à être le plus proche de sa vie, car sinon si on montre l'utilisation d'un stylo d'insuline on peut faire de l'enseignement tout simple c.-à-d. ouvrir le stylo, le secouer un petit peu,



etc. Là on a fait de l'enseignement, si on veut faire de l'accompagnement thérapeutique on va faire complètement autrement. On va voir avec le patient quelle est son idée de l'insuline. L'accompagnement thérapeutique est cette petite subtilité. La mise en place de cette relation où le patient est partenaire qui va nous permettre d'avancer et d'aller dans cette compliance et c'est le patient qui mène.

**8. Est-ce que vous recevez des patients ayant subi une amputation ?**

Oui. Avec ces patients, on va devoir travailler sur autre chose également qui est l'image corporelle. Avant de faire une amputation, il devrait y avoir des entretiens pour qu'on ait cette acceptation du patient qui n'est jamais une acceptation réelle. L'amputation est un deuil, et toute perte entraîne un deuil et un deuil ne se fait pas en quelques jours d'hospitalisation. Souvent on pense que l'accompagnement thérapeutique s'est raconté plein de choses, mais souvent c'est écouté. C'est important de se taire des fois.

**9. Y a-t-il d'autres intervenants qui participent dans la prise en charge d'une personne ayant subi une amputation ?**

Souvent un psychologue, mais les patients ne veulent pas voir un psychiatre, car ils ne sont pas fous. Une amputation, ça se prépare, c.-à-d., lorsque moi je vois une personne lors d'une consultation en plaie et que je vois qu'on va dans la direction d'une amputation, on commence déjà à travailler à ce niveau-là pour que jamais le patient ne puisse se dire « aurions-nous pu faire autre chose ? ».

**10. Voulez-vous rajouter quelque chose ?**

Non merci, je n'ai rien à rajouter. Bon courage à vous.

**Entretien n° 4 :** Médecin généraliste spécialisé en néphrologie, La Chaux-de-Fonds, déroulé le 17.05.2018.

**1. Pouvez-vous vous présenter (formation, parcours, spécialisation) ?**

Je m'appelle Marc Giovanini, j'ai 58 ans et je pratique la médecine depuis 1986. J'ai une formation double, c'est-à-dire, d'une part d'interniste qui comprend la médecine interne générale et d'une autre part, de néphrologue qui est une discipline qui s'occupe des personnes ayant des maladies rénales. J'ai choisi cette direction d'un point de vue intellectuelle. J'ai commencé la formation de néphrologie pendant deux ans et demi de dialyse

et à la suite de cela j'ai voulu arrêter, car c'était extrêmement dur à cause des complications urémiques. Toutefois, j'y suis revenu après un break de quelques années. Je me suis retiré de la dialyse depuis plusieurs années, plus précisément, cela fait 4 ans. À présent, je fais que des consultations.

## **2. Quels sont les soins/interventions que vous faites auprès des patients ? Comment se déroule une consultation ?**

Il y a deux catégories de consultation : les consultations d'urgences c'est-à-dire que les personnes viennent, car ils ont un problème aigu par exemple un ongle incarné et des douleurs d'angine de poitrine. Il s'agira, à ce moment-là de poser le premier diagnostic et prescrire la première démarche thérapeutique. La deuxième catégorie de consultation comprend les consultations chroniques pendant ou en dehors des complications. Je fais du cinquante-cinquante.

## **3. Quel est le profil des patients que vous rencontrez le plus fréquemment (âge, sexe, types de diabète 1 ou 2) ?**

Ce sont des personnes ayant subi une transplantation, ayant une maladie rénale chronique comme les personnes diabétiques. Je reçois des personnes souffrantes de diabète de type 2 en majorité, toutefois, je reçois également des personnes diabétiques de type 1, 10 à 20 patients. Je reçois également des personnes souffrantes de maladies cardiaques, de problèmes asthmatiques chroniques liés au tabagisme, des bronchites et des déficiences immunitaires. J'accueille beaucoup de personnes âgées, avec une santé complexe et souvent polymorbide, c'est-à-dire qui présentent différents syndromes gériatriques.

En ce qui concerne le diabète de type 2, c'est une maladie sournoise. La personne peut être malade sans avoir des symptômes pendant des années. Il faut vraiment dépasser un certain seuil, un niveau élevé de glycémie pour avoir une symptomatologie d'hyperglycémie par exemple une polyurie et une perte de poids. Ce sont des situations assez rares, qu'on dirait de décompensation. Beaucoup de personnes sont diagnostiquées diabétiques lors d'une complication cardiaque. Ces gens entrent directement dans la maladie du diabète par la complication par exemple, l'infarctus. Ces personnes ne comprennent pas, car ils n'ont jamais été malades et une fois à l'hôpital, ils ressortent avec dix mille diagnostics. Pendant toutes ses années, la personne n'a eu aucun symptôme. De plus, beaucoup de personnes diabétiques n'ont pas de médecin traitant et gèrent seule leur maladie, et cela, c'est plus la règle que l'exception. Maintenant, il y a un tableau d'alerte, mais le seul moyen est de passer par le médecin pour être diagnostiqué. Une autre porte d'entrée pourrait être la pharmacie. Si les

pharmaciens voient une personne avec une obésité abdominale, ils pourraient leur proposer de faire un test glycémique par exemple, ou prendre un poids et un tour de taille.

**4. Notre thématique concerne le diabète, que pensez-vous de son évolution et de la manière dont il est pris en charge actuellement de manière large.**

Tout dépend des dispositions financières des cantons. Neuchâtel a peu de moyens, il n'y a pas d'enjeu, il faudrait mettre plus de moyens dans le dépistage. Il suffirait par exemple, de thématiser et en débattre au sein de l'association neuchâteloise de médecine afin de se mettre d'accord sur les plans d'action. Le rôle des pharmacies est important dans la prise en charge et dans le dépistage. Dépister c'est bien, mais il faudrait prendre la famille avec, qu'elle soit partenaire. Il est important de s'interroger sur l'hygiène de vie au sein d'une famille (un enfant obèse n'est pas devenu obèse seul).

**5. Malgré les performances de la Suisse sur les avancées concernant la pathologie du diabète (connaissances des facteurs de risques, des traitements) comment expliquez-vous le nombre de personnes touchées par celle-ci ?**

Pour moi, elle est liée à la prise de poids, donc dû à l'alimentation et également l'allongement de la durée de vie de la population.

**6. D'après vous, les moyens mis en place par la santé publique concernant la prévention contre le diabète sont-ils suffisants ?**

Non, bien sûr que non. Le problème concerne plutôt les moyens d'action de la santé publique. Il y a des idées, mais peu d'articulation avec le terrain puisque pour prévenir le diabète de type 2, il faudrait agir au niveau populationnel (prévention primaire). Je pense que ce sont plutôt les relais dans la population qui sont insuffisants, en opposition des publicités de l'agroalimentaire. Cela étant, il y a pas mal d'actions mises en place, par exemple, des moyens pour inciter de bouger lors de la pause de midi, mais cela reste largement insuffisant. Après le gros problème, c'est d'inciter les gens de modifier des comportements dans la durée. J'ai souvent vu des personnes devenir obèses à la retraite, car le peu d'activités physiques qu'ils avaient, il le perd et on verra l'apparition du diabète à ce moment-là. C'est un gros enjeu, il faudrait agir à tous les niveaux, c'est-à-dire, à l'école, auprès des familles, etc. Finalement, nous avons peu de temps pour le faire. De plus, les gens qui viennent nous voir, viennent lors d'un problème aigu

et ne se sentent donc pas concerner. On doit imaginer d'autre façon d'agir et prioritairement dans les cabinets médicaux.

**7. De quelle manière mettez-vous en place une éducation thérapeutique ? Et quelles sont les résistances que vous rencontrez ?**

C'est une posture, c'est une grande démarche. L'éducation thérapeutique du patient, c'est du temps et de l'écoute qui est destinée à essayer de rejoindre les personnes où ils sont pour ensuite adopter un niveau d'échange, un partage qui est approprié. Cette rencontre peut se faire à la première consultation ou alors plus tard, parce qu'on n'a pas trouvé la façon de s'accorder dès le début. Je pense que l'éducation thérapeutique du patient est très efficace et que c'est une manière de respecter les gens là où ils en sont et de se mettre à leur rythme. En consultation de médecine générale par exemple, c'est une immense difficulté, car les gens viennent parce qu'ils ont un problème aigu. Nous n'avons que 20 à 30 minutes pour écouter et essayer de poser un diagnostic et à la fin de la consultation, il nous reste 5 minutes, et dans ce laps de temps, nous ne pouvons pas faire de l'ETP. Certes, après on peut toujours revoir la personne, mais cela veut dire que ça ferait une consultation en plus et pour certaines personnes ce sont des coûts en plus. Je pense que les infirmières ont plus de temps pour le faire, car elles passent plus de temps avec le patient.

La population des malades est extrêmement hétérogène, le discours est le même pour tous les patients et cela n'est pas adapté, car chaque personne a un QI diffère. Cela impose de singulariser l'approche, c'est le sens de l'ETP tout cela. Nous devons amener les patients à mieux gérer leur maladie chronique, leur faire prendre conscience, les éduquer sur la maladie dont ils souffrent, comment vivre avec et comment agir dessus au quotidien.

Sans temps, on ne peut rien faire, le problème c'est que le temps c'est de l'argent. Je pense que les infirmières devraient être formées à l'ETP. Le temps d'hospitalisation est trop court pour faire de l'ETP, ce que nous devons faire surtout c'est de l'accompagnement de crise, accompagner les personnes pour qu'elles vivent ce qu'elles ont à vivre et créer le lien de confiance dans le réseau de santé afin qu'ils continuent le travail en ambulatoire. Une fois que la crise est résolue, on peut ensuite commencer à travailler. Le moment de l'hospitalisation, ce n'est pas le moment de faire de l'ETP, il faut toujours être attentif à ce que la personne nous dit. Le patient nous ouvre une porte, il faut rentrer, il ne faut pas la fermer, il faut trouver le moment clé, s'accorder à ses besoins. L'accompagnement thérapeutique c'est avoir toujours les yeux et les oreilles ouverts « qu'est-ce que la personne me dit la maintenant avec ses mots et avec sa posture ?

Comment veut-elle que je m'occupe d'elle là tout de suite ? » Le jour où on a compris cela, il n'y a pas de souci.

#### **8. Voulez-vous rajouter quelque chose ?**

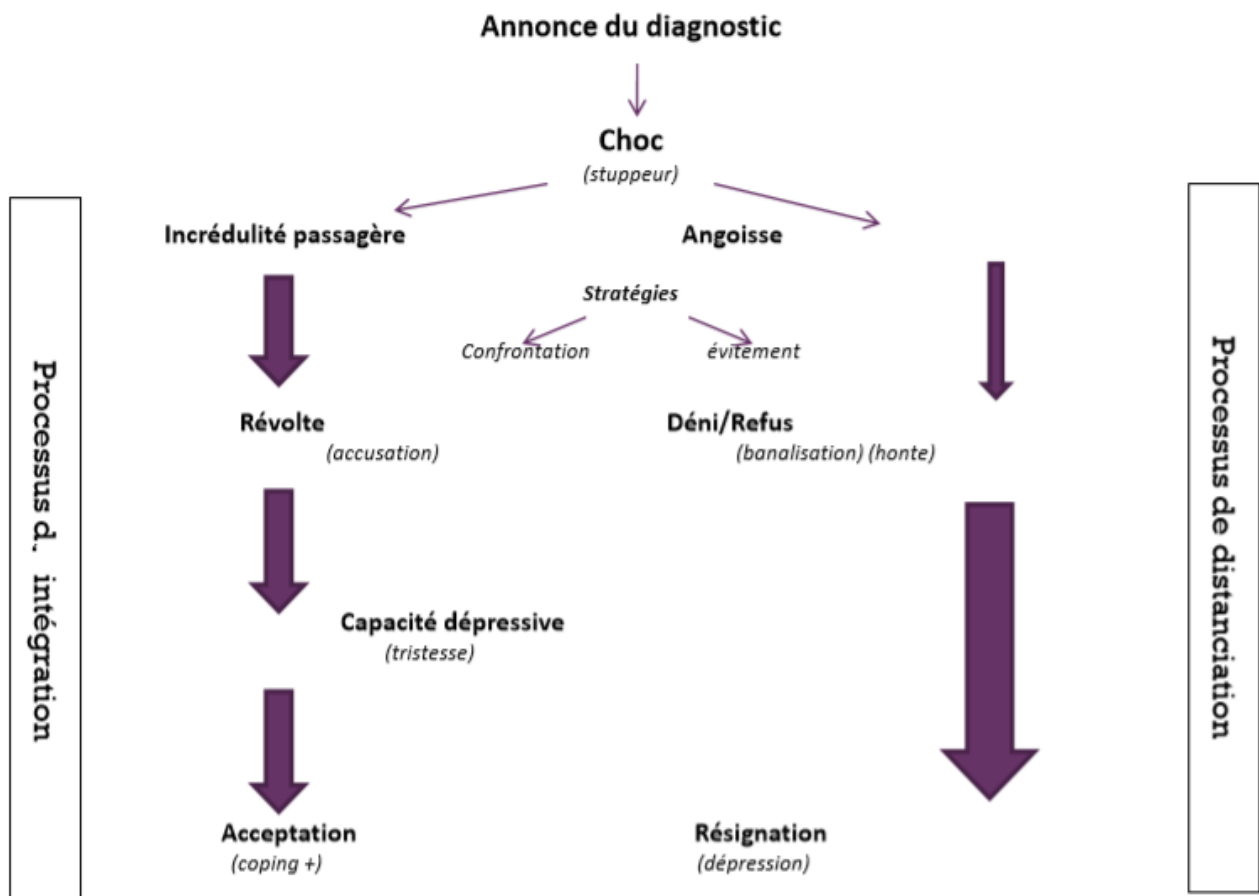
Quand on s'engage à soigner des patients souffrants de maladies chroniques, c'est sûr du long terme. On va s'en occuper pendant des années, on va les voir vieillir et on les accompagne vers la mort aussi. Il faut être prêt à accueillir cela. C'est aussi ce que je vis et ce que j'ai vécu. Il est important d'avoir une certaine distance thérapeutique, être dans l'empathie et non dans la sympathie.

**Appendice B :** Figure 1 : Illustration du processus d'acceptation de la maladie « qu'est-ce que l'éducation thérapeutique des patients ? »

## Acceptation ou résignation

Le résultat de deux processus différents face à la maladie

*Anne Lacroix, 2002*



## Appendice C : Illustration des recherches dans les bases de données

Base de données : Cinahl					
Mots-clés en FR	Mots-clés en ANG	Descripteurs Subject Headings	Filtres	Articles trouvés	Articles retenus
Amputation	Amputation	Amputation	=/>10 ans Restrict to Major Concept	1'866	
Autogestion	Self-Management	Self-Management	=/>10 ans Restrict to Major Concept	96	
	Self-care	Self-care		11'858	
	Self-efficacy	Self-efficacy		5'005	
	Empowerment	Empowerment		2'473	
Education thérapeutique	Patient Education	Patient Education	=/>10 ans Restrict to Major Concept	11'174	
Soins des pieds	Foot care	Foot care	=/>10 ans Restrict to Major Concept	498	
Diabète de type 2	Diabetes mellitus	Diabetes Mellitus, Type 2	=/>10 ans Restrict to Major Concept	27'150	
		Patient Education AND Foot care	=/>10 ans Restrict to Major Concept	4	1
		Diabetes Mellitus, Type 2 AND Foot Care	=/>10 ans Restrict to Major Concept	24	5
		Amputation AND Patient Education	=/>10 ans Restrict to Major Concept	8	1
		Diabetes Mellitus, Type 2 AND Self-care AND amputation	=/>10 ans Restrict to Major Concept	1	0

	Diabetes Mellitus, Type 2 AND Self-Management	=/>10 ans Restrict to Major Concept	8	0
	Diabetes Mellitus, Type 2 AND Patient education AND Self efficacy	=/>10 ans Restrict to Major Concept	6	0
	Patient Education AND Self-management AND Diabetes Mellitus, Type 2	=/>10 ans Restrict to Major Concept	1	0

**Base de données : PsycInfo**

Mots-clés en FR	Mots-clés en ANG	Descripteurs OVID	Filtres	Articles trouvés	Articles retenus
Amputation	Amputation	Amputation	Etender	566	
Autogestion	Self-Management Empowerment	Self-Management Empowerment	Etender	2887 3793	
Education thérapeutique	Patient Education Nursing care	Client Education Nursing education	Etender	1 338 3235	
Diabète de type 2	Diabetes mellitus	Diabetes Mellitus	Etender	4 623	
Soins des pieds	Foot care	Pas trouvé de descripteur pour ce mot clé.			
		Diabetes Mellitus AND		28	0



	Self-Management AND Client Education			
	Diabetes Mellitus AND Client Education		55	0
	Diabetes Mellitus AND Amputation AND Self-Management		1	0

Base de données : Pubmed					
Mots-clés en FR	Mots-clés en ANG	Descripteurs MESH	Filtres	Articles trouvés	Articles retenus
Amputation	Amputation	Amputation	=/> 10 ans Restrict to Mesh Major Topic	5'780	
Autogestion	Self-Management Self-care Self-efficacy	Self-Management Self-care Self-efficacy	=/> 10 ans Restrict to Mesh Major Topic	814 11'443 4'899	
Education thérapeutique	Patient Education	Patient Education as Topic	=/> 10 ans Restrict to Mesh Major Topic	13'020	
Diabète de type 2	Diabetes type 2	Diabetes Mellitus, Type 2	=/>10 ans Restrict to Mesh Major Topic	55'354	
Soins des pieds	Foot care	Pas trouvé de descripteur pour ce mot clé.			
Pied diabétique	Diabetic foot	Diabetic foot	=/>10 ans	3'635	

			Restrict to Mesh Major Topic		
		Diabetes Mellitus, Type 2 AND Self-Management AND Patient Education as Topic	=/>10 ans Restrict to Major Concept	36	0
		Diabetes Mellitus, Type 2 AND Self-Care AND Diabetic Foot	=/>10 ans Restrict to Major Concept	13	1
		Patient Education as Topic AND Self-Care AND Diabetes Mellitus, Type 2	=/>10 ans Restrict to Major Concept	241	0
		Diabetic Foot AND Patient Education as Topic AND Self-Care	=/>10 ans Restrict to Major Concept	11	4

Base de données : Medline					
Mots-clés en FR	Mots-clés en ANG	Descripteurs OVID	Filtres	Articles trouvés	Articles retenus
Amputation	Amputation	Amputation	10 ans Etender	6'038	
Autogestion	Self-Management	Self-Management OR Self-care	10 ans Etender	24'109	
Education thérapeutique	Therapeutic Education	Patient Education as Topic	10 ans Etender	27'746	

Diabète de type 2	Diabetes Mellitus type 2	Diabetes Mellitus, Type 2	10 ans Etender	69'227	
Soins des pieds	Foot care	Diabetic Foot	10 ans Etender	4'254	

	Diabetes Mellitus, Type 2 AND Self-Care OR Self-Management AND Amputation AND Diabetic Foot AND Patient Education as Topic	=/>10 ans Etender	13	0
	Diabetes Mellitus, Type 2 AND Self-Care OR Self-Management AND Diabetic Foot	=/>10 ans Etender	36	1
	Diabetic Foot AND Amputation AND Self-care OR Self-Management	=/>10 ans Etender	15	1

## Appendice D : Articles retenus

Cinahl			
Articles retenus	Date	Impact factor	Validé ou retiré
Targeting patient behaviours early: a review of the literature surrounding patient behavior change in relation to foot self-care practices.	2019	3,213 (de l'année 2018)	Retiré
Adherence to foot self-care in diabetes mellitus patients.	2014	0,29	Retenu < à 1,5

Knowledge and application of foot care: a study of diabetic patients in Mauritius.	2013	0.68	Pas retenu
Self-care into the risk factors in diabetic foot ulcerations: cross-sectional study.	2014	1,006	Pas retenu
The importance of diabetes foot care education in a primary care setting.	2012	2,939	Retenu
An evaluation of foot care behaviours in individuals with type 2 diabetes living in Malta.	2013	2,349	Retenu
Impact of a diabetic foot care education program on lower limb amputation rate.	2010	1.63	Retenu
Exploring the impact of structured foot health education on the rate of lower extremity amputation in adults with type 2 diabetes. A systematic review.	2012	1,466	Retenu malgré l'impact factor < à 1,5
Knowledge, attitudes and practices for the prevention of diabetic foot.	2014	0,29	Retenu

### PsycInfo

Articles retenus	Date	Impact factor	Validé ou retiré
The effect of education given to patient with type 2 diabetes mellitus on self-care.	2012	0,881	Pas retenu

### Pubmed

Articles retenus	Date	Impact factor	Validé ou retiré
People with diabetes do not learn and recall their diabetes foot education: a cohort study.	(2017)	3,179	Pas retenu
A self-efficacy education programme on foot self-care behaviour among older patients with diabetes in a public long-term care institution, Malaysia: A quasi-experimental Pilot Study.	2017	2,413	Retenu
Foot care education in patients with diabetes at low risk of complications: a consensus statement.	2011	2,902	Retenu
Effect of Intensive Nursing Education on the Prevention of Diabetic Foot Ulceration Among patients with high-risk diabetic Foot: A Follow-Up Analysis.	2014	2,106	Retenu
Frequency of patients with diabetes taking proper foot care according to	2010	2012 (0.409)	Retiré

international guideline and its impact on their foot health.			
--	--	--	--

<b>Medline</b>			
Articles retenus	Date	Impact factor	Validé ou retiré
Motivation, effort and life circumstances as predictors of foot ulcers and amputations in people with type 2 diabetes mellitus.	2014	3,115	Retiré
Self-management activities in diabetes care: a systematic review.	2013	1,000	Retenu malgré l'impact factor.

### **Appendice E : Grille de Fortin (2010)**

Grille n° 1: Adherence to foot self-care in diabetes mellitus patients. (2015)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise les concepts de : soins de pieds et du diabète de type 2.
Résumé	<p>Objectif : analyser l'autosoin des patients diabétiques de type 2 dans le cadre de la stratégie de santé familiale de Teresina.</p> <p>Méthode : cette étude est une recherche croisée adoptée par échantillonnage aléatoire simple, et 331 personnes atteintes de diabète de type 2 ont été sélectionnées. La collecte des données a débuté au mois d'août jusqu'en décembre 2012. Pour ceci, un questionnaire a été utilisé sur les activités d'autosoins et d'un instrument structuré pour l'enregistrement des données socio-économiques et des conseils reçus par l'infirmière.</p> <p>Résultats : il a été relevé que les patients ont une mauvaise observance sur la surveillance de la glycémie, sur l'exercice physique et sur les soins de pieds. Seuls 38,7 % de l'échantillon examine leurs pieds 5 à 7 jours par semaine.</p>

	Conclusion : une sensibilisation est nécessaire pour le développement des compétences en matière de soins de pieds.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>L'augmentation de l'espérance de vie au Brésil a augmenté la prévalence du diabète de type 2, puisque la maladie tend à augmenter avec l'âge. Des études auprès de patients diabétiques ont démontré non seulement l'augmentation du nombre de personnes âgées, mais aussi une prévalence chez les femmes. Jusqu'à l'âge de 40 ans, la prévalence de l'obésité est similaire chez les deux sexes ; à partir de cet âge, la prévalence est deux fois plus élevée auprès des femmes que chez les hommes. Ce fait peut expliquer l'augmentation du diabète chez les femmes de Teresina, puisque l'obésité est un facteur majeur de la forte prévalence du diabète de type 2. Cette problématique est importante pour la discipline infirmière, car les actions de celles-ci comprennent l'apprentissage des soins des pieds appropriés qu'elles doivent enseigner aux patients.</p>
Recension des écrits	<p>Les auteurs se sont appuyés sur plusieurs recherches comme base solide de l'étude.</p> <p>Plusieurs études discutent autour de la faible adhésion aux activités d'autosoins des personnes atteintes de diabète. Les facteurs responsables possibles étant : les facteurs personnels, l'ordre social, économique et culturel, ainsi que les aspects liés à la maladie, au traitement, au système de santé et à la multidisciplinarité.</p> <p>Une autre recherche a montré que les informations reçues par le patient sur l'autosoin, sur l'évolution de son mode de vie et sur les compétences pour les appliquer impliquent la prévention et la réduction des complications. Les soins des pieds sont l'un des domaines d'autosoins chez les patients atteints de diabète de type 2, car le pied diabétique est l'une des principales complications de la maladie et l'une des causes constantes des hospitalisations et des amputations chez ces patients.</p> <p>Des études ont mis en évidence l'importance de la famille comme étant une motivation pour l'observance thérapeutique, puisque le soutien et</p>

	la participation familiale ont un effet positif sur l'amélioration des comportements d'autosoins.
Cadre de recherche	Les auteurs ont choisi d'intégrer le concept d'autosoin défini par Orem comme la pratique d'activités pour le maintien de la vie, de la santé et du bien-être, menée par l'individu pour son propre bénéfice. Lorsqu'elle est menée efficacement, elle contribue au maintien de l'intégrité et de la fonctionnalité de l'être humain. La participation active du patient, par le biais d'activités d'autosoins, constitue la clé principale du contrôle du diabète puisque les patients et les membres de leur famille sont responsables de plus de 95 % du traitement. (Sá et al., 2015)
Buts et question de recherche	L'objectif de cette étude est d'analyser l'autosoin des patients atteints de diabète de type 2 dans le cadre du programme de stratégie en matière de santé familiale à Teresina. Les auteurs tentent d'explorer les actions prises par l'infirmière dans la prévention des complications du pied diabétique et son impact sur l'adhésion du patient aux soins de pieds.
MÉTHODE	
Population et échantillon	La population de recherche comprend 8 709 patients atteints de diabète de type 2 suivis par les équipes de la FMH. Par le biais d'un simple échantillon aléatoire, 368 personnes ont été sélectionnées, dont 331 interviewés. Les participants ont été inclus et enregistrés dans le SIS-HIPERDIA et ceux-ci sont suivis par la même équipe FHS pendant 12 mois au moins.
Considérations éthiques	L'approche de recrutement des participants s'est faite dans une salle privée. Ils ont été informés sur les objectifs de la recherche avec l'assurance de l'anonymat. Pour ceux qui ont accepté, un formulaire de consentement à signer a été envoyé.
Devis de recherche	Il s'agit d'une étude descriptive et transversale, développée dans des centres de santé qui intègrent la Fondation municipale de santé (FMH) de Teresina-PI.
Modes de collectes de données	La collecte des données a été faite avec la version traduite et adaptée pour la culture brésilienne qui est le Résumé des activités d'autogestion du diabète ( <i>Summary of Diabetes Self-Care Activities</i> ) (SDSCA), qui est une stratégie de mesure d'activités d'autosoins chez les personnes atteintes de diabète. Les informations sur les

	<p>caractéristiques socio-économiques des activités d'autopromotion des soins de pieds ont été orientées et obtenues par l'infirmière à l'aide d'un instrument structuré.</p> <p>La version brésilienne du SDSCA se compose de 15 éléments, dont trois adressés, pour les soins de pieds. L'évaluation est paramétrique en jours de la semaine, sur une échelle de 0 à 7 correspondant à leur comportement des sept derniers jours. L'adhérence aux activités d'autogestion des soins de pieds est considérée comme satisfaisant si le score était égal ou supérieur à 5.</p>
Conduite de la recherche	Les auteurs ont décidé d'appliquer la version brésilienne du SDSCA dans les entretiens en raison du faible niveau d'éducation des participants.
Analyse des données	<p>L'analyse des données a été effectuée à l'aide des statistiques descriptives avec le logiciel Statistical Package for Social Sciences for Windows (SPSS for Windows) version. 18.0.</p> <p>Le Kolmogorov-Smirnov a permis la vérification de la normalité des données. En raison d'une distribution non normale, un test non paramétrique de Mann-Whitney (test U) a été utilisé pour évaluer les différences entre les orientations des soins infirmiers et les items du SDSCA ciblés sur les soins de pieds.</p> <p>L'association entre l'orientation donnée par les infirmières et l'adhérence des items de la SDSCA concernant les soins de pieds a été possible grâce à l'utilisation du système non paramétrique Mann-Test de Whitney.</p> <p>Le test a été jugé significatif, par une valeur de <math>p &lt; 0,05</math>.</p>
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	Les résultats sont présentés sous forme de tableaux avec un texte narratif. Concernant les caractéristiques socio-économiques de l'échantillon, 223 sont des femmes (67,4 %), 203 sont mariées (61,3 %), l'âge moyen est de 59,05 ans (écart-type de 9,70) et 4,6 (SD=4.34) années d'études. En moyenne, 4,14 personnes (SD = 1.97) vivent dans le même ménage avec un



	<p>revenu mensuel moyen de 1 081 001 réal (SD = 768,98).</p> <p>En ce qui concerne les actions de promotion des activités d'autogestion des soins de pieds orientés par les infirmières, 178 participants (53,8 %) ont déclaré n'avoir jamais reçu des informations par l'infirmière concernant la nécessité d'observer l'état de leurs pieds et de bien sécher entre les orteils. De plus, 220 participants ont refusé d'être guidés sur l'inspection des chaussures avant de les porter.</p> <p>Il a été constaté que 79,5 % (n = 263) ont subi un examen du pied pendant le service et (n= 319) un test de sensibilité du pied au cours des 12 derniers mois. (Figure 1)</p> <p>Le tableau 1 : Le SDSCA a permis d'analyser l'adhésion à l'item « soins des pieds » qui est de 3,06 jours soit 128 participants le font 5 à 7 jours par semaine. Cependant, seuls 96 participants inspectent à l'intérieur de leurs chaussures (29 %). En ce qui concerne le séchage entre les orteils après s'être lavés les pieds, l'étude ont montré une moyenne de 3,10 jours (n=135) des participants effectuant cette action sur la même fréquence que celle mentionnée précédemment.</p> <p>Tableau 2 : La moyenne des catégories pour les items « vérifier régulièrement les pieds », « inspecter l'intérieur des chaussures », et « sécher entre les orteils » est plus élevée dans le groupe qui prétend avoir reçu les informations de l'infirmière, avec une p-value de &lt;0,05, montrant une association statistiquement significative entre ces items et les variables d'orientation.</p> <p>Ce qui signifie qu'il y a moins de 5 % de chance de réfuter l'hypothèse nulle par erreur. Donc, que les auteurs ont 95 % de chance que la différence existe et ne soit pas due au hasard.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	Les consultations infirmières peuvent aider les personnes à se former à l'autogestion de la santé par le biais d'activités orientées vers un bon contrôle de la glycémie. De plus, durant la consultation, les infirmières doivent élaborer des

	<p>stratégies de promotion des complications du pied diabétique, qui comprend l'inspection quotidienne et un entretien du pied propre et sec (surtout entre les orteils) et encourager les patients à porter des chaussures fermées et les inspecter avant de les porter. Ces mesures peuvent contribuer à prévenir les complications coûteuses, tant physiques qu'émotionnelles. L'examen des membres inférieurs pour identifier le pied à risque doit faire partie d'une consultation infirmière. Dans cette étude, l'information sur la non-exécution de l'examen du pied lors des consultations de l'année précédente est associée à la survenue d'amputations (<math>p &lt; 0,05</math>), avec un risque de 1,9 fois plus élevé que chez les personnes ayant subi un examen du pied. De telles actions doivent être mises en œuvre par les infirmières dans leur routine de soins à cette population, en tenant compte du fait que le pied diabétique est l'une des principales causes d'hospitalisation des personnes atteintes de diabète.</p> <p>Il convient également de prêter attention au faible niveau d'éducation des participants, car les personnes ayant un faible niveau d'éducation peuvent avoir des difficultés à comprendre les recommandations de traitement données par les professionnels de la santé, ce qui peut expliquer la faible adhésion des patients au traitement. Le faible niveau socio-économique de l'échantillon analysé, imposé par le faible revenu familial avec lequel ces personnes vivent, est une caractéristique similaire à celle d'une étude réalisée à Porto Alegre.</p> <p>L'éducation à la santé est une mesure essentielle pour réduire la mise au point et la progression des ulcères du pied, car cette zone est vulnérable aux traumatismes imperceptibles.</p>
Conséquences recommandations	<p>et Ainsi, les résultats de cette étude ont démontré que la population diabétique de Teresina-PI est essentiellement composée de femmes de faible statut socio-économique qui ont besoin d'informations recommandées par des infirmières professionnelles en ce qui concerne les soins des pieds et une faible adhésion à ces activités d'autosoins.</p>

	<p>Il a été noté que les patients ont des limites dans la compréhension de l’item « inspection de l’intérieur des chaussures avant de les porter », puisque cette question ne s’appliquerait qu’à ceux qui avaient des chaussures fermées. La formation et l’éducation continues des équipes interdisciplinaires, en collaboration avec les diabétiques et la société civile, sont nécessaires. Les professionnels des soins de santé primaires doivent être formés pour pratiquer des pratiques éducatives dialogiques et réfléchies qui tiennent compte des aspects culturels des personnes. En outre, les professionnels concernés doivent intensifier les actions de conseil et de communication, car l’efficacité de ces actions est telle que l’on peut s’attendre à ce que des orientations dans l’adhésion aux pratiques d’autogestion de la santé des pieds aient été démontrées. Les données recueillies dans le cadre de cette étude indiquent la nécessité d’approfondir la recherche sur la réflexion et les changements d’activités des infirmières à Teresina — PI, puisque l’absence de tels soins est considérée comme un risque élevé concernant l’apparition de blessures sur le pied, ainsi que les frais de spécialistes et d’hospitalisation.</p>
--	---

Grille n° 2: Foot care education in patients with diabetes at low risk of complications: a consensus statement (2011)

Éléments d’évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre explique clairement les concepts de la recherche. La population visée est précisément présentée et est en lien avec notre travail.
Résumé	<p>Le résumé explique la recherche de manière claire et précise et comporte des objectifs, une méthode, des résultats et une conclusion.</p> <p>Objectifs : dans cet article, les auteurs définissent un cadre pédagogique pour les patients atteints de diabète de type 2 à faible risque de développer des complications du pied.</p>

	<p>Méthode : la méthode se base sur l'expérience et le jugement clinique des experts au travers d'une réunion de groupe d'experts multidisciplinaires.</p> <p>Résultats : 4 comportements à risque sont identifiés pour les patients qui présentent un faible risque de développer des complications du pied.</p> <p>Conclusion : cet article mentionne qu'il manque de la littérature pour les pratiques de soins des pieds.</p> <p>Pour cette présente recherche, les mots clés utilisés comprenaient le diabète, les complications du diabète, le pied diabétique, les soins de pieds, l'autosoin et l'éducation.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème de la recherche est expliqué correctement, cette étude montre qu'il n'y a pas assez d'éducation réalisée chez les patients diabétiques sur le plan d'autosoin des pieds, plus précisément chez les individus ayant un faible risque de développer des complications. Ils ne reçoivent pas assez d'information.</p> <p>Il existe actuellement peu de recherches, guidelines précises relevant la prestation en matière de conseils et de soins des pieds pour les patients diabétiques sans neuropathie établie ou maladies vasculaires périphériques. Une enquête récente non encore publiée montre que les patients ne mettent pas d'importance sur les messages éducatifs qu'ils reçoivent des professionnels. De plus, il est relevé que les patients ont tendance à minimiser les complications du diabète, ils ne voient pas cela comme un danger ou le besoin d'aller consulter. Ils n'ont pas les connaissances suffisantes.</p> <p>Il est mentionné que les patients sont déçus, car selon eux, ils ne reçoivent pas assez de conseils quant à leur santé.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension des écrits a été effectuée, mais il existe actuellement peu de prestations sur l'éducation au patient sur les soins de pied, seulement deux guidelines centrées sur cette population de patients publiée par l'American Diabetes Association. Il est mentionné que l'Institut national de la santé et l'excellente Clinique a publié en 2004 et explique que les professionnels de la santé doivent communiquer et accéder à un terrain d'entente en ce qui concerne</p>

	la prise en charge des patients dans l'éducation des soins des pieds. De plus, l'article relève que l'autogestion des soins de pieds n'est pas entreprise par la plupart des patients diabétiques. D'autres études ont montré une absence de compréhension sur la gravité de la pathologie du diabète. La recherche a démontré que des mesures préventives sont nécessaires et relatives aux complications du pied. C'est pour cette raison que cette étude a proposé des changements de comportement sur le port des chaussures par exemple.
Cadre de recherche	Les concepts principaux sont mis en évidence et sont décrits. Afin d'entreprendre une éducation efficace, il est important que les professionnels de la santé élaborent leur compréhension envers le patient. Il est essentiel qu'un auxiliaire de santé soit présent afin de reconnaître les patients avec un faible risque de développer des complications.
Buts et question de recherche	Le but de la recherche est de proposer une éducation pour les patients diabétiques qui sont considérés comme ayant un faible risque de développer des complications? Ce cadre de recherche met l'accent sur l'importance de la participation des membres à une réunion annuelle dans le but d'effectuer un contrôle des pieds, de maintenir une glycémie dans les normes et de réaliser une auto-inspection régulière des pieds afin d'observer un possible changement. Pour répondre à cette présente problématique, il faudrait guider les professionnels de la santé dans la communication et l'information concernant l'importance des soins des pieds pour les personnes atteintes de diabète.
MÉTHODE	
Population et échantillon	Cette recherche s'est déroulée sur la période de 1995 à 2009. L'étude ne spécifie pas le nombre exact de participants à la recherche. En juin 2009, un groupe multidisciplinaire s'est réuni, constitué de diabétologues, de médecins généralistes, d'un pédiatre, d'un médecin de famille, un psychologue et un pharmacien afin de définir et mettre en place un plan d'action en matière d'un cadre éducatif par les professionnels de la santé prenant en charge les patients diabétiques. Non, l'auteur n'a pas envisagé d'accroître l'échantillonnage. Cette étude a permis d'apporter de nouvelles données sur l'éducation thérapeutique. Les experts ont été encouragés à recommander d'autres mesures sur des données

	fondées probantes à ce sujet. L'étude ne spécifie pas de bases statistiques.
Considérations éthiques	L'étude a été réalisée pour apporter de nouvelles recherches sur la mise en place d'un plan éducatif qui permet de conseiller les personnes atteintes de diabète à faible risque de complication sur la surveillance et les soins du pied.
Devis de recherche	Le devis a permis à l'étude d'atteindre ses objectifs. Le devis n'est pas clairement explicité, il s'agit d'un rassemblement entre différents professionnels de la santé visant la mise en avant des données les plus probantes concernant les soins de pieds.
Modes de collectes de données	Un questionnaire a été distribué dans le but d'apporter un point de vue clinique différent à celui des diabétologues spécialistes et du psychologue de la santé et donc de fournir une autre perspective du patient. Les auteurs expliquent leur démarche et stratégie de recherche. Avant la réunion, une recherche approfondie portée sur la documentation pertinente a été réalisée à l'aide de méthode sur les bases de données dont Science Direct, NHS evidence, PubMed et la bibliothèque Cochrane.
Conduite de la recherche	L'étude ne comporte pas d'intervention physique entre les patients et les experts. Les documents cliniques de la recherche ont été examinés afin d'identifier leur pertinence par rapport à la thématique de la recherche sur l'éducation des soins de pieds chez les patients diabétiques à faible risque de développer des complications. Des données considérées comme les plus pertinentes ont été diffusées avant la réunion thématique aux experts, dans le but qu'ils les examinent.
Analyse des données	Les données représentent la base de l'élaboration du cadre éducatif qui va permettre éclairer les personnes atteintes de diabète avec un faible risque de développer des complications. Cette recherche montre également l'importance d'apporter une éducation sur les soins des pieds. Les documents utilisés par l'étude considérés comme les plus pertinents ont été diffusés avant la réunion thématique dans le but que les experts les examinent. Les experts ont été encouragés à recommander d'autres publications fondées sur des données factuelles. L'objectif de cette étude est d'établir un consensus sur le contenu des messages en matière d'autosoin qui sont nécessaires pour les patients atteints de diabète. Ces messages sont la base d'un cadre éducatif qui va aider les professionnels de la santé à donner des informations

	aux personnes diabétiques ayant un faible risque de développer des complications ainsi que l'importance des soins de pied.
<b>RÉSULTATS</b>	
Présentation des résultats	<p>L'article ne comporte pas de tableaux, mais les résultats sont décrits par un texte narratif. Malgré le manque de publications sur le sujet de prise en charge du patient diabétique, la recherche se base sur l'expérience clinique et le jugement des experts.</p> <p>Le but de cette recherche est de s'assurer que les patients aient acquis une compréhension en matière de facteurs de risque des complications reliés au diabète, c'est-à-dire une infection ou ulcération du pied notamment, une neuropathie périphérique diabétique.</p> <p>Le niveau de connaissance et de compréhension des patients au sujet du diabète et de ses complications a été évalué. Des échelles ont été utilisées notamment celle de confiance de Nottingham pour les soins de pied pour évaluer le comportement des patients. Cette échelle doit permettre aux patients d'acquérir des connaissances qu'ils n'avaient pas auparavant et cela leur sert à discuter et des questions peuvent être posées dans le but d'apporter de nouvelles connaissances.</p> <p>Les experts ont partagé et ont mis en communs 4 grandes priorités en ce qui concerne l'éducation du patient : un contrôle annuel des pieds chez un professionnel, un maintien d'un contrôle glycémique dans les normes, une surveillance régulière des pieds et le fait d'être capable de signaler tout changement au niveau des pieds auprès des professionnels de santé.</p> <p>Concernant les soins de pieds, les patients diabétiques doivent recevoir un examen sur le plan d'un dépistage 1 fois dans l'année par un professionnel de la santé et le patient doit se sentir en confiance de réaliser ces soins lui-même. Le bénéficiaire de soin a l'assurance que le professionnel de santé lui prodigue les bons soins et est informé des soins reçus et les actions que le patient peut être amené à réaliser lui-même !</p> <p>Le contrôle de la glycémie est démontré au travers de différentes études qui expliquent la relation positive entre la réduction de l'HbA1c en lien avec la</p>

	<p>diminution des risques de complications microvasculaires du diabète comprenant la neuropathie et les ulcères du pied. Ce lien doit être compris par les bénéficiaires de soins dans un langage commun et adéquat. Il est important de mentionner que l'amputation n'est pas forcément une suite des complications de la pathologie du diabète comme la neuropathie ou l'ulcération. Cette présente étude se concentre clairement sur le fait que de nombreuses complications peuvent être évitées si le patient porte une attention particulière sur son diabète en contrôlant sa glycémie.</p> <p>Cette recherche porte également sur la surveillance des pieds, il existe de nombreux patients qui ne contrôlent pas leurs pieds de manière quotidienne. Le fait de visualiser des complications au travers d'images, peut aider les patients à s'engager et à s'occuper de leurs membres inférieurs et ainsi contribuer à la détection précoce de problèmes ou changements dans leur santé et finalement prévenir les complications graves que cette pathologie engendre. Dans la présente étude, les experts ont proposé des pratiques en matière de surveillance portées sur les pieds telles que le changement de couleur, de probables plaies, une douleur ou un engourdissement. Le dernier concept apporté dans cette recherche est l'action de signaler tous changements au niveau des pieds comme la couleur de pieds, une augmentation du volume au niveau des membres inférieurs, une douleur ou un engourdissement. Il est important que les patients soient capables de signaler ces changements à leurs médecins généralistes.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Dans l'étude, il y a des données contradictoires sur l'effet de l'éducation concernant les complications du pied. Dans certaines études, une diminution des complications a été notée tandis que dans d'autres, aucun effet n'a été observé. Le manque d'apport de la part d'un professionnel de la santé peut être insuffisant quant à la motivation du patient afin qu'il adopte de bonnes pratiques en matière de soins de pied. Les résultats de cette étude montrent que le fait de pratiquer de l'autogestion dans la santé des pieds dépend du type d'éducation qu'ils reçoivent.</p>
Conséquences et recommandations	<p>L'institut National de Health and Clinical Excellence recommande une utilisation de différentes approches</p>



	pédagogiques jusqu'à ce que des méthodes optimales soient identifiées. Les professionnels de la santé doivent être pleinement engagés auprès des patients afin de parler autour des soins de pieds. Le comportement des personnes atteintes de diabète doit être pris en considération.
--	---

Grille n° 3: Impact of a diabetic foot care education program on lower limb amputation rate. Vascular Health and Risk Management. (2010)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise les concepts clé de l'étude qui sont : programme éducatif, soins des pieds diabétiques et amputation des membres inférieurs.
Résumé	<p>Contexte : Dans le Royaume d'Arabie saoudite, le taux d'amputation va croître en raison de l'augmentation de l'incidence du diabète. Un programme de soins de pieds diabétique a été mis en place dans la ville médicale du roi Abdulaziz à Riyad, en 2002.</p> <p>Méthode : cette étude est la première analyse du programme de soins de pieds apporté aux personnes diabétiques. Une comparaison entre deux groupes de participants est effectuée. Le groupe « avant » désigne les personnes ayant eu des ulcères du pied diabétiques entre 1983, l'année de création de l'hôpital et en 2002, au moment où le programme a été mis en place. Le groupe « après » comprend les participants ayant développés des ulcères du pied pris en charge entre 2002 et 2004. 41 personnes ont été choisies par hasard de façon rétrospective.</p> <p>Résultats : le groupe « avant » comprend 20 patients (17 hommes) et le groupe « suivant » 21 participants, dont 16 hommes. Le pourcentage d'amputation dans le groupe avant est de 70 % tandis que dans l'autre, il est à 61,9 %.</p> <p>Conclusion : bien que cette étude soit la première analyse, elle a permis d'augmenter la sensibilisation à l'égard des patients et du personnel soignant sur la prévention et la prise en</p>

	charge du pied diabétique et diminuer le taux d'amputation.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Le problème de l'étude est clairement formulé. En effet, les complications du pied dues au diabète sont l'une des principales causes de l'amputation et des physiques problématiques et émotionnels qui en découlent. Le taux de mortalité des patients amputés est de 6 %. L'amputation est coûteuse pour le patient, mais également pour le système de santé. Les problèmes de pieds diabétiques sont l'une des raisons d'admissions des patients à l'hôpital entraînant des milliards de dollars de dépenses dans le monde entier. Dans le monde arabe, et notamment en Arabie saoudite, l'incidence des problèmes de pieds diabétiques pouvant entraîner une amputation est élevée.
Recension des écrits	Une étude nationale récente menée en Arabie saoudite portant sur la prévalence du diabète a montré que 25 % de la population de plus de 40 ans sont touchées par cette pathologie chronique, et que les implications socioéconomiques relatives sont importantes.
Cadre de recherche	Les concepts clés sont mis en évidence : prévention, amputation des membres inférieurs, pied diabétique.
Buts et question de recherche	L'objectif de cette étude rétrospective est d'évaluer l'efficacité de l'impact initial du programme sur le taux d'amputation des membres inférieurs dû à des complications du pied diabétique.
MÉTHODE	
Population et échantillon	Pour cette première analyse, 41 personnes ont été choisies au hasard et examinées rétrospectivement. Les participants ont été séparés en deux groupes : sur les 41, 20 appartiennent « au groupe avant », car ils présentent des complications du pied diabétique entre, 1983 et 2002 et les 21 autres font partis « du groupe après », car ils ont présenté des complications au cours des deux premières années du programme de 2002 à 2004.
Considérations éthiques	Les auteurs ont reçu l'approbation du comité de recherche de l'hôpital et de l'université.

Devis de recherche	Le devis de cette recherche n'est pas défini clairement. C'est une étude comparative qui étudie l'influence des soins de pieds entre deux groupes.
Modes de collectes de données	<p>Une recherche dans les dossiers de soins de chaque patient a été effectuée afin de voir s'il y a déjà eu des admissions ou des consultations externes liées à des complications du pied diabétique.</p> <p>Une fiche technique (annexe 2) conçue pour inclure de multiples paramètres liés à la prise en charge du pied diabétique a été remplie par un étudiant en médecine et supervisée et révisée par l'auteur. Les données démographiques comprennent : le sexe, l'âge, le type de diabète, les complications, la durée du diabète, les comorbidités, la présentation, les enquêtes et les données opérationnelles. Seules les données en lien avec l'étude ont été analysées.</p> <p>Lors de la mise en place des quatre ateliers, des questionnaires ont été remplis à la fin de chaque activité et de courts questionnaires ont été distribués à des moments choisis au hasard pour évaluer les connaissances des patients et du personnel sur le programme.</p>
Conduite de la recherche	<p>En 2002, une équipe de soins de pieds diabétiques a été formée afin de réviser, améliorer et proposer un programme de soins de pieds diabétiques. Cette équipe est composée : d'un chirurgien vasculaire, d'un diabétologue, d'un infectiologue, d'un éducateur en diabétologie et d'infirmières chirurgicales et médicales ainsi qu'un chirurgien général.</p> <p>Le programme comprend de l'éducation sur les soins de pieds pour le personnel soignant qui comprend ces différents éléments : comment stratifier et gérer les patients dans les catégories à risque faible et élevé ; comment appliquer les protocoles normalisés des soins des plaies ; comment suivre les lignes directrices établies dans le système de référence de l'établissement pour les patients diabétiques à risque faible ou élevé ?</p> <p>Le programme d'éducation pour le personnel comporte des conférences sur les soins de pieds</p>

	<p>diabétiques données à des intervalles et atelier régulier. Le programme de la matinée comprend des conférences didactiques avec des illustrations photographiques, ainsi que des discussions interactives. Pour l'après-midi, les participants se sont divisés en groupes et passent dans chaque stand : le premier implique un travail pratique sur la façon d'évaluer la vascularisation du pied ; dans le deuxième, un médecin enseigne la bonne manière de surveiller la présence d'une neuropathie et le troisième stand qui consiste à donner des connaissances générales sur l'importance d'avoir des chaussures adaptées.</p> <p>À la fin de l'année 2004, 4 ateliers ont été organisés, avec un total de 98 participants. L'éducation des patients a été fournie principalement par un éducateur en diabétologie, qui a animé des séries éducatives et distribué des dépliants éducatifs. L'équipe du pied diabétique a surveillé le programme par l'entremise de la rétroaction du personnel de soins de santé et des patients.</p>
Analyse des données	<p>L'analyse des données s'est faite avec le programme SPSS. Les tests de khi-deux ont été utilisés pour comparer les données catégorielles et des tests T ont été utilisés pour les mesures catégorielles et continues. La signification statistique a été déclarée pour des valeurs de <math>p=0.05</math>.</p>
<b>RÉSULTATS</b>	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés sous forme de tableau accompagné d'un texte narratif. Les objectifs de l'étude ont été analysés.</p> <p><b>Résultats démographiques</b></p> <p>Résultats du groupe avant : Les hommes représentent 85 % du groupe dont la moyenne d'âge était de 58,6 ans. Il n'y avait aucune neuropathie et de problèmes vasculaires.</p> <p>Résultats du groupe après : les hommes représentent 76,2 % du groupe, avec une moyenne d'âge de 61,1 ans. 23,8 % des participants présentent des neuropathies et 4,8 % des problèmes vasculaires.</p>

	<p>La durée moyenne du diabète dans les deux groupes n'est pas significative, car neuf patients n'ont pas de documentation.</p> <p><b>Présentation et investigations</b> Tous les adhérents du groupe « après » présentent un ulcère comparativement à 85 % du groupe « avant ». De plus, les participants du groupe « après » ont plus de chance de présenter une gangrène et une ostéomyélite à 63,3 % et 42,9 respectivement.</p> <p><b>Niveau d'amputation</b> Il y a un taux plus élevé d'amputation dans le groupe « avant » de 70 % contre 61,9 % dans l'autre groupe. L'amputation de l'orteil est plus faible dans le groupe « après » avec 28,6 % tandis que l'amputation sous le genou est plus élevée dans le groupe « avant » avec 33,3 %.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Des études menées dans plusieurs pays développés rapportent qu'une sensibilisation accrue aux soins du pied diabétique, ainsi qu'à leur prévention et prise en charge a permis de réduire de 50 % le taux d'amputation. Cependant, on peut s'apercevoir qu'aucun pays en voie de développement n'a pas mis en place un tel projet bien que l'incidence du diabète et des complications liés à celle-ci soit plus élevée. D'après l'auteur, leur programme est considéré comme la première tentative.</p> <p>Les résultats de l'étude démontrent que tous les patients du groupe « après » présentent un ulcère du pied et ceci peut s'expliquer par la sensibilisation accrue du public à l'égard des professionnels qui ont participé au projet et qui sont devenus plus conscients de l'importance d'orienter les patients précocement vers un spécialiste. Grâce au programme, les participants ont appris à chercher un avis médical lorsqu'ils ont trouvé des lésions sur leurs pieds, ce qui peut expliquer le taux faible d'amputation d'orteil dans le groupe « après » en raison de la prise en charge précoce. De plus, le groupe « après » a un plus grand taux d'amputation sous le genou pouvait être lié à la sélection aléatoire de données ou par la représentation des patients d'autres villes ou</p>

	<p>hôpitaux qui n'ont pas de programme de soins de pieds.</p> <p>Les résultats initiaux rapportés par cette recherche ne reproduisent pas ceux d'autres études internationales ont eu ont pu démontrer l'efficacité des programmes de soins des pieds diabétiques dans la réduction du taux d'amputation. Toutefois, ces études ont également à un stade précoce. Les auteurs pensent que la deuxième étape de l'évaluation démontre qu'il y a eu une amélioration importante du taux d'amputation des membres inférieurs des patients diabétiques hospitalisés dans leur hôpital.</p> <p>Les limites de l'étude : petit échantillonnage, la courte durée du suivi et l'absence de données dans les graphiques des deux groupes. De plus, d'autres facteurs propres à la région du monde ont sûrement contribué au retard dans l'obtention des résultats du programme. En effet, ces facteurs sont : l'éducation avec un haut pourcentage d'analphabète, les médias qui portent moins d'attention aux problèmes médicaux, et la croyance commune qui est d'après l'auteur la plus importante que la gestion traditionnelle est plus efficace que la médecine moderne.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les pays développés diffèrent des nations en développement par les ressources qu'ils ont à disposition et le niveau de soutien gouvernemental. Le programme développé en Arabie saoudite ne demande pas d'aide financière ou de ressources avancées, c'est pourquoi les auteurs le recommandant dans les pays en voie de développement.</p>

Grille n ° 4: Effect of Intensive Nursing Education on the Prevention of Diabetic Foot Ulceration Among Patients with High-Risk Diabetic Foot

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise les concepts et la population : impact de l'éducation intensive en soins infirmiers, ulcération

	des pieds diabétiques chez les personnes atteintes de diabète et étant à risque de développer un ulcère.
Résumé	<p>Le résumé de cet article contient les informations suivantes :</p> <p>Le but de cette étude est de discuter autour de l'effet de la formation infirmiers intensive sur la prévention de l'ulcération du pied diabétique chez les personnes à risques. Méthode : 185 patients diabétiques ayant un risque élevé de développer un ulcère du pied ont participé à l'étude et ont reçu une formation intensive en soins infirmiers sur les soins de pieds. Une fois que l'ulcération a été développée, les facteurs d'inductions, l'incidence et leur état ont été évalués et analysés avant et après la formation intensive en soins infirmiers. Résultat : des améliorations significatives dans le groupe de traitement extrême par rapport au groupe témoin en ce qui concerne la glycémie plasmatique, la tension artérielle et le taux de cholestérol des lipoprotéines de haute densité ont été démontrées. De plus, il a été soulevé, que, l'enseignement infirmier intensif aide à prévenir l'ulcération du pied diabétique et à réduire le taux d'amputation chez les patients à haut risque de pied diabétique.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	L'augmentation de la prévalence du diabète est susceptible d'entraîner une augmentation concomitante de ses complications, chez les personnes diabétiques, dont le pied diabétique qui est l'une des raisons les plus importantes menant à l'invalidité ou la mortalité en Chine. Ces complications constituent un problème de santé publique croissant.
Recension des écrits	<p>L'enseignement sur les principes de l'auto-examen des pieds et des soins de pieds est préconisé depuis longtemps comme essentiel des stratégies de prévention et est largement utilisé dans la pratique clinique. L'identification précoce des tissus à risque d'ulcère pourrait donc permettre des soins préventifs appropriés, réduisant ainsi l'incidence des ulcères du pied. Cependant, jusqu'à maintenant, peu de données de suivi à long terme sur l'effet de la formation infirmière intensive sur la prévention des ulcères du pied diabétique a été démontré.</p> <p>Concernant les couts financiers induits par le traitement des ulcères du pied diabétiques, cela représenterait plus d'un tiers du cout total du diabète</p>

	et de ses complications. Dans certaines provinces et villes de Chine, la durée moyenne d'hospitalisation d'un pied diabétique était de 26 jours, avec un cout moyen de 14 906 yuan RMB (environ 2 424 \$ US).
Cadre de recherche	Non, les concepts clé ne sont pas mis en avant et de définissent pas le plan conceptuel.
Buts et question de recherche	Le but de cette étude est d'étudier l'effet de l'enseignement intensif infirmier sur la prévention de l'ulcération du pied diabétique et sur la diminution du taux d'amputation des membres inférieurs.
MÉTHODE	
Population et échantillon	L'échantillon comprend 185 participants (n=185) tous atteints du diabète de type 2 et ayant un risque élevé de développer des ulcérations du pied diabétique.
Considérations éthiques	Tous les participants ont signé un consentement éclairé.
Devis de recherche	C'est une étude comparative entre un groupe recevant une éducation intensive sur les soins de pieds et un groupe ne recevant pas cette formation.
Modes de collectes de données	A chaque suivi trimestriel, les patients ont été invités à remplir un questionnaire sur les risques d'ulcérations du pied diabétique. Le glucose plasmatique, la tension artérielle et le pouls de l'artère dorsale du pied ont également été examinés.
Conduite de la recherche	Tous les renseignements généraux de chaque patient ont été récoltés : des antécédents médicaux, d'ulcération, des complications et comorbidités. De plus, un examen clinique a été effectué. Les patients ont reçu une formation intensive en soins infirmiers, notamment une éducation individualisée sur les connaissances relatives au diabète et les maladies du pied diabétique portées sur les soins de pieds (la bonne manière de laver, sécher, choix des chaussures, etc.) Le suivi a duré 2 ans.
Analyse des données	Les variables continues distribuées normalement ont été exprimées sous la forme de moyennes-valeurs de l'écart-type (SD) et ont été comparé entre deux groupes à l'aide du test T. Les variables non distribuées normalement ont été comparées au test de Mann-Whitney U. Les données catégoriques ont été comparées à l'aide du test exact de Fisher. Pour toutes les analyses statistiques, une p-value de $p < 0,05$ a été considéré comme statistiquement significative.



RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés sous forme de tableaux accompagnés d'un texte narratif. Une corrélation a été effectuée entre l'âge et ceux qui ont développé un ulcère du pied en premier. Parmi les 29 patients ayant des antécédents d'ulcération du pied, il a été constaté que les patients diabétiques présentant un pied à risque constituent un risque plus élevé d'ulcération du pied diabétique au-dessus de l'âge de 50 ans.</p> <p>De plus, les résultats ont démontré une diminution significative du taux de glucose sanguin à jeun, et de la pression artérielle systolique et diastolique après avoir reçu une formation extrême en soins infirmiers.</p> <p>Pour terminer, l'incidence de l'ulcération du pied, le site de l'ulcération et le pronostic de développer un ulcère avant et après une formation intensive en soins infirmiers ont été analysés. Une amélioration significative a été observée concernant les ulcérations ne nécessitant plus le besoin d'amputé après un apprentissage en soins avec une p-value à 0,002.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats démontrent le succès et la faisabilité de la formation intensive en soins infirmiers selon les auteurs, car de nombreux facteurs de risques d'amputation peuvent être évités par l'éducation.</p> <p>Les résultats de l'étude corroborent avec les rapports antérieurs selon lesquels la prévalence des ulcères du pied est d'environ 4 à 20 % chez les patients diabétiques. Dans cette étude, 15,7 % des patients diabétiques à risque élevé de pied diabétique ont des antécédents d'ulcération du pied. Les 185 patients diabétiques à haut risque de maladie du pied diabétique ont reçu une formation intensive en soins infirmiers et ont été suivis pendant deux ans. Après un accompagnement de 2 ans, l'incidence des ulcères du pied a été significativement réduite.</p>
Conséquences et recommandations	<p>La formation en soins infirmiers intensive est faisable et facile à mettre en pratique et a un effet multiplicateur sur la prévention des ulcères du pied diabétique. La Chine comporte une grande population et l'ulcère du pied diabétique peut devenir plus fréquent dans la pratique clinique sous la</p>

	<p>prévalence croissante du diabète. Cependant, les ressources en santé publique sont insuffisantes dans de nombreux districts. Ainsi, la prévention devient très importante, en particulier pour les patients diabétiques avec un pied à haut risque. Dans cette étude, l'incidence des ulcères du pied chez les patients à risque élevé a été considérablement réduite, tout comme l'incidence des ulcères multiples et le taux d'amputation. L'éducation sur le diabète, les maladies du pied diabétique et l'orientation correcte dans les soins podologiques peut diminuer l'élaboration des ulcères du pied. L'enseignement infirmier intensif est peu coûteux, facile à mettre en pratique, très faisable et peut être dispensé à grande échelle dans les hôpitaux à tous les niveaux, ce qui est très instructif pour le travail clinique. Des échantillons plus importants, des tests contrôlés randomisés et des durées de suivi plus longues sont encore nécessaires pour clarifier davantage l'effet de l'enseignement infirmier intensif sur l'ulcération du pied diabétique.</p>
--	--

Grille n ° 5: Exploring the impact of structured foot health education on the rate of lower extremity amputation in adults with type 2 diabetes. A systematic review (2012).

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre de la revue systématique met en évidence les concepts clé qui sont ; l'amputation d'un membre inférieur ainsi que l'éducation à la santé chez les adultes souffrants de diabète de type 2.
Résumé	<p>Problème : le diabète de type 2 est un problème de santé publique qui engendre des amputations dues aux ulcères des pieds.</p> <p>Méthode : cette étude est une revue systématique qui est basée sur une recherche dans les bases de données en ligne comme Medline OVID, Cochrane, AMED et Eivibase et complétée par des recherches manuelles à l'aide de mots-clés. 8 articles ont été retenus, car ils répondaient aux buts de cette étude.</p> <p>Résultats : tous les articles retenus favorisent l'utilisation de l'éducation du pied diabétique pour réduire ou alors retarder l'apparition des</p>

	complications telle que l'amputation, toutefois celui-ci ne doit pas être un programme isolé.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Les auteurs décrivent l'importance de cette revue. Il s'agit ici d'évaluer l'efficacité des programmes structurés d'éducation sur la santé des pieds afin de réduire l'incidence de l'amputation des membres inférieurs chez les adultes atteints de diabète de type 2. Le diabète sucré de type 2 étant un problème de santé publique très répandu. Le diabète réduit l'espérance de vie de 5 à 10 ans. Au Royaume-Uni, environ 5000 personnes subissent chaque année une amputation d'une jambe, d'un pied ou d'un orteil.
Recension des écrits	L'éducation en matière de soins de pieds comprend une hygiène des pieds, la prise en charge des callosités, le dépistage et traitement précoce des infections fongiques et le port de chaussures appropriées. Toutefois, d'après les auteurs, il n'y a pas suffisamment de données probantes pour recommander le type d'éducation et la fréquence des séances de formation sur les soins de pieds.
Cadre de recherche	Les concepts clés sont mis en évidence : adulte atteint de diabète de type 2 — éducation de la santé – taux d'amputation des extrémités.
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est d'évaluer l'efficacité de l'éducation des soins de pieds sur l'augmentation de bonnes pratiques en matière de santé des pieds qui réduira les amputations des membres inférieurs chez les adultes touchées par le diabète de type 2, par rapport aux adultes diabétiques effectuant, des soins de pieds standards.</p> <p>Les objectifs sont d'effectuer une recherche exhaustive de littérature à l'aide des bases de données électriques ainsi qu'une recherche manuelle dans les revues à partir de mots-clés sur la gestion du diabète de type 2 en utilisant l'approche d'éducation des patients. D'une autre part, de sélectionner les études de recherches les plus pertinentes sur l'effet de l'éducation des soins de pieds sur l'amputation chez les adultes diabétiques. Évaluer et synthétiser les éléments recueillis lors de la recherche à l'aide d'une liste de contrôle appropriée. D'identifier et discuter autour des implications des résultats obtenus pour la recherche et la pratique clinique futures.</p>

	<p>La question de recherche est la suivante : l'éducation du pied est-elle une intervention efficace pour prévenir ou retarder l'apparition de l'amputation des membres inférieurs chez les adultes atteints de diabète de type 2 ? De plus, les auteurs émettent l'hypothèse que les patients ayant subi une amputation d'un membre inférieur ont une qualité de vie réduite.</p>
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>L'étude menée est un essai comparatif randomisé : l'étude de Barth (n = 350) ; l'étude de Malone (n = 203) ; l'étude de Sun (n= 302) ; l'étude de Borges (n=167) ; l'étude de Corbett (n=40), l'étude de Lincoln (n=172) ; celle de Litzelman (n= 395) et pour finir l'étude de Viswanathan (n=4872). La stratégie de recrutement a été menée dans les centres du diabète, toutefois cela pouvant exclure les potentiels participants ne fréquentant pas un centre du diabète.</p>
Considérations éthiques	<p>Les auteurs ont examiné les implications éthiques y compris l'interruption du traitement jugée nécessaire par les participants de l'étude. Les auteurs ont obtenu le consentement des participants au moment de l'étude et demandé l'approbation du comité d'éthique.</p>
Devis de recherche	<p>L'étude est un mélange de deux essais comparatifs randomisés rétrospectifs qui est le meilleur moyen d'évaluer les effets bénéfiques d'une approche thérapeutique. Un des auteurs n'a pas spécifié la conception de l'étude, toutefois la répartition des participants en groupe et l'analyse des résultats suggère également un essai comparatif randomisé. Les modèles de recherches des articles sélectionnés ont permis de répondre à la question de recherche.</p> <p>Le temps de suivi des études varie entre 1 mois et 2 ans.</p>
Modes de collectes de données	<p>La collecte des données s'est faite principalement auprès de bases de données et revues en ligne (documents publiés et documents de travail). Les termes de recherche ont été utilisés sur Ovid Medline (1950 à janvier 2010), AMED (1985 à</p>

	<p>2010) et EMBASE (1980 à 2010) et résumé de l'ACR (1973 à 2010).</p> <p>Les auteurs ont recueilli les données sous forme de questionnaires administrés par les chercheurs, questionnaires autoadministrés par le patient et comparaison des détails avec les dossiers de l'hôpital; par entrevue structurée; questions directes sur le comportement et l'observation en matière de soins des pieds; évaluation physique et évaluation clinique.</p>
Conduite de la recherche	<p>L'intervention dans cette étude est d'évaluer l'efficacité de l'éducation sur les soins de pieds. La nature de l'étude n'a pas permis d'aveugler les participants, car ils pouvaient facilement savoir s'ils recevaient ou non une intervention. Toutefois, trois des études ont vu leurs chercheurs clés participer à la collecte des données à l'insu des groupes auxquels les participants appartiennent, ce qui est une manière de minimiser les biais. Trois autres articles sélectionnés n'indiquent pas si les participants ou les chercheurs sont aveuglés par les groupes.</p>
Analyse des données	<p>Les articles sélectionnés ont été évalués à l'aide du programme de compétences en matière d'évaluation critique des essais comparatifs randomisés (CASP) ceci en raison de sa pertinence par rapport aux études antérieures. Les 10 questions de l'outil d'évaluation ont été suivies méthodiquement pour déterminer la force, la faiblesse et la véracité des données probantes dans les études et mettre en évidence les limites de chaque étude.</p> <p>Les données récupérées ont été analysées à l'aide d'une analyse descriptive et ceci afin d'évaluer si le résultat sur l'effet du traitement a été significatif et si les effets ont été uniformes d'une étude à l'autre. Les auteurs présentent les résultats de chaque étude dans un résumé.</p>
<b>RÉSULTATS</b>	
Présentation des résultats	<p>Un résumé des résultats a été présenté sous forme de graphique et de tableaux.</p> <p>Les auteurs indiquent que les articles sélectionnés sont tous valides, car ils répondent aux buts principaux de la question de recherche. Ils ont tous mesuré l'impact de l'intervention éducative sur les</p>

	<p>soins de pieds, les comportements d'autogestion et la conception des complications liées au diabète.</p> <p>Des variations entre les études sont observées : dans trois études, les interventions éducatives se font en groupe tandis que les cinq autres offrent des formations individualisées sur les soins de pieds. Une variation de suivi de 3 à 30 mois dans la durée de la section éducative de 1 à 8 heures et des variations dans l'âge et la durée du diabète a été observée.</p> <p>La principale mesure des résultats est le taux d'amputation des membres inférieurs tandis que les mesures des résultats secondaires sont l'amélioration des connaissances en matière de soins de pieds et le respect de routines recommandées, les taux d'ulcération et les problèmes dermatologiques.</p> <p>Pour l'étude de Barth, le groupe d'intervention a montré des résultats significatifs dans l'amélioration des connaissances en matière de soins de pieds, le respect des soins de pieds recommandés et la réduction du nombre de problèmes de pieds nécessitant un traitement par rapport au groupe témoin.</p> <p>L'étude de Malone montre que les taux d'amputations et d'ulcérations sont trois fois plus élevés dans le groupe témoin. L'incidence de l'infection est la même dans les deux groupes.</p> <p>Une autre étude menée par Sun, a observé une diminution de 5 % des problèmes graves du pied (amputation, ulcère et gangrène) dans les deux groupes. Il y a plus de problèmes dermatologiques dans le groupe témoin que dans le groupe d'intervention.</p> <p>L'étude de Borges a démontré une augmentation significative entre les données de base et le suivi des comportements d'autosoins des pieds au sein du groupe témoin et du groupe d'intervention, et aucune différence significative au sein du groupe d'évaluation du risque. Une différence significative a été observée dans les soins d'autogestion de pieds entre les groupes.</p>
--	--

	<p>L'étude de Corbett mentionne une diminution des complications des membres inférieurs. Des changements importants dans les connaissances et les pratiques d'autosoins ont été observés dans le groupe d'intervention par rapport au groupe témoin entre l'évaluation initiale et l'évaluation secondaire après 12 semaines.</p> <p>L'étude de Lincoln rapporte que l'éducation sur les soins des pieds n'a eu aucun effet sur le taux d'AMI entre les deux groupes. Il n'y a pas de différence significative dans l'incidence des ulcères à 6 mois ou à 12 mois entre les deux groupes. Cependant, le groupe d'intervention a amélioré de façon significative son comportement en matière de soins des pieds par rapport au groupe témoin.</p> <p>L'étude démontre que, les patients recevant une éducation, sont moins susceptibles d'avoir des lésions graves au pied ou des anomalies dermatologiques que les patients témoins. Le groupe d'intervention a signalé des comportements plus appropriés en matière de soins de pieds que les groupes témoins.</p> <p>La dernière étude menée par Viswanathan montre que 26 % des patients n'ayant pas suivi les conseils éducatifs ont développé de nouveaux problèmes, dont 14 % ont subi une intervention chirurgicale. 5 % des participants qui ont suivi des conseils en matière d'éducation ont éprouvé de nouveaux problèmes et seulement 3 % ont dû subir une intervention.</p> <p>Les auteurs n'ont pas indiqué le nombre de participants qui ont suivi les conseils en matière d'éducation ni le groupe auquel appartenaient les 5 % qui ont suivi les conseils en matière d'éducation et qui ont ensuite éprouvé des problèmes.</p> <p>En résumé, les auteurs ont été en mesure de démontrer l'impact positif de l'éducation à la santé des pieds concernant l'observance du traitement, la pratique des soins de pieds et la diminution des complications, même si certains résultats peuvent être discutés.</p>
DISCUSSION	

Interprétations des résultats	<p>Les résultats de l'étude montrent l'effet bénéfique de l'éducation du pied diabétique. Toutefois, ils soulignent l'importance de respecter les besoins et objectifs individuels et le niveau d'alphabétisation de chaque patient. De plus, d'autres aspects doivent être intégrés dans la prise en charge doivent être par exemple le changement de mode de vie (ex : l'alimentation, l'exercice, abandon du tabac).</p> <p>D'un point de vue financier du NHS, l'éducation des soins de pied réduit le nombre de consultation ambulatoire et de réadaptation. Les limites de l'article comprennent le recours à un seul examinateur qui peut introduire un biais, le recours à une synthèse narrative plutôt qu'à la méta-analyse et aux choix du langage.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les résultats de cette étude montrent un impact positif des séances d'éducation sur la santé et le bien-être des patients impliqués dans l'éducation des soins de pieds, et donc une meilleure qualité de vie. De plus, les patients bénéficient d'une meilleure prise en charge avec une réduction de la dépression.</p> <p>Les auteurs suggèrent des recommandations : toutes personnes nouvellement diagnostiquées doivent se voir offrir une éducation des soins de pieds. Les professionnels de santé telle que les infirmières doivent être formées et encouragées dans l'accomplissement de l'éducation des patients diabétiques qu'elles ont en charge. De plus, les praticiens doivent s'efforcer d'améliorer les séances d'éducation du pied diabétique en réévaluant le programme d'éducation et en y apportant des modifications si nécessaire.</p>

Grille n° 6: Knowledge, attitudes and practices for the prevention of diabetic foot.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise les concepts : les comportements visant la prévention du pied diabétique.
Résumé	Le résumé de cette recherche met directement en avant les objectifs de l'étude. Il ne comporte pas clairement de problème, de méthode, de résultats et



	<p>de discussion, le résumé est présenté sous la forme d'un texte narratif.</p> <p>Cet article s'est basé sur une recherche transversale menée dans 2 unités de soins de famille dans la ville de Picos au Brésil, le tout comprenant 85 diabétiques des deux sexes. L'outil de recherche est un questionnaire semi-structuré qui étudie les attitudes et les pratiques des participants.</p> <p>Il s'agit d'identifier les connaissances, les attitudes et les pratiques en lien avec la prévention du pied diabétique chez les patients atteints de diabète de type 2. Les auteurs mettent l'accent sur le développement des stratégies éducatives dans le but de sensibiliser les patients diabétiques et les professionnels de la santé.</p> <p>Les descripteurs de cette recherche sont le diabète sucré de type 2, le pied diabétique, les attitudes et les pratiques en matière de santé.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Il est mentionné dans la présente étude que le diabète entraîne des complications chroniques qui sont le fruit d'un enjeu important pour les professionnels de la santé qui accompagnent les personnes diabétiques dans la prise en soin de leur pathologie dans le contrôle de la glycémie.</p> <p>Il a été relevé que, l'enjeu actuel concernant les complications chroniques du diabète pour les professionnels de la santé est le contrôle glycémique, car celui-ci peut engendrer des conséquences irréversibles telles que la rétinopathie, la néphropathie, des maladies cérébro-vasculaires, des maladies vasculaires périphériques et des maladies touchant les artères coronaires.</p> <p>Le problème est pertinent et apporte des connaissances sur les maladies chroniques actuelles telles que le diabète. Les complications de cette pathologie peuvent être graves et conduire à une amputation. La présente étude porte une attention particulière sur les maladies vasculaires périphériques notamment la neuropathie diabétique.</p> <p>Le diabète fait partie actuellement des pathologies chroniques dégénératives avec un taux élevé de</p>

	<p>mortalité, particulièrement le diabète de type 2. Cela est un problème de santé publique et toutes les années cette maladie augmente encore dans les pays du monde entier. Cela engendre des coûts pour les différents traitements et une aggravation de la qualité de vie s'observe chez les personnes souffrantes du diabète.</p>
Recension des écrits	<p>Oui, une recension des écrits est présente. Différentes études montrent l'importance des infirmières dans la prise en charge des patients diabétiques concernant les soins de pied. Ils mettent un centre d'intérêt sur l'évaluation du risque de complication possible comme l'amputation et les autres soins primaires. Ils relèvent que la corrélation entre les soins sociaux et les soins de santé primaires sont à prendre en compte dans l'évaluation ainsi que les facteurs de risques économiques et les activités éducatives dans l'autogestion de la santé (un contrôle glycémique adéquat).</p>
Cadre de recherche	<p>Le diabète entraîne des complications chroniques et cet article se concentre sur la neuropathie diabétique, car celle-ci se développe souvent durant l'évolution de la maladie.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de cette recherche, est d'identifier et de reconnaître les connaissances, les attitudes et les pratiques en ce qui concerne des soins pour finalement assurer la prévention du pied diabétique chez les patients souffrants de diabète de type 2 en deux semaines dans des unités de soins familiaux dans la municipalité de Picos, Piauí au Brésil.</p> <p>L'identification précoce des facteurs associés au développement des ulcères diabétiques favorise l'intervention rapide et efficace des professionnels de la santé dans l'optique de mettre en action des mesures qui visent à retarder l'apparition de ces ulcères. Par exemple, l'éducation au patient et le contrôle métabolique contribuent à cette prise en charge.</p> <p>Il s'agit également d'apporter des soins préventifs concernant les personnes diabétiques souffrants du pied diabétique. Cette prévention comporte plusieurs étapes, notamment un examen qui comprend une observation rigoureuse, une évaluation structurelle ainsi qu'une analyse d'approfondissement sur la neuropathie et la prise du pouls distal.</p>
MÉTHODE	

Population et échantillon	<p>Il s'agit d'une méthode transversale et descriptive. 137 personnes ont participé à la recherche et ont été enregistrées dans le système HIPERDIA dans les deux universités de la municipalité de Picos, Piauí au Brésil. Cette recherche s'est déroulée dans un réseau de soins primaire, l'étude présente a été effectuée dans la zone urbaine, car les conditions sont plus confortables et les participants sont plus nombreux. Les participants doivent être âgés de plus de 18 ans, ils sont tous atteints d'un diabète de type 2. Les deux sexes ont été inclus et enregistrés dans le système HIPERDIA. Les critères d'exclusion comprennent, les patients atteints de troubles cognitifs ou les patients âgés ne sont pas en mesure de remplir le questionnaire de cette étude.</p> <p>L'échantillonnage de commodité de cette étude est non-probabiliste, car les sujets sont choisis à cause de l'accessibilité et la proximité des auteurs, les données ont été recueillies durant des consultations ou des visites à domicile de mars à avril 2012.</p>
Considérations éthiques	Il n'y a pas de considérations éthiques décrites par les auteurs.
Devis de recherche	Le questionnaire utilisé permet d'évaluer l'impact social et économique en matière d'éducation, l'impact des antécédents familiaux de diabète et les années vécues avec la maladie et les différents traitements médicamenteux et non médicamenteux. De plus, des questions ciblées sur les connaissances et les attitudes d'autosoin dans le but de prévenir le pied diabétique sont mises en place.
Modes de collectes de données	Le questionnaire est basé d'un système semi-structuré à partir d'un questionnaire sur les connaissances, les attitudes et les pratiques adaptées de Souza (2008).
Conduite de la recherche	Avant de mettre en pratique cette étude, les chercheurs ont mis en place un essai pilote dans le but d'adapter le mieux possible le questionnaire pour l'enquête réelle.
Analyse des données	Les données de l'étude ont été analysées au travers d'une base de données qui a été créée avec un logiciel Microsoft Excel dans une feuille de calcul, par la suite, les données sont transférées à une version SPSS qui est un package de statistiques pour les sciences sociales. Les mesures statistiques et l'écart-type sont calculés pour les variables connues dans la collecte des données. La proposition de recherche a été soumise à l'équipe de recherche du Comité d'éthique de l'Université fédérale de Piauí.

RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Cet article présente 4 tableaux qui décrivent les résultats de cette recherche.</p> <p>Le premier tableau représente les soins accomplis par les personnes en matière de soins de pied. Il a été observé que 49,5 % des participants ont déclaré qu'ils ne savaient pas comment avoir une bonne hygiène des pieds. 56,5 % des personnes ne connaissent pas la technique adéquate pour couper les ongles correctement.</p> <p>Le deuxième tableau reprend le comportement à adopter afin de prévenir les ulcères au niveau du pied. 80 % des participants ont affirmé qu'ils prennent soin de leurs pieds et dans le but de prévenir des complications 98,5 % ont également répondu par l'affirmative.</p> <p>Par la suite, l'étude a réalisé une action qui vise à prévenir les complications chroniques du pied diabétique et les résultats sont représentés au travers du tableau 3. Plus de la moitié des participants ont déclaré qu'ils observent leurs chaussures avant de les mettre. Concernant les habitudes, 91,8 % des sujets ont affirmé qu'ils coupent leurs ongles.</p> <p>Finalement, les auteurs ont analysé les connaissances, comportements et les attitudes en prenant en compte le genre, cela est montré dans le tableau 4.</p> <p>Les résultats sont exprimés au travers de cette étude par un texte narratif, il est mentionné que sur les 85 personnes interrogées, 62,4 % sont des femmes, âgées de 25 à 87 ans, 45,9 % sont mariées, 55,3 % sont à la retraite et 71,8 % ont un revenu familial plus élevé que la moyenne. Les femmes sont plus disposées à introduire des pratiques d'autosoins. Les hommes ont statistiquement plus de connaissances sur les bonnes chaussures à utiliser. De plus, il est mentionné dans la présente étude (tableau 2), que 82,4 % des patients effectuent l'examen physique de leurs pieds uniquement s'ils reçoivent les informations adéquates dans le but de prévenir les complications du pied diabétique.</p>
DISCUSSION	



	<p>de promouvoir la coopération des patients en matière d'autosoins et de traitement.</p> <p>Le rôle de l'infirmière est d'assurer la continuité des soins en donnant des informations claires et précises aux patients en leur permettant d'avoir des attitudes actives concernant les soins des membres inférieurs et la prévention des complications du diabète.</p> <p>Il demeure de la responsabilité de l'infirmière et des autres professionnels de la santé d'offrir des mesures éducatives afin de promouvoir des connaissances auprès des patients diabétiques. Les auteurs mentionnent également que la famille doit s'impliquer davantage dans la prise en charge de la maladie.</p>
--	--

Grille n° 7: The importance of diabetes foot care education in a primary care setting. (2012)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre rapporte que les examens de pied réalisé par les professionnels de santé ainsi que les mesures éducatives jouent un rôle primordial dans la diminution des complications du pied diabétique. Une compréhension des facteurs en lien avec les soins des pieds et les complications diabétiques est importante pour l'amélioration de la qualité de vie des patients souffrants de diabète.
Résumé	L'article ne comporte pas de résumé structuré (objectif, méthode, résultats et conclusion). Toutefois, il montre l'importance de l'éducation sur les soins du pied diabétique dans les milieux de soins primaires chez les patients diabétiques de type 2
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Malgré les nouvelles avancées, les méthodes d'observations et les traitements pour abaisser les complications de la pathologie du diabète, l'éducation thérapeutique des soins de pied chez les patients diabétiques est un outil efficace dans le but de réduire l'ulcération et l'amputation ne doit pas être sous-estimée.</p> <p>L'éducation du diabète est reconnue comme étant une partie intégrante de la prise en charge chez les patients atteints de diabète.</p>

	<p>Il y a des avancées majeures dans le traitement du diabète, mais malgré cela, la mise en place des progrès demande une approche comportementale et des exigences psychologiques sur les personnes diabétiques. L'objectif principal de l'éducation thérapeutique au diabète est de pouvoir changer les comportements en ce qui concerne les soins de pieds.</p>
Recension des écrits	<p>Malgré les avancées importantes dans le traitement du diabète, la mise en œuvre des progrès exige souvent une approche comportementale et des demandes strictes au niveau psychologique chez les personnes vivant dans la pauvreté et ils ne peuvent pas remplir des méthodes éducatives adéquates. Des stratégies efficaces afin de diminuer les complications du pied diabétique ont été mises en avant dans cette étude, notamment par l'échelle de nationale des programmes d'éducation qui ont démontré une amélioration dans le système de santé publique dans les pays en développement. DESMOND est un programme qui comprend l'éducation sur le diabète et l'autogestion qui s'associe à la méthode NICE qui fait référence aux recommandations sur des programmes d'éducation pour un groupe de patients.</p>
Cadre de recherche	<p>Un programme utilisé sur les données probantes en matière d'éducation compris dans les stratégies les plus efficaces pour réduire les complications du pied diabétique. Ce programme est une philosophie qui comprend un engagement à donner aux personnes diabétiques des moyens de prise en charge de la pathologie du diabète.</p>
Buts et question de recherche	<p>Les auteurs se questionnent sur le rôle des professionnels et les différentes approches en matière d'autogestion des soins de pied dans la pathologie du diabète dans les établissements de soins primaires.</p> <p>L'objectif de cet article est de mettre en évidence l'importance de l'éducation portant sur les soins du pied diabétique dans un centre de soins primaires et enfin de discuter de la manière dont le diabète est appréhendé par chaque patient. Une éducation contribue à l'amélioration des connaissances du patient et peut entraîner un changement de comportement et de qualité de vie de celui-ci.</p>
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>Cette étude comporte une évaluation et l'examen de 243 personnes atteintes de diabète de type 2. Cette</p>

	<p>recherche comprend deux régions de Malte comprenant une population de 126 000 habitants. Les habitants qui vivent dans ces régions ont été invités à participer à cette étude.</p> <p>L'échantillonnage est non probabiliste et volontaire, chaque unité a une chance d'être incluse dans cette étude par cette méthode on ne peut pas estimer la variabilité de l'échantillonnage et donc il n'y a pas de biais. Les auteurs n'ont pas envisagé d'accroître l'échantillon. Il est mentionné que les enquêtes ont été menées en conformité avec les principes de la Déclaration d'Helsinki révisée en 2000. La taille de l'échantillon n'a pas été déterminée par des règles ou des données.</p>
Considérations éthiques	<p>Cette étude a été approuvée par l'éthique de l'Université de Malte Comité de recherche. Le consentement des participants a été pris en compte. L'autorisation a été obtenue pour l'accès des bases de données dans lesquelles les éléments ont été stockés. Concernant l'analyse des données, chaque pied diabétique a été évalué de manière individuelle. Tous les participants ont consenti à la participation de cette recherche.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis de recherche n'est pas clairement démontré. Il s'agit d'une étude comparative entre deux groupes pour évaluer l'impact de l'autogestion des soins de pieds.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils cliniques utilisés dans cette présente recherche étaient fondés sur des données validées. Ces derniers ont été choisis sur la base d'une revue de littérature, des lignes directrices internationales et des consultations avec des experts dans le domaine. Les méthodes d'examen et les modalités des tests ont été entreprises par les deux mêmes enquêteurs afin de garantir l'uniformité.</p>
Conduite de la recherche	<p>Une base de données a été mise en évidence pour enregistrer les examens pratiqués dans cette étude.</p>
Analyse des données	<p>Une autorisation a été obtenue pour l'accès à la base de données dans laquelle les données des patients ont été stockées. Ainsi pour l'analyse des données, chaque patient a été évalué de manière individuelle.</p>
<b>RÉSULTATS</b>	
Présentation des résultats	<p>243 personnes ont participé à l'étude, l'âge moyen est de 68,5 ans, tous souffraient de diabète depuis 12,28 ans. L'échantillonnage est divisé en deux groupes.</p>



	<p>Il a été rapporté après l'examen clinique que 38 % des participants ont présenté des cors ou des callosités à leurs pieds, il a été observé qu'une déformation au niveau de l'hallux valgus était présente dans 49,5 % des cas. De plus, 39 % avaient des orteils en marteau et leurs têtes des métatarses étaient proéminentes dans 24 % des cas, d'autres avaient des proéminences osseuses.</p> <p>Il a été relevé dans cette présente étude que 56 % des participants avaient des chaussures inadaptées à la suite d'un examen biomécanique clinique. 40 % des personnes diabétiques ont affirmé qu'ils ne s'étaient pas rendus chez le podologue et finalement 54 % ont déclaré qu'ils ne se souvenaient pas avoir reçu une éducation thérapeutique en ce qui concerne les soins de pieds. Les auteurs n'ont pas fait analyser les données par des experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Dans cette présente recherche, les auteurs se questionnent sur les différentes approches concernant le pied diabétique et l'éducation offerte aux patients souffrants de diabète de type 2 en matière de soins dans les soins primaires. Cette étude renforce les conclusions d'autres recherches menées par différents instituts sur le dépistage du pied diabétique et l'éducation à l'autogestion du diabète au sein de soins primaires. Il est mentionné que le fait d'identifier et de guider correctement les centres d'intérêts des patients et de se préoccuper de leurs états de santé peut augmenter l'efficacité de l'éducation au diabète.</p> <p>Oui, l'interprétation et les conclusions concordent avec les résultats d'analyse, il est mentionné que dans la pratique clinique actuelle en soins primaires, les professionnels de la santé qui collaborent avec les personnes atteintes de diabète de type 2 ont besoin d'écouter les besoins de chaque sujet et ainsi se montrer empathiques. Le but étant de les préparer au mieux avec des compétences pour les aider à s'adapter aux comportements liés à leurs santés.</p> <p>Il a été indiqué qu'un nombre important de participants à l'étude n'ont jamais consulté un podologue et la majorité des participants n'ont pas le souvenir d'avoir reçu des soins de pieds depuis la pose du diagnostic.</p>

<p>Conséquences recommandations</p>	<p>et</p> <p>À la suite de l'examen, il a été remarqué que la pathologie périphérique vasculaire, la neuropathie sensorielle périphérique et les déformations du pied sont communes chez la plupart des participants. Cela peut laisser considérer que le niveau des soins primaires ou de l'éducation aux patients n'est pas efficace. Cela peut être dû à un manque d'efficacité et de rappel. Les résultats de cette étude peuvent être dus à plusieurs facteurs comprenant la mauvaise communication entre les professionnels de la santé et les patients diabétiques et ainsi une prise en charge insuffisante à cause des horaires chargés des professionnels. Il est également mentionné que les services de santé doivent utiliser plus de ressources pour se concentrer sur ce problème d'éducation.</p> <p>Avant d'avoir une amélioration dans les soins de pieds chez les personnes diabétiques, les auteurs conseillent que les professionnels de la santé avisent des moyens innovateurs qui peuvent aider les personnes atteintes de diabète de type 2 et à maintenir des changements dans leurs comportements et leurs modes de vie. Un service personnalisé (DSMS) a été mis en place avec un suivi continu du diabète ainsi qu'un accent sur l'autogestion dans le but d'aider les personnes atteintes de diabète à atteindre leurs objectifs. Ce service définit une nouvelle approche pour aider les personnes diabétiques à conserver leurs comportements pour gérer leurs vies quotidiennes. Cette méthode est centrée sur le patient tout au long de la prise en charge, elle diffère donc de l'éducation à l'autogestion traditionnelle. Malgré le fait que cette étude ait été menée avec une population diversifiée, cette recherche renforce les conclusions menées par d'autres instituts en matière de dépistage du pied diabétique et l'éducation à l'autogestion du diabète dans les soins primaires si les complications doivent être évitées.</p>
---	---

Grille n° 8: An evaluation of foot care behaviours in individuals with type 2 diabetes living in Malta. (2013)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
------------------------	------------------------------------

Titre	Les concepts clés sont mis en évidence : éducation, évaluation, comportement de soins de pieds et diabète de type 2.
Résumé	Le but de l'étude est d'évaluer le comportement en matière de soins des pieds chez les personnes atteintes de diabète de type 2 vivant à Malte. L'échantillon est de 60 participants qui ont été regroupés selon l'âge (45-64 ans[n=30] et ≥65 ans[n=30]). L'évaluation de Nottingham des soins fonctionnels du pied (NAFF) a été utilisée pour déterminer les comportements des deux groupes en matière de soins du pied. Les résultats n'ont montré aucune différence significative entre les deux groupes concernant le questionnaire. Les deux groupes ont montré un comportement sous-optimal en matière de soins de pieds en ce qui concerne les chaussures, les bas et les traitements des plaies. Pour conclure, les professionnels de la santé jouent un rôle important en aidant les personnes atteintes de diabète à améliorer leur comportement en matière de soins des pieds et leur mode de vie afin de minimiser les complications du pied.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème est clairement formulé. En effet, selon les données épidémiologiques, le total de l'évaluation du nombre de personnes atteintes de diabète doit augmenter de 171 millions en 2000 à 366 millions en 2030 (Wild et al, 2004).</p> <p>En effet, à Malte, 10 % de la population est atteints de diabète, contre 2 à 5 % des pays européens voisins (Rocchiccioli et al, 2005). L'une des complications graves du diabète est l'ulcération du pied diabétique, ce qui provoque une forte la morbidité et la mortalité et représente un fardeau énorme sur l'individu et la société (Boulton et al, 2005).</p>
Recension des écrits	<p>Oui, des recensions des écrits sont présentes.</p> <p>Selon Rathur et Boulton (2007), un mauvais comportement en matière de soins des pieds augmente le risque d'ulcérations, d'amputations et de mortalité. À l'inverse, un comportement adéquat en matière de soins des pieds est important, car les complications du pied peuvent se développer relativement rapidement en l'absence d'un bon contrôle glycémique, même chez les personnes à</p>

	<p>faible risque (Calle-Pascual et al, 2002). De plus, il a été constaté que les individus à faible risque ont de la difficulté à comprendre les risques liés aux complications du pied, à l'altération de la cicatrisation des plaies et au besoin de soins quotidiens de base du pied, comparativement aux personnes à risque élevé (Pollock et al, 2004). L'objectif principal de l'éducation au diabète est de changer le comportement des individus et de promouvoir l'autogestion (Knight et al, 2005 ; Sigurdardottir et al, 2007). Il est important de comprendre tous les facteurs qui peuvent contribuer à des résultats comportementaux sous-optimaux dans les soins des pieds si l'on veut réduire considérablement les taux d'ulcération et d'amputation (Perrin et al, 2009). L'amélioration du comportement en matière de soins des pieds chez les personnes atteintes de diabète de type 2 est considérée comme l'une des stratégies les plus efficaces pour minimiser les complications du pied diabétique (Kurniawan et Petpichetchian, 2011). Pour ce faire, il faut passer du modèle de soins biomédicaux traditionnels à un modèle de soins biopsychosociaux, ce qui favorise un changement positif (Formosa et coll., 2012). Une étude menée par Ryan et Geckle (2000a) a montré qu'il y a un certain ralentissement psychomoteur chez les personnes âgées, mais que l'apprentissage, la mémoire et la résolution de problèmes ne sont pas affectés chez un groupe d'adultes atteints de diabète dont l'âge moyen est de 51 ans ; en outre, Cosway et al (2001) n'ont trouvé aucune preuve de déficience cognitive chez un groupe d'adultes diabétiques dont l'âge moyen est de 57 ans. Cependant, les personnes âgées de <math>\geq 65</math> ans atteintes de diabète ont généralement des troubles de l'apprentissage, de la mémoire verbale et du fonctionnement psychomoteur. Par conséquent, les auteurs ont conclu qu'avec l'âge, les personnes atteintes de diabète sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de mémoire et d'apprentissage liés au diabète. Cependant, il y a peu d'études maltaises explorant de telles différences de comportement dans cette population spécifique, ce qui a motivé la nécessité de mener cette étude dans une population si diversifiée avec une culture unique.</p>
Cadre de recherche	Les personnes présentant un faible risque de développer des complications du pied ont été

	sélectionnées pour l'étude, car elles sont potentiellement vulnérables, ce qui souligne la nécessité d'un régime quotidien adéquat de soins du pied combiné à un bon contrôle glycémique (McInnes et al, 2011).
Buts et question de recherche	Cet article évalue et compare les comportements en matière de soins du pied chez les personnes atteintes de diabète de type 2 à Malte en fonction de l'âge, car il est reconnu dans la littérature que l'âge peut affecter la fonction cognitive.
MÉTHODE	
Population et échantillon	L'échantillon est de 60 participants, qui ont été choisis au hasard selon le principe du « premier à franchir la porte » : 30 sont âgés de 45 à 64 ans et 30 sont âgés de $\geq 65$ ans.
Considérations éthiques	Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'Université de Malte et des personnes ont été recrutées au <i>Diabetes and Endocrine Centre</i> , Mater Dei Hospital, Malta, qui est le seul hôpital public de l'île. Toutes les personnes répondant aux critères d'inclusion (n=60) ont été invitées verbalement et par écrit à participer à l'étude.
Devis de recherche	Cette recherche est une étude comparative non expérimentale utilisant un questionnaire comme mesure quantitative.
Modes de collectes de données	Le comportement en matière de soins des pieds a été évalué au moyen du Nottingham Assessment of Functional Footcare (NAFF; Lincoln et al, 2007), qui a été élaboré pour évaluer le comportement en matière de soins des pieds des personnes atteintes de diabète. La NAFF est une mesure quantitative d'autodéclaration en 29 items dans laquelle les gens se conforment aux comportements recommandés par les professionnels de la santé en matière de soins des pieds ; ce questionnaire a une consistance interne de 0,53 et la fiabilité test-retest est bonne. La NAFF a été traduite en maltais par la méthode de la back translation. (Nusbaum et al, 2001).
Conduite de la recherche	La variable de résultat mesurée pour les deux groupes est le comportement en matière de soins des pieds.  Les entrevues avec les participants ont été menées par le chercheur du Centre Diabetes and Endocrine, à Malte. Le contenu de ce questionnaire a été lu

	aux participants lors d'entretiens individuels en langue maltaise, et les participants ont reçu une assistance pour répondre aux questions s'ils en ont besoin. Il a été demandé aux participants d'évaluer les réponses sur une échelle de Likert (Lincoln et coll., 2007), allant de 0 à 3, pour indiquer la fréquence de la surveillance des comportements en cause. Un score total plus élevé indique un meilleur comportement en matière de soins des pieds ; un score de $\leq 50$ suggère qu'une évaluation plus approfondie des soins des pieds est nécessaire (Senussi et al, 2011).
Analyse des données	Les données ont été analysées à l'aide de PASW Statistics Version 18 (SPSS Inc., 2009), la distribution normale est établie à l'aide d'un test de Kolmogorov-Smirnov (Hicks, 2009) et l'analyse de variance à sens unique (ANOVA) a été utilisée pour déterminer les différences dans la moyenne.
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Le tableau 2 présente le score du questionnaire pour chaque groupe d'étude. Les auteurs ont séparé l'échantillon en deux groupes (<math>n=30</math>). La note moyenne pour les personnes âgées de 45-64 ans est de 55,43 tandis que celle pour les personnes âgées de <math>\geq 65</math> ans est de 54,73. Comme la note est sur un total possible de 87, les résultats impliquent des soins des pieds sous-optimaux dans les deux groupes d'étude. La comparaison des scores entre les deux groupes n'a révélé aucune différence significative (<math>P=0,635</math>).</p> <p>En ce qui concerne les réponses du questionnaire, 49 % des participants ont déclaré qu'ils n'inspectent jamais leurs chaussures avant de les mettre tandis que 80 % d'entre eux affirment n'avoir jamais regardé leurs chaussures après les avoir enlevés dans la recherche de corps étrangers. De nombreuses personnes se sont présentées avec des chaussures non protectrices, comme les sandales (39 %), et plusieurs ont déclaré qu'ils n'ont jamais porté de baskets (49 %) ou de chaussures à lacets (42 %). 80 % des participants ont déclaré qu'ils n'ont jamais porté de chaussettes, de bas ou de collants sans couture. 97 % des participants ont déclaré ne jamais utiliser un thermomètre de bain avant le bain. En ce qui concerne le traitement des plaies, 38 % des participants rapportent qu'ils n'ont jamais appliqué</p>

	un pansement sec sur les ampoules et 42 % de l'échantillon a signalé qu'ils n'ont jamais appliqué de pansements secs sur les égratignures, coupures ou brûlures.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Il s'agit de la première étude qui évalue le comportement en matière de soins des pieds chez une cohorte maltaise de personnes atteintes de diabète de type 2. Les données probantes suggèrent qu'il n'y a pas de différence significative dans les scores totaux du questionnaire entre les individus âgés de 45 à 64 ans et celles de <math>\geq 65</math> ans atteints de diabète de type 2 dans cette étude. Toutefois, les scores moyens ont montré un comportement non optimal en matière des soins de pieds dans les deux groupes malgré le fait que les personnes atteintes de diabète à Malte ont reçu une éducation individuelle pendant les visites de consultation ainsi qu'une éducation didactique de groupe pendant l'évolution de leur maladie.</p> <p>Le comportement sous-optimal en matière de soins des pieds n'est pas unique à cette étude ; la recherche suggère que le comportement sous-optimal est fréquent chez les personnes atteintes de diabète de type 2 (Hasnain et Sheikh, 2009) ; Ikpeme et al, 2010 ; Senussi et al, 2011).</p> <p>Il a été rapporté dans la littérature que les organisations recommandent l'autosoin du pied comme moyen de détection précoce des complications du pied (Perrin et al, 2009) ; cependant, la distribution des réponses à des éléments particuliers de la NAFF dans cette étude indique que certains comportements de soins du pied ne correspondent pas à ce qui est préconisé par les professionnels de santé lors des essais cliniques (Senussi et al, 2011). Bien que l'importance de la chaussure ait été auparavant recommandée comme facteur essentiel de prévention des blessures et de la rupture des tissus (Chantelau et Haage, 1994 ; White, 1994), certaines insuffisances de la pratique des soins des pieds dans cette étude comprennent le choix inapproprié des chaussures et des bas de contention.</p>

	<p>Des efforts intensifs d'éducation sanitaire sont nécessaires pour renforcer les comportements d'autosoins chez les personnes atteintes de diabète ; un manque d'éducation sur les soins des pieds a déjà été associé à un risque accru d'amputation (Reiber et al, 1992). Dans cette étude, la coupe mensuelle des ongles est pratiquée par 56 % des 45-64 ans et 23 % des <math>\geq 65</math> ans ; ce facteur peut s'expliquer par le fait que la plupart des gens de la communauté se coupent les ongles régulièrement par habitude, plutôt que sur la recommandation des professionnels de santé.</p> <p>Le niveau sous-optimal de pratique des soins des pieds rapportés dans cette étude peut résulter d'une variété de facteurs. Cependant, ce n'est pas un résultat de la différence d'âge ou de la différence cognitive entre les deux groupes d'âge, car aucune différence significative dans le comportement en matière de soins des pieds n'a été observée entre eux.</p> <p>La non-connaissance des chaussures et des collants appropriés est présente dans les deux groupes de cette étude, et les comportements relatifs au traitement des plaies ont été jugés inadéquats, plaçant les personnes à risque accru de complications du pied diabétique (Boulton et al, 2005).</p>
Conséquences recommandations	<p>et Les auteurs suggèrent que les professionnels de la santé doivent identifier des méthodes innovantes pouvant aider les personnes atteintes de diabète à maintenir les changements nécessaires dans leur comportement et leur mode de vie (Formosa et coll., 2012). En tant que fournisseurs de soins de santé, nous devons motiver nos patients à améliorer leur concordance en essayant de comprendre et d'adopter leur style d'apprentissage préféré.</p> <p>Bien qu'il n'existe pas de meilleure façon de réussir un changement de comportement, s'efforcer de comprendre la grande variété de situations de changement qui englobent l'application des théories de l'auto-efficacité et du comportement de santé, et de se familiariser avec les différentes caractéristiques du changement lui-même, aider les professionnels de la santé à négocier les voies</p>



	<p>appropriées au changement (Senior et Fleming, 2006).</p> <p>L'amélioration de l'éducation sur le diabète en accordant une attention particulière à l'application de la psychologie de la santé, aux théories des comportements liés à la santé, aux théories de la communication, à l'autonomisation des patients et aux croyances culturelles peut améliorer les connaissances et se traduire par de meilleurs comportements et une meilleure qualité de vie (Formosa et al, 2012).</p>
--	---

Grille n° 9: Self-management activities in diabetes care: a systematic review. (2013)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise les concepts qui sont : les activités d'autogestions pour les soins du diabète.
Résumé	<p>Le résumé de l'étude résume de manière structurée l'ensemble de la recherche.</p> <p>Objectif : le but étant d'identifier les différentes activités d'autogestion chez les personnes atteintes de diabète qui s'engagent à gérer leur maladie.</p> <p>Méthode : 32 études ont été analysées par voie électronique qui répond aux critères d'inclusion de la présente recherche.</p> <p>Résultats : les résultats ont relevé un taux élevé chez les personnes diabétiques qui effectuent régulièrement de l'autogestion et sont compliantes au traitement médicamenteux. Cependant, les résultats concernant l'adhésion varient en fonction du contrôle glycémique, l'alimentation, l'activité physique et les soins de pied.</p> <p>Conclusion : il a été relevé dans cette recherche que les personnes atteintes de diabète pratiquent adéquatement l'autogestion en ce qui concerne les soins de pieds, cependant, il y a des variables.</p> <p>Les termes de recherche sont les suivants : le diabète, l'autogestion, l'autosoin, l'activité, la stratégie, l'autodéclaration et la fréquence.</p>
INTRODUCTION	

Problème de la recherche	<p>Dans cette présente étude, il s'agit d'entreprendre un processus d'évaluation pour analyser les activités d'autogestion que les personnes atteintes de diabète utilisent.</p> <p>En effet, les maladies chroniques telles que le diabète font partie des maladies les plus graves du monde, le problème proposé est donc approprié dans les connaissances actuelles. À l'échelle mondiale, le diabète a une prévalence de 8,3 % au cours de l'année 2012 et 9,55 % des personnes atteintes souffrent du diabète de type 2.</p> <p>Concernant l'autogestion, les lignes directrices de pratique clinique des États-Unis, du Royaume-Uni et du monde entier demandent une participation active de l'individu. Pour ce faire, il faut que le patient s'engage à comprendre les différentes options en matière de leur maladie et leur traitement tout en collaborant avec les professionnels de la santé pour définir un plan de soin adéquat pour améliorer la qualité de vie du patient.</p> <p>L'éducation et l'encouragement à l'autogestion sont considérés comme indispensables dans le but d'améliorer les résultats pour les diabétiques ainsi, cela a une incidence sur la réduction du fardeau humain et économique que subit le diabète.</p>
Recension des écrits	Oui, une recension des écrits est présente. La prise en charge globale du patient diabétique est fondée sur des données probantes en Australie, dans cette approche, le patient est situé au centre de l'action.
Cadre de recherche	Une autogestion efficace demande une compréhension adéquate et une collaboration professionnelle dans un objectif de surveiller les symptômes.
Buts et question de recherche	Le but de cet article est énoncé de façon claire, il s'agit d'engager un processus systématique d'une revue de littérature d'évaluation afin d'analyser les actions en matière d'autogestion par les patients diabétiques, comment l'autogestion est pratiquée et si cette autogestion se modifie avec le temps en se familiarisant avec cette pratique régulière.
MÉTHODE	
Population et échantillon	Les auteurs de cette étude ont réalisé une recherche systématique par voie électronique. Une recherche documentaire a été réalisée en août 2012 dans le but

	<p>d'identifier l'autogestion entreprise par les diabétiques.</p> <p>La recherche documentaire a reconnu 513 références. Par la suite, une deuxième analyse a été effectuée, des doublons ont été retirés et 479 références sont examinées puis, 424 articles sont retirés ce qui amène à un total de 55 références qui a finalement entraîné une dernière exclusion de 23 articles. Ainsi, 32 articles utilisés pour cette présente étude.</p>
Considérations éthiques	L'étude ne présente pas de moyen dans le but de sauvegarder les droits des participants.
Devis de recherche	Cette étude est une revue systématique.
Modes de collectes de données	<p>Afin d'identifier les activités sur le plan d'autogestion de la pathologie du diabète, la recherche comprend des mots-clés qui sont les suivants : le diabète, l'autogestion, l'autosoin, l'activité, la stratégie, l'auto-évaluation et la fréquence.</p> <p>Les bases de données utilisées pour cette étude sont PubMed, Embase, Cinahl et Cochrane. Les articles doivent remplir des critères tels que la publication de ceux-ci en anglais, ils doivent décrire le taux, la fréquence et la régularité des activités d'autosoins réalisés par les personnes atteintes de diabète de type 1 ou 2.</p>
Conduite de la recherche	L'étude d'intervention a été exclue, car l'un des objectifs de la recherche est porté sur l'exploration des changements dans la pratique d'autogestion au fil du temps en l'absence d'intervention.
Analyse des données	<p>Cette présente étude a exclu les articles liés au diabète gestationnel ou si les articles comprennent des cas d'intervention pour améliorer l'autogestion du diabète. Ces facteurs peuvent influencer sur les résultats et ils sont pris en considération.</p> <p>Les titres et les résumés ont été analysés en fonction des critères d'inclusion et 424 références ont été exclues. Le texte intégral a exclu 23 articles. Finalement, un total de 32 articles a été retenu pour l'analyse des résultats de l'examen.</p>
<b>RÉSULTATS</b>	
Présentation des résultats	L'étude a relevé 32 articles qui répondent aux critères d'inclusions de cet examen. Les résultats ont été décrits à l'aide de tableaux. Les résultats sont présentés en fonction des cinq principales activités d'autogestion de la santé recommandée pour

	<p>l'autogestion du diabète. Dans cette recherche, certains tableaux décrivent le temps consacré à la tâche pendant une journée, le nombre de jours où l'activité a été réalisée. D'autres décrivent le temps en plus consacré à la tâche lors d'une journée typique, le total de jours où l'activité a été réalisée dans les semaines et les mois précédents et le respect des recommandations qui sont entreprises par un prestataire de soins ou comparé aux directives.</p> <p>Le tableau 1 comporte les caractéristiques des études incluses.</p> <p>Le tableau 2 porte une attention sur les médicaments contre le diabète. L'étude remarque des variations portées à la classification de l'observance qu'elle soit prescrite ou recommandée. Dans la présente étude, l'adhésion aux médicaments est élevée, de même que pour un traitement diabétique oral et la prise d'insuline. La prise de traitement de manière quotidienne varie de 51,3 % à 85,4 %. 20 % des participants ont affirmé avoir oublié de prendre leur traitement en raison de certaines circonstances comme lors de vacances ou de week-end.</p> <p>Le tableau 3 se concentre sur l'autosurveillance de la glycémie et 22 articles ont traité ce sujet. Au travers de ce tableau, les différentes recherches montrent l'observance d'une surveillance de la glycémie. L'autosurveillance quotidienne de la glycémie varie entre 42,4 et 60 %. Les diabétiques vétérans, contrôlent leur glycémie 2 fois par jour et 5 fois par semaine en moyenne. Les auteurs Shaw et coll. ont constaté qu'il y a une différence entre les sous-échantillons urbains et ruraux. Les personnes qui vivent dans les régions rurales contrôlent leur glycémie plus souvent que dans les régions urbaines, cette observation montre également qu'environ le 50 % de la population qui habite dans une région rurale n'arrive pas à se souvenir pas avoir reçu des recommandations quant à la mesure de la glycémie.</p> <p>De plus, 25 articles ressortis représentent le tableau 4 sur l'alimentation. Il est mentionné que la modification du régime alimentaire varie entre 50 et 80,9 % et ces résultats sont semblables aux personnes qui vivent dans un milieu rural. Des différences dans les habitudes alimentaires ont été</p>
--	---

	<p>observées entre des groupes ethniques avec des résultats divers.</p> <p>Le tableau 5 se concentre sur l'activité physique pratiquée. 28 études ont traité ce sujet. Il a été relevé qu'un niveau suffisant d'activité physique comprenant des exercices d'intensité modérée varie de 30 à 150 minutes trois fois minimum dans une semaine. Les résultats démontrent une augmentation de la pratique d'exercice physique, une fois le diagnostic de diabète posé. Environ, la moitié des personnes diabétiques ayant répondu aux enquêtes sur la santé en Nouvelle-Galles du Sud évoquent une pratique suffisante d'activité physique. Les personnes atteintes de diabète qui vivent en milieu urbain sont plus susceptibles d'acquiescer des recommandations d'activité physique que les populations en milieu rural. De plus, l'âge et l'ethnie peuvent contribuer au niveau d'activité physique.</p> <p>Finalement, le tableau 6 porte sur les soins de pieds et 12 articles se sont penchés sur ces résultats. 50 à 78 % des personnes souffrantes de diabète pratiquent l'autogestion. L'observation quotidienne des membres inférieurs varie de 17,4 à 42,1 % selon la recherche de Nwasuruba et coll. Le temps que les personnes diabétiques prennent pour effectuer des soins de pied est de 13,4 minutes par jours, sachant que 63 % des participants affirment passer plus de temps à surveiller leurs pieds. Selon Simmons et al. 18 % des personnes atteintes de diabète en milieu rural ont subi un examen clinique des pieds au courant de l'année précédente. Il est mentionné que les personnes vivant en milieu urbain sont plus susceptibles de recevoir des soins de pieds. Près de la moitié des personnes ont mentionné ne pas se souvenir d'avoir reçu des indications sur la surveillance quotidienne de leurs pieds par des professionnels de la santé.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les pratiques des soins des pieds des personnes diabétiques sont examinés moins souvent dans la littérature malgré le fait qu'elles soient incluses dans des études cliniques. Cela peut expliquer la fréquence de surveillance des pieds, des directives australiennes recommandent un examen médical des pieds trimestriels, mais les médecins n'encouragent pas les patients à pratiquer une autosurveillance régulière.</p>

		<p>De plus, 3 revues se sont intéressées aux activités d'autogestion des personnes atteintes de diabète dans le milieu rural, mais il a été relevé que le manque d'accès aux soins rend la pratique plus difficile à entreprendre par les professionnels de la santé.</p> <p>Dans cette présente étude, le coût des médicaments est la deuxième raison qu'ont les participants à ne pas acheter de médicaments. L'accès aux médicaments influence donc l'observance du traitement et plusieurs autres études mentionnent que les coûts supplémentaires sont une barrière en matière d'autogestion de la maladie.</p>
Conséquences recommandations	et	<p>Les résultats de cette étude montrent que l'observance du traitement médicamenteux est courante dans l'autogestion d'une maladie réalisée par les personnes atteintes de diabète. De plus, la surveillance de la glycémie, la modification de l'alimentation, les soins de pied et l'augmentation de l'activité physique font partie des soins les plus utilisés à différents niveaux pour gérer la maladie.</p> <p>Les directives australiennes recommandent une surveillance des pieds durant la consultation médicale, mais ne recommandent pas de les inclure dans les activités régulières d'autosurveillance.</p> <p>Un plan d'action basé sur l'orientation des personnes diabétiques est recommandé, il est important qu'ils puissent aller consulter différents professionnels de la santé tels que des podologues, des diététiciens, des physiothérapeutes, des éducateurs du diabète et des psychologues minimums 5 fois par année.</p> <p>Les personnes atteintes de diabète doivent suivre un ensemble d'activités d'autogestion pour leur santé afin de gérer au mieux leur pathologie sur une base quotidienne. Les variations par rapport à la moyenne dans les activités d'autogestion y compris les conséquences des changements dans les pratiques d'autogestion sont des éléments importants dans l'approche des futures recherches. Les personnes atteintes de diabète pratiquent l'autogestion correctement et régulièrement. Il faut noter que la fréquence de cette pratique diffère d'un pays à l'autre. Cette méthode a observé que le taux d'adhésion aux pratiques d'autogestion des soins est le plus élevé concernant le traitement médicamenteux et varie selon la mesure de la</p>

	glycémie, les habitudes alimentaires, l'activité physique et les soins de pied. Finalement, certains résultats démontrent que les personnes diabétiques changent leurs pratiques d'autogestion en fonction de diverses circonstances comme les vacances. D'autres recherches sont nécessaires pour désigner si l'autogestion des soins se modifie avec le temps et si les facteurs qui influencent l'incidence de ces changements ont des répercussions sur la santé.
--	---

Grille n° 10: Foot care education in patients with diabetes at low risk of complications: a consensus statement (2011)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre explique clairement les concepts de la recherche. La population visée est précisément présentée et est en lien avec notre travail.
Résumé	<p>Le résumé explique la recherche de manière claire et précise et comporte des objectifs, une méthode, des résultats et une conclusion.</p> <p>Objectifs : dans cet article, les auteurs définissent un cadre pédagogique pour les patients atteints de diabète de type 2 à faible risque de développer des complications du pied.</p> <p>Méthode : la méthode se base sur l'expérience et le jugement clinique des experts au travers d'une réunion de groupe d'experts multidisciplinaires.</p> <p>Résultats : 4 comportements à risque sont identifiés pour les patients qui présentent un faible risque de développer des complications du pied.</p> <p>Conclusion : cet article mentionne qu'il manque de la littérature pour les pratiques de soins des pieds.</p> <p>Pour cette présente recherche, les mots clés utilisés comprenaient le diabète, les complications du diabète, le pied diabétique, les soins de pieds, l'autosoin et l'éducation.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Le problème de la recherche est expliqué correctement, cette étude montre qu'il n'y a pas assez d'éducation réalisée chez les patients

	<p>diabétiques sur le plan d'autosoin des pieds, plus précisément chez les individus ayant un faible risque de développer des complications. Ils ne reçoivent pas assez d'information.</p> <p>Il existe actuellement peu de recherches, guidelines précises relevant la prestation en matière de conseils et de soins des pieds pour les patients diabétiques sans neuropathie établie ou maladies vasculaires périphériques. Une enquête récente non encore publiée montre que les patients ne mettent pas d'importance sur les messages éducatifs qu'ils reçoivent des professionnels. De plus, il est relevé que les patients ont tendance à minimiser les complications du diabète, ils ne voient pas cela comme un danger ou le besoin d'aller consulter. Ils n'ont pas les connaissances suffisantes.</p> <p>Il est mentionné que les patients sont déçus, car selon eux, ils ne reçoivent pas assez de conseils quant à leur santé.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension des écrits a été effectuée, mais il existe actuellement peu de prestations sur l'éducation au patient sur les soins de pied, seulement deux guidelines centrées sur cette population de patients publiée par l'American Diabetes Association. Il est mentionné que l'Institut national de la santé et l'excellente Clinique a publié en 2004 et explique que les professionnels de la santé doivent communiquer et accéder à un terrain d'entente en ce qui concerne la prise en charge des patients dans l'éducation des soins des pieds. De plus, l'article relève que l'autogestion des soins de pieds n'est pas entreprise par la plupart des patients diabétiques. D'autres études ont montré une absence de compréhension sur la gravité de la pathologie du diabète. La recherche a démontré que des mesures préventives sont nécessaires et relatives aux complications du pied. C'est pour cette raison que cette étude a proposé des changements de comportement sur le port des chaussures par exemple.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts principaux sont mis en évidence et sont décrits. Afin d'entreprendre une éducation efficace, il est important que les professionnels de la santé élaborent leur compréhension envers le patient. Il est essentiel qu'un auxiliaire de santé soit présent afin de reconnaître les patients avec un faible risque de développer des complications.</p>



Buts et question de recherche	Le but de la recherche est de proposer une éducation pour les patients diabétiques qui sont considérés comme ayant un faible risque de développer des complications ? Ce cadre de recherche met l'accent sur l'importance de la participation des membres à une réunion annuelle dans le but d'effectuer un contrôle des pieds, de maintenir une glycémie dans les normes et de réaliser une auto-inspection régulière des pieds afin d'observer un possible changement. Pour répondre à cette présente problématique, il faudrait guider les professionnels de la santé dans la communication et l'information concernant l'importance des soins des pieds pour les personnes atteintes de diabète.
MÉTHODE	
Population et échantillon	Cette recherche s'est déroulée sur la période de 1995 à 2009. L'étude ne spécifie pas le nombre exact de participants à la recherche. En juin 2009, un groupe multidisciplinaire s'est réuni, constitué de diabétologues, de médecins généralistes, d'un pédiatre, d'un médecin de famille, un psychologue et un pharmacien afin de définir et mettre en place un plan d'action en matière d'un cadre éducatif par les professionnels de la santé prenant en charge les patients diabétiques. Non, l'auteur n'a pas envisagé d'accroître l'échantillonnage. Cette étude permet d'apporter de nouvelles données sur l'éducation thérapeutique. Les experts ont été encouragés à recommander d'autres mesures sur des données fondées probantes à ce sujet. L'étude ne spécifie pas de bases statistiques.
Considérations éthiques	L'étude a été réalisée pour apporter de nouvelles recherches sur la mise en place d'un plan éducatif qui permet de conseiller les personnes atteintes de diabète à faible risque de complication sur la surveillance et les soins du pied.
Devis de recherche	Le devis a permis à l'étude d'atteindre ses objectifs. Cette étude est quantitative.
Modes de collectes de données	Un questionnaire a été distribué dans le but d'apporter un point de vue clinique différent à celui des diabétologues spécialistes et du psychologue de la santé et donc de fournir une autre perspective du patient. Les auteurs expliquent leur démarche et stratégie de recherche. Avant la réunion, une recherche approfondie portée sur la documentation pertinente a été réalisée à l'aide de méthodes sur les bases de données dont Science Direct, NHS evidence, PubMed et la bibliothèque Cochrane.

Conduite de la recherche	L'étude ne comporte pas d'intervention physique entre les patients et les experts. Les documents cliniques de la recherche ont été examinés afin d'identifier leur pertinence par rapport à la thématique de la recherche sur l'éducation des soins de pieds chez les patients diabétiques à faible risque de développer des complications. Des données considérées comme les plus pertinents ont été diffusées avant la réunion thématique aux experts, dans le but qu'il l'examine.
Analyse des données	Les données représentent la base de l'élaboration du cadre éducatif qui va permettre éclairer les personnes atteintes de diabète avec un faible risque de développer des complications. Cette recherche montre également l'importance d'apporter une éducation sur les soins des pieds. Les documents utilisés par l'étude considérés comme les plus pertinents ont été diffusés avant la réunion thématique dans le but que les experts les examinent. Les experts ont été encouragés à recommander d'autres publications fondées sur des données factuelles. L'objectif cette étude est d'établir un consensus sur le contenu des messages en matière d'autosoin qui sont nécessaires pour les patients atteints de diabète. Ces messages sont la base d'un cadre éducatif qui va aider les professionnels de la santé à donner des informations aux personnes diabétiques ayant un faible risque de développer des complications ainsi que l'importance des soins de pied.
<b>RÉSULTATS</b>	
Présentation des résultats	<p>L'article ne comporte pas de tableaux, mais les résultats sont décrits par un texte narratif. Malgré le manque de publications sur le sujet de prise en charge du patient diabétique, la recherche se base sur l'expérience clinique et le jugement des experts.</p> <p>Le but de cette recherche est de s'assurer que les patients aient acquis une compréhension en matière de facteurs de risque des complications reliés au diabète, c'est-à-dire une infection ou ulcération du pied notamment, une neuropathie périphérique diabétique.</p> <p>Le niveau de connaissance et de compréhension des patients au sujet du diabète et de ses complications a été évalué. Des échelles ont été utilisées notamment celle de confiance de Nottingham pour</p>

	<p>les soins de pied pour évaluer le comportement des patients. Cette échelle doit permettre aux patients d'acquérir des connaissances qu'ils n'avaient pas auparavant et cela leur sert à discuter et des questions peuvent être posées dans le but d'apporter de nouvelles connaissances.</p> <p>Les experts ont partagé et ont mis en communs 4 grandes priorités en ce qui concerne l'éducation du patient : un contrôle annuel des pieds chez un professionnel, un maintien d'un contrôle glycémique dans les normes, une surveillance régulière des pieds et le fait d'être capable de signaler tout changement au niveau des pieds auprès des professionnels de santé. Concernant les soins de pieds, les patients diabétiques doivent recevoir un examen sur le plan d'un dépistage 1 fois dans l'année par un professionnel de la santé et le patient doit se sentir en confiance de réaliser ces soins lui-même. Le bénéficiaire de soin à l'assurance que le professionnel de santé lui prodigue les bons soins et est informé des soins reçus et les actions que le patient peut être amené à réaliser lui-même ! Le contrôle de la glycémie est démontré au travers de différentes études qui expliquent la relation positive entre la réduction de l'HbA1c en lien avec la diminution des risques de complications microvasculaires du diabète comprenant la neuropathie et les ulcères du pied. Ce lien doit être compris par les bénéficiaires de soins dans un langage commun et adéquat. Il est important de mentionner que l'amputation n'est pas forcément une suite des complications de la pathologie du diabète comme la neuropathie ou l'ulcération. Cette présente étude se concentre clairement sur le fait que de nombreuses complications peuvent être évitées si le patient porte une attention particulière sur son diabète en contrôlant sa glycémie.</p> <p>Cette recherche porte également sur la surveillance des pieds, il existe de nombreux patients qui ne contrôlent pas leurs pieds de manière quotidienne. Le fait de visualiser des complications au travers d'images, peut aider les patients à s'engager et à s'occuper de leurs membres inférieurs et ainsi contribuer à la détection précoce de problèmes ou changements dans leur santé et finalement prévenir les complications graves que cette pathologie engendre. Dans la présente étude, les experts ont</p>
--	---

		proposé des pratiques en matière de surveillance portées sur les pieds telles que le changement de couleur, de probables plaies, une douleur ou un engourdissement. Le dernier concept apporté dans cette recherche est l'action de signaler tous changements au niveau des pieds comme la couleur de pieds, une augmentation du volume au niveau des membres inférieurs, une douleur ou un engourdissement. Il est important que les patients soient capables de signaler ces changements à leurs médecins généralistes.
DISCUSSION		
Interprétations résultats	des	Dans l'étude, il y a des données contradictoires sur l'effet de l'éducation concernant les complications du pied. Dans certaines études, une diminution des complications a été notée tandis que dans d'autres, aucun effet n'a été observé. Le manque d'apport de la part d'un professionnel de la santé peut être insuffisant quant à la motivation du patient afin qu'il adopte de bonnes pratiques en matière de soins de pied. Les résultats de cette étude montrent que le fait de pratiquer de l'autogestion dans la santé des pieds dépend du type d'éducation qu'ils reçoivent.
Conséquences recommandations	et	L'institut National de Health and Clinical Excellence recommande une utilisation de différentes approches pédagogiques jusqu'à ce que des méthodes optimales soient identifiées. Les professionnels de la santé doivent être pleinement engagés auprès des patients afin de parler autour des soins de pieds. Le comportement des personnes atteintes de diabète doit être pris en considération.